

Haute École Arc Santé, Site de Neuchâtel

Travail de Bachelor

Madame GUY Anne-Lise, professeure chargée d'enseignement HES

Module Recherche

AELLEN Mélanie, LANZA Abigaïl & SAISSELIN Joana

**« Quelles sont les stratégies non médicamenteuses les
plus pertinentes pour les personnes démentes dans le but
de réduire un épuisement des proches aidants »**

09.07.2021

Table des matières

Résumé	1
Problématique	2
Méthode	2
Résultats	3
Conclusion	4
Mots-clés	4
Remerciements	2
Chapitre 1 : Introduction	2
Nature du travail de Bachelor	8
Plan du travail de Bachelor	8
Chapitre 2 : Problématique	8
La question de départ	12
Le métaparadigme infirmier et les savoirs	14
Le métaparadigme.	14
La santé.	14
<i>Liens avec la situation.</i>	15
Les soins infirmiers.	15
<i>Liens avec la situation.</i>	16
L'être humain.	16
<i>Liens avec la situation.</i>	17
L'environnement.	18
<i>Liens avec la situation.</i>	18
Les savoirs infirmiers.	19
Le savoir empirique.	20
<i>Définition.</i>	20
<i>Liens avec la situation.</i>	20
Le savoir éthique.	21
<i>Définition.</i>	21
<i>Liens avec la situation.</i>	22
Le savoir esthétique.	23

<i>Définition.</i>	23
<i>Liens avec la situation.</i>	24
Le savoir personnel.	24
<i>Définition.</i>	24
<i>Liens avec la situation.</i>	25
Le savoir émancipatoire.	26
<i>Définition.</i>	26
Liens avec la situation.	27
Revue exploratoire	28
Expériences personnelles.	28
Données de recherches.	29
Préciser et répertorier les concepts retenus comme pertinents	37
Perspectives et propositions pour la pratique	38
Conclusion de la problématique	39
Chapitre 3 : Concepts et champs disciplinaire infirmier	12
Définition des concepts retenus	41
Les interventions non médicamenteuses.	41
Interventions cognitives et psycho-cognitives.	42
Stimulation de l'activité motrice.	43
Stimulations sensorielles.	43
Sécurisation et aménagement du lieu de vie : le domicile.	44
Stimulation du comportement.	45
Ergothérapie.	46
La démence.	46
Les proches aidants.	48
Cadre théorique ou modèle conceptuel	51
Lien avec le sujet.	53
Chapitre 4 : Méthodes	41
Méthode PICOT	57
Type de question	58
Critères de sélection des articles	58
Mots-clés et descripteurs	59
Sélection des articles	61

Analyse des articles retenus	62
Chapitre 5 : Synthèse des résultats/ discussion	57
Synthèse des résultats des articles	64
Zoothérapie.	64
Musicothérapie.	64
Aromathérapie.	68
Activités physiques.	69
Stimulation cognitive.	69
Art-thérapie.	70
Thérapie occupationnelle.	70
Stimulations multisensorielles.	71
Développement des résultats en lien avec la question PICOT	72
Perspectives et propositions pour la pratique	76
Chapitre 6 : Conclusion	64
Apport du travail de Bachelor	79
Limites	81
Perspectives pour la recherche	83
Chapitre 7 : Références	79
Chapitre 8 : Annexes	86
Tableau de recherche	90
« Comparing the Effects of Multisensory Stimulation and Individualized Music Sessions on Elderly People with Severe Dementia: A Randomized Controlled Trial » (Sánchez et al., 2016)	91
Parties communes à tous les articles.	91
Identification de l'article et du résumé.	91
Introduction.	93
Recension des écrits scientifiques ou présentation des concepts théoriques.	94
Article portant sur une étude quantitative.	95
Méthodologie.	95
Résultats.	101
Discussion.	102
Conclusion.	104

« Comparing the effects of different individualized music interventions for elderly individuals with severe dementia » (Sakamoto et al., 2013)	105
Parties communes à tous les articles.	105
Identification de l'article et du résumé.	105
Introduction.	106
Recension des écrits scientifiques ou présentation des concepts théoriques.	107
Article portant sur une étude quantitative.	109
Méthodologie.	109
Résultats.	114
Discussion.	116
Conclusion.	117
« Multisensory Stimulation and Individualized Music Sessions on Older Adults with Severe Dementia: Effects on Mood, Behavior, and Biomedical Parameters » (Maseda et al., 2018)	119
Parties communes à tous les articles.	119
Identification de l'article et du résumé.	119
Introduction.	120
Recension des écrits scientifiques ou présentation des concepts théoriques.	121
Article portant sur une étude quantitative.	122
Méthodologie.	122
Résultats.	125
Discussion.	126
Conclusion.	128
« "Doing Things Together Is What It's About": An Interpretative Phenomenological Analysis of the Experience of Group Therapeutic Songwriting From the Perspectives of People With Dementia and Their Family Caregivers », (Clark et al., 2021)	129
Parties communes à tous les articles.	129
Identification de l'article et du résumé.	129
Introduction.	132
Recension des écrits scientifiques ou présentation des concepts théoriques.	133
Article portant sur une étude qualitative.	134

Méthodologie.	134
Résultats.	136
Discussion.	138
Conclusion.	141
« 'Singing for the Brain': A qualitative study exploring the health and well-being benefits of singing for people with dementia and their carers » (Osman et al., 2016)	142
Parties communes à tous les articles.	142
Identification de l'article et du résumé.	142
Introduction.	144
Recension des écrits scientifiques ou présentation des concepts théoriques.	145
Article portant sur une étude qualitative.	145
Méthodologie.	145
Résultats.	147
Discussion.	149
Conclusion.	150
« Effect of Active Music Therapy and Individualized Listening to Music on Dementia: A Multicenter Randomized Controlled Trial » (Raglio et al., 2015)	151
Parties communes à tous les articles.	151
Identification de l'article et du résumé.	151
Introduction.	153
Recension des écrits scientifiques ou présentation des concepts théoriques.	153
Article portant sur une étude quantitative.	154
Méthodologie.	154
Résultats.	158
Discussion.	158
Conclusion.	160
« Pet therapy in elderly patients with mental illness » (Moretti et al., 2011)	161
Parties communes à tous les articles.	161
Identification de l'article et du résumé.	161
Introduction.	162

Recension des écrits scientifiques ou présentation des concepts théoriques.	163
Article portant sur une étude quantitative.	164
Méthodologie.	164
Résultats.	167
Discussion.	168
Conclusion.	169
« Can Musical or Painting Interventions Improve Chronic Pain, Mood, Quality of Life, and Cognition in Patients with Mild Alzheimer's Disease? Evidence from a Randomized Controlled Trial » (Pongan et al., 2017)	170
Parties communes à tous les articles.	170
Identification de l'article et du résumé.	170
Introduction.	173
Recension des écrits scientifiques ou présentation des concepts théoriques.	174
Article portant sur une étude quantitative.	175
Méthodologie.	175
Résultats.	180
Discussion	181
Conclusion	183
« The impact of individual Cognitive Stimulation Therapy (iCST) on cognition, quality of life, caregiver health, and family relationships in dementia: A randomised controlled trial » (Orrell et al., 2017)	184
Parties communes à tous les articles.	184
Identification de l'article et du résumé.	184
Introduction.	186
Recension des écrits scientifiques ou présentation des concepts théoriques.	188
Article portant sur une étude quantitative.	189
Méthodologie.	189
Résultats.	195
Discussion	196
Conclusion.	199

« A randomized controlled trial exploring the effect of music on quality of life and depression in older people with dementia » (Cooke et al., 2010)	200
Parties communes à tous les articles.	200
Identification de l'article et du résumé.	200
Introduction	201
Recension des écrits scientifiques ou présentation des concepts théoriques.	202
Article portant sur une étude quantitative.	203
Méthodologie.	203
Résultats.	207
Discussion.	208
Conclusion.	209
Parties communes à tous les articles.	210
Identification de l'article et du résumé.	210
Introduction.	212
Recension des écrits scientifiques ou présentation des concepts théoriques.	213
Article portant sur une étude quantitative	214
Méthodologie.	214
Résultats.	219
Discussion.	220
Conclusion.	221
Article portant sur une étude qualitative	221
Méthodologie.	221
Résultats.	224
Discussion.	225
Conclusion.	226
« Dementia And Physical Activity (DAPA) trial of moderate to high intensity exercise training for people with dementia: Randomised controlled trial » (Lamb et al., 2018)	228
Parties communes à tous les articles.	228
Identification de l'article et du résumé.	228
Introduction.	229

Recension des écrits scientifiques ou présentation des concepts théoriques.	230
Article portant sur une étude quantitative.	232
Méthodologie.	232
Résultats.	237
Discussion.	238
Conclusion.	240

Résumé

Problématique

La problématique principale, traite des interventions non pharmacologiques ayant un impact positif auprès des personnes âgées atteintes de démence. Parallèlement, elle traite aussi d'un problème de santé publique actuel, qu'est l'épuisement des proches aidants. En amenant différentes activités à l'aide des approches alternatives, cela aura une répercussion sur la fatigue de ces aidants naturels. La finalité de ce travail étant d'arriver à déterminer quelles sont les méthodes alternatives les plus efficaces dans le but de diminuer au mieux cet épuisement. Différentes recherches effectuées, notamment dans la littérature, nous ont permis d'affiner la question de départ, ceci pour la rendre plus précise et la reformuler de la manière suivante : « quelles sont les stratégies non médicamenteuses les plus pertinentes pour les personnes démentes dans le but de réduire un épuisement des proches aidants »

Méthode

Afin de répondre au mieux à la question PICOT (B. M. Melnyk & Fineout-Overholt, 2005) de type intervention, des recherches dans les bases de données PubMed, PsycInfo et Medline ont été effectuées. Douze articles ont été trouvés et analysés selon la grille d'analyse (Tétreault, 2014).

Résultats

Parmi les résultats, à notre grande surprise, l'activité physique, selon l'étude analysée, n'apporte pas d'effets positifs puisque, au contraire, elle accélère le processus démentiel. L'aromathérapie est cliniquement sûre mais ne présente pas de résultats significatifs sur notre problématique. La stimulation cognitive n'apporte pas non plus de résultats significatifs, mais fait son effet auprès des proches aidants, puisqu'il en est ressorti une meilleure qualité de vie et une amélioration de la qualité de la relation. Concernant l'art-thérapie, il a été observé une diminution de la douleur, des symptômes dépressifs et de l'anxiété. Se rapprochant de cette intervention, la thérapie occupationnelle amène elle-aussi une diminution de la dépression, ainsi qu'une augmentation du sentiment d'appartenance et de l'estime de soi. Les effets de la zoothérapie ne font que renforcer ceux déjà présentés dans la littérature actuelle, puisqu'elle améliore les symptômes dépressifs. Ce sont finalement la stimulation multisensorielle et la musicothérapie qui apportent le plus de bienfaits. Dans la première, on retrouve notamment une diminution de l'anxiété et de la gravité de la démence. Les personnes en ressortent de manière générale plus heureuses, plus sociables et plus attentives. Les paramètres biomédicaux sont également améliorés. Dans la seconde, les plus grands effets positifs se retrouvent sur l'anxiété et l'humeur. Mais c'est sans compter les bienfaits sur d'autres éléments tels que le comportement, le côté relationnel, l'état cognitif et la qualité de vie. C'est donc naturellement que ces

deux dernières approches alternatives seraient les plus efficaces pour diminuer l'épuisement des proches-aidants.

Conclusion

Ce travail a été enrichissant pour les auteurs qui ont souligné une bonne dynamique de groupe ainsi qu'une solidarité remarquable entre eux. Parmi les éléments contraignants, il y a notamment la charge de travail à côté du dossier réalisé ici.

Parallèlement, il est important de considérer les limites de ce travail, comme par exemple le manque de recherche des différentes approches alternatives existantes pouvant venir renforcer les résultats. En lien avec les limites citées, il serait nécessaire et pertinent de trouver au minimum deux articles propres à une thérapie non médicamenteuse afin d'avancer des éléments significatifs et concrets.

Mots-clés

Personne démente (person with dementia), musicothérapie (music therapy), amélioration de la qualité de vie (improve quality of life), thérapie physique (physical therapy), Snoezelen, démence (dementia)

Remerciements

En premier égard, c'est tout naturellement, que nous adressons nos plus sincères remerciements à notre directrice de travail de Bachelor, Madame Anne-Lise Guye, professeure chargée d'enseignement HES, pour ses précieux conseils. Elle a su, par son professionnalisme, nous épauler et nous soutenir tout au long de ce travail.

Dans un deuxième temps, nos remerciements vont à Monsieur Jean-Claude Lehmann, qui, n'étant pas dans la profession, a su, par sa relecture du travail, porté un regard externe et neutre. Il nous a également été d'une aide précieuse concernant la correction orthographique et syntaxique.

Nous adressons également nos remerciements aux personnels de la médiathèque de la HE-Arc de Neuchâtel pour leurs aides précieuses concernant l'obtention d'articles.

Enfin, nous tenons à remercier nos proches, nos amis et nos familles qui nous ont supportées et encouragées tout au long du travail.

Finalement, nous, trois amies étudiantes, tenons à nous remercier réciproquement pour cette merveilleuse cohésion, collaboration, complicité et ouverture d'esprit. Nous nous sommes apporté un soutien indéfectible dès le début et jusqu'à la toute fin de la réalisation du travail de Bachelor.

Chapitre 1 : Introduction

Nature du travail de Bachelor

Pour nous, le travail de Bachelor est la finalité, la synthèse de nos apprentissages intégrés durant notre cursus de formation Bachelor en soins infirmiers. Ce travail démontre également ce que nous souhaitons apporter sur le terrain. De plus, c'est un tremplin pour mettre en avant nos capacités ainsi que nos points forts dans le contexte de soins désiré pour la suite de notre vie professionnelle. Cependant, nous présumons qu'il demandera passablement de temps de réflexion pour rendre un dossier digne d'un niveau attendu. En revanche, cet aboutissement nous permettra de nous améliorer davantage dans la collaboration, la communication et l'organisation au sein d'un groupe. Cet écrit collectif doit également nous servir d'un tremplin afin de mettre en évidence nos capacités, nos points forts dans le contexte de soins souhaités pour la suite de notre vie professionnelle.

Plan du travail de Bachelor

Dans un premier temps, c'est dans l'introduction que les auteurs amènent leur vision du travail de bachelor ainsi que le plan établi pour la rédaction de ce dossier.

Dans le deuxième chapitre, suite à l'obtention de la question de départ, les auteurs ont ressorti les éléments clés qui se trouvent derrière celle-ci. Puis sont expliqués les métaparadigmes et les savoirs de la discipline infirmière, avant de faire des liens avec le sujet amené dans ce travail. Plus tard, les

auteurs font part de leurs expériences personnelles avec les personnes âgées et/ ou la démence et c'est à ce moment-là que diverses recherches ont été effectuées autant dans la littérature que sur internet, ceci dans le but d'approfondir les connaissances déjà présentes. Suite à ces recherches, certains concepts ont été retenus comme étant pertinents. Les auteurs ont conclu ce chapitre en amenant une idée de comment leur travail peut aider dans la pratique et quelles solutions pourraient être mises en place pour aider à la résolution de cette problématique.

Au chapitre trois, les concepts retenus comme pertinents précédemment, sont explicités et approfondis. Le sujet a ensuite été mis en lien avec une théorie de soins.

C'est dans le quatrième chapitre que les auteurs ont précisé leur question et le type de celle-ci selon la méthodologie PICOT. Par la suite, des critères de sélection d'articles pour les recherches futures ont été définis et nous avons défini les descripteurs que nous introduirons dans les bases de données. Vient enfin la sélection d'articles jugés pertinents ainsi que la lecture critique de ces derniers selon la grille d'analyse de lecture critique (Tétreault, 2014)).

Dans le cinquième chapitre, une synthèse des résultats obtenus ainsi qu'une discussion quant aux liens avec notre question sont mis en avant. Puis selon les tenants et aboutissants des études analysées, les auteurs ont projeté leur travail dans la pratique, dans le but de définir ce qui est le plus efficace et le plus applicable, ceci en expliquant leur motivation.

Puis vient la conclusion, chapitre dans lequel les limites, mais aussi les apports du travail de Bachelor sont mis en avant. Puis ce sont les perspectives pour la recherche qui sont avancées. Ces derniers éléments, dans le but de pouvoir améliorer les éventuelles recherches futures si des intérêts d'approfondissement se présenteraient.

À la toute fin sont citées les références utilisées pour l'élaboration de ce travail.

Chapitre 2 : Problématique

La question de départ

Parmi la liste de thèmes proposés par les lieux de formation pratique partenaire avec la Haute École Arc Santé, nous nous sommes tournées dans un premier temps vers un sujet concernant la pédiatrie, domaine qui correspondait donc réellement à nos futurs projets professionnels. Cependant, c'est après un tirage au sort que nous avons finalement obtenu notre deuxième choix, qui correspondait à la question suivante, « quelles sont les interventions infirmières les plus appropriées en termes de communication facilitante pour des personnes âgées présentant une démence ? ». Cela a été notre choix car nombreuses sont nos expériences professionnelles dans ce domaine et nous savions que nous partirions d'ores et déjà avec de multiples connaissances à ce sujet.

À partir de là, il nous était important de poser nos connaissances sur le sujet, ce qui nous semblait pouvoir être problématiques dans ces situations et surtout ce qui nous intéresserait de rechercher afin d'approfondir notre savoir. Actuellement, dans la discipline des soins infirmiers, on entend souvent dire que les soignants n'ont pas toujours le temps nécessaire à consacrer aux patients. Ceci est une réalité que nous avons vécue lors de nos nombreuses périodes de formation pratique. Au contraire, une personne atteinte de démence, a justement besoin de temps supplémentaire pour effectuer des tâches de la vie quotidienne. Le fait de brusquer une personne démente peut l'amener à la perte de certaines capacités maîtrisées, autant que ça puisse

aussi créer des comportements de colère et d'agressivité qui ne seront pas toujours bien perçues de la part de l'infirmier ou des proches-aidants. Ceci peut également engendrer des comportements tout autant révoltants qui amènent à long terme à une forme de violence, voire de maltraitance envers le patient dément. C'est ainsi que la prise en charge devient plus lourde et demande davantage de temps que lors de la situation initiale. Sans aller si loin en termes d'agressivité, il se crée également une incompréhension pour les soignants qu'ils soient formels ou informels. En effet, lorsque le patient démontre une attitude différente, nous nous devons de comprendre la raison, le souhait de la personne et ce que nous pouvons mettre en place pour elle. En parallèle, nous nous imaginons bien que cela a un impact économique assez fort dans notre pays. Autant lors d'une situation de maintien à domicile que lors d'une institutionnalisation, les degrés de soins atteints sont plus élevés en cas de démence, ce qui demande souvent une tierce personne et une présence plus importante. Par la suite, les métaparadigmes infirmiers et les savoirs de la profession sont amenés, ceci dans le but de traiter ces différents aspects et d'amener les différents liens existants.

Le métaparadigme infirmier et les savoirs

Le métaparadigme.

Selon Smith (1979), le métaparadigme réfère un chemin d'organisation et de structuration du phénomène infirmier. C'est un terme dont la définition a passablement évolué depuis son introduction dans la littérature infirmière en 1970. Parmi d'autres auteurs, Fawcett (1978) proposera une structure holarchique du savoir, dans laquelle se trouve le métapardigme, en plus des philosophies, des modèles conceptuels, des théories et des indicateurs empiriques. C'est le premier élément de la structure. Le métaparadigme est au niveau le plus abstrait. Il se définit à travers quatre concepts qui sont l'être humain, l'environnement, la santé et les soins infirmiers. Ces concepts identifient les phénomènes d'intérêt central pour une discipline, les propositions globales qui décrivent les concepts, et les propositions globales qui énoncent les relations entre ou parmi les concepts (Kim, 2000).

La santé.

Il existe deux points de vue pour la santé. D'un côté, c'est l'aspect au sens propre du terme qui définit un état dit normal ou pathologique. Il se réfère aux processus humains de vie et de mort (Fawcett, 1978). De l'autre, il est défini comme étant une harmonie entre l'esprit, le corps et l'âme. La maladie serait alors un déséquilibre entre ces trois dimensions.

Liens avec la situation.

Dans ce métaparadigme proposant deux points de vue différents, autant dans l'un que dans l'autre, la démence est considérée comme une pathologie ou un déséquilibre. Dans le premier, la maladie amène l'individu dans un processus évolutif et dégénératif entraînant des pertes des facultés mentales. Étant en plus incurable, la démence peut être une comorbidité plus ou moins grave ou amener à la fin de vie. Dans le deuxième point de vue, on peut observer que la démence amènerait donc à un déséquilibre entre les trois éléments mentionnés plus haut. Par exemple, la démence peut notamment provoquer des comportements agressifs et des pertes de mémoire. Dans ces situations, il s'agirait donc que ce soit le corps et l'esprit qui seraient touchés et cela amènerait vers ce désaccord entre ces trois pôles. Parallèlement, il est important de nommer l'anxiété qui pourrait survenir parmi tous les autres symptômes de la maladie. Cependant il est également possible qu'elle soit consécutive à la démence, surtout dans les premières phases, lorsque l'individu commence à se rendre compte de la péjoration de son état.

Les soins infirmiers.

Dans « The contemporary nursing knowledge: analysis and evaluation nursing models and theories », Fawcett réfère que

Le concept de métaparadigme soins infirmiers fait référence à la définition des soins infirmiers, aux actions entreprises par les infirmières

au nom de l'être humain ou en conjonction avec lui, et aux objectifs et résultats des actions des infirmières. Les actions infirmières sont considérées comme un processus mutuel entre les participants aux soins infirmiers et les infirmières. Le processus englobe des activités souvent appelées diagnostic, planification, interventions et évaluation (Fawcett, 2005).

Liens avec la situation.

Dans nos interventions, en tant que personnel soignant, le but étant de ralentir la progression de la maladie en stimulant un maximum les capacités de la personne âgée démente. Au travers de la communication, différentes approches sont réalisables pour atteindre ce but, mais aussi pour s'adapter à chaque individu malade et les accompagner au mieux dans les différentes phases de la pathologie. Cet ajustement de nos interventions est notamment possible à travers des évaluations régulières de la situation et de l'avancée de la démence. Les objectifs à atteindre doivent être en accord avec la personne démente elle-même, si sa capacité de discernement le lui permet, ou dans le cas contraire, avec des proches.

L'être humain.

« Le concept de métaparadigme des êtres humains fait référence aux individus, si ceux-ci sont reconnus dans une culture, ainsi qu'aux familles,

communautés et autres groupes ou agrégats qui participent aux soins. » (Fawcett, 2005). L'individu fait partie d'un entier. Il n'est pas qu'une maladie que nous devons soigner, il est pris en considération dans son entièreté, c'est-à-dire dans ses dimensions physique, psychologique, sociale et spirituelle. Cette perspective, dite holistique, propose deux entités, le corps et l'esprit, qui sont reliées entre elles. Le corps est en fait le bien-être corporel qui n'est jamais exclu des soins infirmiers.

Liens avec la situation.

Pour une bonne prise en soins d'une personne démente, il est d'autant plus important d'avoir une vision complète et de la considérer à travers toutes ses dimensions. Avec une personne démente, nos attentions se portent plus souvent sur les dimensions physiques et psychologiques au gré des deux autres. Pourtant quel que soit l'endroit où vit l'individu, que ce soit en institution ou à domicile, il demande dans la majorité des cas plus d'attention d'un point de vue social notamment, qu'une autre personne âgée atteinte d'une autre pathologie. Cette sollicitude vient tout autant de la part du malade que des personnes proches l'entourant. En parallèle, l'énergie nécessaire d'une telle prise en soins n'est pas seulement recherchée auprès des soignants, elle est tout à fait comparable à celle demandée aux proches.

L'environnement.

Il faut comprendre l'environnement au sens large. C'est-à-dire que c'est tout autant les autres individus avec lesquels l'être humain interagit, que l'environnement physique autour de la personne. Cela permet de situer la personne dans les différents contextes tels que les soins à domicile, les communautés, les structures sanitaires, mais aussi dans leurs conditions sociales, culturelles, politiques et économiques locales, régionales, nationales et mondiales qui sont associées à la santé de l'être humain (Fawcett, 2005; Missi et al., 2018).

Liens avec la situation.

L'environnement, quel qu'il soit, est d'autant plus important dans le cas d'une démence. Pouvant être politique, culturel, physique ou encore social, il est, dans tous les cas, synonyme de repères pour la personne malade et ne devrait dans aucun cas être négligé. Cela peut évoluer suivant le stade dans lequel se trouve l'individu dément et pour finir, seul l'environnement physique ne compterait pour lui et lui permettrait de maintenir son autonomie et de se recentrer. En effet, toute personne démente peut être déstabilisée et par conséquent développer des comportements inadéquats en cas de grand changement et/ou de pertes de repères. Pour se sentir en confiance et espérer une meilleure compliance aux soins, des repères d'endroits, d'entourage, de rituels ou de croyances doivent être maintenus le plus longtemps possible.

Parmi l'environnement, l'importance des facteurs non maîtrisables est à souligner. En effet, les couleurs peuvent amener à différentes émotions, tout comme l'intensité ou la durée d'une luminosité plus ou moins forte retrouvée notamment dans les différentes saisons.

Les savoirs infirmiers.

« Dans un sens général, le terme savoir est défini comme étant un ensemble de connaissances approfondies acquises par un individu, grâce à l'étude et à l'expérience propres à une discipline. » (Pepin, 2010). Chinn et Kramer (2008) indiquent que le savoir infirmier réfère à l'expression de la compréhension qui peut être partagée aux autres et qui reflète ce que les membres d'une collectivité ont retenu comme standards et comme critères leur étant propres (Milhomme et al., 2014). Carper (1978) a révélé quatre savoirs infirmiers ayant leurs modes de développement et d'utilisation : « le mode personnel ou l'effort de compréhension de soi et de l'autre ; le mode esthétique ou l'art infirmier ; le mode éthique ou la dimension morale ; et le mode empirique ou la dimension scientifique » (Pepin, 2010). Plus tard, White, Chinn et Kramer (2008) soulignent l'importance d'ajouter le savoir émancipatoire, appelé également sociopolitique. Le principal défi est de les considérer comme étant interdépendants (Risjord, 2009).

Le savoir empirique.

Définition.

Le mode empirique est issu de la recherche scientifique, de l'observation, de l'exploration, de la description, de l'explication des phénomènes ainsi que des compréhensions vérifiables par d'autres observateurs. Dans « La pensée infirmière », les auteurs soulignent que

L'expression du mode empirique dans la pratique est la compétence scientifique ou l'habileté de remettre en question ses interventions et d'intégrer à celles-ci des savoirs issus de la recherche (Chinn et Krammer, 2015) comprenant des théories explicatives de phénomènes rencontrés dans sa pratique. Le développement de savoirs dans ce mode découle de questions telles : Qu'est-ce que c'est ? Comment cela fonctionne-t-il ? et donne lieu, par un processus de conceptualisation et de structuration, à des descriptions formelles et à des théories explicatives, lesquelles doivent être confirmées et validées (Chinn et Krammer, 2015). (Pepin, 2010, pages 20-21)

Liens avec la situation.

La démence étant une maladie évolutive, le soignant se doit de toujours s'adapter afin de mettre en place une meilleure prise en soin de la personne quel que soit le contexte. Sans oublier que certaines activités peuvent être réalisées avec une personne se trouvant dans une phase de la maladie,

cependant elles ne le seront plus forcément avec un individu étant dans un autre stade. Cette remise en question de chaque acte est le quotidien des professionnels de la santé à travers l'évaluation découlant des observations, des phénomènes rencontrés dans la pratique. Dans notre problématique, il sera question d'une part, d'élargir les connaissances sur la pathologie, mais aussi d'approfondir et d'adapter les techniques de communication mobilisées avec des personnes démentes. Tous ces éléments sont peut-être le plus grand obstacle pour l'aidant. En effet, n'ayant pas nécessairement toutes les connaissances, ne sachant pas forcément où apprendre par rapport à la situation, il est difficile de se remettre en question.

Le savoir éthique.

Définition.

C'est la prise en considération des valeurs de la personne soignée, mais aussi de sa famille et de la société en générale qui sont exigées dans de nombreuses situations de soins parfois éthiquement complexes. « Cette dimension du savoir concerne ce qui est juste, bon, désirable, et elle s'appuie sur des principes et des codes moraux. » (Pepin, 2010, page 20). Bien qu'il soit généralement associé au cadre déontologique et à la notion d'obligation, il rejoint d'abord et avant tout un processus créatif, conscient et raisonné qui permet de clarifier les codes et les valeurs et d'explorer les alternatives lors

d'une prise de décisions (Chinn et Kramer, 2011). Dans « La pensée infirmière », les auteurs relatent que

Le développement du savoir éthique part de l'héritage de compréhension morale de l'infirmière qui réfléchit à sa pratique en se posant les questions : Est-ce juste ? Est-ce responsable ? (Chinn et Krammer, 2015). [...] L'application du savoir éthique se fait en contexte et se démontre par le comportement moral et éthique de l'infirmière dans sa pratique quotidienne. (Pepin, 2010, page 20)

Liens avec la situation.

En tant que soignant, quel que soit le malade dont nous nous occupons, le respect de ses valeurs est fondamental. Dans le cas de la démence, il peut être parfois difficile de se rendre compte ou de comprendre les besoins du patient, car celui-ci, suivant l'évolution de sa maladie, n'a parfois plus les capacités de nous les transmettre. C'est dans ces situations-là que nous mobiliserons alors les proches, l'entourage afin de respecter au mieux l'approche éthique, morale et déontologique, ainsi que d'adapter notre comportement et nos interventions pour rester dans une dimension juste et responsable. Les valeurs d'un proche malade sont moins inconnues pour un aidant naturel. C'est cependant une situation qui peut péjorer les relations familiales, car chacun pense savoir ce qui est le mieux pour la personne. Parallèlement, cela peut accélérer l'épuisement du proche aidant qui peut

rapidement se trouver démuni face à la situation où il ne semble pas respecter les siennes, ni celles du dément.

Le savoir esthétique.

Définition.

Il regroupe finalement les différents savoirs en apportant une touche plus fine, qui pousse l'infirmière à reconnaître les besoins du patient à travers les subtilités de la situation. Appelé aussi art des soins infirmiers, il fait appel aux ressources créatives de l'infirmière, dans le but de rendre une expérience réalisable et de rejoindre l'autre profondément. « La beauté d'un geste qui rejoint l'autre, l'intensité d'une interaction qui démontre une compréhension profonde et l'adresse manifestée au moment de la coordination d'activités de soins qui fait une différence pour l'autre. » (Pepin, 2010, page 19). Ainsi la compréhension de la situation par le patient peut être modifiée et il peut en garder une forte impression positive. Johns (2013) propose à l'infirmière de se poser les questions suivantes : « Quels éléments de la situation semblent significatifs ? Qu'est-ce que je voulais accomplir ? Quelles étaient les conséquences de mes actions sur le patient, les autres et moi-même ? » (Pepin, 2010, page 19). Pour approfondir ce mode, Chinn et Kramer (2015) suggèrent en plus « Qu'est-ce que cela signifie ? Comment est-ce signifiant ? » (Pepin, 2010).

Liens avec la situation.

Dans notre problématique, la subtilité pour la personne soignante est de capter et de réussir à trouver des signaux envoyés par la personne démente. Ajuster sa prise en soins demande une collaboration avec le patient et cette dernière n'est possible qu'en grande partie avec une compréhension entre les deux personnes. La difficulté avec l'individu dément sera de comprendre ce dont il a besoin, car il n'a parfois lui-même plus les capacités à ressentir cela. Cette différence pour l'autre dans la prise en soins ne sera pas ou peut-être moins ressentie car la compréhension ne sera pas forcément très profonde à cause des barrières posées par la démence. Sans avoir reçu de formation particulière, le proche aidant peut avoir plus facilement de compréhension quant à la situation. En effet, étant souvent un proche, que ce soit un époux, un parent, un enfant, les années et les souvenirs partagés ensemble pendant de nombreuses années, améliorent la connaissance de l'autre. Cela permet de déceler les signes d'un mécontentement, d'un inconfort. À contrario, cette « trop bonne » connaissance peut péjorer la situation, puisqu'il est alors possible que l'aidant ne cherche pas à comprendre la situation, mais ne se contente que de se reposer sur les habitudes du malade.

Le savoir personnel.

Définition.

Cela concerne le savoir que porte l'infirmière sur elle-même. Il prend appui sur son expérience personnelle de devenir un être unitaire, conscient et

authentique (Pepin, 2010). Lorsqu'il est bien développé, il permet l'ouverture de l'infirmière aux autres, et l'interaction qui émerge de la relation enrichit l'expérience (Chinn et Kramer, 2008). Il relève quelque part de ce que l'infirmière sait subjectivement d'elle et du patient, ce qui permet un enrichissement de l'expérience. Ainsi, la compréhension de la situation de soins est alors plus sensible, enrichie par l'intellect et l'intuition de l'infirmière. Carper (1978) réfère « que, sans ce mode de développement de la connaissance, l'utilisation thérapeutique de soi ne serait pas possible. » (Pepin, 2010, page 18). Chinn et Kramer (2015), renforce l'idée en amenant l'infirmière à s'interroger de la manière suivante : « est-ce que je sais ce que je fais ? est-ce que je fais ce que je sais ? » (Pepin, 2010, page 19). Les auteures s'appuient sur le fait que l'authenticité de la relation est « caractérisée par la décentration de sa propre perspective et l'ouverture entière à connaître l'autre » (Pepin, 2010, page 19).

Liens avec la situation.

Dans le parcours professionnel d'une infirmière, certes l'expérience sera un atout car c'est à force d'acquérir des connaissances que nos prises en soins seront plus complètes et plus adéquates. Cependant, il ne faut pas sous-estimer le fait que chaque individu est différent. En effet, en cas de démence, c'est l'intérêt porté au patient qui permettra de mieux le connaître et de pouvoir davantage s'ouvrir à lui en adoptant une posture plus proche. En

parallèle, la connaissance de soi pour l'infirmière est primordiale pour permettre de reconnaître ses propres limites et savoir passer la main à d'autres professionnels lorsque la situation nous dépasse. Ceci dans le but que notre accompagnement soit le plus authentique possible. Concernant l'aidant naturel, cela peut paraître plus difficile mais est d'autant plus nécessaire. Connaître ses limites met en avant la reconnaissance de ces besoins mais aussi la prise de conscience de la situation à un moment donné. Ces deux derniers éléments permettent un soulagement de la personne et évite, ou du moins repousse, un éventuel épuisement.

Le savoir émancipatoire.

Définition.

C'est à l'aide des croyances et des valeurs des individus que se construit ce savoir. Il est renforcé par les interactions existantes entre la profession et la société (White, 1995). Il apporte la capacité d'identifier les injustices et d'analyser les éléments complexes en lien avec le contexte sociopolitique de la personne. Ce dernier doit être compris dans la situation de soins et doit se référer, non seulement à la culture et à l'identité de la personne, mais aussi à sa façon de percevoir la santé, la maladie et le rôle social que chacun occupe (Chinn et Kramer, 2011) (Milhomme et al., 2014).

Il permet d'analyser les situations de soins à travers « les problèmes, [...], la planification des soins et la mise en place d'une gestion partagée avec les personnes et les familles » (Pepin, 2010, page 22), dans le but de défendre

d'une part l'équité des patients, mais aussi à défendre ses propres intérêts. Chinn et Kramer (2015) conseillent les questions suivantes : « Quelles sont les barrières à la liberté ? Qui bénéficie ? Qu'est-ce qui ne va pas dans ce tableau ? Quels changements sont nécessaires ? » (Pepin, 2010, page 22).

Liens avec la situation.

Le patient atteint de démence, quel qu'en soit le type, devrait pouvoir bénéficier d'une prise en soins qui lui est tout autant bénéfique que celle apportée à un individu atteint d'une autre maladie. En lien avec notre problématique, il existe différentes techniques de communication qui ont fait leur preuve dans cette maladie. Peu importe où les personnes âgées vivent, que ce soit en institution ou à domicile, elles devraient pouvoir en bénéficier et le manque de formation ou le peu de moyen pécuniaire à disposition ne devrait pas être un frein à cet accès. En transposant ce savoir aux aidants naturels, la situation est la même. Ils devraient pouvoir, de leur côté, bénéficier de formation, d'aide et/ ou de soutien. Un réel besoin d'accompagnement est nécessaire, d'autant plus lorsque ce rôle est endossé. Sans fil rouge à tenir, sans conditions particulières à respecter, simplement en respectant leur croyance et en leur apportant ce dont ils ont besoin.

Revue exploratoire

Expériences personnelles.

Bien que passionnées par le domaine de la pédiatrie, nous n'avons que très peu d'expériences liant les soins aux enfants. Cela sans doute car c'est un domaine difficilement accessible pour un travail d'étudiants, mais aussi parce que les places de formation pratiques sont moindres et beaucoup demandées. Outre notre bonne cohésion de groupe, cette spécialité citée est donc un élément qui nous lie et qui nous a poussé à travailler ensemble pour cet objectif final de notre formation. N'ayant pas eu le sujet, nous savions tout de même que nos expériences passées et présentes se rejoignent. En effet, parmi les membres du groupe, deux ont une formation d'assistantes en soins et santé communautaire, qui leur a apporté plusieurs stages dans différents établissements accueillant la population type de notre question. En plus de cela, chacune de nous travaille en parallèle de nos études soit dans des établissements médico-sociaux, soit dans des organisations de soins à domicile. La troisième étudiante a quant à elle, longuement travaillé dans l'accueil d'une cafétéria d'un home pour personnes âgées, ce qui l'a amené à finalement aussi avoir de l'expérience en lien avec l'aspect relationnel et communiquant avec le troisième âge.

Ces expériences nous ont amenés à découvrir à quel point la communication fait partie de la base d'une relation et permet de pouvoir être à la hauteur d'une prise en soins holistiques et de qualité de la personne âgée.

Nous avons également compris l'importance de travailler continuellement sur cet aspect parfois négligé sur le terrain.

Les situations vécues en lien avec cette problématique sont nombreuses. Cependant, nous avons surtout remarqué, lorsque la fatigue, l'anxiété et la surcharge de travail accompagnaient le soignant, que ce dernier pouvait devenir agressif envers le résident, qui selon le développement neurologique de l'être humain, a une vitesse de conduction nerveuse qui diminue, ce qui l'amène donc à avoir un temps de réaction plus lent.

Données de recherches.

Dans un premier temps, notre but principal était de préciser le type de démence sur lequel nous allions nous concentrer. À travers les différents apports théoriques reçus durant ces trois années de bachelor, nous avons eu la chance de parcourir quelques démences. Bien sûr, la maladie d'Alzheimer est la plus répandue, mais nous trouvions que cet aspect de la maladie pouvait nous être défavorable dans le sens où les informations recherchées seraient alors déjà trop connues du public. Une autre démence intéressante due à ses symptômes ressemblant à la maladie de Parkinson et à la maladie d'Alzheimer avec en plus des hallucinations visuelles, était la démence à corps de Lewy. Finalement, au fil de nos recherches, nous nous sommes rendues attentives que le fait de préciser la démence pouvait nous apporter un frein dans nos recherches sur les bases de données. Cependant, il était, selon nous, important de pouvoir préciser le stade de la démence. En effet, le début de la maladie

étant moins intéressante dans la question de nos interventions concernant la communication, nous avons décidé de nous concentrer sur les stades suivants, c'est-à-dire les stades dits intermédiaire et avancé (OMS, 2020). Le stade intermédiaire étant caractérisé par la précision des signes et des symptômes de la maladie, ces derniers deviennent plus visibles. Le malade a alors de plus en plus de difficultés à communiquer et à se retrouver dans des lieux familiers, il montre des changements de comportements, tels qu'errer ou la répétition de questions. Le stade avancé, dernier stade de la maladie, se distingue des autres en mettant en avant une dépendance et une inactivité presque totale, les troubles de la mémoire sont davantage importants, avec une non-reconnaissance des proches, et un changement de comportement pouvant aller jusqu'à l'agressivité.

Par la suite, nous nous sommes concentrés sur les autres éléments de la question, tel que le bien-être du patient âgé. De nos jours, il y a un élan de mode amenant la population à garder les aînés à domicile pour diverses raisons. Ceci est de plus en plus soutenu par les moyens qui sont également mis à dispositions, comme la progression des soins à domicile, le développement des appartements protégés. Afin d'appuyer ces propos, nous avons cherché des statistiques sur la proportion de la population âgée à domicile par rapport à celle institutionnalisée. Il a été difficile de trouver des résultats récents qui correspondaient réellement à nos attentes. Nous avons donc redirigé nos recherches vers la proportion de la population suisse qui est démente, ainsi que le nombre de personnes démentes vivant dans les

établissements médico-sociaux. D'après l'analyse « Démence : monitoring de la prise en charge : indicateurs : estimation de la prévalence de la démence en Suisse », menée par le Bureau d'études de politique du travail et de politique sociale BASS SA, 2018, les personnes démentes en Suisse ont atteint le nombre de 140'582. Ce dernier regroupe des personnes tous sexes confondus et d'une tranche d'âge comprise entre soixante-cinq ans, jusqu'à nonante cinq ans et plus. Selon l'étude « Soins à domicile : estimation du nombre de personnes atteintes » (Bureau d'études de politique du travail et de politique sociale BASS SA, 2018b) menée par le même groupe de recherches, 17'320 personnes comprises dans une tranche d'âge entre soixante-cinq ans et quatre-vingts ans et plus, sont atteintes de démences, vivent et reçoivent des prestations de soins à domicile. Pour continuer dans cette réflexion, nous aurions voulu trouver des chiffres exactes représentant le nombre de personnes âgées suisses atteintes de démence vivant à domicile. Or, aucune étude à ce jour n'a été réalisée dans un passé proche. Nous ne connaissons donc pas la proportion de cette population, cependant les coûts engendrés par un maintien à domicile sont très élevés. En effet, selon Alzheimer suisse qui a mené l'« Étude d'Alzheimer Suisse sur les coûts des démences 2019 : perspectives sociétales » (Alzheimer Suisse, 2019), qui comme son nom l'indique, donne des prévisions sur ce sujet, de manière générale, la démence coûte 11,8 milliards de francs à la société. Parmi eux, les coûts indirects, qui représentent l'accompagnement et les soins informels fournis par les proches, correspondent à 5,5 milliards de francs. Cela signifie

que c'est l'équivalent de 46,6% qui sont supportés par les proches. À côté de cela, nous ajoutons encore les coûts des soins à domicile qui sont nécessaires dans un maintien à domicile, quel que soit le degré de la démence. Ces derniers représentent 3,6%, soit 424,8 millions de francs. Les consultations médicales représentent 0,4%, soit 47,2 millions de francs qui sont aussi à ajouter aux coûts généraux lorsque la personne reste à domicile. Ces chiffres démontrent bien que la démence est une pathologie qui représente un certain coût pour la société, que ce soit pour la Confédération Helvétique ou pour les proches de personnes malades. En plus de tout cela, il faut encore comprendre que ce sont des personnes qui vont prendre parfois des retraites anticipées, qui auront des arrêts maladie pendant un plus ou moins long terme. Cela représente donc une baisse de la productivité pour l'économie.

Bien que le maintien à domicile représente un coût important pour les proches, la pratique est en constante évolution depuis de nombreuses années. À ce moment-là, nous nous sommes rendu compte que le résultat de nos recherches démontrait que les proches aidant sont trop souvent oubliés et mis de côté par la société. C'est pourquoi, à côté du fait que le maintien à domicile devient de plus en plus courant et de nos apprentissages lors de notre formation Bachelor en soins infirmiers, que nous avons davantage eu l'envie de rester dans ce sujet afin de le développer. Dès le début de notre cursus, il nous est inculqué de mettre en pratique l'approche globale de la personne dans notre démarche clinique et donc d'inclure également l'environnement qui comprend notamment les proches aidants.

Parmi les recherches effectuées concernant le bien être des personnes démentes, bien que ce soit un sujet vaste, nous avons remarqué que l'on retrouvait de la maltraitance en établissement médico-sociaux, autant qu'il en existe à domicile. Dans ce dernier lieu, il est même fortement probable qu'il y en ait plus, étant donné que ce sont les proches aidants qui s'occupent des malades et qu'il est toujours difficile de se rendre compte soi-même de la potentielle maltraitance générée. De plus, il n'y a pas forcément de regard externe qui pourrait soulever une maltraitance existante dans une quelconque situation. Malheureusement, il est difficile de trouver un éventuel pourcentage ou des études débattant sur le sujet. Dans l'article « Maltraitance des personnes âgées et communication » (Moguen-boudet et al., 2003), on remarque que c'est un thème relativement « tabou » dans notre société, quel que soit le lieu dans lequel cela se passe. Lorsque c'est dans une situation de maintien à domicile, dénoncer un gendre, un enfant, un parent ou tout simplement une personne qui a pu tant nous apporter dans les débuts d'une maladie, qui nous a tant soigné, n'est jamais facile. De même dans les institutions, dénoncer une maltraitance peut nous amener à être face à un silence solidaire de la part du reste de l'équipe. Les seuls chiffres éventuellement observables concernent le nombre d'appels que reçoivent les secours à propos des situations de maltraitance. Ceux-ci viennent dans la majorité des cas, du domicile. En revanche, il est difficile de s'appuyer totalement sur ces données, parce qu'il peut s'agir de la personne elle-même concernée par de la maltraitance qui lance un appel au secours. Alors qu'une

fois institutionnalisé, l'individu dément n'est souvent plus en capacité d'appeler à l'aide. C'est pour cela qu'un bon nombre de situations de maltraitance en établissement médico-sociaux serait tu par ce fait-là (Moguen-boudet et al., 2003). Malgré l'absence de statistiques, la présence des faits est davantage appuyée par différentes situations rencontrées lors d'expériences professionnelles. C'est aussi pour cela qu'il nous semblait intéressant d'en tenir compte dans nos recherches.

Cette maltraitance n'est pas voulue par l'aidant naturel. Évidemment que dans la plupart des cas, il ne se rend pas compte de l'action réalisée et de l'impact que cela peut avoir. C'est dans un souci de vouloir bien faire, de vouloir éviter tout danger que certains actes sont perçus comme de la maltraitance s'ils étaient vus par quelqu'un de l'extérieur. Ce sont aussi parfois des sortes de raccourcis qui sont utilisés, une façon de faire plus rapide que si nous laissions le temps à la personne démente de réaliser une action. Cela vient en partie de l'épuisement du proche aidant. En effet, le rôle d'aidant naturel est un rôle à temps plein. Tout est organisé de sorte à ce que l'éventuelle occupation salariale de la personne de soutien se marie avec les besoins en soin et accompagnement du malade. Que ce soit le jour ou la nuit, la présence d'une tierce personne pour quelqu'un qui est atteint d'une telle pathologie est absolument nécessaire. La venue en aide par ce non-professionnel est souvent décidée et argumentée par amour et par affection pour son proche, mais aussi par sentiment de satisfaction ainsi que de devoir. Ces éléments sont d'autant plus renforcés par les idées des personnes venant de l'extérieur qui seraient à

même de dire que le travail du proche aidant est normal après tout ce que la personne démente a pu faire pour elle. Que ce soit un parent ou un mari, on lui doit bien cela en retour. Cela pousse d'autant plus l'aidant à ne pas se plaindre afin de ne pas recevoir de telles remarques. Ils se doivent de toujours avoir de l'énergie pour tenir propre leur habitat, bien apprêter la personne malade, répondre aux besoins de chacun et éviter à tout prix une éventuelle erreur qui remettrait en question cette idée de perfection à laquelle ils tendent. Cette course à la perfection les amène à ressentir un sentiment de culpabilité dès qu'un élément s'éloigne de l'idéal imaginé (Dumas et al., 2006). En parallèle des idées reçues venant des personnes extérieures, les termes désignant ces personnes mettant tout en œuvre dans leur quotidien pour apporter un maximum de bien être à la personne malade, est aussi un fardeau pour ces derniers. En effet, en parlant d'aidant naturel, le mot « naturel » n'a rien de neutre dans sa signification. Cela exprime bien l'invisibilité et le caractère inné de l'acte qui est fourni (Pepin, 2010).

Ces aidants qui sont justement trop souvent épuisés, ont du mal à se faire entendre. Dans notre problématique, les thérapies non-médicamenteuses agiront dans un premier temps sur les personnes âgées qui en sont les bénéficiaires directs. Elles vont aider notamment à « préserver les capacités cognitives et pratiques, mais aussi atténuer les symptômes comportementaux et renforcer l'estime de soi » (Alzheimer Suisse, 2020). Puis indirectement, elles amèneront alors différents éléments positifs aux aidants, parmi lesquels

« favoriser leur bien-être, redynamiser des situations figées, mais également diminuer le stress et offrir du répit » (Alzheimer Suisse, 2020) en font partie.

D'une part, cela peut permettre au proche de connaître une nouvelle façon d'agir, de pouvoir éventuellement instaurer une technique adaptée à des situations où ils pourraient se retrouver démunis. Puis, nous supposons également, qu'il peut être plus facile pour l'aidant naturel de passer du temps avec la personne âgée en faisant une activité avec celle-ci. En effet, cela pourrait induire un apaisement, un sentiment de bien-être auprès de cette personne qui nous est chère, mais également une meilleure communication ce qui offre un enrichissement de la relation. Et ceci plutôt que de lui administrer des médicaments. D'autre part, comme le montre l'étude comparative internationale « Nonpharmacological Therapies in Alzheimer's Disease : A systematic review of Efficacy » conduite par Olazarán et al. en 2010, « les thérapies non médicamenteuses sont plus efficaces encore lorsqu'elles sont combinées entre elles et lorsque les proches soignants bénéficient, parallèlement, d'offres de soutien et de formation » (Alzheimer Suisse, 2020). Parmi elles, il y en a qui sont données en groupe ou de manière individuelle par des professionnels de la santé. En revanche, certaines peuvent tout à fait être dispensées par des aidants, car elle ne demande finalement pas beaucoup de moyens.

Notre choix d'axer des interventions sur les personnes âgées atteintes de démence a aussi été argumenté par le fait que d'autres travaux de Bachelor,

plus ou moins récents, ont déjà dirigé des interventions sur les proches aidants. Nous avons décidé de prendre une autre direction tout en restant dans cette problématique dans le but de compléter ces travaux déjà existants.

Préciser et répertorier les concepts retenus comme pertinents

Découlant de toutes les recherches effectuées, les différents concepts suivants ont été retenus comme pertinents : thérapies non médicamenteuses, personnes âgées atteintes de démence en stade intermédiaire ou avancé, l'épuisement des proches-aidants.

Dans un premier temps, les « thérapies non médicamenteuses », qui, comme démontré plus haut, viendront aider autant les personnes démentes que les accompagnants. Le choix de privilégier le non-médicamenteux plutôt que la pharmacologie est venue d'une part, car nous pensons que les traitements naturels sont plus accessibles en comparaison des médicaments. En effet, il n'est pas obligatoire de beaucoup se renseigner pour avoir un minimum d'informations allant dans cette idée. On peut le remarquer sur des pages internet de divers types de démences. À travers les conseils véhiculés notamment par le site d'Alzheimer Suisse, nous constatons que les thérapies non médicamenteuses sont davantage mises en avant comme premiers conseils aux proches aidants. D'autres parts, cela se rapproche davantage à notre façon de voir l'avenir et à notre manière d'agir dans les soins. Enfin, il est important de souligner que les médicaments ont beaucoup d'effets secondaires qui entraînent, souvent, la mise en place de traitements

complémentaires. La personne se retrouve donc à avaler une quantité énorme de médicaments, qui, à partir d'un certains nombres, potentialisent ou annulent presque les effets d'une partie d'entre eux. Il est sans compter encore les risques des interactions qu'il peut y avoir. Ce sont tous des éléments que nous ne retrouvons pas dans les approches alternatives. Dans la question de départ, le terme de personnes âgées démentes était un élément clé. Nous l'avons toutefois précisé au stade intermédiaire et avancé de la pathologie. En effet, le stade primaire est caractérisé par des changements légers dans les comportements des personnes malades, qui ne nécessitent pas forcément des interventions en termes de communication. Enfin, le dernier terme que nous souhaitons souligner, est celui de proches-aidants et de leur épuisement. D'ailleurs, ceux-ci définissent bien le côté de maintien à domicile des individus déments, ils relèvent un rôle important dans notre société actuelle, bien que leur épuisement soit souvent oublié.

Perspectives et propositions pour la pratique

Dans un premier temps, comme intitulé « Proche aidant tous les jours », (Département de la santé et de l'action sociale (DSAS), 2016),

Pour la personne en difficulté, pouvoir compter sur un de ses proches est un réel réconfort. Le proche aidant dispose de compétences qu'il a développées en lui apportant son soutien. Son implication et le lien qu'il entretient avec cette dernière lui apportent de multiples joies, des satisfactions et un enrichissement.

En outre, cela apportera également un soutien important et nécessaire au proche aidant. Effectivement, d'autres appuis amenés seraient notamment « une augmentation de la confiance en soi et l'initiative personnelle, un renforcement de la capacité de résister à l'usure mais aussi leur insuffler de nouvelles idées » (Alzheimer Suisse, 2020). Ce pourrait également être des facteurs permettant d'encourager les personnes hésitantes à maintenir un proche malade à domicile. Puis, à plus long terme, la diminution de l'épuisement des accompagnants ferait également baisser le coût de la santé du pays.

Conclusion de la problématique

Après toutes les recherches effectuées, mais aussi nos expériences personnelles, il nous a été difficile de préciser la question de recherche, dans le sens où le mot « démence » a une large signification et regroupe surtout plusieurs pathologies différentes. Les diagnostics prennent du temps à être posés et beaucoup de comportements et de troubles sont associés à ce mot. Ne pouvant donc pas préciser cet aspect, nous nous sommes concentrées sur les autres concepts et thèmes importants de notre question. Nous sommes donc à un stade de notre réflexion où notre question de départ se voit quelque peu précisée comme suit, « stratégies non médicamenteuses à domicile pour les personnes âgées au stade intermédiaire et/ou avancé de leur démence dans le but d'éviter un épuisement physique et/ ou mental des proches aidants ».

Chapitre 3 : Concepts et champs disciplinaire infirmier

Définition des concepts retenus

Les interventions non médicamenteuses.

Concernant le premier concept retenu qu'est les thérapies non-médicamenteuses, elles sont définies comme suit par Ninot et al., 2018 dans leur étude « De la définition des Interventions Non Médicamenteuses (INM) à leur ontologie »,

(Une INM) est une intervention non invasive et non pharmacologique sur la santé humaine fondée sur la science. Elle vise à prévenir, soigner ou guérir un problème de santé. Elle se matérialise sous la forme d'un produit, d'une méthode, d'un programme ou d'un service dont le contenu doit être connu de l'utilisateur. Elle est reliée à des mécanismes biologiques et/ou des processus psychologiques identifiés. Elle fait l'objet d'études d'efficacité. Elle a un impact observable sur des indicateurs de santé, de qualité de vie, comportementaux et socio-économiques. Sa mise en œuvre nécessite des compétences relationnelles, communicationnelles et éthiques

Il existe différentes classifications des interventions non-médicamenteuses. Nous avons cependant décidé d'en retenir une particulièrement, tirée de l'étude « Prise en charge non médicamenteuse de la personne âgée démente et dépendante à domicile : état des lieux de l'offre de soins en Lorraine » (Azzi, 2018).(Azzi, 2018) En effet, ces sous-groupes regroupent les différentes thérapies proposées dans la démence, qu'est la pathologie de notre travail.

Interventions cognitives et psycho-cognitives.

Selon (Azzi, 2018), ce sous-groupe ordonne différentes interventions en trois catégories que sont les interventions rééducatives portant sur la cognition, les interventions rééducatives psycho-cognitives et psychiatriques et les interventions rééducatives des troubles du langage : l'orthophonie.

Les interventions rééducatives portant sur la cognition sont en rapport avec la vie quotidienne et ont pour but de maintenir autant que possible l'autonomie de la personne démente quel que soit le stade dans lequel elle se trouve. Les interventions cognitives se distinguent de trois manières : la stimulation, la réhabilitation et l'entraînement. Dans la pratique, il peut être difficile de dissocier ces thérapies, de par leur grande ressemblance, c'est pourquoi elles sont couramment nommées « stratégies de restaurations cognitives ». On y retrouve notamment l'orientation à la réalité, qui consiste à mettre en place des repères pour la personne démente, ceci dans le but de stimuler la pensée, la concentration et la mémoire. Les objectifs étant toujours posés par le malade, les proches et le personnel soignant.

Les interventions rééducatives psycho-cognitives et psychiatriques englobent un plus grand nombre de thérapie car elles seront différentes selon le stade de la démence de la personne. De manière générale, elles se concentrent sur l'état affectif et émotionnel de l'individu. Qu'ils soient interpersonnels ou individuels, ces conflits seront verbalisés dans le but de valoriser au mieux le malade. À titre d'exemples, on pratique notamment une « psychothérapie brève » ou la « thérapie de validation ». Ceci dans le but de

tisser une relation de confiance pour que la personne soit plus rassurée et ait une meilleure estime d'elle-même.

Finalement, dans les interventions rééducatives des troubles du langage : orthophonie, il est ciblé de maintenir la communication pouvant par la suite améliorer les relations entre l'individu dément et son entourage. En seconde ligne, la logopédie permet également de travailler sur les troubles de la déglutition.

Stimulation de l'activité motrice.

Appelé plus simplement exercice physique, il peut apporter une amélioration sur les capacités physiques, la cognition et le comportement. Cela peut se réaliser à travers toutes sortes de passions qu'avaient les individus malades auparavant, comme la danse, la natation ou le vélo et ce avec ou sans l'intervention d'un spécialiste tel que des ergothérapeutes ou des kinésithérapeutes.

Stimulations sensorielles.

Les thérapies comprises dans ce sous-groupe ont pour but d'enrichir l'environnement sensoriel (Azzi, 2018). L'objectif final et commun dans ce type d'intervention est l'amélioration du comportement. Il sera visé de manière différente selon la thérapie choisie. Parmi elles, on retrouve notamment la musicothérapie, l'aromathérapie, la luminothérapie, la massothérapie et la stimulation multisensorielle ou Snoezelen.

En agissant avec la technique de la stimulation multisensorielle, on agit sur un bon nombre d'éléments ciblés aussi par les interventions citées plus haut. Plus connue sous le nom de Snoezelen, il est pour but de stimuler les différents sens de la personne à l'aide d'effets lumineux, de jeux de couleur, de son, de musique, de parfum ou de textures différentes sur les murs et les sols. Au terme de cette intervention, il est remarqué que l'individu dément montre plus de réactions et d'émotions, ce qui peut encourager les interactions sociales et agir sur le comportement.

Autre thérapie agissant sur différents éléments, la massothérapie comprend différentes techniques mettant en avant le toucher. Ses objectifs sont de « favoriser la détente physique et psychique, les circulations sanguine et lymphatique, l'assimilation et la digestion des aliments, l'élimination des toxines, le fonctionnement des organes vitaux et l'éveil à une conscience psychocorporelle » (Azzi, 2018).

Sécurisation et aménagement du lieu de vie : le domicile.

C'est un sujet très vaste qui implique beaucoup d'éléments ayant pour but de préserver un maximum l'autonomie du patient tout en garantissant le plus possible sa sécurité. Cela peut aller de l'aménagement des pièces du lieu de vie, tel que la mise en place d'un verrou aux fenêtres ou la transformation d'une baignoire en douche, à l'installation de moyens auxiliaires courants, tels qu'un pilulier électronique ou un bracelet alarme. Une action toute simple pouvant être mise en place par un proche serait l'utilisation de codes couleurs

spécifiques. Dans le but de réduire un maximum l'agitation, les confusions ou l'agressivité, il peut s'avérer utile de privilégier le rouge pour marquer un objet, des teintes foncées sur les sols pour plus de stabilité ou des couleurs terreuses pour l'apaisement. Il n'est pas sans oublier que l'utilisation de certaines couleurs comme le bleu ou le violet, n'est pas conseillée, puisqu'elles ne sont plus différenciées dans la pathologie (Michiels, 2018).

Stimulation du comportement.

Afin d'éviter une instauration de traitements médicamenteux et de diminuer les manifestations de troubles liés à la démence, différentes pistes sont proposées et classées selon deux groupes, que sont les attitudes de communication et les attitudes de soin. Dans le premier, l'idée générale est d'être présent pleinement avec le patient en évitant toutes distractions autour. La conduite à tenir est d'être calme en s'adaptant au rythme de l'individu. Dans le deuxième, c'est le respect des choix et de l'autonomie de la personne démente qui est mis en avant. L'idée est aussi de maintenir un maximum la participation du patient dans le soin en le fractionnant en différentes étapes, lui permettant de comprendre la chronologie.

D'ordre général dans les deux attitudes, la règle d'or à mobiliser dans la relation avec une personne démente c'est de privilégier les phrases courtes qui n'apportent qu'une information à la fois. Sans cela, l'attention de notre

patient est vite perdue car il ne saurait plus à quelle information donner l'importance.

Ergothérapie.

Bien que cela relève du rôle propre du professionnel, autant les infirmiers que les proches aidant peuvent agir dans la continuité de ce qui a été mis en place par le spécialiste. C'est une technique qui regroupe différentes interventions relevant du non-médicamenteux. Elle stimule et met en avant les aspects retrouvés dans les thérapies citées précédemment, comme l'aménagement du lieu de vie ou la stimulation de l'activité motrice.

La démence.

Selon la dixième version de la classification internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM-10), donné par l'OMS en 1994, la démence se définit comme étant « une altération progressive de la mémoire et de l'idéation, suffisamment marquée pour handicaper les activités de la vie de tous les jours. Cette altération doit être apparue depuis au moins six mois et être associée à un trouble d'au moins une des fonctions suivantes : le langage, le calcul, le jugement, la pensée abstraite, les praxies, les gnosies, ou modification de la personnalité. » Derrière le mot « démence » se trouvent de multiples pathologies, qui apportent des troubles plus ou moins semblables.

Comme bon nombre de maladies, la démence présente différents stades de développement. Le premier, celui que nous n'allons pas plus développer, est appelé le stade initial. Le second, dit stade intermédiaire, est défini par une précision des signes et symptômes qui deviennent plus visibles (B. Melnyk, 2011), (OMS, 2020). En s'intéressant à l'individu, on remarque un oubli du nom des personnes mais aussi des événements, un comportement qui devient différent et une désorientation de plus en plus marquée dans des lieux jusqu'à familiers. Le troisième, le stade avancé, est caractérisé par une dépendance et une inactivité presque totale (OMS, 2020). Dans ce cas-là, il est possible d'observer une perte de repères spatio-temporels, une éventuelle agressivité et une dégradation de la capacité à identifier l'entourage.

La démence est une pathologie qui n'est pas une conséquence du vieillissement (OMS, 2020), cependant la majeure partie de la population touchée reste les personnes âgées. C'est à travers l'étude « À quel âge est-on vieux ? La catégorisation des âges : ségrégation sociale et réification des individus », menée par Ennuyer pour la fondation nationale de gérontologie en 2011, que nous avons compris que l'âge représentait une notion assez abstraite dans notre société. C'est donc dans le but d'apporter une précision dans la notion de l'âge des individus, que nous avons décidé de fixer la limite de début à soixante-cinq ans. Cette précision vient aussi de notre appui sur les termes de l'Organisation mondiale de la Santé (2020). En effet, ils relatent que « (...) la démence d'apparition précoce (définie comme l'apparition des

symptômes avant l'âge de 65 ans) représente jusqu'à 9% des cas ». À travers cette information, nous comprenons que c'est donc à partir de soixante-cinq ans que la population est plus touchée.

Les proches aidants.

Selon la brochure « Proche aidant tous les jours : informations et conseils pour le proche aidant à domicile », éditée par le Département de la santé et de l'action sociale (DSAS), 2016,

« Le proche aidant est une personne qui consacre régulièrement de son temps pour aider au quotidien un proche atteint dans sa santé, son autonomie. Grâce au soutien du proche aidant, la personne accompagnée par un enfant, un parent, un ami, peut continuer à vivre chez elle et maintenir sa vie sociale. »

De cette définition, il en ressort essentiellement la notion du temps passé par l'aidant naturel auprès de l'individu malade. Ceci alors que le plus souvent, comme nous l'explique toujours la même brochure en 2016, l'aidant

« vit en silence avec le proche, à l'ombre de la sphère publique et du pouvoir, ne sachant pas qu'elles correspondent à la description d'un proche aidant et ne pouvant, par conséquent, exercer quelque avantage, se prévaloir de quelque statut, ni bénéficier de quelque aide

qui pourrait être revendiquée à ce titre, que ce soit pour elles ou pour la personne qu'elle accompagne. »

En parallèle de ce silence, le Guide de prévention de l'épuisement destiné aux proches aidants « Prendre soin de moi... tout en prenant soin de l'autre » établi en 2018 par le Regroupement des aidants naturels de la Mauricie (Dumas et al., 2006), nous signale que c'est plus de trente heures par semaine, que les aidants naturels passent à s'occuper du malade. Ceci est valable pour plus de la moitié des personnes reconnues comme proches aidants. Il est encore démontré, que cinquante-cinq pourcent de ces héros de l'ombre sont âgés de quarante-cinq à soixante-quatre ans. Indépendamment de l'âge, toutes les manifestations survenant chez la personne démente dans un stade intermédiaire ou avancé peut engendrer autant d'anxiété chez l'aidant naturel, qu'une présence quotidienne de la part de ce dernier. Selon Secall & Thomas, 2005, même si aujourd'hui, ce n'est plus le silence ou la honte qui persiste chez l'entourage de la personne démente, il reste tout de même l'incompréhension, l'épuisement et la souffrance. Cela nous amène donc à mettre en avant la notion d'épuisement chez l'aidant naturel, qui représente finalement une caractéristique parmi tant d'autres.

Finalement, on peut dire que tout est expliqué dans la première définition avancée. On comprend, après avoir eu une description de ces personnes, mais aussi une explication quant à la maladie, que l'épuisement, tant physique que moral, peut vite arriver. La maladie oblige l'aidant à faire des sacrifices dans

sa vie personnelle. Que ce soit leur santé, leur vie sociale par manque de temps ou leur équilibre personnel, tout est mis de côté pour se consacrer pleinement à l'accompagnement et à la maladie (Secall & Thomas, 2005). Sans compter le fait que le proche qui endosse ce rôle, voit le sien soudainement renversé et doit remplir des tâches non acquittées jusque-là qui génèrent un stress supplémentaire. Par épuisement, on entend aussi fardeau. Pour cela, il y a l'échelle de Zarit qui a été élaborée dans le but de pouvoir déterminer la charge du proche aidant, à travers plusieurs questions posées ciblées sur les ressentis de l'aidant naturel face à la situation. Parallèlement, il existe aussi l'échelle de fatigue révisée de Piper (1998), qui, à travers les dimensions comportementales, affectives, sensorielles et cognitives, mesure la fatigue de ces proches aidants. En plus de traiter ces aspects, elle met aussi à disposition cinq questions ouvertes, qui permettent de décrire la perception de la fatigue chez le participant. C'est dans l'étude « description de la fatigue chez les proches aidants d'un parent atteint d'un trouble cognitif » de Brousseau & Ouellet, 2010, que cette deuxième échelle a été mobilisée. Il en est ressorti que la fatigue est plus marquée notamment d'un point de vue affectif. Par ailleurs, c'est majoritairement le rôle de proche aidant qui est défini comme cause directe de cet épuisement, se manifestant principalement entre autres par de l'insomnie, un manque d'appétit, un sentiment de peur et une culpabilité. Ces derniers éléments soulignent bien que ce sont tous les aspects de la vie du soignant proche qui sont touchés.

Cadre théorique ou modèle conceptuel

Dans le but de promouvoir la santé physique et le bien-être émotionnel du patient et guider les prestations de soins qui soutiennent la santé du patient, Myra Estrin Lévine a élaboré une théorie de soin en 1973. L'auteure s'est basée sur quatre théories de la pratique pour construire son « Modèle de Conservation ». Ce modèle détient trois concepts, que sont l'intégrité, l'adaptation et l'environnement.

L'intégrité est le fait que la personne soit unique et représente une unité qui est propre à chacun. Chaque individu répond de manière singulière aux défis environnementaux.

« L'adaptation est un processus de changement par lequel l'individu conserve son intégrité au sein des réalités de son environnement interne et externe » (Lévine, 1973). Ce concept comprend trois caractéristiques : historicité, spécificité et redondance. Dans l'historicité, on entend les expériences autant personnelles que génétiques. La spécificité montre à quel point les réponses des individus peuvent être différentes et propres à chacun. La redondance démontre que les changements arrivent à tous moments dans la vie d'un être humain et que les mécanismes d'adaptation se mettent en œuvre parallèlement.

L'environnement est différencié en étant interne ou externe. Ce qui découle de l'interne sont les réponses organiques. Ce peut être la lutte ou la fuite, considérées comme une réponse primitive, la réponse inflammatoire,

représentée comme les mécanismes de défense, la réponse au stress définie comme une réponse hormonale consécutive aux expériences (Alligood, 2014) ou enfin la conscience perceptive qui est la réponse basée sur la perception de la personne. Au contraire, l'environnement externe est séparé en trois niveaux : le niveau perceptuel, opérationnel et conceptuel. Dans le premier, c'est la façon dont l'individu perçoit et interprète le monde avec ses sens. Au niveau opérationnel, c'est la manière dont l'individu peut être impacté physiquement alors qu'il ne peut le voir directement. Dans le dernier niveau, c'est l'influence de notre langage et de notre pensée par nos croyances, notre culture, nos valeurs et notre spiritualité.

L'écrivaine conclut par la suite quatre affirmations utilisées comme points de repère dans son propre modèle. Le concept général de ces affirmations se base sur la conservation de différents éléments qui seront observés puis qui permettront la mise en place d'interventions adaptées. Parmi ces éléments, on distingue l'énergie du patient, l'intégrité structurelle, personnelle et sociale de l'individu.

La conservation de l'énergie du patient est définie par la stabilisation d'une moyenne entre l'énergie fournie et demandée. Celle de l'intégrité structurelle, c'est un mécanisme de rétablissement de la structure du corps dans le but d'une conservation ou d'une restauration de l'intégrité. Concernant l'intégrité personnelle, il est sujet d'une préservation de l'estime de soi et l'identité de

l'individu. Puis enfin, c'est lorsque l'individu est reconnu au sein d'une ou plusieurs communautés, que la conservation sociale d'un individu est possible.

Lien avec le sujet.

Ce modèle conceptuel correspond bien à la prise en soins de la personne âgée démente et à l'adaptation de l'individu face à la situation. Tout d'abord, il est important de souligner que l'auteure s'est inspirée d'autres modèles prônant la participation du patient aux soins ainsi que le respect du rythme personnel, séquencé par les comportements, la collaboration ainsi que les ressources de l'individu. Malgré que cela ne se ressorte pas clairement du « Modèle de Conservation », l'idée reste tout de même en arrière-plan. En se concentrant sur la théorie en elle-même, l'idée de conserver l'intégrité autant physique, personnelle que sociale de la personne est appuyé dans la pratique par des interventions adaptées et basées sur ce qu'est et ce que possède la personne sur le moment. Cela signifie que c'est une pratique tout à fait réalisable autant par du personnel qualifié que par des tiers, comme l'entourage et les proches aidants. Imageant cela dans la réalité, il en reviendrait à réagir, auprès d'une personne démente présentant un comportement agressif, en lui laissant l'espace nécessaire à son besoin du moment, à respecter son estime d'elle-même en s'éloignant un instant et ne pas se placer intentionnellement en position de supériorité. Applicable par tous, cette manière de réagir permet aussi à l'aidant naturel de ne pas

s'épuiser dans une relation où il devrait faire à la place du dément et s'entêter de réaliser une tâche.

En se penchant sur la conservation de l'intégration sociale, l'individu malade est reconnu pleinement dans sa communauté par la prise en compte des personnes l'entourant, par le personnel soignant. Ces tiers sont intégrés dans la prise en soins et en deviennent même acteur. Une personne démente vivant à domicile, dépend dans la majorité des cas d'une personne supplémentaire prenant le rôle d'aidant naturel, qui fait souvent partie de l'entourage proche.

La conservation de l'énergie revient à dire que la personne ne peut donner plus d'énergie que ce que son corps ne lui permet de donner. Cela est remarquable dans les activités que nous pourrions amener notre patient à réaliser, mais aussi dans les soins quotidiens. De plus, il est nécessaire de mettre en avant le fait que l'énergie n'est pas à un niveau fixe chaque jour. Il est variable selon certains facteurs internes et externes à la personne. Si pour une quelconque raison, il est remarqué que le patient n'arrive plus à fournir l'énergie demandée, rien ne sert de continuer. Cela revient finalement à l'idée du respect du rythme personnel, concept sur lequel l'auteure s'est basée. Dans la pratique, c'est à nous de s'assurer que notre patient a assez d'énergie et de capacité à réaliser une activité que nous souhaitons lui proposée. Sans cela, nous n'avons finalement aucune assurance que l'activité soit conduite jusqu'au bout, ni qu'elle ait la finalité escomptée.

Finalement, l'intégrité structurelle se maintient à travers différentes thérapies mises en place pour stimuler le côté cognitif. Il est parfois possible de remarquer un signe de restauration à force d'activité stimulant la partie atteinte par la maladie. Grâce à cette stimulation, un maintien de l'autonomie peut s'observer. Dans la réalité, il serait possible de constater une amélioration aussi légère qu'elle le soit, dans les gestes de la vie quotidienne et dans la capacité à réaliser certaines tâches seul.

Chapitre 4 : Méthodes

Méthode PICOT

La méthode PICOT (B. M. Melnyk & Fineout-Overholt, 2005) nous permet de réussir à formuler une question des plus précises possibles afin que nos recherches dans les bases de données soient des plus récompensées. Grâce à elle, nous pouvons aussi identifier les concepts clés. Sa précision nous vient du fait que chaque lettre du mot PICOT correspond à un élément. Sa signification est définie comme suit « population », « intervention », « comparaison », « outcomes » et, « temps ». Il est toutefois important de préciser, que la notion de temps et de comparaison sont facultatives et n'apparaissent que si elles sont appropriées.

Selon la méthodologie PICOT, notre question de recherche s'établit comme suit : « quelles sont les stratégies non médicamenteuses les plus pertinentes pour les personnes démentes dans le but de réduire un épuisement des proches aidants ». En reprenant l'abréviation, « les personnes démentes » représentent la population, alors que les interventions sont évoquées par « les stratégies non médicamenteuses les plus pertinentes » et l'outcome est relevé à travers le fait de « réduire l'épuisement des proches aidants ».

Type de question

Dans la méthodologie « PICOT », il existe différentes classes de questions qui permettent aux chercheurs et aux lecteurs d'affirmer, de démontrer ou d'explorer les éléments de la recherche. Lorsque c'est l'explication du phénomène étudié qui est visé, alors la question sera du type « meaning ». Il est possible de chercher des précisions sur une maladie ou une condition de santé particulière à travers la question dite « pronostic », ou d'essayer d'établir la pertinence et l'efficacité d'un outil diagnostic avec le type de question « pronostic ». Au contraire, la question de type étiologique, recherche la cause et les effets potentiels d'agents qui détériorent l'état de santé, la morbidité ou la mortalité.

Notre question de recherche est d'un genre encore différent, puisqu'elle est du type « intervention ». En effet, ce sont les différentes pratiques non pharmacologiques, comme, entre autres, la musicothérapie, l'art-thérapie ou la stimulation cognitive qui sont étudiées. Ce sont les effets de ces interventions qui y sont démontrés, cela dans la perspective d'améliorer les conditions notamment physique et psychologique des patients malades. Tout en sachant, qu'en agissant sur ces éléments-ci, des effets seront aussi attendus sur le bien-être des proches aidants.

Critères de sélection des articles

Concernant les critères de sélection des différents articles trouvés, il y avait notamment la date de publication, mais aussi la pertinence du contenu. En

effet, la date a son importance, étant donné que s'il est trop ancien alors les résultats ne seront plus forcément à jour et applicables à la réalité actuelle. Il se peut également que les outils utilisés soient désuets. Puis c'est avec la pyramide de hiérarchisation des preuves (B. M. Melnyk & Fineout-Overholt, 2005) qu'il est possible de dégager les données probantes ou les preuves scientifiques de plusieurs études et de les classer selon la force qu'elles représentent. Également appelé niveaux d'interprétation des preuves, elle permet de classer les études d'après leur robustesse pour répondre à la question clinique à l'étude. Les revues systématiques, pourtant au sommet de la pyramide, ne sont pas retenues dans ce travail, de par leur proximité avec le travail de bachelor. Une preuve est d'autant plus fondée qu'elle est produite au terme d'une recension méthodique d'écrits pertinents de grande qualité sur un même sujet (Talbot, 2017), telle peut être décrite une revue systématique. C'est également l'objectif du présent travail, et cela explique leur proximité. Finalement, le dernier critère de sélection était la façon dont répondait l'article à la question de recherche. Naturellement, si l'élément trouvé ne parlait pas de personnes âgées atteintes de démence, ni ne mettait les thérapies non médicamenteuses en avant, alors il n'était pas retenu.

Mots-clés et descripteurs

Dans un premier temps, les termes représentant les éléments du mot PICOT ont été repris et insérés dans les différentes bases de données. Les

auteurs de ce travail ont remarqué la difficulté à trouver des articles parlant sciemment des différentes thérapies non-médicamenteuses. La stratégie de recherche a alors été adaptée en précisant à chaque fois une intervention non pharmacologique bien précise. Là, les recherches étaient plus fructueuses.

Tout d'abord, c'est sur psycinfo que les recherches ont débuté. Sept résultats ont été trouvés en indiquant les mots clés suivants « Person with dementia », « Music therapy » et « Improve quality of life ».

Ensuite, la base de données Pubmed a été sollicitée pour ce travail. Là encore, il a été décidé d'effectuer, avec les mêmes mots-clés que précédemment, une recherche sur la musicothérapie afin d'éventuellement trouver d'autres études scientifiques au vu du résultat de la recherche antérieure. Là, soixante-trois articles sont ressortis. Toujours sur la même base de données, les mots clés suivants ont été utilisés : « person with dementia », « improve quality of life », « physical therapy ». Il en est ressorti deux-cent-quatre-vingt-un résultats.

Enfin, Medline a été sollicitée comme dernière base de données pour une recherche avec des mots-clés, tels que « Person with dementia » et « Music Therapy ». Ici, ce sont dix articles sont ressortis. En restant encore une fois sur cette base-ci, seul « Snoezelen » a été utilisé comme mots-clés. De là, cent douze articles ont été trouvés. Puis en ajoutant un filtre de date de publication des articles, une dernière recherche avec « Dementia » et « Physical Therapy

» a été effectuée, et ce sont quatre-cent-quatre-vingt-six résultats sont apparus.

Sélection des articles

Pour Psycinfo, aucun article n'a finalement été retenu car soit ils ne répondaient pas à la question de recherche, soit il en ressortait des revues systématiques, soit l'impact facteur n'était pas suffisant.

Concernant Pubmed et la musicothérapie, neuf ont été perçus comme intéressants après la lecture du résumé. Puis finalement, ce ne sont que cinq articles qui ont été retenus après lecture complète, car les autres étaient des revues systématiques. Pour la deuxième recherche sur la même base de données sur les thérapies physiques, six articles ont été retenus après lecture du résumé. Mais au final deux étaient encore des revues systématiques.

Au sujet de Medline et de la musicothérapie, toujours après lecture des résumés, trois articles ont été choisis, mais après lecture complète, un nous semblait ne pas correspondre à tous les critères. Un autre a été gardé de côté, malgré le fait que sa date de publication était de 2010. Il n'a finalement pas été analysé. La deuxième recherche effectuée sur cette base de données-ci, mais cette-fois sur la technique de Snoezelen, nous a permis de retenir cinq articles, dont deux étaient une nouvelle fois des revues systématiques. Sur les trois restants, un a été utilisé pour le poster de ce travail et les deux autres ont été analysés. Enfin concernant la recherche sur la démence et la thérapie

physique, seuls deux articles ont été choisis après lecture des résumés. Cependant, un était encore une revue systématique et le second n'a pas pu être obtenu pour ce travail, étant donné sa publication trop récente.

Analyse des articles retenus

Pour analyser les douze articles, nous avons mobilisé la grille de Tétrault (2014), qui aide à l'analyse d'articles scientifiques et qui permet une lecture critique.

Chapitre 5 : Synthèse des résultats/ discussion

Synthèse des résultats des articles

Les différents articles analysés ont permis de ressortir les conséquences positives comme négatives des multiples approches alternatives amenées dans ce travail. Il serait, cependant, judicieux de réaliser de nouvelles études pour avoir une étendue plus large sur le sujet, ce qui permettrait d'avancer des résultats plus significatifs pour la pratique.

Zoothérapie.

Moretti et al., 2011, ont démontré dans leur étude, que la zoothérapie améliore dans un premier temps la qualité de vie auto-perçue. Parallèlement la fonction cognitive s'est vue elle aussi améliorée au travers des résultats du « Mini Mental State Examination ». Les résultats montrent également que cette approche alternative améliore les symptômes dépressifs des résidents déments. Ces résultats ne font finalement que renforcer la littérature actuellement disponible.

Musicothérapie.

Dans l'étude comparative de Sánchez et al., 2016, ce sont les effets sur l'agitation, l'état émotionnel et cognitif et sur la gravité de la démence qui ont été évalués. Ceci en comparant un environnement de stimulation multisensorielle et des séances de musiques individualisées auprès des patients déments institutionnalisés. Des effets significatifs sur l'agitation et sur l'humeur ont été observés après les séances de musique individualisée.

L'anxiété s'est vue diminuée dans la période post-intervention, mais pour ce qui est de la gravité de la démence, il n'y a aucun changement significatif.

Dans une autre étude réalisée par Maseda et al., 2018, des séances de musique individualisée ont également été comparées à la stimulation multisensorielle, mais cette fois-ci pour observer l'effet sur l'humeur, le comportement et les paramètres biomédicaux. Parmi les résultats significatifs, il en est ressorti, dans les deux groupes, que les patients étaient plus heureux, plus sociables et plus attentifs à leur environnement. Du point de vue des paramètres biomédicaux, une diminution de la fréquence cardiaque et une augmentation de la saturation en oxygène ont été observées dans les deux groupes. Ces améliorations ont été démontrées à court terme. Il manque donc une efficacité prouvée sur le long terme.

Une étude menée par Pongan et al., (2017), a cette-fois, comparé les effets des interventions musicales et picturales sur la douleur chronique, l'humeur, la qualité de vie et la cognition. Pour la musicothérapie, une diminution de la douleur et une amélioration de la qualité de vie ont été observés de manière significative. De façon moins importante que dans le groupe d'activités picturales, l'intervention musicale a tout de même permis de diminuer les symptômes dépressifs et l'anxiété. Non significativement, une stabilisation de la mémoire épisodique est ressortie ici. Dans les deux groupes, l'estime de soi et le processus d'inhibition se sont améliorés avec le temps.

Dans l'étude de Clark et al., (2021), le but est de voir l'effet de l'écriture de chanson en groupe sur les personnes âgées atteintes de démence et leurs

aidants familiaux. Les dyades ont apprécié l'expérience dans laquelle ils ont trouvé des éléments nouveaux et ont remarqué des effets positifs des deux côtés. Il est vraiment ressorti, que le sentiment de « faire ensemble » a été bénéfique et la possibilité de créer des liens avec les autres a été appréciée. Chacun a été accepté tel qu'il est et tous ont dû mettre en avant leur capacité d'adaptation pour travailler avec l'autre. Les proches aidants, n'ont pas exécuté un soin de manière mécanique, mais ont profité de l'instant présent avec le malade et les deux parties se sont montrées engageantes. Les processus mentaux, tels que la remémoration des souvenirs, la créativité et la communication, ont été stimulés et parallèlement ce sont les compétences et les intérêts qui ont été ravivés. La narration et la création d'une chanson a permis de faire raviver le passé des personnes démentes. L'humeur s'est parallèlement améliorée chez les participants. Cela a aidé les aidants naturels à trouver des points positifs plutôt que de se laisser aller dans une spirale descendante.

Après la création d'une intervention basée sur des activités de chant par la Société Alzheimer, Osman et al., (2016) ont regardé l'impact sur le bien-être et la santé des personnes démentes et leurs aidants. Il en est ressorti que, quel que soit le stade de la démence, tous les participants s'impliquent dans l'activité qui a été perçue comme agréable. Cela a pu stimuler la participation autant physique qu'émotionnelle. Les aidants y ont vu une opportunité de former un réseau de soutien, dans lequel ils ont pu se livrer sur les éléments problématiques. Dans cette étude encore, cela a offert la possibilité aux dyades

de participer à une même activité. Des bénéfices durables ont été rapportés, tels que le sentiment de bien-être et la capacité d'apporter des soins pour les aidants. Du côté des personnes démentes, le fait qu'elles soient capables de se souvenir de la session, leur donne un sentiment d'espoir et de positivité. Le chant stimule et régule les émotions, ce qui permet de diminuer le stress, réguler la température, augmenter la production d'endorphine. Finalement, il a été remarqué qu'indirectement, cela aidait à accepter le diagnostic de démence puisque l'activité peut être introduite dans la vie quotidienne.

Sakamoto et al., (2013) ont comparé, avec un groupe passif, interactif et témoin, l'effet d'interventions musicales individualisées chez les personnes démentes. Pour le groupe passif, il a été observé une humeur significativement plus confortable après les interventions et tant que celles-ci continuaient, l'anxiété et les phobies ont diminué. Alors que dans le groupe interactif, il y a eu une amélioration de l'état émotionnel encore plus importante. Pour eux, tant que les sessions étaient données, ce sont également les phobies, mais aussi les idées paranoïaques et délirantes ainsi que l'agressivité qui ont diminué. Ces changements réduisent donc la charge du soignant. Parallèlement, le fardeau de l'aidant a diminué lui aussi. Par contre, sur le long terme, en post-intervention, dans les deux groupes, les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence ont augmenté.

Raglio et al., (2015), se sont concentrés sur l'effet de la musicothérapie active et de l'écoute individualisée de la musique sur la démence. Aucun

résultat significatif n'est ressorti. Mais dans les deux groupes, la dépression a diminué et le comportement ainsi que la qualité de vie se sont améliorés.

L'effet de la musique sur la qualité de vie et la dépression chez les personnes démentes a été exploré dans l'étude de Cooke et al., (2010). Cette étude a été réalisée en comparant avec un groupe de lecture. Tout comme dans le groupe de lecture, le sentiment d'appartenance, d'estime de soi et de dépressions se sont vus améliorés.

La musicothérapie peut être vécue de manière passive ou active. Il semblerait que dans la deuxième façon de faire, des résultats plus significatifs ressortent, le déclin est ralenti, le stress se réduit et la relaxation a pris place.

Aromathérapie.

Yoshiyama et al., (2015) ont, dans leur étude, évalué l'efficacité et la sécurité de l'aromathérapie cliniques chez les personnes démentes institutionnalisées, ceci dans un cadre de soins de routine. Cliniquement parlant, cette thérapie est sûre mais mise à part certains sentiments de confort exprimés par des candidats ou le vécu d'expérience positive, il semblerait qu'il n'y ait que peu d'étude sur le sujet, permettant de faire ressortir des résultats significatifs. Parallèlement, il est possible que si cet essai avait été étudié sur une plus longue durée de temps, alors des résultats plus probants ressortiraient.

Activités physiques.

Dans leur étude, Lamb et al., (2018) ont évalué les effets d'un programme d'entraînement aérobique et d'exercices de musculation d'intensité modérée à élevée sur la déficience cognitive. Aucun résultat significatif n'en est ressorti. Cependant, selon les différentes échelles de mesures, le groupe ayant pratiqué les exercices a montré une déficience cognitive plus sévère après l'étude. De plus, grâce à l'indice neuropsychiatrique, les symptômes comportementaux se sont, eux aussi, aggravés.

Stimulation cognitive.

Orrell et al., (2017) ont évalué l'efficacité d'un programme de thérapie de stimulation cognitive individuelle à domicile. Cela dans le but d'améliorer la cognition et la qualité de vie de la personne démente, mais aussi la santé mentale et le bien-être du soignant. Dans ce programme était proposé un cahier d'activité, une trousse d'outils, des cartes à jouer, des dominos et des disques compacts pour activités sonores. Il n'y a pas eu de résultats significatifs concernant la personne démente. Cependant, concernant les proches aidants, après avoir fait passer le programme de stimulation cognitive, une meilleure qualité de vie ainsi qu'une amélioration de la qualité de la relation sont ressorties.

Art-thérapie.

Une étude menée par Pongan et al., (2017), a comparé les effets des interventions musicales et picturales sur la douleur chronique, l'humeur, la qualité de vie et la cognition. Les résultats significatifs concernant l'art ont ressorti que la douleur a diminué, les symptômes dépressifs et l'anxiété a également diminué mais de façon plus importante dans ce groupe. Parallèlement, une amélioration de la qualité de vie a été observée dans les deux groupes. Non significativement, mais dans les deux groupes, l'estime de soi et le processus d'inhibition se sont améliorés avec le temps. Une diminution de la mémoire verbale épisodique a été observée après l'intervention picturale.

Thérapie occupationnelle.

Cooke et al., (2010) a exploré l'effet de la musique sur la qualité de vie et la dépression chez les personnes démentes, cela en comparant avec un groupe de lecture. Les séances de lecture ont créé un plus grand sentiment d'appartenance et d'estime de soi. Les symptômes de dépression ont également diminué. Le groupe de lecture a permis un engagement plus important de la part des personnes démentes, que dans des activités normales et routinières.

Stimulations multisensorielles.

L'étude comparative de Sánchez et al., (2016), réapparaît dans ce chapitre sur la stimulation cognitive, puisqu'elle compare les effets sur l'agitation, l'état émotionnel et cognitif et sur la gravité de la démence après un environnement de stimulation multisensorielle et des séances de musiques individualisées auprès des patients déments institutionnalisés. Des effets significatifs sur l'agitation et sur l'humeur ont également été observés après la stimulation multisensorielle. Pendant l'intervention, une diminution de l'anxiété a été observée dans ce groupe-ci, puis les résultats n'ont fait que se confirmer en période post-intervention. Enfin, concernant la gravité de la démence, celle-ci a diminué au moment des trois évaluations effectuées à des temps différents. Ce groupe a de meilleurs résultats à tout point de vue. Cela s'expliquerait par le fait qu'ils ont eu un rôle actif dans cette stimulation.

Dans une autre étude réalisée par Maseda et al., (2018), la stimulation multisensorielle a également été comparée aux séances de musique individualisée, mais cette fois-ci pour observer l'effet sur l'humeur, le comportement et les paramètres biomédicaux. Parmi les résultats significatifs, il en est ressorti que, tout comme dans le groupe de musique, les patients étaient plus heureux, plus sociables et plus attentifs à leur environnement. De plus, et ce seulement dans ce groupe, les patients sont plus détendus, s'amusent plus et sont moins inactifs, leur sommeil s'est aussi amélioré après les sessions. Du point de vue des paramètres biomédicaux, une diminution de la fréquence cardiaque et une augmentation de la saturation en oxygène ont

été observées dans les deux groupes. Ces éléments significatifs ont été prouvés à court terme, mais pas sur le long terme.

Dans différentes études, il en ressort que même si la démence n'est pas présente chez le patient, la stimulation sensorielle ralentirait le processus de vieillissement cognitif normal.

Développement des résultats en lien avec la question PICOT

Dans ce chapitre sont repris les résultats avancés précédemment, dans le but de les mettre en lien avec la question PICOT qu'est « quelles sont les stratégies non médicamenteuses les plus pertinentes pour les personnes démentes dans le but de réduire un épuisement des proches aidants ». Même si la majorité des études a plutôt été réalisées dans des institutions ou pour des personnes institutionnalisées, nous allons tout de même faire le lien avec notre problématique.

À travers les différentes études analysées, dont le sujet était la musicothérapie, comme le montre entre autres celles de Sánchez et al., (2016) et de Sakamoto et al., (2013), c'est l'humeur et l'anxiété qui se sont vues le plus amélioré à la suite de séances de musicothérapies. Pour ne citer qu'eux, ce ne sont que des bienfaits parmi tant d'autres qu'apportent cette thérapie. Tous ces effets positifs amènent donc globalement à une meilleure coopération dans les soins, ce qui diminue le fardeau de ces aidants naturels. Pour les proches aidants, il en est également ressorti que ces activités leur permettaient de passer du temps avec le dément, de partager des instants précieux dans

lesquels les deux parties s'impliquaient. De plus, ils ont créé des liens avec d'autres participants, ce qui leur a permis de se confier et de se former un réseau de soutien.

Lorsque la stimulation multisensorielle, notamment à travers Snoezelen, a été étudiée, ce sont les paramètres biomédicaux qui se sont vus améliorés (Maseda et al., 2018). Ceci amène un souci en moins au proche aidant. En effet, savoir que son parent est atteint de démence, qu'inévitablement les conséquences qui s'ensuivent ne soient pas réjouissantes, mais qu'en plus, il y aurait une péjoration de la santé physique en parallèle, ne fait qu'augmenter l'inquiétude du soignant. Une meilleure humeur et une anxiété diminuée est ressortie concrètement dans l'étude de Sánchez et al., (2016). Parallèlement, les patients se sont également montrés plus heureux, plus sociables, plus attentifs à leur environnement et plus détendus dans la deuxième étude (Maseda et al., 2018). Cela implique que la relation dans le soin sera plus ouverte et plus agréable. La personne démente se montrera plus coopérative, ce qui amènera le proche aidant à engager moins d'énergie dans la négociation du soin. Cela impactera donc de façon positive sa santé mentale.

Si les animaux sont aussi acteurs d'une thérapie, on la nomme alors la zoothérapie. De par l'étude de Moretti et al., (2011), il est possible d'affirmer que cette thérapie non médicamenteuse apporte un atout pouvant réduire l'épuisement des proches aidants. En effet, une meilleure qualité de vie perçue par le malade amènera à un comportement à nouveau plus coopératif, moins agressif et plus ouvert, voire plus social envers les tiers. De ce fait, les proches

aidants manifesteront moins d'épuisement, aussi par le fait que les conséquences de la maladie seront moins visibles et auront moins de répercussions sur leur bien-être et leur moral.

Les ateliers picturaux ou l'art-thérapie mis en avant dans l'étude menée par Pongan et al., (2017) a permis de ressortir une diminution significative de la douleur. Outre la diminution de l'anxiété et des symptômes dépressifs, la douleur est l'élément le plus important. En effet, une personne douloureuse pendant un soin ou même au quotidien, amène le soignant à devoir prendre encore plus de temps pour effectuer les gestes et peut également faire intervenir une certaine culpabilité. Après de l'art-thérapie, des soins peuvent être apportés sans que cela ne soit source d'épreuve pour le proche aidant. En prenant en compte les résultats non significatifs, il est également intéressant de ressortir qu'une amélioration du processus d'inhibition amène une meilleure concentration de la personne démente. Cela implique donc que la personne sera beaucoup plus investie dans l'instant T, ce qui peut amener une impression d'avoir réalisé une activité ensemble pour le proche aidant.

Puis ce sont différents jeux ou objets de la vie quotidienne qui ont été utilisés pour étudier la stimulation cognitive. Même s'il n'y a pas eu de résultats significatifs pour les personnes atteintes de démence dans l'étude d'Orrell et al., (2017), il en ressort tout de même des éléments importants concernant les soignants. Dans l'étude, bon nombre de soignants étaient des proches aidants, à qui, l'application du programme avait au préalable été enseignée. Même sans amélioration concrète chez les personnes malades, les proches

aidants ressortent une meilleure qualité de vie en post intervention. Cela peut venir du fait que comme vu plus haut, parfois les proches aidants se sentent démunis face à la situation et manquent de ressource pour ressentir qu'ils apportent leur aide dans la maladie. Avec ce programme, cet objectif a été atteint et a un impact sur une meilleure santé mentale.

En créant des séances de lecture considérée comme une thérapie occupationnelle, Cooke et al., (2010) ont remarqué une diminution des symptômes dépressifs. Ainsi, les personnes sont plus ouvertes dans la vie quotidienne et seront également plus participatives aux soins. Cela amène donc un allègement de la prise en soins et un combat moins lourd pour les proches aidants dans la participation des personnes démentes aux activités.

Dans l'étude de Yoshiyama et al., (2015), ce sont des massages aux huiles essentielles qui sont utilisés. À travers de l'aromathérapie, aucun résultat significatif n'est ressorti quant à un éventuel effet sur le comportement des personnes âgées démentes. Cependant, il a été démontré que les symptômes liés à la dépression se sont améliorés au cours des essais. Même si le lien direct avec le comportement n'est pas exprimé réellement, on peut tout de même en déduire qu'une personne démente ayant moins de symptômes de la dépression ou voyant ceux-ci diminués, sera plus ouverte à son entourage. Ceci découlera du fait que la personne démente sera également moins agressive, durant les soins, par exemple. Un autre comportement tel qu'il est décrit ici amènera également des répercussions sur le proche aidant, qui sera

toujours tout autant impliqué dans ses tâches, mais avec moins de difficultés certainement.

Lamb et al., (2018) affirme dans leur étude mobilisant les activités physiques comme thérapie, qu'aucune différence n'a été constatée dans le fardeau des aidants ou la qualité de vie entre les deux interventions. Même si, parallèlement, la déficience cognitive des personnes démentes s'est aggravée.

Perspectives et propositions pour la pratique

Dans un premier temps, l'idéal est de se concentrer sur la ou les thérapies non médicamenteuses potentiellement faisables à domicile, étant donné que la question PICOT se penche sur les proches aidants. Dans cette situation, les auteurs sont d'accord de s'aligner sur le fait que la musicothérapie est celle qui est le plus facilement réalisable à domicile car elle ne demande finalement que peu de moyens. De plus, elle peut se décliner de différentes façons. Il est possible d'écouter de la musique, de créer des chansons, de chanter. Toutes des manières de faire qui apportent, en plus, des effets bénéfiques pour les deux parties.

Au vu des résultats de recherche obtenus, il est question également de personnes démentes institutionnalisées. Là, les moyens d'application d'interventions non pharmacologiques sont plus grands. Dans un établissement, il est possible de dédier une pièce spécialisée à l'utilisation de la stimulation sensorielle. Les cinq sens doivent s'y retrouver et pouvoir être stimulés, à travers différents postes nécessitant du matériel tels que par

exemple des fauteuils, de la musique, des spots lumineux particuliers. Il est également possible que les professionnels de la santé qui accompagnent les patients suivent des formations. La stimulation multisensorielle est donc la thérapie qui serait adaptée à cela et qui apporte tout autant de bénéfices. Certes, il est nécessaire d'adapter une salle propre à cela, certes cela demande un certain coût, mais c'est justement l'aspect financier qui freine l'installation à domicile. Or dans les établissements médicaux, le budget est bien plus grand.

Chapitre 6 : Conclusion

Apport du travail de Bachelor

Étant considéré comme un aboutissement de notre formation, ce travail nous a permis de puiser dans les différentes connaissances acquises durant ces quelques années. Tant au niveau de la recherche, que de l'analyse d'articles ou que de la pathologie en elle-même, il nous a fallu mobiliser tous les éléments construits à travers nos formations, nos expériences et nos apprentissages. En outre, ce travail nous a également permis d'améliorer et de renforcer toutes nos connaissances et compétences dans ce domaine, mais aussi de renforcer notre positionnement de futures professionnelles.

En termes d'éléments facilitants, avant toute chose, il est important de souligner la dynamique de travail du groupe et la solidarité entre les auteurs. Cela nous a aidé à développer nos aptitudes à collaborer et réaliser un projet en équipe. En effet, l'absence de conflits a permis de mener ce travail à terme dans les meilleures conditions possibles. Parallèlement, les différents points de vue des membres du groupe n'ont en aucun cas été contraignants. Au contraire, venant des différentes expériences professionnelles, cela amène les auteurs à pousser leurs réflexions au plus loin et de prendre en compte un maximum d'éléments apportant de la richesse au contenu. La mise à disposition des différents moyens de recherche et les ressources de l'école, nous ont permis d'être dans de bonnes conditions nécessaires à la rédaction de ce travail. Puis, les auteurs se mettent d'accord pour dire qu'au vu de la question de départ, c'est une réelle chance de pouvoir être libre de préciser la question selon la méthode PICOT à notre guise. En effet, cela permet de

réaliser un travail de qualité en rapport à un thème nous intéressant. Ce qui n'est pas négligeable pour ce type de dossier de fin d'études.

À contrario, parmi les éléments contraignants, il n'est possible d'en parler sans nommer la crise sanitaire actuelle. En effet, dans un premier temps, les auteurs ont imaginé aller à la rencontre de différents établissements mettant en œuvre une ou de multiples thérapies non-pharmacologiques. Ceci dans un but de pouvoir réaliser des entretiens autant avec les professionnels, les résidents ou la famille de ces derniers, afin d'avoir le ressenti de chacun dans l'application de ces interventions. Concernant le domaine de la recherche, bien que des cours soient amenés durant la formation, les auteurs ne se considèrent pas comme experts dans ce domaine. Cela a pu être contraignant dans les différentes étapes. Malgré tout, nous en tirons un apprentissage positif et nécessaire pour la suite de notre carrière. Pour ce qui est de la réalisation de ce travail, il a été difficile parfois de trouver du temps. Il est vrai qu'en dernière année de formation, la pression de la dernière période de formation pratique ne laisse finalement que peu de place au travail de bachelor pendant la période de réalisation de celle-ci. En outre, la crise sanitaire a également rendu difficiles les rencontres des auteurs, surtout en première partie où il n'était pas permis de se rassembler. Cela est sans compter les autres dossiers ou projets à réaliser en groupe en parallèle du travail de bachelor.

Limites

En tant que première limite, il est possible de ressortir le fait que les auteurs se sont arrêtés aux thérapies non médicamenteuses dont ils connaissaient les principes ou dont ils avaient déjà entendu parler, sans faire de recherches supplémentaires. De ce fait, beaucoup de thérapies non pharmacologiques n'apparaissent pas dans les analyses. Deuxièmement, le thème choisi est certainement trop large pour un travail de cette envergure. En effet, il y a un manque d'études réalisées sur de nombreuses approches alternatives. Il est donc difficile de les comparer dans le but de faire ressortir les bienfaits de chacune et de dire clairement quelle est la plus significative. Troisièmement, bien qu'il ait été facile de trouver des études réalisées avec et sur des participants atteints de démence, il a été plus compliqué d'obtenir des articles incluant les proches aidants. En effet, les auteurs ont donc dû faire preuve d'adaptation et élargir les champs de recherche aux personnes institutionnalisées et donc, par conséquent, à leur soignant professionnels. Quatrièmement, le type de population choisie peut être une limite en soi. Il est vrai que la démence est une pathologie qui amène au fait que la personne ait, entre autres, des fonctions cognitives altérées. De ce fait, lors des études réalisées, lorsqu'il y avait la passation des outils ou lors d'entretiens en post-intervention, les personnes pouvaient ne pas se souvenir des activités vécues et leurs réponses pouvaient être, par conséquent, biaisées. Cinquièmement, au vue de la difficulté à trouver des études réalisées pour les thérapies non médicamenteuses, il est vrai qu'une majorité de nos analyses se porte sur la

musicothérapie. De ce fait, il est plus facile d'avoir une vision globale de l'activité et d'avoir des résultats fiables. Comparé à d'autres thérapies, comme l'activité physique ou l'aromathérapie, où une seule étude répondant aux critères a été trouvée et avec laquelle il est, par conséquent, difficile de comparer. Sixièmement, il est nécessaire de se poser la question quant à la nécessité de mener des études longitudinales avec le type de population qu'est la personne démente, surtout dans l'évaluation de la qualité de vie. En effet, dans certaines études amenant une activité à faire en dyade, il est souvent ressorti chez les deux participants à quel point ils appréciaient de réaliser une activité ensemble en dehors des temps de soins. C'est un moment où ils se retrouvent et tissent une autre sorte de lien. Peu importe donc que ce sentiment dure dans le temps où pas, le moment présent a été apprécié et c'est tout ce qui compte. Dans l'évaluation de la qualité de vie dans une étude longitudinale, souvent, les chercheurs reviennent dans le temps pour voir l'effet de l'activité sur le long terme. C'est là que se soulève la question de la pertinence. N'ayant pas de pouvoir sur la démence, ne pouvant améliorer son évolution et sachant que dans tous les cas il y aura une péjoration, ne pouvons-nous pas nous satisfaire du bien-être vécu dans le moment présent, sans aller chercher si cela tient dans le temps ?

Perspectives pour la recherche

À la suite de ce travail, il serait nécessaire de réaliser plus de recherches quant aux approches alternatives pouvant être proposées dans cette recherche. En effet, tout un éventail de différentes thérapies existe, mais elles ne sont pas forcément toutes connues du grand public. Il est néanmoins important d'en parler afin de réaliser laquelle est la plus adaptée aux personnes démentes afin de diminuer l'épuisement des proches aidants. Parallèlement, il est, selon les auteurs, indispensable de trouver minimum deux articles pour chacune des thérapies avancées, ceci dans le but d'avoir un avis plus significatif. Il serait également intéressant de réaliser des recherches au niveau européen, voire même au niveau national. Ceci dans le but de mettre en évidence les besoins réels de notre continent ou de notre pays. Enfin, il serait intéressant d'aller plus loin dans les recherches concernant les proches aidants. En effet, c'est une population trop peu reconnue de nos jours et pourtant elle mérite toute notre attention. D'autant plus qu'ils ont réellement besoin d'aide pour diminuer leur fardeau, leur stress et leur renfermement sur eux-mêmes. Leur vie ne tourne qu'autour de leurs parents malades et une fois ceux-ci décédés, l'angoisse ne diminue pas étant donné qu'il faut se reconstruire un entourage, une vie active et sociale.

Chapitre 7 : Références

- Alligood, M. R. (2014). Nursing Theorists and Their Work. In *Contemporary Nurse*.
- Alzheimer Suisse. (2019). *Étude d'Alzheimer Suisse sur les coûts des démences 2019: perspectives sociétales*.
- Alzheimer Suisse. (2020). Les thérapies non médicamenteuses pour une meilleure qualité de vie. *Alzheimer Suisse*, 1–4.
- Azzi, J. (2018). *Prise en charge non médicamenteuse de la personne âgée démente et dépendante à domicile: état des lieux de l'offre de soins en Lorraine* Julien Azzi To cite this version: HAL Id: hal-01732921 soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la Conta.
- Brousseau, Y., & Ouellet, N. (2010). Description de la fatigue chez les proches-aidants d'un parent atteint de troubles cognitifs. *L'Infirmière Clinicienne*, 7(1), 24–32.
https://acces.bibl.ulaval.ca/login?url=http://sfx.bibl.ulaval.ca:9003/sfx_local?ctx_ver=Z39.88-2004&ctx_enc=info:ofi/enc:UTF-8&ctx_tim=2017-06-14T08%3A17%3A52IST&url_ver=Z39.88-2004&url_ctx_fmt=info:ofi/fmt:kev:mtx:ctx&rft_id=info:sid/primo.exlibrisgroup.com
- Bureau d'études de politique du travail et de politique sociale BASS SA. (2018a). *Estimations de la prévalence de la démence en Suisse*. 1–2.
- Bureau d'études de politique du travail et de politique sociale BASS SA. (2018b). *Soins à domicile: estimation du nombre de personnes atteintes*. 2012, 1–2.
- Clark, I. N., Baker, F. A., Tamplin, J., Lee, Y. E. C., Cotton, A., & Stretton-Smith, P. A. (2021). "Doing Things Together Is What It's About": An Interpretative Phenomenological Analysis of the Experience of Group Therapeutic Songwriting From the Perspectives of People With Dementia and Their Family Caregivers. *Frontiers in Psychology*, 12(March), 1–15.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.598979>
- Cooke, M., Moyle, W., Shum, D., Harrison, S., & Murfield, J. (2010). A randomized controlled trial exploring the effect of music on quality of life and depression in older people with dementia. *Journal of Health Psychology*, 15(5), 765–776.
<https://doi.org/10.1177/1359105310368188>
- Département de la santé et de l'action sociale (DSAS). (2016). *Proche aidant tous les jours: informations et conseils pour le proche aidant à domicile*.
- Dumas, G., Lalonde, D., Lefebvre, N., Loranger, L., Massicotte, M., Milette-Roy, H., Pouliot, F., & Trudel, G. (2006). *Guide de prévention de l'épuisement destiné aux proches aidants*. 1–77.

- Fawcett, J. (2005). Chapter 1 : The structure of contemporary nursing knowledge. *Contemporary Nursing Knowledge : Analysis and Evaluation of Nursing Models and Theories*.
- Lamb, S. E., Sheehan, B., Atherton, N., Nichols, V., Collins, H., Mistry, D., Dosanjh, S., Slowther, A. M., Khan, I., Petrou, S., Lall, R., Alleyne, S., Hennings, S., Griffiths, F., Bridgewater, S., Eyre, E., Finnegan, S., Hall, L., Hall, P., ... Uthup, A. (2018). Dementia And Physical Activity (DAPA) trial of moderate to high intensity exercise training for people with dementia: Randomised controlled trial. *BMJ (Online)*, 361. <https://doi.org/10.1136/bmj.k1675>
- Maseda, A., Cibeira, N., Lorenzo-López, L., González-Abraldes, I., Buján, A., De Labra, C., & Millán-Calenti, J. C. (2018). Multisensory Stimulation and Individualized Music Sessions on Older Adults with Severe Dementia: Effects on Mood, Behavior, and Biomedical Parameters. *Journal of Alzheimer's Disease*. <https://doi.org/10.3233/JAD-180109>
- Melnyk, B. (2011). Evidence-based practice in nursing & healthcare: a guide to best practice. In *The Joanna Briggs Institute*. <https://doi.org/10.1590/S0103-507X2007000400012>
- Melnyk, B. M., & Fineout-Overholt, E. (2005). Evidence based practice in nursing & healthcare. *A Guide to Best Practice*.
- Michiels, I. (2018). *La couleur à travers les yeux d'un patient Alzheimer*. <https://www.whatsthecolour.com/fr/blog/la-couleur-a-travers-les-yeux-dun-patient-alzheimer>
- Milhomme, D., Gagnon, J., & Lechasseur, K. (2014). L'intégration des savoirs infirmiers pour une pratique compétente en soins critiques: quelques pistes de réflexion. *L'infirmière Clinicienne*, 11(1), 1–10. <https://revue-infirmiereclinicienne.uqar.ca/Parutions/documents/MILHOMMEetal2014InfirmiereClinicienneVol11no1pp1-10.pdf%0D>
- Missi, P. M., Dallaire, C., & Giguère, J. F. (2018). Science et science infirmière : quels liens, quels enjeux et quelle évolution future pour la discipline infirmière. *Recherche En Soins Infirmiers*. <https://doi.org/10.3917/rsi.134.0006>
- Moguen-boudet, N., Courtois, S., & Mate, M.-C. (2003). *MALTRAITANCE DES PERSONNES ÂGÉES ET COMMUNICATION*.
- Moretti, F., De Ronchi, D., Bernabei, V., Marchetti, L., Ferrari, B., Forlani, C., Negretti, F., Sacchetti, C., & Atti, A. R. (2011). Pet therapy in elderly patients with mental illness. *Psychogeriatrics*, 11(2), 125–129. <https://doi.org/10.1111/j.1479-8301.2010.00329.x>
- Ninot, G., Boulze-Launay, I., Bourrel, G., Gerazime, A., Guerdoux-Ninot, E.,

- Lognos, B., Libourel, T., Mercier, G., Oude-Engberink, A., Rapior, S., Senesse, P., Trouillet, R., & Carbonnel, F. (2018). *De la définition des Interventions Non Médicamenteuses (INM) à leur ontologie*. 8, 21–27.
- OMS. (2020). *Démence*. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
- Orrell, M., Yates, L., Leung, P., Kang, S., Hoare, Z., Whitaker, C., Burns, A., Knapp, M., Leroi, I., Moniz-Cook, E., Pearson, S., Simpson, S., Spector, A., Roberts, S., Russell, I., de Waal, H., Woods, R. T., & Orgeta, V. (2017). The impact of individual Cognitive Stimulation Therapy (iCST) on cognition, quality of life, caregiver health, and family relationships in dementia: A randomised controlled trial. *PLoS Medicine*, 14(3), 1–22. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002269>
- Osman, S. E., Tischler, V., & Schneider, J. (2016). 'Singing for the Brain': A qualitative study exploring the health and well-being benefits of singing for people with dementia and their carers. *Dementia*, 15(6), 1326–1339. <https://doi.org/10.1177/1471301214556291>
- Pepin, J. (2010). La pensée infirmière / Jacinthe Pepin, Suzanne Kérrouac, Francine Ducharme. *La Pensée Infirmière*.
- Pongan, E., Tillmann, B., Leveque, Y., Trombert, B., Getenet, J. C., Auguste, N., Dauphinot, V., El Haouari, H., Navez, M., Dorey, J. M., Krolak-Salmon, P., Laurent, B., & Rouch, I. (2017). Can Musical or Painting Interventions Improve Chronic Pain, Mood, Quality of Life, and Cognition in Patients with Mild Alzheimer's Disease? Evidence from a Randomized Controlled Trial. *Journal of Alzheimer's Disease*, 60(2), 663–677. <https://doi.org/10.3233/JAD-170410>
- Raglio, A., Bellandi, D., Baiardi, P., Gianotti, M., Ubezio, M. C., Zancacchi, E., Granieri, E., Imbriani, M., & Stramba-Badiale, M. (2015). Effect of Active Music Therapy and Individualized Listening to Music on Dementia: A Multicenter Randomized Controlled Trial. *Journal of the American Geriatrics Society*, 63(8), 1534–1539. <https://doi.org/10.1111/jgs.13558>
- Risjord, M. (2009). Nursing Knowledge: Science, Practice, and Philosophy. In *Nursing Knowledge: Science, Practice, and Philosophy*. <https://doi.org/10.1002/9781444315516>
- Sakamoto, M., Ando, H., & Tsutou, A. (2013). Comparing the effects of different individualized music interventions for elderly individuals with severe dementia. *International Psychogeriatrics*, 25(5), 775–784. <https://doi.org/10.1017/S1041610212002256>
- Sánchez, A., Maseda, A., Marante-Moar, M. P., De Labra, C., Lorenzo-López, L., & Millán-Calenti, J. C. (2016). Comparing the Effects of Multisensory Stimulation and Individualized Music Sessions on Elderly People with

- Severe Dementia: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Alzheimer's Disease*, 52(1), 303–315. <https://doi.org/10.3233/JAD-151150>
- Secall, A., & Thomas, I. C. (2005). *L'accompagnement de l'aidant de la personne âgée atteinte de démence*. 50–61.
- Talbot, N. (2017). Fortin, M- F. et Gagnon, J. (2016). Fondements et étapes du processus de recherche : Méthodes quantitatives et qualitatives (3 édition). Montréal, Québec : Chenelière éducation. *Revue Des Sciences de l'éducation*. <https://doi.org/10.7202/1042088ar>
- Tétreault Sylvie, G. P. (2014). Guide pratique de recherche en réadaptation. In *Revue de psychoéducation*.
- Yoshiyama, K., Arita, H., & Suzuki, J. (2015). The effect of aroma hand massage therapy for people with dementia. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*. <https://doi.org/10.1089/acm.2015.0158>

Chapitre 8 : Annexes

Tableau de recherche

<u>Base de données</u>	<u>P</u>	<u>I</u>	<u>O</u>	<u>Articles trouvés</u>	<u>Articles retenus</u>
PsycInfo	Person with dementia	Music therapy	Improve quality of life	7	0
Pubmed	Person with dementia	Music therapy	Improve quality of life	63	5
Pubmed	Person with dementia	Physical therapy	Improve quality of life	281	4
Medline	Person with dementia	Music therapy	/	10	1
Medline	/	Snnozelen	/	112	2
Medline	Dementia	Physical therapy	/	486 (avec filtre 2011-2021)	0

« Comparing the Effects of Multisensory Stimulation and Individualized Music Sessions on Elderly People with Severe Dementia: A Randomized Controlled Trial » (Sánchez et al., 2016)

Parties communes à tous les articles.

Identification de l'article et du résumé.

1. Titre	
Titre (noter le titre)	Comparaison des effets de la stimulation multisensorielle et des séances de musique individualisées sur des personnes âgées atteintes de démence sévère : un essai contrôlé randomisé
Thèmes abordés	Étude qui compare les effets d'un d'un environnement de stimulation multisensorielle (ESM) et de séances de musique individualisées sur l'agitation, l'état émotionnel et cognitif, et la gravité de la démence dans un échantillon de patients institutionnalisés atteints de démence sévère.
Le titre réfère-t-il à une population précise ou à une question pertinente, si oui, laquelle ou lesquelles	Les personnes âgées atteintes de démence sévère.
2. Auteurs	
Auteurs (noter les auteurs)	Alba Sánchez, Ana Maseda (1), M. Pilar Marante-Moar (1), Carmen de Labra (2), Laura Lorenzo López (1) and José Carlos Millán-Calenti (3)
Préciser leur rattachement, institution, lieu de travail, pays	(1) Groupe de recherche en gériatrie et gériatrie, Université de La Corogne, Espagne (2) Groupe de recherche Neurosciences et contrôle moteur, Université de La Corogne, Espagne (3) Directeur du groupe de recherche en gériatrie, Université de La Corogne, Espagne
3. Mots clés	
Mots clés (noter les mots clés)	Démence, personnes âgées, musique individualisée, environnements multisensoriels, stimulation multisensorielle, essai contrôlé randomisé, Snoezelen.

4. Résumé	
Décrire brièvement les objectifs, la méthodologie, les résultats	<p>Comparer les effets d'un environnement de stimulation multisensorielle (ESM) et de séances de musique individualisées sur l'agitation, l'état émotionnel et cognitif, et la gravité de la démence dans un échantillon de patients institutionnalisés atteints de démence sévère.</p> <p>Vingt-deux participants ayant reçu un diagnostic de démence sévère ou très sévère ont été répartis au hasard en deux groupes : MSSE et séances de musique individualisées. Les deux groupes ont participé à deux séances hebdomadaires de 30 minutes pendant 16 semaines.</p> <p>Les résultats étaient l'agitation (inventaire d'agitation de Cohen-Mansfield, CMAI), l'humeur (échelle de Cornell pour la dépression dans la démence, CSDD), l'anxiété (Rating Anxiety in Dementia, RAID), la fonction cognitive (Severe Mini-Mental State Examination, SMMSE) et la gravité globale de la démence (Bedford Alzheimer Nursing Severity Scale, BANS-S). Ils ont été évalués au départ (avant l'essai), au milieu (milieu de l'essai), à la fin de l'intervention (après l'essai) et 8 semaines après l'intervention (suivi). Les patients du groupe MSSE ont montré une amélioration significative de leurs scores RAID et BANS-S par rapport au groupe de musique individualisée après et avant l'essai. En ce qui concerne l'agitation, on a constaté une amélioration pendant l'intervention dans les groupes MSSE et musique individualisée du score total CMAI après 16 semaines d'intervention, sans différence significative entre les groupes. Les résultats suggèrent que l'EMSP pourrait avoir de meilleurs effets sur les symptômes d'anxiété et la sévérité de la démence en comparaison avec les séances de musique individualisée chez les patients âgés atteints de démence sévère.</p>

Introduction.

1. Pertinence	
Est-ce que la justification de l'étude repose sur des constats théoriques, des observations, des faits ou des données statistiques ?	À ces stades de la démence, le Guideline on Supporting People with Dementia and Their Carers in Health and Social Care élaboré par le National Institute for Health and Clinical Excellence et le Social Care Institute for Excellence (NICE-SCIE) recommande la stimulation sensorielle comme principale forme d'intervention psychologique pour réduire les symptômes neuropsychiatriques.
2. Originalité	
Comment l'auteur explique-t-il l'originalité de la démarche ?	/
3. Plan de l'article	
Le plan est-il précis, logique et détaillé ? Les étapes à venir sont-elles bien précisées ?	<p>Le groupe MSSE a participé à des séances multisensorielles dans une salle Snoezelen.</p> <p>Dans ce groupe, les patients se sont vu proposer des stimulations visuelles, auditives, tactiles et olfactives, et les thérapeutes ont adopté une approche non directive et habilitante, encourageant les patients à s'engager avec les stimuli sensoriels de leur choix.</p> <p>Le groupe de musique individualisée a participé à des séances de musique en fonction de ses préférences musicales. L'intervention s'est déroulée dans une pièce calme, à l'écart des autres. Dans ce groupe, le thérapeute a suivi une approche directive, en choisissant la musique pour chaque session et en tenant compte des préférences et des intérêts des participants.</p> <p>Les participants des deux groupes ont pris part à deux séances hebdomadaires pendant une période de 16 semaines, jusqu'à ce qu'ils aient terminé 32 séances.</p>
4. Objectifs, questions, hypothèses	
Quels sont les objectifs, les questions de recherche ?	L'objectif principal de la présente étude était de comparer les effets de l'EMSP dans une chambre Snoezelen et des séances de musique individualisée sur l'agitation, l'état émotionnel et cognitif, et la gravité de la démence dans un échantillon de personnes âgées institutionnalisées atteintes de démence sévère.

Recension des écrits scientifiques ou présentation des concepts théoriques.

1. Modèle théorique	
Un modèle théorique, cadre conceptuel ou explication sont-ils proposés ? Si oui, lesquels ?	/
Comment le modèle théorique, cadre conceptuel est-il justifié ?	/
2. Limites des écrits	
Préciser les limites ou contraintes provenant d'autres auteurs	/

Article portant sur une étude quantitative.

Méthodologie.

1. Question de recherche	
Quelles sont les variables importantes ?	L'agitation, l'humeur, l'anxiété, la cognition et la gravité de la démence
Les variables importantes sont-elles bien définies ?	/
Quels sont les questions ou les objectifs de recherche ?	L'objectif principal de la présente étude était de comparer les effets de l'EMSP dans une chambre Snoezelen et des séances de musique individualisée sur l'agitation, l'état émotionnel et cognitif, et la gravité de la démence dans un échantillon de personnes âgées institutionnalisées atteintes de démence sévère.
Quelles sont les hypothèses de recherche ?	/
2. Devis	
Quel est le devis de l'étude ?	Devis quasi-expérimental
Le devis est-il bien détaillé ?	/
De quelle façon les règles éthiques sont-elles respectées ?	Avant le début de la collecte des données, tous les mandataires des participants ont été informés de l'étude, et les mandataires ont été utilisés comme représentants légalement autorisés à fournir le consentement éclairé des patients âgés atteints de démence pour participer à la recherche.
Précision du type de devis ou de la procédure expérimentale	Nous avons mené un essai contrôlé randomisé dans lequel les participants ont été stratifiés en fonction de leur état cognitif et ensuite assignés de manière aléatoire à 1 des 2 groupes (MSSE ou musique individualisée)
Quelles explications sont fournies pour la collecte d'informations ?	Les données sur les préférences et les intérêts sensoriels des participants ont été collectées au préalable afin de concevoir le déroulement des sessions et de minimiser les problèmes de comportement que certains participants pouvaient présenter dans le contexte de l'EMSP et de la musique. Dans le groupe MSSE, les préférences sensorielles dans la salle Snoezelen ont été évaluées selon la procédure suggérée par Pace et al.
3. Sélection des participants ou objets d'étude	
Quelle est la population visée ? est-elle bien définie ?	L'échantillon a été sélectionné parmi les résidents d'un centre spécialisé pour personnes âgées atteintes de démence à La Corogne (Espagne)
Comment se réalise la sélection des participants ?	Le psychologue clinique a vérifié l'éligibilité des participants sur la base des critères d'inclusion et d'exclusion, en utilisant un échantillon initial de 22 participants.

Des critères d'inclusion, d'exclusion de l'échantillon sont-ils présentés quels sont-ils ?	Les critères d'inclusion étaient d'avoir un diagnostic de démence et la présence d'un déclin cognitif sévère ou très sévère (GDS 6-7). Le diagnostic de démence était noté dans les antécédents médicaux, fournis par un neurologue avant le placement dans le complexe gériatrique, et corroboré par le médecin du centre pour personnes âgées. Le GDS a été administré par un psychologue clinicien ayant l'expérience de l'évaluation des personnes afin de déterminer leur niveau de sévérité : déclin cognitif sévère (GDS 6) ou très sévère (GDS 7). Les critères d'exclusion étaient la présence d'une déficience auditive ou d'un autre trouble sensoriel susceptible de nuire aux interactions avec les objets de stimulation multisensorielle (par exemple, une déficience visuelle grave) et le fait d'être alité.
Est-ce qu'il y a une répartition des participants en groupe ? (témoin ou contrôle) comment cette répartition se réalise-t-elle ?	Un générateur de nombres aléatoires informatisé a été utilisé pour diviser aléatoirement l'échantillon en 2 groupes de 11 sujets en fonction du score GDS. La taille initiale de l'échantillon a été ramenée à 18 au cours de la période de suivi en raison du décès de participants (n = 3) ou d'abandons (n = 1). La progression des patients au cours de l'essai est illustrée dans un diagramme CONSORT (Consolidated Standards of Reporting Trial) (Fig. 1). L'échantillon final comprenait 18 participants, avec 9 participants dans chaque groupe.
Précision de la procédure pour faire le choix des participants	/
Précisions sur la justification de la taille de l'échantillon	La taille initiale de l'échantillon a été ramenée à 18 au lieu de 22 au cours de la période de suivi en raison du décès de participants (n = 3) ou d'abandons (n = 1). La progression des patients au cours de l'essai est illustrée

4. Choix des outils de collecte d'information	
Les instruments de mesure sont-ils décrits de manière précise ? Quels sont-ils ?	<ul style="list-style-type: none"> • L'Assessment of Personal Music Preference (APMPQ) (version familiale) a été développé et testé pour obtenir des informations détaillées sur les préférences musicales personnelles et pour identifier l'importance de la musique dans la vie de la personne au cours de sa vie indépendante • La version espagnole validée de l'inventaire d'agitation Cohen-Mansfield (CMAI) a été utilisée pour évaluer la fréquence des comportements agités chez les participants • La version espagnole de l'échelle Cornell Scale for Depression in Dementia (CSDD) a été utilisé pour évaluer l'humeur • L'anxiété a été évaluée à l'aide de l'échelle Rating Anxiety in Dementia (RAID) • La fonction cognitive a été évaluée à l'aide de la version espagnole du Mini Mental State Examination (SMMSE) • La gravité globale de la démence a été mesurée par l'échelle de Bedford Alzheimer Nursing Severity Scale (BANS-S)
Comment se réalise concrètement la collecte des données ? Quelle est la fréquence de passation des outils ?	La version familiale de l'APMPQ est utilisée lorsque les participants sont incapables de répondre aux questions en raison de troubles cognitifs.

<p>Des précisions sur la passation et la cotation des outils sont-elles données ? quelles sont-elles ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • APMPQ : comprend une série de questions sur les types de musique, les formes de musique, les artistes ou interprètes préférés de la personne et les titres de chansons spécifiques avant l'apparition des troubles cognitifs. • CMAI : 30 items évalués sur une échelle de fréquence de 7 points, où 1 signifie jamais et 7 plusieurs fois par heure. Le score total est calculé en additionnant les scores de chacun des items individuels. Le score total de chaque facteur a été obtenu en additionnant les scores des items correspondants. L'inter-fiabilité du CMAI se situe entre 0,88 et 0,92, et les fiabilités de cohérence interne (alpha de Cronbach, α) se situent entre 0,86 et 0,91. • CSDD : 19 items dont la sévérité est évaluée sur une échelle de 0 à 2 (0 = absent, 1 = léger ou intermittent, 2 = sévère). Le score total est obtenu en additionnant tous les scores, pour un score minimal de 0 et maximal de 38. Les scores supérieurs à 10 indiquent une dépression majeure probable, et les scores supérieurs à 18 une dépression majeure certaine. Dans la population espagnole, le CSDD a montré une bonne fiabilité test-retest (0,61 à 0,84) et une bonne cohérence interne ($\alpha = 0,81$). • RAID : 20 items répartis en quatre sous-groupes : inquiétude, appréhension et vigilance, tension motrice et hypersensibilité autonome. Chaque item est évalué sur une échelle en quatre points : absent (0), léger ou intermittent (1), modéré (2) et sévère (3). Le score total est obtenu en totalisant les scores des 18 premiers items, et des scores de 11 ou plus indiquent des symptômes d'anxiété importants. Le RAID a démontré une bonne cohérence interne ($\alpha = 0,83$), une bonne fiabilité inter-juges (0,82 à 1,00) et une bonne fiabilité test-retest (0,84 à 1,00). • SMMSE : 10 items portant sur les connaissances autobiographiques, les tests de praxie constructive, la boucle phonologique et l'étape de fluidité verbale sémantique. Le score total varie de 0 à 30 points, les valeurs les plus basses indiquant une fonction cognitive plus faible. Le SMMSE a montré une cohérence interne élevée ($\alpha = 0,88$), une fiabilité inter-juges (0,69 à 1,00), une fiabilité test-retest (0,64 à 1,00), et une validité de construction en corrélation avec la version espagnole du MMSE ($r = 0,59$). • BANS-S : Chaque item est noté sur une échelle de 4 points où un système de notation est spécifié pour chaque item. Le score total va de 7 (aucune déficience) à 28 (déficience la plus grave). La BANS-S a montré une bonne cohérence interne ($\alpha = 0,80$), une validité convergente avec d'autres échelles cognitives et fonctionnelles ($r = 0,62$ à $0,79$) et une validité discriminante par rapport à l'inventaire neuropsychiatrique ($r = 0,36$).
--	---

Des précisions sont-elles données sur la variable indépendante, dépendante ? Lesquelles sont-elles ?	Variables dépendantes : L'agitation, l'humeur, l'anxiété, la cognition et la gravité de la démence Variables indépendantes : Musiques multisensorielle et musiques individualisées
--	---

5. Intervention ou programme (si applicable)	
Quelles sont les interventions et comment sont-elles décrites ?	<p><u>Séances multisensorielles</u> (snoezelen) : comprenait des éléments tels que des câbles à fibres optiques de couleurs alternées, deux colonnes de bulles d'eau à l'intérieur de deux miroirs, un lit à eau, une boule à facettes rotative avec un projecteur de lumière colorée, une vidéo, un système de projection interactif, des sélections musicales, un équipement d'aromathérapie avec des huiles parfumées et un tableau tactile avec diverses textures. Les patients se sont vu proposer des stimulations visuelles, auditives, tactiles et olfactives, et les thérapeutes ont adopté une approche non directive et habilitante, encourageant les patients à s'engager avec les stimuli sensoriels de leur choix. Les thérapeutes ont adopté une approche non directive et habilitante, encourageant les patients à s'engager dans les stimuli sensoriels de leur choix. Les stimuli utilisés étaient non séquentiels et non structurés, vécus instantanément sans faire appel à la mémoire à court terme pour les relier aux événements précédents.</p> <p><u>Séances de musique individualisée</u> : (musique en fonction de ses préférences musicales) l'intervention s'est déroulée dans une pièce calme, à l'écart des autres. Chaque session d'intervention musicale était présentée dans un " champ libre " sur un ordinateur, et le volume de la musique était réglé à un niveau approprié pour chaque participant. Dans ce groupe, le thérapeute a suivi une approche directive, en choisissant la musique pour chaque session et en tenant compte des préférences et des intérêts des participants.</p>
Comment l'intervention est-elle appliquée ?	Les interventions ont été réalisées en hiver/printemps. Les participants des deux groupes ont pris part à deux séances hebdomadaires pendant une période de 16 semaines, jusqu'à ce qu'ils aient terminé 32 séances. Les séances duraient 30 minutes, sauf si le participant exprimait le désir de partir. Dans les deux groupes, les séances suivaient une structure interne comprenant une introduction à la séance, le déroulement de la séance et la fin de la séance. Cependant, le groupe MSSE a fait preuve d'une certaine souplesse dans la standardisation, conformément à la philosophie traditionnelle de la stimulation multisensorielle.

6. Méthode d'analyse des données	
Quels sont les méthodes et les types d'analyses statistiques proposées (tests, ...	<p>Le test de Shapiro-Wilk a été utilisé pour évaluer la normalité de l'échantillon, car il est plus approprié pour les échantillons de petite taille (>50 échantillons). Les différences entre les groupes ont été comparées à l'aide du test du Khi-deux pour les proportions et du test t de Student pour les variables continues.</p> <p>Une analyse de variance à deux voies à mesures répétées (ANOVA mixte à deux voies) a été utilisée pour évaluer les différences de performance en matière d'agitation, d'humeur, d'anxiété, d'état cognitif et de gravité de la démence sur les points d'évaluation avant, au milieu et après l'essai. Les variables intra-sujet étaient les mesures dans le temps (évaluation avant, au milieu et après l'essai) et les variables inter-sujet comprenaient le groupe (MSSE et musique individualisée).</p> <p>. Les hypothèses de sphéricité ont été testées à l'aide du test de sphéricité de Mauchly. En cas de violation de la sphéricité, les résultats du test de la trace de Pillai ou du test F univarié ajusté à l'épsilon (Greenhouse-Geisser) ont été rapportés.</p> <p>Les valeurs de l'éta-carré (η^2) ont été rapportées comme indicateurs de la taille de l'effet. Nous avons interprété l'importance de la taille de l'effet en utilisant les repères pour "petit" (η^2 de 0,02), "moyen" (η^2 de 0,13) et "grand" (η^2 de 0,26) proposés par Cohen (1988). La signification statistique a été fixée à une valeur p inférieure à 0,05. L'analyse statistique a été effectuée à l'aide du logiciel IBM SPSS Statistics v.21.0 (Armonk, NY : IBM Corp., USA).</p>
Les méthodes d'analyses sont-elles justifiées ? Si oui, De quelle manière ?	/

Résultats.

1. Description de l'échantillon	
Quelles sont les caractéristiques principales de l'échantillon ?	Âge moyen de 88.9 ans (écart-type +/- 6.80), 68.2% étaient des femmes. 68.2% étaient des patients veufs et 36.4% avaient un niveau d'éducation secondaire.
Des précisions sont-elles données sur les participants, si oui, lesquelles	/
Des précisions sont-elles données sur la période de collecte de données, lesquelles ?	Cela se fait avant (semaine 0), au milieu (semaine 8) et après l'intervention (semaine 16).
2. Description des résultats	
Quels sont les résultats statistiquement significatifs ($p < 0,05$) ?	<p>Effet sur l'agitation : Une amélioration de l'agitation a été constatée dans les 2 groupes pour le score du CMAI ($p=0.031$) entre la période pré-intervention, médiane et post-intervention.</p> <p>Effet sur l'humeur : Au cours de la période de suivi, les deux groupes ont montré une amélioration significative de leurs scores ($p=0.006$)</p> <p>Effet sur l'anxiété : Amélioration des scores MSSE pendant l'intervention mais pas dans le groupe de musique individualisée ($p=0.013$). Les scores se sont améliorés dans les deux groupes au cours de la période de suivi par rapport à l'évaluation post-essai ($p=0.021$).</p> <p>Effet sur la gravité de la démence : une interaction significative entre le groupe et le temps a également été observée pour le BANS-S. Une amélioration des scores entre les évaluations avant, au milieu et après l'intervention a été constatée dans le groupe MSSE mais pas dans le groupe de musiques individualisée ($p = 0.007$)</p>

Quels sont les autres résultats importants ?	<p>Pour l'agitation, pas de résultat significatif différent entre les 2 groupes.</p> <p>En ce qui concerne le comportement agressif et les comportements d'agitation verbale, aucun effet significatif du temps, ni aucune différence intergroupe n'ont été observés.</p> <p>Les scores de la CSDD (effet sur l'humeur) sont restés stables pendant l'intervention dans le groupe EMSP, alors que dans le groupe de musique individualisée, ils se sont détériorés de l'avant à après l'essai.</p> <p>Effet sur l'état cognitif : pour les SMMSE, les deux groupes ont affiché une baisse similaire de leurs scores au cours de l'essai.</p> <p>Pour l'effet sur la gravité de la démence : au cours de la période de suivi, les scores BANS-S des 2 groupes se sont détériorés par rapport à l'évaluation post-essai.</p>
--	--

Discussion.

1. Résumé des résultats	
Un résumé des résultats est-il présenté ? Si oui, que contient-il ?	<p>Un effet positif sur les symptômes d'anxiété et la gravité de la démence a été observé dans le groupe MSSE par rapport au groupe de musique individualisée.</p> <p>Les différences entre les groupes peuvent s'expliquer par le fait que le groupe musique a bénéficié d'une intervention passive alors que les patients du groupe MSSE ont eu un rôle plus actif dans la thérapie.</p> <p>En outre, pour mieux comprendre les effets thérapeutiques de l'EMSP chez les personnes atteintes de démence, il serait utile de mieux connaître les mécanismes qui interviennent dans le traitement de l'intégration multisensorielle.</p> <p>Dans le vieillissement sain, malgré la détérioration continue des systèmes sensoriels individuels au cours du vieillissement, il existe des preuves d'une augmentation ou d'un maintien du traitement d'intégration multisensorielle. Cependant, notre compréhension des mécanismes d'intégration multisensorielle chez les personnes atteintes de troubles neurodégénératifs est actuellement encore faible.</p>
Comment la recherche répond-elle à l'objectif visé ou à l'hypothèse de départ ?	<p>Un effet positif sur les symptômes d'anxiété et la gravité de la démence a été observé dans le groupe MSSE par rapport au groupe de musique individualisée.</p> <p>L'utilisation de musique active individualisée pourrait être un traitement plus efficace que la musique passive individualisée pour gérer les symptômes de la démence.</p>

2. Liens avec les autres auteurs	
Comment les résultats se rattachent-ils à d'autres études (similitudes, différences, ...)	<p>Tout comme une autre étude de Gerdner et al. Et Park et al., les résultats ont montré une réduction significative de l'agitation, mesurée par le CMAI.</p> <p>Ozdemir et al., dans le cadre d'un programme de stimulation multisensorielle basé sur la combinaison de la musicothérapie, de la peinture et de la stimulation sensorielle ont observé une amélioration significative des niveaux d'anxiété évalués avec l'échelle d'anxiété de Beck chez des patients atteints de la maladie d'Alzheimer légèrement atteints.</p> <p>Sakamoto et al. ont étudié les effets de deux interventions musicales individualisées (interactive et passive) et ont constaté que les deux réduisaient l'item "anxiétés et phobies" de l'échelle d'évaluation BEHAVE-AD.</p> <p>Suzuki et al. ont constaté que la musicothérapie réduisait les niveaux de chromogranine A (CgA) salivaire, une mesure physiologique de la détresse, chez les personnes âgées institutionnalisées atteintes de démence. Récemment, une étude menée sur des patients souffrant de lésions cérébrales a montré que l'EMSP dans une chambre Snoezelen provoquait des changements significatifs dans l'électroencéphalogramme (EEG) spontané, ce qui implique un ralentissement de l'activité oscillatoire de l'EEG, qui pourrait refléter l'état de relaxation induit par la stimulation multisensorielle.</p> <p>En ce qui concerne les interventions musicales, des études antérieures ont signalé des effets positifs sur la cognition chez les personnes atteintes de démence. Néanmoins, la plupart de ces études portent sur des patients</p>
3. Recommandations ou suggestions	
Quelles recommandations ou étapes futures sont-elles proposées ? Pour la pratique ? Pour la recherche ?	<p>Des recherches futures sont nécessaires pour examiner si les bénéfices du Snoezelen sont meilleurs que ceux apportés par d'autres interventions sensorielles qui nécessitent un investissement mineur de ressources, comme la luminothérapie ou le massage.</p> <p>Il serait utile que les futures études dans ce domaine incluent des méthodes qualitatives de collecte de données, qui pourraient être plus sensibles aux effets de l'intervention. De plus, il serait souhaitable d'ajouter des mesures objectives de la détresse telles que l'analyse de la CgA salivaire ou de l'EEG. De futures études empiriques avec des échantillons plus importants sont nécessaires pour confirmer nos résultats.</p>
Comment les suggestions-recommandations peuvent-elles s'appliquer dans la pratique clinique ?	/

4. Limites de la présente étude	
Quelles sont les limites /biais de l'étude ?	<p>Une des limites de la présente étude est la petite taille de l'échantillon inclus dans chaque groupe, ce qui peut expliquer les résultats non significatifs trouvés dans certaines des mesures de résultats. Cependant, la difficulté d'obtenir davantage de participants doit être prise en compte.</p> <p>En outre, de nombreux patients atteints de démence sévère n'obtiennent que des scores de base sur les outils d'évaluation quantitative utilisés, et donc, certains des avantages du traitement perçus par les thérapeutes sont difficiles à saisir avec ces instruments.</p> <p>De plus, comme l'installation d'une salle Snoezelen nécessite un coût et une main-d'œuvre considérables, des recherches futures sont nécessaires pour examiner si les bénéfices du Snoezelen sont meilleurs que ceux apportés par d'autres interventions sensorielles qui nécessitent un investissement mineur de ressources, comme la luminothérapie ou le massage.</p>

Conclusion.

1. Retour sur l'objectif, question, hypothèse	
De quelle manière la recherche a-t-elle répondu à l'objectif visé ?	<p>Ces résultats suggèrent que l'EMSP dans une salle Snoezelen pourrait être plus efficace que les séances de musique individualisées pour réduire les symptômes chez les patients atteints de démence sévère.</p> <p>De futures études empiriques avec des échantillons plus importants sont nécessaires pour comparer les effets de l'EMSP dans une salle Snoezelen avec d'autres types d'intervention sensorielle chez les personnes atteintes de démence sévère.</p>
2. Principaux résultats	
Quels sont les principaux résultats significatifs de la démarche ?	<p>Les patients traités par MSSE ont montré des effets positifs sur les symptômes d'anxiété et la sévérité de la démence qui n'ont pas été observés dans le groupe de musique individualisée. En ce qui concerne l'agitation, l'amélioration était similaire dans les deux groupes, sans différence significative entre les deux types d'interventions.</p>

« Comparing the effects of different individualized music interventions for elderly individuals with severe dementia »

(Sakamoto et al., 2013)

Parties communes à tous les articles.

Identification de l'article et du résumé.

1. Titre	
Titre (noter le titre)	Comparaison des effets de différentes interventions musicales individualisées pour des personnes âgées atteintes de démence sévère
Thèmes abordés	Les effets de la musicothérapie sur les personnes âgées atteintes de démence sévère
Le titre réfère-t-il à une population précise ou à une question pertinente, si oui, laquelle ou lesquelles	Personnes âgées atteintes de maladie d'Alzheimer sévère.
2. Auteurs	
Auteurs (noter les auteurs)	Mayumi Sakamoto, Hiroshi Ando et Akimitsu Tsutou Mayumi Sakamoto a formulé les questions de recherche, conçu l'étude, analysé les données et rédigé l'article. Hiroshi Ando a aidé à concevoir l'étude, à superviser la collecte des données et à rédiger l'article. Akimitsu Tsutou a aidé à superviser la collecte des données et à rédiger l'article.
Préciser leur rattachement, institution, lieu de travail, pays	École supérieure des sciences de la santé de l'université de Kobe, Kobe, Hyogo, Japon
3. Mots clés	
Mots clés (noter les mots clés)	Maladie d'Alzheimer, symptômes comportementaux et psychologiques de la démence, intervention musicale interactive, intervention musicale passive, indice nerveux autonome, échelle d'évaluation de la pathologie comportementale dans la maladie d'Alzheimer, fonction résiduelle, réserve cognitive.

4. Résumé	
Décrire brièvement les objectifs, la méthodologie, les résultats	<p>L'objectif est de démontrer que la musicothérapie peut réduire les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence sévère. Ils ont émis l'hypothèse que l'intervention musicale aurait des effets bénéfiques par rapport à une condition de contrôle sans musique, et que l'intervention musicale interactive aurait des effets plus forts que l'intervention musicale passive.</p> <p>39 personnes atteintes d'Alzheimer sévère ont été assignées au hasard et en aveugle à deux groupes d'intervention musicale (passive ou interactive) et à un groupe témoin sans musique. Les effets à court terme ont été évalués par la réponse émotionnelle et les niveaux de stress mesurés par l'indice nerveux autonome et l'échelle des visages. Les effets à long terme ont été évalués par les changements du BPSD en utilisant l'échelle d'évaluation BEHAVE-AD (Behavioral Pathology in Alzheimer's Disease).</p> <p>Les interventions musicales ont provoqué une dominance parasympathique à court terme. L'intervention interactive a entraîné la plus grande amélioration de l'état émotionnel, ainsi qu'une plus grande réduction à long terme des symptômes comportementaux et psychologique de la démence.</p>

Introduction.

1. Pertinence	
Est-ce que la justification de l'étude repose sur des constats théoriques, des observations, des faits ou des données statistiques ?	<p>Selon le rapport de l'Organisation mondiale de la santé publié en 2012, le nombre estimé de personnes vivant avec une démence dépasse 35,6 millions dans le monde (Alzheimer's Disease International, 2009).</p> <p>Nombreuses études ont examiné les effets de l'intervention musicale comme approche thérapeutique. Cependant, la plupart des études ont porté sur des personnes atteintes de démence légère à modérée, de sorte que l'efficacité de la musique chez les patients atteints de démence sévère reste incertaine.</p> <p>Plusieurs études antérieures sur les interventions musicales ont testé les effets de l'écoute de musique en direct, de la participation à un chant collectif ou à la pratique d'un instrument, ou de l'exposition à la musique par le biais de haut-parleurs (Vink <i>et al.</i>, 2011). Cependant, en raison d'un dysfonctionnement cognitif grave, les patients peuvent avoir des difficultés à s'engager dans des activités liées à la musique et à exprimer des émotions.</p>
2. Originalité	
Comment l'auteur explique-t-il l'originalité de la démarche ?	/

3. Plan de l'article	
Le plan est-il précis, logique et détaillé ? Les étapes à venir sont-elles bien précisées ?	<p>Un groupe de contrôle sans interventions et deux groupes avec interventions (interventions musicales passives et interactives). Chaque intervention a été réalisée pendant 30 minutes/semaine pendant 10 semaines.</p> <p>Des mesures ont été prises pour minimiser l'effet des variables confusionnelles dans les groupes d'intervention. Les participants ont été assignés dans un des groupes de manière aléatoire et en aveugle, en utilisant une randomisation stratifiée (sexe et niveau MMSE).</p> <p>Tous les participants ont été examinés individuellement dans une pièce familière. Dans les groupes Contrôle et Passif, un soignant et un animateur musical ont observé les participants à distance sans interagir directement avec eux. Dans le groupe Interactif, la session d'intervention était menée individuellement par un animateur musical qui interagissait directement avec chaque participant. Nous avons contrebalancé l'affectation des animateurs musicaux aux participants afin de réduire tout biais potentiel résultant du fait qu'un animateur musical teste les mêmes participants plus d'une fois. Afin de réduire l'influence de l'alimentation et du niveau d'éveil sur le système nerveux autonome, toutes les interventions ont été menées de 10h00 à 11h00 du matin. Les expérimentateurs principaux n'ont pas été impliqués dans l'intervention ou l'évaluation, et les évaluateurs n'ont pas agi en tant que facilitateurs musicaux.</p>
4. Objectifs, questions, hypothèses	
Quels sont les objectifs, les questions de recherche ?	<p>Dans la présente étude, nous avons examiné les différences dans les effets à court et à long terme des approches passives et interactives utilisant une musique individualisée associée à des souvenirs spéciaux pour évoquer des émotions positives et le souvenir chez des personnes âgées atteintes de démence grave. Nous avons émis l'hypothèse que l'intervention musicale individualisée aurait des effets bénéfiques par rapport à une condition de contrôle sans musique, et que les effets de l'intervention musicale interactive seraient plus importants que les effets de l'intervention musicale passive.</p>

Recension des écrits scientifiques ou présentation des concepts théoriques.

1. Modèle théorique	
Un modèle théorique, cadre conceptuel ou explication sont-ils proposés ? Si oui, lesquels ?	/

<p>Comment le modèle théorique, cadre conceptuel est-il justifié ?</p>	<p>/</p>
<p>2. Limites des écrits</p>	
<p>Préciser les limites ou contraintes provenant d'autres auteurs</p>	<p>La plupart des études ont porté sur des personnes atteintes de démence légère à modérée, de sorte que l'efficacité de la musique chez les patients atteints de démence sévère reste incertaine.</p> <p>Plusieurs études antérieures sur les interventions musicales ont testé les effets de l'écoute de musique en direct, de la participation à un chant collectif ou à la pratique d'un instrument, ou de l'exposition à la musique par le biais de haut-parleurs (Vink <i>et al.</i> , 2011). Cependant, en raison d'un dysfonctionnement cognitif grave, les patients atteints de démence sévère peuvent avoir des difficultés à s'engager dans des activités liées à la musique et à exprimer des émotions. En outre, aucun traitement efficace à long terme de la démence n'a été établi, et les symptômes s'aggravent généralement de manière progressive.</p> <p>Les études sur l'écoute de la musique chez les patients âgés atteints de démence sont peu nombreuses à avoir adopté une approche systématique et objective</p>

Article portant sur une étude quantitative.

Méthodologie.

1. Question de recherche	
Quelles sont les variables importantes ?	<ul style="list-style-type: none"> • Idées paranoïaques/délirantes • Hallucinations • Troubles de l'activité • Agressivité • Perturbations du rythme diurne • Perturbations affectives • Anxiété et phobies • Evaluation globale • Groupe passif, interactif et groupe de contrôle
Les variables importantes sont-elles bien définies ?	/
Quels sont les questions ou les objectifs de recherche ?	/
Quelles sont les hypothèses de recherche ?	Nous avons émis l'hypothèse que l'intervention musicale individualisée aurait des effets bénéfiques par rapport à une condition de contrôle sans musique, et que les effets de l'intervention musicale interactive seraient plus importants que les effets de l'intervention musicale passive.
2. Devis	
Quel est le devis de l'étude ?	Devis expérimental
Le devis est-il bien détaillé ?	/
De quelle façon les règles éthiques sont-elles respectées ?	/
Précision du type de devis ou de la procédure expérimentale	Devis avant-après avec un groupe témoin

Quelles explications sont fournies pour la collecte d'informations ?	/
3. Sélection des participants ou objets d'étude	
Quelle est la population visée ? est-elle bien définie ?	La population visée sont les personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer sévère.
Comment se réalise la sélection des participants?	Nous avons recruté 127 participants atteints de démence dans quatre foyers collectifs et un hôpital spécialisé dans la démence de la ville de Kobe. Parmi eux, 39 participants répondaient aux critères d'éligibilité.
Des critères d'inclusion, d'exclusion de l'échantillon sont-ils présentés quels sont-ils ?	Démence de type Alzheimer selon les critères de diagnostic spécifiés dans le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 4ème édition ; la gravité était classée au niveau 3, indiquant une démence sévère selon l'échelle d'évaluation de la démence clinique ; aucun trouble auditif pouvant empêcher les participants d'écouter de la musique ; aucune expérience de la pratique d'instruments de musique ; être âgé de 65 ans ou plus ; et aucun antécédent de maladie cardiaque, d'hypertension ou de diabète (car les changements du système nerveux autonome ont été utilisés comme indice). La fonction cognitive a été évaluée à l'aide du mini-examen de l'état mental.
Est-ce qu'il y a une répartition des participants en groupe ? (témoin ou contrôle) comment cette répartition se réalise-t-elle ?	Nous avons comparé un groupe de contrôle sans intervention, un groupe de contrôle avec intervention (passive) et un groupe de contrôle avec intervention (interactive). Les participants ont été assignés de manière aléatoire et en aveugle au groupe témoin, au groupe passif ou au groupe interactif en utilisant une randomisation stratifiée (sexe et niveau MMSE).
Précision de la procédure pour faire le choix des participants	Afin de minimiser les effets confondants de l'environnement du test, tous les participants ont été examinés individuellement dans une pièce familière. Dans les groupes Contrôle et Passif, un soignant et un animateur musical ont observé les participants à distance sans interagir directement avec eux. Dans le groupe Interactif, la session d'intervention était menée individuellement par un animateur musical qui interagissait directement avec chaque participant.
Précisions sur la justification de la taille de l'échantillon	/

4. Choix des outils de collecte d'information	
Les instruments de mesure sont-ils décrits de manière précise ? Quels sont-ils ?	<ul style="list-style-type: none"> · Indice nerveux autonome · Echelle des visages · Échelle d'évaluation BEHAVE-AD (behavioral pathology in alzheimer's disease) · Analyse de variance ANOVA · Test de Kolmogorov-Smirnov · Test de Wilcoxon Signedrank · Test U de Mann-Whitney
Comment se réalise concrètement la collecte des données ? Quelle est la fréquence de passation des outils ?	<p>Les animateurs musicaux comprenaient deux musicothérapeutes, quatre ergothérapeutes et six infirmières ayant une connaissance des symptômes de la démence sévère. Chacun de ces spécialistes a été formé par les expérimentateurs pendant une semaine pour faciliter l'intervention musicale interactive, puis a suivi une formation pratique de cinq jours. Les animateurs musicaux ont observé les participants avant l'intervention et ont déterminé le niveau de fonction cognitive et les caractéristiques des SCPD de chacun d'entre eux.</p> <p>Nous avons systématiquement mesuré les indices des SCPD qui influencent les niveaux d'émotion et de stress 5 minutes avant et 5 minutes après chacune des 10 sessions d'intervention musicale, en utilisant l'indice nerveux autonome et l'échelle des visages.</p> <p>Les évaluations BEHAVE-AD ont été réalisées deux semaines avant l'étude (ligne de base), après la dernière intervention musicale (après 10 sessions d'intervention musicale), et trois semaines après la fin de l'intervention. Afin d'évaluer le comportement des participants, des évaluateurs en aveugle (deux ergothérapeutes formés et deux infirmières formées) qui ne travaillaient pas dans l'institution de l'étude ont observé le comportement des participants et ont enregistré uniquement les changements importants dans les SCPD.</p> <p>Nous avons enregistré sur vidéo le comportement des participants pendant l'intervention musicale et calculé le nombre de minutes de comportement indiquant que les participants réagissaient à l'intervention musicale dans les groupes Passif et Interactif.</p>

Des précisions sur la passation et la cotation des outils sont-elles données ? quelles sont-elles ?	/
Des précisions sont-elles données sur la variable indépendante, dépendante ? Lesquelles sont-elles ?	Variables dépendantes : Idées paranoïaques/délirantes, hallucinations, troubles de l'activité, agressivité, perturbations du rythme diurne, perturbations affectives, anxiété et phobies, évaluation globale Variables indépendantes : groupe passif et groupe interactif
5. Intervention ou programme (si applicable)	
Quelles sont les interventions et comment sont-elles décrites ?	Intervention musicale : Pour sélectionner la musique, nous avons analysé le comportement des participants afin de déterminer la période de leur vie dont ils se souvenaient le plus. Après avoir interrogé de près chaque participant et sa famille, nous avons sélectionné une musique individualisée qui était liée à des souvenirs particuliers pour chaque participant. Plus précisément, une musique susceptible d'évoquer des émotions positives.
Comment l'intervention est-elle appliquée ?	Intervention réalisée pendant 30 minutes une fois par semaine pendant 10 semaines. Chaque participant du groupe témoin a passé du temps avec un soignant dans sa propre chambre comme d'habitude, sans aucune intervention musicale. Les participants du groupe passif ont écouté passivement la musique sélectionnée via un lecteur CD. Les participants du groupe interactif ont non seulement écouté la musique sélectionnée via un lecteur CD, mais ont également participé à des activités interactives guidées par un animateur musical.

6. Méthode d'analyse des données	
Quels sont les méthodes et les types d'analyses statistiques proposées (tests, ...	<p>À court terme : Les variations de la fréquence cardiaque ont été analysées à l'aide d'une analyse de variance ANOVA.</p> <p>L'HF n'étant pas normalement distribuée (test de Kolmogorov-Smirnov, $p < 0,05$), les comparaisons ont été effectuées au sein d'un même groupe à l'aide du test de Wilcoxon signed-rank. Pour les comparaisons entre groupes, la valeur au repos avant l'intervention musicale a été définie comme la ligne de base, et les valeurs de l'indice du système nerveux autonome montrant des différences individuelles significatives ont été converties en une mesure du taux de changement de chaque participant, puis analysées à l'aide d'une ANOVA à sens unique. Des analyses post hoc ont été effectuées à l'aide du test Tukey's Honestly Significant Difference test.</p> <p>Pour l'échelle des visages, les comparaisons ont été effectuées au sein des mêmes groupes à l'aide des tests de Wilcoxon signedrank. Pour les comparaisons entre groupes, une comparaison multiple a été effectuée à l'aide du test <i>U de</i> Mann-Whitney suivi de la correction de Bonferroni</p> <p>À long terme : Les comparaisons intra-groupe ont été effectuées à l'aide des tests de Wilcoxon signed-rank. Pour la comparaison entre la ligne de base et les 10 séances d'intervention musicale, et la comparaison entre les 10 séances d'intervention musicale et trois semaines après l'intervention, les comparaisons ont été effectuées à l'aide des tests <i>U de</i> Mann-Whitney suivis de la correction de Bonferroni.</p> <p>La durée de la période de réaction en réponse à l'intervention musicale a été mesurée en analysant les séquences vidéo.</p> <p>La durée de la période de réaction a été calculée en moyenne pour la première moitié et la seconde moitié des sessions d'intervention musicale. Les valeurs n'étant pas normalement distribuées dans les groupes Passif et Interactif, les comparaisons intra-groupe et intergroupe ont été effectuées à l'aide des tests <i>U de</i> Mann-Whitney. Les données ont été analysées à l'aide du progiciel statistique SPSS (version 20.0, SPSS Inc, USA).</p>
Les méthodes d'analyses sont-elles justifiées ? Si oui, De quelle manière ?	/

Résultats.

1. Description de l'échantillon	
Quelles sont les caractéristiques principales de l'échantillon ?	Groupe témoin (11 femmes, $81 \pm 8,3$ ans ; deux hommes, $84,5 \pm 4,95$ ans ; MMSE, $4,7 \pm 3,9$), groupe passif (10 femmes, $81,1 \pm 11,0$ ans ; trois hommes, $78,7 \pm 12,1$ ans ; MMSE, $4,7 \pm 4,8$) et groupe interactif (11 femmes, $81,2 \pm 7,5$ ans ; deux hommes, $76 \pm 7,1$ ans ; MMSE, $4,6 \pm 3,5$). Le régime médicamenteux n'a pas été modifié pendant la période d'étude pour aucun des participants, et aucun participant n'a abandonné.
Des précisions sont-elles données sur les participants, si oui, lesquelles	<p>A court terme, les patients du groupe Passif étaient d'humeur significativement plus confortable après l'intervention qu'avant l'intervention ($Z -2,3$, $p < 0,01$), et les patients du groupe Interactif ont présenté une amélioration de l'état émotionnel encore plus importante parmi les trois groupes ($Z -3,2$, $p < 0,01$).</p> <p>A long terme, 3 semaines après l'intervention musicale, les SCPD avaient significativement augmenté dans les groupes Passif et Interactif après l'arrêt des sessions ($p < 0,025$). Le groupe témoin n'a présenté aucun changement dans les SCPD trois semaines après l'intervention ($p = 0,025$).</p>
Des précisions sont-elles données sur la période de collecte de données, lesquelles ?	Afin de réduire l'influence de l'alimentation et du niveau d'éveil sur le système nerveux autonome, toutes les interventions ont été menées de 10h00 à 11h00 du matin.

2. Description des résultats	
Quels sont les résultats statistiquement significatifs ($p < 0,05$) ?	<p>Dans le groupe Passif, la comparaison des indices du système nerveux autonome (HR et HF) avant et après l'intervention musicale a révélé que l'activité nerveuse parasympathique est devenue dominante (HR, $F(1, 36) = 4,968$, $p < 0,01$; HF, $Z -2,6$, $p < 0,01$). Dans le groupe témoin, la FC n'a pas changé ($F(1, 36) = 4,968$, $p = 0,08$), et l'HF a augmenté ($Z -3,1$, $p < 0,01$). L'analyse de l'évaluation de l'échelle des visages n'a révélé aucune différence dans le groupe témoin avant ou après l'intervention ($Z -1,9$, $p = 0,6$). Les patients du groupe Passif étaient d'humeur significativement plus confortable après l'intervention qu'avant l'intervention ($Z -2,3$, $p < 0,01$), et les patients du groupe Interactif ont présenté une amélioration de l'état émotionnel encore plus importante parmi les trois groupes ($Z -3,2$, $p < 0,01$).</p> <p>À long terme, les effets de l'intervention musicale sur les SCPD, les scores de deux items (perturbation affective, $Z -2,3$, $p < 0,025$; anxiétés et phobies, $Z -2,3$, $p < 0,025$) ont été réduits dans le groupe Passif alors que cinq items (perturbation affective, $Z -2,3$, $p < 0,025$; anxiétés et phobies, $Z -2,3$, $p < 0,025$) ; idées paranoïaques et délirantes, $Z -2,7$, $p < 0,025$; agressivité, $Z -2,6$, $p < 0,025$; et perturbation des activités, $Z -2,5$, $p < 0,025$) et l'évaluation globale indiquant le fardeau de l'aidant étaient réduites ($Z -2,4$, $p < 0,025$) dans le groupe interactif. Dans le groupe témoin, seule la perturbation des activités ($Z -2,5$, $p < 0,025$) et la perturbation affective ont</p>
Quels sont les autres résultats importants ?	<p>À court terme, dans le groupe Passif, la comparaison des indices du système nerveux autonome (HR et HF) avant et après l'intervention musicale a révélé que l'activité nerveuse parasympathique est devenue dominante. De même, dans le groupe Interactif, l'activité parasympathique est devenue dominante après une activité modérée d'un animateur musical. Dans le groupe témoin, la FC n'a pas changé, et la haute fréquence a augmenté. L'analyse de l'évaluation de l'échelle des visages n'a révélé aucune différence dans le groupe témoin avant ou après l'intervention. En revanche, les patients du groupe Passif étaient d'humeur significativement plus confortable après l'intervention qu'avant l'intervention, et les patients du groupe Interactif ont présenté une amélioration de l'état émotionnel encore plus importante.</p> <p>À long terme, l'anxiété et les phobies ont été réduits dans le groupe passif. Les phobies, idées paranoïaques et délirantes, agressivité, perturbation des activités, et l'évaluation globale indiquant le fardeau de l'aidant étaient réduites dans le groupe interactif. Dans le groupe témoin, seule la perturbation des activités et la perturbation affective ont augmenté.</p> <p>3 semaines après l'intervention musicale, les SCPD avaient significativement augmentés dans le groupe passif et interactif après l'arrêt des sessions. Le groupe témoin n'a présenté aucun changement dans les SCPD.</p>

Discussion.

1. Résumé des résultats	
Un résumé des résultats est-il présenté ? Si oui, que contient-il ?	<p>Les résultats actuels révèlent que tant les méthodes passives et interactives impliquant une musique individualisée associée à des souvenirs particuliers ont réduit le stress et augmenté la relaxation chez les personnes atteintes de démence sévère immédiatement après l'intervention, par rapport aux participants du groupe témoin sans musique.</p> <p>En revanche, le groupe témoin a présenté une augmentation des SCPD à la fin de la période d'intervention.</p> <p>L'intervention musicale interactive a permis de réduire efficacement les SCPD, notamment les idées paranoïaques et délirantes, les troubles de l'activité et l'agressivité envers les soignants. Ces changements se sont traduits par une réduction de la charge des soins, ce qui a permis d'améliorer la qualité de vie des soignants.</p>
Comment la recherche répond-elle à l'objectif visé ou à l'hypothèse de départ ?	Dans l'ensemble, nos résultats indiquent que les effets à court terme de la participation interactive à une activité utilisant une musique individualisée associée à des souvenirs particuliers comprennent une diminution du stress et une augmentation de la réponse émotionnelle positive. Ces deux effets peuvent améliorer la qualité de vie et augmenter l'activité dans la vie quotidienne chez les personnes âgées atteintes de démence sévère.
2. Liens avec les autres auteurs	
Comment les résultats se rattachent-ils à d'autres études (similitudes, différences, ...)	L'évaluation BEHAVE-AD a indiqué que les SCPD associés aux fonctions "perturbation affective" et "anxiétés et phobies" ont été réduits dans les groupes d'intervention musicale interactive et passive, conformément aux résultats de l'étude de Gerdner (2000) sur l'intervention musicale individualisée.
3. Recommandations ou suggestions	
Quelles recommandations ou étapes futures sont-elles proposées ? Pour la pratique ? Pour la recherche ?	<p>Bien que le fonctionnement émotionnel reste relativement intact jusqu'aux stades très avancés de la maladie (Ikeda <i>et al.</i>, 1998), certains aspects du dysfonctionnement cognitif, tels qu'une attention réduite ou des troubles de la mémoire, pourraient empêcher la reconnaissance de l'environnement et réduire la capacité à communiquer.</p> <p>En conséquence, les personnes âgées atteintes de démence sévère ne peuvent pas facilement effectuer des activités spontanées et ont tendance à se retirer de leur environnement. Il est donc important de se concentrer sur les fonctions émotionnelles restantes des patients pour stimuler la fonction cognitive.</p>

Comment les suggestions-recommandations peuvent elles s'appliquer dans la pratique clinique ?	L'intervention musicale interactive a permis de réduire efficacement les SCPD, notamment les idées paranoïaques et délirantes, les troubles de l'activité et l'agressivité envers les soignants. Ces changements se sont traduits par une réduction de la charge des soins, ce qui a permis d'améliorer la qualité de vie des soignants. Bien qu'il soit souvent difficile pour les soignants de faciliter le rire, la joie et le rappel de la mémoire chez les patients âgés atteints de démence sévère, les résultats de la présente étude démontrent que l'intervention musicale, en particulier l'intervention musicale interactive, peut constituer un outil de soins utile et efficace.
4. Limites de la présente étude	
Quelles sont les limites /biais de l'étude ?	Nous n'avons pas testé le moment optimal pour mener les interventions, et n'avons mesuré les effets de l'intervention que jusqu'à trois semaines après la fin de la période d'intervention. Les études futures devraient varier la durée des interventions afin de déterminer la durée la plus efficace, et devraient inclure une période de suivi plus longue. En outre, nous n'avons examiné que l'intervention musicale individuelle, sans la comparer aux effets de l'intervention de groupe. Enfin, la taille de l'échantillon de l'étude actuelle était petite, car nous avons dû contrôler étroitement les facteurs de confusion et exclure les conditions comorbides. De futures études avec des échantillons de plus grande taille seront nécessaires pour remédier à ces limitations. En outre, nous n'avons testé que des patients atteints de démence sévère. Il serait utile que les études futures testent également les effets de l'intervention musicale active et passive chez les patients atteints de démence légère.

Conclusion.

1. Retour sur l'objectif, question, hypothèse	
De quelle manière la recherche a-t-elle répondu à l'objectif visé ?	<p>Les résultats actuels suggèrent que les interventions musicales passives et interactives peuvent réduire le stress et induire la relaxation chez les personnes atteintes de démence sévère.</p> <p>Dans l'ensemble, étant donné que l'intervention musicale interactive a rétabli les fonctions cognitives et émotionnelles résiduelles, ces résultats indiquent que cette approche peut être utile pour aider les patients atteints de démence sévère dans leurs relations avec les autres.</p>

2. Principaux résultats	
Quels sont les principaux résultats significatifs de la démarche ?	Une réduction des SCPD a été constatée deux semaines après la période d'intervention dans les groupes d'intervention musicale interactive et passive, mais pas dans le groupe témoin. Cette réduction des SCPD dans le groupe Interactif était plus importante que dans le groupe Passif. Cependant, il faut noter que cette réduction des SCPD dans les deux groupes d'intervention a disparu trois semaines après l'intervention, ce qui indique que l'intervention doit être poursuivie à intervalles réguliers pour exercer des effets bénéfiques durables.

« Multisensory Stimulation and Individualized Music Sessions on Older Adults with Severe Dementia: Effects on Mood, Behavior, and Biomedical Parameters » (Maseda et al., 2018)

Parties communes à tous les articles.

Identification de l'article et du résumé.

1. Titre	
Titre (noter le titre)	Stimulation multisensorielle et séances de musique individualisées chez des adultes âgés atteints de démence sévère : effets sur l'humeur, le comportement et les paramètres biomédicaux.
Thèmes abordés	Les personnes âgées atteintes de démence sévère, la stimulation multisensorielle (MSSE) et les séances de musique individualisées (Music.)
Le titre réfère-t-il à une population précise ou à une question pertinente, si oui, laquelle ou lesquelles	Les personnes âgées atteintes de démence sévère
2. Auteurs	
Auteurs (noter les auteurs)	Ana Maseda, Nuria Cibeira, Laura Lorenzo-Lopez, Isabel Gonzalez-Abraldes, Ana Bujan, Carmen de Labra et José Carlos, Millan-Calenti
Préciser leur rattachement, institution, lieu de travail, pays	Université de La Corogne, groupe de recherche en gérontologie, institut d'investigation biomédical de La Corogne, Complexe hospitalier universitaire de La Corogne En Espagne
3. Mots clés	
Mots clés (noter les mots clés)	Démence, personnes âgées, musique individualisée, essai randomisé, Snoezelen

4. Résumé	
Décrire brièvement les objectifs, la méthodologie, les résultats	<p>Objectif : explorer les effets de 2 interventions non pharmacologiques (stimulation multisensorielle dans une salle Snoezelen et séances de musique individualisées) sur l'humeur, le comportement et les paramètres biomédicaux des personnes âgées atteintes de démence sévère</p> <p>Méthodologie : étude randomisée, 21 personnes âgées de 65 ans ou plus séparées en 2 groupes, interventions administrées lors de sessions bihebdomadaires de 30 minutes pendant une période de 12 semaines, principaux résultats enregistrés avant, pendant et après l'intervention</p> <p>Résultats : les deux groupes ont eu immédiatement des effets positifs sur l'humeur et le comportement, les personnes sont plus heureuses, parlent plus spontanément, plus attentives sur leur environnement, plus relaxées. Une diminution du rythme cardiaque et une augmentation de la saturation sont observés après l'intervention dans les 2 groupes</p>

Introduction.

1. Pertinence	
Est-ce que la justification de l'étude repose sur des constats théoriques, des observations, des faits ou des données statistiques ?	/
2. Originalité	
Comment l'auteur explique-t-il l'originalité de la démarche ?	<p>Que ce soit la musicothérapie ou la stimulations multisensorielle, les deux ont déjà été étudiées. Toutes deux se sont révélées efficaces pour traiter les symptômes psychologique set comportementaux des personnes atteintes de démence sévère, mais il n'existe que peu de preuves permettant de déterminer laquelle est la plus efficace.</p> <p>Il est donc nécessaire de mener des études incluant ces 2 thérapies pour distinguer les avantages potentiels de chacune.</p>
3. Plan de l'article	
Le plan est-il précis, logique et détaillé ? Les étapes à venir sont-elles bien précisées ?	/

4. Objectifs, questions, hypothèses	
Quels sont les objectifs, les questions de recherche ?	Évaluer si la stimulation multisensorielle dans une salle Snoezelen est plus efficace que les séances de musique individualisée en ce qui concerne l'humeur, le comportement et les paramètres biomédicaux des patients âgés atteints de démence sévère

Recension des écrits scientifiques ou présentation des concepts théoriques.

1. Modèle théorique	
Un modèle théorique, cadre conceptuel ou explication sont-ils proposés ? Si oui, lesquels ?	/
Comment le modèle théorique, cadre conceptuel est-il justifié ?	/
2. Limites des écrits	
Préciser les limites ou contraintes provenant d'autres auteurs	/

Article portant sur une étude quantitative.

Méthodologie.

1. Question de recherche	
Quelles sont les variables importantes ?	Variables continues : âge, genre, statut matrimonial et niveau d'éducation Variables catégorielles : triste, content, anxieux, confus, parle spontanément, bonnes relations avec autrui, attentif à l'environnement, faire les choses de sa propre initiative, attentif, auto-satisfait, ennuyé, relaxé
Les variables importantes sont-elles bien définies ?	/
Quels sont les questions ou les objectifs de recherche ?	Évaluer si la stimulation multisensorielle dans une salle Snoezelen est plus efficace que les séances de musique individualisée en ce qui concerne l'humeur, le comportement et les paramètres biomédicaux des patients âgés atteints de démence sévère
Quelles sont les hypothèses de recherche ?	/
2. Devis	
Quel est le devis de l'étude ?	Longitudinal
Le devis est-il bien détaillé ?	Les auteurs le précisent
De quelle façon les règles éthiques sont-elles respectées ?	L'approbation a été obtenue du Comité d'éthique de l'Université de Corogne L'étude était en plus conforme aux principes énoncés dans la Déclaration d'Helsinki Les participants ont tous été informés avant le début de l'étude, puis le consentement éclairé a été obtenu auprès
Précision du type de devis ou de la procédure expérimentale	Ce sont les mêmes participants qui ont été suivis et évalués. Les auteurs ont mené un essai longitudinal randomisé où les participants ont été stratifiés en fonction de leur état cognitif, puis assigné de manière aléatoire à l'un des deux groupes d'études.
Quelles explications sont fournies pour la collecte d'informations ?	/
3. Sélection des participants ou objets d'étude	
Quelle est la population visée ? est-elle bien définie ?	Patientèle d'un complexe gériatrique spécialisés dans la démence

Comment se réalise la sélection des participants ?	Ils ont été stratifiés selon leur état cognitive puis assigné de manière aléatoire à l'un des deux groupes d'études par un générateur de nombres aléatoires informatisé
Des critères d'inclusion, d'exclusion de l'échantillon sont-ils présentés quels sont-ils ?	<p><i>Critères d'inclusion</i> : diagnostic de démence (établi par un nouveau médecin) et présence d'un déclin cognitif sévère évalué selon l'échelle Global Deterioration Scale (GDS) par un psychologue clinicien expérimenté</p> <p><i>Critère d'exclusion</i> : présence d'une transmission auditive ou d'un autre trouble sensoriel qui affecterait négativement l'interaction avec les objets de stimulation multisensorielle et être alité</p>
Est-ce qu'il y a une répartition des participants en groupe ? (témoin ou contrôle) comment cette répartition se réalise-t-elle ?	<p>11 sujets dans le groupe musical individualisé</p> <p>10 sujets dans le groupe de stimulation multisensorielle</p> <p>Pas de groupe témoin car des travaux précédents avaient déjà montré de meilleurs effets des stimulations multisensorielles par rapport aux séances de contrôle ou d'activité individuelle</p> <p>Répartition aléatoire des participants dans l'un des deux groupes en fonction de leur score GDS par un générateur de nombres aléatoires informatisés.</p>
Précision de la procédure pour faire le choix des participants	Un nouveau médecin a établi le diagnostic de démence et un psychologue expérimenté a établi le GDS.
Précisions sur la justification de la taille de l'échantillon	/
4. Choix des outils de collecte d'information	
Les instruments de mesure sont-ils décrits de manière précise ? Quels sont-ils ?	<ul style="list-style-type: none"> · APMPQ : Pour évaluer les préférences personnelles en matière de musique dans le but de faciliter la sélection des préférences musicales des personnes démentes · Interact : échelle utilisée pour évaluer l'humeur et le comportement
Comment se réalise concrètement la collecte des données ? Quelle est la fréquence de passation des outils ?	<ul style="list-style-type: none"> · APMPQ : Avant l'étude · Interact : avant, pendant et après les sessions de MSSE et de musique

Des précisions sur la passation et la cotation des outils sont-elles données ? quelles sont-elles ?	<ul style="list-style-type: none"> · APMPQ (The Assessment of Personal Music Preference) : comprend une série de questions sur les types de musiques préférées, les formes de musique, les artistes favoris et les titres de chansons spécifiques · Interact : échelle de cotation élaborée spécifiquement pour évaluer les effets du MSSE dans les soins aux personnes démentes. <ul style="list-style-type: none"> · Interact during a un total de 22 éléments mesurés sur une échelle de Likert et a été noté selon la fréquence d'occurrence de chaque comportement, allant de 1 à 5. Cela donne une indication des processus qui se déroulent au cours des séances · Interact short est une version en 12 éléments d'interact, utilisée pour enregistrer l'humeur et le comportement pendant 10 min immédiates avant les sessions et les 10 min immédiates après les sessions. Une échelle de Likert a été appliquée à chaque élément allant de 1 à 5. → Donne une idée sur les changements que produisent les sessions à court terme
Des précisions sont-elles données sur la variable indépendante, dépendante ? Lesquelles sont-elles ?	<p>La variable indépendante intra participante était la différence de mesures dans le temps</p> <p>La variable indépendante inter-participante était le groupe (MSSE VS Music.)</p>
5. Intervention ou programme (si applicable)	
Quelles sont les interventions et comment sont-elles décrites ?	<p>Sessions multisensorielles individuelles dans des salles Snoezelen comprenant plusieurs éléments tels que câbles de fibre optique de couleurs alternées, deux colonnes de bulle d'eau dans 2 miroirs, un lit d'eau, une boule de miroir rotative avec un projecteur couleur, une vidéo, un système de protection interactif, des sélections musicales, des équipements d'aromathérapie aux huiles parfumées et un plateau tactile aux textures variées, entre autres.</p> <p>Groupe musical individuel : Sessions musicales selon ses préférences musicales</p>

Comment l'intervention est-elle appliquée ?	<p>Pour le groupe de musique, cela se déroulait dans une salle que le sujet connaissait dans le but d'éviter toute agitation que pourrait impliquer un emplacement inconnu.</p> <p>Dans les sessions multisensorielles individuelles, il y avait une certaine flexibilité dans la standardisation pour répondre à la singularité et aux besoins/ préférences de chaque patient</p> <p>Dans les deux séances, il y avait une structure interne qui a été suivie : introduction à la séance, tenue de la séance et la clôture de la séance.</p>
6. Méthode d'analyse des données	
Quels sont les méthodes et les types d'analyses statistiques proposées (tests, ...	Les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide du logiciel IBM SPSS Statistics v23.0
Les méthodes d'analyses sont-elles justifiées ? Si oui, De quelle manière ?	

Résultats.

1. Description de l'échantillon	
Quelles sont les caractéristiques principales de l'échantillon ?	L'âge moyen était de 88.9 ans, 71.4% étaient des femmes, 71.4% étaient veufs et 33.3.% avaient suivi un enseignement secondaire
Des précisions sont-elles données sur les participants, si oui, lesquelles	/
Des précisions sont-elles données sur la période de collecte de données, lesquelles ?	/
2. Description des résultats	
Quels sont les résultats statistiquement significatifs ($p < 0,05$) ?	<p>Les participants de la MSSE étaient plus heureux ($p=0.001$), mieux relié aux gens ($p=0.0023$), plus attentif à leur environnement ($p=0.005$), s'amusant, plus actif ($p=0.017$), moins inactif ($p=0.026$) et plus détendu, satisfait ou dormant de manière plus appropriée ($p=0.021$) après les sessions.</p> <p>Les participants du groupe de Music. étaient plus heureux ($p=0.013$), mieux reliés aux gens ($p=0.034$) et plus attentif à leur environnement ($p=0.007$).</p>

Quels sont les autres résultats importants ?	<p>Dans la comparaison entre les 10 min immédiates avant et après les sessions, les gens étaient plus heureux ($p < 0.001$), parlaient plus spontanément ($p = 0.009$), avaient des meilleures relations avec les autres ($p = 0.002$), étaient plus attentifs à leur environnement ($p = 0.001$).</p> <p>Les deux groupes ont montré une diminution de la fréquence cardiaque avant et après les sessions ($p = 0.013$) et une augmentation de la SpO2 ($p = 0.011$) sans différences significatives entre les deux groupes.</p>
--	--

Discussion.

1. Résumé des résultats	
Un résumé des résultats est-il présenté ? Si oui, que contient-il ?	<p>Un résumé est réparti entre les effets du type d'intervention sur l'humeur et le comportement dans les 10 min pré et post session, l'humeur et le comportement tout au long des sessions et les effets sur les paramètres vitaux.</p> <p>Il y a directement les liens avec d'autres études qui apparaissent.</p>
Comment la recherche répond-elle à l'objectif visé ou à l'hypothèse de départ ?	<p>Les deux interventions ont démontré une certaine amélioration à court terme de l'humeur et des troubles du comportement, mais leur efficacité à long terme n'a pas été suffisamment prouvée.</p>

2. Liens avec les autres auteurs	
Comment les résultats se rattachent-ils à d'autres études (similitudes, différences, ...)	<p><u>Effets sur l'humeur et comportement :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> · (MSSE) Des résultats similaires ont été trouvés dans d'autres études comparant la stimulation multisensorielle dans une chambre Snoezelen avec d'autres interventions. · (MSSE) Une autre étude a conclu que les personnes institutionnalisées atteintes de démence et traitées par la stimulation multisensorielle présentaient une amélioration significativement plus importante de certains symptômes neuropsychiatriques que celles qui avaient participé à des séances d'activités individuelles. · (MSSE) Un groupe d'auteurs a montré que la stimulation multisensorielle améliorait significativement l'humeur et le comportement des patients, mais aussi que la mise en œuvre de cette stimulation induisait une meilleure qualité de la communication entre l'infirmière et une meilleure assiduité dans les soins. · (Music.) Plusieurs études ont démontré les effets positifs sur l'humeur et le comportement des patients atteints de démence légère, modérée ou sévère après avoir reçu des séances de musiques individualisés · (Music.) D'autres études ont montré que la participation à des séances de musique n'a pas amélioré les niveaux d'anxiété, de dépression et d'agitation chez les personnes âgées atteintes de démence · (Music) Une autre étude a conclu que la musique individualisée n'avait pas d'effet significatif sur les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence par rapport aux soins standard reçus dans leur maison de retraite <p><u>Humeur et comportement tout au long des sessions :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> · (MSSE) Des auteurs ont découvert que le sens visuel est moins susceptible d'être stimulé · (MSSE) Une étude de cas avec 3 sujets a démontré qu'un niveau élevé de regard avec été obtenu dans une séance Snoezelen mais pas dans de la Music. Et qu'au contraire il n'y avait pas d'effets significatifs sur l'humeur et le comportement pendant les séances de Snoezelen · (Music.) Une étude montre un effet positif sur des symptômes liés à l'anxiété chez les personnes atteintes de démence pendant l'intervention de MSSE mais pas dans une intervention de Music. · (Music.) Certaines études ont démontré une réduction des comportements agités · (Music.) L'intervention musicale interactive entraîne une plus grande amélioration de l'humeur par rapport à une intervention musicale passive. <p><u>Effets sur les paramètres biomédicaux :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> · (MSSE et Music.) Résultats des autres études étaient similaires

3. Recommandations ou suggestions	
Quelles recommandations ou étapes futures sont-elles proposées ? Pour la pratique ? Pour la recherche ?	De futures études empiriques sont nécessaires pour confirmer les résultats et pour examiner les avantages de la stimulation multisensorielle dans une chambre Snoezelen par rapport à d'autres types d'intervention. Les études futures devraient remédier à cette limite (difficulté à trouver des personnes âgées atteintes de démence) en incluant des échantillons plus importants pour confirmer nos résultats.
Comment les suggestions-recommandations peuvent-elles s'appliquer dans la pratique clinique ?	
4. Limites de la présente étude	
Quelles sont les limites /biais de l'étude ?	La taille de l'échantillon qui peut expliquer l'absence de résultats significatifs pour certains des résultats mesurés, la difficulté à trouver ce type spécifique de personnes âgées atteintes de démence, la randomisation des deux groupes d'intervention, l'investissement économique important qu'implique l'utilisation de la chambre Snoezelen

Conclusion.

1. Retour sur l'objectif, question, hypothèse	
De quelle manière la recherche a-t-elle répondu à l'objectif visé ?	Cette étude prouve que la stimulation multisensorielle et les séances de musique individualisées sont des TTT non-pharmacologiques efficaces dans les symptômes comportementaux et psychologiques chez les personnes atteintes de démences sévères.
2. Principaux résultats	
Quels sont les principaux résultats significatifs de la démarche ?	Dans les deux groupes, diminution de la fréquence cardiaque avant et après les sessions, ainsi que des effets temporels sur les valeurs de SpO2 avant et après également. Il y a des différences pendant les interventions : les participants du groupe de stimulation multisensorielle ont effectué un meilleur suivi visuel des stimuli et les participants du groupe de musique individualisée étaient plus détendus et heureux.

« **“Doing Things Together Is What It’s About”: An Interpretative Phenomenological Analysis of the Experience of Group Therapeutic Songwriting From the Perspectives of People With Dementia and Their Family Caregivers** », (Clark et al., 2021)

Parties communes à tous les articles.

Identification de l'article et du résumé.

1. Titre	
Titre (noter le titre)	<p>“Faire des choses ensemble, c’est ce dont il s’agit : Une analyse phénoménologique interprétative de l’expérience de l’écriture thérapeutique de chanson en groupe du point de vue des personnes atteintes de démence et de leurs aidants familiaux”</p> <p>“Doing things together is what it’s about”: an interpretative phenomenological analysis of the experience of groupe therapeutic songwriting from the perspectives of people with dementia and their family caregivers”</p>
Thèmes abordés	L’écriture thérapeutique de chansons en groupe vers les personnes atteintes de démence et leur aidants familiaux

Le titre réfère-t-il à une population précise ou à une question pertinente, si oui, laquelle ou lesquelles	Les personnes atteintes de démence et leurs aidants familiaux
2. Auteurs	
Auteurs (noter les auteurs)	Imogen N. Clark, Felicity A. Baker, Jeanette Tamplin, Young-Eun C. Lee, Alice Cotton and Phoebe A Stretton-Smith
Préciser leur rattachement, institution, lieu de travail, pays	<ul style="list-style-type: none"> · Imogen N Clark: Conservatoire de musique de Melbourne, faculté des arts et de la musique, Université de Melbourne, Melbourne, Australie · Felicity A Baker : Conservatoire de musique de Melbourne, faculté des arts et de la musique, Université de Melbourne, Melbourne, Australie/ Centre de recherche musique et santé, Académie de musique norvégienne, Oslo, Norvège · Jeanette Tamplin: Conservatoire de musique de Melbourne, faculté des arts et de la musique, Université de Melbourne, Melbourne, Australie/ Austin Health, Université de Melbourne, Melbourne, Australie · Young-Eun C. Lee : Conservatoire de musique de Melbourne, faculté des arts et de la musique, Université de Melbourne, Melbourne, Australie/ Austin Health, Université de Melbourne, Melbourne, Australie · Alice Cotton : Conservatoire de musique de Melbourne, faculté des arts et de la musique, Université de Melbourne, Melbourne, Australie · Phoebe A Stretton-Smith : Conservatoire de musique de Melbourne, faculté des arts et de la musique, Université de Melbourne, Melbourne, Australie

3. Mots clés	
Mots clés (noter les mots clés)	Écriture thérapeutique de chansons en groupe, musicothérapie, dyades de personnes atteintes de démence et d'aidants familiaux, identité personnel, identité de couple, centrage sur la famille, analyse phénoménologique interprétative
4. Résumé	
<p>Décrire brièvement les objectifs, la méthodologie, les résultats</p>	<ul style="list-style-type: none"> · <u>Objectifs</u> : L'écriture thérapeutique de chansons en groupe et les entrevues qualitatives ont été utilisées dans la recherche en musicothérapie pour promouvoir les voix des personnes atteintes de démence et des aidants familiaux qui participent à des groupes d'écriture de chansons distincts mais pas ensemble en tant que dyades · <u>Méthodologie</u> : Explorer comment 10 personnes atteintes de démences et leurs aidants familiaux ont vécu un programme de groupe de 6 semaines sur l'écriture des chansons. Les dyades ont participé à des groupes homogènes de TSW* comprenant 2-4 dyades · <u>Résultats</u> : Le TSW de groupe (1)était une expérience partagée positive, bénéficiant aux deux membres de la dyade et motivant un engagement supplémentaire dans la musique, (2)stimulait les processus mentaux et ravivait les intérêts et les compétences des participants, (3)fournissait des opportunités significatives de réflexion et de connexion avec les souvenirs et les expériences de vie, (4) incitait à l'interaction et à la collaboration, menant à des connexions sociales, des relations empathiques et des expériences d'inclusion. <p>*= Écriture thérapeutique de chansons : fondé sur le principe de l'identité personnelle, de l'identité de couple, de la famille et du processus de groupe, consistait à créer des paroles originales par le biais de parodies et de collages de chansons</p>

Introduction.

1. Pertinence	
Est-ce que la justification de l'étude repose sur des constats théoriques, des observations, des faits ou des données statistiques ?	<p>La TSW a reçu moins d'attention que d'autres méthodes de musicothérapie avec les personnes atteintes de démence, peut-être en raison de l'hypothèse selon laquelle l'écriture de chansons serait trop exigeante sur le plan cognitif.</p> <p>Plusieurs auteurs (et donc études antérieures) ont démontré les effets positifs de l'approche de TSW en groupe. Des études suggèrent que le TSW de groupe stimule la mémoire préservée, les processus créatifs, les discussions sociales robustes et l'expression d'émotions précédemment réprimées. Il y ressort également que les personnes ont vu leur cognition globale, leur langage, leur orientation et leur mémoire s'améliorer avant et après l'essai par rapport aux soins habituels.</p> <p>De plus, la littérature souligne la capacité des personnes atteintes de démences à donner leur point de vue dans le cadre d'entretiens et l'importance d'inclure leur voix dans les recherches qui les concernent.</p>
2. Originalité	
Comment l'auteur explique-t-il l'originalité de la démarche ?	<p>Jusqu'à présent, la recherche a exploré le TSW avec des groupes séparés auxquels participaient soit des personnes atteintes de démence, soit des aidants familiaux, mais il ne semble pas y avoir d'études où des personnes atteintes de démences et leurs aidants familiaux participaient à des groupes TSW ensemble en tant que dyades.</p> <p>L'étude vise donc à combler cette lacune tout en s'appuyant sur les recherches existantes.</p>
3. Plan de l'article	
Le plan est-il précis, logique et détaillé ? Les étapes à venir sont-elles bien précisées ?	/
4. Objectifs, questions, hypothèses	
Quels sont les objectifs, les questions de recherche ?	Les auteurs ont cherché à promouvoir les voix des participants à la recherche en répondant à la question suivante : Comment les personnes atteintes de démence et leurs aidants familiaux décrivent-ils leurs expériences de participation à un programme de TSW en groupe ?

Recension des écrits scientifiques ou présentation des concepts théoriques.

1. Modèle théorique	
Un modèle théorique, cadre conceptuel ou explication sont-ils proposés ? Si oui, lesquels ?	/
Comment le modèle théorique, cadre conceptuel est-il justifié ?	/
2. Limites des écrits	
Préciser les limites ou contraintes provenant d'autres auteurs	/

Article portant sur une étude qualitative.

Méthodologie.

1. Question de recherche	
Précision des composantes de la question	/
2. Devis	
Quel est le devis de l'étude ?	Phénoménologique
Le devis est-il bien détaillé ?	Il est clairement précisé dans la procédure
Quelle est la cohérence du devis avec la thématique ?	En faisant de telles expériences, comprendre le réel vécu des sessions par la personne elle-même apporte des résultats plus significatifs.
Précision du rôle du chercheur	Un échantillon a été élaboré avant l'analyse des entretiens par les auteurs 1 et 6 pour décrire l'identification consciente et la mise entre parenthèse par les chercheurs de pensées et d'idées prédéterminées liées au TSW de group avec des personnes atteintes de démence et leurs aidants familiaux.
De quelle façon les règles éthiques sont-elles respectées ?	<p>Le projet a été financé par la Dementia Australia Research Foundation avec l'approbation du Comité d'éthique humaine de l'Université de Melbourne.</p> <p>Tous les participants ont signé un consentement éclairé ou, si les participants étaient incapables de fournir un consentement écrit en raison d'une démence avancée, un assentiment verbal a été recherché, et un consentement signé a été fourni par un membre de la famille avec une procuration qui ne participait pas à l'étude.</p>

Quels sont les outils pour la collecte des informations ?	<p>Entretiens avec les questions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> · Comment était-ce de travailler avec d'autres personnes pour écrire une chanson ? · Comment était-ce de participer ensemble en tant que dyade ? · Les sessions d'écriture de chansons se sont-elles déroulées comme prévu ? · Qu'est-ce qui s'est démarqué ou a été significatif (le cas échéant) ? · En quoi (le cas échéant) ce groupe était-il similaire ou différent des autres groupes auxquels vous avez participé ensemble ? · Et, comment (le cas échéant) les sessions d'écriture de chansons ont-elles influencé les interactions ou les relations de la dyade entre elles ? <p>Ces questions ont été formulées pour recueillir des perspectives sur la façon dont les dyades ont vécu le groupe TSW.</p>
Comment se déroule la collecte des données ?	Les entretiens ont été menés par le même musicothérapeute qui a animé les séances de TSW avec ces dyades.
3. Sélection des participants ou objets d'étude	
Y a-t-il des critères de sélection ou d'exclusion ? Si oui, préciser lesquels	<ul style="list-style-type: none"> · Critères de sélection : Audition fonctionnelle (avec ou sans appareil, devaient être âgés de 18 ans ou plus. <p>Les dyads ont été recrutées par l'intermédiaire d'organisations partenaires à but non lucrative fournissant un soutien Communautaire et des soins résidentiels aux personnes âgées à Melbourne (Australie)</p> <p>La participation n'était pas limitée par le type de démence, la relation entre les dyads ou la situation de vie. Les dyads qui ont terminé l'intervention TSW ont été à participer aux entretiens.</p>
4. Choix des outils de collecte d'information	
Est-ce que les outils de collecte d'information sont décrits de façon précise ? Si oui, quels sont-ils ?	Les données de cette étude ont été recueillies par le biais d'entretiens dyadiques semi-structurés.

Comment se réalise concrètement la collecte des données ? À quelle fréquence ?	<p>Les entretiens ont eu lieu à un moment opportune, 1 à 2 semaines après la dernière séance de TSW, soit au domicile de la dyade, soit dans l'établissement de soins résidentiels où vivaient les participants atteints de démence, soit au même endroit où les séances avaient lieu.</p> <p>Les entretiens enregistrés duraient de 12 à 32 min (M=22min) pour les entretiens dyadiques et 21 min pour l'entretien qui a eu lieu avec l'aidant familial uniquement.</p>
5. Méthode d'analyse des données	
Quelle est la méthode d'analyse utilisée ?	L'analyse phénoménologique interprétative, en s'appuyant sur les cadres, les stratégies et les processus décrits par Smith et al. (2009) pour explorer, comprendre et communiquer les expériences et les perspectives des participants.
Qui procède à l'analyse ?	Les auteurs 1 et 6
Quel est le logiciel utilisé ?	/
Comment se fait la validation des données ? Y a-t-il des précisions sur la triangulation des données ? Si oui lesquelles ?	La collaboration et le dialogue entre les auteurs à plusieurs moments du processus d'analyse ont permis de "tester et développer la cohérence et la plausibilité de l'interprétation", tant au niveau de l'entretien individuel (en développant des thèmes et sous-thèmes récurrents dans tous les cas, qu'au stade de la rédaction.

Résultats.

1. Description des résultats	
Comment les résultats sont-ils présentés ?	Cinq thèmes de groupe récurrents ont été développés par l'analyse transversale des données d'entretien. Ces thèmes sont présentés dans le tableau 3 et cités dans le texte par des citations tirées des entretiens avec les participants.

<p>Que ressort-il de l'analyse (description des résultats de l'étude)</p>	<ul style="list-style-type: none"> · 1. Les groupe TSW a été considéré comme une expérience extrêmement positive, amusant et agréable qui dépassé les attentes (1.1). Les dyades ont apprécié l'occasion de partager l'expérience (1.2) et ont reconnu les avantages pour les 2 membres de la dyade (1.3). Les avantages étaient personnels, sociaux et relationnels, ainsi que indirects pour les aidants familiaux qui voyaient leur proche et les autres membres du groupe heureux. Il est notamment aussi ressorti que c'était une expérience unique et un changement bienvenu. L'expérience positive du TSW a mise en évidence sa valeur, motivant les dyades à "faire plus avec la musique"(1.4). · 2. Le groupe TSW était engageant et précieux car il stimulait les processus mentaux et ravivait les intérêts, les compétences et les souvenirs des participants. Cette activité a stimulé les processus mentaux, y compris la remémoration de souvenirs, la créativité et la communication (2.1). Les dyades ont trouvé de la valeur et du plaisir dans les aspects nouveaux, créatifs et stimulants du TSW qui ont suscité l'intérêt et motivé l'engagement (2.2). Il en est ressorti une ouverture, une curiosité et une excitation à propos du TSW comme qqch qu'elles n'avaient jamais fait auparavant. Pour certains, le TSW en groupe a ravivé leurs compétences et leurs intérêts (2.3) · 3. Le TSW a fourni des occasions significatives de réflexion et de connexion avec les souvenirs et les expériences de la vie. Les dyades ont noté que la réminiscence faisait ressortir le passé des gens par la narration et la création d'une chanson dans le présent (3.1). De façon connexe, les dyades ont apprécié la façon dont le TSW a donné de l'espace pour réfléchir aux souvenirs heureux, aux expériences de vie et aux forces personnelles (3.2). Cette expérience a eu un effet positif sur l'humeur de certains participants (3.3). Il a été souligné que cela a aidé les proches aidants à trouver des points positifs plutôt que de se laisser entraîner dans une spirale descendante. · 4. Le TSW a favorisé l'interaction et la collaboration, menant à des liens sociaux, des relations empathiques et des expériences d'inclusion. Les participants ont décrit l'expérience comme une occasion sociale positive de créer des liens avec les autres (4.1) qui se poursuivaient parfois en dehors des sessions ou même après le programme. Le TSW a également inciter à l'interaction et à la collaboration, les membres du groupe travaillant ensemble vers le même objectif (4.2). Le TSW impliquait de partager qqch de soi et d'accepter les autres tels qu'ils sont, ce qui a favorisé les relations empathiques et les expériences d'inclusion (4.3). · 5. Le TSW de groupe comprenait des défis divers, cependant, le processus facilité a soutenu les participants à s'engager, en soulignant les capacités et en remettant en question les doutes. Les participants ont décrit les groupes TSW comme comprenant des personnes ayant des personnalités, des capacités et des besoins différents et ont noté des défis liés à l'adaptation au contexte du groupe et au nouvel environnement, au maintien de la concentration, à la communication des idées, à la conscience de soi ou au manque de confiance dans la capacité à contribuer. Toutefois, les données d'entrevue indiquent que, même si les participants ont dû relever divers défis dans le cadre de leur participation à un TSW de groupe, ils ont également été en mesure de " se connecter " et de s'engager de différentes façons, ce qui en a valu la peine (5.1). Les participants ont également identifié que l'approche et la facilitation ont contribué à la réalisabilité et au succès du processus TSW de groupe (5.2). De plus, il a été reconnu que les membres du groupe ont contribué de manière significative, soulignant la capacité de soi et es autres et remettant en question les doutes initiaux, ce qui a conduit à des sentiments de fierté et d'accomplissement (5.3).
---	---

Discussion.

1. Résumé des résultats	
Un résumé des résultats est-il présenté ? Si oui, que contient-il ?	Cinq thèmes de groupe récurrents ont été développés par l'analyse phénoménologique interprétative des entretiens avec les participants, mettant en évidence les avantages collaboratifs, relationnels, dyadiques et personnels du TSW en groupe avec les dyades. Il y a des thèmes et des sous-thèmes.
Comment la recherche répond-elle à l'objectif visé ?	<p>L'aspect collaboratif du TSW en groupe a favorisé les connexions sociales, les relations empathiques et les expériences d'inclusion. Ce sont des groupes inclusifs et sans jugement où chacun "accepte" l'autre tel qu'il est.</p> <p>Les participants ont reconnu le rôle de la musique dans la promotion de la connexion et de l'interaction, différenciant le TSW de groupe des autres expériences de groupe.</p> <p>Les résultats montrent que les participants ont pu contribuer de diverses manières, qu'ils ont bénéficié d'un espace et d'un encouragement pour exprimer leur opinion et qu'ils ont travaillé en collaboration pour produire des chansons qui étaient tout à chacun.</p> <p>Les participants à la présente étude ont expliqué que le fait de participer à des séances de TSW en tant que dyade était une occasion unique de s'engager ensemble de manière significative dans la musique. Ceci était particulièrement important pour les dyades pour lesquelles d'autres expériences de groupe ou de musique étaient devenues inaccessibles.</p> <p>Les participants ont particulièrement apprécié les occasions de réfléchir et de faire le lien avec le passé pendant le TSW, ce qui implique la reconnaissance des souvenirs personnels et partagés, des forces et des expériences de vie.</p> <p>En plus de l'expérience émotionnelle de se connecter à des souvenirs et des expériences passés et de créer quelque chose de nouveau à partir de ceux-ci, les participants ont décrit le TSW de groupe comme un processus créatif et cognitivement stimulant (thème 2).</p>

2. Liens avec les autres auteurs	
Comment les résultats se rattachent-ils à d'autres études (similitudes, différences, etc.)	<p>Les résultats de la présente étude sont conformes à la recherche sur la stigmatisation du public dans le contexte de la démence, qui rapporte que le manque de connaissances, les stéréotypes, les croyances négatives et la discrimination sont courants dans le grand public à l'égard des personnes atteintes de démence et de leurs aidants familiaux.</p> <p>La constatation du rôle de la musique dans la promotion de la connexion et de l'interaction est étayée par la recherche sur le modèle psychosocial de la musique dans la démence, qui indique que les expériences musicales significatives favorisent les liens émotionnels et interpersonnels, et que la capacité de développer et de maintenir des relations musicales est une ressource permanente pour les personnes atteintes de démence, malgré le déclin physique ou cognitif.</p> <p>D'autres recherches ont également reconnu comment un objectif ou un but musical commun a incité à la collaboration et a rapproché les dyades. Il a également été décrit de la même manière comment les groupes de chant thérapeutique ont amélioré l'accessibilité à la musique, conduisant à des expériences personnelles et relationnelles positives.</p> <p>Dans d'autres études, les participants ont également expliqué comment la stimulation mentale de la création d'une chanson était particulièrement précieuse parce qu'ils ont appris de nouvelles compétences ou ont été en mesure de s'appuyer sur des intérêts et des capacités existants. Idem dans la description de comment le groupe TSW animé par un musicothérapeute a favorisé des contributions significatives de la part des participants et a offert des possibilités de réussite, ce qui a entraîné des sentiments de fierté et d'accomplissement.</p>
3. Recommandations ou suggestions	
Quelles recommandations ou étapes futures sont-elles proposées ? Pour la pratique ? Pour la recherche ?	<p>Les recherches futures pourraient examiner comment les dyades dans ces différents contextes et relations font l'expérience du TSW en groupe.</p> <p>Elles pourraient s'inspirer plus ouvertement des modèles de soins centrés sur la famille spécifiques aux soins aux personnes atteintes de démence.</p> <p>D'autres moyens d'expression artistiques ou créatifs, tels que les contributions par l'écriture de chansons ou la création musicale, peuvent promouvoir l'identité personnelle et mieux saisir les voix et l'expérience vécue des personnes atteintes de démences dans la recherche.</p>

Comment les suggestions-recommandations peuvent elles s'appliquer dans la pratique clinique ?	/
4. Limites de la présente étude	
Quelles sont les limites/biais de l'étude ?	<ul style="list-style-type: none"> · L'analyse de 10 entretiens impliquant 19 participants peut être considérée comme importante · L'utilisation d'entretiens pour la collecte de données qualitatives a également présenté certaines limites : un participant n'a pas pu y prendre part car elle ne communiquait pas par le biais du langage verbal et d'autres personnes ont trouvé cela difficile. · Critères d'inclusion larges (dyades vivant ensemble à la maison ou séparément parce que la personne atteinte de démence vivait dans un établissement de soins, dyades qui partageaient soit une relation conjugale, soit une relation parent-enfant adulte)

Conclusion.

1. Retour sur l'objectif, question, hypothèse	
De quelle manière la recherche a-t-elle répondu à l'objectif visé ?	<p>Bien que certains aspects du processus de TSW en groupe aient présenté des défis pour les membres du groupe, les participants l'ont décrit comme une expérience extrêmement positive et utile, offrant diverses possibilités d'engagement en fonction des capacités, des besoins et des intérêts des participants.</p> <p>Les dyades ont souligné que le TSW de groupe était une expérience de groupe " unique " et " significative " qui avait de la valeur parce qu'ils pouvaient y participer ensemble.</p> <p>Des personnes ayant des capacités, des compétences et des styles de communications différentes étaient capables de s'engager ensemble dans le TSW groupe.</p>
2. Principaux résultats	
Quels sont les principaux résultats significatifs de la démarche ?	<p>Bien que certains aspects du processus de TSW en groupe aient présenté des défis pour les membres du groupe, les participants l'ont décrit comme une expérience extrêmement positive et utile, offrant diverses possibilités d'engagement en fonction des capacités, des besoins et des intérêts des participants.</p> <p>Les dyades ont souligné que le TSW de groupe était une expérience de groupe " unique " et " significative " qui avait de la valeur parce qu'ils pouvaient y participer ensemble.</p> <p>Des personnes ayant des capacités, des compétences et des styles de communications différentes étaient capables de s'engager ensemble dans le TSW groupe.</p>

« 'Singing for the Brain': A qualitative study exploring the health and well-being benefits of singing for people with dementia and their carers » (Osman et al., 2016)

Parties communes à tous les articles.

Identification de l'article et du résumé.

1. Titre	
Titre (noter le titre)	<p>"Singing for the Brain : A qualitative study exploring the health and well-being benefits of singing for people with dementia and their carers"</p> <p>"Chanter pour le cerveau : Une étude qualitative explorant les avantages du chant pour la santé et le bien-être des personnes atteintes de démence et de leurs aidants"</p>
Thèmes abordés	Musicothérapie, personnes démentes et leurs aidants
Le titre réfère-t-il à une population précise ou à une question pertinente, si oui, laquelle ou lesquelles	Personnes démentes et leurs aidants
2. Auteurs	
Auteurs (noter les auteurs)	Sara Eldirdiry Osman, Victoria Tischler & Justine Schneider

Préciser leur rattachement, institution, lieu de travail, pays	<p>Sara Eldirdiry Osman: Institut de la santé mentale, Université de Nottingham, Nottingham, Royaume-Uni</p> <p>Victoria Tischler : Université des Arts, London College of Fashion, Londres, Royaume-Uni</p> <p>Justine Schneider :The Institute of Mental Health, Université de Nottingham, Nottingham, UK</p>
3. Mots clés	
Mots clés (noter les mots clés)	Démence, musicothérapie, singing for the Brain (SftB), soins psychosociaux
4. Résumé	
<p>Décrire brièvement les objectifs, la méthodologie, les résultats</p>	<p><u>Objectifs</u> : exploré l'impact de Singing for the Brain, une intervention basée sur des activités de chant en groupe développée par la Société Alzheimer pour les personnes atteintes de démence et leurs aidants.</p> <p><u>Méthodologie</u> : étude qualitative a utilisé des entretiens semi-structurés avec des personnes atteintes de démence et leurs aidants. Dix entretiens impliquant 20 participants ont fait l'objet d'une analyse thématique.</p> <p><u>Résultats</u> : L'inclusion sociale et l'amélioration des relations, de la mémoire et de l'humeur se sont avérées particulièrement importantes pour les participants. En plus d'apprécier les séances, les participants ont trouvé que Singing for the Brain les aidait à accepter la démence et à y faire face.</p>

Introduction.

1. Pertinence	
Est-ce que la justification de l'étude repose sur des constats théoriques, des observations, des faits ou des données statistiques ?	<p>Les avantages limités des interventions pharmacologiques pour les symptômes comportementaux de la démence laissent entrevoir un rôle potentiel pour les interventions non pharmacologiques qui ont été préconisées et développées pour les personnes atteintes de démence.</p> <p>Une étude affirme que, bien que le corpus de preuves à l'appui de ces interventions non pharmacologiques soit quelque peu limité, certains effets bénéfiques ont été observés, ce qui justifie la poursuite des recherches sur ces méthodes de gestion de la démence.</p>
2. Originalité	
Comment l'auteur explique-t-il l'originalité de la démarche ?	/
3. Plan de l'article	
Le plan est-il précis, logique et détaillé ? Les étapes à venir sont-elles bien précisées ?	/
4. Objectifs, questions, hypothèses	
Quels sont les objectifs, les questions de recherche ?	La présente étude vise à explorer les expériences des personnes atteintes de démence et de leurs soignants qui participent à une activité musicale de groupe.

Recension des écrits scientifiques ou présentation des concepts théoriques.

1. Modèle théorique	
Un modèle théorique, cadre conceptuel ou explication sont-ils proposés ? Si oui, lesquels ?	/
Comment le modèle théorique, cadre conceptuel est-il justifié ?	/
2. Limites des écrits	
Préciser les limites ou contraintes provenant d'autres auteurs	/

Article portant sur une étude qualitative.

Méthodologie.

1. Question de recherche	
Précision des composantes de la question	/
2. Devis	
Quel est le devis de l'étude ?	Phénoménologique
Le devis est-il bien détaillé ?	Il n'est pas clairement dit mais il se devine à travers les entretiens et la façon de faire

Quelle est la cohérence du devis avec la thématique ?	En faisant de telles expériences, comprendre le réel vécu des sessions par la personne elle-même apporte des résultats plus significatifs.
Précision du rôle du chercheur	L'auteur principal a transcrit les entretiens et a participé aux séances de SftB avant et pendant la période de collecte des données.
De quelle façon les règles éthiques sont-elles respectées ?	<p>L'approbation éthique de l'étude a été accordée par le comité d'éthique de la recherche de la faculté de médecine de l'université de Nottingham. Les participants ont été recrutés dans un cadre communautaire non clinique. Tous les participants ont reçu des informations sur l'étude et ont été invités à participer à une session initiale du groupe SftB.</p> <p>La participation était entièrement volontaire et deux versions de la fiche d'information ont été préparées : une pour les participants atteints de démence et une autre pour les soignants. Les participants ont donné leur consentement écrit avant la tenue des entretiens.</p>
Quels sont les outils pour la collecte des informations ?	Entretiens semi-structurés
Comment se déroule la collecte des données ?	<p>Les entretiens portaient sur des sujets identifiés dans la littérature et lors de discussions avec l'équipe de recherche : l'expérience de la participation au groupe, l'impact sur la communication et les relations, et les changements de santé et de comportements pendant et après les sessions.</p> <p>Entretiens qui duraient de 37 à 85 min, ont eu lieu au domicile de l'aidant et du participant pendant une période de 2 mois (temps de participation aux séances de SftB).</p> <p>Les entretiens ont été enregistrés numériquement.</p>
3. Sélection des participants ou objets d'étude	
Y a-t-il des critères de sélection ou d'exclusion ? Si oui, préciser lesquels	Paires patient-soignant qui assistaient au moins à 2 sessions de SftB dans la région des East Midlands au Royaume-Uni.
4. Choix des outils de collecte d'information	
Est-ce que les outils de collecte d'information sont décrits de façon précise ? Si oui, quels sont-ils ?	Entretiens
Comment se réalise concrètement la collecte des données ? À quelle fréquence ?	Entretiens qui duraient de 37 à 85 min, ont eu lieu au domicile de l'aidant et du participant pendant une période de 2 mois (temps de participation aux séances de SftB).

5. Méthode d'analyse des données	
Quelle est la méthode d'analyse utilisée ?	Analyse thématique qui consiste à examiner le texte en détail afin d'identifier les modèles récurrents (codage ouvert) qui sont affinés en « thèmes »
Qui procède à l'analyse ?	Le processus a été entrepris de manière itérative, avec des codes ouverts identifiés par l'auteur principal et une discussion continue entre tous les auteurs tout au long de l'analyse pour assurer la fiabilité des résultats.
Quel est le logiciel utilisé ?	/

Résultats.

1. Description des résultats	
Comment les résultats sont-ils présentés ?	<p>Six thèmes ont été identifiés à partir des données :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Inclusion sociale et soutien 2. Une expérience partagée 3. Impact positif sur les relations 4. Impact positif sur la mémoire 5. Remonter le moral 6. Acceptation du diagnostic

<p>Que ressort-il de l'analyse (description des résultats de l'étude)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Inclusion sociale et soutien Le SftB favorise l'inclusion sociale, car il permet à tous les participants de s'impliquer, quel que soit le stade de la démence. Même lorsque de nombreuses activités quotidiennes ne sont plus possibles pour les personnes atteintes de démence, les entretiens montrent que la participation au SftB semble être quelque chose qui reste réalisable et agréable. Le SftB peut stimuler la participation physique et émotionnelle, ce qui semble avoir des effets bénéfiques tant pour la personne atteinte que pour l'aidant. L'activité a permis de nouer des liens avec des personnes auxquelles elles pouvaient s'identifier, ce qui a renforcé les réseaux de soutien. Il a été suggéré que le SftB était une opportunité pour les aidants de partager des informations et de former des réseaux de soutien. SftB est un service où les aidants peuvent discuter de sujets qui les préoccupent dans un environnement détendu et informel. Des études ont montré que des niveaux inférieurs de soutien informel sont liés à une augmentation du fardeau de l'aidant et de la dépression. 2. Une expérience partagée Le SftB offre une expérience mutuelle, partagée et agréable pour la personne atteinte de démence et son aidant. 3. Impact positif sur les relations Le SftB a un impact positif sur la relation entre la personne atteinte de démence et l'aidant, ainsi que sur leur relation avec les autres. L'activité est considérée comme un sujet de conversation agréable, comme un moyen d'améliorer les relations et ajoute une autre dimension à la relation. La nature de la démence signifie que, pour les personnes atteintes, le bénéfice des séances est quelque peu de courte durée car l'activité est oubliée dans certains cas. Cependant, des bénéfices plus durables ont été rapportés par les soignants, qui indiquent que les sessions ont un effet positif durable sur leur sentiment de bien-être et leur capacité à fournir des soins. Pour la personne atteinte de démence, le fait de réaliser que sa capacité à se souvenir est encore intacte contribue à lui donner un sentiment d'espoir et de positivité. 4. Remonter le moral La fréquentation du SftB aurait un impact positif sur l'humeur et le bien-être. Les personnes interrogées suggèrent que le SftB les aide à se sentir mieux. Il s'agit d'une activité agréable qui contribue à améliorer le sentiment de bien-être des gens et qui peut avoir un effet durable sur certains. Il a été constaté que la musique stimule et régule les émotions, procure du plaisir et soulage le stress. Elle induit des émotions qui peuvent entraîner des changements dans le rythme cardiaque, la respiration, la température de la peau et la sécrétion d'hormones, notamment d'endorphines. Ces effets sont susceptibles de contribuer à l'amélioration de l'humeur rapportée par les participants à la SftB. 5. Acceptation du diagnostic Un autre avantage du SftB est d'aider les personnes à accepter le diagnostic de démence. Le SftB est une activité ciblée qui peut être intégrée dans la routine des personnes atteintes de démence. Elle agit donc indirectement comme un moyen d'aider à l'acceptation du diagnostic et facilite le contact avec des personnes dans une situation similaire auxquelles elles peuvent s'identifier.
---	--

Discussion.

1. Résumé des résultats	
Un résumé des résultats est-il présenté ? Si oui, que contient-il ?	/
Comment la recherche répond-elle à l'objectif visé ?	/
2. Liens avec les autres auteurs	
Comment les résultats se rattachent-ils à d'autres études (similitudes, différences, etc.)	/
3. Recommandations ou suggestions	
Quelles recommandations ou étapes futures sont-elles proposées ? Pour la pratique ? Pour la recherche ?	<p>Les études futures pourraient examiner plus en détail les améliorations signalées lors des séances, par exemple l'amélioration de la mémoire pourrait être mesurée à l'aide de tests standardisés.</p> <p>Les séances de SftB étaient dirigées par un musicien, il est important d'examiner les séances de SftB dirigées par différents musiciens pour voir si cela affecte les résultats.</p> <p>Il est important également que l'activité soit évaluée dans différentes régions afin d'englober une population plus diversifiée.</p> <p>La capacité du chant à stimuler la mémoire et son impact mutuellement bénéfique sur les personnes atteintes de démence et leurs aidants sont des caractéristiques uniques de cette activité, mais elles confirment les résultats prometteurs d'études utilisant d'autres modalités, par exemple l'art visuel, et devraient donc faire l'objet de recherches supplémentaires.</p> <p>Explorer le rapport coût-efficacité dans les études futures.</p>
Comment les suggestions-recommandations peuvent-elles s'appliquer dans la pratique clinique ?	Proposer le programme à un plus grand nombre de personnes.

4. Limites de la présente étude	
Quelles sont les limites/biais de l'étude ?	<ul style="list-style-type: none"> · Le nombre de participants a été relativement faible → mais cela est acceptable dans le cadre d'une recherche qualitative qui se concentre sur la compréhension approfondie d'un groupe homogène sélectionné pour sa connaissance et son expérience d'un phénomène particulier · Malgré des comptes rendus riches et détaillés de la part de tous les participants, dans certains cas, le participant atteint de démence était incapable de se souvenir des séances de SftB, ce sont donc les aidants qui avaient tendance à dominer la discussion.

Conclusion.

1. Retour sur l'objectif, question, hypothèse	
De quelle manière la recherche a –t-elle répondu à l'objectif visé ?	Cette étude soutient les affirmations désormais bien documentées selon lesquelles les perspectives des personnes atteintes de démence peuvent et doivent être incluses dans la recherche et contribue au corpus croissant de la littérature qui se concentre sur le sens plutôt que les programmes basés sur les résultats en démontrant la valeur intrinsèque de la musique pour les personnes atteintes de démence et leurs aidants.
2. Principaux résultats	
Quels sont les principaux résultats significatifs de la démarche ?	/

« **Effect of Active Music Therapy and Individualized Listening to Music on Dementia: A Multicenter Randomized Controlled Trial** » (Raglio et al., 2015)

Parties communes à tous les articles.

Identification de l'article et du résumé.

1. Titre	
Titre (noter le titre)	Effet de la musicothérapie active et de l'écoute individualisée de la musique sur la démence : Un essai contrôlé randomisé multicentrique
Thèmes abordés	La musicothérapie et la démence
Le titre réfère-t-il à une population précise ou à une question pertinente, si oui, laquelle ou lesquelles	Des personnes atteintes de démence modérée à sévère et présentant des symptômes comportementaux et psychologiques
2. Auteurs	
Auteurs (noter les auteurs)	Alfredo Raglio, PhD (1, 2), Daniele Bellandi, MD (3), Paola Baiardi, PhD (4), Marta Gianotti, MA (3), Maria Chiara Ubezio, MD (3), Elisa Zancacchi, PsyD (3), Enrico Granieri, MD (2), Marcello Imbriani, MD (1,6), and Marco Stramba-Badiale, MD, PhD (7)
Préciser leur rattachement, institution, lieu de travail, pays	Du (1) Département de santé publique et de médecine expérimentale et légale, Université de Pavie, Pavie, (2) Clinique de neurologie, Département des sciences biomédicales et chirurgicales, Université de Ferrare, Ferrare, (3) Fondation Sospiro, Crémone, (4) Direction scientifique, Fondation Salvatore Maugeri, Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico, Pavie, (6) Département de médecine du travail, ergonomie et invalidité, Fondation Salvatore Maugeri, Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico, Pavie, et (7) Département de gériatrie et de médecine cardiovasculaire, Istituto Auxologico Italiano, Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico, Milan, Italie.

3. Mots clés	
Mots clés (noter les mots clés)	Musicothérapie, écoute de la musique, démence, troubles du comportement
4. Résumé	
<p>Décrire brièvement les objectifs, la méthodologie, les résultats</p>	<p><u>Objectifs</u> : Évaluer les effets de la musicothérapie active (MT) et de l'écoute individualisée de la musique (LtM) sur les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) chez les personnes atteintes de démence (PWD).</p> <p><u>Méthodologie</u> : Tous les groupes de personnes atteintes de démence modérée à sévère présentant des SCPD ont reçu des soins standard (SC), et deux groupes ont participé à 20 séances individualisées de MT ou de LtM, deux fois par semaine, en plus des SC. L'inventaire neuropsychiatrique (NPI), l'échelle de Cornell pour la dépression dans la démence (CSDD) et l'échelle de Cornell-Brown pour la qualité de vie dans la démence (CBS-QoL) ont été administrés avant le traitement, après le traitement et lors du suivi pour évaluer les résultats comportementaux et psychologiques. Un schéma de codage spécifique (Music Therapy Check List-Dementia) a été utilisé pour évaluer le processus de MT</p> <p><u>Résultats</u> : L'évaluation comportementale n'a pas montré de différences significatives entre les groupes. Le score global du NPI a diminué de 28 % dans le groupe MT, de 12 % dans le groupe LtM et de 21 % dans le groupe SC à la fin du traitement</p>

Introduction.

1. Pertinence	
Est-ce que la justification de l'étude repose sur des constats théoriques, des observations, des faits ou des données statistiques ?	Des études antérieures ont suggéré que la musicothérapie active (MT) et l'écoute individualisée de la musique (LtM) peuvent réduire les symptômes comportementaux et psychologiques chez les personnes atteintes de démence modérée à sévère
2. Originalité	
Comment l'auteur explique-t-il l'originalité de la démarche ?	Comparer les effets de la musicothérapie à ceux de l'écoute individualisé de musique sur les symptômes comportementaux et psychologiques dans un essai contrôlé randomisé mené auprès d'une plus grande
3. Plan de l'article	
Le plan est-il précis, logique et détaillé ? Les étapes à venir sont-elles bien précisées ?	/
4. Objectifs, questions, hypothèses	
Quels sont les objectifs, les questions de recherche ?	L'objectif principal était d'évaluer les effets sur les symptômes comportementaux et psychologiques (dépression, anxiété, agitation, apathie). L'objectif secondaire était d'évaluer les effets des traitements sur la qualité de vie. Enfin, une analyse des sessions de musicothérapie a été réalisée chez un sous-ensemble de participants afin d'évaluer le processus relationnel et les réponses comportementales aux stimuli musicaux sonores lors de l'interaction entre le musicothérapeute et les personnes handicapées.

Recension des écrits scientifiques ou présentation des concepts théoriques.

1. Modèle théorique	
Un modèle théorique, cadre conceptuel ou explication sont-ils proposés ? Si oui, lesquels ?	/

Comment le modèle théorique, cadre conceptuel est-il justifié ?	/
2. Limites des écrits	
Préciser les limites ou contraintes provenant d'autres auteurs	/

Article portant sur une étude quantitative.

Méthodologie.

1. Question de recherche	
Quelles sont les variables importantes ?	Sexe, âge, niveau d'études, scores de différentes échelles, moment de l'évaluation
Les variables importantes sont-elles bien définies ?	/
Quels sont les questions ou les objectifs de recherche ?	/
Quelles sont les hypothèses de recherche ?	L'approche active de la MT est une meilleure intervention que la MT pour personnaliser et moduler les stimuli musicaux sonores en fonction des besoins et des caractéristiques des personnes handicapées
2. Devis	
Quel est le devis de l'étude ?	Expérimental
Le devis est-il bien détaillé ?	Oui

De quelle façon les règles éthiques sont-elles respectées ?	Le comité d'éthique local a approuvé le protocole d'étude
Précision du type de devis ou de la procédure expérimentale	/
Quelles explications sont fournies pour la collecte d'informations ?	/
3. Sélection des participants ou objets d'étude	
Quelle est la population visée ? est-elle bien définie ?	Ce sont des personnes atteintes de démence modérée à sévère
Comment se réalise la sélection des participants ?	C'est à partir de 9 institutions italiennes que 120 personnes ont été sélectionnées
Des critères d'inclusion, d'exclusion de l'échantillon sont-ils présentés quels sont-ils ?	<p>Critères d'inclusion : être âgé de 65 ans ou plus ; avoir reçu un diagnostic de démence selon les critères du Manuel diagnostique et statistique, quatrième édition, révisé ; avoir obtenu un score d'évaluation clinique de la démence compris entre 1 et 4 ; avoir obtenu un score de 18 ou moins au Mini-Mental State Examination ; avoir obtenu un score de 18 ou moins à l'Inventaire neuropsychiatrique ; avoir obtenu un score supérieur à 6 aux sous-items dépression, anxiété, agitation ou apathie de l'Inventaire neuropsychiatrique ; avoir résidé dans une maison de retraite pendant plus de deux mois ; et ne pas avoir subi de variations significatives dans la posologie des médicaments psychotropes au cours du mois précédent.</p> <p>Critères d'exclusion : maladie cardiovasculaire, pulmonaire ou gastro-intestinale grave ; traitement par musicothérapie ou écoute individualisée de musique au cours de l'année précédente ; et refus de participer</p>

Est-ce qu'il y a une répartition des participants en groupe ? (témoin ou contrôle) comment cette répartition se réalise-t-elle ?	Les patients ont été randomisés dans l'un des trois traitements suivants : soins standard plus musicothérapie active, soins standard plus écoute individualisée de musique, et soins standard seuls. La randomisation était centralisée, et chaque PWD était associé en aveugle à un numéro séquentiel selon une liste de randomisation
Précision de la procédure pour faire le choix des participants	/
Précisions sur la justification de la taille de l'échantillon	/
4. Choix des outils de collecte d'information	
Les instruments de mesure sont-ils décrits de manière précise ? Quels sont-ils ?	<p>Evaluation clinique avant le début du traitement (T0), après le traitement (T1) et 2 mois après le traitement (T2)</p> <p>Evaluations fonctionnelles, cognitives et comportementales avant le traitement pour définir les caractéristiques de la population (Clinical Dementia Rating (CDR), Mini-Mental State Examination (MMSE), Neuropsychiatric Inventory (NPI), Barthel Index (BI))</p> <p>Evaluations du comportement, de l'humeur et de la qualité de vie (NPI, Cornell Brown Scale-Quality of Life (CBS-QoL) et Cornell Scale Depression in Dementia (CSDD))</p> <p>Evaluation de la musicothérapie : Music Therapy Check List-Dementia (MTCL-D)</p>
Comment se réalise concrètement la collecte des données ? Quelle est la fréquence de passation des outils ?	<p>20 séances individualisées de 30 minutes, deux fois par semaine pendant 10 semaines. Un musicothérapeute certifié et spécifiquement formé a dirigé toutes les séances</p> <p>Toutes les séances ont été filmées à l'aide d'un caméscope fixe afin de réaliser une évaluation de la musicothérapie.</p> <p>Evaluation clinique avant le début du traitement (T0), après le traitement (T1) et 2 mois après le traitement (T2)</p> <p>Évaluation comportementale réalisée les 2 à 3 jours précédent ou suivant chaque point d'échantillonnage</p>

Des précisions sur la passation et la cotation des outils sont-elles données ? quelles sont-elles ?	Music Therapy Check List-Dementia (MTCL-D): évaluer le comportement musical, non verbal et verbal
Des précisions sont-elles données sur la variable indépendante, dépendante ? Lesquelles sont-elles ?	Les variables dépendantes sont les évaluations cliniques, fonctionnelles, cognitives, comportementales, de l'humeur et de la qualité de vie Les personnes décédées, qui refusent le traitement, qui sont sorties de l'institution ou leur état clinique s'est aggravé
5. Intervention ou programme (si applicable)	
Quelles sont les interventions et comment sont-elles décrites ?	Au cours de la séance, les personnes handicapées écoutaient de la musique à partir d'une liste de lecture préférée, sans aucune interaction avec un musicothérapeute ou un soignant officiel. Les personnes handicapées ne portaient pas d'écouteurs et restaient dans leur chambre ou dans un endroit calme et privé pendant la séance
Comment l'intervention est-elle appliquée ?	/
6. Méthode d'analyse des données	
Quels sont les méthodes et les types d'analyses statistiques proposées (tests, ...)	Différentes échelles Quatre observateurs indépendants ont évalué les sessions qui avaient suivi une formation spécifique sur le MTCL-D qui comprenait l'évaluation d'au moins 10 bandes vidéo enregistrées précédemment dans une population de personnes démentes non impliquée dans l'étude L'évaluation a été réalisée sur les sessions impaires (n = 200)
Les méthodes d'analyses sont-elles justifiées ? Si oui, De quelle manière ?	/

Résultats.

1. Description de l'échantillon	
Quelles sont les caractéristiques principales de l'échantillon ?	Sexe, âge, niveau d'éducation, score de différentes échelles sont pratiquement les mêmes pour tous les groupes
Des précisions sont-elles données sur les participants, si oui, lesquelles	LtM : 20% d'hommes, 80% de femmes, 81.7 +/- 7.8 ans, 6.9 ans +/- 3.9 de niveau d'études MT : 27.5% d'hommes, 72.5% de femmes, 81.0 +/- 7.6 ans, 6.2 ans +/- 3.6 de niveau d'études
Des précisions sont-elles données sur la période de collecte de données, lesquelles ?	Evaluation avant, après le traitement et au suivi
2. Description des résultats	
Quels sont les résultats statistiquement significatifs ($p < 0,05$) ?	/
Quels sont les autres résultats importants ?	Pas de différence de comportement entre les groupes Il y a une amélioration du comportement, de la dépression et de la qualité de vie pour tous les groupes car les scores du NPI, du CSDD et du CBS ont diminués

Discussion.

1. Résumé des résultats	
Un résumé des résultats est-il présenté ? Si oui, que contient-il ?	Tous les groupes traités ont montré une amélioration significative au fil du temps des symptômes comportementaux et psychologiques et d'autres résultats psychologiques (dépression et qualité de vie), mais aucune différence significative n'a été observée entre les personnes démentes traitées par musicothérapie ou écoute individualisée de musique en plus de soins standards et celles qui ont reçu soins standards seul

Comment la recherche répond-elle à l'objectif visé ou à l'hypothèse de départ ?	L'hypothèse n'a pas pu être prouvée
2. Liens avec les autres auteurs	
Comment les résultats se rattachent-ils à/d'autres études (similitudes, différences,..)	
3. Recommandations ou suggestions	
Quelles recommandations ou étapes futures sont-elles proposées ? Pour la pratique ? Pour la recherche ?	<p>L'approche active de la MT est une meilleure intervention que la MT pour personnaliser et moduler les stimuli musicaux sonores en fonction des besoins et des caractéristiques des personnes handicapées</p> <p>Une analyse qualitative et quantitative systématique des séances de MT et du traitement devrait être effectuée pour suivre la réponse de chaque participant</p> <p>Le nombre de séances et l'intensité du traitement de MT peuvent être augmentés, si la personne démente le tolère</p>
Comment les suggestions-recommandations peuvent elles s'appliquer dans la pratique clinique ?	/
4. Limites de la présente étude	
Quelles sont les limites /biais de l'étude ?	/

Conclusion.

1. Retour sur l'objectif, question, hypothèse	
De quelle manière la recherche a-t-elle répondu à l'objectif visé ?	/
2. Principaux résultats	
Quels sont les principaux résultats significatifs de la démarche ?	/

« Pet therapy in elderly patients with mental illness » (Moretti et al., 2011)

Parties communes à tous les articles.

Identification de l'article et du résumé.

1. Titre	
Titre (noter le titre)	<p>"La zoothérapie chez les patients âgés souffrant de troubles mentaux"</p> <p>"Pet therapy in elderly patients with mental illness"</p>
Thèmes abordés	La zoothérapie et les personnes âgées atteintes de troubles mentaux
Le titre réfère-t-il à une population précise ou à une question pertinente, si oui, laquelle ou lesquelles	Les personnes âgées atteintes de troubles mentaux
2. Auteurs	
Auteurs (noter les auteurs)	Francesca MORETTI, Diana DE RONCHI, Virginia BERNABEI, Lucia MARCHETTI, Barbara FERRARI, Claudia FORLANI, Francesca NEGRETTI, Cleta SACCHETTI, Ana Rita ATTI
Préciser leur rattachement, institution, lieu de travail, pays	<p>F. MORETTI : Institut de psychiatrie</p> <p>D. DE RONCHI : Institut de psychiatrie</p> <p>V. BERNABEI : Institut de psychiatrie</p> <p>L. MARCHETTI : Cours de diplôme pour ées éducateurs profesisonnels, Université de Bologne</p> <p>B. FERRARI : Institut de psychiatrie</p> <p>C. FORLANI : Institut de psychiatrie</p> <p>F. NEGRETTI : Cours de diplôme pour ées éducateurs profesisonnels, Université de Bologne et unite de TTT des dépendances pathologiques, autorité sanitaire locale d'Imola, Bologne, Italie</p> <p>C. SACCHETTI : Cours de diplôme pour ées éducateurs profesisonnels, Université de Bologne et unite de TTT des dépendances pathologiques, autorité sanitaire locale d'Imola, Bologne, Italie</p> <p>A. R. ATTI : Institut de psychiatrie</p>

3. Mots clés	
Mots clés (noter les mots clés)	Zoothérapie, maladie mentale, personnes âgées
4. Résumé	
<p>Décrire brièvement les objectifs, la méthodologie, les résultats</p>	<p>Objectifs : Évaluer les effets de la zoothérapie sur la fonction cognitive, l'humeur et la qualité de vie des personnes âgées hospitalisées atteintes de démence, dépression et psychose</p> <p><i>Méthodologie</i> : Le Mini Mental State Examination (MMSE) et l'échelle de dépression gériatrique (GDS) ont été données aux participants + questionnaire sur la qualité de vie avant et après une intervention de zoothérapie d'une durée de 6 sem. Les scores ont ensuite été comparés au sein des groupes par le teste T de Student</p> <p><i>Résultats</i> : Les 2 groupes ont connu une amélioration du GDS et du MMSE, amélioration de la qualité de vie et effet positif de la zoothérapie</p>

Introduction.

1. Pertinence	
Est-ce que la justification de l'étude repose sur des constats théoriques, des observations, des faits ou des données statistiques ?	<p>L'idée de faire des chiens ou d'autres animaux des co-thérapeutes avec un rôle de médiateur émotionnel et de catalyseur d'un processus social remonte aux années 1960 (introduit par le psychiatre Boris Levinson). Fin 1970, l'utilisation a perdu sa connotation expérimentale</p> <p>Une étude cas témoin a suggéré un effet bénéfique sur les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence</p> <p>Une étude cas témoin a trouvé un effet statistiquement significatif de l'intervention des animaux de compagnie sur le comportement</p> <p>Une autre étude n'a pas trouvé de différence de comportement entre les cas et les témoins mais a montré une plus grande interaction sociale</p>

2. Originalité	
Comment l'auteur explique-t-il l'originalité de la démarche ?	L'approche thérapeutique dispose de très peu de données scientifiques soutenant son efficacité.
3. Plan de l'article	
Le plan est-il précis, logique et détaillé ? Les étapes à venir sont-elles bien précisées ?	/
4. Objectifs, questions, hypothèses	
Quels sont les objectifs, les questions de recherche ?	<p>Évaluer les effets d'une intervention de zoothérapie sur des patients âgés atteints de différentes maladies psychiatriques, vivant dans une maison de retraite dans une région riche du nord de l'Italie.</p> <p>Les principaux résultats sont la fonction cognitive, l'humeur et la perception subjective de la qualité de vie</p>

Recension des écrits scientifiques ou présentation des concepts théoriques.

1. Modèle théorique	
Un modèle théorique, cadre conceptuel ou explication sont-ils proposés ? Si oui, lesquels ?	/
Comment le modèle théorique, cadre conceptuel est-il justifié ?	/

2. Limites des écrits	
Préciser les limites ou contraintes provenant d'autres auteurs	/

Article portant sur une étude quantitative.

Méthodologie.

1. Question de recherche	
Quelles sont les variables importantes ?	
Les variables importantes sont-elles bien définies ?	
Quels sont les questions ou les objectifs de recherche ?	Évaluer les effets d'une intervention de zoothérapie sur des patients âgés atteints de différentes maladies psychiatriques, vivant dans une maison de retraite
Quelles sont les hypothèses de recherche ?	<p>Hypothèse du mécanisme affectif-émotionnel : un lien humain-animal relaxant agit sur les hormones surrénales et autres corticostéroïdes, induisant une réduction de la pression artérielle et des rythmes cardiorespiratoires.</p> <p>La stimulation psychologique induite par la présence d'un animal et son besoin de soins incite les personnes à prendre soin d'elles-mêmes</p> <p>Théorie du système de jeu suggérant que le fait de jouer avec un animal peut augmenter la défense et accroître les potentialités de récupération</p>
2. Devis	
Quel est le devis de l'étude ?	Devis longitudinal
Le devis est-il bien détaillé ?	Les questionnaires sont posés au temps 0 (moment de recrutement) et après la zoothérapie

De quelle façon les règles éthiques sont-elles respectées ?	Tous les critères suggérés par la déclaration italienne des valeurs et principes des relations avec les animaux de compagnie ont été remplis. L'étude a été approuvée par le comité d'éthique local
Précision du type de devis ou de la procédure expérimentale	Ce sont toujours les mêmes individus qui sont suivis
Quelles explications sont fournies pour la collecte d'informations ?	Poser des questions à travers le MMSE, le GDS et un bref questionnaire sur la qualité de vie puis après l'intervention
3. Sélection des participants ou objets d'étude	
Quelle est la population visée ? est-elle	Personnes âgées résidents d'une maison de retraite
Comment se réalise la sélection des participants ?	La sélection des cas et des témoins a été faite sur la base de caractéristiques sociodémographiques et cliniques dans le but de constituer deux groupes similaires Chaque participant a répondu au MMSE, au GDS et à un bref questionnaire concernant la qualité de vie auto-perçue sur 2 semaines. Ils ont aussi été interrogés sur leur satisfaction en matière de relations personnelles et de soutien des amis, sur leurs habitudes de sommeil et d'appétit et sur leur engagement dans les activités quotidiennes.
Des critères d'inclusion, d'exclusion de l'échantillon sont-ils présentés quels sont-ils ?	<ul style="list-style-type: none"> · Critères d'inclusion : âge > 65 ans, institutionnalisation pendant au moins 2 mois, être atteint d'une maladie mentale (Alzheimer, démence vasculaire, démence secondaire, trouble de l'humeur, troubles psychotiques) selon les critères de la CIM-10 · Critères d'exclusion : être sourd/ aveugle ou incapable d'interagir avec la personne
Est-ce qu'il y a une répartition des participants en groupe ? (témoin ou contrôle) comment cette répartition se réalise-t-elle ?	10 personnes (9 femmes et 1 homme) affectées au groupe de zoothérapie 11 sujets (11 femmes) affectées au groupe témoin
Précision de la procédure pour faire le choix des participants	Après avoir distribué une brochure instructive sur le projet, une réunion d'information a été organisée avec tous les résidents d'une maison de retraite, leurs familles et les membres du personnel

Précisions sur la justification de la taille de l'échantillon	Sur 25 pers éligibles, 1 a refusé et 3 ne répondaient pas aux critères d'inclusion
4. Choix des outils de collecte d'information	
Les instruments de mesure sont-ils décrits de manière précise ? Quels sont-ils ?	<p>MMSE (Mini Mental State Examination)</p> <p>GDS (Échelle de depression gériatrique)</p> <p>Questionnaire sur la qualité de vie abordant les sujets tels que leur satisfaction en matière de relations personnelles et de soutien des amis, leurs habitudes de sommeil et d'appétit et leur engagement dans les activités quotidiennes</p>
Comment se réalise concrètement la collecte des données ? Quelle est la fréquence de passation des outils ?	<p>Lors de l'inscription, et après l'intervention sur les animaux de compagnie.</p> <p>Après l'intervention, un questionnaire sur la perception de l'intervention a été administré.</p>
Des précisions sur la passation et la cotation des outils sont-elles données ? quelles sont-elles ?	<ul style="list-style-type: none"> · MMSE :15 points · GDS : 15 points · Questionnaire sur la qualité de vie : réponses possibles : bon, mauvais, ni bon ni mauvais
Des précisions sont-elles données sur la variable indépendante, dépendante ? Lesquelles sont-elles ?	/

5. Intervention ou programme (si applicable)	
Quelles sont les interventions et comment sont-elles décrites ?	<p>Activité animaux qui consistait à mettre les chiens en contact avec tous les participants. Les sujets devaient tenir, caresser, marcher, parler et jouer avec les animaux sous la supervision des éducateurs canins.</p> <p>Le groupe témoin était autorisé à voir les animaux arriver dans la maison de retraite, mais ils n'étaient pas autorisés à interagir avec eux (contacts informels et non structurés n'étaient pas interdits)</p>
Comment l'intervention est-elle appliquée ?	L'intervention a duré 6 semaines, s'est déroulée dans la maison de retraite (autant à l'extérieur, qu'à l'intérieur)
6. Méthode d'analyse des données	
Quels sont les méthodes et les types d'analyses statistiques proposées (tests, ...	<p>Pendant l'activité, l'éducateur canin, le psychologue et le personnel responsable de la maison de retraite étaient aveugles quant aux résultats obtenus lors de l'évaluation.</p> <p>Le médecin qui administrait le MMSE et le GDS était aveugle quant à l'affectation au groupe de cas ou au groupe témoin</p>
Les méthodes d'analyses sont-elles justifiées ? Si oui, De quelle manière ?	Les scores moyens du MMSE et du GDS ont été comparés entre et au sein des groupes par le test t de Student

Résultats.

1. Description de l'échantillon	
Quelles sont les caractéristiques principales de l'échantillon ?	<p>Âge moyen de l'échantillon 84.7 ans avec écart-type de +/- 9.9 ans</p> <p>Niveau de scolarité de 1.0 ans avec écart-type de +/- 3.4 ans</p> <p>La démence est le diagnostic le plus fréquent (47.6%)</p>
Des précisions sont-elles données sur les participants, si oui, lesquelles	Groupe de contrôle et d'animaux étaient similaires pour l'âge, le sexe, le niveau d'éducation et la durée de l'institutionnalisation
Des précisions sont-elles données sur la période de collecte de données, lesquelles ?	/

2. Description des résultats	
Quels sont les résultats statistiquement significatifs ($p < 0,05$) ?	<ul style="list-style-type: none"> · Troubles de l'humeur : amélioration du GDS · Groupe animaux de compagnie : Score moyen du GDS a diminué de 5.9 +/- 4.7 à 2.7 +/- 3.1 · Comparaison intra-groupe : $p = 0.013$ et comparaison inter-groupe : $p = 0.070$
Quels sont les autres résultats importants ?	<p>Pour la fonction cognitive, amélioration du MMSE pour le groupe animaux de compagnie ($p=0.06$), mais pas d'amélioration significative du MMSE ($p = 0.0941$)</p> <p>La qualité de vie auto-perçue a également été grandement améliorée.</p>

Discussion.

1. Résumé des résultats	
Un résumé des résultats est-il présenté ? Si oui, que contient-il ?	Les résultats montrent que la zoothérapie améliore de 50% les symptômes dépressifs des résidents d'un établissement de soins de longue durée. De plus il a été montré une tendance à l'amélioration des scores moyens MMSE deux fois plus élevés dans le groupe des animaux de compagnie que ceux observés chez les témoins. La qualité de vie auto-perçue a également été grandement améliorée.
Comment la recherche répond-elle à l'objectif visé ou à l'hypothèse de départ ?	Amélioration des symptômes dépressifs, tendance à l'amélioration des scores moyens du MMSE, qualité de vie grandement amélioré
2. Liens avec les autres auteurs	
Comment les résultats se rattachent-ils à d'autres études (similitudes, différences, ...)	L'effet bénéfique de la zoothérapie sur les patients âgés atteints de différents troubles psychiatriques renforce la littérature actuellement disponible
3. Recommandations ou suggestions	
Quelles recommandations ou étapes futures sont-elles proposées ? Pour la pratique ? Pour la recherche	/

Comment les suggestions-recommandations peuvent-elles s'appliquer dans la pratique clinique ?	/
4. Limites de la présente étude	
Quelles sont les limites /biais de l'étude ?	<p>La conception de l'étude n'était pas randomisée ni en double aveugle</p> <p>La taille de l'échantillon est petite</p> <p>Il n'a été effectué qu'une évaluation à court terme et il ne peut être déterminé si l'amélioration du GDS était persistante dans le temps</p> <p>Il a été utilisé une batterie neuropsychologique limitée et des informations sur les troubles du comportement n'ont pas été recueillies</p> <p>L'effet thérapeutique de la zoothérapie peut dépendre de l'interaction avec l'animal et avec le maître, donc il n'est pas possible de distinguer l'impact différentiel du chien et du maître sur les participants</p>

Conclusion.

1. Retour sur l'objectif, question, hypothèse	
De quelle manière la recherche a-t-elle répondu à l'objectif visé ?	Les données de l'étude confirment les preuves en faveur de l'efficacité de la zoothérapie sur les patients âgés atteints de troubles cognitifs ainsi que d'autres perturbations psychiatriques
2. Principaux résultats	
Quels sont les principaux résultats significatifs de la démarche ?	/

« Can Musical or Painting Interventions Improve Chronic Pain, Mood, Quality of Life, and Cognition in Patients with Mild Alzheimer's Disease? Evidence from a Randomized Controlled Trial » (Pongan et al., 2017)

Parties communes à tous les articles.

Identification de l'article et du résumé.

1. Titre	
Titre (noter le titre)	<p>"Les interventions musicales ou picturales peuvent-elles améliorer la douleur chronique, l'humeur, la qualité de vie et la cognition chez les patients atteints de la maladie d'Alzheimer légère ? Résultats d'un essai contrôlé randomisé"</p> <p>"Can Musical or Painting Interventions Improve Chronic Pain, Mood, Quality of Life, and Cognition in Patients with Mild Alzheimer's Disease ? Evidence from a Randomized Controlled Trial"</p>
Thèmes abordés	Les interventions musicales et picturales, la démence légère (Alzheimer), les personnes âgées
Le titre réfère-t-il à une population précise ou à une question pertinente, si oui, laquelle ou lesquelles	Les patients atteints de la maladie d'Alzheimer légère
2. Auteurs	
Auteurs (noter les auteurs)	Elodie Pongana, Barbara Tillmann, Yohana Leveque, Béatrice Trombert, Jean-Claude Gettenet, Nicolas Auguste, Virginie Dauphinaud, Hanane El Haouaria, Malou Naveza, Jean-Michel Dorey, Pierre Krolak-Salmon, le groupe LACMe1, Bernard Laurent et Isabelle Roucha

<p>Préciser leur rattachement, institution, lieu de travail, pays</p>	<p><u>E. Pongana</u> : Centre de clinique et de recherche sur la mémoire de Saint-Étienne (CMRR), untié de neurologie, Hôpital universitaire de Saint-Étienne, Saint-Étienne, France/ Centre de clinique et de recherche sur la mémoire de Lyon (CMRR), Hôpital de Charpennes, CHU de Lyon, France/ Institut du vieillissement I-Vie, CHU de Lyon, France</p> <p><u>Brabara Tillmann</u> : INSERM, U1028, CNRS, UMR5292, équipe de psycho-acoustique et cognition auditive, centre de recherche en neurosciences de Lyon, France</p> <p><u>Yohana Leveque</u> : INSERM, U1028, CNRS, UMR5292, équipe de psycho-acoustique et cognition auditive, centre de recherche en neurosciences de Lyon, France</p> <p><u>Béatrice Trombert</u> : Untié de Santé Publique et d'information médicale, Centre Hospitalier Universitaire de Saint-Étienne, Saint-Étienne, France</p> <p><u>Jean-Claude Getenet</u> : Centre de clinique et de rechercher sur la mémoire de Saint-Étienne (CMRR), untié de neurologie, Hôpital universitaire de Saint-Étienne, Saint-Étienne, France</p> <p><u>Nicolas Auguste</u> : Centre de Clinique et de recherche de la mémoire de Saint-Étienne (CMRR), Unité de gériatrie, Hôpital Universitaire de Saint-Étienne, Saint-Étienne, France</p> <p><u>Virginie Dauphinot</u> : Centre de clinique et de recherche sur la mémoire de Lyon (CMRR), Hôpital de Charpennes, CHU de Lyon, France/ Institut du vieillissement I-Vie, CHU de Lyon, France</p> <p><u>Hanane El Haouari</u> : Centre de clinique et de recherche sur la mémoire de Saint-Étienne (CMRR), untié de neurologie, Hôpital universitaire de Saint-Étienne, Saint-Étienne, France</p> <p><u>Malou Navez</u> : Centre de clinique et de recherche sur la mémoire de Saint-Étienne (CMRR), untié de neurologie, Hôpital universitaire de Saint-Étienne, Saint-Étienne, France</p> <p><u>Jean-Michel Dorey</u> : Département de psychiatrie Hopital Le Vinatier, Bron, France</p> <p><u>Pierre Krolak-Salmon</u> : Centre de clinique et de recherche sur la mémoire de Lyon (CMRR), Hôpital de Charpennes, CHU de Lyon, France/ Institut du vieillissement I-Vie, CHU de Lyon, France</p> <p><u>Bernard Laurent</u> : Centre de clinique et de recherche sur la mémoire de Saint-Étienne (CMRR), untié de neurologie, Hôpital universitaire de Saint-Étienne, Saint-Étienne, France/ INSERM, U1028, CNRS, UMR5292, Équipe de la douleur neurologique, Centre de recherche en neurosciences de Lyon, Lyon, France</p> <p><u>Isabelle Roucha</u> : Centre de clinique et de recherche sur la mémoire de Saint-Étienne (CMRR), untié de neurologie, Hôpital universitaire de Saint-Étienne, Saint-Étienne, France/ Centre de clinique et de recherche sur la mémoire de Lyon (CMRR), Hôpital de Charpennes, CHU de Lyon, France/ Institut du vieillissement I-Vie, CHU de Lyon, France</p>
---	---

3. Mots clés	
Mots clés (noter les mots clés)	Maladie d'Alzheimer, anxiété, troubles cognitifs, dépression, musique, douleur
4. Résumé	
<p>Décrire brièvement les objectifs, la méthodologie, les résultats</p>	<p><u>Objectifs</u> : Déterminer l'efficacité du chant choral par rapport aux séances de peintures sur la douleur chronique, l'humeur, la qualité de vie et la cognition chez les patients atteints de la maladie d'Alzheimer (MA)</p> <p><u>Méthodes</u> : 59 patients atteints de la MA légère ont été répartis au hasard dans un groupe de chant (SG) ou de peinture (PG) de 12 semaines. La douleur chronique, l'anxiété, la dépression et la qualité de vie ont été évaluées avant, après et un mois après les séances. Les capacités cognitives ont été évaluées avant et après les interventions. L'évolution de ces items a été évaluée à l'aide de modèles linéaires mixtes. L'analyse des données a été réalisée en intention de traiter et complétée par une approche per-protocol.</p> <p><u>Résultats</u> : Les deux interventions ont entraîné une réduction significative de la douleur, une réduction de l'anxiété, une amélioration de la qualité de vie, une amélioration des processus inhibiteurs. La dépression a diminué au fil du temps dans le groupe PG uniquement.</p>

Introduction.

1. Pertinence	
Est-ce que la justification de l'étude repose sur des constats théoriques, des observations, des faits ou des données statistiques ?	L'intervention par le chant a démontré des bénéfices sur les fonctions cognitives dans des études précédentes sur la maladie d'Alzheimer. Cette intervention a de plus, démontré des bénéfices sur les fonctions cognitives. Le chant nécessite l'intervention de nombreux processus tel que la mémoire à court terme, la planification à long terme, le contrôle des erreurs et engage plusieurs zones cérébrales du cortex préfrontale. De plus, le chant renforce la cohésion du groupe et offre la possibilité d'un concert final, ce qui est intéressant pour améliorer l'estime de soi.
2. Originalité	
Comment l'auteur explique-t-il l'originalité de la démarche ?	Plusieurs faiblesses méthodologiques ont été relevées dans un certain nombre d'études publiées précédemment. La majorité des études n'ont pas randomisé les sujets et l'évaluation n'a pas été effectuée par des évaluateurs en aveugle. De plus les groupe témoins n'ont reçu que des soins standard. À la connaissance des auteurs, aucune étude antérieure incluant des patients atteints de la maladie d'Alzheimer à un stade léger n'a évalué directement l'effet de l'infarctus du myocarde par rapport à une intervention non musicale comparable dans le cadre d'un essai contrôlé randomisé (ECR).
3. Plan de l'article	
Le plan est-il précis, logique et détaillé ? Les étapes à venir sont-elles bien précisées ?	L'étude est un ECR multicentrique avec deux bras parallèles et une évaluation en aveugle du point final.

4. Objectifs, questions, hypothèses	
Quels sont les objectifs, les questions de recherche ?	<p>Évaluer l'efficacité de l'intervention musicale sur la douleur chronique chez les patients atteints de la maladie d'Alzheimer au stade de trouble cognitif mineur ou de trouble cognitif majeur léger.</p> <p>Objectifs secondaires : Mesurer l'efficacité de l'IM sur l'anxiété, la dépression, la qualité de vie, l'estime de soi et la cognition dans cette population.</p>

Recension des écrits scientifiques ou présentation des concepts théoriques.

1. Modèle théorique	
Un modèle théorique, cadre conceptuel ou explication sont-ils proposés ? Si oui, lesquels ?	/
Comment le modèle théorique, cadre conceptuel est-il justifié ?	/
2. Limites des écrits	
Préciser les limites ou contraintes provenant d'autres auteurs	/

Article portant sur une étude quantitative.

Méthodologie.

1. Question de recherche	
Quelles sont les variables importantes ?	Résultats de l'échelle à la dlr, l'humeur, la qualité de vie et la cognition
Les variables importantes sont-elles bien définies ?	/
Quels sont les questions ou les objectifs de recherche ?	Évaluer l'efficacité de l'intervention musicale sur la douleur chronique chez les patients atteints de la maladie d'Alzheimer au stade de trouble cognitif mineur ou de trouble cognitif majeur léger. Objectifs secondaires : Mesurer l'efficacité de l'IM sur l'anxiété, la dépression, la qualité de vie, l'estime de soi et la cognition dans cette population.
Quelles sont les hypothèses de recherche ?	L'efficacité de l'intervention musicale pourrait être liée à l'observation que les zones cérébrales impliquées dans la mémoire musicale seraient épargnées dans la maladie d'Alzheimer.
2. Devis	
Quel est le devis de l'étude ?	Devis longitudinal
Le devis est-il bien détaillé ?	/
De quelle façon les règles éthiques sont-elles respectées ?	L'étude a été approuvée par le comité d'éthique de l'Université de Saint-Étienne et menée conformément à la Déclaration d'Helsinki et aux recommandations de l'ICH (International Conference on Harmonisation)
Précision du type de devis ou de la procédure expérimentale	Les tests ont été réalisés à 12 et à 16 semaines.
Quelles explications sont fournies pour la collecte d'informations ?	Les mesures du suivi, la dlr chronique, les troubles de l'humeur, la qualité de vie et l'estime de soi ont été évalués lors d'un suivi à 12 et 16 semaines (T2 et T3). La batterie neuropsychologique a été évaluée lors du suivi à 12 semaines.
3. Sélection des participants ou objets d'étude	
Quelle est la population visée ? est-elle bien définie ?	Patients de 3 cliniques de mémoire situées dans les des hôpitaux universitaires atteints de la maladie d'Alzheimer légère
Comment se réalise la sélection des participants ?	Ils ont été recrutés dans 3 cliniques de mémoire situées dans les hôpitaux universitaires de Saint-Étienne et de Lyon en France.

Des critères d'inclusion, d'exclusion de l'échantillon sont-ils présentés quels sont-ils ?	<ul style="list-style-type: none"> · <u>Critères d'inclusion</u> : 60 ans et plus, MA probable au stade de trouble cognitif mineur ou de trouble cognitif majeur léger, selon le DSM-V, le NINCDS, ADRDA, un MMSE (Mini-Mental State Examination) > ou = à 20, douleurs chroniques évalué par SVS (Simple Visual Scale) à un stade modéré ou sévère et étaient en mesure de compléter les évaluations cliniques et neuropsychologiques. Les médicaments psychotropes, inhibiteurs de l'acétylcholinestérase ou la mémantine doivent être stabilisés depuis + de 3 mois et les médicaments contre la douleur depuis au moins 1 mois. · <u>Critères d'exclusion</u> : Patients présentant un trouble neurocognitif d'étiologie différente de la MA, pathologies graves, progressives ou instables pouvant interférer avec les variables considérées ou des patients sous tutelle.
Est-ce qu'il y a une répartition des participants en groupe ? (témoin ou contrôle) comment cette répartition se réalise-t-elle ?	La randomisation a été effectuée par un membre de l'équipe qui n'avait aucun contact avec les patients. Dans chaque centre, les sujets consentants ont été assignés au hasard à un groupe SI ou PI avec un ratio de 1 :1.
Précision de la procédure pour faire le choix des participants	Tous les participants répondaient aux critères d'inclusion
Précisions sur la justification de la taille de l'échantillon	<p>La taille de l'échantillon a été calculée en fonction des prédictions relatives au score NRS, correspondant à la principale mesure objective</p> <p>Avec l'hypothèse d'une réduction de 1 point sur l'échelle NRS, la taille de l'échantillon était de 27 patients par groupe (donc total de 54 patients)</p>

4. Choix des outils de collecte d'information	
Les instruments de mesure sont-ils décrits de manière précise ? Quels sont-ils ?	<p>Douleur chronique :</p> <ul style="list-style-type: none"> · Numeric Rating Scale (NRS) · SVS · Brief Pain Inventory (BPI) <p>Résultats secondaires :</p> <p>Symptômes dépressifs</p> <ul style="list-style-type: none"> · Échelle de depression gériatrique (GDS) <p>Qualité de vie et estime de soi</p> <ul style="list-style-type: none"> · Enquête de santé EuroQol-5 dimensions (EQ-5D) · Échelle d'estime de soi de Rosenberg <p>Performance neuropsychologique</p> <ul style="list-style-type: none"> · Test de rappel libre et assisté (FCRT) · Trail Making Test (TMT) · Digit Symbol test et Digit Span · Test de Stroop · Tests de fluidité des lettres et des catégories · Batterie d'évaluation frontale (FAB)
Comment se réalise concrètement la collecte des données ? Quelle est la fréquence de passation des outils ?	La douleur chronique, les troubles de l'humeur, la qualité de vie et l'estime de soi ont été évalués lors d'un suivi à 12 et 16 semaines. La batterie neuropsychologique a été évaluée lors du suivi à 12 semaines.

<p>Des précisions sur la passation et la cotation des outils sont-elles données ? quelles sont-elles ?</p>	<p>Douleur chronique :</p> <ul style="list-style-type: none"> · Numeric Rating Scale (NRS) : Choisit un chiffre entre 0 à 10 qui indique le mieux son niveau de douleur habituel pour la semaine écoulée (0: absence de dlr/ 10: dlr la + intense) (→ NRS-U)/ la dlr la + intense a ensuite été évaluée selon un score de pire dlr sur une échelle de 0 à 10 (→NRS-I) · SVS : echelle catégorielle allant de 0 à 4 (0: absence de dlr/ 4: dlr très intense) : dlr habituelle des 8 derniers jours (→SVS-U) / douleur la plus intense des derniers jours (SVS-I) · Brief Pain Inventory (BPI): Mesure l'intensité de la dlr (echelle sensorielle) et l'interférence de la dlr dans la vie du patient (dimension reactive), grâce à des échelles de 0 à 10. Seulement la dimension reactive a été utilisée dans cette étude. <ul style="list-style-type: none"> · Dimension reactive : évaluait les conséquences de la dlr sur l'activité Générale, l'humeur, la volonté de vie, la capacité à marcher, le travail, les relations avec les autres personnes, le sommeil, les soins personnels et les activités récréatives et sociales. <p>Résultats secondaires :</p> <p>Symptômes dépressifs</p> <ul style="list-style-type: none"> · Échelle de depression gériatrique (GDS) : 30 items a prouvé son utilité dans la detection des symptômes dépressifs chez les patients présentant une démence légère <p>Qualité de vie et estime de soi</p> <ul style="list-style-type: none"> · Enquête de santé EuroQol-5 dimensions (EQ-5D) : mesure la qualité de vie liée à la santé qui est utilise chez les pateitns âgés souffrant de torubles cognitifs. Comprend 5 dimensions ou éléments d'évaluation de l'état de santé actuel (mobilité, soins personnels, activités de la vie quotidienne, douleur/ gêne, anxiété/ dépression classes en 3 niveaux · Échelle d'estime de soi de Rosenberg : 10 items de type likert ("Je sens que je suis une personne de valeur, du moins je suis égal aux autres") <p>Performance neuropsychologique</p> <ul style="list-style-type: none"> · Test de rappel libre et assisté (FCRT) : 16 items pour explore la mémoire épisodique verbale · Trail Making Test (TMT) : évaluation de la Vitesse de traitement de l'information et la flexibilité mentale
<p>Des précisions sont-elles données sur la variable indépendante, dépendante ? Lesquelles sont-elles ?</p>	<p>/</p>

5. Intervention ou programme (si applicable)	
Quelles sont les interventions et comment sont-elles décrites ?	<ul style="list-style-type: none"> · GP (groupe de peinture) : réalisé par un professeur de peinture accompagné d'un psychologue. · GS (groupe de chant) : délivré par un chef de chœur professionnel accompagné d'un psychologue, dont le rôle était d'aider le chef de chœur à gérer les patients si nécessaire
Comment l'intervention est-elle appliquée ?	<ul style="list-style-type: none"> · GP : 1^{ère} partie de chaque séance, il y avait un accueil personnalisé. Puis des peintures de peintres professionnels étaient montrées aux patients. La 2^{ème} partie était consacré à la réalisation de peintures par les patients selon un thème prédéterminé. · GS : Avant l'intervention, les patients affectés au groupe ont rempli un questionnaire recueillant leurs préférences musicales parmi plusieurs chansons. Déroulement : accueil personnalisé, échauffement du corps et de la voix avant l'apprentissage des chansons, travail des chansons avec accompagnement au piano <p>Les patients ont participé à 12 séances hebdomadaires de 2h se SI ou PI pendant 3 mois.</p>
6. Méthode d'analyse des données	
Quels sont les méthodes et les types d'analyses statistiques proposées (tests, ...)	<ul style="list-style-type: none"> · ITT (Intention de traiter) → donc tous les patients randomisés doivent être pris en compte par l'analyse et ceci en maintenant leur répartition dans les différents groupes de l'essai par la randomisation → donc patients ayant interrompu l'étude y sont aussi · Puis Approche Per protocol (analyse que les patients ayant participé à au moins 6 sessions de SI ou PI) · Analyses statistiques ont été effectuées avec SPSS version 17 (SPSS Software, Chicago, USA)
Les méthodes d'analyses sont-elles justifiées ? Si oui, De quelle manière ?	Pour les variables quantitatives : test t student a été utilisé pour l'analyse des variables normalement distribuées et le test de Mann-Whitney pour les variables non distribuées normalement. Le test X2 a été utilisée pour l'analyse des données catégorielles.

Résultats.

1. Description de l'échantillon	
Quelles sont les caractéristiques principales de l'échantillon ?	<p>SG : 74.2% de femmes avec un niveau d'études entre 5 et 11 ans pour 74.2% des participants, moins de 5 ans pour 6.5% d'entre eux et plus de 11 ans pour 19.4%. La majorité (51.6%) étaient mariées, 22.6% étaient veuves, le reste étant soit divorcées ou séparées, célibataires ou autres.</p> <p>SP : 57.1% de femmes avec un niveau d'études entre 5 et 11 ans pour 57.1% des participants, moins de 5 ans pour 17.9% d'entre eux et plus de 11 ans pour 25.0%. La majorité (64.3%) étaient mariées, 28.6% étaient veuves et 7.1% étaient divorcées ou séparée (pas de célibataire ou d'autre)</p>
Des précisions sont-elles données sur les participants, si oui, lesquelles	<p>SG : 35.5% des participants avaient des antécédents artistiques contre 38.7% qui avaient des antécédents de chant</p> <p>SP : 32.1% des participants avaient des antécédents artistiques contre 35.7% qui avaient des antécédents de chants</p>
Des précisions sont-elles données sur la période de collecte de données, lesquelles ?	Les tests ont été réalisés à 12 et à 16 semaines.
2. Description des résultats	
Quels sont les résultats statistiquement significatifs ($p < 0,05$) ?	<ul style="list-style-type: none"> · Le score SVS moyen a diminué au fil du temps jusqu'à la semaine 16 ($p=0.01$) · Le score ICPE est significativement aussi réduit ($p=0.009$) · Analyse PP basée sur le nombre de participant assistant à au moins 6 séances, a montré un effet temporel plus important pour le SVS-I ($p<0.00001$) et le BPI ($p=0.001$) · Symptômes dépressifs moyens (GDS) se sont améliorés ($p=0.01$) · Diminution de l'anxiété (STAI) ($p < 0.0001$) · Qualité de vie (EQ5-D) s'est améliorée ($p=0.002$)
Quels sont les autres résultats importants ?	<ul style="list-style-type: none"> · Le NRS-I a aussi diminué, mais sans passer le seuil de signification ($p=0.057$) · Pas de différence dans le temps n'a été observée pour le NRS-U ou le SVS-I · EQ5-D : Pas d'interaction significative entre le temps et le groupe ($p=0.60$) · Estime de soi (échelle de Rosenberg) ($p=0.078$)

Discussion

1. Résumé des résultats	
Un résumé des résultats est-il présenté ? Si oui, que contient-il ?	<p>Les patients affectés à l'IS ou à l'IP ont montré une amélioration significative dans la plupart de ces différents domaines.</p> <p>Une diminution significative de la douleur au fil du temps a été observée pour les 2 interventions</p> <p>Pour les deux groupes l'anxiété a diminué alors que la qualité de vie et l'estime de soi ont augmenté.</p> <p>En outre, une réduction des symptômes dépressifs a été montrée avec l'IP. Alors que l'IS montrait un avantage dans la mémoire verbale.</p>
Comment la recherche répond-elle à l'objectif visé ou à l'hypothèse de départ ?	/

2. Liens avec les autres auteurs	
Comment les résultats se rattachent-ils à d'autres études (similitudes, différences,...)	<p><u><i>Douleurs</i></u> : C'est la 1^{ère} étude à évaluer l'efficacité de l'IS par rapport à l'IP sur la douleur chez les patients atteints de la maladie d'Alzheimer.</p> <p>D'autres études ont évalué l'efficacité de l'IM sur la dlr chronique à l'aide de méthodes RCT, principalement chez les jeunes adultes. Même dans les études prenant en compte les sujet âgés, l'efficacité à long terme de l'intervention musicale n'a pas été mesurée à long terme et cette activité n'a pas été comparé à une autre activité plaisante.</p> <p>Aucune étude n'a examiné le rôle de l'intervention de la peinture sur la douleur chronique</p> <p><u><i>Humeur, qualité de vie et estime de soi</i></u> : des recherches antérieures ont fourni des preuves mitigées concernant une spécificité potentielle de l'IP sur les symptômes de la MA. Parfois il y a eu une absence d'effet et parfois une amélioration globale de l'humeur</p> <p><u><i>Performance neuropsychologique</i></u> : À la connaissance des auteurs, aucune étude antérieure n'a évalué l'influence de la musique ou de la peinture sur l'inhibition. Pour les fonctions cognitives, il avait été rapporté un effet positif de l'écoute de la musique de Vivaldi sur des patients atteints de la maladie d'Alzheimer lors d'une tâche de fluidité. Les résultats ici, n'ont pas permis d'observer l'effet de la flexibilité mentale. Ici, les résultats ont révélé une augmentation de la mémoire de travail après les séances, cependant d'autres études n'ont pas observé de changement sur les performances cognitives. Ou alors elles ont montré que l'IM avait un effet spécifique sur la mémoire à court terme et la mémoire de travail et que le chant et l'écoute musicale amélioraient la cognition générale, l'attention, la fonction exécutive et la mémoire différée par rapport à un groupe témoin sans intervention. Les résultats de l'étude présentée ici, fournissent de nouveaux arguments en faveur d'un effet persistant du chant sur la mémoire épisodique verbale qui n'est pas seulement lié à une augmentation transitoire de l'excitation.</p>
3. Recommandations ou suggestions	
Quelles recommandations ou étapes futures sont-elles proposées ? Pour la pratique ? Pour la recherche ?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Comparer la consommation de médicaments des patients avant et après l'IS et l'IP. 2. Inclure des patients souffrant à la fois de la MA et de maladies spécifiques telles que les céphalées ou l'arthrose afin d'avoir des patients plus homogènes concernant la douleur, avec un niveau de douleur plus élevé 3. Proposer un 3^{ème} groupe une stimulation non-cognitive afin d'établir l'effet thérapeutique potentiel d'une prise en charge non spécifique 4. Mesures intermédiaires pour estimer la dynamique des améliorations dans le temps au cours des interventions
Comment les suggestions-recommandations peuvent elles s'appliquer dans la pratique clinique ?	/

4. Limites de la présente étude	
Quelles sont les limites /biais de l'étude ?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Les données concernant les traitements des patients n'étaient pas disponibles dans l'étude 2. Scores de la douleur observés relativement faibles chez les patients (et des patients présentant différentes étiologies de douleur ont été inclus dans la présente étude 3. La conception de l'étude ne comprenait pas de groupe sans intervention 4. La dynamique des améliorations dans le temps au cours des interventions n'a pas été mesurée dans la présente analyse

Conclusion

1. Retour sur l'objectif, question, hypothèse	
De quelle manière la recherche a-t-elle répondu à l'objectif visé ?	L'IS et l'IP ont tous deux permis une amélioration de diverses caractéristiques, ce qui n'est pas attendu dans l'évolution naturelle de la MA
2. Principaux résultats	
Quels sont les principaux résultats significatifs de la démarche ?	Les résultats semblent montrer une efficacité pour chaque domaine artistique qui pourrait permettre aux cliniciens d'orienter les patients en fonction de leurs problèmes et de leurs intérêts

« The impact of individual Cognitive Stimulation Therapy (iCST) on cognition, quality of life, caregiver health, and family relationships in dementia: A randomised controlled trial » (Orrell et al., 2017)

Parties communes à tous les articles.

Identification de l'article et du résumé.

1. Titre	
Titre (noter le titre)	"L'impact de la thérapie de stimulation cognitive individuelle (iCST) sur la cognition, la qualité de vie, la santé des soignants et les relations familiales en matière de démence : essai contrôlé randomisé"
Thèmes abordés	La thérapie de stimulation cognitive individuelle, la démence, la cognition, la qualité de vie, la santé des soignants et les relations familiales
Le titre réfère-t-il à une population précise ou à une question pertinente, si oui, laquelle ou lesquelles	Personnes démentes, les soignants et la famille
2. Auteurs	
Auteurs (noter les auteurs)	Martin Orrell, Lauren Yates, Phuong Leung, Sujin Kang, Zoe Hoare, Chris Whitaker, Alistair Burns, Martin Knapp, Iracema Leroi, Esme Moniz-Cook, Stephen Pearson, Stephen Simpson, Aimee Spector, Steven Roberts, Ian Russell, Hugo de Waal, Robert T. Woods, Vasiliki Orgeta

<p>Préciser leur rattachement, institution, lieu de travail, pays</p>	<p><u>Martin Orrell</u>: Institut de la santé mentale, Université de Nottingham, Nottingham, Royaume-Uni</p> <p><u>Lauren Yates</u>: Institut de la santé mentale, Université de Nottingham, Nottingham, Royaume-Uni</p> <p><u>Phuong Leung</u>: Division de psychiatrie, University College London (UCL), Londres, Royaume-Uni</p> <p><u>Sujin Kang</u>: North Wales Organisation for Randomised Trials in Health (& Social Care), Université de Bangor, Bangor, Royaume-Uni</p> <p><u>Zoe Hoare</u>: North Wales Organisation for Randomised Trials in Health (& Social Care), Université de Bangor, Bangor, Royaume-Uni</p> <p><u>Chris Whitaker</u>: Whitaker Research Ltd., Bangor, Royaume-Uni</p> <p><u>Alistair Burns</u>: Institute of Brain, Behaviour and Mental Health, Manchester Academic Health Sciences Centre, Manchester, Royaume-Uni</p> <p><u>Martin Knapp</u>: Personal Social Services Research Unit, London School of Economics and Political Science, Londres, Royaume-Uni</p> <p><u>Iracema Leroi</u>: Institute of Brain, Behaviour and Mental Health, Manchester Academic Health Sciences Centre, Manchester, Royaume-Uni</p> <p><u>Esme Moniz-Cook</u>: Faculté de la santé et des affaires sociales, Université de Hull, Hull, Royaume-Uni</p> <p><u>Stephen Pearson</u>: Devon Partnership NHS Trust, Devon, Royaume-Uni</p> <p><u>Stephen Simpson</u>: Dorset Healthcare University NHS Foundation Trust, Dorset, Royaume-Uni</p> <p><u>Aimee Spector</u>: Département de recherche en psychologie clinique, éducative et de la santé, University College London, Londres, Royaume-Uni</p> <p><u>Steven Roberts</u>: Lincolnshire Partnership NHS Foundation Trust, Witham Court, Lincoln, Royaume-Uni</p>
3. Mots clés	
<p>Mots clés (noter les mots clés)</p>	<p>soignants, démence, maladie d'Alzheimer, dépression gériatrique, dépression, santé mentale et psychiatrie, qualité de vie, familles humaines</p>

4. Résumé	
Décrire brièvement les objectifs, la méthodologie, les résultats	<p>Objectifs : Cette étude visait à évaluer l'efficacité d'un programme de thérapie de stimulation cognitive individuelle (iCST) à domicile dirigé par le soignant en (i) améliorant la cognition et la qualité de vie (QoL) pour la personne atteinte de démence et (ii) la santé mentale et physique (bien-être) pour le soignant.</p> <p>Méthodologie : Un essai contrôlé randomisé à un seul aveugle et pragmatique a été mené. L'intervention et l'évaluation à l'aveugle des résultats ont été effectuées chez les participants. Trois cent cinquante-six personnes atteintes de démence légère à modérée et leurs soignants ont été recrutés auprès des services de mémoire et des équipes communautaires de santé mentale (ECRM).</p> <p>Résultats : Rien n'indique que l'iCST ait un effet sur la cognition ou la QoL chez les personnes atteintes de démence. Toutefois, la participation à l'iCST semblait améliorer la qualité de la relation de prestation de soins et la qualité de vie des soignants.</p>

Introduction.

1. Pertinence	
Est-ce que la justification de l'étude repose sur des constats théoriques, des observations, des faits ou des données statistiques ?	<p>Le modèle stress-santé indique que les symptômes psychologiques, comportementaux et physiques associés à la démence sont stressants et peuvent réduire la qualité de vie de la personne et de son soignant</p> <p>La stimulation cognitive est fondée sur la théorie de « l'utiliser ou le perdre », selon laquelle la stimulation mentale peut contrer ou ralentir le déclin cognitif, et la preuve que l'activation des neurones peut améliorer la fonction neuronale et la survie.</p> <p>Une étude plus poussée de l'incidence du TSC sur la qualité de vie indique que les domaines du niveau d'énergie, de la mémoire, de la capacité de faire des tâches ménagères et de la relation avec le soignant sont les plus sensibles à l'amélioration, et que les améliorations de la qualité de vie peuvent être médiées par des améliorations cognitives.</p>

2. Originalité	
Comment l'auteur explique-t-il l'originalité de la démarche ?	/
3. Plan de l'article	
Le plan est-il précis, logique et détaillé ? Les étapes à venir sont-elles bien précisées ?	/
4. Objectifs, questions, hypothèses	
Quels sont les objectifs, les questions de recherche ?	Le but de l'essai individuel CST (iCST) était d'examiner les principaux résultats de l'amélioration de la cognition et de la qualité de vie des personnes atteintes de démence et (ii) de la santé mentale et physique des soignants.

Recension des écrits scientifiques ou présentation des concepts théoriques.

1. Modèle théorique	
Un modèle théorique, cadre conceptuel ou explication sont-ils proposés ? Si oui, lesquels ?	Le modèle stress-santé
Comment le modèle théorique, cadre conceptuel est-il justifié ?	Pas de justifications particulières, mais les auteurs s'y appuient pour expliquer leur démarche et leurs objectifs.
2. Limites des écrits	
Préciser les limites ou contraintes provenant d'autres auteurs	/

Article portant sur une étude quantitative.

Méthodologie.

1. Question de recherche	
Quelles sont les variables importantes ?	Les mesures de suivi des résultats et le nombre de séances iCST suivies
Les variables importantes sont-elles bien définies ?	Oui
Quels sont les questions ou les objectifs de recherche ?	Le but de l'essai individuel CST (iCST) était d'examiner les principaux résultats de l'amélioration de la cognition et de la qualité de vie des personnes atteintes de démence et (ii) de la santé mentale et physique des soignants.
Quelles sont les hypothèses de recherche ?	<p>Nous avons émis l'hypothèse que l'iCST pourrait procurer des avantages cognitifs pour les raisons suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> · (i) le programme fournit une stimulation mentale par des activités multisensorielles en exerçant une gamme de compétences cognitives (p. ex., mémoire, communication) dans un environnement qui soutient l'apprentissage; · (ii) comme le CST, l'iCST se concentre sur la mémoire implicite, qui tend à être maintenue plus longtemps que la mémoire explicite et, en outre, répond à la stimulation; · (iii) la discussion de nouvelles pensées et idées, et la création d'associations (principe clé de l'iCST) stimule le langage. <p>La QoL a également été choisie comme résultat principal parce que</p> <ul style="list-style-type: none"> · (i) les améliorations des fonctions cognitives semblent favoriser les améliorations de la QoL; par conséquent, si la iCST a profité aux personnes cognitivement comme prévu, nous nous attendions à observer une incidence positive connexe sur la QoL, et · (ii) la stimulation cognitive améliore constamment la qualité de vie. <p>Nous avons émis l'hypothèse que le fait de participer à des activités ensemble peut aider les aidants naturels à établir ou à entretenir une relation plus étroite avec la personne dont ils prennent soin, et le fait de concentrer ce genre d'aspects positifs de la prestation de soins peut améliorer le bien-être et réduire le stress et le fardeau.</p>

2. Devis	
Quel est le devis de l'étude ?	Devis expérimental
Le devis est-il bien détaillé ?	Pas écrit tel quel dans le texte, mais se devine par les interventions
De quelle façon les règles éthiques sont-elles respectées ?	L'approbation éthique a été obtenue par l'intermédiaire du Comité d'éthique de la recherche d'East London 3. Les participants ont donné leur consentement éclairé conformément à la loi britannique sur la capacité mentale (2005).
Précision du type de devis ou de la procédure expérimentale	/
Quelles explications sont fournies pour la collecte d'informations ?	/
3. Sélection des participants ou objets d'étude	
Quelle est la population visée ? est-elle bien définie ?	Personnes atteintes de démences et leurs soignants
Comment se réalise la sélection des participants ?	Le recrutement a eu lieu dans divers milieux communautaires (y.c. cliniques de mémoire du Service national de la santé (SNS), les équipes communautaires de santé mentale (ECRM) pour les personnes âgées et les cliniques externes connexes. L'objectif du projet a été brièvement décrit aux participants potentiels par les membres de l'équipe de recherche et de l'équipe clinique, et les chercheurs locaux ont obtenu la permission de communiquer avec eux avant de communiquer avec eux. Les adjoints de recherche ont discuté du projet et ont fourni tous les détails aux participants, ont répondu à toutes les questions liées au projet et, si les participants étaient d'accord, ont donné leur consentement éclairé par écrit.
Des critères d'inclusion, d'exclusion de l'échantillon sont-ils présentés quels sont-ils ?	<u>Critères d'inclusion</u> : Les participants répondaient aux critères de démence du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, présentaient une démence de gravité légère à modérée (note du mini-examen de l'état mental [MMSE] > 10), avaient une certaine capacité de communiquer et de comprendre, et étaient capables de voir et d'entendre suffisamment bien pour participer à des activités. De plus, chaque participant vivait dans la collectivité, ne souffrait d'aucune maladie grave qui nuisait à sa participation et avait un aidant (parent ou ami) capable de fournir l'intervention et d'agir comme informateur pour les évaluations. <u>Critères d'exclusion</u> : Si les aidants naturels n'étaient pas en mesure de soutenir la personne dans la prestation des séances iCST, ils n'ont pas été recrutés dans le cadre du procès.

Est-ce qu'il y a une répartition des participants en groupe ? (témoin ou contrôle) comment cette répartition se réalise-t-elle ?	Les dyades (personnes atteintes de démence et soignants) ont été attribuées au hasard entre les groupes iCST et TAU dans le ratio 1 :1.
Précision de la procédure pour faire le choix des participants	/
Précisions sur la justification de la taille de l'échantillon	<p>D'après des études antérieures et le Cochrane Review of cognitive stimulation, nous avons mis l'essai en marche de façon prudente afin de détecter une différence moyenne (DM) entre iCST et TAU de 0,35 sur l'échelle d'évaluation de la maladie d'Alzheimer – sous-échelle cognitive (ADAS-Cog).</p> <p>Pour obtenir une puissance de 80 % en utilisant un test t avec un niveau de signification de 5 % recto-verso, et en supposant une attrition de 15 %, nous avons besoin d'un échantillon de 306 dyades. Comme l'attrition réelle était de 23 % (83/356), nous avons plus que compensé en augmentant la cible à 356 dyades pendant l'essai. Cent quatre-vingts dyades ont été attribuées à iCST, et 176 ont reçu des TAU.</p>

4. Choix des outils de collecte d'information	
Les instruments de mesure sont-ils décrits de manière précise ? Quels sont-ils ?	<p><u>Pour les personnes atteintes de démence :</u></p> <p>Résultats primaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> · ADAS-Cog · Échelle de qualité de vie de la maladie d'Alzheimer <p>Résultats secondaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> · Dementia Quality of Life (DEMQL) · Neuropsychiatric Inventory (NPI) · Bristol Activities of Daily Living Scale (BADLS) · Geriatric Depression Scale (GDS-15) <p>Quality of the Carer – Patient Relationship Scale (QCPR) et Échelle d'évaluation de la démence Clinique (ECC)</p> <p><u>Pour l'aidant naturel :</u></p> <p>Principaux résultats</p> <ul style="list-style-type: none"> · Formulaire abrégé 12 de l'Enquête sur la santé (SF-12) <p>Résultats secondaires</p> <ul style="list-style-type: none"> · Échelle de l'anxiété et de la dépression à l'hôpital (HADS) · 5 dimensions de la qualité de vie en Europe (QE-5D) · Échelle de résilience (RS-14) · Qualité de la relation de soins (QCPR)
Comment se réalise concrètement la collecte des données ? Quelle est la fréquence de passation des outils ?	Avant le début des séances, à 13 semaines puis à 26 auprès des proches-aidants.

Des précisions sur la passation et la cotation des outils sont-elles données ? quelles sont-elles ?

- L'ADAS-Cog : pour mesurer le résultat primaire de la cognition, consiste en 11 tâches évaluant la mémoire, le langage, la praxis, l'attention et d'autres capacités cognitives.
- Échelle de la qualité de vie de la maladie d'Alzheimer (QoL-AD)
- Dementia Quality of Life (DEMQL) : pour la qualité de vie de la maladie d'Alzheimer
- Neuropsychiatric Inventory (NPI) : Les symptômes neuropsychiatrique
- Bristol Activities of Daily Living Scale (BADLS) : La capacité fonctionnelle
- Geriatric Depression Scale (GDS-15) : Symptômes dépressifs
- Quality of the Carer – Patient Relationship Scale (QCPR) : Mesure supplémentaire en réponse aux données de la phase d'essai sur le terrain de l'essai qui indique que la participation à l'intervention peut profiter à la relation de prestation de soins. → est divisé en 2 sous-échelles : la critique et la chaleur
- Échelle d'évaluation de la démence Clinique (ECC) : EVA de la gravité de la démence
- Formulaire abrégé 12 de l'Enquête sur la santé (SF-12) : santé mentale et physique (bien-être)
- Échelle de l'anxiété et de la dépression à l'hôpital (HADS) : Symptômes dépressifs
- 5 dimensions de la qualité de vie en Europe (QE-5D): qualité de vie liée à la santé
- Échelle de résilience (RS-14)
- Qualité de la relation de soins (QCPR)

Des précisions sont-elles données sur la variable indépendante, dépendante ? Lesquelles sont-elles ?	/
5. Intervention ou programme (si applicable)	
Quelles sont les interventions et comment sont-elles décrites ?	<p>Le programme iCST a été offert à la maison par un soignant en contact régulier avec la personne atteinte de démence (voir le texte A de l'annexe S1). La trousse de l'iCST comprenait un manuel contenant des directives sur les séances, les principes clés de l'iCST et des idées d'activités; un cahier d'activités avec des ressources papier pour les activités; et une trousse d'outils contenant des éléments supplémentaires comme les cartes à jouer, les dominos, les disques compacts (CD) d'activité sonore., et des cartes.</p> <p>Les dyades ont participé à jusqu'à trois séances de 30 minutes de stimulation cognitive structurée au moyen d'activités thématiques (p. ex., jeux de mots, affaires courantes, créativité, ...) par semaine pendant 25 semaines.</p> <p>Toutes les sessions suivent la même structure générale, et une sélection d'activités est offerte pour chaque thème avec deux niveaux de difficulté; les activités de niveau A étaient conçues pour être moins exigeantes sur le plan cognitif et davantage axées sur la discussion, tandis que les activités de niveau B étaient plus stimulantes sur le plan cognitif</p>
Comment l'intervention est-elle appliquée ?	<p>/</p> <p>Pour déterminer si l'intervention a été effectuée comme prévu, un questionnaire a été élaboré spécialement pour cet essai.</p>

6. Méthode d'analyse des données	
Quels sont les méthodes et les types d'analyses statistiques proposées (tests, ...	<p>Analyse de la covariance (ANCOVA) pour estimer les différences entre les groupes iCST et TAU pour les personnes atteintes de démence dans les résultats primaires et secondaires au milieu et après le teste de 13 semaines.</p> <p>La taille des effets a été calculée à l'aide de Cohen.</p>
Les méthodes d'analyses sont-elles justifiées ? Si oui, De quelle manière ?	Toutes les données disponibles par traitement alloué ont été analysé en suivant les principes d'Intention de Traiter (ITT).

Résultats.

1. Description de l'échantillon	
Quelles sont les caractéristiques principales de l'échantillon ?	Il n'y avait aucune différence entre les 2 groupes à la SA en ce qui concerne les facteurs cliniques et démographiques.
Des précisions sont-elles données sur les participants, si oui, lesquelles	80% étaient atteints de démence légère.
Des précisions sont-elles données sur la période de collecte de données, lesquelles ?	Le recrutement était terminé en juillet 2013 et les évaluations finales post-test étaient terminées en février 2014.

2. Description des résultats	
Quels sont les résultats statistiquement significatifs ($p < 0,05$) ?	<p>Amélioration significative de la note totale QCPR pour le groupe iCST par rapport au groupe Taux ($p=0.02$)</p> <p>Le résultat au QE-5D pour le soignant était nettement meilleur après le test pour le groupe iCST ($p=0.014$)</p> <p>Lors de la visite de mise en place, les aidants ont obtenu une note de 3.14/4 pour leur connaissance de l'iCST, puis le résultat a augmenté à 3.58/4 ($p=0.001$).</p> <p>La confiance des aidants dans l'exécution de la STCI s'est améliorée, passant de 2.98/4 à 3.23/4 ($p < 0.001$).</p> <p>Les aidants ont déclaré qu'ils estimaient avoir de très bonnes capacités pour appliquer les principes et les compétences clés de l'iCST liés à l'intervention.</p>
Quels sont les autres résultats importants ?	<p>Les principaux résultats de la cognition et de la qualité de vie (ADAS-Cog et Col-AD) n'étaient pas statistiquement significatifs entre le groupe iCST et TAU (ni au point médian de 13 semaines, ni au point final primaire après le test).</p> <p>Aucune différence significative entre les groupes n'a été décelée pour les activités de la vie quotidienne, la dépression ou les symptômes comportementaux et psychologiques.</p> <p>Aucune différence dans le résultat principal de l'état de santé fonctionnel (bien-être) sur le SF-12 pour le soignant.</p> <p>La réduction du score de dépression de l'HADS dans le groupe iCST au post-test ($p=0.09$) n'a pas atteint de signification.</p> <p>Selon l'aidant, il ne semblait pas y avoir de différence significative dans le niveau d'engagement de la personne</p>

Discussion

1. Résumé des résultats	
Un résumé des résultats est-il présenté ? Si oui, que contient-il ?	
Comment la recherche répond-elle à l'objectif visé ou à l'hypothèse de départ ?	Des analyses intégrant le niveau d'adhésion au programme iCST (nombre de séances terminées) ont révélé que les personnes atteintes de démence qui ont participé à plus de séances étaient plus susceptibles de connaître des gains dans la relation avec leur soignant à la fin de l'étude. (26 wk), et les soignants qui ont suivi plus de séances présentaient moins de symptômes dépressifs. Il n'y avait par contre aucune différence dans l'état de santé général.

2. Liens avec les autres auteurs	
Comment les résultats se rattachent-ils à d'autres études (similitudes, différences,...)	<p>La conclusion selon laquelle le programme iCST n'a pas eu d'effet significatif sur la cognition contraste avec les études antérieures du groupe CST.</p> <p>De plus, aucun bénéfice QoL significatif pour les personnes atteintes de démence n'a été détecté dans cet essai, bien qu'il soit systématiquement associé aux programmes à court et à long terme du groupe CST.</p>
3. Recommandations ou suggestions	
<p>Quelles recommandations ou étapes futures sont-elles proposées ?</p> <p>Pour la pratique ?</p> <p>Pour la recherche ?</p>	<p>Concernant l'observance, il se peut que l'intervention ne convienne tout simplement pas à tous et qu'il y ait des caractéristiques particulières. Il serait donc utile d'étudier en détail les facteurs suivants afin de déterminer leur incidence sur l'observance :</p> <ul style="list-style-type: none"> · (i) Caractéristiques du contexte dans lequel l'intervention est effectuée (p. ex., relations, santé, événements de la vie), · (ii) Caractéristiques de la personne qui effectue l'intervention. (p. ex., la motivation, la personnalité) et · (iii) caractéristiques de la personne qui reçoit l'intervention <p>Étant donné que certaines personnes atteintes de démence et leurs aidants naturels n'ont pas participé pleinement à l'iCST, l'essai pourrait être reproduit au moyen de processus améliorés pour favoriser une meilleure observance</p>
Comment les suggestions-recommandations peuvent-elles s'appliquer dans la pratique clinique ?	/

4. Limites de la présente étude	
Quelles sont les limites /biais de l'étude ?	<ul style="list-style-type: none"> · Faible taux 'observant de l'intervention : Étant donné que moins de la moitié des membres du groupe iCST ont suivi au moins deux séances par semaine (72/180, 40 %) et 22 % (39/180) n'ont suivi aucune séance, le pouvoir de l'étude de cerner les différences importantes dans les résultats entre les groupes iCST et TAU a pu être compromis. · En termes de validité externe, l'intervention a été testée dans une grande diversité de zones urbaines et rurales sur huit sites au Royaume-Uni. Malgré cela, il n'y a pas de variation dans l'ethnicité des participants, ce qui peut avoir une incidence sur les possibilités de généralisation des résultats. Nous ne pouvons pas non plus être sûrs que le programme est approprié ou acceptable dans différentes cultures avec les données actuelles que nous avons. · Bien que l'étude s'adressait aux personnes atteintes de démence légère à modérée, la plupart des participants étaient atteints de démence légère. Il peut donc être difficile de généraliser les résultats aux personnes atteintes de démence modérée. · L'ampleur des effets pour les améliorations significatives observées dans la qualité de la relation du point de vue de la personne atteinte de démence et de la QoL du soignant est faible. Il est difficile de déterminer dans quelle mesure les résultats se traduisent en avantages cliniques ou réels tangibles, surtout parce qu'il faut investir du temps et des ressources pour réaliser cette intervention.

Conclusion.

1. Retour sur l'objectif, question, hypothèse	
De quelle manière la recherche a-t-elle répondu à l'objectif visé ?	<p>Bien que l'icST ne semble pas offrir d'avantages cliniques pour la cognition et la QoL pour les personnes atteintes de démence, il y avait des preuves d'amélioration en termes de relation de soins du point de vue de la personne atteinte de démence. Il y avait aussi des preuves d'amélioration de la qualité de vie des soignants et de symptômes dépressifs chez ceux qui avaient terminé plus de séances. D'un point de vue clinique, la réduction des symptômes dépressifs et l'amélioration de la qualité de vie du soignant grâce à une intervention non médicamenteuse peu coûteuse sont des résultats valables.</p> <p>L'effet à plus long terme de la réduction de la dépression peut être que les aidants naturels restent meilleurs mentalement et peut-être physiquement (comme conséquence connexe) pour plus longtemps.</p>
2. Principaux résultats	
Quels sont les principaux résultats significatifs de la démarche ?	<p>Amélioration significative de la note totale QCPR pour le groupe icST par rapport au groupe Taux ($p=0.02$)</p> <p>Le résultat au QE-5D pour le soignant était nettement meilleur après le test pour le groupe icST ($p=0.014$)</p> <p>Lors de la visite de mise en place, les aidants ont obtenu une note de 3.14/4 pour leur connaissance de l'icST, puis le résultat a augmenté à 3.58/4 ($p=0.001$).</p> <p>La confiance des aidants dans l'exécution de la STCI s'est améliorée, passant de 2.98/4 à 3.23/4 ($p < 0.001$).</p> <p>Les aidants ont déclaré qu'ils estimaient avoir de très bonnes capacités pour appliquer les principes et les compétences clés de l'icST liés à l'intervention.</p>

« A randomized controlled trial exploring the effect of music on quality of life and depression in older people with dementia » (Cooke et al., 2010)

Parties communes à tous les articles.

Identification de l'article et du résumé.

1. Titre	
Titre (noter le titre)	"A randomized controlled trial exploring the effect of music on quality of life and depression in older people with dementia" ("Un essai contrôlé randomisé explorant l'effet de la musique sur la qualité de vie et la dépression chez les personnes âgées atteintes de démence")
Thèmes abordés	Les personnes âgées atteintes de démence, la musicothérapie, la qualité de vie et la dépression
Le titre réfère-t-il à une population précise ou à une question pertinente, si oui, laquelle ou lesquelles	Les personnes âgées atteintes de démence
2. Auteurs	
Auteurs (noter les auteurs)	Marie COOKE, Wendy MOYLE, David SHUM, Scott HARRISON & Jenny MURFIELD
Préciser leur rattachement, institution, lieu de travail, pays	M. Cooke : Directrice adjointe de l'école d'infirmières et de sage-femme de l'université de Griffith, Australie W. Moyle : Directrice adjointe du Research Center for Clinical and Community Practice Innovation de l'Université de Griffith, Australie D. Schum : Directeur adjoint du Griffith Institute of Health and Medical Research, Université de Griffith, Australie, et neuropsychologue S. Harrison : Maître de conférence en musique et en éducation musicale à l'Université de Griffith J. Murfield : Assistante de recherche principale à l'école d'infirmières et de sage-femme de l'université de Griffith
3. Mots clés	
Mots clés (noter les mots clés)	Démence, Dépression, Musique, Les personnes âgées, La qualité de vie

4. Résumé	
Décrire brièvement les objectifs, la méthodologie, les résultats	<p>Essai contrôlé randomisé qui a étudié l'effet de la musique en direct sur la qualité de vie et la dépression chez 47 personnes âgées atteintes de démence, avec la Dementia Quality of Life et la Geriatric Depression Scale.</p> <p>Les résultats suggèrent que les activités de musique et de lecture peuvent améliorer l'estime de soi, le sentiment d'appartenance et la dépression chez certaines personnes âgées atteintes de démence.</p>

Introduction

1. Pertinence	
Est-ce que la justification de l'étude repose sur des constats théoriques, des observations, des faits ou des données statistiques ?	<p>L'étude se repose sur le fait que d'autres études suggèrent que de nombreux agents pharmacologiques couramment utilisés n'offrent pas la solution miracle souhaitée et que cela peut apporter des effets secondaires néfastes à leur santé. Mais aussi qu'il y a des préoccupations éthiques sur l'utilisation de contentions physiques.</p> <p>Par ailleurs, à la suite d'une revue publiée, des critiques sur la randomisation des participants, la confirmation de la répartition des participants dans les groupes de traitement, le garanti de l'aveuglement des évaluateurs, l'utilisation des outils d'évaluation standardisés et l'établissement des effets longitudinaux.</p> <p>L'étude présente a donc cherché à répondre à certaines de ces préoccupations en utilisant un essai contrôlé randomisé avec un plan croisé qui a permis d'explorer les effets à plus long terme et dont la taille de l'échantillon est suffisamment importante pour détecter les différences significatives.</p>
2. Originalité	
Comment l'auteur explique-t-il l'originalité de la démarche ?	<p>L'étude a suivi le principe de l'intention de traiter de manière à éviter la surestimation de l'efficacité clinique associée à une analyse qui omet les abandons de l'étude.</p>

3. Plan de l'article	
Le plan est-il précis, logique et détaillé ? Les étapes à venir sont-elles bien précisées ?	Non les étapes ne sont pas précisées de manière claire.
4. Objectifs, questions, hypothèses	
Quels sont les objectifs, les questions de recherche ?	<p>L'étude visait à examiner l'effet d'un programme de musique en direct sur la qualité de vie et la dépression chez les personnes âgées atteintes de démence.</p> <ul style="list-style-type: none"> · Quel est l'effet d'un programme musical en direct sur la qualité de vie et la dépression des personnes âgées atteintes de démence ? · Quelle est la durée des effets éventuels d'un programme musical en direct sur la qualité de vie et la dépression des personnes âgées atteintes de démence sur une période de six mois ?

Recension des écrits scientifiques ou présentation des concepts théoriques.

1. Modèle théorique	
Un modèle théorique, cadre conceptuel ou explication sont-ils proposés ? Si oui, lesquels ?	/

Comment le modèle théorique, cadre conceptuel est-il justifié ?	/
2. Limites des écrits	
Préciser les limites ou contraintes provenant d'autres auteurs	/

Article portant sur une étude quantitative.

Méthodologie.

1. Question de recherche	
Quelles sont les variables importantes ?	
Les variables importantes sont-elles bien définies ?	
Quels sont les questions ou les objectifs de recherche ?	<p>L'étude visait à examiner l'effet d'un programme de musique en direct sur la qualité de vie et la dépression chez les personnes âgées atteintes de démence.</p> <ul style="list-style-type: none"> · Quel est l'effet d'un programme musical en direct sur la qualité de vie et la dépression des personnes âgées atteintes de démence ? · Quelle est la durée des effets éventuels d'un programme musical en direct sur la qualité de vie et la dépression des personnes âgées atteintes de démence sur une période de six mois ?

Quelles sont les hypothèses de recherche ?	/
2. Devis	
Quel est le devis de l'étude ?	Devis longitudinal
Le devis est-il bien détaillé ?	Il est simplement dit que c'est au début, à mi-parcours et après l'intervention que les participants ont été évalués.
De quelle façon les règles éthiques sont-elles respectées ?	L'approbation éthique de l'étude a été accordée par le comité d'éthique de la recherche humaine de l'université et une déclaration de soutien a été fournie par l'organisation partenaire de soins aux personnes âgées
Précision du type de devis ou de la procédure expérimentale	Panel : ce sont toujours les mêmes individus qui sont suivis
Quelles explications sont fournies pour la collecte d'informations ?	Pose de questions à travers le Dementia Quality of Life (DQOL) et l'échelle de dépression gériatrique (GDS) à n'importe quel moment de la journée entre 9h et 17h selon l'envie des participants.
3. Sélection des participants ou objets d'étude	
Quelle est la population visée ? est-elle bien définie ?	<p>Les personnes devaient avoir :</p> <ul style="list-style-type: none"> · Un diagnostic confirmé de démence précoce ou intermédiaire OU une démence probable (c'est-à-dire un niveau de déficience cognitive de 12 à 24 sur le Mini Mental State Exame OU des caractéristiques compatibles avec une démence de type Alzheimer selon le DSM-IV · Une histoire comportementale documentée d'agitation/ agression dans les dossiers infirmiers/médicaux au cours du dernier

Comment se réalise la sélection des participants ?	<p>Les gestionnaires d'établissements de soins pour personnes âgées ont d'abord identifié les participants potentiels, hommes et femmes.</p> <p>Puis l'inscription formelle a été basée sur des caractéristiques précis. Un biostatisticien ne connaissant pas l'identité des participants potentiels a utilisé un programme pour effectuer le processus de randomisation</p>
Des critères d'inclusion, d'exclusion de l'échantillon sont-ils présentés quels sont-ils ?	<p>Les personnes devaient avoir :</p> <ul style="list-style-type: none"> · Un diagnostic confirmé de démence précoce ou intermédiaire OU une démence probable (c'est-à-dire un niveau de déficience cognitive de 12 à 24 sur le Mini Mental State Exam OU des caractéristiques compatibles avec une démence de type Alzheimer selon le DSM-IV · Une histoire comportementale documentée d'agitation/ agression dans les dossiers infirmiers/médicaux au cours du dernier
Est-ce qu'il y a une répartition des participants en groupe ? (témoin ou contrôle) comment cette répartition se réalise-t-elle ?	16 personnes sur le site A et 9 personnes sur le site B
Précision de la procédure pour faire le choix des participants	
Précisions sur la justification de la taille de l'échantillon	<p>Échantillon de 40 à 50 participants, tenant compte d'un taux d'attrition de 10% prévu</p> <p>La fidélité du traitement a été abordée par le biais de :</p> <ul style="list-style-type: none"> · L'élaboration d'un manuel de procédures standardisées · La formation des musiciens et des animateurs de groupes de lecture à la présentation des séances et au travail avec des personnes âgées atteintes de démence · Une séance de pratique musicale réalisée dans un établissement de soins pour personnes âgées différent de celui utilisé pour l'étude · 4 contrôles ponctuels aléatoires effectués par l'équipe de recherche

4. Choix des outils de collecte d'information	
Les instruments de mesure sont-ils décrits de manière précise ? Quels sont-ils ?	<ul style="list-style-type: none"> · Dementia Quality of life (DQOL) · Échelle de dépression gériatrique (GDS) · Mini-Mental State Exam (MMSE)
Comment se réalise concrètement la collecte des données ? Quelle est la fréquence de passation des outils ?	<p>Au début, à mi-parcours et après l'intervention par des assistants de recherche formés et aveugles aux groupes de traitement, au moment qui convenait le mieux au participant (ts les jours de la sem de 9 à 17h)</p> <p>Début et fin de l'intervention : EVA de la gravité de la démence des participants par des assistants de recherches formés et expérimentés, en aveugle par rapport aux groupes de traitement, avec le Mini-Mental State Exam (MMSE)</p>
Des précisions sur la passation et la cotation des outils sont-elles données ? quelles sont-elles ?	<ul style="list-style-type: none"> · Dementia Quality of life (DQOL) : questionnaire d'entretien de 29 items composé de 5 sous-échelles qui évalue la qualité de vie globale. Un score moyen est calculé pour chaque sous-échelles, les scores les + élevés représentent une meilleure qualité de vie. · Échelle de dépression gériatrique (GDS): questionnaire d'entretien en 15 pts demandant aux participants de répondre oui/non à des affirmations les concernant. Un score global de > ou = à 10 est Presque tjrs indicative d'une dépression · Mini-Mental State Exam (MMSE): fournit un score de 0 à 30, un score + bas indique une plus grande déficience cognitive
Des précisions sont-elles données sur la variable indépendante, dépendante ? Lesquelles sont-elles ?	
5. Intervention ou programme (si applicable)	
Quelles sont les interventions et comment sont-elles décrites ?	Groupes de musique et de lecture de 40 min, 3 matins par semaine (lundi, mercredi et vendredi) pendant 8 semaines
Comment l'intervention est-elle appliquée ?	<p>Un programme de musique de groupe (30 min de chants familiaux + 10 min de musique instrumentale préenregistrée pour l'écoute active) 3 matins par semaine (lundi, mercredi et vendredi) pendant 8 semaines.</p> <p>Pause de 5 semaines (basée sur les études qui ont constaté que les effets d'une intervention musicale se dissipent 1 à 4 sem après l'intervention.</p> <p>Sessions de contrôle de lecture (40 min) 3 matins par semaine (lundi, mercredi et vendredi) pendant 8 semaines.</p>

6. Méthode d'analyse des données	
Quels sont les méthodes et les types d'analyses statistiques proposées (tests, ...)	À l'aide du logiciel « Statistical Package for the Social Sciences Version 17.0 »
Les méthodes d'analyses sont-elles justifiées ? Si oui, De quelle manière ?	

Résultats.

1. Description de l'échantillon	
Quelles sont les caractéristiques principales de l'échantillon ?	Majorité de femmes (70.2%) âgées de 75 à 94 ans (87.3%), veuves (74.5%) et instruites.
Des précisions sont-elles données sur les participants, si oui, lesquelles	
Des précisions sont-elles données sur la période de collecte de données, lesquelles ?	Un plan d'étude croisé contrôlé et randomisé avec une intervention musicale et un groupe témoin de lecture a été utilisé d'octobre 2008 à mars 2009
2. Description des résultats	
Quels sont les résultats statistiquement significatifs ($p < 0,05$) ?	<p>I. Amélioration significative des scores d'estime de soi de la qualité de vie au fil du temps, indépendamment du groupe.</p> <p>II. Différence significative dans les scores de dépression au fil du temps (les scores de dépression ont diminué de façon plus marquée chez les participants ayant obtenu un score de 5 au GDS)</p>
Quels sont les autres résultats importants ?	/

Discussion.

1. Résumé des résultats	
Un résumé des résultats est-il présenté ? Si oui, que contient-il ?	<p>Ils donnent des explications des résultats non-significatifs</p> <p>Les séances de lecture ont créé un plus grand sentiment d'appartenance qu'une activité musicale</p> <p>Les scores de dépression pour les participants dont les scores sur le GDS étaient évocateurs de symptômes dépressifs, ont diminué de manière significative au fil du temps.</p>
Comment la recherche répond-elle à l'objectif visé ou à l'hypothèse de départ ?	Le résultat que les séances de lecture ont créé un plus grand sentiment d'appartenance qu'une activité musicale, devrait être étudié de manière plus approfondie.
2. Liens avec les autres auteurs	
Comment les résultats se rattachent-ils à d'autres études (similitudes, différences,..)	<p>Ils disent que les avantages positifs spécifiques de la musique ont été signalés de manière cohérente dans un nombre croissant de preuves.</p> <p>L'idée que les effets positifs de l'intervention musicale aient été de courte durée et se soient dissipés peu après est conforme aux recherches précédentes.</p> <p>Des études antérieures viennent étayer la notion qu'il est plus plausible que plus un participant a assisté à des séances, plus il est devenu familier avec la musique, le format et la structure, contribuant ainsi à un plus grand sentiment de maîtrise, de contrôle et d'estime de soi.</p>
3. Recommandations ou suggestions	
<p>Quelles recommandations ou étapes futures sont-elles proposées ?</p> <p>Pour la pratique ?</p> <p>Pour la recherche ?</p>	<p>Il pourrait être bénéfique d'inclure un 3^{ème} groupe de participants suivant les soins habituels car il se peut que les groupes de musique et de lecture aient offert un engagement plus important que les activités normales et routinières. Et d'autres recherches antérieures avaient montré que le bien-être des résidents de maisons de retraite peut être amélioré par une gamme d'activités stimulantes et agréables.</p> <p>Pour mieux comprendre ces résultats et déterminer leur application pratique, il est nécessaire d'adopter des approches plus approfondies auprès des personnes âgées atteintes de démence, en particulier celles qui présentent des symptômes dépressifs plus importants</p>
Comment les suggestions-recommandations peuvent-elles s'appliquer dans la pratique clinique ?	Utiliser des méthodes de dépistage plus poussées pour évaluer les niveaux de base de mesures telles que l'agitation et la dépression avant le début de l'étude

4. Limites de la présente étude	
Quelles sont les limites /biais de l'étude ?	/

Conclusion.

1. Retour sur l'objectif, question, hypothèse	
De quelle manière la recherche a-t-elle répondu à l'objectif visé ?	Il n'y a pas eu d'effets significatifs sur les niveaux de dépression et de qualité de vie des personnes âgées atteintes de démence.
2. Principaux résultats	
Quels sont les principaux résultats significatifs de la démarche ?	<ul style="list-style-type: none"> · Rien n'indique que l'utilisation thérapeutique de la musique en direct était plus efficace qu'une activité de lecture en groupe · Les résultats suggèrent que les activités de groupe de musique et de lecture ont permis d'améliorer le sentiment d'appartenance, l'estime de soi et les symptômes de dépression chez certaines personnes âgées atteintes de démence · Aucune preuve d'effets indésirables après la participation à l'une ou l'autre des activités pour les participants

« The effect of aroma hand massage therapy for people with dementia », (Yoshiyama et al., 2015)

Parties communes à tous les articles.

Identification de l'article et du résumé.

1. Titre	
Titre (noter le titre)	<p>"The effect of aroma hand massage therapy for people with dementia"</p> <p>"L'effet de l'aromathérapie par massage manuel sur les personnes atteintes de démence"</p>
Thèmes abordés	L'aromathérapie, le massage manuel chez les personnes atteintes de démence.
Le titre réfère-t-il à une population précise ou à une question pertinente, si oui, laquelle ou lesquelles	Patients atteints de démence légère à modérée âgés de plus de 65 ans vivant dans une maison de soins infirmiers à Nara, au Japon
2. Auteurs	
Auteurs (noter les auteurs)	Kazuyo Yoshiyama, Hideko Arita, Jinichi Suzuki
Préciser leur rattachement, institution, lieu de travail, pays	<p>Yoshiyama, Clinique L'Espirt Naturel, Nagoya, Japan</p> <p>Arita, Tenri Health Care University, Nara, Japan</p>
3. Mots clés	
Mots clés (noter les mots clés)	/

4. Résumé	
Décrire brièvement les objectifs, la méthodologie, les résultats	<p><u>Objectif</u> : Dans cette étude pilote, l'aromathérapie par le massage manuel a été utilisée pour des patients âgés dans une institution médicale au Japon. L'étude a évalué l'efficacité et la sécurité de l'aromathérapie clinique dans le cadre des soins intégratifs de routine chez les personnes atteintes de démence dans un établissement de soins cliniques.</p> <p><u>Interventions</u> : Les essais pilotes randomisés et croisés ont été réalisés auprès de 14 patients atteints de démence légère à modérée âgés de plus de 65 ans et vivant dans une maison de retraite à Nara, au Japon. Les participants ont été répartis en deux groupes et se sont vus proposer, en alternance, une thérapie de contrôle et une aromathérapie clinique 3 fois par semaine pendant les 4 semaines de l'essai. L'effet sur les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence et sur les activités de la vie quotidienne a été évalué quantitativement avant et après l'étude et 4 semaines après la fin de l'étude comme suivi.</p> <p><u>Résultats</u> : Les données quantitatives ont montré que la thérapie hennuyère a amélioré de manière significative les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence et les activités de la vie quotidienne. Les données qualitatives ont été classées en 4 catégories principales - humeur, comportement, communication verbale et communication non verbale - reflétant les expériences positives des participants pendant les deux thérapies. Aucune réaction indésirable ni aucun changement de médication n'ont eu lieu pendant l'étude.</p> <p><u>Conclusion</u> : L'étude pilote a démontré que l'aromathérapie clinique était cliniquement sûre mais qu'elle n'entraînait pas d'amélioration statistiquement significative des SCPD ou des AVQ chez les personnes atteintes de démence.</p>

Introduction.

1. Pertinence	
Est-ce que la justification de l'étude repose sur des constats théoriques, des observations, des faits ou des données statistiques ?	Burns et al. And Fu et al. n'ont pas trouvé de différences significatives entre l'aromathérapie et le placebo. L'aromathérapie et les massages en tant que traitements de stimulation multisensorielle sont également recommandés par le <i>National Institute for Health and Care Excellence des États-Unis</i> pour les personnes atteintes de démence présentant des symptômes comportementaux et psychologiques.
2. Originalité	
Comment l'auteur explique-t-il l'originalité de la démarche ?	/
3. Plan de l'article	
Le plan est-il précis, logique et détaillé ? Les étapes à venir sont-elles bien précisées ?	<p>Dans les essais croisés en aveugle, les participants ont été répartis au hasard entre les deux groupes suivants : la thérapie de massage des mains qui a commencé par l'aromathérapie clinique puis est passée à la thérapie de contrôle et la thérapie de massage des mains qui a commencé par la thérapie de contrôle puis est passée à l'aromathérapie clinique.</p> <p>Les deux thérapies ont été administrées 3 fois par semaine pendant un total de 4 semaines, avec un intervalle de 4 semaines.</p> <p>Un seul chercheur et aromathérapeute a administré chaque thérapie.</p> <p>Les thérapies ont été suspendues lorsque les participants souffraient d'infections, de blessures externes, de maladies physiques aiguës ou lorsqu'ils refusaient le traitement.</p> <p>Avant et après les essais, et 4 semaines après l'étude en tant que suivi, un seul chercheur a évalué l'effet sur les symptômes comportementaux et psychologique de la démence et les AVQ. Le thérapeute a recueilli des fiches d'observation avant et après chaque séance de thérapie pendant les essais.</p>
4. Objectifs, questions, hypothèses	
Quels sont les objectifs, les questions de recherche ?	Dans cette étude pilote, la thérapie de massage aromatique des mains a été utilisée pour des patients âgés dans un établissement médical au Japon. L'étude a évalué l'efficacité et l'innocuité de l'aromathérapie clinique dans le cadre des soins intégratifs de routine chez les personnes atteintes de démence dans un cadre de soins cliniques.

Recension des écrits scientifiques ou présentation des concepts théoriques.

1. Modèle théorique	
Un modèle théorique, cadre conceptuel ou explication sont-ils proposés ? Si oui, lesquels ?	/
Comment le modèle théorique, cadre conceptuel est-il justifié ?	/
2. Limites des écrits	
Préciser les limites ou contraintes provenant d'autres auteurs	Les résultats ne sont basés que sur un petit échantillon de participantes âgées. L'absence d'inclusion de femmes et d'hommes atteints de démence rend difficile toute distinction entre des types spécifiques de démence. En outre, l'influence des chercheurs sur les essais croisés en simple aveugle doit être reconnue. L'analyse des données qualitatives ne contenait pas l'intégralité du processus d'analyse de contenu ni la validité requise.

Article portant sur une étude quantitative

Méthodologie.

1. Question de recherche	
Quelles sont les variables importantes ?	<ul style="list-style-type: none"> • Huiles essentielles • Huiles végétales • Âge • Types de démences • Score du MMSE • L'utilisation de médicaments contre le SCPD • Humeur • Comportement • Communication verbale et non verbale
Les variables importantes sont-elles bien définies ?	/
Quels sont les questions ou les objectifs de recherche ?	/
Quelles sont les hypothèses de recherche ?	/
2. Devis	
Quel est le devis de l'étude ?	Devis séquentiel exploratoire
Le devis est-il bien détaillé ?	/

De quelle façon les règles éthiques sont-elles respectées ?	<p>L'autorisation a été reçue pour un total de 14 résidents et leurs familles selon le consentement éclairé. Les caractéristiques démographiques des participants pertinentes pour cette étude ont été obtenues à partir des dossiers des résidents avec l'autorisation des participants, de leurs familles et du directeur de l'établissement.</p> <p>Cette étude a été approuvée par le comité d'éthique de la recherche de l'université Tenri Ealth Care et par la direction de l'établissement.</p>
Précision du type de devis ou de la procédure expérimentale	<p>Dans un premier temps, les chercheurs ont voulu évaluer les expressions verbales et visuelles des participants.</p> <p>Dans un deuxième temps, les chercheurs ont voulu avoir des données plus concrètes en utilisant donc différentes échelles.</p>
Quelles explications sont fournies pour la collecte d'informations ?	Lors des massages, les participants ont été observés, puis à la fin de l'intervention et 4 semaines après, les échelles ont été passés et évaluées.
3. Sélection des participants ou objets d'étude	
Quelle est la population visée ? est-elle bien définie ?	Personnes âgées de 65 ans ou plus avec une démence diagnostiquée par la CIM10 dans une maison de retraite du Japon.
Comment se réalise la sélection des participants ?	Après que le directeur de l'établissement ait donné l'autorisation de recruter des patients, les patients qui répondaient aux critères d'inclusion ont été identifiés.
Des critères d'inclusion, d'exclusion de l'échantillon sont-ils présentés quels sont-ils ?	<p><u>Critères d'inclusion</u> : résidence dans la maison de retraite, âgée de 65 ans ou plus, avec une démence diagnostiquée par la classification internationale des maladies 10^{ème} révision (CIM10), démence légère et modérée (score de 10 à 26 au mini mental state examination), score de II sur l'échelle du degré d'indépendance de la vie quotidienne pour les personnes âgées démentes, réactions négatives à un test épicutané avec l'huile de jojoba et l'huile « delight and harmony » et consentement à la participation des patients et de leur famille.</p> <p><u>Critères d'exclusion</u> : toute maladie physique aiguë</p>

Est-ce qu'il y a une répartition des participants en groupe ? (témoin ou contrôle) comment cette répartition se réalise-t-elle ?	Dans les essais croisés en aveugle, les participants ont été répartis au hasard entre les deux groupes suivants : thérapie de massage des mains qui commence par l'aromathérapie clinique puis est passée à la thérapie de contrôle et la thérapie de massage des mains qui a commencé par la thérapie de contrôle puis est passée à l'aromathérapie clinique.
Précision de la procédure pour faire le choix des participants	MMSE et degré d'indépendance de la vie quotidienne des personnes âgées atteintes de démences.
Précisions sur la justification de la taille de l'échantillon	La taille de l'échantillon a été calculée pour une hypothèse nulle avec un taux d'erreur de type I de 0,05.
4. Choix des outils de collecte d'information	
Les instruments de mesure sont-ils décrits de manière précise ? Quels sont-ils ?	<p>Mesures des SCPD liés à la démence :</p> <ul style="list-style-type: none"> · L'échelle de Cornell · L'inventaire d'agitation de Cohen-Mansfield · Le questionnaire abrégé de l'inventaire neuropsychiatrique <p>Évaluation des AVQ :</p> <ul style="list-style-type: none"> · Functional Independent Measure <p>Fonction cognitive :</p> <ul style="list-style-type: none"> · MMSE <p>Degré d'indépendance de la vie quotidienne des personnes âgées démentes mesure l'indépendance et le niveau de soutien des soins de la vie quotidienne des personnes atteintes de démence.</p>
Comment se réalise concrètement la collecte des données ? Quelle est la fréquence de passation des outils ?	Avant et après les essais et 4 semaines après l'étude en tant que suivi, un seul chercheur a évalué l'effet sur les SCPD et les AVQ. Le thérapeute a recueilli des fiches d'observation avant et après chaque séance de thérapie pendant les essais.

Des précisions sur la passation et la cotation des outils sont-elles données ? quelles sont-elles ?	<p>Mesures des SCPD liés à la démence :</p> <ul style="list-style-type: none"> · L'échelle de Cornell : pour la dépression dans la démence pour les symptômes de dépressions, un instrument fiable et valide · L'inventaire d'agitation de Cohen-Mansfield : un instrument validé pour évaluer la fréquence des troubles du comportement agité · Le questionnaire abrégé de l'inventaire neuropsychiatrique : un instrument fiable et valide pour évaluer le degré des symptômes psychiatriques et la charges des soins. <p>Évaluation des AVQ :</p> <ul style="list-style-type: none"> · Functional Independent Measure : mesure le degré de distorsion et l'assistance requise pour les AVQ avec une excellent fiabilité et validité. <p>Fonction cognitive :</p> <ul style="list-style-type: none"> · MMSE
Des précisions sont-elles données sur la variable indépendante, dépendante ? Lesquelles sont-elles ?	
5. Intervention ou programme (si applicable)	
Quelles sont les interventions et comment sont-elles décrites ?	Les deux thérapies ont été administrées 3x par semaine pendant un total de 4 semaines, avec un intervalle de 4 semaines.

<p>Comment l'intervention est-elle appliquée ?</p>	<p>Un seul chercheur et aromathérapeute a administré chaque thérapie avec un total de 3mL pour les deux mains pendant 10 minutes dans le salon de l'établissement l'après-midi.</p> <p>Les thérapies ont été suspendues lorsque les participants souffraient d'infections, de blessures externes, de maladies physiques aiguës ou lorsqu'ils refusaient le TTT.</p>
<p>6. Méthode d'analyse des données</p>	
<p>Quels sont les méthodes et les types d'analyses statistiques proposées (tests, ...</p>	<p>Pour analyser les améliorations de la SCPD avant et après les essais et 4 semaines après l'étude, les données de la SCPD, du CMAI, du NPI-Q et du FIM de chaque participant ont été analysées individuellement par le test des signes (test binominal exact), qui est un test apparié et non paramétrique adapté aux petits nombres de participants (<25).</p> <p>Les changements dans les scores CSDD et CMAI après les essais et 4 semaines après les essais (suivi) chez chaque participant ont également été analysés par le test du chi carré de Friedman comme test non paramétrique pour les mesures répétées.</p>
<p>Les méthodes d'analyses sont-elles justifiées ? Si oui, De quelle manière ?</p>	<p>Le test des signes a été utilisé pour comparer directement les thérapies par bain.</p>

Résultats.

1. Description de l'échantillon	
Quelles sont les caractéristiques principales de l'échantillon ?	16 résidents ont été recrutés dans l'établissement médical, puis 2 ont été exclus car ne répondaient pas aux critères d'inclusion. Ce sont donc 14 participants qui ont été assignés au hasard.
Des précisions sont-elles données sur les participants, si oui, lesquelles	<p>Femmes âgées en moyenne 82.8 ans +/- 9.503 ans, diagnostic de démences telles que Alzheimer (42%), démence vasculaire (25%), démence fronto-temporale (8%) et autres (25%).</p> <p>83% des participants présentaient une déficience cognitive modérée selon le MMSE et 17% une déficience cognitive légère.</p> <p>Certains participants avaient déjà pris les médicaments suivants pour les SCPD : hypnotiques (33 %), antipsychotiques (25 %), antidépresseurs (8 %) et/ou stabilisateurs de l'humeur (17 %). En outre, chaque participant avait pris des médicaments pour des complications physiques, tels que des agents hypotenseurs, antidiabétiques et antihyperlipidémiques.</p>
Des précisions sont-elles données sur la période de collecte de données, lesquelles ?	/
2. Description des résultats	
Quels sont les résultats statistiquement significatifs ($p < 0,05$) ?	/
Quels sont les autres résultats importants ?	<p>Les symptômes liés à la dépression se sont améliorés après les essais (score CSDD) ($p=0.0625$).</p> <p>Le comportement agité consistant en des plaintes et des maniérismes répétitifs (CMAI) a changé.</p> <p>Le BPSD, mesuré par le NPI-Q, et l'ADL, mesuré par le FIM, ne se sont pas non plus améliorés de manière significative avec l'un ou l'autre des traitements. De plus, les scores de la CSDD, du CMAI, du NPI-Q et du FIM avant et après les essais et 4 semaines après l'étude (suivi) n'ont pas changé de manière significative pour l'une ou l'autre thérapie</p>

Discussion.

1. Résumé des résultats	
Un résumé des résultats est-il présenté ? Si oui, que contient-il ?	<ul style="list-style-type: none"> · Pas d'amélioration statistiquement significative des effets cliniques sur la SCPD mesurée par la CSDD, la CMAI et la NPI-Q ou sur l'ADL mesurée par le FIM pour l'une ou l'autre des thérapies · Aucune revue n'a inclus les données sur l'effet de l'aromathérapie sur l'humeur dans la démence, mais cette étude a démontré que les symptômes liés à la dépression (CSDD) se sont améliorés au cours des essais ($p=0.0625$) · Les effets de la méthode de massage et de l'huile D&H n'ont pas été comparés avec différentes méthodes et application.
Comment la recherche répond-elle à l'objectif visé ou à l'hypothèse de départ ?	Cette étude pilote démontre que l'aromathérapie clinique est cliniquement sûre mais n'apporte pas d'efficacité statistiquement significative pour les SCPD et les AVQ chez les patients atteints de démence.
2. Liens avec les autres auteurs	
Comment les résultats se rattachent-ils à d'autres études (similitudes, différences, ...)	/
3. Recommandations ou suggestions	
Quelles recommandations ou étapes futures sont-elles proposées ? Pour la pratique ? Pour la recherche ?	<p>D'autres recherches sur les effets thérapeutiques sont nécessaires pour développer des soins de haute qualité avec l'aromathérapie clinique pour les patients âgés atteints de démence et pour établir pleinement les preuves d'une pratique efficace et sûre dans les établissements de soins de santé.</p> <p>Afin de fournir une recherche plus rigoureuse sur l'aromathérapie clinique, les deux méthodes et leur application pourraient être examinées plus attentivement.</p>
Comment les suggestions-recommandations peuvent elles s'appliquer dans la pratique clinique ?	En ce qui concerne l'aromathérapie clinique en tant qu'intervention psychologique pour les personnes atteintes de démence, d'autres recherches qualitatives avec des méthodes d'analyse plus solides et avec une fiabilité et une validité sont également nécessaires pour montrer que l'aromathérapie clinique contribue à des soins de haute qualité, peut aider à développer la qualité des soins et peut améliorer la QDV d'une personne pendant le traitement de la démence.

4. Limites de la présente étude	
Quelles sont les limites /biais de l'étude ?	<ul style="list-style-type: none"> · Les résultats ne se sont basés que sur un petit échantillon de participants âgés · L'absence d'inclusion de femmes et d'hommes atteints de démence rend difficile toute distinction entre des types spécifiques de démence · L'influence des chercheurs sur les essais croisés en simple aveugle doit être reconnu · L'analyse des données qualitatives ne contenait pas l'intégralité du processus d'analyse de contenu ni la validité requise. · La durée de chacune des deux thérapies n'était que de 4 semaines, ce qui n'était peut-être pas assez long pour obtenir une plus grande efficacité en ce qui concerne les SCPD et les AVQ

Conclusion.

1. Retour sur l'objectif, question, hypothèse	
De quelle manière la recherche a-t-elle répondu à l'objectif visé ?	Cette étude pilote démontre que l'aromathérapie clinique est cliniquement sûre mais n'apporte pas d'efficacité statistiquement significative pour le SCPD et les AVQ chez les patients atteints de démences.
2. Principaux résultats	
Quels sont les principaux résultats significatifs de la démarche ?	Il n'y a pas eu d'amélioration statistiquement significative des effets cliniques sur la SCPD mesurée par la CSDD, la CMAI et la NPI-Q ou sur l'ADL mesurée par la FIM pour l'une ou l'autre des thérapies effectuées.

Article portant sur une étude qualitative

Méthodologie.

1. Question de recherche	
Précision des composantes de la question	/
2. Devis	
Quel est le devis de l'étude ?	Devis séquentiel exploratoire
Le devis est-il bien détaillé ?	/

Quelle est la cohérence du devis avec la thématique ?	Dans un premier temps, les chercheurs ont voulu évaluer les expressions verbales et visuelles des participants. Dans un deuxième temps, les chercheurs ont voulu avoir des données plus concrètes en utilisant donc différentes échelles.
Précision du rôle du chercheur	/
De quelle façon les règles éthiques sont-elles respectées ?	L'autorisation a été reçue pour un total de 14 résidents et leurs familles selon le consentement éclairé. Les caractéristiques démographiques des participants pertinentes pour cette étude ont été obtenues à partir des dossiers des résidents avec l'autorisation des participants, de leurs familles et du directeur de l'établissement. Cette étude a été approuvée par le comité d'éthique de la recherche de l'université Tenri Ealth Care et par la direction de l'établissement.
Quels sont les outils pour la collecte des informations ?	Mesures des SCPD liés à la démence : <ul style="list-style-type: none"> · L'échelle de Cornell : pour la dépression dans la démence pour les symptômes de dépressions, un instrument fiable et valide · L'inventaire d'agitation de Cohen-Mansfield : un instrument validé pour évaluer la fréquence des troubles du comportement agité · Le questionnaire abrégé de l'inventaire neuropsychiatrique : un instrument fiable et valide pour évaluer le degré des symptômes psychiatriques et la charge des soins. Évaluation des AVQ : <ul style="list-style-type: none"> · Functional Independent Measure : mesure le degré de distorsion et l'assistance requise pour les AVQ avec une excellente fiabilité et validité. Fonction cognitive : <ul style="list-style-type: none"> · MMSE
Comment se déroule la collecte des données ?	Les enregistrements d'observation, y compris les expressions visuelles et verbales des participants individuels, ont été enregistrés par le thérapeute avant et après chaque thérapie de massage afin d'obtenir des données qualitatives.

3. Sélection des participants ou objets d'étude	
Y a-t-il des critères de sélection ou d'exclusion ? Si oui, préciser lesquels	<p><u>Critères d'inclusion</u> : résidence dans la maison de retraite, âgée de 65 ans ou plus, avec une démence diagnostiquée par la classification internationale des maladies 10^{ème} révision (CIM10), démence légère et modérée (score de 10 à 26 au mini mental state examination), score de II sur l'échelle du degré d'indépendance de la vie quotidienne pour les personnes âgées démentes, réactions négatives à un test épicutané avec l'huile de jojoba et l'huile « delight and harmony » et consentement à la participation des patients et de leur famille.</p> <p><u>Critères d'exclusion</u> : toute maladie physique aiguë</p>
4. Choix des outils de collecte d'information	
Est-ce que les outils de collecte d'information sont décrits de façon précise ? Si oui, quels sont-ils ?	<p>Mesures des SCPD liés à la démence :</p> <ul style="list-style-type: none"> · L'échelle de Cornell · L'inventaire d'agitation de Cohen-Mansfield · Le questionnaire abrégé de l'inventaire neuropsychiatrique <p>Évaluation des AVQ :</p> <ul style="list-style-type: none"> · Functional Independent Measure <p>Fonction cognitive :</p> <ul style="list-style-type: none"> · MMSE · <p>Degré d'indépendance de la vie quotidienne des personnes âgées démentes mesure l'indépendance et le niveau de soutien des soins de la vie quotidienne des personnes atteintes de démence.</p>

Comment se réalise concrètement la collecte des données ? À quelle fréquence ?	Après les essais et 4 semaines après
5. Méthode d'analyse des données	
Quelle est la méthode d'analyse utilisée ?	Pour les données qualitatives, une autre recherche a classé de manière inductive la description des expressions de chaque participant en quatre catégories principales - humeur, comportement, communication verbale et communication non verbale - afin de préciser l'importance des expériences positives des soins d'aromathérapie pour les participants individuels.
Qui procède à l'analyse ?	2 chercheurs différents
Quel est le logiciel utilisé ?	/
Comment se fait la validation des données ? Y a-t-il des précisions sur la triangulation des données ? Si oui lesquelles ?	/

Résultats.

1. Description des résultats	
Comment les résultats sont-ils présentés ?	Sous forme de tableau
Que ressort-il de l'analyse (description des résultats de l'étude)	<p>Le tableau 4 montre les expériences positives des participants pendant ou après chaque thérapie.</p> <p>Les expressions des participants ne différaient pas sauf pour l'odeur du parfum sur les mains et les sentiments de confort exprimés par 2 participants recevant l'aromathérapie clinique.</p> <p>Un participant a parlé de sentiment de persécution et d'hallucinations mais il n'était pas visiblement perturbé pendant le massage.</p> <p>Un participant a occasionnellement refusé les 2 thérapies, mais sans plaintes sur celles-ci.</p> <p>Aucune huile n'a provoqué d'effets dermatologiques ou d'autres effets indésirables possibles.</p> <p>Aucune réaction nocive, aucune détérioration des symptômes cliniques et aucun changement de médication n'ont été observés lors des essais.</p>

Discussion.

1. Résumé des résultats	
Un résumé des résultats est-il présenté ? Si oui, que contient-il ?	<ul style="list-style-type: none"> · Pas d'amélioration statistiquement significative des effets cliniques sur la SCPD mesurée par la CSDD, la CMAI et la NPI-Q ou sur l'ADL mesurée par le FIM pour l'une ou l'autre des thérapies · Aucune revue n'a inclus les données sur l'effet de l'aromathérapie sur l'humeur dans la démence, mais cette étude a démontré que les symptômes liés à la dépression (CSDD) se sont améliorés au cours des essais ($p=0.0625$) · Les effets de la méthode de massage et de l'huile D&H n'ont pas été comparés avec différentes méthodes et application.
Comment la recherche répond-elle à l'objectif visé ?	Cette étude pilote démontre que l'aromathérapie clinique est cliniquement sûre mais n'apporte pas d'efficacité statistiquement significative pour les SCPD et les AVQ chez les patients atteints de démence. D
2. Liens avec les autres auteurs	
Comment les résultats se rattachent-ils à d'autres études (similitudes, différences, etc.)	/
3. Recommandations ou suggestions	
Quelles recommandations ou étapes futures sont-elles proposées ? Pour la pratique ? Pour la recherche ?	<p>D'autres recherches sur les effets thérapeutiques sont nécessaires pour développer des soins de haute qualité avec l'aromathérapie clinique pour les patients âgés atteints de démence et pour établir pleinement les preuves d'une pratique efficace et sûre dans les établissements de soins de santé.</p> <p>Afin de fournir une recherche plus rigoureuse sur l'aromathérapie clinique, les deux méthodes et leur application pourraient être examinées plus attentivement.</p>

Comment les suggestions-recommandations peuvent-elles s'appliquer dans la pratique clinique ?	En ce qui concerne l'aromathérapie clinique en tant qu'intervention psychologique pour les personnes atteintes de démence, d'autres recherches qualitatives avec des méthodes d'analyse plus solides et avec une fiabilité et une validité sont également nécessaires pour montrer que l'aromathérapie clinique contribue à des soins de haute qualité, peut aider à développer la qualité des soins et peut améliorer la QDV d'une personne pendant le traitement de la démence.
4. Limites de la présente étude	
Quelles sont les limites/biais de l'étude ?	<ul style="list-style-type: none"> · Les résultats ne se sont basés que sur un petit échantillon de participants âgés · L'absence d'inclusion de femmes et d'hommes atteints de démence rend difficile toute distinction entre des types spécifiques de démence · L'influence des chercheurs sur les essais croisés en simple aveugle doit être reconnue · L'analyse des données qualitatives ne contenait pas l'intégralité du processus d'analyse de contenu ni la validité requise. · La durée de chacune des deux thérapies n'était que de 4 semaines, ce qui n'était peut-être pas assez long pour obtenir une plus grande efficacité en ce qui concerne les SCPD et les AVQ

Conclusion.

1. Retour sur l'objectif, question, hypothèse	
De quelle manière la recherche a-t-elle répondu à l'objectif visé ?	Cette étude pilote démontre que l'aromathérapie clinique est cliniquement sûre mais n'apporte pas d'efficacité statistiquement significative pour le SCPD et les AVQ chez les patients atteints de démences.

2. Principaux résultats	
Quels sont les principaux résultats significatifs de la démarche ?	Il n'y a pas eu d'amélioration statistiquement significative des effets cliniques sur la SCPD mesurée par la CSDD, la CMAI et la NPI-Q ou sur l'ADL mesurée par la FIM pour l'une ou l'autre des thérapies effectuées.

« **Dementia And Physical Activity (DAPA) trial of moderate to high intensity exercise training for people with dementia: Randomised controlled trial** » (Lamb et al., 2018)

Parties communes à tous les articles.

Identification de l'article et du résumé.

1. Titre	
Titre (noter le titre)	Essai sur la démence et l'activité physique (DAPA) portant sur la formation à l'exercice d'intensité modérée à élevée pour les personnes atteintes de démence : essai contrôlé randomisé
Thèmes abordés	La démence, l'activité physique
Le titre réfère-t-il à une population précise ou à une question pertinente, si oui, laquelle ou lesquelles	Sur les personnes atteintes de démence
2. Auteurs	
Auteurs (noter les auteurs)	Sarah E Lamb, (1,2) Bart Sheehan, (3) Nicky Atherton, (3) Vivien Nichols, (2) Helen Collins, (4) Dipesh Mistry, (2) Sukhdeep Dosanjh, (2) Anne Marie Slowther, (5) Iftekhar Khan, (2) Stavros Petrou, (2) Ranjit Lall, (2) au nom des enquêteurs de la DAPA
Préciser leur rattachement, institution, lieu de travail, pays	(1) Centre for Rehabilitation Research and Centre for Statistics in Medicine, Nuffield Department of Orthopaedics Rheumatology & Musculoskeletal Sciences, Botnar Research Centre, Université d'Oxford, Oxford OX3 7LD, Royaume-Uni (2) Unité des essais cliniques de Warwick, Université de Warwick, Coventry, Royaume-Uni (3) Coventry and Warwickshire Partnership Trust, Coventry, Royaume-Uni (4) Oxford University Hospitals NHS Foundation Trust, John Radcliffe Hospital, Oxford, Royaume-Uni (5) Division des sciences de la santé, Université de Warwick, Coventry, Royaume-Uni

3. Mots clés	
Mots clés (noter les mots clés)	/
4. Résumé	
Décrire brièvement les objectifs, la méthodologie, les résultats	<p>Objectif : Estimer l'effet d'un programme d'entraînement aérobique et d'exercices de musculation d'intensité modérée à élevée sur la déficience cognitive et d'autres résultats chez les personnes atteintes de démence légère à modérée.</p> <p>Méthodologie : 494 personnes ont été randomisées dans 2 groupes, pour un programme d'exercices aérobiques et musculaires avec les soins habituels, et un pour les soins habituels uniquement. Séances pendant 4 mois dans les installations du gymnase communautaire et dans les locaux de l'ENM. L'évaluation des résultats principaux s'est faite à travers l'échelle d'évaluation de la maladie d'Alzheimer sous-échelle cognitive (ADAS-cog) à 12mois. Les résultats secondaires comprennent les AVQ, les symptômes neuropsychiatriques, la qualité de vie lié à la santé</p> <p>Résultats : après 12 mois, le score de l'ADAS-cog est passé à 25.2 (pour l'exercice) et à 23.8 (pour les soins habituels). Il y a une grande déficience cognitive dans le groupe d'exercice. Il n'y a pas de différence dans les résultats secondaires. Plus de 65% des personnes ont participé au ¾ des séances prévues.</p>

Introduction.

1. Pertinence	
Est-ce que la justification de l'étude repose sur des constats théoriques, des observations, des faits ou des données statistiques ?	L'hypothèse selon laquelle l'exercice aérobique et le renforcement pourraient ralentir la déficience cognitive dans la démence a gagné en popularité
2. Originalité	
Comment l'auteur explique-t-il l'originalité de la démarche ?	/

3. Plan de l'article	
Le plan est-il précis, logique et détaillé ? Les étapes à venir sont-elles bien précisées ?	/
4. Objectifs, questions, hypothèses	
Quels sont les objectifs, les questions de recherche ?	/

Recension des écrits scientifiques ou présentation des concepts théoriques.

1. Modèle théorique	
Un modèle théorique, cadre conceptuel ou explication sont-ils proposés ? Si oui, lesquels ?	/
Comment le modèle théorique, cadre conceptuel est-il justifié ?	/

2. Limites des écrits	
Préciser les limites ou contraintes provenant d'autres auteurs	<p>Certaines études se contredisent dans les résultats</p> <p>Les autres études sont de faible qualité méthodologique, la durée du suivi est limitée et les résultats ont une grande hétérogénéité</p>

Article portant sur une étude quantitative.

Méthodologie.

1. Question de recherche	
Quelles sont les variables importantes ?	Les soins habituels, les exercices aérobiques et musculaires Activité de la vie quotidienne, symptômes neuropsychiatriques, qualité de vie pour les personnes malades et pour les soignants, la condition physique
Les variables importantes sont-elles bien définies ?	/
Quels sont les questions ou les objectifs de recherche ?	/
Quelles sont les hypothèses de recherche ?	L'activité physique modérée à élevée ralentit le déclin cognitif chez les personnes avec une démence légère à modérée
2. Devis	
Quel est le devis de l'étude ?	Expérimental
Le devis est-il bien détaillé ?	Il s'agit d'un devis après seulement avec un groupe témoin non équivalent
De quelle façon les règles éthiques sont-elles respectées ?	Pour chaque participant, il devait donner leur consentement éclairé. Si leur capacité était insuffisante, les auteurs ont demandé aux aidants principaux de faire part des différents souhaits ainsi que leur consentement éclairé. L'accord pour la participation continue était vérifié à chaque visite.
Précision du type de devis ou de la procédure expérimentale	/
Quelles explications sont fournies pour la collecte d'informations ?	Les auteurs ont uniquement recueilli les caractéristiques démographiques, le score du MMSE, leur sexe et leur origine ethnique. Ils ont aussi souhaité le diagnostic de la démence selon la CIM10
3. Sélection des participants ou objets d'étude	
Quelle est la population visée ? est-elle bien définie ?	Il s'agit des personnes démentes du stade léger à modéré

Comment se réalise la sélection des participants ?	Les participants ont été recrutés auprès de services de mémoire des hôpitaux, des registres et des réseaux de recherche sur la démence. En plus, ils ont été recrutés dans des services communautaires sur la démence dans 15 régions de l'Angleterre
Des critères d'inclusion, d'exclusion de l'échantillon sont-ils présentés quels sont-ils ?	<p>Inclusion : le diagnostic de démence doit être confirmé par le DSM 4 et par une mini score normalisé du MMSE, plus de 10 personnes ont pu marcher 10 pas et s'asseoir sans aide, les personnes ont vécu seule, en collectivité ou avec d'autres personnes.</p> <p>Exclusion : les personnes atteintes de maladie physique aiguë, instable ou en phase terminale, les personnes manquant de capacité et qui n'avait pas de conseiller personnel ou désigné.</p>
Est-ce qu'il y a une répartition des participants en groupe ? (témoin ou contrôle) comment cette répartition se réalise-t-elle ?	Un groupe expérimental de 329, en plus d'avoir les soins habituels, ont les exercices aérobiques et musculaires. L'autre groupe contrôle de 165 personnes ont uniquement les soins habituels. Les personnes ont été attribuées aux groupes par randomisation.
Précision de la procédure pour faire le choix des participants	/
Précisions sur la justification de la taille de l'échantillon	<p>Pour le calcul, les auteurs ont considéré une différence de 2.45 points de la roue dentée ADAS et un écart-type de 7.8 comme étant conforme aux effets du groupe contrôle.</p> <p>Ils ont ensuite gonflé pour les effets de randomisation déséquilibre et les effets de groupe potentiel dans le groupe d'intervention, et cela a donné un objectif de 375. En estimant les pertes, ils avaient un objectif minimum de 468 (312 interventions : 156 témoins) et s'attendaient finalement à un échantillon supérieur à 468.</p>

4. Choix des outils de collecte d'information	
Les instruments de mesure sont-ils décrits de manière précise ? Quels sont-ils ?	<p>Pour le résultat principal :</p> <p>L'échelle d'évaluation de la maladie d'Alzheimer-sous-échelle cognitive (ADAS-cog)</p> <p>Pour les résultats secondaires :</p> <p>L'indice d'activité de la vie quotidienne de Bristol</p> <p>L'indice neuropsychiatrique</p> <p>La version à trois niveaux de la mesure de la qualité de vie du QE-5D</p> <p>L'échelle de la qualité de vie de la maladie d'Alzheimer-sous échelle ADAS praxis, mémoire et langue</p>
Comment se réalise concrètement la collecte des données ? Quelle est la fréquence de passation des outils ?	<p>Pour le résultat principal :</p> <p>L'échelle d'évaluation de la maladie d'Alzheimer-sous-échelle cognitive (ADAS-cog) – avant, 6 mois et 12 mois après la randomisation</p> <p>Pour les résultats secondaires :</p> <p>L'indice d'activité de la vie quotidienne de Bristol – 6 et 12 mois après la randomisation</p> <p>L'indice neuropsychiatrique -</p> <p>La version à trois niveaux de la mesure de la qualité de vie du QE-5D</p> <p>L'échelle de la qualité de vie de la maladie d'Alzheimer-sous échelle ADAS praxis, mémoire et langue – 6 et 12 mois après la randomisation</p>

Des précisions sur la passation et la cotation des outils sont-elles données ? quelles sont-elles ?	<p>Pour le résultat principal :</p> <p>L'échelle d'évaluation de la maladie d'Alzheimer-sous-échelle cognitive (ADAS-cog) - de 0 à 70; des scores plus élevés indiquent une déficience cognitive plus grave</p> <p>Pour les résultats secondaires :</p> <p>L'indice d'activité de la vie quotidienne de Bristol - de 0 à 60, scores plus élevés indiquant une déficience plus grave</p> <p>L'indice neuropsychiatrique - de 0 à 144, note plus élevée indiquant des symptômes comportementaux plus graves</p> <p>La version à trois niveaux de la mesure de la qualité de vie du QE-5D - de 0 à 1, note plus élevée indiquant une meilleure qualité de vie</p>
Des précisions sont-elles données sur la variable indépendante, dépendante ? Lesquelles sont-elles ?	<p>Indépendante : exercices aérobiques et musculaires</p> <p>Dépendantes : scores des différentes évaluations</p>
5. Intervention ou programme (si applicable)	
Quelles sont les interventions et comment sont-elles décrites ?	<p>Les interventions ont été adaptées à leur condition physique et à leur état de santé après une évaluation individuelle.</p> <p>Exercice aérobie : Cycle statique avec une période d'échauffement de 5 min suivie de 25 min de cycle d'intensité modérée à dure, selon le niveau de tolérance (l'intensité cible a été fixée en utilisant un test de marche de 6 min selon Luxton)</p> <p>Entraînement de musculation : exercices sur les bras à l'aide de clochettes muettes tenues à la main, y.c. une boucle des biceps et pour les personnes plus compétentes, des exercices de soulèvement des épaules vers l'avant, de soulèvement latéral ou de pression, et des exercices de musculation des jambes à l'aide d'un gilet lesté assis-debout ou une ceinture de taille, ou les deux. La cible de base était de 3 séries de 20 répétitions. Au cours des séances suivantes, il a été ajouté du poids pour assurer la progression</p>

Comment l'intervention est-elle appliquée ?	<p>Pour le groupe d'exercice :</p> <p>Les physio et les assistants d'exercice prescrivaient et donnaient des interventions.</p> <p>Séance de groupe pendant 60 à 90 minutes dans un gymnase 2x/ semaine pendant 4 mois + exercice à domicile pendant 1h de plus chaque semaine pendant 4 mois.</p> <p>Après ces 4 mois, un programme non supervisé à domicile de 150min par semaine</p>
6. Méthode d'analyse des données	
Quels sont les méthodes et les types d'analyses statistiques proposées (tests, ...	<p>Ils ont utilisé l'intention de traiter (ITT).</p> <p>Les auteurs ont souhaité faire des prédictions avant les résultats.</p> <p>Les analyses de sous-groupes de traitement (comprenant la déficience cognitive avant randomisation, le type de démence, le rendement physique et le sexe) ont été réalisées à l'aide de tests statistiques d'interaction.</p> <p>Pour l'analyse primaire, ils ont utilisé l'imputation multiple car ils s'attendaient à ce qu'il manque des données non négligeables dans l'ADAS-cog.</p> <p>Ils ont entrepris des analyses de sensibilité pour les éléments manquants du SPDAS-cog.</p> <p>Pour l'analyse de la sensibilité, ils ont utilisé l'analyse de la théorie de la réponse des éléments (mais ils n'en font pas rapport car ne se sont pas réussis à s'adapter aux données)</p>
Les méthodes d'analyses sont-elles justifiées ? Si oui, De quelle manière ?	/

Résultats.

1. Description de l'échantillon	
Quelles sont les caractéristiques principales de l'échantillon ?	Les hommes et les femmes ne présentaient pas de différence d'âge ou de valeurs de référence de l'ADAS-cog. Plus de femmes que d'hommes vivaient seuls. La plupart des personnes atteintes de démence étaient en mesure de donner un consentement éclairé (76%), certains avaient besoin d'une consultation personnelle (24%) et l'autre d'une consultation désignée (0.2%).
Des précisions sont-elles données sur les participants, si oui, lesquelles	Sur 2929 personnes dépistées, 1847 ont été jugées potentiellement éligibles et approchées, puis 494 ont été randomisées (329 pour les exercices et 165 pour les soins habituels). 3% du groupe soins habituels et 4% du groupe exercice sont décédés.
Des précisions sont-elles données sur la période de collecte de données, lesquelles ?	Pour les personnes atteintes de démence : L'échelle d'évaluation cognitive de la maladie d'Alzheimer à 12 mois. Les résultats secondaires à 6 et 12 mois après la randomisation (avec l'indice d'activité de la vie quotidienne de Bristol, l'indice neuropsychiatrique, la version à 3 niveaux de la mesure de la qualité de vie de la maladie d'Alzheimer et la sous échelle ADAS praxis) La sous-échelle ADAS-cog à 6 mois. Les aidants ont fourni une évaluation rétrospective des chutes et des fractures du participant pour chaque période de suivi de 6 mois. À chaque période, le fardeau des aidants a été mesuré au moyen de l'entrevue sur le fardeau de Zarit et la qualité de vie liée à la santé des aidants au moyen du QE-5D-3L.
2. Description des résultats	
Quels sont les résultats statistiquement significatifs ($p < 0,05$) ?	/

Quels sont les autres résultats importants ?	<p>Dans les deux groupes d'essai, la déficience cognitive a diminué au cours du suivi de 12 mois, le groupe d'exercice avait des scores ADAS-cog plus élevé.</p> <p>L'estimation de l'effet causal moyen plus complète pour le résultat principal indiquait une déficience cognitive plus grave chez les participants ayant participé plus souvent aux séances.</p> <p>Aucune différence n'a été constatée dans le fardeau des aidants ou la qualité de vie entre les deux interventions.</p> <p>Aucun effet statistiquement significatif n'a été observé dans les sous-groupes.</p>
--	--

Discussion.

1. Résumé des résultats	
Un résumé des résultats est-il présenté ? Si oui, que contient-il ?	/
Comment la recherche répond-elle à l'objectif visé ou à l'hypothèse de départ ?	<p>Un programme d'exercices aérobiques et musculaires, pendant 4 mois, d'intensité modérée à élevée, ajouté aux soins habituels ne ralentit pas le déclin cognitif chez les personnes atteintes de démence légère à modérée</p> <p>L'exercice a amélioré la condition physique à court terme, mais cela ne s'est pas traduit par une amélioration des activités de la vie quotidienne, des résultats comportementaux ou de la qualité de vie liée à la santé.</p> <p>Il est possible que l'intervention puisse aggraver la cognition</p>

2. Liens avec les autres auteurs	
Comment les résultats se rattachent-ils à d'autres études (similitudes, différences,..)	<p>La plupart des études précédentes sont centrées sur un seul effet de l'intervention, ont une répartition incertaine dissimulée et n'ont pas correctement masqué l'évaluation des résultats</p> <p>Certaines études ont impliqué moins d'exercices ou ont fait des entraînements mixtes avec le cognitif (difficulté à différencier l'efficacité de chaque élément)</p> <p>Une étude sur l'exercice combiné à domicile et l'entraînement cognitif a démontré une amélioration de l'autonomie fonctionnelle, sur la fonction exécutive et les chutes, mais pas d'effets sur la fonction cognitive globale ou la mobilité.</p>
3. Recommandations ou suggestions	
<p>Quelles recommandations ou étapes futures sont-elles proposées ?</p> <p>Pour la pratique ?</p> <p>Pour la recherche ?</p>	<p>Ils recommandent d'essayer d'autres formes d'exercices, y compris les protocoles psychomoteurs qui sont souvent utilisés dans les conditions neurologiques à long terme.</p> <p>Ils recommandent aussi d'envisager que certaines interventions peuvent aggraver les troubles cognitifs</p>
Comment les suggestions-recommandations peuvent elles s'appliquer dans la pratique clinique ?	/

4. Limites de la présente étude	
Quelles sont les limites /biais de l'étude ?	<p>Les participants et les aidants n'étaient pas masqués à l'allocation.</p> <p>Les données sur la condition physique et pendant la période d'intervention structurée concernant le groupe expérimental sont insuffisantes</p> <p>Il n'y a pas de preuve de participation à l'exercice et à la physiothérapie concernant le groupe contrôle (pas de preuves sur l'amélioration de la condition physique)</p> <p>Les analyses des sous-groupes peuvent être sous-exploitées car les proportions dans les diverses strates sont déséquilibrées</p> <p>Il peut y avoir une sous-estimation du nombre de chute car il a été demandé aux aidants de se rappeler des chutes, plutôt que d'utiliser des carnets mensuels.</p>

Conclusion.

1. Retour sur l'objectif, question, hypothèse	
De quelle manière la recherche a-t-elle répondu à l'objectif visé ?	<p>Un programme d'exercices aérobiques et musculaires, pendant 4 mois, d'intensité modérée à élevée, ajouté aux soins habituels ne ralentit pas le déclin cognitif chez les personnes atteintes de démence légère à modérée</p> <p>L'exercice a amélioré la condition physique à court terme, mais cela ne s'est pas traduit par une amélioration des activités de la vie quotidienne, des résultats comportementaux ou de la qualité de vie liée à la santé.</p> <p>Il est possible que l'intervention puisse aggraver la cognition</p>
2. Principaux résultats	
Quels sont les principaux résultats significatifs de la démarche ?	Il n'y a pas de résultats significatifs