

**En quoi la communication verbale et/ou non verbale
participe-t-elle à diminuer l'anxiété et l'angoisse chez une
personne atteinte de la maladie d'Alzheimer dans un
contexte hospitalier ?**

Sous la direction de Monsieur Pierre-Alain Charmillot

Travail de Bachelor

Module Recherche

Liubou Vallat, Claudine Vert-Pré

Haute Ecole Arc, filière Santé, Delémont

Juillet, 2021

Remerciements

De nombreuses personnes ont contribué à l'aboutissement de ce Travail de Bachelor. Nous tenons à les remercier.

En premier lieu, les auteures de ce travail remercient l'ensemble du corps enseignant pour leur investissement et le partage de leur expérience et de leurs connaissances. Nos remerciements vont aussi à notre directeur de travail, M. Pierre-Alain Charmillot, professeur de Haute École Arc. Son soutien a été ressenti tout au long de ce travail. Son encadrement nous a guidés dans la construction de notre démarche.

Nos remerciements vont également aux professeurs du module « Recherche », M. Pascal Compte, M. Cristian Voirol et Mme Pauline Roos. Leurs cours ont éclairé et facilité certaines étapes de ce travail, comme l'ancrage disciplinaire et la méthode.

Nous remercions aussi chaleureusement Mme Baya Belhadj, cheffe de l'unité de chirurgie de l'Hôpital du Jura, pour son temps et son expérience partagée pendant l'entrevue concernant notre problématique. Des remerciements sont adressés à tout le personnel soignant rencontré pendant les périodes pratiques pour leur investissement dans notre formation.

Enfin, nous remercions nos proches, nos amis et nos camarades de la classe pour leur soutien et leurs précieux conseils.

Résumé

Le résumé a pour objectif de présenter la question de recherche et détailler les étapes clés qui ont permis la réalisation de ce travail.

Problématique

L'augmentation du nombre de personnes âgées en tant que bénéficiaires de soins a été constatée par les membres du groupe de ce travail. L'expérience théorique, pratique et les données de la littérature ont montré un accroissement du phénomène de démence dans la population âgée. La maladie d'Alzheimer est, en outre, une des formes les plus fréquentes de démence. Selon les observations des auteures, la prise en soins de patients atteints de démence à l'hôpital est très éprouvante et exigeante pour l'équipe soignante. Plusieurs observations et les données scientifiques affirment que l'environnement hospitalier peut être une source de confusion et de désorientation pour les personnes atteintes de troubles cognitifs. Ces constats ont mené les membres du groupe à se questionner sur les moyens d'atténuer l'anxiété dans un contexte de soin aigu. Ces réflexions ont fait émerger la question de recherche suivante : « En quoi la communication verbale et/ou non verbale participe-t-elle à diminuer l'anxiété et l'angoisse chez une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer dans un contexte hospitalier ? »

Concepts abordés

Afin de mieux comprendre les thématiques de la question de recherche, les auteures ont abordé les concepts suivants : démence de type Alzheimer ;

communication ; communication dans la maladie d'Alzheimer ; anxiété et relation d'aide.

Dans la partie concepts et champ disciplinaire infirmier, les membres du groupe ont développé les concepts de « personne », d'« environnement », de « santé » et de « soins » en lien avec la problématique questionnée.

Dans le cadre de ce travail, la théorie de l'Human Caring de Jean Watson a été choisie, car elle est fortement ancrée dans des valeurs humanistes.

Méthode

La question a été rédigée en se basant sur la méthodologie PICOT. Par la suite, les mots clés, leurs synonymes et les descripteurs pour chaque base de données ont été définis pour pouvoir explorer les bases de données CINAL, PubMed, MedLine (Ovid) et Psychinfo. Les articles ont été trouvés selon les critères d'inclusion ont été analysés à l'aide d'une grille d'analyse (Tétreault, 2013).

Résultats

Les résumés des articles choisis et leur analyse sont décrits dans la partie « Résultats ». L'interprétation de notre analyse a permis de mettre en évidence plusieurs réponses à notre question de recherche. Toutefois, les auteurs de ce travail ont constaté qu'il existait peu de données dans la littérature sur la question posée. Néanmoins, quelques résultats ont été mis en avant durant l'analyse et la synthèse des articles choisis.

Conclusion

Dans cette partie, les éléments facilitants et contraignants ont été décrits. Les membres du groupe ont aussi présenté les limites et les perspectives de cette recherche. Il a été constaté un manque de données expérimentales en lien avec la question posée. Il existe néanmoins plusieurs recherches en lien avec notre question dans le contexte de soins de longue durée.

Mots clés

Démence, Alzheimer, communication, anxiété, symptôme psychologique, soins aigus.

Table des matières

Remerciements	ii
Résumé	iii
Table des matières	vi
1 Chapitre 1 : Introduction	1
2 Chapitre 2 : Problématique	4
2.1 Argumentation du choix.....	4
2.2 Pertinence pour les soins infirmiers	6
2.2.1 Métaparadigme	6
2.2.2 Les savoirs infirmiers.....	11
2.2.3 Revue exploratoire de littérature	16
2.2.4 Précision des concepts retenus	27
2.2.5 Perspectives	27
3 Chapitre 3 : Concepts et champ disciplinaire infirmier	30
3.1 Concept de démence de type Alzheimer	30
3.2 Concept de communication	34
3.3 Concept de communication dans la maladie d'Alzheimer	38
3.4 Concept d'anxiété.....	42
3.5 Concept de relation d'aide.....	45
3.6 Champ disciplinaire infirmier	49
4 Chapitre 4 : Méthode	53
4.1 Mots-clés et descripteurs	54
4.2 Sélection des articles	57
5 Chapitre 5 : Synthèse des résultats/discussion	59
5.1 Synthèse des résultats des articles	59
5.2 Développement des résultats en lien avec la question PICOT	70
5.3 Perspectives et propositions pour la pratique	80
6 Chapitre 6 : Conclusion	84

6.1	Apport du travail de Bachelor	84
6.2	Limites.....	85
6.3	Perspectives pour la recherche.....	87
7	Chapitre 7 : Références	88
7.1	Liste de références	88
7.2	Liste des articles retenus	98
8	Chapitre 8 : Annexes	100
8.1	Appendice A : Domaines et sous-domaines neurocognitifs - DSM-V .	100
8.2	Appendice B : The Global Deterioration Scale (GDS).....	101
8.3	Appendice C : Synthèse des articles	102
8.4	Appendice D : Analyses des articles selon la Grille de Tétréault	105

1 Chapitre 1 : Introduction

Le Travail de Bachelor est une patrie essentielle de la formation en soins infirmiers. Tout au long du cursus, les étudiants ont été préparés à faire face à différentes situations complexes. Le but de cette formation est de développer une pratique réflexive permettant de mobiliser des connaissances et de trouver des informations pertinentes pour la pratique professionnelle. Aussi, le travail de Bachelor est en quelque sorte l'aboutissement de ces années d'études. Il nous a permis d'acquérir, de mobiliser et de mettre en pratique plusieurs connaissances et compétences dans différents domaines. Il fait partie du module « Recherche ».

Tout d'abord, le travail se réalise en groupe d'étudiants. Cette particularité a favorisé le développement de certaines qualités qui permettront par la suite de mieux collaborer avec de futures collègues. Le travail en groupe demande de trouver le rythme et les modalités qui correspondent à chaque participant. Les différents styles de pensée et les multiples opinions ont contribué à former une vision plus globale des questions posées.

Le travail de Bachelor a permis d'effectuer une revue des données de la littérature ayant pour but de répondre à une question de recherche précise. Pour effectuer le travail selon les modalités demandées, il a fallu effectuer des recherches dans la littérature, formuler une question selon la méthodologie

PICOT et analyser plusieurs articles selon une grille d'analyse. Ce processus a favorisé le développement de notre esprit critique. Nous pourrions ainsi facilement appliquer cette méthodologie pour trouver des réponses pertinentes et basées sur des preuves scientifiques à nos questions durant notre parcours professionnel.

Le Travail de Bachelor est construit selon une structure rigoureuse préétablie. Elle comprend les parties suivantes : problématique ; concepts et champ disciplinaire infirmier ; méthode ; synthèse des résultats/discussion ; conclusion.

La partie « problématique » décrit comment les auteures de ce travail ont choisi leur question de recherche. En utilisant les données de la littérature, nous avons affiné la problématique et définit les concepts-clés. Cette démarche a été déterminante pour la construction de la question de recherche.

Le chapitre « concepts et champ disciplinaire infirmier », met en évidence un modèle conceptuel ou une théorie infirmière qui sont en lien avec la question de recherche.

Dans la partie « méthode », les membres du groupe ont décrit leur démarche de travail dans les bases de données ce qui a permis de trouver des articles en lien avec la question PICOT.

La description des articles sélectionnés et leur analyse sont présentes dans la partie « synthèse des résultats/discussion ».

Les apports de ce travail, ses limites, les perspectives pour la recherche sont présentés dans le chapitre « conclusion ».

Au fur et à mesure de la formation, les auteures ont développé leur jugement professionnel, une réflexion éthique et un raisonnement critique en se basant sur les résultats probants issus de la littérature scientifique. Le travail de Bachelor a contribué à renforcer ces compétences et ces savoirs.

2 Chapitre 2 : Problématique

2.1 Argumentation du choix

La distribution des questions cliniques pour la volée Bac 2018 a été le point de départ de ce travail de Bachelor. Après discussion des sujets proposés, la question suivante a été choisie par les auteures de ce travail : « Quels sont la spécificité et le type des soins post-opératoires à proposer aux patients présentant une démence de type Alzheimer ? ». Nous avons choisi cette thématique car tout au long de notre cursus, en particulier durant la formation pratique (PFP), les membres du groupe de ce travail ont observé une prévalence des personnes âgées en tant que bénéficiaires de soins. Les cours théoriques sont en outre fréquemment centrés sur la population « sénior ». Les périodes de formation pratique en chirurgie, aux soins à domicile et dans les Établissement Médico-Sociaux (EMS), ont renforcé l'idée que le travail sera à l'avenir de plus en plus organisé auprès des personnes âgées.

De plus, les recherches dans la littérature confirment que le nombre de personnes âgées augmente chaque année. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 2016) nomme le vieillissement « un phénomène planétaire ». Selon un rapport publié par l'OMS le nombre de personnes de plus de 60 ans doublera d'ici à 2050. Les données de l'Office Fédéral de la Statistique suisse (OFS, 2020) permettent de constater qu'en 1950 la population 65+

représentait 10% de la population totale du pays. Aujourd'hui, en 2020 ce chiffre représente déjà 15% et probablement en 2050, 27% de la population suisse aura plus de 65 ans (OFS, 2020).

La vieillesse est un moment de la vie souvent liée à une altération de la santé. Les stages effectués par les auteures de ce travail ont permis de découvrir les problèmes pertinents liés à l'âge. Grâce à ces observations, notre groupe de travail a constaté l'importance du phénomène de démence. Selon les données de l'OMS, la démence touche en général les personnes âgées. Il est important de mettre en évidence que la maladie d'Alzheimer représente 60 % à 70% des cas. Du fait que les manifestations de la maladie sont liées aux troubles de la mémoire, il était difficile pour les auteures de ce travail d'imaginer la spécificité de soins aigus dans ces cas. En prenant en compte l'expérience acquise pendant les PFP, les membres du groupe ont pu faire le constat qu'il manque parfois de compétences dans la prise en soins d'une personne souffrant de démence. Les institutions où les stages se sont déroulés n'ont pas toujours de protocoles, de dispositifs et trop peu de temps pour gérer efficacement la communication en cas de troubles cognitifs.

La prise en soins de patients atteints de démence à l'hôpital, selon notre expérience, est très éprouvante et exigeante pour l'équipe soignante. Les membres du groupe trouvent que le manque de temps et de formation spécifique par rapport à ce type de patients peut péjorer le travail et les soins apportés à la personne. L'hospitalisation d'une personne est un stress important pour celle-ci. Le personnel soignant doit rassurer et communiquer

de façon adéquate pour diminuer le plus possible le stress et l'anxiété engendrés.

2.2 Pertinence pour les soins infirmiers

2.2.1 Méta paradigme

Comme chaque discipline, les sciences infirmières possèdent une base, une structure spécifique. Les éléments-clés de la discipline infirmière, autrement dit les concepts de « personne », d'« environnement », de « santé » et de « soins » sont déjà présents dans les travaux de Florence Nightingale dès 1859 (Pepin, Ducharme, & Kérouac, 2017). Plus tard, en 1984, Fawcett J. a repris ces éléments sous forme de méta paradigme (Fawcett, 1984).

Par rapport aux concepts, la discipline se développe et évolue (Kuhn, 1977). Les auteurs qui ont participé au développement de la discipline infirmière se basent régulièrement, de manière explicite ou implicite, sur les notions de « personne », d'«environnement », de « santé » et de « soins » (Pepin et al., 2017).

En prenant en compte l'importance des éléments structurels de la discipline, les auteures de ce travail proposent d'un côté d'examiner les concepts théoriques des sciences infirmières et de l'autre de les mettre en lien avec la problématique de la personne atteinte de démence.

2.2.1.1 Concept de « personne » - « un être humain »

Le concept « personne », nommé « man » par Fawsett (1984), englobe la notion d'individu, de famille et d'environnement. Les auteurs des théories de soins, comme Henderson (1964), Leininger (1966), Roy (1988) proposent une vision de la personne comme étant « un être biopsychosocial ». Chinn et Kramer (2015) mettent en évidence la notion de « wholism » ou « wholeness ». Plus généralement, la personne est envisagée comme indissociable, en relation avec elle-même et l'univers.

Selon Paterson et Zderard (1976, 2007, 1988) une personne possède sa propre histoire, elle acquiert sa propre expérience, elle est indépendante et responsable de son devenir.

Dès lors que la maladie d'Alzheimer influence significativement les fonctions cognitives, les auteures se sont posés la question suivante : comment envisager le concept de « personne », d'« être humain » dans cette situation?

Malgré le fait qu'une personne souffrant de démence perd peu à peu ses repères et parfois oublie sa propre personnalité, les changements cognitifs liés à la maladie sont propres à cette personne. En cas de démence, un individu évolue énormément, mais son parcours de vie, sa famille, son environnement et ses habitudes sont toujours présents. Quel est le rôle de l'infirmière qui apporte les soins à une personne souffrant de troubles de la démence ? Comment peut-elle voir une personne, un individu avec son expérience et son vécu face à chaque malade atteint de troubles cognitifs ?

2.2.1.2 Concept d'«environnement »

Le concept « environnement » est un élément central de la discipline infirmière (Chinn & Kramer, 2015). Il est très vaste et englobe plusieurs dimensions. Par exemple, la définition de l'OMS de «santé environnementale», proposée en 2007, souligne l'importance des facteurs physiques, chimiques, biologiques, sociaux et psychosociaux de l'environnement.

Paterson et Zderard (1976/2007, 1988) divisent l'environnement du patient en deux parties : une partie subjective qui est propre à une personne soignée et une partie objective qui englobe la situation, l'endroit et les participants à la situation.

Roy (1988) définit l'environnement comme un ensemble de facteurs et de circonstances qui influencent le comportement de la personne. Pour lui, le comportement est considéré comme un outil adaptatif.

Selon Newman, Smith, Pharis et Jones (2008) et Rogers (1990) les concepts de « personne » et d'« environnement » sont indissociables. La personne et la famille font partie de l'environnement et ils changent ensemble de façon imprévisible.

Du point de vue de la démence, le concept d'« environnement » semble très important. La modification de l'environnement peut être un facteur stressant pour une personne souffrant de démence, car elle n'est plus capable de reconnaître ses repères et de s'adapter aux changements. Dès lors les troubles cognitifs influencent-ils les mécanismes d'adaptation, peuvent-ils provoquer des réactions comme l'incompréhension ou l'agressivité ?

2.2.1.3 Concept de « santé »

La définition de la santé de l'OMS proposée en 1946 déclare que la santé est « un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ».

Chinn et Kramer (2015) indiquent que la santé d'une personne est le but des soins infirmiers. Pour Roy (1988) la santé est considérée comme « une réponse adaptative cohérente ».

Les notions de santé, de personne et d'environnement sont souvent présentées comme étant reliées entre elles. « La santé résulte d'une interaction constante entre l'individu et son milieu » (Herve, 2012). Par exemple, plusieurs auteurs (Newman et al. 2008; Rogers, 1990; Pepin et al., 2017 ; Watson, 2007) perçoivent la santé comme une expérience qui englobe la personne, la famille et l'environnement. Ils soulignent que la santé, comme la maladie, sont des processus de changement qui enrichissent l'expérience d'une personne.

En résumé, la santé ne peut pas être considérée comme une absence de maladie, mais elle est plutôt une expérience, un équilibre, une possibilité d'adaptation.

A la lumière de ces définitions, et en considérant que la santé est une expérience unique et subjective (Rogers, 1990), nous nous demandons si une personne démente est en bonne santé ? Est-elle en bonne santé physique ou psychique? A-t-elle intégré qu'elle souffre de troubles cognitifs ?

Après avoir étudié les bases théoriques du concept de « santé », les auteures de ce travail ont posé les questions suivantes : Est-ce qu'une personne démente est en bonne santé ? Est-elle en bonne santé physique ou psychique ? Réalise-t-elle qu'elle a des troubles cognitifs ? Pour trouver les réponses aux questions posées, il est important de souligner que la santé est une expérience unique et subjective (Rogers, 1990).

2.2.1.4 Concept de « soins »

Selon le dictionnaire de soins infirmiers, les soins sont définis comme « l'ensemble de connaissances, de compétences et de techniques relatives à la conception et à la mise en œuvre d'actes infirmiers. Ils ont pour but de répondre aux besoins de santé d'une personne et/ou d'une collectivité ».

Le processus de soins est étroitement lié au processus d'aide. Il représente les relations entre une infirmière et un autre individu. Tandis que le médecin est plutôt concentré sur les interventions pharmacologiques et chirurgicales, les soins infirmiers sont centrés sur les relations interpersonnelles (Chinn & Kramer, 2015).

Les soins infirmiers ont pour objectifs de soulager les symptômes, diminuer la souffrance et favoriser l'autonomie d'une personne (Daydé et al., 2014).

De nombreux auteurs (Roy, 1988 ; King, 1968 ; Levin, 1967), Newman et al., 2008), envisagent les soins comme un accompagnement qui permet à

une personne de s'adapter à son environnement, d'enrichir son expérience en utilisant son potentiel (Pepinwt al., 2017).

La question des soins dans la situation de démence semble très importante. Quelles connaissances théoriques et pratiques, quelles compétences doit avoir le soignant pour diminuer les conséquences de l'hospitalisation ? Grâce à quels moyens l'infirmière peut-elle diminuer l'angoisse, prévenir l'agressivité, préserver l'autonomie et aider une personne démente à se sentir plus en sécurité et éviter les complications liées aux troubles cognitifs ?

En résumé, les concepts les plus importants de la discipline infirmière ne peuvent pas être présentés ou étudiés séparément. Ce sont les parties interdépendantes d'un système. Ils se développent ensemble et s'influencent l'un l'autre. Les notions de personne, d'environnement, de santé et de soins infirmiers se sont la base fondamentale de la démarche clinique infirmière (Jovic & Formarier, 2012). Pour cette raison l'infirmière, dans tous les domaines, doit comprendre le sens de ces concepts afin d'éclairer sa pratique professionnelle.

2.2.2 Les savoirs infirmiers

Le savoir peut se définir de plusieurs façons. Selon Larousse, le savoir c'est « avoir des connaissances étendues et approfondies, avoir une grande expérience ». Au sens commun du terme, le savoir peut aussi se définir comme une somme de connaissances d'un individu, acquises par l'étude,

l'apprentissage ou la pratique (Legendre, 2005). Dans le contexte des soins infirmiers, « le terme savoir fait référence aux manières de percevoir et de comprendre le soi et le monde » (Chinn & Kramer, 2015). Son application permet d'augmenter la qualité de soins dans la pratique. Dans la discipline infirmière, il existe 4 modes de savoirs : le savoir personnel, le savoir esthétique, le savoir éthique et le savoir empirique (Carper, 1978).

2.2.2.1 Savoir personnel

Le savoir personnel est la compréhension intellectuelle ou intuitive du comportement propre du soignant et de sa façon d'agir face à chaque situation de soins. Il permet de devenir, en tant que soignant, un être unique conscient et authentique qui se construit tout au long de la vie. « Le savoir personnel englobe la connaissance de son propre soi ainsi que de la connaissance du soi par rapport aux autres » (Carper, 1978, p. 18). Lors d'interactions, la conscience de soi rend possible « une expérience humaine significative et partagée » (Chinn & Kramer, 2015).

Dans un contexte où une personne souffre de démence, est-il important pour le soignant de connaître ses propres représentations relatives aux troubles cognitifs, à la qualité des soins, à l'autonomie ou au vieillissement ?

Les patients souffrant de démence sont en état de vulnérabilité et manquent souvent d'autonomie dans les Activités de la Vie Quotidienne (AVQ). Il arrive parfois que ces personnes soient contentionnées dans le but de garantir leur sécurité. Comment apprendre à connaître ses propres émotions

face à des situations parfois difficiles afin d'accomplir une prise en charge congruente et authentique ?

2.2.2.2 Savoir esthétique

Le savoir esthétique en soins infirmiers est la capacité d'apprécier la signification d'une situation et faire appel à des ressources créatives afin de la transformer en quelque chose de réel (Pepin et al., 2017). « Le savoir esthétique permet d'aller au-delà de la surface pour comprendre le sens d'un moment et se connecter aux expériences humaines qui sont uniques pour chaque personne : la maladie, la souffrance, le rétablissement, la naissance et la mort ». Ce savoir est plutôt une expression artistique qui démontre une compréhension de l'autre. Il s'exprime à travers les actions, les attitudes, les interactions de l'infirmière avec les autres, la beauté d'un geste, les histoires, la poésie ou encore la musique (Chinn & Kramer, 2015).

Après d'une personne souffrant de démence, le savoir esthétique est très présents. Les personnes atteintes de troubles cognitifs le sont parfois dans leurs communications verbales. Le discours de ces patients peut être incohérent. Dès lors, quelles sont les caractéristiques essentielles d'une communication appropriée dans l'accompagnement de la personne ? Et comment le soignant peut-il s'exprimer de manière créative pour une compréhension optimale des besoins de la personne et trouver un mode de compréhension commune, en vue d'assurer une qualité de soins optimale ?

2.2.2.3 Savoir éthique

Le savoir éthique fait référence à la composante morale des soins infirmiers. Cette connaissance va au-delà de l'application des normes et des codes de conduite. Il s'agit de porter un jugement sur des situations de soins en se questionnant sur ce qui est juste et bon à faire. « Le savoir éthique guide et oriente le comportement moral des infirmières dans leur pratique ». Il répond aux questions suivantes : qu'est-ce que le soignant définit comme étant important ? Où se situe sa loyauté et quelles sont les priorités à défendre ? (Chinn & Kramer, 2015). Cela lui permet de prendre des décisions éclairées (Pepin et al., 2017).

Étant donné la grande vulnérabilité des personnes atteintes de troubles cognitifs et dont la capacité de discernement est altérée, la notion éthique est centrale. Si une mesure de contention doit être imposée à un patient pour sa propre sécurité, il paraît utile de s'interroger sur certains points importants, comme par exemple : Comment cette décision doit être prise ? Doit-elle être prise en examinant les bénéfices-risques de manière éthique ? Comment l'infirmière peut-elle prendre des décisions justes et faire en sorte de respecter et défendre le droit de la personne ? Et comment l'infirmière peut-elle respecter en permanence les principes de la bienfaisance et de la non-malfaisance ?

2.2.2.4 Savoir empirique

Le savoir empirique se base sur les recherches scientifiques, l'observation, l'exploration, la description et l'explication de phénomènes (Pepin et al., 2017). Dans la pratique, le savoir empirique s'exprime par le biais d'interventions concrètes fondées sur des connaissances scientifiques. L'infirmière est appelée à questionner sa pratique et à remettre en question ses actions sur la base de savoirs issus de la recherche (Chinn & Kramer, 2015).

En travaillant auprès d'une personne souffrant de démence, l'infirmière doit être capable de posséder des connaissances pharmacologiques, physiologiques, relationnelles et psychiatriques de manière à assurer la qualité des soins. À partir de ce constat, quelles sont les meilleures méthodes pour se renseigner sur les nouvelles approches thérapeutiques ou de communication ? Comment les mettre en pratique dans un contexte de soins de manière optimale ?

Il est apparu que la prise en charge des personnes atteintes de démence demandait des compétences particulières, notamment en communication. Il serait intéressant que le soignant se questionne sur ses compétences en communication avec cette population. Comment bien évaluer les besoins de ces personnes ou comment ne pas être maltraitant ? Les membres du groupe trouvent ces questionnements pertinents à développer dans la suite de ce travail.

2.2.3 Revue exploratoire de littérature

La revue exploratoire a pour objectif de préciser la problématique en recherchant des données pertinentes sur la thématique retenue.

Tout d'abord, les auteures de ce travail ont trouvé important de clarifier plus précisément la notion de démence et d'établir des liens avec la maladie d'Alzheimer. Le mot « démence » provient de latin « de-ment » qui signifie «, quelqu'un qui a perdu son esprit ». Selon la définition de l'OMS, une démence est une affection des fonctions cognitives cérébrales de la mémoire, du langage, de la perception et de la pensée. Une des formes les plus fréquentes de la démence est la maladie d'Alzheimer qui serait à l'origine de 60-70% des cas (OMS, 2015). En ce qui concerne la définition de la maladie d'Alzheimer, une formulation proposée par Sachdev, Blacker, Blazer, Ganguli, Jeste et Paulsen (2014) semble la plus pertinente, car il se base sur les critères de DSM-V. « La maladie d'Alzheimer est une maladie neurodégénérative avec une apparition insidieuse et une progression progressive des déficits cognitifs. Dans un cas typique, le déclin de l'apprentissage et de la mémoire est une caractéristique précoce ».

Grâce à l'expérience théorique et pratique acquise durant la formation, les auteures de ce travail ont pu constater une prévalence de la démence dans la population âgée. Les données proposées par l'OMS ont confirmé cette observation. Même si la démence n'est pas une composante normale de vieillissement, cette pathologie touche 1% des personnes âgées de 65 ans à

69 ans, 20% des personnes ayant entre 85 ans et 89 ans, et 40% des personnes ayant entre 90 ans et 95 ans (OMS, 2015). Il est important de montrer les prévisions de l'OMS selon lesquels en 2030 le monde comptera 50 millions d'individus atteints de démence, ce chiffre triplera en 2050 et avoisinera 82 millions.

Après avoir constaté une progression du problème liée à la maladie d'Alzheimer au niveau mondial, il est intéressant de clarifier la situation en Suisse. Les auteures ont consulté les données de l'OFSP et de l'Association Alzheimer Suisse. Leurs données s'appuient sur une étude d'Alzheimer Europe, car une recherche épidémiologique complète sur la fréquence des pathologies de la démence en Suisse n'existe pas. Selon cette étude 128'200 personnes atteintes de démence vivent actuellement en Suisse, chaque année 30'400 nouveaux cas sont enregistrés. D'ici 2045, 268'600 personnes pourraient être atteintes de cette pathologie.

Ces chiffres nous ont fait prendre conscience que le problème de démence prend de plus en plus place aux niveaux mondial et suisse.

Il est important de souligner que L'OMS a fait de la démence une priorité de santé mondiale (OMS, 2017). Concernant la Suisse, à partir de 2014 la Confédération a mis en œuvre une stratégie nationale en matière de démence. La confédération veut notamment proposer des « offres adaptées au besoin ». Le but étant d'offrir des soins flexibles, de qualité et adaptés aux besoins des personnes souffrant de démence et cela tout au long de la prise en charge (OFSP, 2016).

Dans le canton du Jura, une planification nommée « Médico-sociale 2022 » est adoptée par le Gouvernement jurassien en 2011 déjà. Le but est de créer des lieux de vie pour les personnes souffrant de démence, d'inventer des structures intermédiaires permettant de les accueillir au mieux, de mettre en place des prestations liées au maintien à domicile (République et Canton du Jura, 2009; République et Canton du Jura, 2011). Citons, par exemple, dans le domaine hospitalier, une unité de soins subaigus, l'Unité Hospitalière de Psychogériatrie (UHP), qui est spécifiquement destinée aux personnes souffrant de démence et ayant besoin d'une prise en charge hospitalière. L'approche y est biologique, psychologique et sociale. L'UHP offre également des thérapies complémentaires telles que l'ergothérapie ou la musicothérapie. (Hôpital du Jura, 2020).

Au cours d'une expérience en stage pratique en Unités de Gériatrie et Réadaptation (unité de soins subaigus), une des auteures du groupe a pu constater que les soignants utilisaient des méthodes de communications spécialement adaptées aux personnes présentant des troubles de la démence. Par exemple, des approches visant à personnaliser l'environnement des patients et à respecter les habitudes de vie des personnes étaient souvent mises en place pour accroître la qualité de vie. Il serait intéressant de savoir si ces pratiques ont un impact réel sur la qualité de vie des patients et si elles peuvent être mises en place dans un contexte de soins aigus.

Du fait que le nombre de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer (OMS, 2015) – et probablement le nombre d'hospitalisations – augmentent

chaque année, les auteures de ce travail se sont demandées si le système de santé suisse est capable de rester toujours efficace dans ces conditions. Sous la notion « efficace » le groupe de travail comprend : la qualité des soins, le nombre de personnel suffisant et l'excellence de la formation du personnel.

Selon la compréhension des auteures, un des buts du travail de l'infirmière est de garantir des soins de bonne qualité. Il semble important de définir ce terme. Ainsi, selon Durieux (1997), « la qualité est un ensemble de caractéristiques d'une entité qui lui confèrent l'aptitude à satisfaire des besoins exprimés ou implicites. Le terme n'est pas utilisé pour exprimer un degré d'excellence dans un sens comparatif ». Suivant cette définition, les membres du groupe du travail se sont intéressés à savoir si les services hospitaliers sont suffisamment adaptés pour répondre aux besoins des personnes atteintes de démence ?

Grâce aux expériences des stages de formation, les auteures ont constaté que les soins aux personnes atteintes de démence en milieu hospitalier représentent un défi pour les professionnels. Il est difficile d'évaluer les besoins des patients atteints de la maladie d'Alzheimer, de pouvoir leur expliquer les particularités des soins et de trouver le temps nécessaire pour assurer une meilleure qualité de soins.

L'entrevue avec la cheffe de l'unité de chirurgie de l'Hôpital du Jura de Delémont a aidé à mieux comprendre les particularités et les exigences de l'hospitalisation d'une personne souffrant de démence dans un contexte aigu. Cette entrevue a mis en évidence quelques points essentiels de la prise en

soins. Les recherches dans la littérature scientifique ont permis d'obtenir une vision plus complète sur certains points concernant l'hospitalisation d'une personne présentant des troubles cognitifs.

En premier lieu, il a été important de comprendre si des protocoles ou des directives liées à l'hospitalisation d'un patient souffrant de démence sont présents. Durant cette discussion, la cheffe de l'unité de chirurgie a affirmé qu'il n'existe pas de protocole pour prendre en charge les personnes atteintes de démence à l'Hôpital du Jura. Néanmoins plusieurs études montrent l'importance d'élaborer des lignes directrices fondées sur des preuves focalisées sur la démence pour permettre aux professionnels de la santé de mieux répondre aux besoins de ces patients en contexte aigu (Hu, Liao, Chang, Wu, & Chen, 2012; Hynninen, Saarnio & Isola, 2015a, 2015b; Rantala, Kankkunen, Kvist, & Hartikainen, 2014; Seitz, Gill, Gruneir, Austin, Anderson, & Bell, 2014).

Pour augmenter la qualité des soins des patients souffrants de troubles cognitifs au sein de l'Hôpital, la cheffe de l'unité de chirurgie est d'avis qu'il faudrait pouvoir renforcer les équipes et que le personnel soignant devrait suivre d'avantage de formations en psychogériatrie. Krupic, Eisler, Skoldenberg et Fatahi (2016) soulignent la nécessité d'une formation spécifique pour améliorer les techniques de communication des professionnels en cas de démence.

Les auteures de ce travail se sont en outre intéressées aux solutions pour améliorer le séjour d'une personne souffrant de démence dans le contexte

aigu. La cheffe de l'unité de chirurgie a précisé que la prise en charge des personnes présentant des troubles cognitifs demande de mobiliser des savoirs que le personnel soignant n'a pas l'habitude d'utiliser en temps normal. Étant donné qu'ils connaissent les risques (chutes, confusion, perturbations spatiotemporelles), les soignants sont plus attentifs et adaptent leur manière de travailler. Ils font par exemple davantage de passages dans les chambres afin de vérifier l'état d'agitation des patients. Krupic et al. (2016) affirment aussi que les infirmières doivent souvent consacrer plus de temps à la planification et à la prestation de soins aux patients atteints de démence.

La qualité des soins dépend de plusieurs aspects. Il est important de trouver un équilibre pour respecter tous les critères de soins (sécurité, efficacité, confort, éthique et esthétique) (CHUV, 2020). Cette tâche semble encore plus difficile à effectuer en cas de soins réalisés auprès des patients souffrant de démence. Parfois, au sein de l'Hôpital de Jura, le personnel soignant a des décisions éthiques à prendre comme l'utilisation de contention qui assure la sécurité, mais qui peut limiter l'autonomie. Rantala et al. (2014) estiment que l'utilisation de moyens de contention ou de sédatifs est souvent pratiquée dans les circonstances où la personne atteinte de démence devient confuse, anxieuse et agitée. Le but de cette application est d'assurer la sécurité des patients. Ces moyens soulèvent évidemment un dilemme éthique, car leur utilisation assure la sécurité, mais restreint l'autonomie. Le but des contentions est de prodiguer des soins sécuritaires (bienfaisance et non-malfaisance) pour aider la personne à obtenir ce qui lui est bénéfique et le protéger contre ce qui

pourrait lui nuire, menacer sa sécurité ou mettre sa vie en danger (ASI-SBK, 2007).

Pour améliorer la prise en soins particulière des patients souffrant de démence, l'équipe de l'Hôpital du Jura essaie de comprendre et prendre en compte les besoins spécifiques de ces personnes. Cette approche semble intéressante à développer dans le cadre de ce travail. En règle générale, la prise en soins des patients présentant un troubles cognitifs se fait au cas par cas, en fonction du recueil de données et du feeling. Par exemple, le recueil de données occupe une place centrale pour la qualité des soins. L'implication de la famille est essentielle afin de recueillir des informations utiles sur les habitudes de vie des personnes. Krupic et al. (2016) relèvent l'influence positive de la famille dans un processus de soins. Les membres de la famille apportent un confort et un soutien important à leurs proches. Ils détectent parfois des changements subtils de leur état et les signalent au personnel infirmier.

Par la suite, les questions en lien avec les réactions émotionnelles des personnes souffrant de démence et leur gestion au milieu hospitalier ont été posées. L'entrevue a confirmé l'opinion du groupe de ce travail que l'angoisse, la confusion et l'agitation sont particulièrement accrues chez les personnes souffrant de démence durant leur séjour à l'hôpital. Plusieurs auteurs (Moyle, Olorenshaw, Wallis, & Borbasi, 2008) affirment que l'environnement hospitalier peut être une source de confusion et de désorientation pour les personnes atteintes des troubles cognitifs. Selon Bynum, Rabins, Weller,

Niefeld, Anderson et Wu (2004) ; Dewing et Dijk, (2016) ; Sampson, White, Leurent, Scott, Lord, Round, et Jones et al. (2014) l'hospitalisation augmente les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence.

De plus, l'environnement hospitalier engendre de l'angoisse et de l'agitation chez la personne souffrant de démence. Les auteures de ce travail se sont demandées si la douleur pouvait provoquer les mêmes réactions ? Selon Krupic et al. (2016) ; Rantala et al. (2014), les patients qui ne sont pas en mesure de signaler verbalement la douleur peuvent présenter des changements de comportement tels que l'agitation. Il est essentiel de souligner que la douleur postopératoire est associée à des complications tel qu'un séjour à l'hôpital prolongé. La douleur va s'exprimer différemment chez les personnes souffrant de démence. Durant les PFP, les membres du groupe ont remarqué qu'elle se manifeste par des mimiques sur le visage, par des changements de position, par de l'agitation ou par le fait que la personne voudra toucher son pansement ou retirer son drain. Les recherches publiées par les auteurs Dewing (2009), Elliot et Adams (2011), Heath, Sturdy et Wilcock (2010) ont prouvé que le personnel ne parvient pas à interpréter la communication comportementale des personnes atteintes de démence, comme moyen d'exprimer un besoin non satisfait, souvent lié à la détresse et à la peur. Souvent l'agitation était considérée comme un comportement « perturbateur », même si les patients tentaient d'exprimer la douleur et la soif.

Ces faits ont mené les auteures à se questionner sur les moyens qui permettraient d'atténuer la douleur et l'agitation qui lui est associée dans le

contexte de soins aigus. Dans l'unité de chirurgie de Delémont la médication est régulièrement appliquée afin de calmer les angoisses et l'algie des patients. Est-ce que l'administration des médicaments contre la douleur est suffisante pour une personne qui n'arrive pas à exprimer correctement ses sensations et ses besoins ? Les chercheurs Jensen-Dahm, Palm, Gasse, Dahl et Waldemar (2016) ont étudié l'administration des antidouleurs aux patients atteints de fracture de la hanche avec et sans trouble de la démence. Ils ont constaté que la dose totale d'opioïdes et de paracétamol au cours des 2 à 3 premiers jours postopératoires était plus faible pour les personnes atteintes de démence. Rantala et al. (2014) soulignent que les infirmières ont souvent exprimé des difficultés à évaluer la douleur, en raison de problèmes de communication associés au déclin cognitif. Ces informations ont montré aux auteures de ce travail que les antidouleurs sont efficaces. Néanmoins, la communication, difficile en cas de démence, ne permet pas aux professionnels d'évaluer correctement les besoins de patient.

Ensuite, les membres du groupe ont travaillé l'hypothèse selon laquelle l'angoisse et la douleur mal évaluée provoquent un état d'agitation chez une personne souffrant de démence. La médication sédatrice semble être une solution pour assurer la sécurité d'un patient souffrant de démence. Les recherches dans la littérature scientifique montrent aux auteures que cette application contient plusieurs restrictions. Par exemple, il a été prouvé que les benzodiazépines et les antipsychotiques augmentent le déclin cognitif (Bierman, Comijs, Gundy, Sonnenberg, Jonker, & Beekman, 2007) et

influencent la mortalité (Maher, Maglione, Bagley, Suttorp, Hu, & Ewing, 2011). Le citalopram semble être efficace, mais il a des effets secondaires cardiaques (Porsteinsson, Drye, Pollock, Devanand, Frangakis, & Ismail, 2014). Le groupe de travail se pose la question si ce traitement ne peut pas être remplacé par d'autres réponses plus adaptées à cette population.

Étant donné que l'angoisse est souvent liée à l'hospitalisation d'une personne souffrant de démence, les auteures ont décidé d'étudier de manière plus approfondie cette question dans leur travail. Le problème de la gestion de l'angoisse et de l'agitation semble très pertinent. Les solutions comme les médicaments sédatifs, les moyens de contention ont été cités dans ce chapitre. Compte tenu que l'application de ces méthodes restreint l'autonomie de la personne soignée, le groupe de travail a décidé d'étudier d'autres approches utilisées par les soignants afin de garantir la qualité de soin.

En dehors des traitements médicamenteux et des moyens de contention, quels sont types de prise en soins qui tendent à améliorer la qualité de vie, à atténuer les troubles du comportement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ?

Par exemple, Hynninen et al. (2015) trouvent important de créer une atmosphère positive pour faciliter l'engagement des patients dans le processus de soins. Le maintien d'un environnement calme grâce à la limitation du personnel autour du patient et le contact visuel lors de la communication ont été mis en place pour améliorer un échange en cas de démence (Hynninen et al., 2015; Krupic et al., 2016). L'introduction des objets personnels dans

l'environnement d'un patient souffrant de démence aide à créer un effet calmant lors d'un séjour dans un contexte aigu (Krupic et al., 2016).

L'organisation Alzheimer Suisse estime que les thérapies non médicamenteuses complétées par un traitement médicamenteux permettent d'atténuer les symptômes et d'améliorer la qualité de vie. Cette approche semble bénéfique pour une personne atteinte de la maladie, car elle aide à diminuer le stress, à améliorer l'humeur, à atténuer les symptômes comportementaux, et ensuite à réduire de façon significative le recours aux calmants ou aux mesures de contention. De plus, des effets positifs ont été observés par les soignants. L'application de ces méthodes favorise le bien-être, augmente la confiance en soi et l'initiative personnelle et diminue le stress chez les soignants (Association Alzheimer Suisse, 2011).

Les approches centrées sur l'utilisation des thérapies non pharmacologiques ou les méthodes de communication spécifiques semblent intéressantes à développer pour les auteurs de ce travail (Weitzel, Robinson, Barnes, Berry, Holmes, Mercer et al., 2011). Il existe de multitudes thérapies non pharmacologiques, telles que l'aromathérapie, la musicothérapie, les techniques de communication, les massages, les chariots sensoriels, les espaces Snoezelen et les techniques de psychothérapie. Pour ce travail, les membres du groupe ont pensé qu'il leur était impossible d'étudier toutes les méthodes non pharmacologiques.

Il a donc décidé de se focaliser plus particulièrement sur les techniques de communication verbale et non verbale. La revue exploratoire a permis

également de se questionner sur les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence, plus précisément sur l'angoisse, l'anxiété et l'agitation. Durant les recherches, il a été constaté que certains auteurs ont suggéré qu'il y avait une relation entre agitation et anxiété. Chez les sujets âgés déments, l'agitation pourrait être l'expression d'un trouble anxieux généralisé (Mintzer, Brawman-Mintzer, & Mirski, 2000). Étant donné que les comportements d'agitation peuvent être interprétés comme un trouble anxieux, les auteures ont pensé qu'il serait utile d'étudier l'angoisse et l'anxiété plus en détail pour la suite de son travail. Les réflexions menées ont ainsi permis de faire émerger la question de recherche suivante :

« En quoi la communication verbale et/ou non verbale participe-t-elle à pd'Alzheimer dans un contexte hospitalier ? »

2.2.4 Précision des concepts retenus

Après avoir étudié la littérature liée à la question clinique, les membres du groupe ont décidé de développer plus précisément les concepts suivants: la démence de type Alzheimer ; la communication, la communication dans la maladie Alzheimer ; l'anxiété et la relation d'aide.

2.2.5 Perspectives

Le travail de la revue exploratoire nous a permis de mieux comprendre les problèmes liés à l'hospitalisation des sujets souffrant de démence. Comme indiqué précédemment, les séjours en soins aigus des personnes atteintes de

troubles neurocognitifs peuvent engendrer une perte de repères occasionnant de l'anxiété et de l'agitation (Weitzel et al., 2011). Le groupe de travail s'est donc concentré plus particulièrement sur ces troubles anxieux des personnes atteintes de démence, car :

« Chez les sujets âgés avec une démence, la présence de symptômes anxieux a des conséquences majeures : elle est associée à une moins bonne qualité de vie, à davantage de troubles du comportement, à davantage de limitations fonctionnelles, à une réduction des AVQ, à une moins bonne santé physique, à des troubles du sommeil et à de moins bonnes performances cognitives globales (Roblin & Gallarda, 2014). »

L'anxiété chez l'individu souffrant de troubles cognitifs impacte significativement la qualité de vie. De ce fait, une diminution du syndrome anxieux peut améliorer le bien-être de la personne. Grâce à une approche adéquate, l'impact négatif de l'anxiété sur les patients, sur les soignants et sur les proches aidants peut être réduit (Kwak, Yang, & Koo, 2017). La prise en soins de ces troubles dans un contexte hospitalier permettrait d'augmenter l'efficacité des soins, d'augmenter le bien-être de la personne et de limiter la durée du séjour à l'hôpital. Cela aurait comme avantage de minimiser les impacts négatifs de l'hospitalisation et accessoirement de diminuer les coûts.

Afin de réduire l'anxiété chez les sujets atteints de démence, les auteures de ce travail se sont concentrées sur les techniques de communication afin de mettre en évidence leurs bénéfices. Elles se demandent si une communication appropriée avec le sujet âgé atteint de démence permet de détecter les besoins effectifs de la personne et si elle permet de réduire l'angoisse ou l'anxiété de façon significative. Nous aimerions comprendre également

comment mettre en pratique de manière efficiente une communication adaptée aux personnes souffrant de troubles de la démence dans le cadre des soins aigus. Un des rôles infirmiers est celui de communicateur. Le soignant a pour but de :

« ...démontrer une attitude relationnelle professionnelle empreinte de respect, d'empathie, de congruence et d'authenticité, de créer et maintenir une relation de confiance avec les personnes soignées et leur entourage, de communiquer de manière claire, d'adapter son langage aux situations rencontrées et d'utiliser, à bon escient, différentes techniques d'entretien » (HES-SO, 2012). »

La communication relevant du rôle propre de l'infirmière, il a paru important aux auteures de se questionner et d'améliorer notre pratique de ce champ de compétences spécifique.

3 Chapitre 3 : Concepts et champ disciplinaire infirmier

3.1 Concept de démence de type Alzheimer

Avant d'aborder le concept de la maladie d'Alzheimer, il est important de s'attarder sur la notion de démence qui représente un des problèmes neurologiques les plus fréquents chez les aînés. Selon l'Association américaine des psychiatres, la démence est décrite comme « un syndrome insidieux et progressif caractérisé par des déficits multiples, parmi lesquels figurent nécessairement les troubles de la mémoire » (dans Voyer, 2013). Il distingue quatre principales démences : la démence de type Alzheimer (DTA), la démence à corps Lewy, la démence fronto-temporale et la démence vasculaire.

La maladie d'Alzheimer est une des formes la plus fréquentes de démence. Même si elle n'est pas une composante normale de vieillissement cette pathologie touche 1 % des personnes âgées de 65 ans à 69 ans, 20 % des personnes ayant entre 85 ans et 89 ans, et 40 % des personnes ayant entre 90 ans et 95 ans. (OMS, 2015).

L'histoire de la maladie d'Alzheimer débute en 1906. Un neurologue allemand Aloïs Alzheimer (1864-1915), en examinant sa patiente Augusta Deter, a associé ses symptômes à des lésions cérébrales spécifiques, aux plaques amyloïdes et à des dégénérescences neurofibrillaires. Durant quelques décennies, les études sur la maladie d'Alzheimer n'ont pas avancé. À partir des

années 1970, les progrès en médecine et un phénomène de vieillissement planétaire ont permis de découvrir plus précisément son origine, sa pathogenèse et ses symptômes (Fondation recherche Alzheimer, France).

Pour mieux comprendre la maladie d'Alzheimer, il est intéressant de détailler les mécanismes impliqués dans sa pathogenèse.

Une des premières hypothèses d'apparition de cette pathologie est liée à la cascade amyloïde. On estime qu'une accumulation de β -amyloïde formant des plaques séniles au niveau des neurones provoque une diminution de la communication entre neurones. Ce processus est défini comme une dégénérescence neurofibrillaire (Hardy & Higgings, 1992).

Les chercheurs Bateman, Xiong, Benzinger, Fagan, Goate, Fox et al. (2012); Muller, Winter & Graeber (2013) ont montré le lien entre l'hypothèse de cascade amyloïde et une mutation autosomique dominante (facteur génétique).

Selon les travaux de Braak et Del Tredici (2011); Nelson, Kukull, et Frosch (2010), la dégénérescence neurofibrillaire peut se développer bien avant l'accumulation de l'amyloïde. Ces changements sont liés à la multiplication de la protéine tau.

En 2017, une nouvelle hypothèse d'apparition de la maladie d'Alzheimer a été proposée par Sonntag, Ryu, Amirault, Healy, Siegel, McPhie et al. (2017). Les chercheurs soulignent que les deux phénomènes, le métabolisme mitochondrial anormal et l'augmentation de la glycolyse ne sont pas spécifiques à l'âge, mais plutôt à la maladie d'Alzheimer.

Selon les informations présentées, il est probable que la médecine n'a pas encore établi tous les mécanismes physiopathologies liés à la DTA. Mais il est important de mettre en évidence que les concepts actuels proposent une vision complexe du développement de la maladie. Plusieurs études montrent que les facteurs biologiques (génétiques), sociologiques (environnement familial, niveau d'éducation, niveau socioprofessionnel), personnels (hygiène de vie, régime alimentaire, activité physique), psychologiques (troubles anxieux, dépression) influencent fortement l'apparition et le développement de la démence.

Le terme de « maladie d'Alzheimer » est apparu pour la première fois dans le DSM-III publiée en 1987. Cette notion remplacera le terme « démence ». Dans la version suivante (DSM-IV) l'importance d'un déclin cognitif significatif par rapport au fonctionnement antérieur du patient a été mise en évidence comme un critère de diagnostic. Le DSM-IV change la notion de « démence » en troubles de la personnalité et l'associe à une affection cognitive (Amieva, Belliard, & Salomon, 2014).

La version la plus récente, le DSM-V introduit une nouvelle catégorie de troubles : les Troubles Neurocognitifs (TCN) légers et majeurs. Le but de ces nouveaux termes introduits est de permettre un diagnostic précoce de la maladie et d'adapter les interventions. La gravité de TNC peut être établie grâce à l'identification des domaines et sous-domaines de la fonction cognitive affectés (Sachdev et al., 2014). Les domaines englobent les fonctions cognitives suivantes : fonction exécutive, apprentissage et mémoire, langage,

cognition sociale, attention complexe, fonction motrice et perceptuelle (voir appendice A).

Voyer (2013) propose différents critères pour confirmer un diagnostic clinique de la DTA. En premier, la démence doit être établie par un examen clinique. En deuxième, la personne doit présenter au moins deux types de déficits des fonctions cognitives comme l'aphasie, l'apraxie, l'agnosie ou le déficit dans des fonctions exécutives (planification, organisation, capacité d'abstraction). En troisième, une perte progressive de la mémoire est obligatoire. La personne atteinte de la DTA ne manifeste pas d'altération de la conscience.

Le degré des manifestations de la DTA dépend de son évolution. Pour mieux comprendre l'état de gravité de la maladie, le médecin américain Barry Reisberg a inventé The Global Deterioration Scale (GDS). Cette échelle permet de montrer une évolution dès le stade 1, qui est caractérisé par l'absence de la déficience, jusqu'au stade 7, caractérisé par un déficit cognitif très sévère (Reisberg, Ferris, de Leon, & Crook, 1982). La description détaillée de chaque stade est présentée dans l'appendice B.

Il est évident que la prise en soins de la personne souffrant de démence est différente de la prise en soins habituelle. Grâce à cette échelle, les soins auprès d'une personne souffrante de la DTA pourront être de meilleure qualité.

Voyer (2013) définit les rôles infirmiers à l'égard d'une personne souffrant de démence de la manière suivante : promotion de la dignité humaine ; satisfaction des besoins ; surveillance de l'état de la santé ; prévention de la

détérioration des capacités cognitives ; accompagnement des proches ; communication ; gestion optimale des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD).

Les SCPD qui se manifestent plus tôt dans l'évolution de la maladie d'Alzheimer sont l'irritabilité, l'anxiété et la dépression. L'agression et l'errance se produisent plus tard (Bowler & Hachinski, 2003). Le concept « anxiété » sera détaillé dans un des chapitres suivants.

3.2 Concept de communication

La communication est un besoin fondamental de l'être humain. Dès la naissance, le nouveau-né va s'exprimer par des cris et des gestes afin de manifester ses besoins. Face aux manifestations de l'enfant, la mère va répondre par un geste et par un regard qui ont pour but d'entrer en relation avec lui, de le rassurer et de le comprendre. La communication a donc pour but dès le plus jeune âge de combler des besoins physiologiques et affectifs (Devito, Joseph, Chasse, & Vezeau, 2014). Les besoins d'appartenance et d'amour qui englobent la communication et les interactions sociales sont d'ailleurs placés au troisième rang de la pyramide de Maslow (Maslow, 2008). D'après Deci et Ryan (2000), le besoin de construire des liens avec autrui serait inné.

Selon Larousse, la communication est l' « action de communiquer avec quelqu'un, d'être en rapport avec autrui. » C'est un « échange verbal entre un locuteur et un interlocuteur » (Larousse). La communication peut prendre

plusieurs formes. Elle peut être verbale ou non verbale. Selon Albert Mehrabian, la communication se divise en trois vecteurs. La *communication verbale* qui représenterait environ 7 % de la communication totale. La *communication vocale* qui englobe la variation du volume, du débit et du timbre de la voix exprimerait environ 38 %. En dernier, il y aurait la *communication non verbale* qui définit, la posture, les gestes, les mimiques, les expressions du visage, le regard, le toucher et les attitudes innées ou acquises, qui représente les 55 % restant (Mehrabian & Wiener, 1967).

La communication est une interaction. En latin le mot « Inter » signifie « entre, exprimant la réciprocité ou l'action mutuelle » (Larousse). Il existe un modèle de communication interpersonnelle qui décrit l'interaction comme un transfert de messages composés de signes entre un émetteur et un récepteur, au travers d'un canal de manière simultanée (Schramm, 1970).

Afin d'interagir, l'homme va utiliser la communication verbale et non verbale. Le langage verbal est une structure de signes qui est utilisée pour décrire une réalité (Devito et al., 2014). L'être humain utilise donc les signes verbaux pour communiquer. La communication verbale permet d'exprimer aux autres les ressentis et les pensées, de parler de sujets abstraits comme de la mort ou des émotions, d'exprimer des besoins de tous les jours, mais aussi d'exprimer des codes écrits, lettres, chiffres ou symboles (Delamarre, 2014). « La communication verbale se fonde sur un langage commun » que les différents membres de la communauté connaissent (Strubel, Samacoits, Sainson, Burlan, & Maurin, 2007).

Il existe aussi un langage non verbal également appelé langage analogique. Il se compose de gestes, de mimiques, de sourires, ou de haussements de ton de voix. La communication non verbale est une composante importante des relations interpersonnelles puisqu'elle représenterait 60% des échanges (Burgoon, Buller, & Woodall, 1996), un chiffre qui rappelle les résultats de Mehrabian et Wiener (1967). Il existe plusieurs canaux de communication non verbaux comme la posture qui donne la possibilité d'exprimer une position ou une attitude. Certaines postures peuvent exprimer un dégoût ou une douleur. Tourner le dos indiquera, par exemple, un refus de communiquer. Les gestes, eux, permettent parfois de renforcer un message, par exemple, en montrant un objet, ou de réguler une interaction en hochant la tête en signe d'approbation. Ils sont également des révélateurs émotionnels. Les mimiques peuvent quelquefois renforcer un message et même le remplacer (Devito et al., 2014). Selon Ekman (1967), les mimiques seraient les principaux vecteurs d'émotion tels que la peur, la colère ou la joie et le mouvement du corps signifierait leurs puissances. Le visage est également capable de révéler les six émotions de base : la tristesse, la joie, la colère, le dégoût, la peur et la surprise (Ekman, 1982), mais grâce aux modulations de la bouche, de la mâchoire ou du front, le visage est à même d'exprimer une multitude d'autres états d'âme : l'inquiétude, l'amusement, la douleur, le questionnement, etc.

Un autre canal de communication est le regard qui permet de signaler l'intensité des émotions (Argyle, 1989). Pour Snyder, Grether et Keller (1974)

« dans une relation d'aide, les aidants accordent plus facilement leur appui aux personnes qui les regardent qu'à celle qui ne les regarde pas ».

Un des premiers canaux de communication est le toucher. Il est probablement la première forme de communication (Montague, 1971). Le fœtus peut être stimulé par le toucher même dans le ventre de sa mère par une méthode nommée haptonomie (Devito et al., 2014). Le toucher est une porte d'entrée pour instaurer une relation de confiance. Dans le domaine des soins, le toucher intentionnel participe à la relation soignant-soigné. Il permet d'entrer dans la zone intime de la personne (Bonneton-Tabaries, 2009).

Le paralangage tel que l'intonation, le rythme et le ton de la voix est également une forme de communication. Toute variation de voix comporte un message et elle peut accompagner les pleurs, les chuchotements ou les gémissements (Argyle, 1988).

Le silence participe aussi à la communication et il arrive qu'il soit le résultat de l'anxiété, de la timidité ou de la menace. Il peut, comme les mimiques ou comme le visage, révéler des réactions émotionnelles (Ehrenhaus, 1988).

L'environnement direct de la personne, comme l'aménagement d'une pièce et les éclairages, joue un rôle dans la communication, et peut influencer les relations interpersonnelles (Devito et al., 2014).

La communication verbale et non verbale sont complémentaires et elles sont à même de révéler un spectre large d'émotions et notamment l'anxiété. Pour le soignant la communication est centrale pour répondre aux besoins du

patient et pour garantir la qualité des soins. « Par son entremise, nous arrivons mutuellement à saisir et à comprendre les intentions, les opinions, les sentiments et les émotions ressenties par l'autre personne, et selon le cas, à créer des liens significatifs avec elle » (Phaneuf, 2002).

3.3 Concept de communication dans la maladie d'Alzheimer

Les fonctions cognitives d'une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer vont décliner avec l'évolution de la maladie. Cette diminution des capacités cognitives est une conséquence de la dégénérescence neuronale. Alors des troubles de la compréhension, de l'expression orale ou l'aphasie entraînant des ruptures de discours apparaîtront petit à petit (Ska & Duong, 2005).

Les compétences communicationnelles des personnes atteintes dépendraient du type de démence et de son stade d'évolution. La maladie d'Alzheimer est caractérisée par une perte du vocabulaire. C'est-à-dire, que les patients ont besoin de rechercher leurs mots pour s'exprimer, ce qui provoque des difficultés de compréhension. (Orange & Ryan 2000).

Plus la maladie d'Alzheimer s'installe, plus les troubles du langage apparaîtront et conduiront à terme à l'incapacité à communiquer verbalement. Effectivement, cela aura comme conséquence une difficulté pour le malade d'exprimer ses besoins, puis, pour ses proches et le personnel soignant, d'y répondre. Avec la progression de la maladie, l'utilisation des stratégies de

communication spécifiques à la démence devient nécessaire (Harwood et al., 2018).

En effet, chaque comportement du patient comporte un sens et est une forme de communication. La personne peut indiquer des besoins non satisfaits à travers des attitudes non verbales, telles que des vocalises répétées, des changements de ton de voix ou de rythme de la parole, signalant par exemple la douleur, la faim, la soif (Zembrzuski, 2019). L'entourage est souvent contraint d'interpréter les besoins du malade en s'appuyant sur les comportements non verbaux de celui-ci (Schiaratura, 2008). Si la fonction du langage s'appauvrit au fil de l'avancée de la maladie, les gestes, les postures, les mimiques et le contact visuel persistent (Feyereisen, 1993). « On observe même que les déficits langagiers s'accompagnent d'une augmentation des actes non verbaux » (Rousseau, 1995).

Lorsque le malade se trouve à un stade avancé de la pathologie, il a été constaté que la personne souffrant de démence exprime de la tristesse lors du départ de la famille en visite (Magai, Cohen, Gomberg, Malatesta, & Cluver, 1996). Certaines études montrent une détérioration de la reconnaissance des expressions faciales (Hargrave, Maddock, & Stone, 2002) et, de façon plus importantes, des expressions de tristesse et de peur (Henry et al., 2008). Il existe aussi une moins bonne distinction entre la compréhension des expressions de joie et de tristesse (Kohler, Anselmo-Gallagher, Bilker, Karlawish, Gur, & Clark, 2005). Malgré quelques pertes, les personnes

souffrant de la DTA continuent à émettre des messages non verbaux et réagissent avec les autres.

Une communication efficace est essentielle pour assurer une prise en soins de qualité des patients atteints de la maladie d'Alzheimer. Selon Orange et Ryan (2000) l'efficacité de la communication dépend des plusieurs facteurs, tels que : le langage, la cognition, l'expression verbale et non verbale ; le sens, l'environnement, les médicaments, la conversation, l'éducation, les émotions, le sexe, la culture, le rôle social, la perception et les attitudes.

Il paraît de plus important de comprendre les comportements du patient lors des soins et d'y répondre de manière optimale afin d'augmenter la qualité des prestations et le bien-être des personnes atteintes de troubles cognitifs. Le but de cette communication est de soutenir une transmission efficace de l'information, de diminuer l'incertitude et l'anxiété et de renforcer l'estime de soi de la personne atteinte de DTA (Harwood et al., 2018).

Évidemment, la communication avec les patients atteints de démence exige des connaissances de la part du personnel soignant. Il doit tenter de comprendre les besoins physiques ou psychosociaux que le patient veut lui signaler et trouver comment intervenir de manière appropriée.

Avant de prendre en soins une personne souffrant de démence, le soignant doit évaluer ses capacités linguistiques, ses modes de communication et les facteurs influençant la communication. Par l'observation et l'écoute, le personnel peut identifier les moyens de communication privilégiés de la personne, en y incluant les sens, auditifs, visuels, kinesthésiques et olfactifs et

ainsi comprendre quels sont les moyens de perceptions prédominants (Sampson, Vickerstaff, Lietz, & Orrell, 2017). De même, les informations reçues de la famille pourront être très utiles pour mieux comprendre les besoins d'une personne souffrant de démence, ses particularités de communication et de comportement (Zonsius, Cothran, & Miller, 2020). Lors d'échanges relationnels, il apparaît important d'appliquer différentes techniques de communication pour que le patient puisse comprendre les informations. Il est de même essentiel de prendre en compte les problèmes de mémoire à court terme, par exemple, en se présentant à chaque fois, en expliquant ses actions, en utilisant des questions courtes pour offrir des choix limités, autant de pistes que certains auteurs proposent pour une meilleure compréhension mutuelle. Les auteurs Grossberg et Desai (2003) estiment que l'application d'une approche des « trois R » (répéter, rassurer et réorienter) pour des patients en état d'anxiété permettrait de diminuer l'angoisse et de réduire la nécessité d'une prise en soins médicale.

Plusieurs auteurs mettent l'accent sur des outils de communication qui améliorent la compréhension et favorisent une interaction réussie. Par exemple, Harwood et al. (2018) propose de pratiquer la communication personnalisée, la répétition et la reformulation, les questions fermées, de rester concret et de présenter une idée à la fois. Pour lui, « Maintenir la conversation » et « le simple fait de parler est une forme précieuse de bienveillance ». Lorsque la capacité d'expression du patient se détériore, la communication non verbale (toucher, regard) deviendra de plus en plus

importante. Par ailleurs, Harwood et al. (2018) précise les attitudes qui peuvent altérer la communication comme : l'utilisation des propos condescendants, de phrases incomplètes, de noms d'animaux ou de vocabulaire enfantin, voir le fait de précipiter la conversation.

Les auteurs Smith et al. (2011) soulignent que les compétences en communication sont essentielles pour établir des relations dans les environnements de soins afin de permettre aux personnes atteintes de démence de s'engager dans des activités sociales, d'optimiser la mémoire résiduelle et la capacité de communication.

En résumé, une bonne communication est essentielle pour soutenir le bien-être d'une personne atteinte de démence et d'éviter des situations stressantes.

3.4 Concept d'anxiété

Durant le travail sur la question de recherche, il a été mis en évidence qu'il fallait traiter les concepts d'« anxiété » et d'« angoisse ». Les auteurs Channouf et Rouan (2002) précisent qu'il n'existe pas une forte différence entre ces deux termes. Par exemple, L'École psychiatrique française utilise le terme « anxiété » pour décrire un état psychique, tandis que le terme « angoisse » est utilisée en cas des sensations physiques. La psychiatrie anglo-saxonne ne propose qu'un seul terme, « anxiety », pour les deux concepts. Au vu de ces informations, il a été décidé d'utiliser le terme « anxiété » pour décrire ce concept.

L'anxiété (angoisse) est définie comme un sentiment pénible d'attente, une peur sans objet, la crainte d'un danger imprécis (Channouf & Rouan, 2002).

Selon Nuss (2006), l'anxiété est liée à une inquiétude disproportionnée par rapport à la réalité des menaces. Cet état se manifeste par des troubles psychologiques (peur, insomnie, nervosité ou inquiétude) et physiques (tension musculaire, palpitations cardiaques, essoufflement, boule dans la gorge, pâleur, transpiration, difficulté de respiration) ou des signes observables sur le plan du comportement tel que l'agitation (Raue, Patric, Brown, Murphy, & Bruce, 2002).

D'après la définition du Larousse, l'anxiété est caractérisée comme une inquiétude pénible, une tension nerveuse, causée par l'incertitude, l'attente.

L'anxiété est étroitement liée à un des besoins fondamentaux de la personne, le besoin de sécurité. C'est une émotion normale qui accompagne les individus dans leurs vies quotidiennes. Si elle prend un caractère excessif et pathologique dans différentes situations, il s'agit alors de troubles anxieux (Molière & Formarier, 2012).

Dans le cadre de ce travail, il est important de souligner que l'anxiété est également plus fréquente chez les personnes atteintes de démence avec des taux de prévalence pour les symptômes de 8% à 71% dans cette population (Ballard, Neill, O'Brien, McKetih, Ince, & Perry, 2000).

De nombreuses situations peuvent être anxiogènes. Il est apparu que l'hospitalisation pouvait générer de l'anxiété. Graziani (2008) met en évidence

qu'avant une intervention chirurgicale tous les patients ont des niveaux d'anxiété élevés.

Selon les études de Sampson et al. (2014), les symptômes psychologiques et comportementaux (agitation, agression, hallucinations, dépression and apathie) touchent 75% des personnes souffrant de démence au moment de leur admission dans les hôpitaux. L'anxiété est manifestée dans 35% de cas. Les auteurs soulignent que l'hôpital présente un environnement difficile pour les personnes atteintes de démence. La combinaison d'un environnement inconnu, désorientant et souvent bruyant est perturbante pour les personnes fragiles psychologiquement.

L'anxiété est l'un de symptôme comportemental et psychologique de la démence de type Alzheimer. Elle se manifeste chez près de 56 % d'entre eux et ce symptôme est le deuxième en fréquence après l'agitation (Voyer, 2013).

De nombreuses auteurs (Mirotznik & Kamp, 2000; Seignourel, Kunik, Snow, Wilson, & Stanley, 2008) ont constaté également que l'anxiété est plus fréquente chez les personnes atteintes de démence que chez les personnes non atteintes. Selon Mirotznik et Kamp (2000). Les personnes âgées atteintes de troubles cognitifs sont aussi plus vulnérables aux effets négatifs lors de changement d'environnement, en raison des différences d'appréciation et d'adaptation.

L'anxiété est souvent associée à des besoins non satisfaits chez les personnes atteintes de démence. Orrell et Bebbington (1996) (dans Seignourel, Kunik, Snow, Wilson, & Stanley, 2008) notent que la dépendance,

les problèmes de mémoire et de communication augmentent l'état d'anxiété chez une personne souffrant de démence.

Parmi les conséquences de l'état anxieux, il est important de noter la diminution de la qualité de vie, la survenue de comportements problématiques, les réveils nocturnes et la diminution des performances neuropsychologiques.

Une des conséquences connues de l'anxiété est l'agitation. De plus, ces deux termes sont souvent chevauchés. En effet, les signes « de tension motrice (fatigue, tension musculaire, agitation ou surexcitation), d'hypervigilance (difficultés de concentration, troubles du sommeil, irritabilité), ou encore l'inquiétude excessive caractérisant le trouble anxieux généralisé dans le DSM-5 sont souvent définis comme de l'agitation chez les sujets âgés avec une démence » (Mintzer, Brawman-Mintzer, & Mirski, 2000).

Le fait que l'anxiété est associée aux troubles du comportement (Seignourel et al., 2000) permet de supposer qu'elle peut engendrer les difficultés de prise en soins. Pour cette raison il semble important d'étudier les moyens pour atténuer cet état.

3.5 Concept de relation d'aide

L'infirmière, pour une prise en soins efficiente du patient, va mettre en place des modèles de relation d'aide pour comprendre les besoins de la personne et l'aider à y répondre. Selon Chalifour (1989) « la relation d'aide professionnelle est un processus relationnel par lequel l'intervenant s'intéresse aux personnes et à leur façon d'interagir avec leur environnement pour y

puiser l'information, l'énergie et la matière nécessaires à la satisfaction de leurs besoins. »

Dans la relation d'aide, le soignant devrait percevoir le patient, pour une compréhension optimale de ses besoins, « en termes d'unité, relations, processus, interactions, liberté et créativité » (Chalifour, 1993). Durant les échanges, l'infirmière a une fonction « d'experte » face aux problèmes présentés, mais chacun des protagonistes contribue à entretenir la communication soignant-soigné afin de garantir une interaction permettant la résolution de problème de manière approprié (Chalifour, 1989).

Les personnes ayant des troubles cognitifs sont amenées à avoir plus particulièrement des besoins d'aide, car elles ne parviennent « pas à interagir de façon satisfaisante avec leur environnement physique ou humain, afin de répondre elles-mêmes à leurs besoins » (Chalifour, 1989). Confrontées à cela, ces personnes peuvent présenter des tensions, de l'anxiété, et se sentent incapables de puiser dans leurs ressources propres pour satisfaire à leurs besoins. Avec l'aide du soignant dans un échange optimal, elle pourra « trouver ou retrouver un certain équilibre » (Chalifour, 1989). Pour ce faire, « l'infirmière doit avoir une connaissance de soi, de son rôle et des contenus théoriques auxquels elle croit, afin de définir sa propre conception de la relation d'aide, laquelle devrait se traduire dans sa façon de faire et d'être lors de ses interventions. »

Dans la relation d'aide, le devoir du soignant est d'identifier et d'interpréter « les messages conceptuels et affectifs significatifs dans cette

relation". Dans une approche humaniste, il est primordial lors des échanges de s'intéresser à la qualité des contacts et comment ils s'établissent et se maintiennent (Chalifour, 1989). L'infirmière a pour but de savoir comment la parole, le mouvement et les sens peuvent faciliter ou nuire à la relation (Polsters & Polsters, 1983) et d'être sensible aux différents modes de la communication. Grâce à eux, le soignant perçoit une multitude d'informations que lui adresse le patient de façon verbale et non verbale. Dans la relation d'aide, il est préconisé que le soignant soit tenu de garantir que ses interventions soient comprises par le patient en utilisant des techniques de communication adéquate (Chalifour, 1989). Pour les personnes souffrant de troubles cognitifs, il est par exemple conseillé de prononcer des phrases simples, d'éviter les idées abstraites en formulant une pensée à la fois, de leur demander la permission de les toucher, de les approcher lentement, d'avoir un contact visuel avec elles, d'utiliser la reformulation, mais aussi de la maintenir dans un environnement calme (Alzheimer's Association, 2008 ; Frazier-Rios & Zembrzuski, 2007; Miller, 2008). Le contact occupe une place importante dans la communication. Plusieurs humanistes (Carkhuff, 1969 ; Jourard, 1977; Rogers, 1968) mettent en évidence « l'importance du contact dans la relation. Ce contact s'exprime à travers certaines attitudes que manifeste l'infirmière au cours des rencontres » avec son patient. La relation sera perçue plus efficace si elle est vécue en respectant le rythme de celui-ci (Chalifour, 1989). La relation d'aide compte cinq attitudes facilitant le contact avec la personne soignée : la compréhension empathique, l'authenticité, le

respect chaleureux, la compassion et l'espoir. Il propose également trois stratégies relationnelles la spécificité, l'immédiateté et la confrontation (Carkhuff, 1969). La compréhension empathique est primordiale pour la relation d'aide. Elle est une façon pour le soignant de comprendre le monde affectif du patient en s'efforçant de saisir la compréhension affective et cognitive que le patient a sur une situation. L'infirmière peut se poser la question suivante : « comment je me sentirais ou j'agis dans la situation, si j'étais à sa place ? » (Chalifour, 1989). Le respect chaleureux est une pensée interne du soignant « par laquelle ce dernier considère son aidé comme une personne acceptable et comme un objet d'affection et d'amour » (Auger, 1972). Le soignant est tenu d'avoir une posture de non-jugement face à la personne soignée. L'authenticité est la « concordance exacte entre ce que l'aidant sent, pense intérieurement et ce qu'il communique à son aidé » (Auger, 1972). La compassion consiste à éprouver un sentiment chaleureux à l'égard du patient et implique une détermination à faire tout son possible afin de soulager les souffrances du patient, en reconnaissant clairement ses besoins et sa douleur. La spécificité est une technique qui demande à l'aidant de favoriser « la clarté, la précision du message communiqué par l'aidé » (Auger, 1972) en utilisant par exemple la question. La confrontation est un comportement du soignant qui met en avant les contradictions du patient qui peuvent être la source de ses problèmes (Auger, 1972). L'immédiateté est une attitude qui demande au soignant de vivre intensément le moment présent de sa relation avec le soigné.

La relation d'aide met en lumière les attitudes facilitantes qui sont nécessaires pour entrer en relation avec une personne atteinte de troubles cognitifs. Il prône des valeurs humanistes empreintes d'empathie et de capacité d'adaptation du soignant et du soigné. Compte tenu que les personnes atteintes d'Alzheimer n'ont pas toutes la même manière d'exprimer leurs ressentis et leurs émotions, le soignant est amené, grâce à cette approche, à avoir une compréhension multidimensionnelle de la personne. La relation d'aide demande également au personnel soignant une réflexion sur soi, sur ses buts et ses motivations, ce qui permet de mieux se connaître afin mieux connaître l'autre.

3.6 Champ disciplinaire infirmier

Dans le cadre de ce travail, la théorie de l'Human Caring de Jean Watson a été choisie, car elle est fortement ancrée dans des valeurs humanistes. Selon le dictionnaire Larousse l'humanisme se définit comme une « philosophie qui place l'homme et les valeurs humaines au-dessus de toutes les autres valeurs. » (Larousse, 2020). Il a paru important de prendre en charge les personnes présentant des troubles cognitifs de manière à les mettre au centre de notre prise en soins.

La théorie de J. Watson se place dans l'école du Caring. Les théoriciennes de ce mouvement attribuent à l'être humain des dimensions spirituelles (Watson, 2008) et culturelles (Leininger, 2007). Selon Benner (2000), le Caring est constitué « de l'ensemble des actions et des institutions qui permettent à

l'infirmière de déceler de façon subtile les signes d'amélioration ou péjoration de la personne ». Watson indique que le Caring prend en compte et facilite les progrès de la personne en incluant « ses valeurs, ses croyances, son mode de vie et sa culture (Watson, 2008). L'école du Caring se situe dans le paradigme de la transformation.

La théorie de l'Human Caring a été développée par Jean Watson entre 1975 et 1979 (Watson, 2008). L'auteur s'est inspiré de la métaphysique, des humanités, des arts et des sciences pour créer son modèle. Elle est notamment influencée par les écrits de Carl Rogers sur la relation transpersonnelle qui met en avant les concepts de cohérence, d'empathie et de chaleur humaine. Pour elle, la science infirmière est un art et postule que « le soin et l'amour de soi précèdent le soin et l'amour des autres » (Watson, 2008). Selon la théoricienne, la santé n'a pas de visée curative comme traditionnellement en médecine. L'infirmière doit contribuer à traduire son idéal moral de Caring dans sa pratique (Watson, 2008). Watson pense que le but des soins infirmiers est « d'aider la personne à atteindre un plus haut niveau d'harmonie entre son corps et son esprit » (Watson, 1999).

Afin de développer les sciences infirmières au niveau pratique, Watson propose dix processus qu'elles nomment « caritas » – terme grec qui se traduit par « chérir ». Ceux-ci ont pour objectif « d'honorer les dimensions humaines du travail infirmier ainsi que la vie intérieure et les expériences subjectives des personnes que nous servons » (Watson, 1997 ; Watson, 2008). Les « Caritas » ont entre autres pour but « d'entretenir des valeurs humanistes et

altruistes » en pratiquant l'amour compassionnel, la « gentillesse et la sérénité envers soi et envers les autres, de développer et soutenir des relations d'aide et de confiance, de permettre l'expression des sentiments positifs et négatifs, d'écouter authentiquement l'histoire personnelle de l'autre et de créer un environnement de healing à tous les niveaux » en mettant en place un « environnement subtil pour une pratique du Caring authentique et énergisante » (Watson, 2018). La théorie de Watson permet d'augmenter le savoir relationnel en prônant l'écoute, le respect des besoins profonds de la personne, le non-jugement, en mettant à l'honneur l'art d'entrer en communication.

Par son approche humaniste empreinte de recherche d'harmonie, il a paru évident que l'Human Caring pourrait apporter beaucoup aux personnes étant atteintes de maladies cognitives. Pour Watson « la relation de Caring préserve la dignité, l'intégralité et l'intégrité de l'individu. Cette relation est caractérisée par l'intention, la présence, les choix, la manière d'être que choisit l'infirmière » (Watson, 2008). La recherche des méthodes de communication pour réduire l'anxiété et l'angoisse chez les personnes souffrant de troubles cognitifs s'inscrit dans une démarche respectueuse et empathique qui vise à préserver l'intégralité et l'intégrité de la personne. La théoricienne pense également que « les pensées et les émotions sont le point de départ et le point d'accès à l'âme, au corps et à l'esprit » (Watson, 2018). Il semble que l'Human Caring pourrait être d'un grand intérêt pour aider les soignants à entrer en

relation avec des malades atteints d'Alzheimer en prenant en compte leur état émotionnel et en particulier leurs troubles anxieux.

4 Chapitre 4 : Méthode

La question de recherche initiale de notre travail de Bachelor était « Quels sont le type et la spécificité des soins post-opératoires à proposer aux patients présentant une démence de type Alzheimer ? ». L'élaboration de la problématique a permis de faire émerger des thématiques intéressantes et pertinentes qui ont été approfondies afin d'affiner la question de départ de ce travail. Ainsi, les nombreuses recherches dans la littérature scientifique ont fait apparaître la question clinique finale définie comme suit : « En quoi la communication verbale et/ou non verbale participe-t-elle à diminuer l'anxiété chez une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer dans un contexte hospitalier ».

La question a été rédigée en se basant sur la méthodologie PICOT. Selon cette méthode qui demande de décomposer les éléments essentiels de la question en l'acronyme PICOT, le **P** (*population*) représente les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer se retrouvant en milieu hospitalier. Le mot « dementia » a été également utilisé afin de permettre d'élargir l'ensemble des résultats. Le **I** (*intervention*), désigne les techniques de communication. Il s'agit, ici, des techniques de communication verbale ou non verbale utilisées auprès des personnes souffrant de démence. La diminution de l'anxiété représente le résultat (**O** *outcome*) attendu de la question de recherche. Du

fait que l'anxiété fait partie des symptômes psychologiques de la démence, cette notion a été utilisée régulièrement pour explorer les bases de données (BdD). Les composantes **C** (*comparaison*) et **T** (*temps*) n'ont pas été exploitées dans la formulation de la question définitive.

4.1 Mots-clés et descripteurs

Les mots-clés, leurs synonymes et les descripteurs pour chaque base de données ont été définis pour pouvoir explorer les bases de données (voir tableau). L'utilisation des descripteurs, mots spécifiques pour chaque BdD, permet d'affiner la recherche et de trouver les articles les plus pertinents.

Tableau 1 : Les mots-clés, leurs synonymes et les descripteurs en lien avec la question PICOT

	P	I	O
Mots-clés	Maladie d'Alzheimer Démence Hôpital	Communication Communication verbale Communication non verbale Techniques de communication Conversation	Anxiété Agitation Stress Symptôme psychologique
Mots-clés Anglais	Alzheimer's Disease Dementia Hospitals Acute care	Communication Verbal communication Non verbal communication Communication techniques Conversation	Anxiety Stress Agitation Psychological symptom
Descripteur (CINHAL)	Dementia Alzheimer's Disease	Communication Conversation	Anxiety Behavioral Symptom

	« Acute Care » « Acute Care Nurse Practitioners »		Affective Symptoms
Descripteur MeSH (MedLine, PubMed)	Alzheimer Disease Dementia Hospitals Hospitalization	Communication.sh Attitude of Health Personnel	Anxiety Stress Psychologica Psychological Distress Behavioral Symptoms
Descripteur (Psychinfo)	Dementia Alzheimer Disease	Communication	Anxiety Agitation Nonverbal Communication

L'étape suivante du travail consistait à combiner les descripteurs définis pour créer les différentes équations de recherche. Cette procédure a permis d'accéder à plusieurs résultats. Le tableau suivant présente uniquement les équations grâce auxquelles les articles ont été choisis.

Tableau 2 : Stratégie de sélection des articles

Équation de recherche	Filtre	Articles trouvés	Articles retenus	Niveau de preuves / Impact Factor (IF)
Cinhal				
(MM « Alzheimer's Disease») AND (MH «Behavioral Symptoms») OR (MH «Affective symptoms»)	10 ans	128	1	Etude exploratoire descriptive Niveau 6 IF 1,5
(MM «Dementia») AND (MH «Anxiety») AND (MH «Communication»)	-	7	1	Etude observationnelle Niveau 6 IF 1,8

(MM «Dementia») AND (MH «Acute care»)	10 ans	147	1	Etude exploratoire descriptive (qualitative, quantitative Niveau 6 IF 1,016)
(MM «Dementia») AND (MH «Affective Symptoms»)	10 ans	21	1	Essai randomisé contrôlé Niveau 2 IF 1,9
Medline, Pubmed				
Dementia AND Psychological Distress	-	6	1	Entrevue exploratoire qualitative Niveau 6 IF 3,3
Dementia AND Stress, Psychological AND Nonverbal Communication	-	3	1	2 groupes Niveau 3 IF 2,8
((dementia) AND (communication)) AND (anxiety)	10 ans	154	1	Entrevue exploratoire qualitative semi structuré Niveau 6 IF 1,016
((dementia[MeSH Terms]) AND (communication[MeSH Terms])) AND (Attitude of Health Personnel*[MeSH Terms]), CHANGÉ	10 ans	107	1	L'analyse thématique des entretiens semi-structurés. Niveau de preuves 6 IF 4,28
Psychinfo				
Dementia AND Agitation AND Communication	10 ans	5	1	Etude exploratoire (3 groupes) Niveau 6 IF 3,1
Dementia AND Communication Skills Training/	10 ans	10	1	Mise en place d'une formation novatrice Niveau 6 IF 2,7

4.2 Sélection des articles

Le but de cette exploration est de trouver des articles scientifiques qui répondent totalement ou en partie à la question de recherche de ce travail. La sélection des articles a été réalisée au moyen de la méthodologie d'Evidence Based Practice, approche qui se fonde sur les données probantes de la littérature scientifique. « La recherche systématique, l'évaluation critique et la synthèse des recherches les meilleures et les plus pertinentes pour répondre à une question clinique» (Melnyk& Fineout-Overholt, 2011, p.4).

Afin de trouver les articles scientifiques qui répondent aux critères imposés, les bases de données suivantes ont été explorées: CINAL, PubMed MedLine (Ovid) et Psychinfo.

Les recherches dans les bases Ovid Nursing Full-Text Plus et Cochrane n'ont pas permis de trouver des articles pertinents correspondants aux critères.

Selon les exigences du travail de Bachelor, certains critères d'inclusion et d'exclusion ont été pris en compte.

Premièrement, la date de parution ne devait pas dépasser 10 ans. Deuxièmement, les articles devaient avoir le niveau de preuve le plus haut. Du fait que les publications type « méta-analyse », « revue systématique » représentent l'analyse complète et exhaustive de la littérature, elles n'ont pas été explorées pour trouver une réponse à la question de recherche. Troisièmement, la condition concernant l'impact factor au-dessus de 1,5 n'a pas été considéré comme un critère déterminant.

Pour sélectionner le nombre d'articles recommandés (de 10 à 15), quelques stratégies ont été appliquées. D'abord, les auteures ont trié les articles trouvés selon leur titre. Ensuite, la lecture de résumé a permis d'effectuer le deuxième choix. Et enfin, le choix définitif a été possible après la lecture complète des articles.

Le tableau avec des articles retenus selon les critères est présent dans l'appendice C.

Par la suite, les articles ont été analysés à l'aide d'une grille de Tétreault (2013) adaptée afin de mettre en avant les informations principales de chaque article, comme le titre, les auteurs, la méthodologie, les résultats ou la conclusion. Grâce à ces grilles, il a été possible d'élaborer une synthèse des résultats.

5 Chapitre 5 : Synthèse des résultats/discussion

5.1 Synthèse des résultats des articles

Dans ce chapitre, un résumé de chaque article analysé est présenté. Cela contribue à une vision plus globale et concrète des recherches effectuées afin de répondre à la problématique visée.

Article 1. Meeting the Emotional Needs of Hospital Patients With Dementia: A Freelisting Study With Ward Staff (Petty, Dening, Griffiths, & Coleston, 2020).

Dans cet article, les auteurs s'intéressent à l'impact de l'hospitalisation sur la santé physique et mentale, ainsi que le bien-être émotionnel des personnes atteintes de démence. Ils estiment que le personnel soignant doit mieux comprendre les émotions du patient. Cet article propose des soins pour répondre aux besoins des patients hospitalisés souffrant de démences.

Concernant la méthodologie de recherche, des entretiens qualitatifs exploratoires avec 47 membres du personnel ont été menés en milieu hospitalier britannique. Les participants ont répondu à quatre questions qui concernent les façons dont ils remarquent la détresse émotionnelle des patients souffrant de démence, les causes de la détresse émotionnelle, toutes les façons dont ils y réagissent et les actions efficaces pour la diminuer. Une méthode de freelisting a été utilisée pour le recueil des données de l'analyse.

Chaque item a pris sa position dans la liste selon la fréquence à laquelle il a été mentionné (average rank), et selon le score de saillance (d'importance) de Smith.

Les résultats montrent que la détresse émotionnelle s'est manifestée par de l'agitation, des pleurs et une mobilisation accrue. Les causes principales de la détresse du patient étaient l'environnement hospitalier peu familier et le fait qu'il ne sache pas ce qui se passe. Les moyens les plus efficaces pour répondre et diminuer la détresse émotionnelle étaient la nécessité de connaître la personne, ainsi que le fait d'être et de converser avec la personne.

En conclusion, les chercheurs précisent que les soins centrés sur la personne et les soins adaptés aux émotions sont les moyens prioritaires pour répondre à la détresse émotionnelle d'une personne souffrant de démence.

Article 2. Management of behavioural and psychological symptoms of dementia by an aroma-massage with acupressure treatment protocol: A randomised clinical trial (Fung & Tsang, 2018).

Le but de cette étude était d'évaluer l'efficacité du massage aromatique avec un protocole de traitement d'acupression en comparaison avec un entraînement cognitif pour la gestion des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD).

Cette étude est un essai clinique randomisé mené avec la participation de 60 personnes âgées réparties au hasard dans les trois groupes. Le groupe 1 recevait le massage aromatique avec l'acupression et un exercice. Le groupe 2 recevait un entraînement cognitif et un exercice. Le groupe 3 a eu le

massage aromatique avec l'acupression et l'entraînement cognitif. Pour l'analyse des résultats, les auteurs ont appliqué l'inventaire d'agitation Cohen-Mansfield (CCMAI), le questionnaire CMMSE de 30 points, un mini-examen d'état mental, l'indice de Barthel-20 et l'inventaire neuropsychique (NPI). La gravité des perturbations neuropsychiques (délires, agitation, anxiété et changement d'appétit) a été notée par le « score de gravité ». La détresse a été évaluée par le « score de détresse ». Des observations ont été enregistrées et analysées en pré-post intervention et 3 mois après l'intervention.

Aucun effet secondaire indésirable n'a été observé chez les participants pendant toute la période de recherche. Les scores CMMSE dans trois groupes au prétest et post-test n'ont montré aucune différence significative. Les scores du CCMAI (comportement agressif, comportement non agressif et comportement verbalement agité) n'étaient pas significativement différents dans les trois groupes. Le « score de gravité » moyen dans le groupe 1 a considérablement chuté, il est passé de 3,70 (SD = 3,30) dans le prétest à 2,55 (SD = 2,48) ($p = 0,01$) dans le post-test et à 1,85 (SD = 1,46) ($p = 0,01$) au post test à 3 mois. Il y a également eu une réduction significative en termes de « score de détresse ». Il va de 5,8 (SD = 5,09) en prétest à 4,25 (SD = 3,78) en post-test ($p = 0,02$) et à 2,75 (SD = 2,66) et à post-test au 3 mois dans le groupe 1 ($p = 0,02$). Des changements similaires ont été trouvés dans le groupe 3 : scores 5,40 au pré-test ; 4,53 au post-test ($p = 0,01$) et 2,95 ($p = 0,01$) au post-test à 3 mois. Cette étude clinique montre que le massage

aromatique avec acupression est aussi efficace que l'entraînement cognitif et peut réduire la gravité des SCPD.

Article 3. Comparison of the efficacy of gesture-verbal treatment and doll therapy for managing neuropsychiatric symptoms in older patients with dementia (Balzotti et al., 2019).

Cette étude est un essai randomisé contrôlé. Elle a pour but de comparer les effets de deux programmes d'intervention : thérapie verbale-non verbale (GVT) et la thérapie par la poupée (PT) chez les personnes âgées atteintes de démence qui vivent en foyer. L'intervention durait 12 semaines. Plusieurs participants étaient atteints de démence type Alzheimer. Le protocole de GVT se composait de 4 étapes : une conversation avec un thérapeute, l'association d'un geste à un mot, l'imitation d'un geste par les participants et un nouvel entraînement de mots. Le deuxième groupe a interagi avec une poupée trois fois par jour durant 1 heure. Les symptômes neuropsychiques (SNP) ont été évalués à l'aide de The Neuropsychiatric Inventory–Questionnaire (NPI-Q).

L'analyse du score total de NPI entre la pré- et post-intervention a montré une amélioration significative dans le groupe PT ($p = 0,007$). L'analyse des sous-domaines du NPI a montré une diminution significative des scores de dépression ($p = 0,02$) et d'apathie pour le groupe GVT ($p = 0,04$). Le groupe PT a montré une diminution significative de tous les items analysés, c'est-à-dire des comportements agités ($p = 0,01$), de la dépression ($p = 0,04$), de l'apathie ($p = 0,04$) et de l'irritabilité ($p = 0,04$). Le groupe de contrôle n'a montré aucune différence significative dans les sous-domaines de NPI.

Article 4. Implementing Nurse-Facilitated Person-Centered Care Approaches for Patients with Delirium Superimposed on Dementia in the Acute Care Setting (Yevchak et al. , 2017).

L'article se concentre sur le thème de la gestion du délire chez les personnes souffrant de démence en contexte aigu à l'aide des soins infirmiers. L'étude actuelle est une étude exploratoire et descriptive qui réunit les données quantitatives et qualitatives concernant l'approche des soins centrés sur la personne (PCS) chez les personnes âgées hospitalisées atteintes de démence et/ou de délire. Il s'agit d'une sous-analyse des données collectées à partir d'un essai randomisé en grappes de cinq ans sur la détection précoce par les infirmières du délire surajouté à la démence (DSD). Une analyse qualitative des données est principalement présentée dans l'article.

Les chercheurs ont analysé 750 cas de délire dans trois sites de soins de courte durée. Les thèmes en lien avec PCS étaient les suivants : la connaissance du dossier du patient ; la connaissance des intérêts et des valeurs du patient ; l'amélioration des capacités sensorielles pour communiquer ; l'individualisation de la stimulation cognitive ; les approches comportementales et non médicamenteuses qui permettent d'améliorer le sommeil. Les auteurs ont constaté que les principes du PCS ont été utilisés efficacement. Ils ont pu démontrer le potentiel du PCS pour soulager le fardeau lié au DSD pour les membres de l'équipe de soins. Les auteurs précisent que l'application de certains aspects du PCS comme la connaissance du patient et l'individualisation des soins facilite la prise en charge. Après avoir étudié la

question des besoins non satisfaits, les auteurs ont considéré l'agitation comme un symptôme lié au besoin non compris. Ils ont encouragé le personnel soignant à appliquer des interventions comportementales pour répondre à l'agitation des patients, plutôt que d'utiliser des médicaments pour les calmer. Les auteurs soulignent que le fait d'augmenter les approches comportementales en réponse à l'agitation est un aspect essentiel du PCS en milieu hospitalier.

Article 5. Communication skills training in a nursing home: effects of a brief intervention on residents and nursing aides (Sprangers, Dijkstra, & Romijn-Luijten, 2015).

Le but de cette recherche est d'évaluer l'efficacité d'un bref programme en communication pour les soignants. Les auteurs précisent que la communication efficace appliquée par le personnel est liée à une meilleure qualité de vie et à une diminution des agressions verbales et physiques et de la dépression chez les résidents.

Les effets du programme ont été étudiés avec une participation de 24 soignants et 26 résidents. Les auteurs ont utilisé une conception de pré-test / post-test et la comparaison de groupe d'intervention / groupe de témoin. Les participants ont été répartis au hasard dans les groupes. Les soignants du groupe d'intervention ont été formés individuellement pour communiquer en utilisant des instructions courtes, un discours positif et des déclarations biographiques. Les chercheurs ont évalué les effets de la formation sur la communication des soignants, la détresse des soignants, la satisfaction au

travail, la psychopathologie et l'agitation des résidents. Le comportement problématique des résidents a été contrôlé à l'aide d'une version néerlandaise du Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI-D).

Des analyses de variance mixtes ANOVA ont montré qu'après la formation, les soignants du groupe d'intervention ressentaient moins de détresse. Le nombre d'instructions brèves et de discours positifs a augmenté ($p < 0,05$). La détresse des soignants a diminué entre les observations de base et les observations post-intervention dans le groupe intervention, alors que le schéma inverse s'est produit dans le groupe témoin ($p < 0,5$). Il n'est pas constaté de différence significative pour les scores d'agitation dans les deux groupes des résidents. Selon NPI, la plupart des symptômes étaient rares. Il a été observé une tendance à la diminution de la sévérité de la psychopathologie dans le groupe d'intervention contre une augmentation dans le groupe témoin ($p = 0,10$). Une analyse corrélationnelle entre la sévérité de l'irritabilité et les scores de détresse des soignants a montré des corrélations positives ($p \leq 0,05$). Cela confirme l'hypothèse que la formation aux compétences en communication peut réduire la détresse chez les soignants et faciliter la communication.

Article 6. The facilitators of communication with people with dementia in a care setting: an interview study with healthcare workers (Stanyon, Griffiths, Thomas, & Gordon, 2016).

Cet article est une étude descriptive qui a pour but de décrire les points de vue des professionnels de la santé sur les facilitateurs de la communication

pour les personnes atteintes de démence en milieu de soins. Les auteurs ont mené une analyse thématique d'entretiens semi-structurés. Seize professionnels des différents domaines (infirmiers, psychologue, ergothérapeute et animateur) dont le travail quotidien consiste à interagir avec les personnes souffrant de démence ont participé à l'entretien qui durait de 15 à 60 minutes. L'analyse des données a été réalisée en utilisant la méthode de Braun et Clarke. Les quatre grandes catégories de thèmes influençant la communication ont été définies et décrites lors des entretiens. Il en est ressorti les thèmes suivants : les attributs d'un soignant, les stratégies de communication utilisées, les facteurs organisationnels et les caractéristiques physiques de l'environnement.

Il a été constaté que les soignants doivent posséder certaines connaissances, compétences et caractéristiques personnelles pour faciliter l'échange. Les professionnels décrivent les stratégies de communication (verbale et non verbale) qui favorisent ou perturbent l'interaction avec les personnes atteintes de démence. Les soignants mettent en évidence que la formation actuelle en communication du personnel pourrait être améliorée. Enfin, les participants ont souligné l'importance d'un espace adéquat et d'un environnement approprié.

Article 7. Physical and psychological effects of 6-week tactile massage on elderly patients with severe dementia (Suzuki et al., 2010).

Cet article a pour but de comprendre les effets d'un massage tactile doux pratiqué par des infirmières durant 6 semaines sur les symptômes comportementaux et psychologiques des personnes atteintes de démence sévère. Les auteurs ont utilisé la méthodologie semi-expérimentale incluant 28 participants répartis en deux groupes. Le groupe intervention a reçu un total de 30 séances de thérapie de massage tactile de 20 minutes chacune. Le groupe contrôle lui n'a pas bénéficié de massages tactiles, mais il a reçu d'autres thérapies tel que la musicothérapie ou l'ergothérapie.

Après 6 semaines de massage tactile, le score d'agressivité ($p < 0,05$) et les niveaux de chromogranine A (CgA) qui est un indice de stress ont tous deux diminué de manière significative dans le groupe intervention. Ces résultats font ressortir que le massage tactile pourrait diminuer l'agressivité et le niveau de stress chez les patients atteints de démence.

Article 8. Patient and Caregiver Interplay in Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia: Family Caregiver's Experience (Song, Park, Park, Cheon, & Lee, 2018).

Cet article a pour but de comprendre comment les proches aidants gèrent et interagissent avec leurs proches souffrant de démence lorsque ceux-ci sont atteints de symptômes comportementaux et psychologiques de la démence. La collecte des données a été réalisée au moyen d'entretiens de groupe de 15 proches aidants provenant de trois centres d'aide aux personnes atteintes de démence localisés à Séoul. Les données ont été analysées par le biais de l'analyse de contenu.

L'analyse a permis de faire ressortir trois thèmes principaux : les déclencheurs des SCPD ; les actions des proches aidants en réponse aux SCPD et les réactions des personnes souffrant de démence ; et les conséquences des SCPD sur les proches aidants. Les facteurs liés aux déclencheurs des SCPD chez les personnes atteintes de troubles démence comprenaient la prise de conscience de leur perte de pouvoir, l'incapacité à comprendre la situation et l'incapacité à communiquer. Les proches aidants, eux, ont montré un manque de connaissances dans la gestion des SCPD. Les diverses interventions de ceux-ci face aux SCPD étaient notamment de confronter le comportement, d'apaiser, de prévenir le déclenchement du comportement, de permettre à la personne de faire ce qu'elle voulait, de persuader, de comprendre ses besoins, de distraire, de demander de l'aide à d'autres personnes, de laisser éclater de la colère ou de donner une réponse. Les conséquences des SCPD sur les proches aidants ont été réparties en cinq rubriques : l'épuisement, l'impuissance, la tristesse, le sentiment d'accablement et le sentiment de compréhension.

Article 9. Introducing Namaste Care to the hospital environment: a pilot Study (Kimberley & Jonathan, 2017).

Le but de cette recherche est d'étudier si le programme Namaste Care est une méthode de soins possible et efficace pour les personnes souffrant de démence avancée en contexte de soins palliatifs. Le programme Namaste Care est une intervention multisensorielle incluant le toucher et les approches centrées sur la personne, comme la réminiscence. C'est une étude pilote

menée à l'aide d'entretiens qualitatifs exploratoires. Huit entretiens individuels, semi-structurés, ont été effectués avec le personnel soignant travaillant dans un secteur de l'hôpital où le programme Namaste Care avait été introduit.

Les résultats de cette étude ont mis en évidence deux thèmes principaux. Premièrement, il a été constaté des obstacles à créer des relations avec les personnes atteintes de démence à l'hôpital, liées avant tout aux manques de temps et de ressources des soignants et aux manques de confiance conduisant à la peur et à l'anxiété du personnel. Deuxièmement, l'étude a mis en évidence les avantages d'un programme de soins Namaste dans un hôpital, comme la réduction du comportement agité, une meilleure connexion et communication avec les patients atteints de démence. Cette méthode qui utilise les sens et plus particulièrement le toucher est un moyen de montrer aux personnes atteintes de démence qu'elles sont prises en compte et revalorisées.

Article 10. Dementia management strategies associated with neuropsychiatric symptoms of elderly people with Alzheimer's disease (Delfino, Komatsu R., Komatsu C., Liberalesso Neri, & Cachioni, 2019).

Cette étude transversale d'observation a pour but d'étudier l'association entre les stratégies de gestion et de communication des proches aidants et la présence de symptômes neuropsychiques (SNP) manifestés par les personnes âgées souffrant de la maladie d'Alzheimer. Cent trente-quatre proches aidants ont participé à l'étude. Ils ont répondu à un inventaire neuropsychiatrique et

à deux questionnaires ; un mesurant les stratégies de communication selon l'échelle de Small (Small & Gutman, 2002) et un autre mesurant les stratégies de gestion de la démence (Dementia Management Strategy Scale). Ce dernier évalue la manière dont les proches aidants gèrent les symptômes neuropsychiques de leurs proches. Ces stratégies sont classifiées en trois catégories : gestion par la critique (11 items), gestion par l'encouragement (8 items) et gestion active (9 items).

Les résultats de l'étude montrent que les proches aidants utilisaient plus souvent la stratégie de gestion par la critique lorsque la personne âgée souffrait d'hallucinations, d'agitation, de dépression, d'anxiété, d'irritabilité, de comportements nocturnes anormaux et de troubles de l'appétit. Il a été constaté que la stratégie d'encouragement était adoptée de manière significative uniquement en présence de comportements euphoriques. Les proches aidants qui s'occupaient de personnes âgées présentant un délire, des hallucinations, une agitation, une dépression, une anxiété, une irritabilité ont principalement utilisé la stratégie de gestion active. Celle-ci consiste à surveiller et aider le patient en modifiant son environnement et ses habitudes quotidiennes. Les auteurs de l'étude ont établi que la gestion par la critique et les stratégies de gestion active sont nettement reliées aux SNP.

5.2 Développement des résultats en lien avec la question PICOT

Avant de présenter le développement des résultats, il est important de rappeler la question de recherche de ce travail de Bachelor : « En quoi la

communication verbale et/ou non verbale participe-t-elle à diminuer l'anxiété et l'angoisse chez une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer dans un contexte hospitalier ? ». Les concepts importants comme la démence de type Alzheimer, la communication, la communication dans la maladie Alzheimer, l'anxiété et la relation d'aide, ont émergé lors dans la construction de la question de ce travail.

La maladie d'Alzheimer est une des formes les plus fréquentes de démence (OMS, 2015). Voyer (2013) mentionne les différents critères pour confirmer un diagnostic clinique de la maladie d'Alzheimer, tels que le déficit des fonctions cognitives (aphasie, apraxie, agnosie), le déficit des fonctions exécutives (planification, organisation, capacité d'abstraction) et l'aggravation progressive de la mémoire. Il est évident que la prise en soins de la personne souffrant de démence est différente d'une prise en soins habituelle. Pour cette raison la communication réussie est l'un des moments clés pour une prise en soins de qualité. L'analyse des articles sélectionnés a pour but de mettre en évidence les moyens favorisant la communication et par conséquent diminuant l'anxiété des personnes atteintes de démence en particulier en milieu hospitalier.

Selon les résultats ressortis des articles analysés, il a été possible de regrouper les sujets abordés par les thèmes suivants : la communication personnalisée comme l'application des soins centrés sur la personne ; les techniques de communication non verbale ; la formation en communication du

personnel soignant ; les approches communicatives utilisées par les proches aidants

Il a été constaté pendant les recherches dans les bases de données scientifiques qu'il existait peu de données sur la communication en cas de démence en contexte hospitalier. Les mêmes conclusions ressortent de l'article Balzotti et al. (2019). Les auteurs mettent en évidence qu'il y a peu de recherches sur l'impact des interventions verbales et non verbales sur les symptômes neuropsychiques chez des personnes atteintes de démence. Les auteurs d'une autre étude (Yevchak et al., 2017) mentionnent un manque d'information sur les soins centrés sur la personne auprès des patients souffrant de démence en état de délire en milieu hospitalier. Une analyse menée par Petty et al. (2020), montre que le bien-être et les émotions n'étaient pas évalués sous la forme de résultats, et cela dans aucune étude. Il existe des recommandations théoriques pour les soins auprès des personnes souffrant de démence à l'hôpital, mais il manque souvent l'aspect émotionnel.

La plupart des articles analysés proposent les interventions en communication pour les soins de longue durée (Balzotti et al., 2017 ; Fung Tsang, 2019 ; Sprangers et al., 2015; Suzuki et al., 2010). Néanmoins, les études faites par Petty et al., 2020; Yevchak et al., 2017 ; Kimberley et Jonathan, 2017, traitent la problématique de gestion des symptômes neuropsychiques chez les patients atteints de démence dans le contexte aigu.

De nombreuses situations peuvent être anxiogènes pour une personne atteinte de démence. Il est évident que l'hospitalisation peut générer de

l'anxiété (Graziani, 2008). Les symptômes psychologiques et comportementaux (agitation, agression, hallucinations, dépression and apathie) touchent 75% des personnes souffrant de démence au moment de leur admission dans les hôpitaux (Sampson et al., 2014).

Petty et al. (2020) indiquent que l'hospitalisation des personnes souffrant de démence est un facteur favorisant le stress. Il augmente l'anxiété et peut déclencher une situation de crise. Parmi les différents moyens pour répondre à la détresse et pour la diminuer, les plus efficaces sont le fait de connaître la personne (score de Smith 0,299), de parler (0,283), d'être avec elle (0,269), de la rassurer (0,176) ou de lui proposer une tasse de thé (0,126).

Il est important de comprendre les comportements du patient lors des soins et d'y répondre de manière optimale. Le but de cette communication est d'avoir une interaction efficace afin de diminuer l'incertitude et l'anxiété de la personne atteinte de DTA (Harwood et al., 2018).

L'importance de connaître la personne soignée est un moment clé de l'approche du soin centré sur la personne (PSC). Elle met l'accent sur la communication comme un des facteurs déterminants qui permet de mieux comprendre la personne soignée, de répondre aux ces besoins et de réduire l'anxiété. L'article de Yevchak et al. (2017) vise à clarifier l'effet de PSC en cas de délire, surajouté à la démence chez les personnes hospitalisées. Les auteurs estiment que les soins individualisés permettent une compréhension fondamentale de l'individu et de sa famille afin que des objectifs de soins puissent être établis. C'est particulièrement important pour les personnes

atteintes de démence qui peuvent développer un délire. Connaître les valeurs et les intérêts du patient aide la personne à conserver son image de soi et permet également d'établir un lien de confiance entre le soignant et le patient. Selon Stanyon et al. (2016), il est important de considérer chaque personne comme un individu en cherchant à connaître sa personnalité, ses préférences et ses capacités afin de mieux comprendre et satisfaire ses besoins. Il a été constaté par ailleurs que les soins centrés sur la personne en milieu hospitalier auraient pu être améliorés à condition d'avoir plus de temps (Yevchak et al., 2017).

Plusieurs auteurs pensent que l'anxiété est souvent associée à des besoins non satisfaits chez les personnes atteintes de démence. Les facteurs comme la dépendance, les problèmes de mémoire et de communication augmentent l'état d'anxiété chez une personne ayant des troubles cognitifs (Orrell & Bebbington (1996) (dans Seignourel, Kunik, Snow, Wilson, & Stanley, 2008).

La question des besoins non satisfaits a été étudiée par de Yevchak et al. (2017). Ils considèrent l'agitation comme le symptôme lié au besoin non satisfait, comme une infection, une douleur ou la faim. Les auteurs proposent un exemple d'une intervention comportementale, la thérapie par la poupée, qui s'est avérée efficace pour répondre à l'agitation de la patiente.

Selon Watson, pour augmenter le savoir relationnel, il est nécessaire de prôner l'écoute, le respect des besoins profonds de la personne et le non-jugement en mettant à l'honneur l'art d'entrer en communication (Watson, 2018). Les auteurs Stanyon et al. (2016) mettent également en évidence

l'importance de considérer les comportements, tel que l'agitation ou l'agression, comme l'expression d'un besoin non satisfait. Les auteurs estiment que la communication efficace entre les soignants et les personnes souffrant de démence influencent le comportement et le bien-être des bénéficiaires de soins et le taux d'épuisement chez les professionnels. Leur étude basée sur les opinions des professionnels montre que la compréhension de la démence était essentielle pour une communication réussie. Ils relèvent l'importance d'adapter la communication au déficit cognitif. Il a été souligné par les auteurs l'importance d'expliquer les activités au fur et à mesure qu'elles se déroulaient, répéter les instructions, utiliser la reformulation et des questions simples pour établir le sens des interactions initiées par la personne souffrant de démence. Les participants de cette étude mentionnent la nécessité de réduire la complexité de la parole, faire les phrases courtes et éviter les idées abstraites. Pourtant, il a également été noté qu'une simplification excessive pourrait conduire à une infantilisation. Une discussion calme réduisait l'état d'agitation et la confusion. Les participants ont décrit l'impact négatif d'une « voix spéciale », parfois appelée le ton vocal altéré. Certains participants ont noté que la capacité de la personne souffrant de démence pour interpréter le ton émotionnel est bien maintenue. Ils trouvent important de s'engager dans la réalité subjective de la personne afin d'aborder sa réalité émotionnelle. Cela exigeait de l'empathie et la combinaison de validation et d'orientation dans la réalité. La prise en compte de l'état émotionnel des personnes souffrant de démence fait également écho à la théorie de Watson, l'Human Caring. Selon

celle-ci « les pensées et les émotions sont le point de départ et le point d'accès à l'âme, au corps et à l'esprit » (Watson, 2018).

Il a été démontré que les personnes ayant des troubles cognitifs sont vulnérables. Elles ont besoin de plus d'aide, car elles ne parviennent « pas à interagir de façon satisfaisante avec leur environnement physique ou humain, afin de répondre elles-mêmes à leurs besoins ». Pour cela, dans la relation d'aide, le soignant doit utiliser des techniques de communication adéquates afin de garantir que les interventions soient comprises par le patient (Chalifour, 1989). L'attitude et l'expérience du personnel sont des facteurs importants qui contribuent à la diminution de l'anxiété chez les personnes souffrant de démence. Les auteurs Sprangers et al. (2015) ont étudié l'efficacité d'un bref programme de formation lié aux compétences en communication qui a pour but d'améliorer la communication du personnel avec les résidents atteints de démence dans un foyer. La formation s'est concentrée sur l'utilisation d'instructions courtes, de discours positifs et individualisée, car ils sont relativement faciles à enseigner au personnel des foyers dans un temps relativement court. Les chercheurs ont observé une augmentation de la parole positive ($p < 0,05$) et du nombre d'instructions courtes ($p < 0,5$) après la formation. Concernant les résidents, il a été observé une tendance à une diminution de la gravité des scores psychopathologiques moyens (la gravité des symptômes de dépression et d'anxiété) dans le groupe d'intervention contre une augmentation dans le groupe témoin ($p = 0,10$).

Une influence des interventions verbales et non verbales pour diminuer les symptômes neuropsychiques (SNP), y compris l'anxiété chez les personnes souffrant de démence est l'objet de l'étude de Balzotti et al. (2017). Dans cette recherche, il a été observé une tendance à une diminution de l'agitation et de l'irritabilité pour le groupe GVT (thérapie verbale-non verbal) après 12 semaines d'intervention. Le GVT était plus efficace que le PT (thérapie par la poupée) pour réduire l'apathie ($p = 0,01$), alors que le PT était plus efficace que le GVT pour réduire l'état de l'agitation ($p = 0,005$) ainsi que l'irritabilité ($p = 0,002$).

La communication non verbale comprenant la posture, les gestes, les mimiques, les expressions du visage, le regard, le toucher et les attitudes innées ou acquises, représente de 55 à 60% des échanges interpersonnels (Burgoon, Buller, & Woodall, 1996 ; Mehrabian & Wiener, 1967). L'influence positive des facilitateurs non verbaux pour une communication efficace est relevée dans l'article Stanyon et al. (2016). Ceux-ci comprennent le contact visuel, la transmission des émotions, l'expression faciale positive, la posture ouverte, le toucher pour initier et maintenir l'attention, ou la communication via les images et les gestes. Les auteurs précisent que chaque personne est unique et tolère différents niveaux de contact visuel ou tactile. Ces préférences individuelles ne peuvent être apprises que par des relations approfondies.

L'étude menée par Fung et Tsang (2018) ayant pour but d'évaluer l'efficacité du massage aromatique et du traitement par acupression pour la gestion des SCPD. Les effets significatifs ont été trouvés pour les scores NPI

dans le « score de gravité » ($p = 0,04$) et le « score de détresse » ($p = 0,04$). Les scores étaient plus bas après l'application de l'aroma-massage avec acupression qu'après l'entraînement cognitif. Il est possible de constater que les thérapies de communication non verbale participent à une réduction significative de la gravité des SCPD.

L'approche du massage tactile, méthode mise au point par une infirmière suédoise qui consiste à réaliser une série de mouvement lent appliquer sur la paume et les doigts de la main, démontre également de bons résultats dans la gestion des SCPD. En effet, dans l'étude de Suzuki et al. (2017), le groupe intervention a montré une amélioration significative du score d'agressivité de l'échelle BEHAVE-AD. Il passe de 2,50 avant l'intervention à 1,21 après celle-ci ($p=0,048$), alors qu'aucun changement n'a été observé dans le groupe contrôle. Après l'intervention, il a été constaté une diminution significative pour tous les participants des protéines salivaires CgA, indicateur de stress. Elle passe de 0,580 ng/mg à 0,211 ng/mg ($p=0,029$).

Une autre approche de communication non verbale permettant de réduire les SCPD est le programme Namaste Care. Celui-ci est un programme multisensoriel spécifiquement conçu pour les personnes atteintes de démence avancée. L'étude de Kimberley et Jonathan (2017) sur le programme Namaste Care, thérapie comprenant des séances de massage des mains et des pieds, de la réminiscence, des chansons familières et des soins tels que le coiffage des cheveux, des soins de manucure et de peinture sur ongles ou le rasage pour les hommes, met en avant un effet positif sur le comportement agité. Les

patients ont été décrits comme étant plus détendus et calmes. Il déplore toutefois le manque de temps et de moyens pour pouvoir pratiquer cette méthode de manière optimale.

Une approche adéquate pourrait diminuer l'impact négatif de l'anxiété sur les patients, sur les soignants et sur les proches aidants (Kwak, Yang, & Koo, 2017). Les auteures de ce travail ont estimé que l'expérience des proches aidants pourrait être intéressante pour comprendre la communication face aux SCPD incluant l'anxiété. Il a été constaté dans l'étude de Song et al. (2018) que les proches aidants utilisaient en premier lieu des méthodes de communication perçues comme négatives tels que « persuader » ou « faire éclater sa colère » lorsqu'ils ne comprenaient pas et ne connaissaient pas les besoins de leurs proches et n'avaient pas les compétences nécessaires pour faire face à leurs SCPD. Les proches aidants ont par la suite développé des attitudes et des stratégies plus positives comme « apaiser » ou « donner une réponse ». La « pacification » a été utilisée par la moitié des aidants naturels pour gérer les comportements agressifs et les délires. Lorsque les proches tentaient de pacifier le membre de leur famille, les réactions de la personne comprenaient la poursuite du comportement, le fait d'être calmé ou l'arrêt du comportement. Les proches aidants ont également constaté qu'en communiquant en allant dans le sens de la réalité de la personne, en reconnaissant ce qu'elle voyait ou entendait et en la rassurant, la personne soignée se calmait ou cessait son comportement. Les expériences des proches aidants en matière de gestion du comportement des personnes souffrant de

troubles cognitifs ont démontré une large palette d'actions des proches aidants et de réponses de leurs proches. Quand les attitudes des proches aidants étaient négatives, les réactions des personnes souffrant de démence avaient plus de chance d'être négatives. À l'inverse, lorsque les attitudes étaient positives, il était plus probable que les réactions soient positives.

L'étude de Delfino et al. (2019) montre que le proche aidant utilisait davantage la stratégie de gestion par la critique lorsque les personnes âgées présentaient des hallucinations, une agitation, une dépression, une anxiété, une irritabilité, un comportement nocturne et des troubles de l'appétit. La gestion par la critique implique des attitudes autoritaires qui comprennent les cris, les menaces, les critiques et les comportements dysfonctionnels. La stratégie de gestion par l'encouragement qui met en avant une communication qui favorise les efforts de la personne soignée, qui encourage la discussion sur les sentiments, et qui démontre des vues positives sur la vie, n'était utilisée de manière significative qu'en présence d'exaltation. Les critiques et les stratégies de gestion active sont corrélées avec une augmentation significative des SCPD chez les patients souffrant de démence. Cela démontre que le proche aidant ayant une attitude critique peut aggraver les symptômes de la personne, ce qui peut augmenter sa charge de travail et engendre ainsi un cercle vicieux.

5.3 Perspectives et propositions pour la pratique

L'analyse des articles en lien avec la question de recherche de ce travail de Bachelor a permis de définir certaines propositions pour la pratique.

Les patients souffrant de démence sont particulièrement vulnérables lorsqu'ils sont admis à l'hôpital. L'environnement hospitalier est la source de stress et peut déclencher la situation de crise (Petty et al., 2020).

L'échange efficace entre les soignants et les personnes souffrant de démence influencent le comportement et le bien-être des patients. La communication avec les personnes âgées, y compris démentes, est souvent caractérisée par « Elderspeak » ou une tonalité vocale dominante qui provoquent une résistance aux soins (Stanyon et al. 2016). Pour cette raison, plusieurs recherches affirment l'importance de la formation des soignants dans les techniques de communication afin de réduire les SDCP (Sprangers et al., 2015; Stanyon et al., 2016). Par exemple, l'utilisation de phrases courtes peut réduire la dépression et augmenter le comportement communicatif. Selon Stanyon et al. (2016), il est primordial d'adapter la communication au déficit cognitif, par exemple, utiliser la répétition des instructions ou des réponses aux questions.

Plusieurs chercheurs mettent en évidence, qu'il est important de considérer chaque personne comme un individu, en cherchant à connaître sa personnalité, ses préférences et ses capacités. Ces aspects sont essentiels dans l'approche des soins centrés sur la personne et sont possibles seulement sous condition d'une communication réciproque avec l'individu.

Souvent les SNP comme l'anxiété est le résultat des besoins non satisfaits de la personne. De plus, en cas de démence il est difficile de les objectiver. Il est conseillé par plusieurs chercheurs d'interroger la personne sur ses besoins

ou de communiquer avec les proches pour mieux les comprendre (Yevchak et al., 2017; Petty et al., 2020).

Les techniques de communication non verbale, comme le massage tactile, l'acupression, le programme multisensoriel Namaste Care ont démontré un effet positif sur la réduction des SNP chez les bénéficiaires de soins (Fung & Tsang, 2018; Kimberley & Jonathan , 2017; Suzuki et al., 2010). Le programme Namaste Care est relativement facile à instaurer dans les hôpitaux de soins aigus compte tenu de la possibilité d'adaptabilité des sessions, qui peuvent être réalisées individuellement au lit du patient ou au cœur d'un groupe (Kimberley & Jonathan, 2017). La mise en place de ce genre de méthode demande toutefois un soutien de la part de la direction des soins car cela exige des ressources, du temps ainsi que la formation du personnel soignant.

La communication appliquée par les proches aidants permet de mieux comprendre les techniques efficaces contre les SNP de leurs proches. Ces expériences pourraient être utiles pour le personnel soignant qui pourrait adopter des comportements communicatifs dits « positif » comme la « pacification » et éviter les comportements engendrant de l'agressivité, comme la critique excessive. En outre, une communication qui va dans le sens de la réalité de la personne souffrant de démence, en reconnaissant ce qu'elle voit ou entend et en la rassurant, peut être une piste pour diminuer les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (Song et al., 2018).

L'analyse menée montre qu'ils existent quelques moyens, en terme de communication, qui peuvent être appliqués lors de l'hospitalisation d'une personne souffrant de démence y compris la démence d'Alzheimer. Il a été démontré que la communication efficace facilite les interactions et diminue les SNP.

6 Chapitre 6 : Conclusion

6.1 Apport du travail de Bachelor

Ce travail de Bachelor a participé au développement de notre esprit critique et à la potentialisation de nos raisonnements. Les compétences acquises permettront de trouver plus aisément des données probantes pour répondre de manière optimale aux questions posées dans notre pratique professionnelle et, in fine, d'améliorer la prise en soins des bénéficiaires de soins.

Plusieurs éléments ont facilité la réalisation de ce travail. Premièrement, les stages ont été une grande source de réflexions. La confrontation à la pratique professionnelle a permis de mettre en évidence certaines problématiques liées à la question de recherche. Les discussions avec le personnel soignant, et plus particulièrement avec la cheffe de l'unité de chirurgie de l'Hôpital du Jura de Delémont, ont permis de faire ressortir les éléments pertinents dans la prise en soins de personne atteinte de démence, mais aussi les difficultés liées à cette population au sein d'un service de soin aigu.

L'apport de notre directeur de travail de Bachelor a aussi été bénéfique pour notre compréhension de ce qu'impliquait l'élaboration d'un tel document. Il a été tout particulièrement d'un précieux soutien lors de la rédaction du chapitre problématique. Il nous a aidés à mettre en évidence les éléments

essentiels et originaux à partir de notre question de départ pour ensuite affiner la question de recherche et l'orienter vers une problématique plus précise.

Les contraintes de ce travail ont été liées aux exigences et aux restrictions associées au Covid 19. En effet, ce travail a été effectué durant les années 2020-2021 en pleine pandémie de Covid 19. Cette situation a imposé que nos échanges s'effectuent en distanciel durant une grande partie de l'élaboration de ce travail. Par conséquent, dans un premier temps, les membres du groupe ont pris le parti de répartir les chapitres du travail et de les rédiger individuellement. Dans un second temps, lorsque les restrictions Covid 19 ont été allégées, il a été plus facile de travailler conjointement sur ce projet afin qu'il trouve son unité et sa cohérence finale.

Un obstacle, mais aussi une force lors de l'élaboration de ce projet a été le mode de fonctionnement diamétralement opposé de ses auteures. La différence de points de vue, mais aussi les manières de travailler très éloignées et diverses, nous ont demandé de nous adapter à un autre mode de pensée. Ce processus collaboratif est devenu une source d'apprentissage et de richesses. Finalement, nos idées se sont complétées et ont permis de faire émerger d'autres perspectives dans le traitement de ce travail.

6.2 Limites

Les articles choisis et par la suite analysés ne répondent pas totalement à la question formulée. Le but de ce travail était de trouver des données pertinentes dans les articles scientifiques récents. Il a été constaté qu'il existait

peu de données en lien avec notre problématique. Pour cette raison, nous avons essayé de trouver des résultats qui répondaient indirectement à la question. De ce fait, la plupart des articles sélectionnés proposaient des réponses partielles à la question de départ. Par exemple, certaines études abordent les stratégies de communication appliquées par les proches aidants. La finalité était de comprendre quelles attitudes particulières peuvent diminuer l'anxiété des personnes souffrant de démence et savoir si celles-ci peuvent être appliquées dans un contexte hospitalier.

Il est important de préciser que dans la plupart des recherches, l'anxiété n'est pas directement étudiée. Les recherches abordent souvent les symptômes psychologiques et comportementaux de la démence qui comprennent l'anxiété, l'agitation, l'agression, les hallucinations, la dépression et l'apathie (Sampson et al., 2014). Le thème de l'anxiété seul fait peu l'objet d'études.

Il a été également constaté que plusieurs recherches proposent les interventions en communication verbale et non verbale en contexte de soins de longue durée. Il existe un manque d'études sur la communication appropriée dans le contexte aigu.

Du fait que la question de recherche vise à étudier un aspect émotionnel, les articles trouvés ont souvent des devis d'études descriptives. Il existe peu d'études expérimentales en lien avec la communication verbale. Il s'agit en outre la plupart du temps d'études à petite échelle.

Enfin, la contrainte du format du travail de Bachelor, qui limite l'année de publication des articles à 10 ans, a diminué le nombre d'articles qui répondent précisément à la question de ce travail de Bachelor.

6.3 Perspectives pour la recherche

L'analyse des articles sélectionnés a mis en évidence la difficulté d'appliquer l'approche centrée sur la personne dans les soins aigus du fait qu'il manque parfois de temps pour connaître la personne et ses habitudes. Les auteurs précisent l'importance des recherches futures afin de mieux comprendre l'influence de ces thérapies sur les SNP chez les personnes souffrant de démence. Ce travail de Bachelor a montré qu'il existe peu d'études expérimentales qui clarifient l'influence de la communication chez les personnes souffrantes de la maladie d'Alzheimer en contexte aigüe.

Les programmes actuels de formation en communication se basent principalement sur l'expérience clinique. Peu de travaux envisagent les techniques de communication expérimentales pour établir les modèles de référence en communication. Pour cette raison, il nous semble pertinent que les futures recherches en communication soient axées sur des devis mixtes et ayant des niveaux preuves plus élevés.

En ce qui concerne la communication non verbale, il n'a pas été trouvé de données sur l'application de ces techniques en milieu hospitalier mis à part l'étude sur le programme Namaste Care. Il nous paraît intéressant d'étudier plus en détails cet aspect pour les recherches futures.

7 Chapitre 7 : Références

7.1 Liste de références

- Alzheimer's Association. (2008). Communication. Repéré à http://www.alz.org/living_with_alzheimers_communication.
- Amieva, H., Belliard, S., & Salomon, E. (2014) *Les Démences : Aspects Cliniques, Neuropsychologiques, Physiopathologiques et Thérapeutiques*. Paris.
- ASI-SBK. (2007). Position éthique 2. Repéré à <https://www.sbk.ch/fr/boutique-en-ligne/publications-de-lasi>.
- Association Alzheimer Suisse. (2011). Les thérapies non médicamenteuses pour une meilleure qualité de vie. *Alzheimer*, 1–4. Repéré à https://www.alzheimer-schweiz.ch/fileadmin/dam/Alzheimer_Schweiz/Dokumente/Publikationen-Produkte/163-26F_2020_Therapies_non_medicamenteuses.pdf
- Auger, L. (1972). *Communication et épanouissement personnel*. Montréal : Editions du CIM.
- Ballard, C., Neill, D., O'Brien, J., McKetih, I.G., Ince ,P., & Perry R. (2000). Anxiety, depression and psychosis in vascular dementia: prevalence and associations. *Journal of affective disorders*, 59(2),97-106. doi: 10.1016/s0165-0327(99)00057-9. PMID: 10837878.
- Bateman, R.J., Xiong, C., Benzinger, T.L., Fagan, A.M., Goate, A.,Fox, N.C., ...Morris, J.C. (2012). Dominantly Inherited Alzheimer's disease. *The New England Journal of Medicine*, 367, 795-804. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1202753>.
- Benner P. (2000). Links between philosophy, theory, practice, and research. *The Canadian journal of nursing research = Revue canadienne de recherche en sciences infirmières*, 32(2), 7–13.
- Sonnenberg, C., Jonker, C., & Beekman, A. T. (2007). The effect of chronic benzodiazepine use on cognitive functioning in older persons: good, bad

- or indifferent?. *International journal of geriatric psychiatry*, 22(12), 1194–1200. <https://doi.org/10.1002/gps.1811>.
- Bonneton-Tabaries, F. (2009). *Le toucher dans la relation soignant-soigné*. (2ème édition). Paris : Edition Med-Line.
- Braak, H., & Del Tredici, K. (2011). The pathological process underlying Alzheimer's disease in individuals under thirty. *Acta neuropathologica*, 121(2), 171–181. <https://doi.org/10.1007/s00401-010-0789-4>.
- Burgoon, J.K., Buller, D.B., & Woodall, W.G. (1996). *Nonverbal Communication : The Unspoken Dialogue*. (2e éd.). New York, NY : McGraw-Hill.
- Bynum, J. P., Rabins, P. V., Weller, W., Niefeld, M., Anderson, G. F., & Wu, A. W. (2004). The relationship between a dementia diagnosis, chronic illness, medicare expenditures, and hospital use. *Journal of the American Geriatrics Society*, 52(2), 187–194. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2004.52054>.
- Carkhuff, R.R. (1969). *Helping and Human Relation*. New York : Holt Rinehart and Winston.
- Carper, B. A. (1978). Fundamental Patterns of Knowing in Nursing. *Advances in Nursing Science*, 1(1), 13-23.
- Chalifour, J. (1989). *La relation d'aide en soins infirmiers : une perspective holistique-humaniste*. Paris : Lamarre.
- Chalifour, J. (1993). *Enseigner la relation d'aide*. Paris : Lamarre.
- Channouf, Ah., & Rouan, G. (2002). *Émotions et cognitions*. Louvain-la-Neuve, Belgique: De Boeck Supérieur.
- Chinn, P.L. & Kramer, M.K. (2015). *Knowledge development in nursing : theory and process*. (9 ed.). St-Louis : Elsevier Mosby.
- CHUV. (2020). *Qualité et sécurité des soins*. Repéré à <https://www.chuv.ch/fr/chuv-home/en-bref/organigramme/qualite-et-securite-des-soins/>.
- Daydé, M.-Cl., Lacroix, M.-L., & Pascal Es-C. (2014). *Relation d'aide En Soins Infirmiers*. (3e éd.). Société française d'accompagnement et de soins palliatifs.
- Définition et chiffres de la maladie d'Alzheimer. Fondation recherche Alzheimer France

- Repéré à : <https://alzheimer-recherche.org/la-maladie-alzheimer/quest-maladie-dalzheimer/definition-et-chiffres/>.
- Devito J. A., Joseph A., Chasse G., & Vezeau, C. (2014). *La communication interpersonnelle*. 3e édition. Saint-Laurent : ERPI.
- Dewing J. (2009). Caring for people with dementia: noise and light. *Nursing older people*, 21(5), 34–38. <https://doi.org/10.7748/nop2009.06.21.5.34.c7102>.
- Dewing, J., & Dijk, S. (2016). What is the current state of care for older people with dementia in general hospitals? A literature review. *Dementia (London, England)*, 15(1), 106–124. <https://doi.org/10.1177/1471301213520172>.
- Durieux. P. (1997). *Guide des principaux termes : évaluation, qualité, sécurité*. Médecines-Sciences Flammarion.
- Ehrenhaus, P. (1988). Silence and symbolic expression. *Communication Monographs*, 55 (3), 41–57.
- Ekan, P. (1967). Head and body cues in the judgment of emotion: A reformulation. *Perceptual and Motor Skills*, 24, 711-724.
- Elliot, R., & Adams, J. (2011). The creation of a Dementia Nurse Specialist role in an acute general hospital. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 18(7), 648–652. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2011.01771.x>.
- Fawcett J. (1984). The metaparadigm of nursing: present status and future refinements. *Image--the journal of nursing scholarship*, 16(3), 84–89. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1984.tb01393.x>.
- Feyereisen, P. (1993). La communication non verbale chez les sujets déments de type Alzheimer. *Questions de Logopédie*, 7, 67-8.
- Frazier-Rios. D., & Zembruski, C. (2007). *Communication difficulties : Assessment and interventions in hospitalized older adults with dementia*. Repéré à <http://consultgerirn.org/>.
- Graziani, P. (2008). *Anxiété et troubles anxieux*. Paris : Édition Armand Colin.
- Grossberg, G. T., & Desai, A. K. (2003). Management of Alzheimer's disease. *The journals of gerontology. Series A, Biological sciences and medical sciences*, 58(4), 331–353. <https://doi.org/10.1093/gerona/58.4.m331>.

- Hardy, J.A., & Higgins, G.A. (1992). Alzheimer's disease: the amyloid cascade hypothesis. *Science*, 256, 184–185. <http://dx.doi.org/10.1126/science.1566067>.
- Hargrave, R., Maddock, R. J., & Stone, V. (2002). Impaired recognition of facial expressions of emotion in Alzheimer's disease. *The Journal of neuropsychiatry and clinical neurosciences*, 14(1), 64–71. <https://doi.org/10.1176/jnp.14.1.64>.
- Harwood, R.H., O'Brien, R., Goldberg, S.E., Allwood, R., Pilnick, A., Beeke, S., ... Schneider, J. (2018) A staff training intervention to improve communication between people living with dementia and health-care professionals in hospital: the VOICE mixed-methods development and evaluation study. *Health Services and Delivery Research*, 6(41), 1-134. doi:10.3310/hsdr06410.
- Heath, H., Sturdy, D., & Wilcock, G. (2010). Improving quality of care for people with dementia in general hospitals. Harrow, England: RCN.
- Henderson, V. (1964). The nature of nursing. *The American journal of nursing*;64 (8):62-68.
- Henry, J. D., Ruffman, T., McDonald, S., O'Leary, M. A., Phillips, L. H., Brodaty, H., & Rendell, P. G. (2008). Recognition of disgust is selectively preserved in Alzheimer's disease. *Neuropsychologia*, 46(5), 1363–1370. <https://doi.org/10.1016/j.neuropsychologia.2007.12.012>.
- HES-SO. (2012). *Référentiel de Compétences -- Soins-infirmiers*
- Hôpital du Jura. (2020). Unité Hospitalière de Psychogériatrie UHP - Hôpital du Jura. Repéré à <http://www.h-ju.ch/Htdocs/Files/v/8990.pdf/Brochures/H-JU-Depliant-UHP.pdf?download=1>
- Hu, C. J., Liao, C. C., Chang, C. C., Wu, C. H., & Chen, T. L. (2012). Postoperative adverse outcomes in surgical patients with dementia: a retrospective cohort study. *World journal of surgery*, 36(9), 2051–2058. <https://doi.org/10.1007/s00268-012-1609-x>.
- Hynninen, N., Saarnio, R., & Isola, A. (2015). The care of older people with dementia in surgical wards from the point of view of the nursing staff and physicians. *Journal of clinical nursing*, 24(1-2), 192–201. <https://doi.org/10.1111/jocn.12669>.

- Hynninen, N., Saarnio, R., & Isola, A. (2015). Treatment of older people with dementia in surgical wards from the viewpoints of the patients and close relatives. *Journal of clinical nursing*, 24(23-24), 3691–3699. <https://doi.org/10.1111/jocn.13004>.
- Jensen-Dahm, C., Palm, H., Gasse, C., Dahl, J. B., & Waldemar, G. (2016). Postoperative Treatment of Pain after Hip Fracture in Elderly Patients with Dementia. *Dementia and geriatric cognitive disorders*, 41(3-4), 181–191. <https://doi.org/10.1159/000444704>.
- Jourard, S.M. (1977). *La transparence de soi*. Quebec : Editions St-Yves Inc.
- Jovic, Lj., & Formarier, M. (2012). *Les concepts en sciences infirmières*. (2e éd.). Assoc Rech en soins Infirm. Lyon : Mallet conseil.
- King, I. M. (1968). A Conceptual Frame of Reference for Nursing. *Nursing Research*, 17(1), 27-31.
- Kohler, C.G., Anselmo-Gallagher, G., Bilker, W., Karlawish, J., Gur, R.E., & Clark, C.M. Emotion-discrimination deficits in mild Alzheimer disease. *The American journal of geriatric psychiatry : official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*, 13(11), 926-33. DOI:10.1097/00019442-200511000-00002
- Krupic, F., Eisler, T., Sköldenberg, O., & Fatahi, N. (2016). Experience of anaesthesia nurses of perioperative communication in hip fracture patients with dementia. *Scandinavian journal of caring sciences*, 30(1), 99–107. <https://doi.org/10.1111/scs.12226>.
- Kuhn, T.S. (1977). *The Essential Tension—Selected Studies in Scientific Tradition and Change*. Univ Chicago Press., 320-339.
- Kwak, Y. T., Yang, Y., & Koo, M. S. (2017). Anxiety in Dementia. *Dementia and neurocognitive disorders*, 16(2), 33–39. <https://doi.org/10.12779/dnd.2017.16.2.33>.
- Larousse. (2020). *Dictionnaire de français*. Repéré à <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais>
- Legendre, R. (2005). *Dictionnaire actuel de l'éducation*. (3 e éd.). Montréal, Québec : Guérin.
- Leininger M. (2007). Theoretical questions and concerns: response from the Theory of Culture Care Diversity and Universality perspective. *Nursing*

science quarterly, 20(1), 9–13.
<https://doi.org/10.1177/0894318406296784>.

Leininger M. M. (1988). Leininger's theory of nursing: cultural care diversity and universality. *Nursing science quarterly*, 1(4), 152–160.
<https://doi.org/10.1177/089431848800100408>.

Levine M. E. (1967). The four conservation principles of nursing. *Nursing forum*, 6(1), 45–59. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6198.1967.tb01297.x>.

Magai, C., Cohen, C., Gomberg, D., Malatesta, C., & Culver, C. (1996). Emotional expression during mid- to late-stage dementia. *International psychogeriatrics*, 8(3), 383–395.
<https://doi.org/10.1017/s104161029600275x>.

Maher, A. R., Maglione, M., Bagley, S., Suttorp, M., Hu, J. H., Ewing, B., Wang, Z., Timmer, M., Sultzer, D., & Shekelle, P. G. (2011). Efficacy and comparative effectiveness of atypical antipsychotic medications for off-label uses in adults: a systematic review and meta-analysis. *JAMA*, 306(12), 1359–1369. <https://doi.org/10.1001/jama.2011.1360>.

Maslow, A. (2008). *Devenir le meilleur de soi-même*. (1954). Paris : Eyrolles.

Mehrabian, A., & Wiener, M. (1967). Decoding of inconsistent communications. *Journal of personality and social psychology*, 6(1), 109–114.
<https://doi.org/10.1037/h0024532>.

Miller C. A. (2008). Communication difficulties in hospitalized older adults with dementia. *The American journal of nursing*, 108(3), 58–67.
<https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000311828.13935.1e>.

Mintzer, J., Brawman-Mintzer, O., Mirski, D., & Barkin, K. (2000). Anxiety in the Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia. *International Psychogeriatrics*, 12(S1), 139-142.
<https://doi.org/10.1080/13607863.2018.1430742>

Mirotnik, J., & Kamp, L. L. (2000). Cognitive status and relocation stress: A test of the vulnerability hypothesis. *The Gerontologist*, 40(5), 531–539.
<https://doi.org/10.1093/geront/40.5.531>.

Molière, Fr. & Formarier, M. (2012). Les concepts en sciences infirmières. *Association de recherche en soins infirmiers*.
<https://doi.org/10.3917/arsi.forma.2012.01.0061>.

- Montague, A. (1971). *Touching: The human significance of the skin*. New York, NY : Harper and Row.
- Moyle, W., Olorenshaw, R., Wallis, M., & Borbasi, S. (2008). Best practice for the management of older people with dementia in the acute care setting: a review of the literature. *International journal of older people nursing*, 3(2), 121–130. <https://doi.org/10.1111/j.1748-3743.2008.00114.x>.
- Müller, U., Winter, P., & Graeber, M. B. (2013). A presenilin 1 mutation in the first case of Alzheimer's disease. *The Lancet. Neurology*, 12(2), 129–130. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(12\)70307-1](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(12)70307-1).
- Nelson, P. T., Kukull, W. A., & Frosch, M. P. (2010). Thinking outside the box: Alzheimer-type neuropathology that does not map directly onto current consensus recommendations. *Journal of neuropathology and experimental neurology*, 69(5), 449–454. <https://doi.org/10.1097/NEN.0b013e3181d8db07>.
- Newman, M. A., Smith, M. C., Pharris, M. D., & Jones, D. (2008). The focus of the discipline revisited. *ANS. Advances in nursing science*, 31(1), E16–E27. <https://doi.org/10.1097/01.ANS.0000311533.65941.f1>.
- Nuss, Ph. (2006). *Comprendre l’anxiété pour mieux la traiter*. Édition médicale, Masson.
- Office fédéral de la santé publique, OFSP. (2016). *Stratégie nationale en matière de démence 2014 – 2019*. Repéré à [www.bag.admin.ch > nds-2014-2019.pdf.download.pdf](http://www.bag.admin.ch/nds-2014-2019.pdf.download.pdf)
- OFSP. (2020). *Scénarios de l’évolution de la population de la Suisse et des cantons 2020-2050*. Repéré à <https://www.viz.bfs.admin.ch/assets/01/ga-01.03.01/fr/index.html>.
- OMS. (2015). *Conférence sur Alzheimer*. Repéré à : http://www.who.int/mental_health/neurology/dementia/fr/.
- OMS. (2016). *Rapport mondial sur le vieillissement et la santé*. Repéré à https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/206556/9789240694842_fre.pdf?sequence=1
- OMS. (2017). *Global action plan on the public health response to dementia 2017-2025*. Repéré à https://www.who.int/mental_health/neurology/dementia/action_plan_2017_2025.

- OMS. Comment l'OMS définit-elle la santé ? Repéré à <https://www.who.int/fr/about/who-we-are/frequently-asked-questions>.
- Orange, J. B., & Ryan, E. B. (2000). Alzheimer's disease and other dementias. Implications for physician communication. *Clinics in geriatric medicine*, 16(1), 153–xi. [https://doi.org/10.1016/s0749-0690\(05\)70015-x](https://doi.org/10.1016/s0749-0690(05)70015-x).
- Paterson, J. G. et Zderad, L. T. (1976/2007). *Humanistic Nursing* [eBook]. Repéré à <http://www.gutenberg.org/?les/25020/25020-8.txt>. Paterson
- Pepin, J., Ducharme, Fr., & Kérouac, S., (2017). *La pensée infirmière*. 4-me ed. Chenelière.
- Polster, E., & Polster, M., (1983). *La Gestalt, nouvelles perspectives théoriques et choix thérapeutiques et éducatifs*. Montréal : Le Jour.
- Porsteinsson, A. P., Drye, L. T., Pollock, B. G., Devanand, D. P., Frangakis, C., ... CitAD Research Group (2014). Effect of citalopram on agitation in Alzheimer disease: the CitAD randomized clinical trial. *JAMA*, 311(7), 682–691. <https://doi.org/10.1001/jama.2014.93>.
- Rantala, M., Kankkunen, P., Kvist, T., & Hartikainen, S. (2014). Barriers to postoperative pain management in hip fracture patients with dementia as evaluated by nursing staff. *Pain management nursing : official journal of the American Society of Pain Management Nurses*, 15(1), 208–219. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2012.08.007>.
- Raue, P. J., Brown, E. L., Murphy, C. F., & Bruce, M. L. (2002). Assessing behavioral health using OASIS: part 2: cognitive impairment, problematic behaviors, and anxiety. *Home healthcare nurse*, 20(4), 230–236..
- Reisberg, B., Ferris, S. H., de Leon, M. J., & Crook, T. (1982). The Global Deterioration Scale for assessment of primary degenerative dementia. *The American journal of psychiatry*, 139(9), 1136–1139. <https://doi.org/10.1176/ajp.139.9.1136>.
- République et Canton du Jura. (2009). *Définitions des prestations de la planification médico-sociale (PMS) jurassienne*.
- République et Canton du Jura. (2011). *Communiqué de presse - Planification médico-sociale dans le canton du Jura à l'horizon 2022*.
- Roblin J., & Gallarda T. (2014). *Anxiété et démence*. Repéré à <https://www.cairn.info/les-troubles-anxieux--9782257204080-page-309.htm>

- Rogers, C. (1968) *Le Développement de la personne*. Malakoff : Editions Dunod.
- Rogers M. E. (1990). *Nursing: Science of Unitary, Irreducible, Human Beings: update 1990*. NLN publications, (15-2285), 5–11.
- Rousseau, T. (1995). *Communication et maladie d'Alzheimer*. Isbergues : Ortho-Edition.
- Roy, C. (1988). An explication of the philosophical assumptions of the Roy adaptation model. *Nursing Science Quarterly*, 1, 26–34. doi:10.1177/089431848800100108.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *The American psychologist*, 55(1), 68–78. <https://doi.org/10.1037//0003-066x.55.1.68>.
- Sachdev, P. S., Blacker, D., Blazer, D. G., Ganguli, M., Jeste, D. V., Paulsen, J. S., & Petersen, R. C. (2014). Classifying neurocognitive disorders: the DSM-5 approach. *Nature reviews. Neurology*, 10(11), 634–642. <https://doi.org/10.1038/nrneurol.2014.181>.
- Sampson, E. L., White, N., Leurent, B., Scott, S., Lord, K., Round, J., & Jones, L. (2014). Behavioural and psychiatric symptoms in people with dementia admitted to the acute hospital: prospective cohort study. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 205(3), 189–196. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.113.130948>.
- Sampson, E. L., Vickerstaff, V., Lietz, S., & Orrell, M. (2017). Improving the care of people with dementia in general hospitals: evaluation of a whole-system train-the-trainer model. *International psychogeriatrics*, 29(4), 605–614. <https://doi.org/10.1017/S1041610216002222>.
- Schiaratura. L.T. (2008). La communication non verbale dans la maladie d'Alzheimer. *Psychologie & NeuroPsychiatrie du vieillissement*, 6(3), 183–8. Repéré à https://www.researchgate.net/publication/23253188_Non-verbal_communication_in_Alzheimer's_disease.
- Schramm, W. (1970). *The Process and Effects of Mass Communication*. Urbana, IL : University of Illinois Press.

- Seignourel, Paul J et al. "Anxiety in dementia: a critical review." *Clinical psychology review* vol. 28,7 (2008): 1071-82. doi:10.1016/j.cpr.2008.02.008.
- Seitz, D. P., Gill, S. S., Gruneir, A., Austin, P. C., Anderson, G. M., Bell, C. M., & Rochon, P. A. (2014). Effects of dementia on postoperative outcomes of older adults with hip fractures: a population-based study. *Journal of the American Medical Directors Association*, 15(5), 334–341. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2013.12.011>.
- Ska, B. & Duong, A. (2005) Communication, discours et démence. *Psychologie & neuropsychiatrie du vieillissement*. 3(2), 125-33.
- Smith, E. R., Broughton, M., Baker, R., Pachana, N. A., Angwin, A. J., Humphreys, M. S., Mitchell, L., Byrne, G. J., Copland, D. A., Gallois, C., Hegney, D., & Chenery, H. J. (2011). Memory and communication support in dementia: research-based strategies for caregivers. *International psychogeriatrics*, 23(2), 256–263. <https://doi.org/10.1017/S1041610210001845>.
- Snyder, M., Grether, J., & Keller, K. (1974). Staring and compliance: Field experiment on hitchhiking. *Journal of Applied Social Psychology*, 4, 165-170. <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.1974.tb00666.x>.
- Sonntag, K. C., Ryu, W. I., Amirault, K. M., Healy, R. A., Siegel, A. J., McPhie, D. L., Forester, B., & Cohen, B. M. (2017). Late-onset Alzheimer's disease is associated with inherent changes in bioenergetics profiles. *Scientific reports*, 7(1), 14038. <https://doi.org/10.1038/s41598-017-14420-x>.
- Strubel, D., Samacoits, P., Sainson, A., Burlan, D., & Maurin, J. (2007). La communication avec le patient atteint de démence. *NPG : Neurologie, Psychiatrie, Gériatrie* (n°40), 7(40), 27–32. [https://doi.org/10.1016/S1627-4830\(07\)91446-4](https://doi.org/10.1016/S1627-4830(07)91446-4).
- Tétreault, S., Sorita, E., Ryan, A., & Ledoux A. (2013) Guide francophone d'analyse systématique des articles scientifiques (GFASAS). Repéré à : https://www.academia.edu/7684255/Guide_francophone_danalyse_syst%C3%A9matique_des_articles_scientifiques_GFASAS
- Vascular Cognitive Impairment. (2003). Edited by John V. Bowler and V. Hachinski. Oxford:Oxford University Press.
- Voyer, Ph. (2e.éd.). (2013). Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie. ERPI - Le Nouveau Pédagogique Editions.

- Watson J. (1997). The theory of Human Caring: retrospective and prospective. *Nursing science quarterly*, 10(1), 49–52. <https://doi.org/10.1177/089431849701000114>.
- Watson J. (1988). *Nursing: human science and human care. A theory of nursing*. NLN publications, (15-2236), 1–104..
- Watson, J. (2008). *Nursing: The Philosophy and Science of Caring*. Revised Edition. Boulder, CO : University Press of Colorado.
- Watson, J. (2018). *Unitary Caring Science: The Philosophy and Praxis of Nursing*. Denver, CO : University of Colorado.
- Weitzel, T., Robinson, S., Barnes, M. R., Berry, T. A., Holmes, J. M., Mercer, S., Foster, T., Allen, L., Victor, D. A., Vollmer, C. M., Steinkruger, K., Friedrich, L. A., Plunkett, D., & Kirkbride, G. L. (2011). The special needs of the hospitalized patient with dementia. *Medsurg nursing : official journal of the Academy of Medical-Surgical Nurses*, 20(1), 13–19.
- Yesavage, J. A., & Taylor, B. (1991). Anxiety and dementia. In C. Salzman & B. D. Lebowitz (Eds.), *Anxiety in the elderly: Treatment and research* (p. 79–85). Springer Publishing Company.
- Zembrzuski, C. (2019). Communication difficulties: assessment and interventions in hospitalized older adults with dementia. Repéré à <https://consultgeri.org/try-this/dementia/issue-d7>.
- Zonsius, M. C., Cothran, F. A., & Miller, J. M. (2020). CE: Acute Care for Patients with Dementia. *The American journal of nursing*, 120(4), 34–42. <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000660024.45260.1a>.

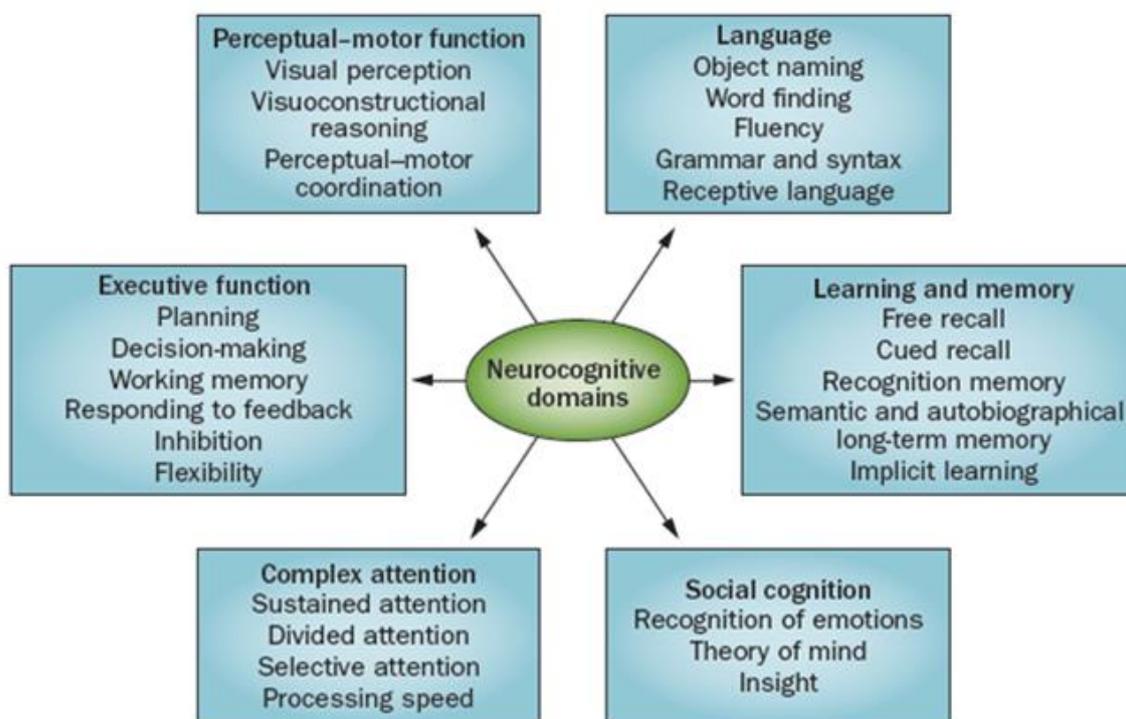
7.2 Liste des articles retenus

- Balzotti, A., Filograsso, M., Altamura, C., Fairfield, B., Bellomo, A., Daddato, F., Vacca, R. A., & Altamura, M. (2019). Comparison of the efficacy of gesture-verbal treatment and doll therapy for managing neuropsychiatric symptoms in older patients with dementia. *International journal of geriatric psychiatry*, 34(9), 1308–1315. <https://doi.org/10.1002/gps.4961>
- Delfino, L. L., Komatsu, R. S., Komatsu, C., Neri, A. L., & Cachioni, M. (2019). Dementia management strategies associated with neuropsychiatric symptoms of elderly people with Alzheimer's disease. *Dementia (London,*

- England), 18(7-8), 2747–2759.
<https://doi.org/10.1177/1471301218759233>
- Fung, J., & Tsang, H. W. (2018). Management of behavioural and psychological symptoms of dementia by an aroma-massage with acupressure treatment protocol: A randomised clinical trial. *Journal of clinical nursing*, 27(9-10), 1812–1825.
<https://doi.org/10.1111/jocn.14101>
- Petty, S., Denning, T., Griffiths, A., & Coleston, D. M. (2020). Meeting the Emotional Needs of Hospital Patients With Dementia: A Freelist Study With Ward Staff. *The Gerontologist*, 60(1), 155–164.
<https://doi.org/10.1093/geront/gny151>
- Song, J. A., Park, M., Park, J., Cheon, H. J., & Lee, M. (2018). Patient and Caregiver Interplay in Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia: Family Caregiver's Experience. *Clinical nursing research*, 27(1), 12–34. <https://doi.org/10.1177/1054773816678979>
- Sprangers, S., Dijkstra, K., & Romijn-Luijten, A. (2015). Communication skills training in a nursing home: effects of a brief intervention on residents and nursing aides. *Clinical interventions in aging*, 10, 311–319.
<https://doi.org/10.2147/CIA.S73053>
- St John, K., & Koffman, J. (2017). Introducing Namaste Care to the hospital environment: a pilot study. *Annals of palliative medicine*, 6(4), 354–364.
<https://doi.org/10.21037/apm.2017.06.27>
- Suzuki, M., Tatsumi, A., Otsuka, T., Kikuchi, K., Mizuta, A., Makino, K., Kimoto, A., Fujiwara, K., Abe, T., Nakagomi, T., Hayashi, T., & Saruhara, T. (2010). Physical and psychological effects of 6-week tactile massage on elderly patients with severe dementia. *American journal of Alzheimer's disease and other dementias*, 25(8), 680–686.
<https://doi.org/10.1177/1533317510386215>
- Yevchak, A., Fick, D. M., Kolanowski, A. M., McDowell, J., Monroe, T., LeViere, A., & Mion, L. (2017). Implementing Nurse-Facilitated Person-Centered Care Approaches for Patients With Delirium Superimposed on Dementia in the Acute Care Setting. *Journal of gerontological nursing*, 43(12), 21–28. <https://doi.org/10.3928/00989134-20170623-01>

8 Chapitre 8 : Annexes

8.1 Appendice A : Domaines et sous-domaines neurocognitifs - DSM-V



(Sachdev, et al., 2014).

8.2 Appendice B : The Global Deterioration Scale (GDS)

Level	Clinical Characteristics
1 No cognitive decline	No subjective complaints of memory deficit. No memory deficit evident on clinical interview.
2 Very mild cognitive decline (Age Associated Memory Impairment)	Subjective complaints of memory deficit, most frequently in following areas: (a) forgetting where one has placed familiar objects; (b) forgetting names one formerly knew well. No objective evidence of memory deficit on clinical interview. No objective deficits in employment or social situations. Appropriate concern with respect to symptomatology.
3 Mild cognitive decline (Mild Cognitive Impairment)	Earliest clear-cut deficits. Manifestations in more than one of the following areas: (a) patient may have gotten lost when traveling to an unfamiliar location; (b) coworkers become aware of patient's relatively poor performance; (c) word and name finding deficit becomes evident to intimates; (d) patient may read a passage or a book and retain relatively little material; (e) patient may demonstrate decreased facility in remembering names upon introduction to new people; (f) patient may have lost or misplaced an object of value; (g) concentration deficit may be evident on clinical testing. Objective evidence of memory deficit obtained only with an intensive interview. Decreased performance in demanding employment and social settings. Denial begins to become manifest in patient. Mild to moderate anxiety accompanies symptoms.
4 Moderate cognitive decline (Mild Dementia)	Clear-cut deficit on careful clinical interview. Deficit manifest in following areas: (a) decreased knowledge of current and recent events; (b) may exhibit some deficit in memory of ones personal history; (c) concentration deficit elicited on serial subtractions; (d) decreased ability to travel, handle finances, etc. Frequently no deficit in following areas: (a) orientation to time and place; (b) recognition of familiar persons and faces; (c) ability to travel to familiar locations. Inability to perform complex tasks. Denial is dominant defense mechanism. Flattening of affect and withdrawal from challenging situations frequently occur.

(Reisberg, Ferris, de Leon, & Crook, 1982).

8.3 Appendice C : Synthèse des articles

Titre et auteurs	Année et journal	BdD	Niveau de preuve	Impact facteur	Descriptif
Meeting the Emotional Needs of Hospital Patients With Dementia: Petty S, Dening T, Griffiths A, Coleston DM.	2020 Gerontologist.	Medline	Entrevue exploratoire qualitative Niveau 6	3,3	Besoins émotionnels des personnes souffrant de démence à l'hôpital (l'âge des participants de l'étude commence à partir de 25 et plus)
Management of behavioural and psychological symptoms of dementia by an aroma-massage with acupressure treatment protocol: Fung, JKK; Tsang, HW.	2018 Journal of Clinical Nursing	Cinhal	A randomised clinical trial Niveau 2	1,9	Cette étude clinique évalue l'efficacité de l'aroma-massage mis en place grâce à un protocole de traitement pour diminuer les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence
Comparison of the efficacy of gesture-verbal treatment and doll therapy for managing neuropsychiatric symptoms in older patients with dementia. Balzotti A, Filograsso M, Altamura C, Fairfield B, Bellomo A, Daddato F, Vacca RA, Altamura M.	2019 Int J Geriatr Psychiatry,	Psychinfo	Étude exploratoire, 3 groupes Niveau 6	3,1	Gesture-verbal treatment and doll therapy for managing neuropsychiatric symptoms in older patients with dementia
Implementing Nurse-Facilitated Person-Centered Care	2017	Cinhal	Étude Exploratoire	1.016	Cette étude exploratoire et descriptive fait converger

<p>Approaches for Patients With Delirium Superimposed on Dementia in the Acute Care Setting.</p> <p>Yevchak A, Fick DM, Kolanowski AM, McDowell J, Monroe T, LeViere A, Mion L.</p>	J Gerontol Nurs.		<p>Descriptive, quantitative et qualitative</p> <p>Niveau 6</p>		<p>des données quantitatives et qualitatives pour traiter la PSC chez les personnes âgées hospitalisées souffrant de démence et/ou de délire. Seule une petite partie de l'article traite de la communication, mais il nous paraît utile de montrer l'approche PSC (soins centrés sur la personne).</p>
<p>Communication skills training in a nursing home: effects of a brief intervention on residents and nursing aides.</p> <p>Sprangers S, Dijkstra K, Romijn-Luijten A.</p>	2015 Clin Interv Aging.		<p>C'est une « two-group comparaison design ».</p> <p>Niveau 3</p>	2,8	<p>L'objectif de cette recherche est d'évaluer l'efficacité d'un bref programme de formation lié aux compétences en communication.</p>
<p>The facilitators of communication with people with dementia in a care setting: an interview study with healthcare workers.</p> <p>Stanyon MR, Griffiths A, Thomas SA, Gordon AL.</p>	2016 Age Ageing		<p>Cette étude est une analyse thématique des entretiens semi-structurés.</p> <p>Niveau 6</p>	4,28	<p>L'objectif de l'article est de décrire le point de vue des professionnels de santé sur les facilitateurs de la communication avec les personnes atteintes de démence en milieu de soins.</p>
<p>Physical and psychological effects of 6-week tactile massage on elderly patients with severe dementia.</p>	2010 Am J Alzheimers Dis Other Demen.	Medline	2 groupe (groupe intervention et groupe contrôle)	1,5	<p>L'objectif de cette étude est d'identifier les effets d'un massage tactile sur les patients atteints de</p>

Suzuki M, Tatsumi A, Otsuka T, Kikuchi K, Mizuta A, Makino K, Kimoto A, Fujiwara K, Abe T, Nakagomi T, Hayashi T, Saruhara T.			Niveau 6		démence, particulièrement les changements de la fonction physique et mentale et les SCPD.
Patient and Caregiver Interplay in Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia: Family Caregiver's Experience. Song JA, Park M, Park J, Cheon HJ, Lee M.	Clin Nurs Res. 2018	Cinhal	Étude qualitative descriptive Niveau 6	1,5	L'objectif de cette étude était d'identifier les expériences des proches aidants dans la gestion des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD).
Introducing Namaste Care to the hospital environment Kimberley StJ, Jonathan K	2017 J Gerontol Nurs.	Pubmed	Exploratoire qualitative entrevue semi-structurée Pilot Niveau 6	1,016	Namaste Care est une méthode qui allie approche multisensoriel qui inclus le toucher et approche centrer sur la personne (comme la réminiscence) pour atténuer les SCPD.
Dementia management strategies associated with neuropsychiatric symptoms of elderly people with Alzheimer's disease Lais Lopes Delfino , Ricardo Shoiti Komatsu , Caroline Komatsu , Anita Liberalesso Neri , Meire Cachioni	2019 Sage : Dementia (London)	Cinhal	Étude observationnelle Niveau 6	1,8	Cette étude étudie l'association entre les stratégies de gestion et de communication des soignants et la présence de symptômes neuropsychiatriques présentés par les personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer.

8.4 Appendice D : Analyses des articles selon la Grille de Tétréault

Analyse d'article 1 selon Grille de Tétréault (2013)

1. Titre Titre (noter le titre)
Meeting the Emotional Needs of Hospital Patients With Dementia: A Freelisting Study With Ward Staff
Thèmes abordés
Selon le titre l'article aborde le sujet des besoins émotionnels des patients déments hospitalisés.
Le titre réfère-t-il à une population précise ou à une question pertinente, si oui, laquelle ou lesquelles
Le titre réfère à une population atteinte de la démence et questionne leurs besoins émotionnels.
2. Auteurs
Auteurs (noter les auteurs)
Stephanie Petty, Tom Dening, Amanda Griffiths and Donna Maria Coleston.
Préciser leur rattachement, institution, lieu de travail, pays
The Retreat, York, Division of Psychiatry and Applied Psychology, School of Medicine, Institute of Mental Health, University of Nottingham, UK.
3. Mots clés (noter les mots clés)
Person-centered care, Qualitative research, Ethnography
4. Résumé
Décrire brièvement les objectifs, la méthodologie, les résultats
<p>L'hospitalisation influence la santé physique, mentale et le bien-être émotionnel des personnes atteintes de la démence. Le personnel soignant doit mieux comprendre les émotions des patients.</p> <p>L'article propose les soins pour répondre aux besoins des patients déments hospitalisés.</p> <p>La méthodologie. Des entretiens qualitatifs exploratoires avec 47 personnes du personnel ont été menés au milieu hospitalier britannique. Ils ont répondu à quatre questions concernant les façons dont ils remarquent la détresse émotionnelle chez les patients déments, les causes de la détresse, toutes les façons dont ils réagissent, et les actions efficaces. Une méthode de recherche quantitative freelisting a été utilisée pour recueil des données d'analyse.</p> <p>Les résultats. La détresse émotionnelle s'est manifestée par l'agitation (score de Smith, 0,418), les pleurs (0,350) et la mobilisation accrue (0,238). Les causes principales de la détresse étaient l'environnement hospitalier peu familier (0,355) et le fait de ne pas savoir ce qui se passe (0,313). Les moyens le plus efficaces pour répondre et diminuer la détresse émotionnelle étaient une nécessité de connaître la personne (0,299), une conversation (0,283), et le fait d'être avec la personne (0,269).</p> <p>En conclusion, les soins centrés sur la personne et les soins adaptés aux émotions sont les moyens prioritaires pour répondre à la détresse émotionnelle.</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 patients déments sont particulièrement vulnérables lorsqu'ils sont admis à l'hôpital. L'environnement hospitalier est la source de stress et peut déclencher la situation de crise. L'accent doit être mis sur l'amélioration des soins (Royal College of Psychiatrists, 2017).</p> <p>Une détresse émotionnelle est ressentie par le personnel également. Cependant, souvent elle est peu comprise ou abordée. De plus, il existe peu de preuves documentées sur ce sujet (Handley, Bunn, & Goodman, 2017).</p> <p>Selon les recherches de la littérature scientifique, les auteurs montrent que les patients déments comptent sur le personnel hospitalier pour maintenir leur bien-être même que le personnel ne possède pas toujours les compétences nécessaires. Les approches centrées sur les émotions doivent être appliquées au milieu hospitalier (Brooke & Semlyen, 2017 ; Dewing & Dijk, 2016 ; Digby & Bloomer, 2014 ; Edvardsson, Sandman et Rasmussen, 2012).</p>
<p>2. Originalité</p>
<p>Comment l'auteur explique-t-il l'originalité de la démarche ?</p>
<p>Ce qu'il semble très intéressant pour notre TB, après une analyse menée par les auteurs, il a été constaté que le bien-être et les émotions n'étaient évalués sous la forme d'un résultat dans aucune étude. Il existe des recommandations théoriques pour les soins auprès des personnes souffrant de démence à l'hôpital, mais il manque toujours l'orientation émotionnelle.</p>
<p>3. Le plan d'article</p>
<p>Le plan est-il précis, logique et détaillé ? Les étapes à venir sont-elles bien précisées ?</p>
<p>Les chercheurs ne précisent pas le plan d'article.</p>
<p>4. Objectifs, questions, hypothèses/ Quels sont les objectifs, les questions de recherche ?</p>
<p>L'objectif de cette étude était de décrire comment le personnel peut remarquer, comprendre et répondre à une détresse émotionnelle des patients atteints de la démence au sein de l'hôpital.</p>
<p>Recensions des écrits scientifiques ou présentation des concepts théoriques</p>
<p>1. Modèle théorique</p>
<p>Un modèle théorique, cadre conceptuel ou explication sont-ils proposés ? Si oui, lesquels ?</p>
<p>Des entretiens qualitatifs exploratoires en utilisant une méthode de freelisting (les listes non structurées) ont été menés avec le personnel hospitalier pluridisciplinaire. Une méthode ethnographique (Weller & Romney, 1988) a été utilisée pour montrer les points de vue des personnes à l'intérieur d'une culture.</p> <p>Selon freelisting il a été proposé aux participants de répondre aux questions en nommant autant d'items d'un domaine que possible.</p>
<p>Comment le modèle théorique, cadre conceptuel est-il justifié ?</p>
<p>La prise en compte d'un consensus culturel est un moyen d'examiner les réponses données par les participants. Cela permet de définir dans quelle mesure un savoir culturel et les connaissances culturelles sont pris en compte (Romney, Weller, & Batchelder, 1986).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Une possibilité de s'exprimer librement (freelisting) sur la pratique quotidienne dans un hôpital est une nouvelle méthode, peu coûteuse qui permet de recueillir les informations significatives (Fleisher & Harrington, 1998).
<p>2. Limites des écrits Préciser les limites ou contraintes provenant d'autres auteurs</p>
<p>Les limites d'autres auteurs ne sont pas précisés.</p>
<p style="text-align: center;">Méthodologie</p>
<p>Question de recherche</p>

Précision des composantes de la question
<p>Selon la méthodologie PICOT :</p> <p>P - patients hospitalisés atteints de la démence</p> <p>I – évaluation des actions du personnel qui permettent de remarquer et de comprendre une détresse émotionnelle</p> <p>O – les actions du personnel qui permettent répondre à une détresse émotionnelle.</p>
2. Devis
Quel est le devis de l'étude ?
Le devis utilisé est un devis qualitatif exploratoire.
Le devis est-il bien détaillé ?
Les auteurs mettent en évidence qu'ils ont utilisé une méthode de freelisting. C'est une méthode qualitative qui permet d'utiliser les données primaires. Les données ont été analysées à l'aide d'un logiciel ANTHROPAC qui est destiné pour l'analyse ce type de données.
Quelle est la cohérence du devis avec la thématique ?
C'est une étude exploratoire menée via des entretiens qualitatifs. Elle est cohérente avec la thématique qui traite des besoins émotionnels.
Précision du rôle du chercheur
Les chercheurs ont mené des entretiens et ont analysé des données.
De quelle façon les règles éthiques sont - elles respectées?
Tous les participants se sont portés volontaires pour participer et ils ont donné leur consentement écrit. L'approbation éthique a été accordée par Health Research Authority (18/HRA/0221).
Quels sont les outils pour la collecte des informations ?
Des entretiens qualitatifs exploratoires ont été menés avec le personnel hospitalier pluridisciplinaire.
Comment se déroule la collecte des données ?
Les données ont été collectées lors des entretiens.
3. Sélection des participants ou objets d'étude
Y a-t-il des critères de sélection ou d'exclusion ? Si oui, préciser lesquels.
<p>Le personnel hospitalier a été échantillonné selon les compétences (Ashton et al., 2003)</p> <p>Le nombre de participants a été déterminé par la méthode d'analyse (Weller, 2007) et était en accord avec les études précédentes (Barg et al., 2006 ; Martinez Tyson, Castaneda, Porter, Quiroz, & Carrion, 2011; Schrader et al. Carrion, 2011 ; Schrauf & Sanchez, 2008).</p> <p>Au total, 47 membres du personnel hospitalier ont participé pendant une période de 3 mois</p> <p>Le personnel a été recruté dans un service d'un hôpital universitaire du Royaume-Uni . Le service est un membre de Dementia Action Alliance qui relie plus de 150 organisations.</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 ?
-
Comment se réalise concrètement la collecte des données ? À quelle fréquence ?
<p>Le premier auteur a collecté les listes d'items dans le cadre des entretiens individuels.</p> <p>Il a été demandé au personnel hospitalier de se souvenir de leur travail auprès des patients déments et d'énumérer autant d'éléments (items) que possible pour décrire :</p> <p>(a) Comment ils remarquent quand quelqu'un est en détresse émotionnelle.</p> <p>(b) Ce qui, selon eux, provoque une détresse émotionnelle.</p> <p>(c) Toutes les façons dont ils réagissent lorsque quelqu'un est en détresse émotionnelle.</p> <p>(d) Les actions efficaces pour atténuer la détresse émotionnelle.</p>

Le chercheur a ensuite demandé au personnel de fournir les informations démographiques. L'entretien a été enregistré.
5. Méthode d'analyse des données
Quelle est la méthode d'analyse utilisée ?
<p>Les listes des items ont été créées dans le cadre des entretiens individuels.</p> <p>Chaque entretien a été transcrit dans son intégrité. Chaque élément de liste unique a reçu un code, résumé en trois lettres. Un livre de codes a été utilisé pour documenter chaque code.</p> <p>En créant le livre de codes, l'objectif était de conserver tous les éléments uniques de la liste. Les chercheurs n'ont pas essayé de regrouper les éléments par thème.</p> <p>Les codes sont devenus l'ensemble des données à analyser.</p> <p>Chaque terme a pris sa position dans la liste selon la fréquence selon laquelle il a été mentionné (average rank), et selon le score de saillance (d'importance) de Smith.</p> <p>La saillance est une mesure de l'importance d'un élément. Elle est calculée selon la fréquence et le rang d'un élément. Un élément qui a une plus grande saillance a été mentionné plus fréquemment et il apparaît plus tôt dans les listes.</p> <p>Seulement, les éléments avec une saillance plus élevée et les éléments mentionnés par au moins 20% des répondants sont affichés dans le tableau des résultats, car ces critères servent à marquer la frontière de la définition culturelle (Barg et al., 2006).</p>
Qui procède à l'analyse ?
Les chercheurs possèdent une analyse.
Quel est le logiciel utilisé ?
Chaque liste des termes a été écrite en langage informatique ASCII et analysée avec le logiciel ANTHROPAC (Borgatti, 1996).
Comment se fait la validation des données ? Y a-t-il des précisions sur la triangulation des données ? Si oui lesquelles ?
Pour améliorer la fiabilité du codage, le code pour chaque question a été revu par tous les auteurs et édité par discussion de groupe ; un échantillon (10%) des transcriptions ont été codées indépendamment par deux examinateurs. L'analyse a été répétée séparément pour chacune des quatre questions d'entretien.
Résultats
1. Description des résultats
Comment les résultats sont-ils présentés ?
Les résultats présentent les caractéristiques des participants. Les résultats sont présents sous forme d'analyse de 4 questions posées lors des entretiens.
Que ressort-il de l'analyse (description des résultats de l'étude)
<p>Caractéristiques des participants</p> <p>La majorité du personnel hospitalier était de sexe féminin (70%) et de race blanche Britannique (75%). Les professions les plus représentées étaient les aide-soignants (43%) et les infirmières (26%). La durée moyenne de travail dans le service était 6 ans, durée moyenne (SD = 7,4, d'une semaine à 28 ans). La durée de travail auprès des personnes souffrant de démence était de 11 ans (SD = 9,4 ; entre 3 mois et 37 ans).</p> <p>Réponses aux questions de manière libre</p> <p>L'ensemble du personnel hospitalier multidisciplinaire a créé une description unique et partagée des items (signes d'agitations, pleurs, langage du corps) pour savoir comment remarquer, comprendre et répondre à la détresse émotionnelle des patients souffrant de démence. Cela montre une approche globale et une compréhension partagée pour aborder les besoins émotionnels de ces patients au milieu hospitalier.</p> <p>Question 1: Comment remarquer la détresse émotionnelle</p>

Au total, 67 descriptions uniques de détresse ont été répertoriées. En moyenne 8,3 éléments nommés par une personne (SD=3,4). Le domaine culturel était également représenté. Le score moyen des connaissances était de 0,8 (SD = 0,1). Les items le plus importants pour décrire la détresse (avec le score de Smith) étaient l'agitation (0,418), les pleurs (0,350), la mobilisation accrue (0,238), l'expression du visage (0,215), le langage corporel (0,209), l'agression (0,170), le retrait (0,169), la désorientation ou confusion (0,169), la colère (0,155), l'agressivité verbale (0,154) et les cris (0,150). L'agitation a été nommée par 53% des participants et a obtenu en moyenne la troisième place dans une liste.

Question 2: Causes de la détresse émotionnelle

Au total, 97 causes uniques de la détresse émotionnelle ont été présentées sur la liste. En moyenne la liste a été composée par 8,3 éléments (SD = 4,2). Les causes les plus importantes de la détresse étaient l'environnement hospitalier (0,355), le fait de ne pas avoir ce qui se passe (0,313), d'être loin de ses proches (0,288), ne pas savoir où il / elle est (0,268), la douleur (0,150), l'envie de rentrer à la maison (0,143), la confusion (0,136) et les personnes inconnues (0,124).

Question 3: Réponses à la détresse émotionnelle

Au total, 104 réponses à la détresse ont été nommées. La longueur moyenne de la liste était de 10,7 éléments (SD = 5,6). Les actions le plus importantes pour répondre à la détresse étaient le fait de rassurer une personne (0,357), de lui parler (0,306), d'être avec (0,260), la distraction (0,255), le confort (0,247), d'interroger la personne sur ses besoins (0,191), de proposer une tasse de thé (0,167), l'empathie (0,167), l'identification de la cause de son état (0,166), de connaître la personne (0,148), de l'écouter (0,140), de la toucher (0,137), et proposer un environnement différent (0,133).

Question 4: Réponses efficaces à la détresse émotionnelle

Les moyens de répondre qui semblent fonctionner étaient de connaître la personne (0,299), de parler (0,283), d'être avec (0,269), d'essayer toutes les réponses énumérées (0,258), de la rassurer (0,176) et de proposer une tasse de thé (0,126).

Questions 3 et 4 : Comparaison des réponses et des réponses qui semblent fonctionner

En moyenne, le personnel hospitalier a nommé beaucoup moins d'éléments pour les réponses qui semblent fonctionner que pour l'ensemble des réponses qu'ils essaient ($t(46) = 7.54$, $p < 0.001$).

Discussion

1. Résumé des résultats

Un résumé des résultats est-il présenté ? Si oui, que contient-il ?

Cette étude décrit comment une équipe pluridisciplinaire comprend les besoins émotionnels des patients déments au milieu hospitalier. L'analyse consensuelle de quatre questions a montré que le domaine culturel a été pris en compte par tout le personnel de l'hôpital. Les émotions, les réponses à la détresse et les soins effectués par le personnel hospitalier ont été classés par la priorité. Cette étude montre une nécessité de fournir les soins complexes et axés sur les émotions auprès des personnes souffrant de démence (Boaden, 2016; Mental Health Fondation, 2013; NICE, 2018).

Les principales manifestations de la détresse émotionnelle (l'agitation, la mobilisation accrue, l'humeur baisse, l'agressivité, l'irritabilité et les vocalisations aberrantes) correspondent aux symptômes psychologiques de la démence (Cerejeira, Lagarto, Mukaetova-Ladinska, 2012).

Les auteurs proposent les termes pour décrire la détresse émotionnelle. Ils décrivent également les causes et les actions efficaces pour l'atténuer. Les descriptions de la détresse énumérées dans cette étude sont comprises comme des réactions habituelles aux circonstances, plutôt que les symptômes d'une maladie.

<p>Les principales causes de la détresse émotionnelle sont l'environnement hospitalier inconnu et une incompréhension de la situation par le patient. Il est important de prendre en compte ces facteurs lors d'une prise en soins.</p> <p>De nombreuses actions sont possibles pour atténuer la détresse émotionnelle. Le fait de connaître la personne soignée, parler, d'être avec le patient, la rassurer, offrir une tasse de thé, sont des actions qui peuvent être efficaces (Brooker & Surr, 2006; Feil, 1993; Kitwood, 1997). Reconnaître le patient souffrant de démence en tant qu'une personne unique est un moment clé des soins. Établir de relations de confiance avec le patient et sa famille est plus prioritaire que l'environnement physique (Cowdell, 2010; Digby et Bloomer, 2014; Edvardsson et Nordvall, 2008).</p>
<p>Comment la recherche répond-elle à l'objectif visé?</p> <p>Cette étude a proposé les actions réalisables basées sur l'expérience du personnel soignant (Brooke & Ojo, 2018; Dewing et Dijk, 2016). Les résultats obtenus montrent les solutions pratiques qui sont axées sur tels modèles théoriques comme les soins centrés sur la personne et les soins aux patients atteints de la démence à l'hôpital (Dewing et Dijk, 2016).</p> <p>Il est important que le personnel pluridisciplinaire ait participé à l'étude (Dewar et Nolan, 2013; Griffiths et al., 2014). Cela a permis une meilleure représentation de différentes professions que dans les études précédentes (Griffiths et al., 2014; Innes et al., 2016).</p> <p>Une possibilité de s'exprimer librement (freelisting) sur la pratique quotidienne dans un hôpital est une nouvelle méthode, peu coûteuse, qui permet recueillir des informations significatives (Fleisher & Harrington, 1998).</p>
<p>2. Liens avec les autres auteurs</p>
<p>Comment les résultats se rattachent-ils à d'autres études (similitudes, différences, etc.)</p> <p>Cette étude montre une nécessité de fournir les soins complexes et axés sur les émotions auprès des personnes souffrant de démence (Boaden, 2016; Mental Health Fondation, 2013; NICE, 2018).</p> <p>Les principales manifestations de la détresse émotionnelle (l'agitation, la mobilisation accrue, l'humeur basse, l'agressivité, l'irritabilité et les vocalisations aberrantes) correspondent aux symptômes psychologiques de la démence (Cerejeira, Lagarto, Mukaetova-Ladinska, 2012).</p> <p>L'environnement hospitalier est l'une de source principale de détresse (NICE, 2018; Waller, Masterson, & Evans, 2017; Organisation mondiale de la santé, 2017). Néanmoins dans la littérature scientifique manque d'informations comment le personnel soignant doit réagir dans ces cas.</p> <p>Le fait de connaître la personne soignée, parler, d'être avec le patient, la rassurer, offrir une tasse de thé se sont des actions qui peuvent être efficaces (Brooker & Surr, 2006; Feil, 1993; Kitwood, 1997).</p> <p>Établir une relation de confiance avec le patient et sa famille est plus prioritaire que l'environnement physique (Cowdell, 2010; Digby et Bloomer, 2014; Edvardsson et Nordvall, 2008).</p>
<p>3. Recommandations ou suggestions</p>
<p>Quelles recommandations ou étapes futures sont-elles proposées ? Pour la pratique ? Pour la recherche ?</p> <p>L'agitation et l'agressivité sont des signes significatifs de la détresse émotionnelle des patients atteints de la démence qui manifestent souvent en réponse de contexte.</p> <p>La mise en pratique des soins centrés sur la personne est difficile à réaliser et nécessite des ressources importantes (Innes et al, 2016 ; Surr, Smith, Crossland, & Robins, 2016).</p> <p>Les futures recherches ont pour but de compléter le rapport reçu du personnel hospitalier</p>
<p>Comment les suggestions- recommandations peuvent elles s'appliquer dans la pratique clinique ?</p>
<p>Implications pour la pratique</p>

Dans cette recherche le personnel soignant propose des moyens possibles pour remarquer, comprendre, et répondre à la détresse émotionnelle afin de garantir le bien-être des patients et le bien-être du personnel, réduire l'utilisation des médicaments antipsychotiques et réduire les coûts des soins.

Enfin, les auteurs soulignent l'importance de l'implication de la famille pour prévenir la détresse émotionnelle (Boaden, 2016).

Implications pour la recherche

Les auteurs estiment qu'il est intéressant d'étudier l'influence des soins centrés sur la personne sur les autres aspects, par exemple : l'utilisation de médicaments, la durée de séjour, l'incidence des chutes, l'agressivité des patients et le bien-être des membres de la famille.

L'importance des programmes éducatifs pour le personnel soignant afin de mieux comprendre les personnes souffrant de démence est mise en avant

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

Les auteurs soulignent en tant que limite de cette étude, qu'il a été difficile de comprendre si les résultats décrits sont équivalents aux actions appliquées dans les hôpitaux en temps réel. Les soins peuvent varier en fonction du service et ces spécificités, de l'agressivité d'une personne démente, etc.

Bien que les auteurs ont exploré les moyens pour répondre à la détresse émotionnelle, il est nécessaire d'explorer plus cette question et répéter la recherche avant de donner des recommandations pratiques fiables.

Conclusion

1. Retour sur l'objectif, question, hypothèse

De quelle manière la recherche a-t-elle répondu à l'objectif visé ?

Cette étude propose les solutions pratiques, basées sur l'expérience du personnel hospitalier qui permettent répondre à la détresse émotionnelle des personnes démentes dans le milieu hospitalier.

2. Principaux résultats

Quels sont les principaux résultats significatifs de la démarche ?

Cette étude propose les soins réalisables qui se basent sur les connaissances du personnel hospitalier. Il est important de noter que les résultats proposés sont des solutions issues de la pratique. Ils se basent sur des modèles théoriques comme le modèle de soins centrés sur la personne et les soins pour les patients atteints de démence lorsqu'ils sont hospitalisés.

L'échantillon des spécialistes questionnés représente plusieurs professions de milieu hospitalier britannique. Cela donne une vision pluridisciplinaire dans cette étude.

L'utilisation de freelisting comme une méthode de recherche simple, efficace et peu chère qui permet de recueillir des informations significatives de la pratique quotidienne du milieu hospitalier.

Analyse d'article 2 selon Grille de Tétreault (2015)

1. Titre (noter le titre)
Management of behavioural and psychological symptoms of dementia by an aroma-massage with acupressure treatment protocol: A randomised clinical trial
Thèmes abordés
Les thèmes abordés dans cet article, l'aroma-massage, l'acupressure et les symptômes psychologiques et comportementaux sont en lien avec les concepts clés de ce travail de Bachelor.
Le titre réfère-t-il à une population précise ou à une question pertinente, si oui, laquelle ou lesquelles
Le titre réfère à une population atteinte de la démence et questionne la possibilité d'atténuer les symptômes psychologiques et comportementaux grâce aux aroma-massage, et l'acupressure.
2. Auteurs (noter les auteurs)
Jo Kamen Ka-man Fung, Hector Wing-hong Tsang
Préciser leur rattachement, institution, lieu de travail, pays
Department of Rehabilitation Sciences, The Hong Kong Polytechnic University, Hung Hom, Kowloon, Hong Kong
3. Mots clés (noter les mots clés)
Les mots clés de cet article sont : l'acupression, l'agitation, la démence, l'huile essentielle et le massage thérapeutique. Certains d'entre eux sont en lien avec la question de recherche de notre travail.
4. Résumé
Décrire brièvement les objectifs, la méthodologie, les résultats
L'objectifs de cet article est d'évaluer l'efficacité de massage aromatique et de traitement par l'acupression pour la gestion des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence. Le méthode : Cette étude est un essai clinique randomisé. 60 personnes âgées ont été recrutées et réparties au hasard dans les trois groupes. Pour analyser les résultats, les auteurs ont appliqué l'inventaire d'agitation Cohen-Mansfield, l'inventaire neuropsychiatrique, un mini-examen d'état mental et l'indice de Barthel-20. Les résultats : Les participants des groupes qui ont eu l'aroma-massage et l'acupression ont montré une réduction significative de la gravité des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence. La conclusions : Cette étude clinique montre que le massage aromatique avec l'acupression est aussi efficace comme l'entraînement cognitif et peut réduire la gravité des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence.
Introduction
1. Pertinence
Est-ce que la justification de l'étude repose sur des constats théoriques, des observations, des faits ou des données statistiques ?
Les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) sont souvent observés chez les personnes atteintes de la démence » (Finkelet al., 1997: p. 1060). Ils sont gérés difficilement par les soignants et, également, ils représentent un énorme fardeau pour les membres de la famille (Herrmann et al., 2006). L'utilisation d'antipsychotiques est l'une des approches pour la gestion des SCPD (Greve & O'Connor, 2005). Cependant, les effets de traitement antipsychotique augmentent le risque de chutes, accidents (Liperoti et al., 2009) et décès (Schneider, Dagerman, Et Insel, 2006).

<p>Pour cela, il y a un intérêt pour approfondir les approches non pharmacologiques, telles que les techniques cognitivo-comportementales, pour mieux gérer les SCPD chez les personnes souffrant de démence. (Fung, Tsang et Chung, 2012).</p> <p>Plusieurs études montrent les effets positifs de l'entraînement cognitif pour améliorer les fonctions cognitives et/ou les troubles cognitifs (Alves, Soares, Sampaio et Concalves, 2013; Bahar-Fuchs, Clare et Woods, 2013; Mayer, Bishop et Murray, 2012). Les effets de l'internement cognitif pourraient être renforcés par l'application simultanée de l'activité physique (Kraft, 2012; Schneider & Yvon, 2013).</p> <p>Les approches alternatives, comme l'aromathérapie, l'acupuncture et la phytothérapie, pour réduire les SCPD intéressent de plus en plus les chercheurs (Akhondzadeh & Moroozian, 2002).</p>
<p>2. Originalité</p>
<p>Comment l'auteur explique-t-il l'originalité de la démarche ?</p>
<p>L'aromathérapie et l'acupuncture sont des approches qui peuvent être utilisées pour réduire les SCPD (Yang et al., 2015). L'aromathérapie et le massage thérapeutique représentent des moyens non invasifs avec minimum des effets secondaires. Les propriétés de massage, comme l'amélioration des circulations sanguines et lymphatiques, la relaxation du système musculosquelettique pourront réduire le stress et l'agitation (Lee, Wu, Tsang et Cheung, 2011). De plus, le massage dans les certains cas est la seule méthode de communication pour les personnes souffrant de démence qui ne peuvent plus communiquer (Hansen, Jorgensen et Ortenblad, 2006).</p> <p>Les effets positifs de l'aromathérapie, de l'acupression et du massage thérapeutique sur les SCPD sont évidents. Mais il existe peu de recherche pour voir l'efficacité de leur combinaison.</p>
<p>3. Le plan d'article</p>
<p>Le plan est-il précis, logique et détaillé ? Les étapes à venir sont-elles bien précisées ?</p>
<p>Le plan d'article est précis et logique. Il contient le résumé, l'introduction, la méthode, les résultats, la discussion et la conclusion.</p>
<p>4. Objectifs, questions, hypothèses</p>
<p>Quels sont les objectifs, les questions de recherche ?</p>
<p>Cette étude vise à évaluer les résultats de l'application de massage aromatique avec un protocole de traitement d'acupression et les comparer à l'application d'un entraînement cognitif afin de gérer les SCPD.</p> <p>La question de la gestion de SPDC par les moyens de communication fait partie de notre question de recherche. L'anxiété est un des SPCD. Le massage est une méthode de communication non verbale.</p>
<p>Recensions des écrits scientifiques ou présentation des concepts théoriques</p>
<p>1. Modèle théorique</p>
<p>Un modèle théorique, cadre conceptuel ou explication sont-ils proposés ? Si oui, lesquels ?</p>
<p>L'article contient un cadre théorique selon lequel les auteurs explorent 2 hypothèses :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Un protocole proposé par les chercheurs serait-il aussi efficace que l'entraînement cognitif pour réduire les SCPD. <p>Un protocole proposé pourrait-il améliorer l'effet de l'entraînement cognitif.</p>
<p>Comment le modèle théorique, cadre conceptuel est-il justifié ?</p>
<p>Il n'y a pas de justification de modèle théorique.</p>
<p>2. Limites des écrits Préciser les limites ou contraintes provenant d'autres auteurs</p>
<p>Pour cette étape les auteurs ne citent pas les contraintes des autres auteurs.</p>
<p>Méthodologie</p>
<p>1. Question de recherche</p>
<p>Quelles sont les variables importantes ?</p>

<p>Selon la méthodologie PICOT, les composantes de la question de recherche sont suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • P – les personnes souffrant de démence. • I – les séances de massage aromatique et de traitement par acupression. • C- comparaître l'effet du massage et de l'acupression à l'application d'un entraînement cognitif. • O – gestion symptômes comportementaux et psychologiques de la démence. <p>Il est important que les composantes P, I et O soient en fort lien avec la question de recherche pour notre TB.</p> <p>Variables indépendantes : données démographiques (âge, sexe, statut marital), diagnostic, niveau d'éducation, type de communication, niveau d'attention (tableau 2).</p> <p>Variables dépendantes : score CCMAI-29 (fréquence et la survenue des SCPD), le questionnaire CMMSE (fonction cognitive), score NPI (troubles de comportement), comportement agressif, comportement non agressif, agitation verbale.</p>
Les variables importantes sont-elles bien définies ?
Oui, les variables sont bien définies dans le texte de l'article.
Quels sont les questions ou les objectifs de recherche ?
Comme cela a été mentionné précédemment, l'objectif de cette recherche est d'évaluer les résultats de l'application de massage aromatique avec protocole de traitement d'acupression et les comparer à l'application d'un entraînement cognitif afin de gérer les SCPD
Quelles sont les hypothèses de recherche ?
<p>L'article contient un cadre théorique que les auteurs explorent 2 hypothèses :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Un protocole proposé par les chercheurs serait aussi efficace que l'entraînement cognitif afin de réduire les SCPD. <p>Un protocole proposé peut-il améliorer l'effet de l'entraînement cognitif.</p>
2. Devis
Quel est le devis de l'étude ?
C'est un devis expérimental.
Le devis est-il bien détaillé ?
Oui, le devis est bien détaillé, car cette étude est un essai randomisé contrôlé avec une division en 3 groupes.
De quelle façon les règles éthiques sont-elles respectées ?
L'approbation éthique institutionnelle a été demandée au Département des sciences de la réadaptation de l'Université polytechnique de Hong Kong et à l'organisation grâce à laquelle les participants ont été recrutés. Le consentement écrit individuel a également été obtenu auprès des tuteurs ou les participants avant le début de la recherche.
Précision du type de devis ou de la procédure expérimentale
Cette étude est un essai randomisé contrôlé avec une division en 3 groupes.
Quelles explications sont fournies pour la collecte d'informations ?
Selon les études précédentes Ballard, O'Brien, Reichelt, & Perry, 2002; Fu, Moyle, & Cooke, 2013; Holmes et al., 2002; Wells, Dawson, Sidani, Craig, & Pringle, 2000) le nombre des participants devrait être plus que 45 pour obtenir les données statistiquement fiables et pour pouvoir les analyser en utilisant un outil ANOVA.
3. Sélection des participants ou objets d'étude
Quelle est la population visée ? est-elle bien définie ?
La population visée pour cette étude est les personnes âgées qui présentent SCPD . Elle est bien définie dans le texte.
Comment se réalise la sélection des participants ?

<p>Soixante-huit adultes plus âgés atteints de SCPD ont été choisis parmi trois établissements de soins de longue durée de Hong Kong.</p>
<p>Des critères d'inclusion, d'exclusion de l'échantillon sont-ils présentés qu'elles sont-ils ?</p>
<p>Les critères d'inclusion : l'âge plus de 60 ans ; un score du Mini-Mental State Examination (CMMSE) de 18 à 20 selon l'éducation ; une présence des SCPD et un consentement signé par leur tuteur.</p> <p>Les critères d'exclusion : l'allergie aux huiles essentielles, une refuse de participer ; des troubles musculosquelettiques (contre-indiquées pour l'acupression) et l'hypersensibilité à la stimulation tactile.</p>
<p>Est-ce qu'il y a une répartition des participants en groupe ? (témoin ou contrôle) comment cette répartition se réalise-t-elle ?</p>
<p>Les 60 participants ont été divisés en 3 groupes de 20 personnes. Le groupe 1 recevait le massage aromatique avec l'acupression et l'exercice. Le groupe 2 recevait un entraînement cognitif et l'exercice. Le groupe 3 a eu le massage aromatique avec acupression et un entraînement cognitif.</p>
<p>Précision de la procédure pour faire le choix des participants</p>
<p>Les participants ont été choisis selon les critères d'inclusion, d'exclusion.</p>
<p>Précisions sur la justification de la taille de l'échantillon</p>
<p>Cette recherche est un essai randomisé contrôlé. Les 60 participants ont été divisés en 3 groupes de 20 personnes par hasard en utilisant une méthode de randomisation bloquée.</p>
<p>4. Choix des outils de collecte d'information</p>
<p>Les instruments de mesure sont-ils décrits de manière précise ? Quels sont-ils ?</p>
<p>L'inventaire d'agitation Cohen-Mansfield (CCMAI-29 items, Choy, Lam, Chan, Li, & Chiu, 2001) pour évaluer la fréquence de l'occurrence des SCPD</p> <p>Le questionnaire CMMSE en 30 points est le test de dépistage de la déficience cognitive et de la démence.</p> <p>L'inventaire neuropsychiatrique (NPI) était utilisé pour évaluer les perturbations neuropsychologiques y compris les anomalies de l'humeur et les phénomènes psychotiques (les délires, l'agitation, l'anxiété et les changements d'appétit). La gravité des perturbations a été notée par « score de gravité » de 1 (léger) à 3 (sévère). Très marqué ou proéminent, mais pas un changement significatif. La détresse a été évaluée par « score de détresse » de 1 à 5.</p> <p>L'indice de Barthel-20 (BI20) a été utilisé comme mesure d'évaluation de niveau de dépendance / indépendance fonctionnelle pour 10 activités de la vie quotidienne.</p>
<p>Comment se réalise concrètement la collecte des données ? Quelle est la fréquence de passation des outils ?</p>
<p>La collecte des données s'est réalisé grâce aux carnets remplis par les soignants qui contenaient des formulaires de données démographiques, BI20, CMMSE, CCMAI et NPI.</p> <p>Des observations ont été enregistrées en pré-, post-intervention et 3 mois post-intervention.</p> <p>Le coefficient alpha de Cronbach était utilisé pour définir la fiabilité des données obtenues.</p>
<p>Des précisions sur la passation et la cotation des outils sont-elles données ? quelles sont-elles ?</p>
<p>L'intervention a été appliquée et analysée 3 fois chaque 2 semaines.</p>
<p>Des précisions sont-elles données sur la variable indépendante, dépendante ? Lesquelles sont-elles ?</p>

Les auteurs ont étudié la fréquence et la survenue de la SCPD (CCMAI) ; les troubles neuropsychologiques (NPI) ; le niveau de la déficience cognitive et de la démence (CMMSE) et le niveau de la dépendance fonctionnelle (BI20).
5. Intervention ou programme (si applicable)
Quelles sont les interventions et comment sont-elles décrites ?
Les soignants formés ou les thérapeutes effectuaient les séances de l'aromathérapie (pas plus que 20 min). Les séances ont été combinées avec un massage thérapeutique à l'huile essentielle de lavande mélangée à 2% dans un tournesol. L'acupression était intégrée dans la séance de massage. Un protocole de l'acupuncture a été élaboré avec la participation des praticiens de la médecine chinoise traditionnelle et en utilisant des données de la littérature (Lin et al.,2009). Un entraînement cognitif a été appliqué par le personnel formé. La durée de la séance était 20 min. Le but était d'améliorer l'attention, la mémoire à court terme, les capacités de calcul ou d'orientation à l'aide de feuilles de travail et des puzzles. Sous le nom « exercices » étaient toutes les activités habituelles qui font partie de la thérapie au milieu d'institutionnel. L'utilisation de médicaments prescrits était autorisée tout au long de la période d'intervention.
Comment l'intervention est-elle appliquée ?
Chaque groupe a eu son intervention 3 fois chaque 2 semaines.
6. Méthode d'analyse des données
Quels sont les méthodes et les types d'analyses statistiques proposées (tests).
La version 22 de SPSS, l'analyse de la variance (ANOVA), l'analyse de la covariance (ANCOVA), LOCF ont été utilisées pour une analyse des données statistiques.
Les méthodes d'analyses sont-elles justifiées ? Si oui, De quelle manière ?
Les auteurs expliquent pour quelles raisons ils utilisent les méthodes d'analyses citées plus haut.
Résultats
1. Description de l'échantillon
Quelles sont les caractéristiques principales de l'échantillon ?
Soixante adultes (18 hommes et 42 femmes) à l'âge entre 63 et 100 ans ont été choisis pour cette recherche. L'âge moyen était 84,02 ans.
Des précisions sont-elles données sur les participants, si oui, lesquelles.
Les participants ont été divisés en 3 groupes. Il n'y avait pas de différences significatives dans les données démographiques de trois groupes, sauf en ce qui concerne leur capacité d'attention ($p = 0,04$). Ce qui est important pour notre travail c'est que dans chaque groupe de 60 à 75 pour cents des participants présentés de la démence. Les auteurs ne précisent pas le type.
Des précisions sont-elles données sur la période de collecte de données, lesquelles ?
La période de collecte de données était 3 mois. Pour l'analyse, les auteurs ont effectué les mesures à 3 répétitions (pré-, post test et une mesure 3 mois après le début d'intervention).
2. Description des résultats
Quels sont les résultats statistiquement significatifs ($p < 0,05$) ?
Le test ANOVA a révélé une différence globale significative entre les groupes ($p = 0.03$). Les effets significatifs ont été constatés pour les scores NPI dans le « score de gravité » ($p = 0,04$, $f = 2,889$) et «score de détresse» ($p = 0,04$, $f = 3,022$).

<p>- Le « score de gravité » moyen a considérablement chuté de 3,70 (SD = 3,30) dans le prétest à 2,55 (SD = 2,48) ($p = 0,01$) et à 1,85 (SD = 1,46) au post-test de 3 mois dans le groupe 1 ($p = 0,01$) - aroma-massage avec acupressure +exercice.</p> <p>- Il y a également eu une réduction significative du score moyen de 3,60 (SD = 3,05) au prétest à 2,35 (SD = 2,26) au suivi de 3 mois dans le groupe 3 ($p = 0,01$) - aroma-massage avec l'acupressure et l'entraînement cognitif.</p> <p>- En termes de « score de détresse », il y a eu une réduction significative de 5,8 (SD = 5,09) en prétest à 4,25 (SD = 3,78) en post-test ($p = .02$) et une réduction des scores moyens du post-test de 4,25 (SD = 3,78) à 2,75 (SD = 2,66) en post-test de 3 mois dans le groupe 1 ($p = .02$). Des changements similaires ont été trouvés dans le groupe 3 (prétest -5,40 ; post test 4,53) ($p = 0,01$) et à 3 mois suivi (2,95) ($p = 0,01$).</p> <p>Les auteurs n'ont pas constaté l'influence de l'intervention (entraînement cognitif et exercice) dans le groupe 2 sur les scores mentionnés.</p>
<p>Quels sont les autres résultats importants ?</p> <p>Les scores CMMSE, l'ANCOVA à mesures répétées dans trois groupes au prétest et post-test n'ont montré aucune différence significative. Les scores des trois domaines (« comportement agressif », « comportement non agressif » et « comportement verbalement agité ») de CMAI dans trois groupes à trois mesures dans le temps n'étaient pas significativement différents. Aucun effet secondaire indésirable n'a pas été observé chez les participants pendant toute la période de recherche.</p>
<p>Discussion</p>
<p>Un résumé des résultats est-il présenté ? Si oui, que contient-il ?</p> <p>L'ensemble des résultats ne montrent pas la différence significative via l'outil ANOVA. Cependant, il a été observé la réduction de la gravité et de la détresse causées par le SCPD dans les groupes 1 et 3. Le groupe 2 n'a pas démontré des effets similaires. Autrement dit, le nouveau protocole du massage aromatique avec l'acupression était aussi efficace que l'entraînement cognitif pour réduire les SPCD.</p> <p>Également, les auteurs mettent en évidence que ce protocole est facile à apprendre et il peut être appliqué par les non professionnels.</p> <p>Les scores de CMMSE ont eu une tendance à la hausse pour les groupes avec l'arôme-massage, l'acupression et l'entraînement cognitif. Bien que ce changement ne soit pas significatif, cela soulève une question, si le massage aromatique avec l'acupression pourrait améliorer l'effet de l'entraînement cognitif. Probablement, l'effet relaxant du massage et de l'acupression a une influence positive. En revanche, l'entraînement cognitif peut irriter les participants et ne pas être efficace afin d'améliorer leur fonction ou comportement.</p>
<p>Comment la recherche répond-elle à l'objectif visé ou à l'hypothèse de départ ?</p> <p>Les auteurs constatent que le massage aromatique avec l'acupression utilisée soit avec un entraînement cognitif, soit avec de l'exercice a considérablement réduit la gravité et la détresse causées par SCPD. Ce résultat permet de soutenir la première hypothèse de cette recherche.</p> <p>L'expérience agréable de l'aroma-massage avec d'acupression a calmé les participants, en diminuant leur état agité pendant l'entraînement cognitif. Cela leur a permis de fonctionner mieux lors de l'exécution de tâches pendant 20 min.</p>
<p>2. Liens avec les autres auteurs</p>
<p>Comment les résultats se rattachent-ils à d'autres études (similitudes, différences, ...)</p> <p>Le massage aromatique avec l'acupression, comme cela a été constaté dans les autres études, est susceptible de produire un effet sur les relations, l'engagement et les SCPD, mais pas sur la fonction (Ballard et al., 2002; Burns et al., 2011) ou la cognition (Lin et al., 2007; Snow, Hovanec et Brandt, 2004).</p>

<p>L'aromathérapie, le massage thérapeutique et l'acupression sont efficaces pour réduire les SCPD. Concernant l'aromathérapie, certaines études ont rapporté des résultats positifs (Ballard & Howard, 2006; Jimbo, Kimura, Taniguchi, Inoue et Urakami, 2009; Lin et al., 2007), tandis que d'autres n'ont pas rapporté de résultats positifs (Burns et al., 2011; O'Connor, Eppingstall, Taffe, & van der Ploeg, 2013). Cependant, les effets combinés de ces trois traitements ne sont pas clairement documentés.</p>
<p>3. Recommandations ou suggestions</p>
<p>Quelles recommandations ou étapes futures sont-elles proposées ? Pour la pratique ? Pour la recherche ?</p>
<p>Les effets combinés de l'aroma-massage et l'acupression n'étaient pas encore documentés. Il est intéressant pour la pratique que ces interventions demandent un niveau minimal de formation requise pour le personnel professionnel.</p> <p>Les recherches à plus grande échelle sont encore nécessaires pour confirmer les résultats obtenus. Après avoir plus de preuves, ces interventions peuvent compléter des thérapies pour atténuer les SCPD chez les personnes atteintes de la démence à un stade avancé.</p>
<p>Comment les suggestions-recommandations peuvent elles s'appliquer dans la pratique clinique ?</p>
<p>Les interventions peuvent être appliquées dans la pratique. Néanmoins, les auteurs soulignent la nécessité d'obtenir plus de preuves pour avoir les résultats plus significatifs.</p>
<p>4. Limites de la présente étude Quelles sont les limites /biais de l'étude ?</p>
<p>Premièrement, la taille d'échantillon est petite. Deuxièmement, il n'y a pas de résultats qui concernent les comportements souhaitables, comme l'augmentation de l'engagement social et de l'interaction avec les autres. Enfin, les antipsychotiques et les médicaments consommés par les participants au cours de l'étude n'ont pas été pris en compte.</p>
<p>Conclusion</p>
<p>1. Retour sur l'objectif, question, hypothèse</p>
<p>De quelle manière la recherche a-t-elle répondu à l'objectif visé ?</p> <p>Deux hypothèses ont été posées au début de l'article.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Un protocole proposé par les chercheurs serait-il aussi efficace que l'entraînement cognitif afin de réduire les SCPD. Les auteurs constatent que le massage aromatique avec l'acupression utilisée soit avec un entraînement cognitif, soit avec de l'exercice a considérablement réduit la gravité et la détresse causées par SCPD. <p>Un protocole proposé peut-il améliorer l'effet de l'entraînement cognitif. L'expérience agréable de l'aroma-massage avec d'acupression a calmé les participants et diminué leur état d'agitation pendant l'entraînement cognitif. Cela leur a permis de fonctionner mieux lors de l'exécution de tâches pendant 20 min.</p>
<p>2. Principaux résultats</p>
<p>Quels sont les principaux résultats significatifs de la démarche ?</p> <p>Les auteurs ne précisent plus les résultats dans cette partie de l'article. Mais comme cela a été noté auparavant, les scores de CMMS, de l'ANCOVA à mesures répétées, de CCMAI (« comportement agressif », « comportement non agressif » et « comportement verbalement agité ») dans trois groupes au prétest et post-test n'ont pas montré aucune différence significative.</p> <p>Les effets significatifs ont été constatés pour les scores NPI dans le « score de gravité » ($p = 0,04$, $f = 2,889$) et « score de détresse » ($p = 0,04$, $f = 3,022$) pour les groupes 1 et 3.</p> <p>L'aromathérapie, le massage thérapeutique et l'acupression sont efficaces pour réduire les SCPD.</p>

Analyse d'article 3 selon Grille de Tétreault (2015)

1. Titre (noter le titre)
Comparison of the efficacy of gesture-verbal treatment and doll therapy for managing neuropsychiatric symptoms in older patients with dementia
Thèmes abordés
Les thèmes abordés selon le titre sont : la thérapie verbale-non verbale, la thérapie par poupée, la gestion des symptômes neuropsychiatriques chez les personnes âgées atteintes de la démence.
Le titre réfère-t-il à une population précise ou à une question pertinente, si oui, laquelle ou lesquelles
Le titre réfère à une population atteinte de la démence et questionne la possibilité d'atténuer les symptômes neuropsychiatriques et comportementaux grâce à la thérapie verbale-non verbale et à la thérapie par poupée.
2. Auteurs (noter les auteurs)
Balzotti A, Filograsso M, Altamura C, Fairfield B, Bellomo A, Daddato F, Vacca RA, Altamura M.
Préciser leur rattachement, institution, lieu de travail, pays
<ul style="list-style-type: none"> - Department of Clinical and Experimental Medicine, Psychiatry Unit, University of Foggia, Foggia, Italy - Residenza Sociosanitaria Assistenziale per Anziani "Aurelia e Silvestro Storelli", Bisceglie, Italy - Institute of Biomembranes Bioenergetics and Molecular Biotechnologies, Italian National Research Council (CNR), Bari, Italy - Department of Psychological, Health and Territorial Sciences, University of Chieti, Chieti, Italy - Center of Excellence on Aging and Translational Medicine (CeSI-MeT), University of Chieti, Chieti, Italy
3. Mots clés (noter les mots clés)
Les mots clés de cet article sont: l'agitation, l'apathie, la démence, la thérapie par poupée, le traitement gestuel-verbal, les symptômes neuropsychiatriques (SNP). Certains d'entre eux sont en lien avec la question de recherche de notre travail.
4. Résumé
Décrire brièvement les objectifs, la méthodologie, les résultats
<p>Objectifs de cet article est comparaître les effets de deux programmes d'intervention, la thérapie verbale-non verbale (GVT) et la thérapie par poupée (PT) chez les personnes âgées atteintes de la démence qui vivent au EMS.</p> <p>Méthodologie: Les auteurs ont évalué les SNP en utilisant un Neuropsychiatric Inventory Questionnaire (NPI-Q). Les 30 participants ont été divisés en 3 groupes (GVT, PT et groupe de témoins). L'intervention durait pendant 12 semaines.</p> <p>Résultats: Le groupe PT a montré des diminutions significatives de l'agitation, de l'irritabilité, de l'apathie, de la dépression et des délires par rapport aux témoins. Le groupe GVT a montré la diminution significative de l'apathie et de la dépression par rapport aux témoins. Le PT a amélioré les symptômes d'agitation par rapport à l'intervention GVT tandis que l'intervention GVT a amélioré l'apathie par rapport à l'intervention PT.</p>

<p>Conclusion: Il est essentiel de mieux comprendre les avantages thérapeutiques de différents traitements afin de diminuer les symptômes neuropsychiatriques chez les personnes souffrant de démence.</p>
<p>Introduction</p>
<p>1. Pertinence</p>
<p>Est-ce que la justification de l'étude repose sur des constats théoriques, des observations, des faits ou des données statistiques ?</p>
<p>La démence, quelle qu'en soit l'étiologie, se caractérise par une détérioration progressive des capacités cognitives telles que mémoire, langage et fonctions exécutives et par l'apparition des symptômes neuropsychiatriques (SNP). Selon les revues de la littérature, de 56% à 98% des personnes atteintes de la démence présentent au moins un SNP avec la prévalence de l'apathie, de l'irritabilité, de l'agitation et de la dépression (4, 6). Il est intéressant qu'il n'existe pas de protocoles pour gérer ses symptômes. Néanmoins, les interventions non pharmacologiques montrent de bons résultats (15-17).</p> <p>Les personnes souffrant de démence présentent souvent des difficultés de langage et de communication qui provoquent l'état de l'anxiété (24, 25). Il existe des preuves que les interventions cognitives- linguistiques qui comprennent la communication verbale (mots) et non verbale (gestes) peuvent améliorer les symptômes émotionnels (p. ex., anxiété, irritabilité) (39-41).</p> <p>Les thérapies non pharmacologiques encouragent l'utilisation de stratégies qui font appel à des mécanismes cognitifs et affectifs alternatifs pour améliorer la qualité de vie des patients. L'une de ces stratégies est la thérapie par les poupées (PT) (44, 45). De nombreuses études ont montré que la PT pouvait entraîner une diminution des comportements perturbateurs tels que l'agitation chez les personnes souffrant de démence (46-48). À ce jour, il n'existe pas d'explications pour ce phénomène. Probablement, la théorie de l'attachement de Bowlby peut expliquer l'effet de cette intervention.</p>
<p>2. Originalité</p>
<p>Comment l'auteur explique-t-il l'originalité de la démarche ?</p>
<p>Les auteurs montrent qu'il existe peu de recherches sur l'impact des interventions verbales et non verbales sur les NPS chez les personnes souffrant de démence. De plus, les soignants rencontrent des difficultés pour choisir et utiliser les moyens non pharmacologiques efficaces pour le SNP.</p> <p>Pour cela dans cette étude, les auteurs ont cherché à évaluer l'efficacité interventions verbales et non verbales pour diminuer les SNP.</p>
<p>3. Le plan d'article</p>
<p>Le plan est-il précis, logique et détaillé ? Les étapes à venir sont-elles bien précisées ?</p>
<p>Les informations concernant le plan d'article sont absentes en partie « Introduction ».</p>
<p>4. Objectifs, questions, hypothèses</p>
<p>Quels sont les objectifs, les questions de recherche ?</p>
<p>En vue qu'il existe peu d'études contrôlées randomisées dans la littérature pour comparaître les différentes techniques pour gérer les SNP, le but était de réaliser une étude exploratoire randomisée pour comparaître les effets de GTV et PT.</p>
<p>Recensions des écrits scientifiques ou présentation des concepts théoriques</p>
<p>1. Modèle théorique</p>
<p>Un modèle théorique, cadre conceptuel ou explication sont-ils proposés ? Si oui, lesquels ?</p>
<p>Les auteurs ne s'appuient sur aucun un cadre théorique pour cette étude.</p>
<p>Comment le modèle théorique, cadre conceptuel est-il justifié ?</p>
<p>-</p>

2. Limites des écrits
Préciser les limites ou contraintes provenant d'autres auteurs.
Pour cette étape les auteurs ne citent pas les contraintes des autres auteurs. Les auteurs soulignent que plusieurs études montrent l'efficacité des approches non pharmacologiques pour la gestion des SNP.
Méthodologie
1. Question de recherche
Quelles sont les variables importantes ?
<p>Selon la méthodologie PICOT :</p> <ul style="list-style-type: none"> • (P) - personnes souffrant de démence au EMS. • Les programmes d'intervention (la thérapie verbale-non verbale (GVT) et la thérapie par la poupée (PT). • (O) gestion des symptômes neuropsychiatriques. <p>Variables indépendantes : âge, diagnostic de démence, score MMSE Variables dépendantes : 12 types de comportements fréquents dans la démence, la gravité des SNP.</p>
Les variables importantes sont-elles bien définies ?
Oui. Elles sont bien nommées dans le titre et la longue du texte de l'article.
Quels sont les questions ou les objectifs de recherche ?
Comme cela a été mentionné, les chercheurs ont eu comme un but de réaliser une étude exploratoire randomisée pour comparaître les effets de GTV et PT.
Quelles sont les hypothèses de recherche ?
Les auteurs ont émis une hypothèse que GVT peut être efficace pour réduire certains SNP liés à la démence.
2. Devis
Quel est le devis de l'étude ?
Cette étude est un essai randomisé contrôlé. Pour cela, le devis est un devis expérimental.
Le devis est-il bien détaillé ?
Les auteurs ne proposent pas les détails concernant le devis. Ils précisent plusieurs fois que leur étude est un essai randomisé contrôlé.
De quelle façon les règles éthiques sont- elles respectées ?
<p>L'étude a été réalisée selon les normes d'Helsinki. Le consentement écrit a été obtenu par les participants ou leurs proches. Ils étaient informés de l'objectif de l'étude.</p> <p>L'approbation éthique de cette étude a été fournie par l'organisation RSSA et par le comité d'éthique d'Anziani «Storelli».</p>
Précision du type de devis ou de la procédure expérimentale
Les auteurs ne précisent pas la procédure expérimentale.
Quelles explications sont fournies pour la collecte d'informations ?
Les auteurs ne donnent pas d'explications.
3. Sélection des participants ou objets d'étude
Quelle est la population visée ? est-elle bien définie ?
Oui. Les auteurs précisent plusieurs fois que leur étude a été réalisée avec une participation des personnes souffrant de démence.
Comment se réalise la sélection des participants ?
Les participants ont été recrutés dans la Residenza Socio-sanitaria Assistenziale (RSSA) (NO ; en Italie). Les résidents présentant la démence surtout la maladie d'Alzheimer ont été choisis

Des critères d'inclusion, d'exclusion de l'échantillon sont-ils présentés quels sont-ils ?
<p>Les participants étaient choisis grâce aux recommandations du personnel soignant.</p> <p>Les critères d'inclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'âge plus que 65 ans. - Un diagnostic de la démence a été établi selon les critères DSM-5. - Une déficience cognitive sévère à légère selon Mini - Mental Examen d'État [MMSE], score <15. - Une présence des troubles du comportement. <p>Les critères d'exclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les autres troubles psychiatriques selon DSM-5 comme un trouble neurocognitif majeur (p. ex., délire, schizophrénie ; bipolaire trouble), l'aphasie, les déficits sensoriels (vision et audition). - Les graves diagnostics neurologiques, musculosquelettiques ou les maladies somatiques.
Est-ce qu'il y a une répartition des participants en groupe ? (Témoin ou contrôle) comment cette répartition se réalise-t-elle ?
<p>Le nombre total des participants qui répondaient aux critères d'inclusion est 30 (n = 30). Après ils ont été divisés en 3 groupes (1: 1: 1) :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Les participants qui ont eu une thérapie verbale-non verbale (GVT). 2. Les participants qui ont eu une thérapie avec des poupées (PT). 3. Un groupe des témoins qui n'a reçu aucune des deux interventions. <p>Tous les participants ont continué à participer à leurs programmes et thérapies programmés.</p>
Précision de la procédure pour faire le choix des participants
<p>Les médicaments (médicament, dose, fréquence des antipsychotiques, antidépresseurs, anxiolytiques, et sédatifs / hypnotiques) ainsi que la date d'admission à la résidence ont été récupérés dans les dossiers. Tous les changements des médicaments durant l'étude ont été enregistrés.</p>
Précisions sur la justification de la taille de l'échantillon
Il n'y a pas des précisions sur la taille.
4. Choix des outils de collecte d'information
Les instruments de mesure sont-ils décrits de manière précise ? Quels sont-ils ?
<p>The Neuropsychiatric Inventory–Questionnaire NPI-Q a été utilisé pour évaluer les SNP. Il évalue 12 types de comportements fréquents dans la démence, y compris les délires, les hallucinations, l'agitation / agressivité, la dysphorie / dépression, l'anxiété, l'irritabilité / labilité, la désinhibition, l'euphorie, l'apathie / indifférence, le comportement moteur aberrant, le changement de comportement pendant le sommeil et la nuit, et les troubles de l'appétit / de l'alimentation.</p> <p>Les cliniciens ont évalué la gravité des SNP en utilisant une échelle de Likert à 3 points. La fréquence des SNP a été évaluée avec une échelle de Likert à 4 points.</p>
Comment se réalise concrètement la collecte des données ? Quelle est la fréquence de passation des outils ?
Les patients ont été évalués à 2 reprises : avant les interventions et 12 semaines après.
Des précisions sur la passation et la cotation des outils sont-elles données ? Quelles sont-elles ?
Il n'y a pas de précisions.
Des précisions sont-elles données sur la variable indépendante, dépendante ? Lesquelles sont-elles ?

Il n'y a pas de précisions.
Quelles sont les interventions et comment sont-elles décrites ?
Le GVT est une version modifiée du protocole utilisé par Raymer et al. (42). Ce protocole a été adapté par le thérapeute Sergio Racanati.
Comment l'intervention est-elle appliquée ?
<p>Le protocole de GVT se composait de 4 étapes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Premièrement, le thérapeute demandait aux participants d'exécuter les exercices de respiration à rythme lent pendant 5 minutes, puis il commençait une conversation pendant environ 10 min. - Deuxièmement, le thérapeute suggérait un mot (par exemple, verbe = nettoyer; nom = cuillère) et il modélisait le geste associé au mot. - Prochainement les participants imitent le geste 3 fois. - Après une pause de 5 secondes, le thérapeute invitait les participants à afficher et dire à nouveau le mot ciblé (répétez-le 3 fois). <p>Les participants étaient rassurés s'ils étaient corrects. Tandis s'ils étaient incorrects la réponse correcte a été proposée.</p> <p>20 stimuli (le nom ou le verbe) étaient travaillés à chaque session de formation.</p> <p>Le programme de gestes verbaux comprenait une séance de groupe d'une heure deux fois par semaine pendant 12 semaines.</p> <p>Pour le deuxième groupe le PT comprenait une période d'observation de 2 semaines pendant lesquelles le personnel a évalué les interactions patient / poupée. Les poupées ont été placées sur une table dans la salle d'activités. Les participants ont été invités à choisir une poupée. Des experts en PT ont donné les informations nécessaires au personnel soignant. La procédure comprenait 5 étapes comme décrites dans Pezzati et al. avec des légères modifications. La thérapie a été programmée de 10 h à 12 h ou de 14 h à 17 h tous les jours pendant 12 semaines. La poupée a également été proposée aux patients dans les autres moments pendant la phase aiguë de la perturbation du comportement.</p>
6. Méthode d'analyse des données
Quels sont les méthodes et les types d'analyses statistiques proposées (tests).
<p>Les analyses ont été réalisées à l'aide :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Un logiciel statistique GraphPad Prism 5 (San Diego, Californie, États-Unis). - Les tests non paramétriques et chi-carré tests ont été effectués pour déterminer s'il existe une différence des données démographiques dans les 3 groupes. - Les tests non paramétriques (Wilcoxon signed-rank test) pour examiner la différence entre des scores avant l'intervention après. - Des analyses de variance séparées (ANOVA) ont été réalisées avec NPI Scores. <p>Post hoc analyses pour déterminer les futures différences entre les groupes.</p>
Les méthodes d'analyses sont-elles justifiées ? Si oui, De quelle manière ?
La significativité statistique a été fixée à $P < 0,05$.
Résultats
1. Description de l'échantillon
Quelles sont les caractéristiques principales de l'échantillon ?
<p>Les caractéristiques démographiques de l'échantillon sont présentes dans le tableau 1. Il n'y avait pas de différences significatives d'âge, de sexe, de types de démence, éducation et médicaments neuroleptiques entre les groupes.</p>
Des précisions sont-elles données sur les participants, si oui, lesquelles ?

<p>Deux participants n'ont pas terminé l'étude en raison du développement de maladie physique grave : 1 dans le groupe GVT et 1 dans le groupe PT.</p> <p>Tous les participants ont présenté au moins 2 SNP (plus de 90% évalués comme cliniquement significatifs).</p> <p>Les perturbations les plus fréquentes étaient agitation / agressivité (80%).</p>
<p>Des précisions sont-elles données sur la période de collecte de données, lesquelles ?</p>
<p>Non. Les auteurs ne proposent pas de précisions sur la période de collecte de données.</p>
<p>2. Description des résultats</p>
<p>Quels sont les résultats statistiquement significatifs ($p < 0,05$) ?</p>
<p>Au départ de la recherche, les 70% des participants de G. 1 (GVT) ont eu au moins 3 SNP (24% étaient cliniquement significatifs).</p> <p>Parmi les participants de PT, les 80% ont déclaré 3 ou plus de perturbations (38% étaient cliniquement significatives). Dans le groupe de témoins, tous les participants ont signalé 3 symptômes ou plus (37,5% étaient cliniquement important).</p> <p>Il est important de préciser les différences dans les scores d'agitation entre les groupes au départ ($F(2, 27) = 2,81, P = 0,07$).</p> <p>Une analyse post hoc a montré que dans le groupe PT, les scores d'agitation étaient significativement plus élevés par rapport au groupe GVT ($P = 0,02$) et au groupe de témoins ($P = 0,03$).</p> <p>L'analyse du score total de NPI entre pré- et post-interventions a montré une amélioration significative dans le groupe PT ($Z = 2,66, P = 0,007$).</p> <p>L'analyse des sous-domaines de NPI a montré une diminution significative des scores de dépression et d'apathie ($Z = 2,20, P = 0,02$) pour le groupe 1 ($Z = 2,02, P = 0,04$) (figure 3A).</p> <p>Le groupe PT a montré une diminution significative de tous les items analysés, c.-à-d. les comportements agités ($Z = 2,52, P = 0,01$), la dépression ($Z = 2,02, P = 0,04$), l'apathie ($Z = 2,01, P = 0,04$) et l'irritabilité ($Z = 2,02, P = 0,04$) (figure 3B).</p> <p>Le groupe de contrôle n'a montré aucune différence significative dans les sous-domaines de NPI (figure 3C).</p> <p>La comparaison de l'efficacité du GVT versus PT par analyse post hoc (figure 4) a montré que le GVT était plus efficace que le PT pour réduire l'apathie ($P = 0,01$, correction de Bonferroni), alors que le PT était plus efficace que le GVT pour réduire l'état de l'agitation ($P = .005$, Correction de Bonferroni) et de l'irritabilité ($P = 0,002$, Bonferroni correction). Les données sont significatives selon ANOVA.</p>
<p>Quels sont les autres résultats importants ?</p>
<p>En utilisant la figure 1 les auteurs montrent la présence des SNP dans les 3 groupes. Les troubles le plus fréquents étaient l'apathie / indifférence (80%), l'irritabilité / labilité (70%), la dysphorie / dépression (70%) et l'agitation / agressivité (60%) pour le groupe 1.</p> <p>. Les symptômes les plus fréquents pour le G. 2 étaient l'agitation / agressivité (90%), le comportement moteur aberrant (80%), les délires (70%), l'apathie / indifférence (60%), l'irritabilité / labilité (60%) et la dysphorie / dépression (60%).</p> <p>Les symptômes les plus fréquents pour le groupe de témoins étaient les délires (90%), l'agitation / agressivité (90%), l'apathie / indifférence (90%), l'anxiété (80%), l'irritabilité / labilité (80%) et la dysphorie / dépression (50%).</p> <p>Il n'y a pas de différence significative des scores totaux de NPI (pré et post -intervention) dans le groupe GVT ($Z = 1,43, P = 0,15$) et le groupe de témoin ($Z = 1,52, P = 0,13$).</p> <p>Selon la figure 3 on peut constater une diminution non significative de l'agitation et de l'irritabilité pour le groupe GVT après 12 semaines d'intervention. Ces données peuvent être intéressantes pour notre TB.</p>
<p>Discussion</p>

Un résumé des résultats est-il présenté ? Si oui, que contient-il ?
Dans cette étude les chercheurs ont comparé l'influence des deux thérapies (GVT et PT) sur l'amélioration des SNP chez les personnes souffrant de démence. Les résultats obtenus ont montré que les patients de G 2 (PT) ont démontré une amélioration des SNP (l'agitation, l'irritabilité, l'apathie et la dépression) par rapport aux G 3 (témoins) après 12 semaines de thérapie. Une diminution similaire des scores d'apathie et de dépression a également été observée dans le G 1 (GVT).
Comment la recherche répond-elle à l'objectif visé ou à l'hypothèse de départ ?
Pour un rappel l'objectif de cet article est de comparaître les effets de deux programmes d'intervention, la thérapie verbale-non verbal (GVT) et la thérapie par poupée (PT) chez les personnes âgées atteintes de démence qui vivent au EMS. Les auteurs ont supposé que GVT puisse être efficace pour réduire certains SNP liés à la démence. La recherche menée répond à l'objectif visé et à l'hypothèse de départ.
Comment les résultats se rattachent-ils à d'autres études (similitudes, différences ...)
2. Liens avec les autres auteurs
- Les résultats obtenus pendant la recherche sur l'efficacité des approches non pharmacologiques pour réduire les SNP confirment les résultats des autres études (39, 44). - La thérapie par poupée (PT) semble d'être plus efficace que GVT pour diminuer l'agitation et l'irritabilité. Ces résultats sont cohérents avec les autres études (47,48,53). L'origine d'effet positif est dans la création des liens et des relations d'attachement qui permettent de réduire les troubles du comportement. - Les troubles psychologiques tels que l'apathie, le manque de l'intérêt et le retrait progressif des activités sont considérés comme l'une des premières manifestations de la démence (59, 60). Les thérapies verbales et non verbales pourraient faciliter les fonctions cognitives (35, 36) et la compréhension de l'expression verbale chez les personnes souffrant de démence (38, 37). Cela est en cohérence avec les résultats de cet article en ce que GVT peut permettre aux patients d'utiliser leurs ressources limitées (linguistiques et/ou cognitives) et par conséquent, améliorer les troubles du comportement tels que l'apathie.
3. Recommandations ou suggestions
Quelles recommandations ou étapes futures sont-elles proposées ? Pour la pratique ? Pour la recherche ?
Les auteurs ne proposent pas des recommandations. Ils précisent que la recherche a certaines limites et il est mieux de la répéter sur un nombre de participants plus grand.
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 ?
Cette recherche a quelques limites nommées par les auteurs : 1. La taille de l'échantillon est petite. 2. L'entourage, c.-à-d. les spécialistes en psychologie et le personnel ont pu influencer les résultats. Cette dimension n'est pas prise en compte. 3. L'intervention avec PT était plus individualisée et elle répond mieux aux besoins personnels des participants que la thérapie de groupe. Cela peut expliquer une plus grande influence sur l'agitation. 4. Les déficiences cognitives liées à la démence (p. ex., fonctions exécutives) pourraient également influencer les résultats. Elles doivent être prises en considération.

Conclusion
1. Retour sur l'objectif, question, hypothèse
De quelle manière la recherche a-t-elle répondu à l'objectif visé ?
Les auteurs ne proposent pas de précisions concernant la réponse à l'objectifs. Ces informations on peut trouver plus haut dans le texte dans la partie « Discussion ».
2. Principaux résultats
Quels sont les principaux résultats significatifs de la démarche ?
Les auteurs trouvent les différences significatives dans les scores prétest et post-test concernant l'agitation, l'humeur dépressive, l'irritabilité et l'apathie dans le groupe PT. Ils soulignent une amélioration significative de scores d'apathie et de dépression dans le groupe de GVT. Au vu des résultats obtenus, ces protocoles pourraient être affinés et explorés plus en profondeur dans les futures études.

Analyse d'article 4 selon Grille de Tétreault (2015)

1. Titre (noter le titre)
Implementing Nurse-Facilitated Person-Centered Care Approaches for Patients with Delirium Superimposed on Dementia in the Acute Care Setting
Thèmes abordés
Selon le titre l'article aborde le sujet de gestion par de délire chez les personnes souffrant de démence en contexte aigu en utilisant les soins infirmiers.
Le titre réfère-t-il à une population précise ou à une question pertinente, si oui, laquelle ou lesquelles
Le titre réfère à une population atteinte de la démence en situation d'hospitalisation. La question, quelles sont des actions qui facilitent la prise en soins les personnes souffrant de démence en état de délire, est posée.
2. Auteurs (noter les auteurs)
Les auteurs sont suivants : Andrea Marie Yevchak, Donna Marie Fick, Ann Marie Kolanowski, Todd Monroe, Anna Leviere, et Lorraine Mion.
Préciser leur rattachement, institution, lieu de travail, pays
Les organisations attachées : - The Pennsylvania State University College of Nursing - Vanderbilt University School of Nursing - FHI 360, Durham, NC (l'organisation internationale qui travaille pour améliorer la santé et le bien-être des gens). - The Ohio State University College of Nursing
3. Mots clés (noter les mots clés)
Les auteurs ne précisent pas les mots clés ans le texte de l'article.
4. Résumé
Décrire brièvement les objectifs, la méthodologie, les résultats
Du fait qu'il existe peu d'informations sur l'application des soins centrés sur la personne (PCS) pour les personnes en état de délire en lien avec la démence (DSD), en particulier dans le milieu hospitalier, les auteurs ont eu comme but de clarifier cette problématique. Cet article est une étude exploratoire. Les chercheurs ont analysé 750 cas de délire dans trois sites de soins de courte durée. Les thèmes en lien avec PCS étaient suivants : 1) Connaissance du dossier du patient. 2) Connaissance des intérêts et des valeurs du patient. 3) Amélioration des capacités sensorielles pour communiquer. 4) L'individualisation de la stimulation cognitive. 5) Approches comportementales et non médicamenteuses qui permettent d'améliorer le sommeil. En tant que limites pour cette étude, les auteurs précisent le manque du temps pour considérer le patient comme un individu. En conclusion, ils notent que les principes du PCS ont été utilisés efficacement. Ils ont pu révéler le potentiel du PCS afin de soulager le fardeau lié au DSD pour l'équipe de soins.
Introduction
1. Pertinence
Est-ce que la justification de l'étude repose sur des constats théoriques, des observations, des faits ou des données statistiques ?
Ce qui est intéressant pour notre TB, c'est que selon certains auteurs (American Geriatrics Society, 2016; White, Newton-Curtis et Lyons, 2008) les soins centrés sur la

personne s'appuient sur une **communication réciproque** avec l'individu. Ils peuvent être définis comme la connaissance de l'individu, ses besoins et ses préférences, et l'utilisation de ces informations pour individualiser la prise et soins et améliorer la qualité de la vie (Clissett, Porock, Harwood, & Gladman, 2013; Van Haitsma et al., 2012; Van Haitsma et al., 2013, Shier, Khodyakov, Cohen, Zimmerman et Saliba, 2014).

Jusqu'à 50% des personnes âgées souffrant de démence manifestent le délire lors de l'hospitalisation (Fick, Agostini et Inouye, 2002).

Plusieurs études montrent que les interventions sur le délire dirigées par les infirmières entraînent une réduction de l'incidence et de la gravité du délire chez les personnes âgées hospitalisées (Bannon, McGaughey, Clarke, McAuley et Blackwood, 2016; Marcantonio, Flacker, Wright et Resnick, 2001; Siddiqi et al., 2016; American Geriatrics Society, 2016). Néanmoins, il n'est pas clair si les PSC sont mis en place régulièrement.

2. Originalité

Comment l'auteur explique-t-il l'originalité de la démarche ?

La majorité des recherches axées sur la mise en œuvre et les résultats du PSC sont menées dans le contexte des soins de longue durée. Il existe peu de choses sur les prestations dans le contexte de soins de courte durée. Il est donc essentiel de continuer à améliorer notre compréhension du PSC chez les personnes hospitalisées atteintes de démence.

3. Le plan d'article

Le plan est-il précis, logique et détaillé ? Les étapes à venir sont-elles bien précisées ?

Les auteurs ne précisent pas de plan de l'article dans la partie « Introduction ».

4. Objectifs, questions, hypothèses

Quels sont les objectifs, les questions de recherche ?

Cette étude faisait partie d'une étude plus large visant à améliorer les pratiques des infirmières dans l'évaluation et la gestion du délire superposé à la démence. Le but ici est de décrire les exemples exploratoires et des thèmes de soins centrés sur la personne animés par une infirmière pour ce groupe vulnérable.

Recensions des écrits scientifiques ou présentation des concepts théoriques

1. Modèle théorique

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

Un modèle théorique, un cadre conceptuel ne sont pas proposés.

Comment le modèle théorique, cadre conceptuel est-il justifié ?

-

2. Limites des écrits

Préciser les limites ou contraintes provenant d'autres auteurs

Les auteurs mettent en évidence qu'il existe peu d'études similaires dans le contexte aigu. La majorité des recherches axées sur la mise en œuvre et les résultats du PSC sont menées dans le contexte des soins de longue durée.

Méthodologie

1. Question de recherche

Précision des composantes de la question ?

Les composantes de la question sont :

- (P) Les personnes âgées hospitalisées atteintes de la démence et/ou de délire en milieu hospitalier.
- (I) L'application des soins centrés sur la personne.
- (O) : La diminution du délire.

2. Devis

Quel est le devis de l'étude ?
Du fait que les auteurs ont fait la synthèse des données qualitatives et quantitatives, le devis devrait être mixte. Néanmoins, les résultats proposés sont mis sous forme des réponses descriptives aux questions posées. Pour cette raison on estime que le devis de l'article est non expérimental, descriptif.
Le devis est-il bien détaillé ?
L'étude actuelle est une étude exploratoire et descriptive qui réunit les données quantitatives et qualitatives concernant les PSC chez les personnes âgées hospitalisées atteintes de la démence et/ou de délire. Il s'agit de sous-analyse des données collectées à partir d'un essai randomisé en grappes de cinq ans sur la détection précoce par les infirmières du délire superposé à la démence (END-DSD) (1R01 NR011042; ClinicalTrials.gov).
Quelle est la cohérence du devis avec la thématique ?
-
Précision du rôle du chercheur
Les chercheurs ont effectué le recueil et l'analyse des données.
De quelle façon les règles éthiques sont - elles respectées ?
L'approbation de l'Institutional Review Board (IRB) a été obtenue de chaque établissement et de Penn State IRB.
Quels sont les outils pour la collecte des informations ?
END-DSD a utilisé une intervention composée de quatre éléments pour améliorer la reconnaissance et la prise en charge par les infirmières du délire chez les personnes âgées hospitalisées atteintes de la démence : 1) Une formation infirmière. 2) Un outil pour une décision informatisée intégrée au dossier de santé électronique (DSE). 3) Un responsable de délire défini dans l'unité. 4) Les séances hebdomadaires dirigées par une infirmière en pratique avancée.
Comment se déroule la collecte des données ?
Les infirmiers identifiaient les facteurs de risque appropriés. Prochainement, les interventions non pharmacologiques ciblées ont été proposées et intégrées dans la prise en soins pour permettre de développer les stratégies spécifiques aux caractéristiques et aux préférences individuelles du patient. Par exemple, le personnel infirmier était encouragé à parler avec le patient et les membres de la famille pour en savoir plus sur ses activités, les intérêts et la profession afin que les interventions cognitives et les approches comportementales puissent être adaptées à leurs préférences. Les données pour l'analyse ont été obtenues au cours des séances hebdomadaires avec le responsable du délire de l'unité.
3. Sélection des participants ou objets d'étude
Y a-t-il des critères de sélection ou d'exclusion ? Si oui, préciser lesquels ?
Les auteurs ne précisent par les critères d'exclusion ou d'inclusions.
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 ?
Un formulaire a été utilisé lors de chaque séance hebdomadaire. Il comprenait des questions fermées et ouvertes qui permettaient le contrôle standardisé (personnes présentes, catégories de sujets discutés, aspects des soins spécifiques, évaluation du délire, les stratégies mises en place pour prévenir et/ou gérer le délire, y compris les protocoles de mobilité, les

stratégies de sommeil et la stimulation cognitive, la fourniture des interventions pharmacologiques et non pharmacologiques et la communication sur la sortie). Les facteurs de risque et les stratégies de gestion pour la population visée étaient des approches de soins fondées sur des preuves.
Comment se réalise concrètement la collecte des données ? À quelle fréquence ?
Un formulaire a été utilisé lors de chaque séance hebdomadaire. La recherche durait pendant 5 ans.
5. Méthode d'analyse des données
Quelle est la méthode d'analyse utilisée ?
Des statistiques descriptives ont été déterminées sur toutes actions de soins infirmiers utilisant des données quantitatives. Des analyses qualitatives ont été réalisées à partir des données fournies dans les questions ouvertes.
Qui procède à l'analyse ?
Deux membres de l'équipe de recherche ont examiné indépendamment le formulaire de séances pour y trouver des commentaires ouverts montrant la reconnaissance des préférences individuelles, la connaissance le patient en tant qu'individu et la compréhension de ses besoins en matière d'évaluation de délire, de médicaments, de douleur, de mobilité, de sommeil, de stimulation cognitive, de communication, d'enseignement à la sortie de l'hôpital, et d'autres points. Les codes individuels ont été discutés et convenus en groupe, puis condensés et élargis lors d'une série de réunions avec quatre membres de l'équipe de recherche. À partir de ces codes, les thèmes ont été développés. Une analyse thématique a été menée par l'équipe de recherche pour identifier des exemples spécifiques de soins centrés sur la personne pour les personnes atteintes de délire et de démence.
Quel est le logiciel utilisé ?
Toutes les analyses statistiques ont été effectuées à l'aide de SAS 9.4.
Comment se fait la validation des données ? Si oui lesquelles ?
Il n'y a pas des informations concernant la validation des données.
Résultats
1. Description des résultats
Comment les résultats sont-ils présentés ?
Au début de la partie « Résultats » les auteurs présentent quelques données statistiques concernant le nombre de séances d'analyse, les institutions qui ont participé, le nombre de patients. Ils proposent de consulter le tableau 1 avec les données numériques. Ensuite, les résultats sont divisés en thèmes liés au PSC : 1) PSC en contexte de démence et de délire. a) Connaissance sur les patients. b) Connaissance des intérêts et des valeurs des patients. c) Amélioration des capacités sensorielles à communiquer. d) Stimulation cognitive individualisée. e) Approches comportementales et non médicamenteuses qui permettent d'améliorer le sommeil. 2) Obstacles aux soins centrés sur la personne dans ce contexte a) Incapacité de reconnaître le patient d'abord. b) Manque de temps.
Que ressort-il de l'analyse (description des résultats de l'étude)
Le nombre de séances hebdomadaires était 750. Ils ont eu lieu entre septembre 2010 et novembre 2013. Un total de 803 patients a été vu au cours de ces séances.

Les résultats selon les thèmes sont les suivants :

1) *PSC en contexte de démence et de délire.*

a) *Connaissance sur les patients.*

La capacité de fournir des soins individualisés est un aspect clé du PSC. Elle permet une compréhension fondamentale de l'individu et de sa famille afin que des objectifs de soins puissent être établis (American Geriatrics Society, 2016). C'est particulièrement important pour les personnes atteintes de démence qui peuvent développer un délire.

Les auteurs soulignent l'importance de discuter avec les membres de la famille et/ou l'établissement dans lequel le patient vivait pour préciser ces fonctions cognitives et physiques. De plus, c'est pertinent pour le contexte aigu.

b) *Connaissance des intérêts et des valeurs des patients.*

Savoir des valeurs et les intérêts des patients est un aspect crucial du PSC. Cela aide le patient à conserver son image de soi et permet également d'établir un lien de confiance entre le personnel et les patients.

c) *Amélioration des capacités sensorielles à communiquer.*

Pour de nombreux patients atteints de démence, la communication est souvent difficile, surtout en milieu hospitalier. Les appareils auditifs et les lunettes des patients peuvent être oubliés à domicile. Il est important d'utiliser les appareils qui facilitent les capacités de communication.

d) *Stimulation cognitive individualisée.*

Lors de la recherche, il a été proposé d'adapter des activités et de la stimulation cognitive auxquelles le patient s'est habitué avant d'être admis à l'hôpital. Les chercheurs ont constaté qu'en adaptant les activités aux intérêts spécifiques du patient il est possible d'obtenir une amélioration cognitive.

e) *Approches comportementales et non médicamenteuses qui permettent d'améliorer le sommeil.*

Ce résultat est le plus intéressant pour notre TB car il aborde le sujet d'agitation. Les auteurs précisent qu'ils ont étudié la question des besoins non satisfaits. Ils considèrent l'agitation comme le symptôme lié au besoin non satisfait, comme une infection, la douleur ou la faim. Ils ont encouragé le personnel soignant à appliquer les interventions comportementales pour répondre à l'agitation des patients, plutôt que d'utiliser des médicaments pour les calmer. Les auteurs soulignent que le fait d'augmenter les approches comportementales en réponse aux actes d'agitation est un aspect essentiel de la PSC en milieu hospitalier. Ils proposent un exemple, issu de la pratique :

"Nous avons eu un patient qui était très agité la nuit. Nous avons essayé tout ce à quoi nous pouvions penser et n'avons pas voulu utiliser les médicaments. La nuit passée, nous lui avons donné une poupée [utilisée sur la base d'une évaluation des préférences] à tenir et elle est immédiatement devenue une nouvelle personne ! Elle était très calme et a ensuite dormi toute la nuit !"

Il est également important pour ce TB que les auteurs mettent en évidence que l'agitation et les autres symptômes comportementaux de la démence sont souvent traités pharmacologiquement dans le cadre des soins de courte durée. Cependant, ces symptômes comportementaux sont souvent le résultat de besoins non satisfaits, comme la soif, la faim ou la douleur (Algase et al., 1996 ; Kolanowski, Van Haitzma, Resnick, & Boltz, 2014 ; Whall & Kolanowski, 2004). L'intervention encourageait l'évaluation des besoins non satisfaits et leur satisfaction par des approches non médicamenteuses avant d'administrer des médicaments.

2) *Obstacles aux soins centrés sur la personne dans ce contexte.*

a) *Incapacité de reconnaître le patient d'abord.*

<p>Il a été constaté que les infirmières ont négligé l'opinion du patient et sa capacité à prendre ses propres décisions. Le personnel infirmier s'est adressé à la famille pour savoir ce que le patient aimait, alors qu'il aurait pu demander d'abord les préférences au patient.</p> <p><i>b) Manque de temps.</i></p> <p>Les soins centrés sur la personne auraient pu être améliorés sous condition d'avoir plus de temps. Par exemple, les infirmières ont également déclaré ne pas avoir le temps d'effectuer des tests cognitifs formels, tels que le Mini-Mental State Examination (Folstein, Folstein, & McHugh, 1975), ou une évaluation cognitive.</p>
Discussion
1. Résumé des résultats
Un résumé des résultats est-il présenté ? Si oui, que contient-il ?
Les auteurs ne proposent pas le résumé. Lors d'un chapitre « Discussion » ils reprennent quelques moments clés de leur recherche.
Comment la recherche répond-elle à l'objectif visé ?
<p>Les auteurs font un rappel de l'objectif visé : « L'objectif de cet article était de décrire des exemples de soins centrés sur la personne dans un contexte de soins aigus pour des personnes atteintes de démence et de délire dans le cadre d'un essai clinique existant sur le délire ».</p> <p>Les auteurs précisent qu'ils n'ont pas utilisé le PSC comme cadre pour cette intervention. Ils se sentent concentrer sur tels aspects du PSC comme que la connaissance du patient et l'individualisation des soins.</p>
2. Liens avec les autres auteurs
Comment les résultats se rattachent-ils à d'autres études (similitudes, différences, etc.)
<p>Les auteurs ne proposent pas beaucoup de liens avec les autres auteurs. Concernant le thème : « Connaître le patient, ses intérêts et ses valeurs » ils estiment qu'il est important de connaître le patient avant d'évaluer et gérer le délire chez les patients souffrant de démence (Morandi et al., 2017). La prise en charge des personnes atteintes de démence et de délire est difficile et potentiellement pénible pour les prestataires de soins de santé. Il n'est pas toujours évident de comprendre les besoins des patients et d'être en mesure de fournir des soins appropriés (Morandi et al., 2015b).</p> <p>Ainsi, comme cela a été montré dans les études de Fick, DiMeglio, et al., 2013, l'utilisation de dispositifs d'amplification auditive ou la communication par tableau blanc peuvent être facilement utilisées pour les personnes âgées afin de faciliter leur participation dans toute la mesure du possible aux décisions et aux activités.</p>
3. Recommandations ou suggestions
Quelles recommandations ou étapes futures sont-elles proposées ? Pour la pratique ? Pour la recherche ?
<p>Les auteurs estiment que dans les prochaines recherches il est important de définir l'influence de PSC dans le contexte aigu afin de déterminer l'effet sur l'occurrence de délire.</p> <p>Ils précisent qu'il est nécessaire d'établir un système de validation pour le codage des mesures qualitatives de la PSC.</p> <p>Et enfin, les interventions pour la démence et le délire peuvent être plus efficaces si elles sont appliquées en tenant compte des éléments clés de la PSC.</p>
Comment les suggestions- recommandations peuvent elles s'appliquer dans la pratique clinique ?
Les auteurs ne donnent pas des informations concernant la possibilité d'appliquer les recommandations dans la pratique clinique.
4. Limites de la présente étude Quelles sont les limites/biais de l'étude ?

En tant que limites, les auteurs montrent que le lien entre l'apparition du délire et les PSC n'est pas clair.

Le fait d'être en milieu de recherche pourrait influencer le comportement et les actions de personnel, c.-à.-d. les soignants ont pratiqué plus d'aspects de PSC qu'habituellement.

La rotation du personnel a pu influencer les résultats.

Conclusion

1. Retour sur l'objectif, question, hypothèse

De quelle manière la recherche a-t-elle répondu à l'objectif visé ?

En résumé, cette étude démontre une facilitation et une mise en œuvre réussies d'exemples réels de soins centrés sur la personne chez les personnes âgées hospitalisées atteintes de délire superposé à la démence. Les soins centrés sur la personne peuvent être mis en œuvre dans le cadre de soins liés au délire en milieu hospitalier. Les auteurs estiment une nécessité de la recherche plus approfondie.

2. Principaux résultats

Quels sont les principaux résultats significatifs de la démarche ?

Il n'y a pas des résultats présentés dans la conclusion. Il est possible de les consulter dans la partie « Résultats ».

Analyse d'article 5 selon Grille de Tétréault (2015)

1. Titre (noter le titre)
Communication skills training in a nursing home: effects of a brief intervention on residents and nursing aides
Thèmes abordés
Le titre réfère-t-il à une population précise ou à une question pertinente, si oui, laquelle ou lesquelles
Selon le titre l'article aborde le sujet de formation en communication dans le Home et ces effets possibles pour le personnel et les résidents.
Le titre réfère à une population au Home.
2. Auteurs (noter les auteurs)
Les auteurs de l'article sont suivants : Suzan Sprangers, Katinka Dijkstra, Anna Romijn-Luijten.
Préciser leur rattachement, institution, lieu de travail, pays
Les organisations attachées sont les suivantes : - Institute of Psychology, Faculty of social Sciences, Erasmus - University Rotterdam, Rotterdam, the Netherlands
3. Mots clés (noter les mots clés)
Les auteurs utilisent les mots clés : démence, psychopathologie, proche aidant, détresse, agitation et satisfaction au travail.
4. Résumé
Décrire brièvement les objectifs, la méthodologie, les résultats
L'objectif de cette recherche est d'évaluer l'efficacité d'un bref programme de formation lié aux compétences en communication. Ce programme a pour but d'améliorer la communication le personnel (N = 24) avec les résidents atteints de la démence (N = 26) dans un Home. Méthodologie : Les chercheurs ont utilisé le groupe de témoins pour évaluation des résultats. Les effets évalués : qualité de communication du personnel, la détresse des soignants et la satisfaction de travail, la psychopathologie et l'agitation des résidents. Les données ont été analysées en utilisant un outil d'analyse ANOVA. Résultats : Cette étude a montré que la formation aux compétences en communication peut améliorer la communication entre le personnel et les résidents. Après la formation, il a été observé une augmentation de nombre de discours positifs et une diminution de la détresse chez les soignants.
Introduction
1. Pertinence
Est-ce que la justification de l'étude repose sur des constats théoriques, des observations, des faits ou des données statistiques ?
La communication efficace permet une meilleure qualité de vie, les taux de dépression plus faibles et les fréquences plus faibles d'agressions verbales et physiques des résidents (2, 3, 4). Néanmoins, les interactions au Home sont plutôt neutres et axées sur les tâches. Il a été remarqué qu'existe un problème de communication lié au vieillissement (5) ou Elderspeak. Le personnel utilise un style de communication stéréotypé qui se caractérise par la communication avec une tonalité aiguë, une intonation exagérée, une grammaire simplifiée et un discours lent (6).

Pour cette raison, il existe plusieurs études qui ont pour but d'améliorer la communication (8). Il est essentiel de répondre aux besoins individuels des personnes âgées, optimiser leurs bien-être et le niveau de fonctionnement cognitif, et améliorer ses capacités de communication. Cette approche est assez générale, mais peut être utilisée dans les contextes différents.

Plusieurs études sur la communication montrent une possibilité d'améliorer les compétences en communication aux HOME (9, 10).

Les résultats de l'étude 11 ont indiqué les avantages de la formation spécialisée sur les compétences communicatives.

Les interventions concernent une formation sur les techniques efficaces de communication verbale et non verbale. (12). Les résultats de programme Nursing Assistant Communication Skills Program (NACSP) ont montré l'amélioration de bien-être des résidents et la diminution des symptômes dépressifs et le comportement verbalement agressif 3-6 mois après la formation du personnel.

Le programme d'intervention de communication FOCUSED (13) est centré sur l'utilisation des phrases courtes et des questions fermées. Après la formation, le personnel était plus satisfait de leur communication avec les patients.

Les personnes souffrant de démence souffrent de pertes de mémoire, de problèmes d'apprentissage et de communication. La frustration face à leurs déficiences dans ces différents domaines cognitifs peut donc conduire à une agitation et au comportements problématiques. Si le personnel est formé pour comprendre les causes de ces comportements il peut appliquer des stratégies pour réagir adéquatement à ces comportements en utilisant les techniques de communication plus appropriées. Cela permet d'améliorer la qualité de la communication entre les résidents et le personnel.

2. Originalité

Comment l'auteur explique-t-il l'originalité de la démarche ?

Cette recherche étudie l'influence de la formation pour améliorer la communication dans les HOME. Son avantage est ce que le programme est bref et portable. Un inconvénient de la plupart des études d'intervention précédentes est qu'elles prenaient du temps pour les chercheurs et le personnel (12,13).

Dans cette étude, le bien-être des soignants est également pris en compte.

3. Le plan d'article

Le plan est-il précis, logique et détaillé ? Les étapes à venir sont-elles bien précisées ?

Les auteurs ne présentent pas le plan d'article dans la partie « Introduction ».

4. Objectifs, questions, hypothèses

Quels sont les objectifs, les questions de recherche ?

L'objectif de cette étude est d'évaluer l'effet d'un bref programme de formation en communication sur une réduction de la détresse des soignants, une augmentation de la satisfaction professionnelle du personnel et une diminution de la dépression et des comportements problématiques chez les résidents.

Recensions des écrits scientifiques ou présentation des concepts théoriques

1. Modèle théorique

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

Ni le modèle théorique ni le cadre conceptuel ne sont pas proposés.

Comment le modèle théorique, cadre conceptuel est-il justifié ?

-

2. Limites des écrits

Préciser les limites ou contraintes provenant d'autres auteurs
Les limites des autres auteurs ne sont pas mises en évidence dans cette partie.
Méthodologie
1. Question de recherche
Quelles sont les variables importantes ?
<p>Pour découper la question de recherche selon la méthodologie PICOT on a utilisé l'objectif de cet article. Les variables sont suivantes : (P) présents du Home ; I (programme de la formation en communication) ; O (efficacité du programme par une évaluation de la réduction de la détresse des soignants, de l'augmentation de la satisfaction professionnelle du personnel et de la diminution de la dépression et des comportements problématiques chez les résidents).</p> <p>Variables indépendantes : Pour les soignants : âge, statut professionnel, caractéristiques démographiques. Pour les résidents : âge, score MMSE, caractéristiques démographiques. Pour les variables indépendantes, les auteurs ne proposent les données détaillées, mais seulement le résultat commun.</p> <p>Variables dépendantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pour les soignants : quantité et qualité du discours, quantité et qualité des instructions, détresse du soignant, satisfaction au travail. - Pour les résidents : état d'agitation, psychopathologie.
Les variables importantes sont-elles bien définies ?
Non, les auteurs ne mettent pas en évidence les variables de la recherche.
Quels sont les questions ou les objectifs de recherche ?
Comme cela a été noté auparavant l'objectif de recherche est d'évaluer l'effet d'un bref programme de formation en communication sur une réduction de la détresse des soignants, une augmentation de la satisfaction professionnelle du personnel et une diminution de la dépression et des comportements problématiques chez les résidents.
Quelles sont les hypothèses de recherche ?
Les auteurs supposent que cette brève formation permettra une réduction de la détresse des soignants, une augmentation de la satisfaction professionnelle et une diminution de la dépression et des comportements problématiques chez les résidents.
2. Devis
Quel est le devis de l'étude ?
Le devis de cette étude est expérimental. Les auteurs utilisent une conception pré-test / post-test et la comparaison de groupe d'intervention / groupe témoin. Les participants ont été répartis au hasard à un groupe d'intervention et de contrôle.
Le devis est-il bien détaillé ?
Les auteurs précisent que leur étude est une « two-group comparison design ».
De quelle façon les règles éthiques sont-elles respectées ?
Avant le début de l'étude, une lettre de consentement a été envoyée aux membres de la famille ou aux représentants des résidents.
Précision du type de devis ou de la procédure expérimentale.
Les auteurs utilisent une conception pré-test / post-test et la comparaison de groupe d'intervention / groupe témoin, pour pouvoir démontrer les améliorations au fil du temps au sein des groupes (de la ligne de base à la post-intervention) et de démontrer les améliorations dans le groupe d'intervention uniquement après la formation.
Quelles explications sont fournies pour la collecte d'informations ?

Les deux phases d'observation ont eu la même procédure et ont été menées dans les deux groupes.
3. Sélection des participants ou objets d'étude
Quelle est la population visée ? est-elle bien définie ?
Les participants de cette étude sont les résidents présentant la démence dans les HOME des Pays-Bas et le personnel soignant .
Comment se réalise la sélection des participants ?
<ul style="list-style-type: none"> - Le personnel soignant a été recruté lors de réunions du personnel (n=24). - Avant le début de l'étude, une lettre de consentement a été envoyée aux membres de la famille ou aux représentants des résidents. 52 ont consenti à la participation du résident. L'échantillon final était composé de 26 résidents ayant un diagnostic de la démence.
Des critères d'inclusion, d'exclusion de l'échantillon sont-ils présentés quels sont-ils ?
<ul style="list-style-type: none"> - Critère d'inclusion pour les soignants était leur disponibilité pour participer à toutes les phases de la recherche. Deux personnes ont été exclues en raison de leur indisponibilité. - 27 résidents ont été exclus. Un en raison d'une espérance de vie de moins de 6 mois, et 21 pour des raisons différentes, par exemple, pour ne pas pouvoir passer le Mini-Mental State Exam (MMSE), en raison de problèmes de communication ou de refus de participer. 4 résidents ont été exclus en raison de faibles scores MMSE.
Est-ce qu'il y a une répartition des participants en groupe ? (Témoin ou contrôle) comment cette répartition se réalise-t-elle ?
Il y a une répartition des résidents en deux groupes : groupe d'intervention et groupe de témoin. Les résidents de différents groupes ne pouvaient pas se contacter.
Précision de la procédure pour faire le choix des participants.
Pour les résidents, le MMSE a été utilisé pour évaluer la gravité des troubles cognitifs. Dans cette étude, le MMSE (y compris la conversation tenue pendant l'évaluation) a également été utilisé pour déterminer si les résidents étaient suffisamment communicatifs pour participer à l'étude.
Précisions sur la justification de la taille de l'échantillon
Les auteurs ne justifient pas les tailles 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>Les instruments de mesure comprenaient les observations d'interactions communicatives entre les soignants et les résidents.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Listes de contrôle des compétences en communication. La communication du personnel a été évaluée à l'aide de deux listes de contrôle des compétences en communication : <ul style="list-style-type: none"> ➤ Liste de contrôle des compétences en communication (LCCC). ➤ Le formulaire d'observation de la communication générale (FOCG). - Questionnaires <ul style="list-style-type: none"> ➤ La version néerlandaise du Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI-D) pour mesurer la fréquence de 29 comportements d'agitation. ➤ La version néerlandaise du Neuropsychiatric Inventory Questionnaire (NPI-Q) pour mesurer la gravité de différents types de psychopathologie chez les résidents et pour évaluer le niveau de détresse des soignants. ➤ La satisfaction professionnelle des spécialistes a été évaluée à l'aide de la version courte et néerlandaise de l'Utrecht Work Engagement Scale (UWES). Cet instrument mesure trois dimensions de l'engagement au travail : la vigueur, le dévouement et l'absorption.

Comment se réalise concrètement la collecte des données ? Quelle est la fréquence de passation des outils ?
<p>Les deux observateurs ont rempli les listes de contrôle en observant les interactions entre le personnel et les résidents dans les salles de séjour et en visionnant des vidéos. Au cours de la dernière séance de pratique, la fiabilité inter-évaluateurs a été calculée.</p> <p>Au cours des deux phases d'observation, des listes de contrôle et des questionnaires de communication ont été administrés au personnel infirmier.</p> <p>Après chaque matinée d'observation, les soignants devaient remplir certains des questionnaires (NPI-Q, CMAI, UWES).</p>
Des précisions sur la passation et la cotation des outils sont-elles données ? quelles sont-elles ?
<p>La période totale entre le départ et la phase post-intervention était de 8 semaines.</p> <p>Les auteurs montrent qu'ils ont effectué 2 phases d'observation. Le LCCC a été administré au moins deux fois à la même personne soignante et FOCG a été administré au moins quatre fois.</p> <p>NPI-Q, CMAI, UWES ont été emplis après chaque matinée d'observation.</p>
Des précisions sont-elles données sur la variable indépendante, dépendante ? Lesquelles sont-elles ?
Les auteurs ne proposent pas des précisions dans la partie « Méthodologie ».
5. Intervention ou programme (si applicable)
Quelles sont les interventions et comment sont-elles décrites ?
<p>Le programme de formation pour les soignants portait sur les compétences de communication adaptées à différents types de démence. La formation s'est concentrée sur l'utilisation des instructions courtes, de discours positifs et individualisés, car ils sont relativement faciles à enseigner au personnel des foyers dans un temps relativement court. Le nombre de séances de formation pour chaque soignant était basé sur les scores moyens de LCCC au cours de la période de référence. Pour chaque personne, toutes les compétences efficaces ont été additionnées (instructions courtes, instructions générales, déclarations biographiques, discours positif). Par la suite, les éléments inefficaces (instructions multiples, discours négatifs) ont été soustraits.</p>
Comment l'intervention est-elle appliquée ?
Prochainement, les soignants ont appliqué régulièrement la communication adaptée lors une prise en soins des résidents.
6. Méthode d'analyse des données
Quels sont les méthodes et les types d'analyses statistiques proposées (tests).
<p>Les scores des différents items de chaque questionnaire (UWES, CMAI-D, symptômes NPI-Q, détresse du soignant NPI-Q) ont été additionnés pour former les scores totaux. Les scores moyens de chaque compétence basée sur les LCCC ont été calculés pour les mesures au départ et après l'intervention pour chaque soignant.</p> <p>Les données ont été analysées à l'aide d'analyses mixtes de variance (ANOVA) 2 (groupe) × 2 (temps).</p>
Les méthodes d'analyses sont-elles justifiées ? Si oui, De quelle manière ?
<p>Pour les effets principaux ou les interactions significatives, des scores eta-squared partiels ont été calculés, pour lesquels une valeur 0,01 était considérée comme un effet faible, 0,06 un effet moyen et 0,14 un effet important (21).</p>
Résultats
1. Description de l'échantillon
Quelles sont les caractéristiques principales de l'échantillon ?

<p>L'échantillon final du personnel était composé de 24 soignants. Il n'y avait pas de différences significatives entre le groupe d'intervention et le groupe de témoin ($P > 0,05$) sur les caractéristiques démographiques. Dans l'ensemble de l'échantillon, 91,67% étaient des infirmières auxiliaires certifiées et 8,33% étaient des infirmières auxiliaires autorisées. L'âge moyen était de 43,21 ans.</p> <p>Concernant les résidents, le nombre total était 26. Il n'y avait aucune différence significative entre les caractéristiques démographiques du groupe d'intervention et du groupe de témoin ($P > 0,05$). Dans l'ensemble de l'échantillon, l'âge moyen était de 84,95 ans et le score MMSE moyen était de 11,17.</p>
Des précisions sont-elles données sur les participants, si oui, lesquelles ?
Non. Les auteurs ne donnent pas des précisions.
Des précisions sont-elles données sur la période de collecte de données, lesquelles ?
Non. Les auteurs ne donnent pas des précisions.
2. Description des résultats
Quels sont les résultats statistiquement significatifs ($p < 0,05$) ?
<p>- Les résultats significatifs pour le personnel.</p> <p><i>Communication.</i></p> <p>- <i>Quantité et qualité du discours.</i></p> <p>Dans les deux groupes, la parole positive (évalué grâce au FOCG) augmentait avec le temps (après l'application d'une correction de Bonferroni $P < 0,05$).</p> <p>- <i>Quantité et qualité des instructions.</i></p> <p>Le tableau 2 montre que les instructions courtes ont été utilisées beaucoup plus fréquemment que les instructions complexes. Le nombre d'instructions courtes a augmenté avec le temps dans les deux groupes ($p < 0,5$).</p> <p>- <i>Détresse du soignant.</i></p> <p>La figure 1 montre les scores moyens de détresse des soignants pour les deux groupes pendant les deux phases d'observation. La détresse des soignants a diminué entre les observations de base et les observations post-intervention dans le groupe d'intervention, alors que le schéma s'est produit dans le groupe de témoin ($P < 0,5$). Cela confirme l'hypothèse selon laquelle la formation aux compétences en communication peut réduire la détresse chez les soignants.</p> <p>Les résultats significatifs pour les résidents.</p> <p>Pour cette recherche les auteurs n'ont pas obtenu les résultats significatifs qui concernent les résidents.</p>
Quels sont les autres résultats importants ?
<p>- Les autres résultats pour le personnel</p> <p><i>1. Communication.</i></p> <p>- <i>Quantité et qualité du discours</i></p> <p>Le nombre moyen de compétences de communication utilisées est indiqué dans le tableau 1. Le style de discours était principalement neutre, plutôt que positif ou négatif. Les discours négatifs étaient très rares. Les pourcentages d'interactions dans lesquelles le résident a été individualisé étaient déjà très élevés au cours de la période de référence (80%). Il n'y avait pas d'interactions significatives entre le temps et le groupe ou les principaux effets de groupe ($P > 0,05$) pour les différents types de compétences en communication.</p> <p>- <i>Quantité et qualité des instructions.</i></p> <p>Le tableau 2 montre que le nombre d'instructions complexes était plus faible dans le groupe d'intervention que dans le groupe témoin. Cependant, cette différence n'était significative que dans la phase post-intervention ($p = 0,002$).</p>

- *Satisfaction au travail.*

Les scores moyens de satisfaction au travail étaient de 46,55 au départ et de 45,27 au cours des observations post-intervention pour le groupe d'intervention. Pour le groupe témoin, ces scores étaient respectivement de 48,31 et 45,77 ($P > 0,05$). Ils étaient comparables d'un groupe à l'autre, avec une tendance à la baisse dans le groupe témoin.

Les autres résultats significatifs pour les résidents

Les résidents ont été évalués par les soignants en fonction de leur niveau d'agitation et de psychopathologie.

- *Agitation.*

Les scores d'agitation de CMAI-D variaient de 29 à 203. Pour le groupe d'intervention, les scores d'agitation moyens étaient de 44,75 au départ et de 44,37 au cours des observations post-intervention. Pour le groupe de témoin, ces scores étaient respectivement de 51,00 et de 48,20. Il n'y avait pas d'interactions significatives entre le temps et le groupe ($P = 0,05$).

- *Psychopathologie.*

Le tableau 3 présente les scores psychopathologiques moyens (la gravité de symptômes de la dépression et l'anxiété). La plupart des symptômes étaient rares, étant donné que les scores étaient inférieurs à 1,00 (maximum 3). Néanmoins, les auteurs ont constaté une tendance à une diminution de la gravité de la psychopathologie dans le groupe d'intervention contre une augmentation dans le groupe de témoin ($F(1,24) = 2,88, P = 0,10$).

Discussion

Un résumé des résultats est-il présenté ? Si oui, que contient-il ?

Les auteurs précisent que cette étude a mis en œuvre des composants efficaces des études précédant sur la communication 1,2,8,11,12 dans une brève intervention à petite échelle au Home.

Comment la recherche répond-elle à l'objectif visé ou à l'hypothèse de départ ?

Les résultats ont confirmé l'hypothèse que l'intervention (la formation des soignants) a diminué le niveau de détresse des soignants ressentis. Cet effet a concordé avec une tendance à une diminution de la gravité des symptômes psychopathologiques chez les résidents du groupe d'intervention.

2. Liens avec les autres auteurs

Comment les résultats se rattachent-ils à d'autres études (similitudes, différences...)

Les auteurs estiment qu'il existe un fort lien (corrélation) entre la détresse des soignants et la communication négative ou positive avec les résidents (8).

En ce qui concerne les interactions communicatives, le nombre d'instructions courtes et d'exemples de discours positifs a augmenté après l'intervention dans les deux groupes. Ceci est conforme au modèle d'amélioration de la communication et aux résultats des études d'intervention qui ont démontré les plus grandes améliorations de la communication lors des interactions individualisées entre le personnel et les résidents (2,11).

Il n'avait constaté aucun effet direct de l'intervention sur les comportements problématiques ou la psychopathologie des résidents. Cependant, une étude sur les interventions de communication montrait des réductions des scores de dépression dans le groupe d'intervention après la mise en œuvre d'une intervention de communication (22).

3. Recommandations ou suggestions

Quelles recommandations ou étapes futures sont-elles proposées ?
Pour la pratique ? Pour la recherche ?

<p>Les auteurs montrent que cette formation a eu une influence positive sur le score de détresse des soignants. Elle peut donc être utile dans les foyers.</p> <p>Ainsi, ils notent qu'un feed-back régulier aux soignants sur leurs interactions avec les résidents est une bonne stratégie qui peut non seulement améliorer les compétences en communication, mais aussi réduire la détresse des soignants.</p>
<p>Comment les suggestions-recommandations peuvent elles s'appliquer dans la pratique clinique ?</p>
<p>Les chercheurs estiment que la formation en communication peut non seulement réduire le niveau de détresse des soignants, mais aussi améliorer le bien-être des résidents de façon non directe.</p> <p>Les auteurs proposent d'étudier en détail dans les futures recherches l'influence de la formation en communication sur le bien-être des résidents. Si, en effet, une communication efficace et positive se traduit par une amélioration du bien-être des résidents et des soignants, alors les futurs programmes de formation devraient se concentrer sur un suivi régulier lors des interactions et le feed-back aux soignants.</p>
<p>4. Limites de la présente étude. Quelles sont les limites /biais de l'étude ?</p>
<p>Les auteurs ne mettent pas en évidence les limites de cette recherche.</p> <p>Cependant dans le texte ils précisent le nombre relativement limité de sessions de formation et la présence de bonnes compétences en communication au départ. On suppose que ces facteurs ont pu influencer les résultats.</p>
<p style="text-align: center;">Conclusion</p>
<p>1. Retour sur l'objectif, question, hypothèse</p>
<p>De quelle manière la recherche a –t-elle répondu à l'objectif visé ?</p>
<p>En conclusion, les auteurs estiment que cette étude à petite échelle a montré de bons résultats en ce qui concerne l'amélioration de la quantité et de la qualité de la communication au fil du temps, ainsi que la réduction de la détresse des soignants.</p>
<p>2. Principaux résultats</p>
<p>Quels sont les principaux résultats significatifs de la démarche ?</p>
<p>Les auteurs ne précisent pas les résultats significatifs dans cette partie. On peut les consulter dans la partie « Résultats ».</p>

Analyse d'article 6 selon Grille de Tétreault (2015)

1. Titre (noter le titre)
The facilitators of communication with people with dementia in a care setting: an interview study with healthcare workers
Thèmes abordés
Selon le titre l'article aborde le sujet des moyens facilitant la communication avec les personnes souffrant de démence en milieu de soins.
Le titre réfère-t-il à une population précise ou à une question pertinente, si oui, laquelle ou lesquelles
Le titre réfère à une population atteinte de la démence et questionne les moyens facilitant la communication.
2. Auteurs (noter les auteurs)
Miriam Ruth Stanyon, Amanda Griffiths, Shirley A Thomas, Adam Lee Gordon
Préciser leur rattachement, institution, lieu de travail, pays
<ul style="list-style-type: none"> • Division of Psychiatry and Applied Psychology, • School of Medicine, University of Nottingham, Nottingham, UK • Division of Rehabilitation and Ageing, University of Nottingham, Medical School Queens Medical Centre, Nottingham • NG7 2UH, UK
3. Mots clés (noter les mots clés)
Dementia, communication, thematic analysis, care workers, care homes, older people
4. Résumé
Décrire brièvement les objectifs, la méthodologie, les résultats
<p>Objectifs de l'article est décrire le point de vue des professionnels de santé sur les facilitateurs de la communication avec les personnes atteintes de démence en milieu de soins.</p> <p>Méthodologie : analyse thématique d'entretiens semi-structurés.</p> <p>Participants : 16 professionnels dont le travail quotidien consiste à interagir avec des personnes souffrant de démence.</p> <p>Résultats : quatre grandes catégories de thèmes ont été définies lors des entretiens qui ont un impact sur la communication : les attributs d'un soignant, les stratégies de communication utilisées, les facteurs organisationnels et les caractéristiques physiques de l'environnement.</p> <p>Conclusion : de nombreuses stratégies utilisées par les soignants pour faciliter la communication n'ont pas encore été étudiées dans la recherche.</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 démence est une des raisons des troubles de la communication. Les difficultés de la recherche de mots et les problèmes de compréhension provoquent la désorientation et l'anxiété.</p> <p>Une communication efficace entre les soignants et les personnes souffrant de démence (PD) influencent le comportement [2] et le bien-être [3] des bénéficiaires de soins et le taux d'épuisement chez les professionnels [4].</p> <p>L'importance de la communication a été mise en évidence pour la première fois dans « L'approche des soins centrés sur la personne » de Kitwood [5]. La communication avec une PD est un processus très complexe en raison de leurs capacités communicatives et la cognition altérées. Par conséquent, selon Kitwood, la communication avec une PD nécessite des ressources considérables de la partenaire de conversation.</p>
2. Originalité
Comment l'auteur explique-t-il l'originalité de la démarche ?
<p>Lest auteurs mettent en évidence qu'il existe de plus en plus de littérature sur la formation des soignants dans les soins centrés sur la personne [6]. Néanmoins, les techniques de communication spécifiques ne sont pas abordées dans ces cours.</p> <p>La communication entre les soignants et les PD est souvent caractérisée par « Elderspeak » [7-10] ou une tonalité vocale dominante [11] qui provoquent une résistance aux soins. La formation des soignants dans les techniques de communication, comme l'utilisation de phrases courtes, peut réduire la dépression et augmenter le comportement communicatif [12-21]. Cependant, les programmes de formation actuels se basent principalement sur l'expérience clinique. Peu de travaux envisagent les techniques de communication expérimentales pour établir les modèles de référence en communication.</p>
3. Le plan d'article
Le plan est-il précis, logique et détaillé ? Les étapes à venir sont-elles bien précisées ?
Les chercheurs ne précisent pas le plan d'article. Les parties, résumé, introduction, méthodologie, résultats et discussion et implication des résultats, sont présentes.
4. Objectifs, questions, hypothèses
Quels sont les objectifs, les questions de recherche ?
L'objectif de cette étude était de décrire l'expérience de personnel soignant en termes de moyens de communication efficaces auprès les personnes souffrant de démence.
Recensions des écrits scientifiques ou présentation des concepts théoriques
1. Modèle théorique
Un modèle théorique, cadre conceptuel ou explication sont-ils proposés ? Si oui, lesquels ?
Cette étude est considérée par les auteurs en tant que précurseur des recherches pour étudier l'impact des techniques de communication sur le bien-être et la résistance aux soins chez les PD.
Comment le modèle théorique, cadre conceptuel est-il justifié ?
Cette étude descriptive est menée avant d'effectuer une recherche expérimentale.
2. Limites des écrits
Préciser les limites ou contraintes provenant d'autres auteurs
Les autres précisent qu'il manque des études sur les techniques de communication efficaces auprès les PD en contexte de soins.
Méthodologie

1. Question de recherche
Selon la méthodologie PICOT : P - patients atteints de la démence I – évaluation du personnel sur l'impact de la communication O – des actions du personnel qui permettent obtenir la communication efficace.
2. Devis
Quel est le devis de l'étude ?
Le devis utilisé est un devis qualitatif descriptif.
Le devis est-il bien détaillé ?
Cette étude est une analyse thématique des entretiens semi-structurés.
Quelle est la cohérence du devis avec la thématique ?
Le devis descriptif est cohérent pour décrire de l'expérience de personnel soignant.
Précision du rôle du chercheur
Le chercheur a invité des participants.
De quelle façon les règles éthiques sont - elles respectées ?
Tous les participants ont été invités personnellement par l'auteur. Leur consentement volontaire a été obtenu. L'approbation éthique a été accordée par le comité d'éthique de l'Institut du travail, de la santé et des organisations, Université de Nottingham, Royaume-Uni.
Quels sont les outils pour la collecte des informations ?
Les données ont été enregistrées lors des entretiens demi structurés.
Comment se déroule la collecte des données
-
3. Sélection des participants ou objets d'étude
Y a-t-il des critères de sélection ou d'exclusion ? Si oui, préciser lesquels.
Les participants de cette étude étaient des soignants avec l'expérience de travail plus que 6 mois avec les PD. Huit soignants travaillaient dans deux foyers de soins spécialisés en démence. Ils ont compté 32 et 52 lits. Les huit autres participants spécialisaient en soin à domicile.
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 ?
Un guide d'entretien a été élaboré dans le but de construire une vue d'ensemble des facteurs ayant une incidence sur l'efficacité communication avec PD. Les questions sont basées sur les facteurs identifiés dans la littérature faisant référence à la parole, comportement et formation du personnel. Le guide final comprenait des questions sur : <ul style="list-style-type: none"> • les défis rencontrés lors de la communication avec PD ; • les facilitateurs et les obstacles à une communication réussie ; • la formation en démence et l'impact des facteurs organisationnels sur la communication.
Comment se réalise concrètement la collecte des données ? À quelle fréquence ?
Les données ont été collectées pendant les entretiens semi-structurés de 15 à 60 minutes (en moyen 34) min. Les entretiens ont été audio enregistrés et anonymisés lors de la transcription.

Le recrutement a cessé lorsqu'aucun nouveau sujet n'a été généré, et les auteurs pensait que la saturation des données avait été atteinte [22, 23].
5. Méthode d'analyse des données
Quelle est la méthode d'analyse utilisée ?
L'analyse de donnée en utilisant la méthode de de Braun et Clarke [22]. L'écoute et lecture répétée des entretiens pour la transcription des données.
Qui procède à l'analyse ?
Deux codeurs ont analysé les transcriptions
Quel est le logiciel utilisé ?
NVivo9 a été utilisé pour stocker, coder et analyser les données.
Comment se fait la validation des données ? Y a-t-il des précisions sur la triangulation des données ? Si oui lesquelles ?
Le codage initial était complet et inclusif, puis affiné à un schéma avec des catégories et sous-thèmes globaux. Le processus de raffinement des thèmes a été minutieusement documenté avec plusieurs versions du schéma de codage développé avant de décider du « meilleur ajustement » pour les données. Les thèmes étaient générés inductivement à partir d'un paradigme réaliste [24]. Il n'y avait pas de cadre préexistant de codage des thèmes avant analyse.
Résultats
1. Description des résultats
Comment les résultats sont-ils présentés ?
Les résultats présentent les caractéristiques des participants. Les résultats sont présents sous forme d'analyse des thèmes.
Que ressort-il de l'analyse (description des résultats de l'étude)
<p>Caractéristiques des participants</p> <p>Les participants ont été présenté par les soignants des foyers, l'infirmière en santé mentale, l'animatrice, les ergothérapeutes, le psychologue, l'orthophoniste et les gériatres. La durée de travail était de 3 à 53 ans (une médiane 14). 10 participants sur 16 étaient les femmes. Les résultats sont repartis en 4 thèmes :</p> <p>- Thème 1 : Connaissances, compétences et caractéristiques d'un soignant pour faciliter la communication</p> <p>✓ Connaissances. Tous les participants ont estimé que la compréhension de la démence était essentielle pour la communication réussie. Cela impliquait d'avoir des attentes réalistes de ce qui concerne l'interaction avec une PD.</p> <p>Les participants ont parlé de l'importance d'adapter la communication au déficit cognitif, par exemple, utiliser la répétition des instructions ou des réponses aux questions. La plupart des participants ont parlé de l'importance de savoir ce qu'ils décrivaient comme les « effets généraux » de la vieillesse sur les capacités de communication, ainsi que l'influence des conditions comorbides, y compris la dépression et l'accident vasculaire cérébral.</p> <p>Une majorité de participants ont jugé important de considérer le comportement, tel que l'agitation ou l'agression, comme l'expression d'un besoin non satisfait.</p> <p>✓ Compétences. Principalement, les compétences ont été utilisées dans le but de construire les relations avec PD et de faciliter la communication Tous les participants ont décrit la nécessité de considérer chaque personne comme un individu, cherchant à connaître sa personnalité, ses préférences et ses capacités. L'importance de lire les patients et parler avec d'autres membres du personnel sur les succès ou les échecs de communication a été soulignée. Les interactions pendant les soins quotidiens est l'opportunité pour la communication. Mais</p>

souvent elle est centrée sur les tâches et il manque de l'aspect social et émotionnel. Les participants ont décrit l'importance du personnel soignant de faire preuve de respect pendant la communication.

« Communiquer est la chose la plus importante dans la vie ». (Infirmière en santé mentale).

Environ la moitié des participants ont estimé qu'il était important de s'engager dans la réalité subjective de la personne démentie afin d'aborder sa réalité émotionnelle. Cela exigeait de l'empathie et de la combinaison de validation et d'orientation dans la réalité. « Ce sont souvent des conversations assez bizarres, mais je pense, ils peuvent encore être des conversations assez significatives dans un contexte émotionnel et le sens psychologique ». (Ergothérapeute 1)

✓ **Caractéristiques des soignants.** Les caractéristiques des soignants qui facilitent la communication étaient souvent considérées comme les capacités « innées », nourries par l'expérience. La patience et la tolérance étaient essentielles pour faire face avec un comportement difficile, par exemple ne le prenant pas comme un acte d'agression personnellement. L'honnêteté était un sujet controversé. Certains ont vu l'absolu l'honnêteté comme idéal moral, mais tous les participants ont parlé de l'importance d'être prudent et sélectif dans les éléments de la vérité révélée à la PD. Le langage corporel était décrit par la majorité des participants comme particulièrement importants pour détecter les expressions de douleur ou de colère.

Thème 2 : Stratégies de communication

✓ **Verbal.**

Tous les participants mentionnaient la nécessité de réduire la complexité de la parole, de faire des phrases plus courtes et en évitant l'utilisation des idées abstraites. Pourtant, il a également été noté qu'une simplification excessive pourrait conduire à une infantilisation. La parole calme réduisait l'état d'agitation et la confusion. Les participants ont décrit le négatif impact d'une « voix spéciale », parfois appelée altérée ton vocal. Certains participants ont noté que la capacité de PD pour interpréter le ton émotionnel est bien maintenue.

Les participants ont souligné l'importance d'expliquer les activités au fur et à mesure qu'ils se déroulaient, répétant les instructions, utiliser la reformulation et des questions simples pour établir le sens des interactions initiées par PD.

✓ **Non verbal.**

Les facilitateurs non verbaux d'une communication efficace utilisée par les soignants incluaient le contact visuel, la transmission de ses émotions, l'expression faciale positive, la posture ouverte, la toucher pour initier et maintenir l'attention, ou la communication via les images et les gestes. Il est important que chaque PD soit différent et tolère différents niveaux de contact visuel ou tactile. Ces préférences individuelles ne pouvaient être apprises que par les relations approfondies. Pour cela, les participants qui ont généralement travaillé avec des patients sur les courtes périodes estiment la présence des échecs de la communication en raison du manque de connaissance des préférences d'un individu. La stimulation, le désengagement et la distraction sont également les caractéristiques importantes de communication réussie.

Thème 3 : Facteurs organisationnels qui influencent la communication

✓ **Culture, leadership et management.**

La plupart des participants ont estimé que l'efficacité de la communication doit être encouragée et modelée par le leader qui en fait une priorité sur les autres tâches quotidiennes. Certains ont parlé d'être encouragés par leurs gestionnaires pour s'asseoir et discuter avec les résidents. Ils étaient critiqués pour n'en pas faire.

<p>✓ La formation du personnel. Les participants ont suggéré que les soignants avaient besoin d'une formation de meilleure qualité. Il y a eu un consensus général sur le fait que la formation actuelle du personnel soignant pourrait être améliorée.</p> <p>Thème 4 : Caractéristiques physiques du foyer</p> <p>Enfin, les participants ont souligné l'importance de l'espace adéquat et de l'environnement approprié pour que la PD ne soit pas surchargée. Cela aider à se concentrer sur une interaction et empêcher de se retirer.</p>
Discussion
1. Résumé des résultats
Un résumé des résultats est-il présenté ? Si oui, que contient-il ?
Le résumé des résultats n'est pas présent. Les auteurs précisent qu'ils ont décrits les facilitateurs de communication par thèmes.
Comment la recherche répond-elle à l'objectif visé ?
Cette étude décrit les facilitateurs de communication avec les PD nommés par le personnel de santé expérimenté fournissant les soins au quotidien. Quatre grands thèmes avec des catégories ont été définis : les connaissances, les compétences et les caractéristiques de soignant ; les facilitateurs pratiques verbaux et non verbaux ; les facteurs organisationnels de leadership et la formation ; et l'environnement physique.
2. Liens avec les autres auteurs
Comment les résultats se rattachent-ils à d'autres études (similitudes, différences, etc.)
<p>Cette étude a révélé que les caractéristiques personnelles des soignants sont des facteurs importants de communication avec PD. Peu d'études sont centrées sur ce contexte. Les recherches ont pour but d'enseigner les compétences de communication [12, 15, 16].</p> <p>Bien que la personnalité soit un concept largement utilisé dans la démence, les aspects pratiques de l'approbation de la personnalité à travers la communication quotidienne sont rarement mentionnés dans les recherches précédentes. Les données présentées dans cette étude suggèrent des mécanismes précis par lesquels les soignants pensent que cela peut être adopté.</p> <p>La manière dont les caractéristiques des soignants affectent les interactions avec la PD n'a pas été étudiée dans la littérature existante. Des traits de personnalité particuliers, comme un tempérament plus lent, plus stoïque et réfléchi, ont été décrits précédemment comme plus répandue pour le personnel soignant [25], mais l'impact ceux sur la communication dans les soins n'est pas été explorés.</p> <p>Les attributs mis en évidence dans cette étude pourraient devenir des sujets pour les futures recherches. Ceux-ci incluent une attitude de respect, de patience et de capacité à s'engager avec la réalité subjective d'un autre.</p> <p>L'impact de la culture et du leadership dans un milieu de soins est décrit dans la littérature comme un facteur influençant la qualité des soins auprès les PD [17, 26].</p> <p>Les deux foyers de soins impliqués dans cette étude ont utilisé des programmes de formations en communication. Cependant, tous les participants, quel que soit leur contexte, ont recommandé les mêmes améliorations de la formation en communication. Les observations que la formation sur la démence ne se concentre pas suffisamment sur les éléments relationnels de la prise en charge sont mentionnées dans la littérature [12-16, 28].</p>
3. Recommandations ou suggestions
Quelles recommandations ou étapes futures sont-elles proposées ?

Pour la pratique ? Pour la recherche ?
De nombreuses techniques de communication avec une PD comme la distraction, le désengagement, l'explication des actions, le rythme et de l'utilisation de l'expression faciale sont recommandés par les participants. Ils n'ont pas encore été étudiés empiriquement. Cela pourrait être abordé dans les futures études. Également, les futures recherches devraient étudier les effets des connaissances, des compétences et des caractéristiques des soignants sur une communication réussie.
Comment les suggestions- recommandations peuvent elles s'appliquer dans la pratique clinique ?
Les résultats de cette étude pourraient former une conception de la formation pour les soignants.
4. Limites de la présente étude. Quelles sont les limites/biais de l'étude ?
<p>La principale force de cette étude était l'utilisation des entretiens semi-structurés qui ont permis aux professionnels de la santé de décrire en profondeur les techniques qu'ils préconisaient pour améliorer la communication avec PD.</p> <p>Il y avait un fort consensus entre les participants, bien qu'ils présentés les milieux professionnels variés.</p> <p>Une des limites citées est une taille petite d'échantillon. Cependant, une méthode d'échantillonnage différente aurait pu entraîner une vision moins homogène du sujet.</p> <p>Une autre limite est ce que les opinions exprimées peuvent ne pas être représentatives de tous ceux qui travaillent avec PD.</p> <p>En enfin, les PD n'ont pas été interrogées dans cette étude en raison de la gravité de la démence.</p>
Conclusion
1. Retour sur l'objectif, question, hypothèse
De quelle manière la recherche a –t-elle répondu à l'objectif visé ?
La conclusion est présente sous forme des moments clés. Les auteurs ne se retournent plus vers l'objectif.
2. Principaux résultats
<p>Les auteurs précisent quelques moments clés de l'article :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les soignant travaillants avec les personnes atteintes de démence estiment que les qualités personnelles du soignant peuvent faciliter la communication. • Les professionnels de la santé décrivent des pratiques verbales et non verbales qui facilitent la communication avec les PD. • Des facteurs organisationnels tels que la conception du foyer, le leadership et la formation influence la communication. • L'environnement physique a une influence sur la communication. • Il y a des implications pour le développement de la formation pour les soignants.

Analyse d'article 7 selon Grille de Tétreault (2013)

1. Titre (noter le titre)
"Physical and psychological effects of 6-week tactile massage on elderly patients with severe dementia"
Thèmes abordés
Les thèmes abordés sont présents, ils sont les effet psychologique et physique des massages tactiles appliquée durant 6 semaines chez les patients souffrants de démence sévère.
Le titre réfère-t-il à une population précise ou à une question pertinente, si oui, laquelle ou lesquelles
Oui, le titre réfère de la population qui sont les patients souffrants de démence sévère par contre il n'est pas précisé de quelle démence il s'agit, patient souffrant d'Alzheimer ou autres. La question est pertinente elle s'intéresse aux effets des massages tactiles sur cette population.
2. Auteurs (noter les auteurs)
Mizue Suzuki, Asami Tatsumi, Toshiko Otsuka, Keiko Kikuchi, Akiko Mizuta, Kimiko Makino, Akie Kimoto, Kiyoe Fujiwara, Toshihiko Abe, Toshihiro Nakagomi, Tatsuya Hayashi, Takayuki Saruhara
Préciser leur rattachement, institution, lieu de travail, pays
Les institutions d'où sont rattachés les auteurs sont bien mentionnées. En voici la liste : <ul style="list-style-type: none"> • Hamamatsu University, School of Medicine, Faculty of Nursing, Hamamatsu, Shizuoka, Japan • Japan Sweden Care Institute, Tokyo, Japan • Wakeikai Memorial Hospital, Hamamatsu, Shizuoka, Japanm Mie Prefectural College of Nursing, Tsu, Mie, Japan
3. Mots clés (noter les mots clés)
Tactile massage, severe dementia, physical and psychological effects, behavioral and psychological symptoms of dementia
4. Résumé
Décrire brièvement les objectifs, la méthodologie, les résultats
Le résumé est présent, il est présenté un seul paragraphe ce qui ne facilite pas la lecture et les titres de chaque chapitre ne sont pas mentionnés (introduction, méthode de recherche, résultats, discussion).
Le but de cette étude est de clarifier les effets d'un massage tactile doux pratiqué durant 6 semaines sur les changements des fonctions physiques et mentales et sur les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) chez des patients atteints de démence.
Un groupe de patient atteint de démence a reçu un total de 30 séances de thérapie de massage tactile de 20 minutes chacune. Le groupe contrôle n'a pas bénéficié de la thérapie.
Après 6 semaines de massage tactile, le score d'agressivité ($P < 0,05$) et les niveaux de chromogranine A CgA qui est un indice de stress ont tous deux diminué de manière significative. Ces résultats suggèrent que le massage tactile réduit l'agressivité et le niveau de stress chez les patients atteints de démence.
Introduction
1. Pertinence

Oui, l'étude se base sur des données statistiques, en faisant le constat d'un accroissement du vieillissement de la population dans leur pays et d'une augmentation constante des cas de personne souffrant de démence.
Les auteurs font le constat théorique que les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence sont classés en 2 types : les symptômes comportementaux tels que l'agressivité physique, les troubles et l'irritation ; des symptômes psychologiques, tels que l'anxiété, les hallucinations.
Selon les données d'études, les patients atteints de ses symptômes résistent aux soins et génère un stress aux infirmières ce qui péjore la qualité des soins et les méthodes non pharmacologiques comme la musicothérapie et la thérapie assistée d'animaux montrent de bons résultats pour les diminuer.
Est-ce que la justification de l'étude repose sur des constats théoriques, des observations, des faits ou des données statistiques ?
Oui, les auteurs font des constats théoriques.
2. Originalité
Comment l'auteur explique-t-il l'originalité de la démarche ?
Les auteurs se basent sur une autre approche non pharmacologique qui permet de diminuer les SCPD et le stress. Il s'intéresse plus particulièrement à la méthode du massage tactile et plus précisément l'effet à long terme de celle-ci.
3. Le plan d'article
Le plan est-il précis, logique et détaillé ? Les étapes à venir sont-elles bien précisées ?
Le plan n'est pas précisé dans le chapitre « introduction ».
4. Objectifs, questions, hypothèses
Quels sont les objectifs, les questions de recherche ?
Comme dit précédemment, le but de cette étude est de clarifier les effets d'un massage tactile de 6 semaines sur les changements dans les fonctions physiques et mentales, les SCPD et les niveaux de stress au fil du temps chez les patients âgés atteints de démence.
Recensions des écrits scientifiques ou présentation des concepts théoriques
Quelle est la thématique principale ? / Quels sont les concepts les plus importants ?
La thématique la plus importante est le massage tactile. Le massage tactile, développé par une infirmière suédoise nommée, Ardeby est une méthode de soins complémentaires utilisée dans les soins palliatifs et gériatriques et dans d'autres domaines de la santé pour réduire le stress. Le massage tactile comme une série de mouvements de massage lents appliqués avec une pression ferme, en utilisant principalement le plat de la main et les doigts.
Études ou résultats récents
Quels sont les constats des études récentes ? (Faire une synthèse)

Henricson a montré que le massage tactile entraînait une baisse significative des niveaux d'anxiété chez les patients qui avaient subi une chirurgie cardiaque ou intestinale dans l'unité de soins intensifs, et le toucher tactile semblait réduire l'activité du système nerveux sympathique. Il a été rapporté que le massage tactile réduisait l'anxiété ou le stress et les symptômes qui y sont liés lorsqu'il était proposé comme thérapie complémentaire ou alternative.

Snyder a montré que le massage des mains et le toucher thérapeutique n'ont pas réduit de manière significative l'agitation des patients âgés atteints de démence dans une unité de soins Alzheimer pendant 5 jours d'observation, après que le massage des mains ait été effectué une fois par jour en fin d'après-midi pendant 10 jours.

Kim et ses collègues ont rapporté que le comportement dysfonctionnel associé aux SCPD diminuait avec le massage physique.

Remington a rapporté que la musique apaisante et le massage des mains après l'exposition à un environnement agité permettaient aux résidents d'une maison de soins infirmiers de se sentir calmes dans un environnement structuré, compensant ainsi les stimuli perturbateurs. Cependant, aucun avantage supplémentaire n'a été trouvé en combinant les interventions.

Hicks-Moore a signalé que le fait de faire jouer la musique préférée d'un patient et de lui masser les mains, seul ou en combinaison, diminuait significativement l'agitation immédiatement après l'intervention ainsi qu'une heure après celle-ci.

Hall et Buckwalter ont émis l'hypothèse qu'une augmentation de l'agitation se produit lorsqu'une personne atteinte de démence subit des niveaux élevés de stress.

2. Modèle théorique

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

Le massage tactile est un massage des tissus mous qui comprend à la fois le toucher et le massage. La méthode du massage tactile a été introduite au Japon en 2006, par le Japan Swedish Care Institute. Le massage tactile devrait contribuer à améliorer la qualité de vie des personnes âgées atteintes de démence particulièrement sévère ainsi que des patients souffrant de troubles de la parole et incapables de communiquer verbalement.

Plusieurs chercheurs ont rapporté des effets immédiats du massage tactile pendant l'intervention chez les personnes âgées atteintes de démence.

Comment le modèle théorique, cadre conceptuel est-il justifié ?

-

3. Limites des écrits

Préciser les limites ou contraintes provenant d'autres auteurs

Il existe plusieurs études sur les effets du massage des mains et du toucher pendant les périodes d'agitation chez les patients âgés atteints de démence. Il n'existe aucune étude sur les effets à long terme de ce type d'intervention une fois la période initiale d'agitation passée.

Méthodologie

1. Question de recherche

Quelles sont les variables importantes ?

La variable indépendante est le massage tactile et les variables dépendantes sont les items des échelles suivantes : le MMSE, l'échelle GBS, l'échelle Behavior Pathology in Alzheimer's Disease Rating Scale (BEHAVE-AD)

Les variables importantes sont-elles bien définies ?
Oui, elles sont bien définies.
Quels sont les questions ou les objectifs de recherche ?
L'objectif de recherche est de connaître les effets à long terme du massage tactile sur des personnes souffrant de démence.
Quelles sont les hypothèses de recherche ?
-
2. Devis
Quel est le devis de l'étude ?
L'étude est un devis quasi expérimental. Les auteurs ne l'ont pas nommé explicitement dans l'étude. Mais le chapitre méthodologie permet de déduire qu'il s'agit bien d'une étude semi-expérimentale.
Le devis est-il bien détaillé ?
Oui, le devis est bien détaillé. L'étude mentionne deux groupes, un groupe intervention et un groupe contrôle.
De quelle façon les règles éthiques sont-elles respectées ?
Les considérations éthiques ont été abordées en expliquant la recherche aux membres de la famille représentant les patients âgés atteints de démence sévère, et en obtenant leur consentement écrit. À chaque séance, si le patient refusait de participer ou était souffrant, l'intervention tactile n'était pas effectuée. Cette étude a été approuvée par le comité d'éthique de l'école de médecine de l'université de Hamamatsu.
Précision du type de devis ou de la procédure expérimentale.
Il n'y a pas de précision sur le type de devis.
Quelles explications sont fournies pour la collecte d'informations ?
Les infirmières qui ont pris en charge les participants des groupes intervention et contrôle ont effectué les évaluations du GBS et du BEHAVE-AD avant et après l'intervention. Un ergothérapeute ayant de l'expérience dans l'évaluation psychologique de personnes âgées atteintes de démence sévère a mené les entretiens MMSE.
3. Sélection des participants ou objets d'étude
Quelle est la population visée ? est-elle bien définie ?
Oui, elle est bien définie. La présente étude a été menée auprès de patients âgés ayant reçu un diagnostic de démence et hospitalisés dans un service spécialisé dans la démence (100 lits). La période d'étude s'est étendue du 28 septembre 2009 au 6 novembre 2009.
Comment se réalise la sélection des participants ?
Les participants sont des personnes souffrant de démence. Le diagnostic a été posé par un psychiatre gériatrique spécialisé, à l'aide du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (quatrième édition [DSM-IV]).
Des critères d'inclusion, d'exclusion de l'échantillon sont-ils présentés quels sont-ils ?
Les critères d'inclusion sont que les participants aient un diagnostic de démence. Il n'est pas mentionné de critères d'exclusion.
Est-ce qu'il y a une répartition des participants en groupe ? (Témoin ou contrôle) comment cette répartition se réalise-t-elle ?
20 personnes ont été incluses dans chaque groupe après avoir été appariées pour le sexe, l'âge, le type de démence, la fonction cognitive et la capacité à effectuer les activités de la vie quotidienne (AVQ). Le groupe d'intervention a reçu un massage tactile 5 fois par semaine pendant 6 semaines, soit 30 fois au total. Le groupe témoin n'a pas reçu de massage tactile, mais a participé à des activités régulières, comme la musicothérapie ordinaire ou l'ergothérapie.
Précision de la procédure pour faire le choix des participants.

Les participants sont tous issues d'un centre spécialisé dans la démence.
Précisions sur la justification de la taille de l'échantillon
Les auteurs de l'étude n'ont pas précisé de justification en ce qui concerne la taille de l'étude.
4. Choix des outils de collecte d'information
Les instruments de mesure sont-ils décrits de manière précise ? Quels sont-ils ?
Oui, les instruments de mesure sont-ils décrits de manière précise, ils permettent de comprendre en détail les variables mesurées. Le mini-examen de l'état mental (MMSE) est un test de dépistage basé sur un entretien et comprenant 30 items sur les 6 sous-échelles suivantes : orientation, enregistrement, attention et calcul, rappel, langage et constriction visuelle. L'échelle de Gottfries-Brane-Steen (GBS) se concentre sur les différences qualitatives dans la démence. L'échelle d'évaluation de la pathologie comportementale dans la maladie d'Alzheimer (BEHAVE-AD) évalue les effets médicaux de la pharmacothérapie pour la maladie d'Alzheimer en se basant sur 8 items.
Comment se réalise concrètement la collecte des données ? Quelle est la fréquence de passation des outils ?
La collecte de données est faite par les infirmières qui sont chargées de réaliser l'intervention.
Des précisions sur la passation et la cotation des outils sont-elles données ? quelles sont-elles ?
Oui, les cotations des outils sont bien présentes. Le MMSE contient 30 items. Chaque item est noté de 0 à 5, avec un score total allant de 0 à 30. L'échelle GBS utilise une échelle de 0 à 6 points pour évaluer des éléments tels que la fonction motrice, 6 éléments ; la fonction intellectuelle, 11 éléments ; la fonction émotionnelle, 3 éléments ; et différents symptômes communs à la démence, 6 éléments BEHAVE-AD évalue 8 items principales : (a) idées paranoïaques et délirantes, 7 items (0-21) ; (b) hallucinations, 5 items (0-15) ; (c) troubles de l'activité, 3 items (0-9) ; (d) agressivité, 3 items (0-9) ; (e) troubles du rythme diurne, 1 item (0-3) ; (f) troubles affectifs, 2 items (0-6) ; (g) anxiété et phobies, 4 items (0-12) ; et (h) évaluation globale.
Des précisions sont-elles données sur la variable indépendante, dépendante ? Lesquelles sont-elles ?
Les variables indépendantes sont le mini-examen de l'état mental (MMSE), l'échelle de Gottfries-Brane-Steen (GBS), l'échelle d'évaluation de la pathologie comportementale dans la maladie d'Alzheimer (BEHAVE-AD)
5. Intervention ou programme (si applicable)
Quelles sont les interventions et comment sont-elles décrites ?
L'intervention est bien décrite et détaillée. Les auteurs ont précisé en détail en quoi consistait l'intervention à savoir, un massage tactile qui est une technique manuelle provenant d'un cours de massage tactile du Japan Sweden Care Institute nommé Tactile Care. Ils ont élaboré une liste de points importants.
Comment l'intervention est-elle appliquée ?
Les infirmières ont réalisé 30 séances de massage pour chacun des participants. L'infirmière dit au sujet que c'est le moment du massage tactile et qu'il doit se mettre dans une position confortable.

2. L'infirmière enveloppe les deux mains dans une serviette avant de retirer une serviette pour effleurer la main et tourner la paume vers le haut.
3. L'infirmière frictionne le sujet avec de l'huile d'olive biologique après avoir réchauffé l'huile dans sa paume.
4. Pour l'effleurage des doigts, l'infirmière caresse légèrement le côté des mains.
5. L'infirmière enroule sa main autour de chaque doigt tout en effectuant l'effleurage dans un lent mouvement circulaire en partant de la base du doigt jusqu'à son extrémité.
6. L'infirmière caresse la main en faisant de petits cercles dans le sens des aiguilles d'une montre sur la paume et rapproche les mains avant de caresser les côtés des doigts.
7. L'infirmière laisse ses mains glisser autour des poignets tout en effectuant l'effleurage dans un mouvement circulaire.
8. L'infirmière enveloppe soigneusement la main du sujet dans une serviette et passe à la main suivante.
9. L'infirmière répète la même procédure pour l'autre main jusqu'à la fin du massage tactile, après quoi elle remercie le sujet.
6. Méthode d'analyse des données
Quels sont les méthodes et les types d'analyses statistiques proposées (tests).
Pour l'analyse statistique, un test t apparié a été utilisé pour comparer chaque élément avant et après l'intervention de la massothérapie tactile en utilisant SPSS Ver.17 (SPSS Inc, Chicago, Illinois). La probabilité de rejeter l'hypothèse nulle (α) a été fixée à 0,05 tout au long de cette étude.
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 deux groupes comptaient 20 participants au départ. Lorsqu'un participant quittait l'étude dans l'un des groupes, un participant était retiré également dans de groupe correspondant.
A la fin de l'étude, le nombre a diminué à 14 participants (4 hommes et 10 femmes). Sur ces 28 participants, 24 étaient atteints de la maladie d'Alzheimer.
Des précisions sont-elles données sur les participants, si oui, lesquelles ?
Oui, l'âge moyen des deux groupes est mentionné.
Des précisions sont-elles données sur la période de collecte de données, lesquelles ?
Bien qu'il ait été prévu que chaque patient subisse un total de 30 séances de massage tactile, seuls deux d'entre eux ont suivi les 30 séances. Le nombre moyen de séances reçues était de 24,64 + 4,92 (compris entre 15 à 30).
2. Description des résultats
Quels sont les résultats statistiquement significatifs ($p < 0,05$) ?
Le groupe d'intervention a montré une amélioration significative sur l'échelle BEHAVEAD pour l'agressivité, de 2,50 (+1,21) avant l'intervention à 1,21 (+1,58) après l'intervention ($p 0,048$), alors qu'aucun changement n'a été observé dans le groupe de contrôle.
Après l'intervention, on a constaté une diminution significative des protéines salivaires CgA pour tous les participants, passant de 0,580 ng/mg (+0,290) à 0,211 ng/mg (+0,105) ($p 0,029$).
Quels sont les autres résultats importants ?
Pour le MMSE, le groupe d'intervention a montré une légère amélioration des scores, passant de 5,29 (+6,19) au départ à 5,43 (+6,73) après l'intervention, tandis que le groupe témoin a

montré une légère baisse, passant de 6,07 à 5,57, cependant, aucun de ces changements n'était statistiquement significatif.
Discussion
Un résumé des résultats est-il présenté ? Si oui, que contient-il ?
Oui, il est bien présent, il contient les résultats de la recherche. Il décrit les résultats déjà obtenus.
Comment la recherche répond-elle à l'objectif visé ou à l'hypothèse de départ ?
Les changements dans les mesures de la CgA salivaire, utilisée comme indice de stress, le groupe d'intervention a montré une réduction significative après l'intervention. Les 4 participants dont les échantillons ont été obtenus ont montré une réduction du stress après l'intervention car il était difficile d'obtenir l'échantillonnage de salive des patients âgés atteints de démence sévère au début de l'étude et avant et après l'intervention, et on peut supposer que la réduction du stress psychologique était liée à une tendance à l'amélioration des SCPD et de l'agressivité.
2. Liens avec les autres auteurs
Comment les résultats se rattachent-ils à d'autres études (similitudes, différences...)
Des études antérieures ont rapporté des réductions de l'agressivité pendant l'intervention de massage des mains chez des patients âgés atteints de démence sévère, 1214 mais la présente étude s'est concentrée sur les effets du massage tactile sur les changements dans les comportements de la vie quotidienne et les SCPD à des moments autres que les sessions d'intervention.
3. Recommandations ou suggestions
Quelles recommandations ou étapes futures sont-elles proposées ? Pour la pratique ? Pour la recherche ?
Le fait que le massage tactile puisse être efficace dans la communication non verbale peut également expliquer le maintien de la fonction intellectuelle et émotionnelle dans le groupe témoin. Les patients âgés atteints de démence sévère ont souvent des difficultés à communiquer, et la présente étude suggère que l'utilisation du massage tactile comme outil de communication non verbale permet d'approfondir la compréhension mutuelle entre le patient et l'infirmière. La promotion de relations de confiance par le biais du massage tactile peut également avoir aidé les infirmières à approfondir leur compréhension de la démence, augmentant ainsi leur motivation à fournir des soins. Kitwood affirme qu'en termes de besoins psychologiques principaux des personnes atteintes de démence, l'amour est central, et les 5 besoins qui se chevauchent et qui y contribuent sont le confort, l'attachement, l'inclusion, l'occupation et l'identité.
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 ?
Cette étude présentait plusieurs limites. Le nombre de participants à cette étude était faible, et le fait qu'il s'agissait de patients âgés atteints de démence sévère a fait que certains participants ont dû se retirer de l'étude à mi-parcours en raison de l'aggravation des complications et d'autres raisons, et qu'il n'a pas été possible de recueillir des échantillons de salive de certains participants.
Conclusion
1. Retour sur l'objectif, question, hypothèse
De quelle manière la recherche a-t-elle répondu à l'objectif visé ?

Les auteurs suggèrent que le massage tactile semble offrir la possibilité de réduire les SCPD chez les patients âgés atteints de démence sévère grâce au lien fondamental que constitue le contact chaleureux de la main à la main avec les infirmières. C'est une méthode de communication non verbale qui peut être utilisée pour restaurer un sentiment d'humanité chez les patients âgés atteints de démence sévère et pour améliorer la qualité des soins de la démence dans son ensemble.

2. Principaux résultats

Quels sont les principaux résultats significatifs de la démarche ?

Le massage tactile, qui semble offrir la possibilité de réduire les SCPD chez les patients âgés atteints de démence sévère grâce au lien fondamental que constitue le contact chaleureux de la main à la main avec les infirmières, peut-être une méthode de communication non verbale qui peut être utilisée pour restaurer un sentiment d'humanité chez les patients âgés atteints de démence sévère et pour améliorer

Analyse d'article 8 selon Grille de Tétreault (2013)

1. Titre
"Patient and Caregiver Interplay in Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia: Family Caregiver's Experience"
Thèmes abordés
Le thème abordé est l'interaction entre la personne souffrant de démence et le proche aidant en regard des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence.
Le titre réfère-t-il à une population précise ou à une question pertinente, si oui, laquelle ou lesquelles
Il se réfère aux personnes souffrant de démence et à leur proche aidant. Les catégories de démences ne sont pas ici mentionnées.
2. Auteurs (noter les auteurs)
Jun-Ah Song, Myonghwa Park, Jaewon Park, Hong Jin Cheon, Mihyun Lee
Préciser leur rattachement, institution, lieu de travail, pays
Korea University, Seoul, Republic of Korea; Chungnam National University, Daejeon, Republic of Korea
3. Mots clés (noter les mots clés)
family, caregiver, dementia, behavioral symptom
4. Résumé
Décrire brièvement les objectifs, la méthodologie, les résultats
L'objectif de cette étude était d'identifier les expériences des proches aidants dans la gestion des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) en mettant l'accent sur leurs interactions interpersonnelles avec le proche atteint de démence.
Les données ont été collectées par le biais d'entrevues en groupe avec 15 proches aidants de trois centres locaux d'aide aux personnes atteintes de démence situés à Séoul. Trois thèmes principaux ont été identifiés par l'analyse des données : les déclencheurs des SCPD, les actions des proches aidants en réponse aux SCPD et les réactions des personnes souffrant de démence, et l'effet des SCPD sur les proches aidants.
Les résultats ont démontré que les SCPD dépendaient de l'interaction complexe entre les proches aidants et les personnes souffrant de démence, y compris leur style d'interaction.
Introduction
1. Pertinence
Est-ce que la justification de l'étude repose sur des constats théoriques, des observations, des faits ou des données statistiques ?
Oui, l'étude se justifie par des études théoriques et des statistiques bien détaillées.
2. Originalité
Comment l'auteur explique-t-il l'originalité de la démarche ?

Les auteurs mentionnent qu'aucune étude n'a encore abordé les actions relationnelles des proches aidants et les réactions pour faire face et intervenir lorsque les symptômes de la personne souffrant de démence apparaissent.
3. Le plan d'article
Le plan est-il précis, logique et détaillé ? Les étapes à venir sont-elles bien précisées ?
Les étapes ne sont pas précisées.
4. Objectifs, questions, hypothèses
Quels sont les objectifs, les questions de recherche ?
L'objectif de cette étude était d'identifier ce que les proches aidants peuvent ressentir lors de la gestion des SCPD. Cette étude s'est particulièrement intéressée aux interactions interpersonnelles entre les proches aidants et les personnes souffrant de démence.
En comprenant les mécanismes dynamiques et interactifs entre les personnes souffrant de démence et les proches aidants, les infirmières pourraient mieux éduquer et soutenir les proches aidant dans la gestion des SCPD.
Recensions des écrits scientifiques ou présentation des concepts théoriques
La gestion inadéquate des problèmes de comportement par les proches aidants peut entraîner une aggravation du comportement ainsi qu'un préjudice physique et verbal pour le patient (H. S. Kim & Park, 2012).
Des programmes de formation reconnus et une thérapie ciblant une communication efficace entre les familles et les personnes souffrant de démence ont diminué les sentiments de frustration et de dépression des familles, mais aussi réduit les SCPD (Kales et al., 2015).
1. Modèle théorique
Un modèle théorique, cadre conceptuel ou explication sont-ils proposés ? Si oui, lesquels ?
La qualité de la relation entre le proche aidant et le patient peut avoir une incidence critique sur les SCPD.
Comment le modèle théorique, cadre conceptuel est-il justifié ?
-
2. Limites des écrits
Préciser les limites ou contraintes provenant d'autres auteurs
Les programmes de formation et de conseil fondés sur des données probantes portant sur les SCPD semblent insuffisamment disponibles dans pour les proches aidants (Kales et al., 2015 ; M. R. Kim, Lee, Shin, & Kim, 2013 ; Robinson et al., 2010 ; Staedtler & Nunez, 2015 ; van der Roest et al., 2009).
Les personnes atteintes de démence et leurs proches aidants ont un grand nombre de besoins non satisfaits, en raison de la réception d'informations insuffisantes ou dans un format inadéquat (M. R. Kim et al., 2013 ; van der Roest et al., 2009)
Méthodologie
1. Question de recherche
Selon la méthodologie PICOT P : la personne souffrant de démence et le proche aidant I : Interaction O : Les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence
2. Devis

Quel est le devis de l'étude ?
Il s'agit d'un devis d'étude qualitative.
Le devis est-il bien détaillé ?
Oui, il est bien détaillé. Il s'agit d'une méthode de recherche qualitative réalisée sous la forme d'entretiens de groupe pour explorer les expériences des proches aidants dans leur interaction avec des personnes souffrant de démence présentant des SCPD.
Quelle est la cohérence du devis avec la thématique ?
Une étude qualitative semble adéquate pour répondre à la question de recherche.
Précision du rôle du chercheur
Il anime les entretiens et il informe également les proches aidants sur les buts de la recherche et sur le caractère éthique de celle-ci.
De quelle façon les règles éthiques sont - elles respectées ?
Les chercheurs ont informé les participants des buts de la recherche et que les enregistrements seraient détruits après l'étude. L'approbation éthique a été obtenue auprès du comité d'examen institutionnel de l'université des chercheurs.
Quels sont les outils pour la collecte des informations ?
La collecte de données a été faite à l'aide de focus group à l'aide de questions semi-structuré et de questions ouvertes. Les questions portaient spécifiquement sur les expériences interactives des SCPD entre les proches aidants et les personnes souffrant de démence.
Comment se déroule la collecte des données
Un modérateur et deux assistants ont mené les entretiens. Les assistants ont aidé à préparer le lieu de l'entretien et à prendre des notes. Un auteur a enregistré les entretiens et en a transcrit le contenu à la fin de chaque entretien, afin de maintenir la cohérence.
Les participants ont indiqué leurs caractéristiques démographiques à l'aide de questionnaires avant l'entretien.
3. Sélection des participants ou objets d'étude
Y a-t-il des critères de sélection ou d'exclusion ? Si oui, préciser lesquels.
Critères d'inclusions : Les participants à l'étude viennent de trois centres de soutiens pour les proches aidants de personne souffrant de démence. Ils ont été sélectionnés selon l'âge, le sexe, la relation avec la personne souffrant de démence et le stade de la démence. Ils devaient être âgés d'au moins 20 ans et inscrits dans un des centres de démence locale. Critère d'exclusion : Les participants qui avaient des difficultés à communiquer ou les personnes souffrant de démence qui étaient placées en institution dans des maisons de retraite ont été exclus de cette étude.
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 ?
Oui, la collecte d'information est décrite. Un auteur a enregistré les entretiens et en a transcrit le contenu.
Comment se réalise concrètement la collecte des données ? À quelle fréquence ?
Quatre à cinq participants de chacun des trois centres locaux de soutien aux personnes atteintes de démence ont pris part à trois entretiens de groupe de discussion entre avril 2013 et mai 2014.

Chaque groupe de discussion a duré entre 2 et 2,5 h afin d'explorer les expériences complètes des participants.
5. Méthode d'analyse des données
Quelle est la méthode d'analyse utilisée ?
Le processus d'analyse des données était basé sur les techniques d'analyse du contenu. Les chercheurs ont examiné les processus de collecte et l'analyse des données en utilisant les critères de crédibilité, de transférabilité, de fiabilité et de conformité (Guba, 1981 ; Thomas & Magilvy, 2011). Les analyses ont consisté à transformer les transcriptions en termes significatifs.
Qui procède à l'analyse ?
Les auteurs de la recherche procèdent à l'analyse.
Quel est le logiciel utilisé ?
Il n'a pas été mentionné dans cet article.
Comment se fait la validation des données ? Y a-t-il des précisions sur la triangulation des données ? Si oui lesquelles ?
Les auteurs ont examiné les similitudes et les différences qui ont ensuite été transformées en thèmes. Le chercheur a vérifié la crédibilité des données en discutant avec deux chercheurs qualifiés afin de procéder à un examen par les pairs. Trois proches aidants ont confirmé les catégories des thèmes et des sous-thèmes dans le cadre d'un processus de vérification par les membres. Pour des raisons de fiabilité, un seul auteur a mené tous les entretiens avec les groupes de discussion et les a également transcrits. Deux autres auteurs ont revu les transcriptions.
Résultats
1. Description des résultats
Comment les résultats sont-ils présentés ?
À la suite de cette étude, les caractéristiques démographiques des participants l'étude sont présentées puis des thèmes principaux se sont dégagés, chacun des thèmes est expliqué et illustré par une phrase prononcée par un des participants reflétant bien la thématique abordée.
Que ressort-il de l'analyse (description des résultats de l'étude)
Trois thèmes principaux ont émergé : les déclencheurs des SCPD, les actions des proches aidants en réponse aux SCPD et la réaction de la personne souffrant de démence, et l'effet des SCPD sur les proches aidants. Les facteurs liés aux déclencheurs des SCPD ont été classés en déclencheurs associés aux patients ou associés aux proches aidants. Les facteurs liés aux patients comprenaient la prise de conscience de leur perte de pouvoir, l'incapacité à comprendre la situation et l'incapacité à communiquer. Les analyses ont également révélé des facteurs liés aux proches aidants qui ont affecté le comportement des patients. Les proches aidants ont démontré un manque de connaissances dans la gestion des SCPD. Enfin, le fait d'ignorer les besoins de la personne souffrant de démence est apparu dans la situation où les soignants manquaient de présence et d'attention émotionnelles et ne faisaient pas preuve de l'empathie nécessaire pour la personne souffrant de démence dans de telles situations.

Les entretiens en focus group ont révélé les différentes actions des proches aidants face aux SCPD. Il s'agit notamment des comportements suivants : confronter le comportement, apaiser, prévenir le déclenchement du comportement, permettre à la personne de faire ce qu'elle voulait, persuader, comprendre le besoin de la personne, distraire, demander de l'aide à d'autres personnes, laisser éclater sa colère et donner une réponse. Les réactions de la personne souffrant de démence aux actions du proche aidant ont été classées en cinq catégories : se calmer, arrêter le comportement, résister, continuer le comportement et perdre son sang-froid.

L'effet des SCPD sur les proches aidants a été classé en cinq catégories : épuisement, impuissance, tristesse, sentiment d'accablement et sentiment de compréhension.

Une analyse des expériences des proches aidants en matière de gestion du comportement des patients a révélé un large éventail d'actions des aidants et de réactions des patients. Lorsque les actions des soignants familiaux étaient négatives, les réactions des personnes souffrant de démence étaient plus susceptibles d'être négatives. En revanche, lorsque les actions des proches aidants étaient positives, il était plus probable que le résultat soit une réaction positive de la personne, bien que dans de nombreux cas, les SCPD se soient poursuivis.

Discussion

1. Résumé des résultats

Un résumé des résultats est-il présenté ? Si oui, que contient-il ?

Un résumé des résultats est présenté, il permet de bien comprendre l'évolution des comportements adoptés par les proches aidants.

Il a été constaté que les proches aidants ont d'abord utilisé des méthodes d'adaptation négatives tels que " confronter le comportement de la personne souffrant de démence ", " persuader " et " faire éclater sa colère " lorsqu'ils ne comprenaient pas et ne connaissaient pas les besoins de la personne souffrant de démence et les compétences nécessaires pour faire face aux SCPD. Les proches aidants ont par la suite développé des attitudes et des stratégies plus positives pour faire face à la situation, comme " apaiser ", " prévenir la cause du comportement ", " laisser la personne souffrant de démence faire ce qu'elle voulait " et " donner une réponse ".

Comment la recherche répond-elle à l'objectif visé ?

Elle met en évidence les divers comportements des proches aidants.

2. Liens avec les autres auteurs

Comment les résultats se rattachent-ils à d'autres études (similitudes, différences, etc.)

Des similitudes avec des études existantes ont été relevées. Comme dans l'étude de Hsiao et al. (2013), ou un participant a déclaré qu'il ne pouvait pas comprendre les besoins de la personne souffrant de démence au début et se disputait donc tous les jours, mais quand il a pu comprendre le comportement de la personne souffrant de démence, ils n'ont plus eu de disputes. Cela pourrait être dû au fait que les proches aidants sont capables de s'adapter aux symptômes de la démence et peuvent mieux saisir les méthodes de gestion du comportement de la personne souffrant de démence au fur et à mesure que la démence progresse en raison de la longue durée de la maladie (Cho & Kim, 2010).

3. Recommandations ou suggestions

Quelles recommandations ou étapes futures sont-elles proposées ?

Pour la pratique ? Pour la recherche ?

<p>Les résultats de cette étude permettraient d'élaborer des directives et des programmes d'autonomisation des proches aidants afin d'améliorer les compétences d'interaction pour faire face efficacement aux SCPD et réduire ainsi leur détresse psychologique.</p> <p>Les recherches futures devraient examiner les interactions interpersonnelles réelles entre les personnes souffrant de démence et les proches aidants à l'aide d'un échantillon aléatoire de plus grande taille. Des études visant à montrer les changements dans ces interactions et les effets sur la gestion des SCPD seraient intéressantes.</p>
<p>Comment les suggestions- recommandations peuvent elles s'appliquer dans la pratique clinique ?</p> <p>-</p>
<p>4. Limites de la présente étude. Quelles sont les limites/biais de l'étude ?</p> <p>Étant donné que les proches aidants aient été recrutés de façon non aléatoire pourrait présenter un biais de sélection et avoir des limites pour représenter la population des proches aidants et tous les types de SCPD qu'ils vivent.</p> <p>Aucune information objective n'était disponible sur la gravité ou la fréquence des symptômes des patients ;</p> <p>Le cadre d'un groupe peut inciter les participants à parler de sujets qu'ils n'aborderaient peut-être pas lors d'entretiens individuels. Les proches aidants peuvent se sentir mal à l'aise à l'idée de parler de leurs réactions négatives au comportement de son proche.</p>
<p>Conclusion</p>
<p>1. Retour sur l'objectif, question, hypothèse</p> <p>De quelle manière la recherche a –t-elle répondu à l'objectif visé ?</p> <p>Les résultats de cette étude permettent de comprendre comment les proches aidants réagissent aux SCPD et quelles conséquences sont susceptibles de se produire, et peuvent donc nous permettre de trouver des modèles ou des voies dans le style d'interaction de chaque aidant avec ses proches pour faire face à un certain problème de comportement.</p>
<p>2. Principaux résultats</p> <p>Les résultats de la présente étude ont démontré que l'apparition, l'exacerbation, la réduction ou l'élimination des SCPD dépendent d'une interaction complexe entre les proches aidants et les personnes atteints de démence.</p>

Analyse d'article 9 selon Grille de Tétreault (2013)

1. Titre (noter le titre)
"Introducing Namaste Care to the hospital environment: a pilot Study"
Thèmes abordés
Le thème abordé est de savoir si la méthode de massage tactile peut s'introduire dans un contexte de soins hospitalier.
Le titre réfère-t-il à une population précise ou à une question pertinente, si oui, laquelle ou lesquelles
La population n'est pas mentionnée dans le titre de cette étude.
2. Auteurs (noter les auteurs)
Kimberley St John, Jonathan Koffman
Préciser leur rattachement, institution, lieu de travail, pays
Cicely Saunders Institute, King's College London, London, UK
3. Mots clés (noter les mots clés)
Dementia; end of life care; palliative; acute; hospital
4. Résumé
Décrire brièvement les objectifs, la méthodologie, les résultats
L'objectif de cette étude était d'explorer si Namaste Care peut être une alternative efficace pour les personnes atteintes de démence avancée qui sont soignées dans un service hospitalier de soins aigus.
Méthodes : Il s'agit d'un entretien qualitatif exploratoire, d'une étude pilote. Des entretiens individuels, semi-structurés, en face-à-face, ont été menés avec le personnel soignant de l'hôpital travaillant dans une zone de l'hôpital où Namaste Care avait été mis en œuvre. Les données ont été analysées en utilisant l'approche cadre.
Résultats : Huit entretiens ont été réalisés avec des membres de l'équipe pluridisciplinaire du service. Deux thèmes ont été identifiés : les difficultés à établir des relations avec les personnes atteintes de démence à l'hôpital (sous-thèmes : manque de temps et de ressources, manque de confiance conduisant à la peur et à l'anxiété) ; les avantages d'un service de soins Namaste dans un hôpital de soins aigus (sous-thèmes : réduction du comportement agité ; connexion et communication avec les patients atteints de démence en utilisant les sens ; moyen de montrer aux personnes atteintes de démence qu'elles sont prises en charge et valorisées).
Conclusions : Cette étude à petite échelle indique que la méthode Namaste Case a le potentiel d'améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de démence avancée prises en charge dans un hôpital de soins aigus. Cependant, des recherches supplémentaires sont nécessaires pour explorer plus spécifiquement ses avantages en termes d'amélioration de la gestion des symptômes et du bien-être des personnes atteintes de démence dans les services des hôpitaux de soins aigus.
Introduction
1. Pertinence

Est-ce que la justification de l'étude repose sur des constats théoriques, des observations, des faits ou des données statistiques ?
Oui une justification est présente.
2. Originalité
Comment l'auteur explique-t-il l'originalité de la démarche ?
Il s'agit de la première mise en œuvre du programme Namaste Care dans un établissement hospitalier (en soins palliatifs). Aucune recherche n'est disponible concernant les effets de sa mise en œuvre dans ce secteur particulier.
3. Le plan d'article
Le plan est-il précis, logique et détaillé ? Les étapes à venir sont-elles bien précisées ?
Le plan n'est pas détaillé dans cette étude.
4. Objectifs, questions, hypothèses
Quels sont les objectifs, les questions de recherche ?
Le but de la recherche était d'explorer si Namaste Care est un programme approprié dans un hôpital de soins aigus. Ses objectifs étaient d'explorer : <ul style="list-style-type: none"> - la perception par le personnel des défis posés par la prise en charge des patients atteints de démence avancée ; - la connaissance et la compréhension par le personnel des soins Namaste ; - si les membres du personnel pensaient (et de quelle manière) que les soins Namaste les avaient aidés à mieux prendre soin des patients atteints de démence avancée ; - si le personnel pensait que les symptômes des patients étaient mieux contrôlés (et de quelle manière) après la mise en œuvre des soins Namaste.
Recensions des écrits scientifiques ou présentation des concepts théoriques
1. Modèle théorique
Quelle est la thématique principale ? / Quels sont les concepts les plus importants ?
L'idée d'une bonne mort implique d'être dans un environnement familier avec la famille/les amis proches, d'être libéré des symptômes et de recevoir des soins individualisés. À la suite de rapports mettant en évidence le traitement médiocre et indigne réservé aux personnes atteintes de démence décédées à l'hôpital, il a été établi que la culture des soins dans les hôpitaux devait être améliorée. Il est nécessaire de renforcer la formation du personnel en matière de démence, notamment par des initiatives visant à promouvoir la dignité, à améliorer les compétences en matière de communication et à reconnaître qu'une personne atteinte de démence peut approcher de la fin de sa vie. Namaste Care est un programme multisensoriel spécialement conçu pour les personnes atteintes de démence avancée, mis au point aux États-Unis par Joyce Simard, consultante en gériatrie. Le terme "Namaste" est une salutation indienne qui signifie "honorer l'esprit qui est en nous". Namaste Care est conçu pour atteindre les personnes qui sont retirées socialement et ne sont plus en mesure de bénéficier d'activités sociales et de groupe, qui présentent des troubles cognitifs graves, qui passent beaucoup de temps à dormir, dont les capacités verbales sont limitées et qui ont besoin de soins pour toutes les activités de la vie. Le programme intègre des activités significatives et une stimulation multisensorielle (comme le massage et l'aromathérapie, le toucher, la musique, les couleurs, les goûts et les odeurs), avec des soins infirmiers, des soins

centrés sur la personne et la réminiscence, et fournit aux soignants une formation et à la famille/aux proches un soutien
Comment le modèle théorique, cadre conceptuel est-il justifié ?
-
2. Limites des écrits
Préciser les limites ou contraintes provenant d'autres auteurs
Namaste Care n'a été mis en place seulement dans des hospices ou des foyers mais pas encore dans un service de soin aigu.
Méthodologie
1. Question de recherche
La question de recherche a déjà été mentionner dans le chapitre introduction.
2. Devis
Quel est le devis de l'étude ?
Il s'agit d'une étude qualitative exploratoire réalisé à l'aide d'entretiens semi-structurés en face à face.
Le devis est-il bien détaillé ?
Oui le devis est bien détaillé.
Quelle est la cohérence du devis avec la thématique ?
Le devis qualitatif est adapté pour répondre à la question de recherche.
Précision du rôle du chercheur
Le rôle du chercheur n'est pas précisé.
De quelle façon les règles éthiques sont - elles respectées ?
Les règles éthiques sont respectées. Un consentement éclairé et volontaire a été demandé aux participants, qui ont pu se retirer du projet de recherche à tout moment, et tous les participants potentiels ont pu refuser de participer sans préjudice. L'anonymat et la confidentialité des participants ont été préservés à toutes les étapes du processus de recherche, la collecte et le stockage des données de recherche ont été conformes à la loi sur la protection des données de 1998.
Quels sont les outils pour la collecte des informations ?
L'outil de collecte de données n'est pas présent.
Comment se déroule la collecte des données
Les données sont collectées à l'aide d'entretien comprenant une série de questions ouvertes basées sur différent sujets. Les données des entretiens ont été recueillies sur une période de 2 semaines à l'aide d'un appareil d'enregistrement numérique.
3. Sélection des participants ou objets d'étude
Y a-t-il des critères de sélection ou d'exclusion ? Si oui, préciser lesquels.
Les critères d'inclusion étaient le personnel infirmier, les aides-soignants, les médecins, les physiothérapeutes, les ergothérapeutes et le personnel d'animation travaillant dans l'unité de santé et de vieillissement (HAU). Les critères d'exclusion étaient le personnel de cuisine et le personnel ne travaillant pas au HAU. Huit participants ont été recrutés pour l'étude. Les participants comprenaient du personnel infirmier formé et non formé, un ergothérapeute, une personne responsable de la dignité et des animateurs

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 ?
Oui la collecte d'informations est décrite de manière précise. Le format de l'entretien comprenait une série de questions ouvertes basées sur des domaines thématiques spécifiques.
Comment se réalise concrètement la collecte des données ? À quelle fréquence ?
Les entretiens ont eu lieu à l'HAU. Les données des entretiens ont été recueillies sur une période de 2 semaines à l'aide d'un dispositif d'enregistrement numérique. Des notes ont été prises pendant les entretiens sur le langage corporel et l'attitude générale des personnes interrogées.
5. Méthode d'analyse des données
Quelle est la méthode d'analyse utilisée ?
Tous les entretiens ont été transcrits mot à mot par le premier auteur, puis lus et relus afin qu'il se familiarise avec les données. Les transcriptions ont ensuite été analysées en utilisant l'approche cadre.
Dans l'analyse, un cadre thématique hiérarchique a été élaboré pour organiser/classer les données en fonction de thèmes clés, qui ont ensuite été subdivisés en sous-thèmes connexes
Tout au long du processus, d'autres thèmes ont émergé et certains thèmes ont été recatégorisés. Tout point de vue inhabituel a été noté et les données ont été examinées plus en détail afin de déterminer les raisons potentielles de ces points de vue.
Chaque thème principal a ensuite été représenté graphiquement en remplissant un tableau contenant le thème, ses sous-thèmes connexes et des résumés de définition. Les tableaux ont permis d'explorer les différences, les modèles et les liens entre les catégories.
Qui procède à l'analyse ?
Un des auteurs procède à l'analyse.
Quel est le logiciel utilisé ?
Le logiciel n'a pas été précisé.
Comment se fait la validation des données ? Y a-t-il des précisions sur la triangulation des données ? Si oui lesquelles ?
Il s'agissait d'un processus itératif dans la mesure où les transcriptions étaient constamment relues pour s'assurer que les thèmes étaient solidement fondés sur les données brutes.
Résultats
1. Description des résultats
Comment les résultats sont-ils présentés ?
Les deux thèmes principaux et les sous-thèmes sont illustrés par des phrases prononcées par un participant et qui est représentatives d'une thématique particulière.
Que ressort-il de l'analyse (description des résultats de l'étude)
Deux thèmes principaux, avec des sous-thèmes associés, ont émergé de l'analyse. Ces thèmes principaux sont les suivants :
Les difficultés à établir des relations thérapeutiques avec les patients atteints de démence à l'hôpital :

- En raison du niveau de dépendance des patients, les membres du personnel se sentent physiquement et mentalement épuisés.
- Les participants se sont sentis limités par la quantité de ressources disponibles pour pouvoir s'engager avec les patients dans des activités telles que l'aromathérapie et le massage.
- Le manque de temps et les ressources minimales disponibles ont conduit les participants à se sentir impuissants lorsqu'ils ont essayé de fournir des soins à ce groupe de patients. Ils ont estimé que s'il y avait plus de personnel, le niveau de soins fournis aux patients atteints de démence avancée s'améliorerait, car ils pourraient passer plus de temps à s'occuper d'eux, à communiquer avec eux et à les stimuler, à mieux comprendre leurs besoins, ainsi qu'à s'occuper d'eux physiquement.
- Manque de confiance conduisant à la peur et à l'anxiété S'occuper de patients agités a provoqué de l'anxiété et de la peur chez les participants. Les participants manquaient de confiance quant à la meilleure façon de gérer de tels comportements, ils craignaient d'exacerber la situation et s'inquiétaient de leur propre sécurité.
- Les patients ne pouvaient pas exprimer clairement ce qu'ils voulaient, ils ne pouvaient pas planifier efficacement des séances d'activités générales individuelles ou de groupe, car ils ne savaient pas si des activités particulières seraient au goût de la personne, ou causeraient une détresse psychologique au patient.

Les avantages de Namaste Care dans un hôpital de soins aigus :

- Tous les participants ont estimé que Namaste Care avait un effet positif sur le comportement agité.
- Les patients ont été observés comme étant plus détendus et calmes.
- A la suite d'une séance de groupe Namaste Care au cours de laquelle un patient a reçu un rasage humide et a été hydraté avec ses propres produit et s'est montré plus alerte, plus loquace et semblait confiant.
- Les participants ont observé que le toucher était un moyen puissant de communiquer et de créer des liens avec les patients atteints de démence avancée.
- Les participants ont constaté que l'utilisation d'activités sensorielles permettait aux patients de s'intéresser davantage à leur environnement, d'être plus alertes et plus confiants. La communication s'en trouve améliorée, ce qui contribue à l'établissement de relations thérapeutiques entre le personnel et les patients
- Namaste Care ont permis au personnel d'aller à la rencontre des patients atteints de démence avancée, de les stimuler, de s'engager avec eux d'une manière qu'ils n'avaient jamais fait auparavant, de promouvoir un sentiment d'inclusion sociale et de créer des expériences relaxantes, réconfortantes, rassurantes et agréables
- Tous les participants ont estimé que Namaste Care les avait aidés à mieux prendre soin des patients atteints de démence avancée. Namaste Care a donné de nouvelles idées pour des activités significatives, la communication, les techniques d'apaisement et l'enrichissement de la qualité de vie
- Tous les participants se sont montrés positifs à l'égard de Namaste Care, estimant qu'il était véritablement axé sur les besoins des personnes atteintes de démence avancée et qu'il augmentait la qualité des soins.

Discussion

1. Résumé des résultats

Un résumé des résultats est-il présenté ? Si oui, que contient-il ?

Les résultats de l'étude n'est pas résumé, mais chaque thème mis en évidence est nommé et mis en rapport avec les d'autres études se rapprochant des résultats de la recherche.
Comment la recherche répond-elle à l'objectif visé ?
En mettant en évidence les avantages du programme Namaste Care pour le patient et pou pour le soignant et en mettant en évidence les difficultés à établir des relations thérapeutiques avec les patients atteints démence à l'hôpital.
2. Liens avec les autres auteurs
Comment les résultats se rattachent-ils à d'autres études (similitudes, différences, etc.)
Certaines études démontraient les avantages du Namaste Care. Pour les personnes atteintes de démence avancée qui sont repliées sur elles-mêmes et ont une interaction sociale réduite, la participation à un programme de Namaste Care peut conduire à une amélioration de la communication et des interactions avec leurs soignants et à un intérêt accru pour l'environnement qui les entoure.
Des données quantitatives et qualitatives ont été recueillies auprès de résidents atteints de démence avancée, du personnel soignant, des responsables et des proches, avant, pendant et après l'introduction du programme. L'analyse des données qualitatives a révélé que les résidents étaient perçus comme appréciant d'être impliqués dans le programme Namaste Care, qu'ils étaient plus alertes et réactifs et qu'ils s'engageaient plus activement avec les autres. Les résidents semblaient également plus détendus et moins agités.
3. Recommandations ou suggestions
Quelles recommandations ou étapes futures sont-elles proposées ? Pour la pratique ? Pour la recherche ?
Une compréhension plus approfondie, fiable et solide des avantages de Namaste Care en tant que programme hospitalier doit être établie. Namaste Care (une intervention complexe) pourrait être exploré dans le cadre d'une recherche à méthodes mixtes (y compris un essai clinique randomisé) afin de fournir des données de haute qualité concernant les implications de la mise en œuvre de Namaste Care en tant que service hospitalier. Diverses techniques de recherche, par exemple quantitatives et qualitatives.
Comment les suggestions- recommandations peuvent elles s'appliquer dans la pratique clinique ?
Il est nécessaire de mettre en place un plan plus spécifique des patients qui recevant le programme Namaste Care.
Pour que les soins Namaste soient pleinement efficaces et améliorent la qualité de vie des personnes atteintes de démence, ils nécessitent un leadership fort, un personnel adéquat et des soins infirmiers et médicaux de qualité.
4. Limites de la présente étude. Quelles sont les limites/biais de l'étude ?
Un seul chercheur a recueilli, transcrit et analysé les données, et l'analyse était donc susceptible d'être biaisée par le chercheur
L'échantillon était petit, seuls huit membres du personnel ont accepté de participer à l'étude. Il est possible que les huit participants étaient ceux qui avaient un véritable intérêt pour le programme Namaste Care et que ceux qui ont choisi de ne pas participer étaient plus ambivalents à propos du programme ou le trouvaient insatisfaisant

L'étude n'a pas abordé la profondeur et l'ampleur de l'amélioration ressentie par les participants. Par exemple, on ne sait pas si les effets ont été constatés uniquement pendant la session Namaste Care ou si les bénéfices ont duré plus longtemps.
Conclusion
1. Retour sur l'objectif, question, hypothèse
De quelle manière la recherche a-t-elle répondu à l'objectif visé ?
Les chercheurs ont résumé les résultats des recherches et en ont conclu que la technique de Namaste care était une alternative efficace pour les personnes atteintes de démence avancée qui sont soignées dans un service hospitalier de soins aigus.
2. Principaux résultats
Le programme Namaste Care a été bien accueilli par les participants à l'étude, qui ont estimé qu'il constituait un outil permettant de communiquer efficacement avec les patients atteints de démence avancée, ce qui les a aidés à se rapprocher de la personne par le biais des activités proposées. Il a également été considéré comme améliorant le bien-être et réduisant l'agitation, les patients semblant plus calmes et détendus par la suite. Namaste Care semble apporter des réponses aux défis auxquels sont confrontés les professionnels de la santé qui s'occupent de personnes atteintes de démence avancée, notamment en ce qui concerne la dignité et l'amélioration de l'évaluation des symptômes

Analyse d'article 10 selon Grille de Tétreault (2013)

1. Titre
Dementia management strategies associated with neuropsychiatric symptoms of elderly people with Alzheimer's disease
Thèmes abordés
Le thème abordé est l'association entre les stratégies de gestion et de communication et la présence de symptômes neuropsychiatriques chez les personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer (MA).
Le titre réfère-t-il à une population précise ou à une question pertinente, si oui, laquelle ou lesquelles
Oui, la population la population est défini. Il s'agit de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Toutefois il n'est pas précisé le stade de la maladie.
2. Auteurs (noter les auteurs)
Lais Lopes Delfino, Ricardo Shoiti Komatsu, Caroline Komatsu, Anita Liberalesso Neri, Meire Cachioni
Préciser leur rattachement, institution, lieu de travail, pays
<ul style="list-style-type: none"> • State University of Campinas, Brazil • Mari'lia Medical School, Brazil • Federal University of the State of Rio de Janeiro, Brazil • State University of Campinas, Brazil • University of Sao Paulo, Brazil
3. Mots clés (noter les mots clés)
Neuropsychiatric symptoms, Alzheimer's disease, dementia, caregiver, communication
4. Résumé
Décrire brièvement les objectifs, la méthodologie, les résultats
Cette partie est présente, toutefois des titres n'ont pas été mis au début de chaque paragraphe ce qui aurait aidé à la lecture.
Les objectifs de cette étude visent comprendre l'association entre les diverses stratégies de communication et les symptômes neuropsychiatriques aussi appelés symptômes comportementaux et psychologiques de la démence des personnes atteints de démence.
Cent trente-quatre proches aidants ont répondu à un questionnaire comportant des données sociodémographiques et des questions concernant le contexte de prise en charge : la petite échelle des stratégies de communication, l'échelle des stratégies de gestion de la démence et l'inventaire neuropsychiatrique.
Les soignants utilisaient davantage la stratégie de gestion des critiques lorsque la personne âgée présentait des hallucinations, de l'agitation, de la dépression, de l'anxiété, de l'irritabilité, un comportement nocturne et des anomalies de l'appétit. La stratégie d'encouragement n'était utilisée de manière plus significative qu'en présence d'euphorie ou exaltation.
Introduction
1. Pertinence
Est-ce que la justification de l'étude repose sur des constats théoriques, des observations, des faits ou des données statistiques ?

Oui, plusieurs argumentations théoriques pertinentes et argumentées sont présentes.
2. Originalité
Comment l'auteur explique-t-il l'originalité de la démarche ?
L'auteur justifie la pertinence de son étude car il pense que certaines caractéristiques du proche aidant peuvent être contrôlées et faire l'objet d'interventions visant à améliorer la gestion de la démence et, par conséquent, à obtenir de meilleurs résultats pour les patients.
3. Le plan d'article
Le plan est-il précis, logique et détaillé ? Les étapes à venir sont-elles bien précisées ?
Il n'y a pas de plan d'article dans le chapitre « introduction ».
4. Objectifs, questions, hypothèses
Quels sont les objectifs, les questions de recherche ?
L'objectif de la recherche est de savoir si certaines stratégies de gestion de la démence et de la communication sont liées à la présence de SNP chez les personnes âgées atteintes de la MA.
Recensions des écrits scientifiques ou présentation des concepts théoriques
1. Modèle théorique
Un modèle théorique, cadre conceptuel ou explication sont-ils proposés ? Si oui, lesquels ?
Oui, un cadre conceptuel est présent. Il est tout d'abord construit sur une thématique de départ, ensuite des constats d'études récentes sont présentés.
2. Principaux concepts théoriques
Quelle est la thématique principale ? / Quels sont les concepts les plus importants ?
La thématique la plus importante est les symptômes neuropsychiatriques (SNP, également appelés symptômes comportementaux et psychologiques de la démence) qui affectent la plupart des personnes atteintes de démence. Environ 90 % des participants âgés de cette étude sont atteints au moins un SNP et plus de la moitié de l'échantillon présentait quatre SNP ou plus à un moment durant la progression de la maladie (Brodaty et al., 2015).
Les SNP comprennent la dépression, l'anxiété, la désinhibition, l'irritabilité, les délires et les hallucinations. Ces symptômes sont associés à un fardeau accru pour les proches aidants (Truzzi, Valente, Engelhardt et Laks, 2013) et sont de solides prédicteurs de l'institutionnalisation (Brodaty, Connors, Xu, Woodward et Ames, 2014).
3. Études ou résultats récents
Quels sont les constats des études récentes ? (Faire une synthèse)
La réponse du proche aidant aux SNP est un aspect crucial et modifiable, mais rarement exploré dans la littérature. Les facteurs liés au proche aidant, tels que le style de communication négatif (colère, cri ou affect négatif), les capacités d'adaptation, les stratégies d'adaptation, l'incompatibilité entre les attentes du proche aidant et le stade de la maladie peuvent déclencher ou aggraver les symptômes (de Vugt et al., 2005).
La qualité de vie du patient et du proche aidant dépend fortement de la capacité de celui-ci à répondre de manière adéquate aux symptômes et aux besoins du patient. Cependant, on sait que certains aidants réussissent mieux que d'autres (de Vug et al., 2004).
Hinrichsen et Niederehe (1994) ont développé une échelle pour évaluer des stratégies spécifiques de gestion des soins pour les patients atteints de démence. Ils ont proposé trois stratégies : la critique, l'encouragement et la gestion active. La critique implique des comportements autoritaires qui comprennent des cris, des menaces, des critiques et des comportements dysfonctionnels. L'encouragement comprend de l'encouragement à la discussion, des félicitations lors d'effort. La gestion active consiste à surveiller et aider le patient, à modifier l'environnement et la routine

quotidienne. Dans l'étude originale menée par les auteurs, l'utilisation de la gestion active et de la critique était associée à une charge plus importante pour les soignants.
Le trouble du langage chez les personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer (MA) a été associé au développement de problèmes comportementaux et de symptômes psychologiques importants (Potkins et al., 2003).
Les difficultés de communication, notamment la conversation, la compréhension du langage, la parole et la lecture/écriture, ont été signalées par les soignants comme l'un des aspects les plus problématiques de la MA (Georges et al., 2008).
Comment le modèle théorique, cadre conceptuel est-il justifié ?
-
2. Limites des écrits
Préciser les limites ou contraintes provenant d'autres auteurs
Il n'existe pas de littérature qui rapporte la relation entre chaque NPS et les stratégies utilisées par l'aidant pour gérer le comportement et communiquer avec la personne atteinte de démence.
Méthodologie
1. Question de recherche
Quelles sont les variables importantes ?
Les variables dépendantes sont : <ul style="list-style-type: none"> - L'inventaire neuropsychiatrique (INP) (Cummings et al., 1994 ; Stella et al., 2013), - L'échelle de stratégie de gestion de la démence (Dementia Management Strategy Scale, DMSS). - L'échelle des stratégies de communication de Small
Les variables importantes sont-elles bien définies ?
Oui, elles sont bien définies. L'INP évalue les domaines comportementaux suivants : délire, hallucinations, tristesse, anxiété, agitation/agression, euphorie, désinhibition, irritabilité/lapabilité émotionnelle, apathie, activité motrice aberrante, troubles du comportement nocturne et anomalies de l'appétit
Les stratégies de gestion du DMSS sont classées en trois catégories : critique (11 items), encouragement (8 items) et gestion active (9 items). Chaque item des trois sous-échelles est noté de 1 (jamais) à 5 (la plupart du temps).
L'échelle des stratégies de communication de Small (SCSS) mesure la fréquence à laquelle l'aidant utilise des stratégies de communication pour entrer en relation avec les membres de la famille atteints de démence.
Quels sont les questions ou les objectifs de recherche ?
L'objectif de cette étude est de déterminer si certaines stratégies de gestion de la démence et de communication sont liées à la présence de SNP chez les personnes âgées atteintes de la MA.
Quelles sont les hypothèses de recherche ?
En connaissant les stratégies des proches aidants, les chercheurs pourraient peut-être travailler sur ces stratégies et améliorer la qualité des soins.
2. Devis
Quel est le devis de l'étude ?
C'est un devis transversal d'observation.
Le devis est-il bien détaillé ?
Le devis n'est pas détaillé.

De quelle façon les règles éthiques sont-elles respectées ?
Les participants ont fourni un consentement éclairé écrit pour leur participation conformément au protocole de l'étude, approuvé par le comité d'éthique de l'Université d'État de Campinas (UNICAMP) (CAAE 47901615.5.0000.5404).
Précision du type de devis ou de la procédure expérimentale.
-
Quelles explications sont fournies pour la collecte d'informations ?
Des analyses descriptives des données INP ont été effectuées pour déterminer la prévalence, et les sous-échelles DMSS et SCSS ont été utilisées pour déterminer la moyenne et l'écart-type. Le test de Mann-Whitney a été utilisé pour comparer les valeurs des sous-échelles de stratégie de gestion et de communication entre les deux groupes (ceux qui ont présenté et ceux qui n'ont pas présenté chaque INP). Pour étudier les associations entre les variables étudiées, nous avons utilisé le test de corrélation de Spearman. Les analyses ont été effectuées dans SPSS version 22 (IBM SPSS Statistiques).
3. Sélection des participants ou objets d'étude
Quelle est la population visée ? est-elle bien définie ?
Oui, la population est bien définie.
Comment se réalise la sélection des participants ?
Les participants sont un échantillon probabiliste non défini. Pour faire partie de l'échantillon, ils devaient être un proche aidant. C'est-à-dire fournir des soins quotidiens dans les activités de la vie quotidienne, pendant au moins 4 heures engagées par jour ; et être un aidant d'une personne âgée ayant reçu le diagnostic de MA, selon les critères recommandés par le National Institute of Neurological and Communicative Diseases and Stroke/Alzheimer's Disease and Related Disorders Association (NINCDS-ADRDA) (McKhann et al., 1984).
Des critères d'inclusion, d'exclusion de l'échantillon sont-ils présentés quels sont-ils ?
Critère d'inclusion : les proches aidants devaient être un aidant principal. C'est-à-dire fournir des soins quotidiens dans les AVQ durant au moins 4 heures par jour ; et être un aidant d'une personne âgée ayant reçu le diagnostic de la maladie d'Alzheimer, (NINCDS-ADRDA) (McKhann et al., 1984). Critères d'exclusion : <ul style="list-style-type: none"> - Les proches aidants qui s'occupent de personnes âgées présentant d'autres diagnostics tels que le cancer et des troubles psychiatriques - Les proches aidants qui s'occupent de personnes âgées ayant obtenu un score supérieur à la note limite du Mini Mental State Exam - Les proches aidants qui s'occupent de personnes âgées placées en institution ou en phase terminale.
Est-ce qu'il y a une répartition des participants en groupe ? (Témoin ou contrôle) comment cette répartition se réalise-t-elle ?
Les participants ne sont pas séparés en deux groupes.
Précision de la procédure pour faire le choix des participants.
Les proches aidants qui répondaient aux critères établis dans cette étude ont été contactés par téléphone afin de planifier l'entretien.
Précisions sur la justification de la taille de l'échantillon
Il n'y a pas de précision quant à 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 ?
Oui, elles sont décrites de manière précise.

<p>L'inventaire neuropsychiatrique (INP) (Cummings et al., 1994 ; Stella et al., 2013). Il s'agit d'un questionnaire qui évalue de manière indépendante 12 domaines comportementaux (délire, hallucinations, tristesse, anxiété, agitation/agression, euphorie, désinhibition, irritabilité/lapabilité émotionnelle, apathie, activité motrice aberrante, troubles du comportement nocturne et anomalies de l'appétit).</p>
<p>L'échelle de stratégie de gestion de la démence (Dementia Management Strategy Scale, DMSS). Cette échelle de 28 items mesure la manière dont le soignant gère les problèmes de démence présentés par les patients. Ces stratégies sont classées en trois catégories : critique (11 items), encouragement (8 items) et gestion active (9 items).</p>
<p>L'échelle des stratégies de communication de Small (SCSS) est un questionnaire en 17 points qui mesure la fréquence à laquelle l'aidant utilise des stratégies de communication pour entrer en relation avec les membres de la famille atteints de démence. Il a été construit à partir de l'échelle utilisée par Small et Gutman (2002),</p>
<p>Comment se réalise concrètement la collecte des données ? Quelle est la fréquence de passation des outils ?</p>
<p>Les entretiens ont été menés par un chercheur qui avait été formé à l'application des instruments utilisés. La durée de chaque entretien était comprise entre 35 et 80 minutes. La durée moyenne de l'entretien était de 46 minutes</p> <p>INP : Le proche aidant répond d'abord à une question de dépistage et, en cas de résultat positif, la fréquence et l'intensité de chaque item sont évaluées.</p> <p>SCSS : Le proche aidant indique à quelle fréquence il utilise chaque stratégie lorsqu'il communique avec la personne atteinte de la MA en cochant l'une des cinq options suivantes : toujours, souvent, occasionnellement, rarement ou jamais.</p>
<p>Des précisions sur la passation et la cotation des outils sont-elles données ? quelles sont-elles ?</p>
<p>Des précisions sur la cotation des outils sont données.</p> <ul style="list-style-type: none"> - INP : La somme totale des items fournit le score total. - DMSS : Chaque item des trois sous-échelles est noté de 1 (jamais) à 5 (la plupart du temps). Les scores maximaux sont de 55, 40 et 45 pour respectivement les critiques, les encouragements et la gestion active. - SCSS : Les scores vont de 17 à 85, le score le plus bas indique que l'aidant utilise plus fréquemment les stratégies de communication.
<p>Des précisions sont-elles données sur la variable indépendante, dépendante ? Lesquelles sont-elles ?</p>
<p>Variables dépendantes : INP, DMSS, SCSS</p>
<p>5. Intervention ou programme (si applicable)</p>
<p>Quelles sont les interventions et comment sont-elles décrites ?</p>
<p>Il n'y a pas de programme d'intervention.</p>
<p>Comment l'intervention est-elle appliquée ?</p>
<p>-</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 étudier les associations entre les variables étudiées, les auteurs ont utilisé le test de corrélation de Spearman. Les analyses ont été effectuées dans SPSS version 22 (IBM SPSS Statistiques).</p>
<p>Les méthodes d'analyses sont-elles justifiées ? Si oui, De quelle manière ?</p>

Des analyses descriptives des données INP ont été effectuées pour déterminer la prévalence, et les sous-échelles DMSS et SCSS ont été utilisées pour déterminer la moyenne et l'écart-type. Le test de Mann-Whitney a été utilisé pour comparer les valeurs des sous-échelles de stratégie de gestion et de communication entre les deux groupes (ceux qui ont présenté et ceux qui n'ont pas présenté chaque INP).
Résultats
1. Description de l'échantillon
Quelles sont les caractéristiques principales de l'échantillon ?
La plupart des proches aidants étaient des femmes (80 %) et les enfants de la personne atteinte de démence (64%). L'âge moyen des proches aidants était de 58,24 ans (entre 26 et 96 ans).
Des précisions sont-elles données sur les participants, si oui, lesquelles ?
La majorité des personnes atteintes de démence étaient des femmes (61%), avec un âge moyen de 80 ans (entre 59 et 100 ans).
Les résultats montrent que 95% des personnes âgées avec un diagnostic de MA présentaient au moins un SNP.
Les taux de prévalence dans l'échantillon actuel, du plus grand au plus petit, sont les suivants : apathie (53%), anxiété (48,5%), dépression (42,6%), délires (41%), comportement moteur aberrant (38%), irritabilité (36,6%), agitation/agression (30%), troubles du comportement nocturne (36,6%), anomalies de l'appétit (29%), désinhibition (28,3%), hallucinations (20,3%), et l'exaltation (3 %).
Des précisions sont-elles données sur la période de collecte de données, lesquelles ?
Il n'est pas précisé la période de collecte des données.
2. Description des résultats
Quels sont les résultats statistiquement significatifs ($p < 0,05$) ?
Les résultats montrent que les proches aidants utilisent davantage la stratégie de la critique lorsque les personnes âgées présentent des hallucinations, de l'agitation, de la dépression, de l'anxiété, de l'irritabilité, un comportement nocturne et des anomalies de l'appétit. La stratégie d'encouragement n'était utilisée de manière plus significative qu'en présence d'exaltation. Les soignants qui utilisaient la stratégie de gestion la plus active étaient ceux qui s'occupaient de personnes âgées souffrant de délire, d'hallucinations, d'agitation, de dépression, anxiété, irritabilité et anomalies de l'appétit. L'utilisation de stratégies de communication ne différait pas entre les groupes avec ou sans SNP.
Quels sont les autres résultats importants ?
La stratégie de la critique et les stratégies de gestion active ont été corrélées positivement avec le score total des SNP.
Discussion
Un résumé des résultats est-il présenté ? Si oui, que contient-il ?
Il existe un résumé qui contient quelques résultats de l'étude notamment que les stratégies de gestion active et de critique étaient significativement associées aux SNP.
Comment la recherche répond-elle à l'objectif visé ou à l'hypothèse de départ ?
La recherche répond l'objectif de départ.
2. Liens avec les autres auteurs
Comment les résultats se rattachent-ils à d'autres études (similitudes, différences...)
Il a été démontré que les stratégies de désengagement étaient associées aux SNP, quelles que soient les caractéristiques démographiques et cliniques du patient et du proche aidant, ce qui

<p>suggère que la stratégie d'adaptation du proche aidant est le facteur prédictif le plus important des SNP. (García-Alberca et al. 2014)</p> <p>Une stratégie dysfonctionnelle utilisée par le proche aidant, telle que la non-acceptation et la compréhension du patient atteint de démence, était associée à la présence de plus de symptômes d'hyperactivité (désinhibition, irritabilité, agitation, exaltation et comportement moteur aberrant) que les proches aidants qui utilisaient une stratégie de soutien. (Vugt et al. 2004). Cette constatation pourrait indiquer que le comportement hyperactif des patients atteints de démence est déclenché par les interactions des proches aidants avec le patient. L'impatience ou la colère du proche aidant peut entraîner une agitation supplémentaire chez le patient. La réaction du proche aidant provoquerait l'humeur de la personne atteinte de démence. Le proche aidant peut utiliser différentes stratégies dans des situations similaires, ce qui indique la complexité des réactions d'adaptation dans un processus d'interactions multiples entre le proche aidant, la personne atteinte de démence et l'environnement.</p>
<p>3. Recommandations ou suggestions</p>
<p>Quelles recommandations ou étapes futures sont-elles proposées ? Pour la pratique ? Pour la recherche ?</p>
<p>Il n'y a pas de recommandation pour la recherche dans cette étude.</p>
<p>Comment les suggestions-recommandations peuvent-elles s'appliquer dans la pratique clinique ?</p>
<p>Les auteurs suggèrent que les résultats de cette étude pourraient être utiles pour planifier des interventions thérapeutiques visant à modifier l'utilisation des stratégies de gestion utilisées par les proches aidants, réduisant ainsi la fréquence des SNP des personnes souffrant de démence et donc la charge de leur proche.</p>
<p>4. Limites de la présente étude. Quelles sont les limites /biais de l'étude ?</p>
<p>Cette étude a un plan transversal d'observation, ce qui empêche d'établir des relations de cause à effet.</p> <p>Deuxièmement, toute généralisation des résultats doit être mise en garde, compte tenu de la nature de l'échantillon (commodité non probabiliste).</p> <p>Une autre limite de l'étude est que le compte rendu du proche aidant sur le NPS du patient peut ne pas refléter précisément les symptômes réels car ils peuvent être influencés par ses caractéristiques propres.</p>
<p>Conclusion</p>
<p>1. Retour sur l'objectif, question, hypothèse</p>
<p>De quelle manière la recherche a-t-elle répondu à l'objectif visé ?</p>
<p>Cette recherche démontre que les stratégies de gestion des critiques et de gestion active sont associées aux SNP.</p>
<p>2. Principaux résultats</p>
<p>Quels sont les principaux résultats significatifs de la démarche ?</p>
<p>Les auteurs ne parlent pas des résultats significatifs de la recherche.</p>