
*La relation avec une personne sévèrement atteinte
de démence de type Alzheimer et l'impact des
symptômes comportementaux et psychologiques sur
les soignants dans un contexte d'EMS*

Une revue de littérature étoffée

Travail de Bachelor

Par
Laura Clerc
Promotion 2008-2011

Sous la direction de : Amélie Rosado Walker

Haute Ecole de Santé, Fribourg
Filière soins infirmiers

Le 4 juillet 2011

RÉSUMÉ

La démence est souvent synonyme de rupture des liens avec les autres et avec la vie de tous les jours (Cuisinier 2002). En effet, les capacités de compréhension et d'expression de la personne s'altère au fur et à mesure que la maladie évolue. Ainsi, la communication non verbale et certains comportements (les cris...) deviennent les seuls moyens de communication (Lévesque, Roux & Lauzon, 1990). Le soignant joue donc un rôle-clé dans l'interprétation de ces comportements (SCPD¹) et dans la mise en place de stratégies de communication différentes. De plus, ces SCPD ont un impact important sur le bien-être du soignant au travail.

Buts : Trouver des stratégies non médicamenteuses permettant à l'infirmière de maintenir une relation avec une personne âgée sévèrement atteinte de démence de type Alzheimer vivant en EMS et mettre en évidence l'impact des SCPD sur les soignants.

Méthode : Il s'agit d'une revue de littérature étoffée menée entre septembre 2010 et juin 2011. Chaque article a été synthétisé sous forme de grille de lecture. Les résultats sont ensuite analysés à l'aide des cadres de référence : la communication selon Lévesque, l'approche centrée sur la personne de Carl Rogers, la stimulation basale d'Andréas Frölich et le snoezelen ainsi que le concept de qualité de vie au travail.

Population-cible : Les personnes à un stade avancé de la maladie d'Alzheimer vivant en EMS et les soignants s'occupant de ces personnes.

Résultats : Des stratégies infirmières ont été identifiées : la musicothérapie, le toucher thérapeutique, la stimulation multi-sensorielle (snoezelen), l'approche centrée sur la personne, la formation et la supervision. L'impact des SCPD sur les soignants a pu être mis en évidence par rapport à leurs perceptions/attitudes face aux personnes démentes, au sentiment de satisfaction au travail et à la notion de stress.

Implications pour la pratique : Envisager l'utilisation de nouvelles stratégies telles que la musicothérapie, le toucher thérapeutique et le snoezelen dans les soins quotidiens aux personnes atteintes de démence. Un questionnement sur les besoins en formation, en supervision ainsi que sur les représentations sociales et l'idéal de soins semble nécessaire.

¹ SCPD = Symptômes Comportementaux et Psychologiques de la démence

REMERCIEMENTS

Mon premier « Merci ! » va à Madame Amélie Rosado Walker pour son soutien et ses précieux conseils et encouragements tout au long de la réalisation de ce travail.

J'adresse également mes plus vives remerciements à Madame Stella Bonnet pour sa précieuse aide dans la traduction des recherches ainsi qu'à mon parrain Monsieur Jean-Daniel Scyboz pour le temps consacré à la relecture de cet écrit.

Un merci particulier va aussi à toute ma famille, mes amis et spécialement à mes parents qui m'ont soutenue et encouragée tout au long de ce travail.

Enfin, je ne peux finir ces remerciements sans mentionner mes collègues de classe de la promotion Bachelor 2008 qui m'ont apporté leurs conseils, leurs encouragements et qui n'ont pas manqué de répondre à mes questions durant ces nombreux mois consacrés à la réalisation de ce travail.

TABLE DES MATIÈRES

1.	INTRODUCTION	6
2.	PROBLÉMATIQUE ET QUESTION DE RECHERCHE	7
3.	OBJECTIFS / BUTS POURSUIVIS.....	11
4.	CONCEPTS CLÉS EN LIEN AVEC LA PROBLÉMATIQUE.....	11
4.1	LA DÉMENCE DE TYPE ALZHEIMER ET QUELQUES CHIFFRES.....	11
4.2	LES STADES ET LES MANIFESTATIONS DE LA DÉMENCE DE TYPE ALZHEIMER	12
4.3	LES SYMPTÔMES COMPORTEMENTAUX ET PSYCHOLOGIQUES DE LA DÉMENCE (SCPD).....	13
4.4	LES CONCEPTS DE COMMUNICATION ET DE RELATION.....	15
5.	CADRES DE RÉFÉRENCE	16
5.1	LA COMMUNICATION SELON LÉVESQUE ET LIEN AVEC L'HUMANITUDE.....	17
5.2	L'APPROCHE CENTRÉE SUR LA PERSONNE ET LA RELATION D'AIDE DE CARL ROGERS.....	19
5.3	LA STIMULATION BASALE D'ANDRÉAS FRÖLICH ET LE SNOEZELLEN	21
5.4	LA QUALITÉ DE VIE AU TRAVAIL	25
6.	MÉTHODE	29
6.1	ARGUMENTATION DU DEVIS ET RECHERCHE DE SOURCES PROBANTES	29
6.2	CRITÈRES DE SÉLECTION	31
6.2.1	<i>Critères d'inclusion.....</i>	<i>31</i>
6.2.2	<i>Critères d'exclusion</i>	<i>31</i>
6.2.3	<i>Stratégies de recherche</i>	<i>31</i>
6.2.4	<i>Méthode d'analyse des études.....</i>	<i>35</i>
7.	RÉSULTATS	38
7.1	DÉMARCHE DE SYNTHÈSE DES RÉSULTATS.....	38
7.1.1	<i>Les interventions infirmières.....</i>	<i>39</i>
7.1.2	<i>L'impact des SCPD sur les soignants.....</i>	<i>46</i>

7.2	TABLEAU RÉCAPITULATIF DES RÉSULTATS SIMILAIRES ET DIVERGENTS ENTRE LES ÉTUDES	51
8.	DISCUSSION.....	54
8.1	QUALITÉ DES RÉSULTATS	54
8.2	DISCUSSION DES RÉSULTATS	58
	8.2.1 <i>Les interventions infirmières</i>	59
	8.2.2 <i>Impact des SCPD sur les soignants</i>	66
8.3	RÉPONSE À LA QUESTION, IMPLICATIONS POUR LA PRATIQUE INFIRMIÈRE ET BESOINS DE RECHERCHES	72
	8.3.1 <i>Les interventions infirmières</i>	72
	8.3.2 <i>L'impact des SCPD sur les soignants</i>	76
9.	CONCLUSION.....	78
9.1	POINTS FORTS ET POINTS FAIBLES DU TRAVAIL	78
9.2	MOT DE L' AUTEURE	79
10.	BIBLIOGRAPHIE	81
11.	ANNEXES.....	87
11.1	ANNEXE A : DÉCLARATION D' AUTHENTICITÉ.....	87
11.2	ANNEXE B : ATTITUDES RELATIONNELLES DE BASE DE CARL ROGERS.....	88
11.3	ANNEXE C : CONTENU DU QUESTIONNAIRE DE L' ISQVT	90
11.4	ANNEXE D : TABLEAUX DES INDICATEURS DE LA COMMUNICATION VERBALE ET NON VERBALE.....	92
11.5	ANNEXE E : TABLEAU DE SYNTHÈSE DES ÉTUDES RETENUES	93
11.6	ANNEXE F : GRILLES DE LECTURE ET GRILLES D' ANALYSE CRITIQUE DES ÉTUDES RETENUES (NADOT & BASSAL, 2011)	95

1. Introduction

Les soins et les relations aux personnes âgées atteintes dans leurs capacités cognitives recèlent pleins de trésors et permettent d'aller à la découverte de l'Autre au plus profond de son être et en même temps de se découvrir soi-même en tant qu'humain soignant. Dans la profession infirmière, nous sommes fréquemment amenés à soigner des personnes âgées atteintes dans leur santé psychique et physique, dans différents services, engendrant notamment des problématiques communicationnelle et relationnelle. Cependant, nous souhaitons baser notre questionnement sur les soins à ces personnes vivant en établissement médico-social (EMS) car elles représentent une partie importante de la population soignée. Selon une étude française (Cohorte PAQUID, 2003, cité par Vellas et al., 2005), deux tiers des personnes touchées par la maladie d'Alzheimer vivaient en institution. Ces chiffres concernent des personnes sévèrement atteintes, population cible que nous avons choisie pour notre revue de littérature. De plus, les personnes atteintes de troubles cognitifs, particulièrement celles se trouvant à un stade avancé de démence, manifestent fréquemment des symptômes comportementaux et psychologiques difficiles à gérer pour les soignants. En effet, il semblerait que ces symptômes soient plus présents chez les personnes vivant en institution que chez celles vivant à domicile (Landreville, Rousseau, Vézina & Voyer, 2005).

Il nous semble intéressant d'amener quelques statistiques évoquant la situation actuelle en Suisse au sujet du vieillissement de la population. Selon l'OFS (2010), « la part des 65 ans et plus devrait passer de 17 % en 2008 à 28 % en 2050 » (p.5). L'augmentation du nombre de nos aînés entraînera inmanquablement une recrudescence du nombre de personnes atteintes de démence, l'âge constituant un facteur de risque important de développement d'une maladie neurodégénérative. En 2003, le nombre de personnes atteintes de démence étaient de 86'000 (Obsan, 2009).

Par ces quelques chiffres, nous pouvons aisément formuler l'hypothèse qu'à l'avenir, nous rencontrerons encore plus fréquemment des personnes atteintes de démence de type Alzheimer dans les différents services de soins. Cette augmentation considérable du nombre de personnes touchées par la démence dans l'avenir ainsi que la complexité, la richesse et les défis que représentent ces prises en soins constituent pour nous une motivation à réaliser cette revue de littérature étoffée sur cette thématique.

2. Problématique et question de recherche

Cuisinier (2002), psychologue clinicienne spécialisée en gérontologie, rattache plusieurs termes au phénomène de la démence commençant tous par le qualificatif « Dé ». Elle cite les mots : « dé/possédé, dé/motivé, dé/valorisé, dé/sinvesti, dé/placé (avec le placement) (...) » (p.325). Selon elle, il s'opère alors un phénomène de dé/liaison. Ainsi, la démence survient quand la personne ne parvient plus à réaliser les liens par la pensée. Il y a aussi une rupture des liens avec les autres et avec la vie de tous les jours (Cuisinier, *ibid.*). Ces éléments nous permettent déjà d'appuyer le fait que la relation avec un patient dément est modifiée. Abordons maintenant ces diverses modifications altérant la communication et la relation avec la personne démente puisque, selon Lévesque et al. (1990), la perte progressive des capacités de compréhension et d'expression constituent sans doute la manifestation clinique la plus désastreuse pour la personne malade.

Dans le dernier stade de la démence de type Alzheimer appelé stade avancé ou sévère (score au MMSE inférieur à 9), du point de vue symptomatologique, on retrouve une atteinte de la mémoire à court et à long terme (Vellas et al., 2005). La personne malade ne reconnaît ni ses proches ni les soignants et ne réagit quasiment plus aux stimulations verbales ; elle se retrouve donc dans un isolement social. (Phaneuf, 2007). La communication en est aussi réduite à de rares mots ou monosyllabes, voire au mutisme complet, à l'exclusion des pleurs, des cris et de quelques grognements qui deviennent les seules formes d'expression (Lévesque et al., 1990). Ainsi, les personnes atteintes de démence qui ont partiellement perdu l'usage de la parole communiquent d'une manière accrue par des moyens non verbaux (comportements, gestes). Le soignant a donc un rôle important à jouer en observant et décodant ces comportements pour tenter de répondre au mieux aux besoins de la personne, d'obtenir sa collaboration et surtout de la confirmer dans sa dignité et son identité (Lévesque et al., *ibid.*). Toutefois, cette tâche si importante s'avère souvent complexe car la personne malade peut difficilement confirmer l'exactitude de notre compréhension (Lévesque et al., *ibid.*). Ceci nous permet de poser la question pertinente : par quels moyens pouvons-nous essayer d'instaurer une communication et entrer en relation avec ces personnes quand elles ne saisissent plus le sens des mots et ne savent même plus qui elles sont ? Phaneuf (2007) amène un premier élément de réponse quand elle aborde le fait que les personnes démentes ont besoin que l'on établisse avec elles une communication où le regard et le

toucher viennent remplacer les mots qui pour elles ont perdu leur sens. De par la progression de la maladie, nous devons, en tant que soignants, adapter continuellement notre style de communication car « nous servons en quelque sorte de trait d'union entre le malade et un monde extérieur qui se révèle de plus en plus difficile à comprendre et à interpréter » (Lévesque et al., 1990, p.120). Lévesque et al. (ibid.) affirment que :

Notre expérience clinique démontre clairement qu'il est possible d'entretenir un contact avec le malade dément jusqu'à la fin, même si les moyens dont nous disposons pour nous faire comprendre de lui sont de plus en plus limités au fur et à mesure que la maladie évolue (p.121).

Nous développons maintenant un peu plus l'atteinte du « Moi » que subit la personne démente et les répercussions possibles sur le soignant. Selon Phaneuf (2007), « la personne atteinte de démence de type Alzheimer oublie tout, y compris sa propre identité » (p.242). Le Gouès, psychiatre et psychanalyste (1991) cité par Charazac (2009) parle de la désidentification démentielle qui provoque la perte du sentiment de soi. Au niveau de la relation, il semblerait qu'il n'y ait pas que le patient qui devienne dément mais aussi la relation qui bascule dans la démence puisque celle-ci est considérablement modifiée par la perte d'identité du patient et la désorganisation de sa personnalité (Charazac, ibid. ; Phaneuf, 2007). Comme nous abordons la notion de relation, nous évoquons le phénomène d'identification qui est à la base de toute interaction humaine. Celui-ci a dans la relation avec un patient atteint de la démence de type Alzheimer un retentissement considérable pour le soignant. L'atteinte de l'identité du patient trouble quasi automatiquement l'identité professionnelle et personnelle du soignant (Charazac, 2009). Celui-ci, pour combattre cette influence, va chercher à supprimer les symptômes « dérangeants ». Toutefois, il est nécessaire de souligner qu'en procédant de cette manière, un autre trouble du comportement apparaîtra pour remplacer l'autre (exemple : l'apathie remplacera l'agitation) (Charazac, ibid.). Il se peut aussi que sans le vouloir, le soignant contribue ou accentue une crise catastrophique relié à ces symptômes « dérangeants » appelés aussi symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) en étant centré davantage sur le soin que sur le résident (Institut universitaire de gériatrie de Montréal, s.d). Ceci nous permet de souligner l'importance de prendre du recul pour le soignant par rapport à ces SCPD et d'adopter une attitude de soin centrée sur le résident.

De plus, la maladie en elle-même fait peur. Micas, gérontologue et psychiatre (2008), parle de plusieurs peurs pour la population en général : peur parce que la maladie

d'Alzheimer atteint le cerveau, organe noble, mystérieusement fabuleux et inquiétant, peur parce que la médecine paraît encore désarmée face à celle-ci, peur parce qu'elle ne touche pas seulement des personnes âgées, peur parce que la plupart des gens ont pu reconnaître les ravages qu'elle peut faire sur un proche ou dans leur entourage. En plus des notions de transfert et de contre-transfert propres à la relation, nous pensons que le personnel soignant peut aussi avoir ces peurs. La question serait de savoir, comment influencent-elles les soignants dans leurs soins quotidiens aux personnes démentes ?

En tant que soignants, nous devons avoir conscience que les attitudes que nous adoptons avec ces personnes atteintes de démence influent très fortement sur les soins et leurs réactions à nos interventions (Phaneuf, 2007). Selon Brodaty (s.d), « la réaction d'un patient est souvent liée à la façon dont il interprète les gestes du personnel infirmier. Une personne démente peut donner à un geste une interprétation différente de la réalité » (p.23). « (...) la relation d'aide exige d'abord du soignant une prise de conscience de ses modes de communication, une volonté d'améliorer sa manière d'entrer en relation (...) » (Phaneuf, 2002, p.13) car nous avons tendance à être dans une attitude de domination et à considérer le malade Alzheimer comme une chose que l'on place et déplace sans lui prêter attention et sans lui parler (Rigaud, 1998, cité par Phaneuf, 2007). Cette approche de domination entraîne souvent des comportements d'anxiété, d'opposition et même d'agitation. Ces mêmes comportements-symptômes portent un nom. Il s'agit des SCPD que l'on retrouve chez 70 à 90 % des personnes souffrant de démence modérée à sévère (Bassal, 2009). « Une étude rapporte que le coût des soins associés aux SCPD peut représenter jusqu'à 30 % des coûts totaux consacrés à la prise en charge des sujets atteints de maladie d'Alzheimer » (Beeri et coll., 2002, cité par Landreville, et al., 2005, p.63). Il semblerait également que les patients vivant en institution développent plus de symptômes comportementaux et psychologiques (SCPD) que les personnes vivant à domicile (Landreville et al., *ibid.*).

Concernant l'interprétation de ces symptômes, Vellas et al. (2005) font l'hypothèse qu'ils traduisent une forme d'expression ou de communication, ou servent à exprimer une confusion mentale, un inconfort, voire une souffrance psychique ou somatique (fécalome, rétention urinaire). Si ces troubles persistent, il se peut qu'ils soient liés à l'évolution du processus neurodégénératif. Il est donc impératif que les soignants y soient attentifs et trouvent des moyens tant pharmacologiques qu'autres pour améliorer

ces troubles qui, on le sait, ont une influence sur la qualité de vie des patients. Toutefois, ces SCPD n'ont pas seulement une influence sur la qualité de vie des personnes souffrant de démence mais ils ont aussi un impact sur la santé des soignants et des aidants naturels si la personne vit à domicile. Ces situations sont sources d'épuisement, de stress, d'anxiété voire de dépression pour les soignants avec le risque de maltraitance c'est pourquoi, il ne faut pas hésiter à demander de l'aide et à favoriser la collaboration interdisciplinaire (Bassal, 2009, Institut universitaire de gériatrie de Montréal, s.d). Nous pouvons faire l'hypothèse que ces SCPD auront une influence sur l'établissement d'une relation soignant-soigné. Vellas et al. (2005) disent que les familles sont souvent démunies devant ces situations. Il en est de même pour les soignants qui ressentent certainement un fort sentiment d'impuissance, difficile à gérer. Pour Phaneuf (2007), « faire face quotidiennement à des malades dont les comportements nous sont inintelligibles risque de devenir un défi difficile à relever, voire un cauchemar » (p.205). Ainsi, plusieurs éléments dont l'acquisition de connaissances au sujet de la maladie d'Alzheimer et des moyens d'interventions sont essentiels à l'application de soins infirmiers de qualité (Phaneuf, *ibid.*). De plus, pour analyser correctement ces SCPD, il faut avoir une bonne connaissance du vécu biopsychosocial de la personne affectée, de sa situation actuelle, des conséquences biopsychosociales de ses lésions cérébrales et des moyens dont elle dispose pour s'accommoder de son état (Brodaty, s.d).

Ceci nous questionne quant à savoir comment interpréter leurs comportements et symptômes pouvant avoir des significations très différentes les uns des autres pour répondre au mieux à leurs besoins. « Les comportements aberrants ne constituent pas uniquement une manifestation de la maladie d'Alzheimer, ils reflètent aussi un aspect de la personnalité du patient et constituent par conséquent, un moyen communicationnel réel que le personnel devrait essayer de comprendre » (Brodaty, *ibid.*, p.26).

La complexité de tous ces éléments identifiés et mis en lien au travers des recherches effectuées dans la littérature nous amène à notre question de recherche.

Quelles sont les interventions infirmières qui peuvent aider à communiquer et à maintenir une relation avec une personne sévèrement atteinte de démence de type Alzheimer tout en tenant compte de l'impact des symptômes comportementaux et psychologiques (SCPD) sur les soignants dans un contexte d'EMS ?

3. Objectifs / Buts poursuivis

Cette revue de littérature étoffée devrait permettre de trouver des interventions pertinentes permettant à l'infirmière de maintenir une communication et une relation avec une personne sévèrement atteinte de démence de type Alzheimer tout en tenant compte des SCPD qui peuvent avoir un impact sur les soignants eux-mêmes. Elle devrait permettre aussi de mettre en évidence cet impact et donc son influence sur la communication et la relation soignant-soigné. Les résultats obtenus suite à ces recherches seront analysés à l'aide de différents cadres de référence explicités plus loin dans le travail.

4. Concepts clés en lien avec la problématique

Pour poursuivre, nous définissons les différents concepts en lien avec notre problématique. La notion de « concept » peut être définie ainsi : « abstraction reposant sur l'observation de comportements ou de caractéristiques (...) ou sur les déductions qu'on en tire » (Loiselle & Profetto-McGrath, 2007, p.35).

4.1 La démence de type Alzheimer et quelques chiffres

Selon Diener (2002), « Le terme démence désigne toute maladie qui provoque une perte des capacités mentales. Le diagnostic d'une démence comporte toujours des troubles de la mémoire » (p.13). Cependant, il faut que d'autres capacités mentales soient également affectées comme le calcul, le langage et sa compréhension, les réflexions logiques avec des effets négatifs sur la vie quotidienne des personnes touchées (Diener, *ibid.*).

Nous poursuivons en apportant quelques chiffres concernant la démence en Suisse. Les prévisions pour 2040 sont alarmantes. Il semblerait qu'environ 140'000 personnes dont 100'000 de plus de 80 ans seront atteintes de démence de type Alzheimer. Ce type de démence représente les trois quarts des maladies neurodégénératives (Diener, *ibid.*). Ces

chiffres soulèvent inmanquablement la question de la prise en charge, quelle soit offerte à domicile ou en institution. En effet, le maintien à domicile se heurte rapidement à divers facteurs externes tels que la famille, le domicile et l'infrastructure. Nous ne développerons pas la situation des personnes atteintes de démence à domicile par souci de pertinence par rapport à notre problématique malgré l'intérêt que nous aurions à aborder cette thématique.

La prise en soins des personnes atteintes de démence a souvent lieu en institution notamment pour les personnes atteintes à un stade sévère. Les chiffres de l'Allemagne nous apprennent que deux tiers des personnes sévèrement touchées vivent en institution dans la dernière phase de leur maladie (Diener, *ibid.*). De plus, Diener (*ibid.*) nous rapporte que : « La maladie d'Alzheimer et les autres formes de démence sont de loin la principale raison d'une admission en institution » (p.11). Ce fait-là se retrouve aussi dans les chiffres de l'OFS (2008) qui mentionne que la démence constitue le troisième diagnostic le plus fréquent (environ 40 %) derrière l'hypertension (environ 45 %) et les maladies cardiovasculaires (environ 50 %) chez les personnes âgées vivant en institution.

A cette question de la prise en charge s'ajoute nécessairement des enjeux économiques. Diener (2002) avance quelques chiffres : les estimations pour les coûts directs des prestations de soins (séjours hospitaliers, centre de jour, services d'aide et de soins à domicile, médicaments...) en faveur des personnes atteintes de démence (toute forme confondue) s'élevaient à plus de 3.1 milliards de francs en 1998 pour la Suisse. Il est important de mentionner que tous les soins fournis par les proches aidants ne sont pas pris en compte dans ces chiffres. Le coût de ces prestations dépassent plus de 2.3 milliards de francs selon les chiffres de 1998. Ces estimations permettent donc d'avancer le chiffre de 66'000 francs pour les dépenses totales par année pour une personne atteinte de démence de type Alzheimer (Diener, *ibid.*).

4.2 Les stades et les manifestations de la démence de type Alzheimer

Nous abordons les différents stades de la maladie malgré le fait qu'elle « prend autant de visages qu'il y a de personnes qui en souffrent » (Phaneuf, 2007, p.74).

Phaneuf (*ibid.*) établit un profil général pour décrire la progression de la maladie. Elle met en évidence quatre stades devant permettre aux soignants et aux familles de mieux comprendre le comportement des malades et d'identifier leurs différentes

manifestations. Nous souhaitons soulever le fait que « quel que soit le stade évolutif de la maladie, la personne malade est un être humain unique, qui mérite respect et attention et donc de soins de qualité (...) » (Vellas et al., 2005, p.628).

Le début de la maladie est insidieux, non manifeste, pouvant durer de 15 à 25 ans. C'est donc après de nombreuses années que les premiers signes précurseurs (oublis plus fréquents, distractions répétées, perte d'objet, humeur plus changeante, comportements inhabituels, jugement altéré...) se manifestent (Phaneuf, 2007). Après le stade préclinique, nous retrouvons le stade initial où la personne oublie fréquemment des choses courantes comme des noms, numéros de téléphone... Elle manifeste notamment de la difficulté à retenir de nouvelles informations, à suivre des conversations et à trouver le mot juste. (Phaneuf, *ibid.*). Durant ce stade, la personne malade a conscience de son état ce qui engendre du stress, de l'anxiété et un risque de dépression. Au stade initial, selon le consensus GRECO (s.d), les résultats du MMSE sont supérieurs ou égaux à 23 points (atteinte cognitive légère).

Vient ensuite le stade modéré. Il marque l'accentuation de tous les symptômes. Les troubles de la mémoire deviennent très manifestes. En effet, « la personne oublie progressivement son passé, elle ne reconnaît plus ses amis et sa famille (...). Le langage devient difficile : dysarthrie, jargon » (Phaneuf, 2007, p.75). Il est aussi difficile d'avoir une conversation avec la personne car même si elle entend les mots, elle ne parvient plus à en saisir le sens (Phaneuf, *ibid.*). Au niveau de l'évaluation des déficits cognitifs (MMSE), un score inférieur à 18 sur 30 correspond à une atteinte modérée (Consensus GRECO, s.d).

Le stade sévère de la maladie a été décrit précédemment dans la problématique puisque nous avons choisi comme population cible les personnes sévèrement atteintes de démence de type Alzheimer.

4.3 Les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD)

« C'est au cours des années 1980 que les manifestations non cognitives des démences ont retenu l'intérêt des cliniciens et chercheurs » (Landreville et al., 2005, p.3). Les premières recherches montrent que ces manifestations non cognitives ne sont pas liées à la gravité de la démence et qu'elles peuvent en représenter les premiers symptômes

(Landreville et al., *ibid.*). De nombreuses divergences existent dans les écrits scientifiques quant à la dénomination de ces manifestations non cognitives. On retrouve les expressions suivantes : perturbations comportementales, troubles neuropsychiatriques, troubles affectifs, psychotiques... (Landreville et al. *ibid.*). C'est en 1996 qu'un groupe de chercheurs consensuels de l'International Psychogeriatric Association [IPA] a proposé la dénomination de « signes et symptômes comportementaux et psychologiques » (SCPD) pour désigner les symptômes de perturbations de la perception, du contenu de la pensée, de l'humeur, et du comportement apparaissant fréquemment chez les sujets atteints de démence » (Finkel, 1996, cité par Landreville et al., 2005, p.4). Tout au long de notre travail, nous utiliserons le terme de SCPD.

Une classification de ces symptômes est proposée par Landreville et al. (*ibid.*) cité par Bassal (2009) en trois groupes : « Les troubles anxieux et troubles de l'humeur (ex : anxiété et phobies, labilité émotionnelle, dépression), les troubles comportementaux (agitation, syndrome crépusculaire, irritabilité et agressivité, apathie et indifférence...) et les symptômes psychotiques (idées délirantes, hallucinations, illusions et fausses reconnaissances) » (p.2). Dans les démences sévères, il s'agit surtout de l'apathie, de l'agitation, de l'agressivité, parfois de la déambulation, des troubles du sommeil (inversion nyctémérale complète), de l'opposition et des cris (Vellas et al., 2005). Comme pour le stade modéré, « certains de ces troubles sont sous-tendus par des éléments délirants et/ou hallucinatoires » (Vellas et al., *ibid.*, p.629). L'IPA cite les SCPD qui posent le plus de problèmes pour les soignants (Bassal, *ibid.*). En voici quelques-uns : les cris, l'agression physique, l'errance, la dépression, la méfiance et les accusations, les insomnies et le refus d'être aidé pour accomplir les AVQ. « Ces symptômes représentent la raison la plus fréquente de consultation psychiatrique et d'internement prématuré de personnes souffrant de démence » (Bassal, *ibid.*, p.3).

Landreville et al. (2005) séparent les symptômes comportementaux liés à la démence (SCD) des symptômes psychologiques. Ils différencient l'agitation verbale agressive (cri) et non agressive (répéter les mêmes mots, les mêmes demandes...). Nous décidons de nous intéresser à ces SCD car « ils sont reconnus pour avoir des répercussions sur le malade, les proches, le personnel soignant et les services de santé » (Landreville et al., *ibid.*, p.311). Nous nous basons sur l'impact auprès des soignants pour être pertinent par

rapport à notre question de recherche. Malgré leur formation professionnelle, ils éprouvent beaucoup de difficulté avec les patients présentant des SCD. « La première conséquence des SCD pour les soignants est l'augmentation des exigences du travail, en raison de la supervision accrue que demande le patient » (Landreville et al., *ibid.*, p.313). Ainsi, ces exigences de soins plus élevées ont tendance à engendrer des attitudes négatives qui pourraient pousser le soignant à éviter le malade. Toutes ces raisons peuvent aussi décourager les professionnels de la santé, et plus particulièrement les jeunes infirmiers diplômés, à travailler dans ce domaine (Landreville et al., *ibid.*). Un lien a également montré que la fréquence des SCD dans une unité de soins peut avoir un impact négatif sur la qualité de ces soins (Landreville et al. *ibid.*). Comme évoqué dans la problématique, l'ensemble de ces SCPD représente un coût non négligeable pour le système de santé. En conséquence, il est nécessaire d'identifier ces SCPD afin d'orienter le diagnostic, de les prévenir et de les gérer de manière adaptée. Pour ce faire, il existe plusieurs outils d'évaluation : l'échelle de Cohen-Mansfield plus spécifique pour certains symptômes comme l'agitation l'échelle BEHAVE-AD (évaluation globale) et le NPI-R qui permet notamment d'évaluer le retentissement de ces SCPD et le niveau de détresse chez les soignants ou les aidants naturels (Bassal, 2009 ; Landreville et al., 2005).

4.4 Les concepts de communication et de relation

Nous définissons de manière globale les concepts de communication et de relation. La notion de relation sera développée plus précisément dans le chapitre cadre de référence consacré à l'Approche Centrée sur la Personne de Carl Rogers.

Selon Marc & Picard (s.d), « La communication et la relation interpersonnelle sont deux termes proches. La communication est le rapport d'interaction qui s'établit lorsque les partenaires sont en présence » (p.2). Celle-ci peut être verbale et/ou non verbale et se déployer à plusieurs niveaux : intrapersonnelle, interpersonnelle, de groupe, de masse (Fornerod, s.d.). Fornerod (*ibid.*) décrit la communication ainsi : « (...) processus interactif de construction de sens se réalisant entre subjectivités (aptitudes à percevoir la réalité à partir de sa propre expérience) dans un contexte social » (p.2). Elle se réalise au moyen de quatre canaux principaux qui sont les distances entre les interactants, les signes non-verbaux, les éléments para-verbaux et le canal langagier (Fornerod, *ibid.*). Les personnes sévèrement atteintes de démence ayant de grandes difficultés à

s'exprimer avec des mots auront recours à un autre type de communication appelée la communication non verbale. Phaneuf (2002) la définit comme : « (...) un échange sans mots. Sans être organisé en fonction d'un code précis, ce langage fait de regards, de mimiques, de gestes, de postures est porteur de sens » (Phaneuf, *ibid.*, p.66). Il transmettrait selon Mehrabian 93 % de la signification de nos messages (Phaneuf, *ibid.*).

La relation désigne la forme et la nature du lien qui unit deux personnes. Dans les soins prodigués aux personnes atteintes de démence de type Alzheimer, la relation occupe une place centrale. Selon Diener (2002), elle « confère soutien et sécurité et influence donc considérablement le déroulement de la maladie » (p.23). Pour les soignants, cela représente un réel défi car ils vont devoir apprendre à communiquer avec une personne qui perd le contrôle et qui a de la difficulté à se conformer aux normes et aux règles de la société (Diener, *ibid.*).

5. Cadres de référence

Le présent chapitre développe les cadres de référence choisis que nous mettrons en lien avec les résultats des recherches effectuées. Le cadre de référence peut s'appuyer à la fois sur des théories ou sur des modèles conceptuels. Le cadre correspond à la base conceptuelle de la recherche (Loiselle & Profetto-McGrath, 2007).

Loiselle & Profetto-McGrath (*ibid.*) définissent la théorie comme : « (...) une généralisation abstraite qui présente une explication systématique des rapports entre différents concepts. Une théorie renferme au moins deux concepts, liés entre eux, et est utilisée pour tenter d'expliquer un phénomène » (p.160). Dans notre revue de littérature, les théories choisies sont : l'Approche Centrée sur la Personne de Carl Rogers et la qualité de vie au travail puisque celle-ci met en lien plusieurs concepts tels que le stress, la satisfaction, la santé psychique et le bien-être au travail.

Les deux autres cadres de référence à savoir la communication selon Lévesque, la stimulation basale d'Andréas Frölich et le snoezelen correspondent à des modèles conceptuels. Il s'agit de : « (...) concepts regroupés parce qu'ils ont un thème commun ; il met en rapport des phénomènes étroitement liés » (Loiselle & Profetto-McGrath, *ibid.*, p.161).

Toutefois, il ressort de nos lectures que les termes de cadre théorique et de cadre conceptuel sont souvent utilisés de façon interchangeables c'est pourquoi nous

préférons utiliser le terme général de cadre de référence pour éviter toute confusion (Loiselle & Profetto-McGrath, *ibid.*).

5.1 La communication selon Lévesque et lien avec l'Humanitude

Les propos de Lévesque et al. (1990) nous permettent d'affirmer que la relation et la communication avec les personnes atteintes de démence doivent constituer une priorité de soins. « La communication sert de point de départ à un engagement personnel de notre part et à des interventions adaptées aux besoins particuliers de chaque personne » (p.132). De plus, il apparaît que la satisfaction au travail pour le soignant passe par sa capacité à établir des rapports détendus et individualisés avec la personne touchée par la démence (Lévesque et al., *ibid.*) mais aussi, à notre sens, par le fait de parvenir à donner du sens aux comportements et aux soins que nous leur prodiguons.

Lévesque et al. (*ibid.*) proposent des conditions essentielles pour créer un climat qui soit propice à la meilleure communication possible. Sans ces conditions, il semble difficile de parvenir à communiquer sincèrement et valablement avec une personne atteinte de démence de type Alzheimer. Toutefois, même si ces attitudes/conduites augmentent la probabilité de comprendre le message de la personne, il se peut que cela soit un échec étant donné la difficulté d'obtenir une confirmation du message par la personne malade (Lévesque et al., *ibid.*).

Nous développons ci-dessous quelques-unes de ces conditions avant d'aborder quelques suggestions pour aller à la rencontre de la personne atteinte de démence.

Lévesque et al. (*ibid.*) abordent l'importance de l'empathie qui facilitera les interactions. Pour ce faire, il faut privilégier la dimension affective de la personne, accorder beaucoup d'importance à la communication non verbale et comprendre que les comportements ne sont plus dictés par la logique. Constatant la persistance des réactions émotives et la reconnaissance du sens des comportements habituels nous sommes amenés à redoubler d'efforts pour décoder les expressions de la personne (Lévesque et al., *ibid.*). Il semblerait que même si la personne ne comprend plus nos paroles, elle conserverait une certaine capacité à capter des signes non verbaux comme l'expression de notre visage, le ton de notre voix, la vitesse de nos mouvements, notre façon d'exécuter les soins (Lévesque et al., *ibid.*).

La connaissance de ses goûts, de ses habitudes, de son passé est essentiel pour assurer son bien-être et lui créer un milieu qui respecte ses préférences. De plus, il faut être attentif à la présence possible de troubles auditifs et visuels pouvant influencer la communication. Lévesque et al. (ibid.) font entrer les attitudes d'acceptation inconditionnelle et d'empathie de Carl Rogers dans les conditions indispensables à la communication. Quelques précautions comme le choix du moment opportun (fatigue...), le respect des capacités et du rythme, le maintien des promesses permettent de faciliter l'établissement de la communication entre le soignant et le soigné (Lévesque et al., ibid.).

Dans leur ouvrage, Lévesque et al. (ibid.), apportent des moyens pour aborder la personne atteinte de démence. En effet, malgré les troubles du langage dont la personne peut souffrir, il est essentiel qu'elle puisse communiquer de manière verbale et non verbale (Lévesque et al., ibid.). « Afin d'établir le contact avec la personne, il faut apprendre à l'approcher judicieusement puis à lui parler d'une manière simple et concrète » (Lévesque et al., ibid., p.125). Les expressions de plaisir et de déplaisir sont un bon moyen pour évaluer et poursuivre efficacement une relation. Des moyens très simples comme se manifester à notre arrivée, approcher lentement la personne par l'avant signalent notre présence et évitent de la faire sursauter. Il est aussi très important de rechercher un contact visuel en se mettant à la hauteur de la personne pour essayer d'obtenir un indice de réceptivité de sa part (Lévesque et al., ibid.).

Le toucher thérapeutique envers la personne proposé par Lévesque et al. (ibid.) nous permet de faire le lien avec le concept « d'Humanitude » où le toucher prend une place prépondérante. Il s'agit d'un concept anthropologique fondamental défini par Jacquard (1987) et repris plus près de nous par Yves Gineste et Rosette Marescotti, « (...) qui l'ont popularisé et inscrit dans une pensée philosophique et une méthode appliquée aux soins quotidiens des Hommes vieux » (Phaneuf, 2007, p.9). Ces auteurs définissent l'Humanitude comme : « l'ensemble des particularités qui permettent à l'homme de se reconnaître dans son espèce, l'humanité... et de reconnaître un autre homme comme faisant partie de l'humanité » (Phaneuf, ibid., p.9). Ces particularités sont : la verticalité, le regard échangé, l'intelligence, la capacité de toucher l'autre, le sourire et le rire, la socialisation... (Phaneuf, ibid.).

Nous ne les développerons pas tous car certains ne concernent pas forcément notre problématique.

Le toucher : « Il contribue à la formation de notre mémoire affective. Les impressions qui sont emmagasinées au cours de notre vie dans notre mémoire affective sont les dernières à s'effacer en cas de maladies neurodégénératives » (Phaneuf, *ibid.*, p.11). De plus, la peau constitue l'organe sensoriel le plus étendu de notre corps et nous confère notre premier moyen de communication avec le monde extérieur (Phaneuf, *ibid.*).

Le regard : Il représente une source d'éveil et un contact visuel, c'est pourquoi il est communication. « Le regard bienveillant de la soignante est une reconnaissance de l'humain en lui et un appel d'humanité » (Phaneuf, *ibid.*, p.14). Cependant, comme la confusion et les troubles visuels augmentent avec la progression de la maladie, les perceptions du malade sont limitées. En conséquence, ce regard doit se faire plus rapproché.

Le sourire : source de sérénité : « Le sourire est aussi le propre de l'humain ; c'est donc un autre signe d'humanité important pour les personnes âgées en perte d'autonomie sur le plan cognitif » (Phaneuf, *ibid.*, p.15).

L'éclosion de la parole : Les paroles ont une très grande influence sur les autres. Ainsi, « la communication est un appel d'humanité montrant à la personne démente qu'elle est suffisamment importante pour que nous lui adressions la parole, que nous l'écoutions, au risque de la comprendre et de nous ouvrir à sa souffrance » (Phaneuf, *ibid.*, p.16).

Un autre auteur s'est intéressé à la communication avec les personnes démentes. Il s'agit de Michel Ylieff (1979). Il rapporte que la compréhension d'un message parlé peut varier en fonction de plusieurs éléments : l'ambiance sonore dans laquelle est émis le message (bruit de fond), le débit des phrases, l'intervalle entre les messages, la longueur de la phrase et sa complexité. Il propose de clarifier nos propos à l'aide de gestes, d'objets, du toucher, de rituels sociaux. (Ylieff, 1979, cité par Lévesque et al., 1990).

5.2 L'approche centrée sur la personne et la relation d'aide de Carl Rogers

Carl Rogers est un psychologue humaniste particulièrement influent né aux Etats-Unis en 1902. Personne n'avait, avant lui, mené autant de recherches scientifiques dans le

domaine de la relation d'aide et de la psychothérapie. Nous lui devons seize ouvrages et plus de deux cents articles traduits dans une soixantaine de langues différentes (Kirschenbaum & Land Henderson, 1987 ; ACP Pratique et Recherche, 2011).

C'est à partir des années 1940 qu'il a développé successivement son approche psychothérapeutique nommée « approche non-directive » qui, par la suite, est devenue « approche centrée sur le client » et enfin, en 1974, « approche centrée sur la personne » (Kirschenbaum & Land Henderson, 1987 ; Poirier, 1984).

Nous développons brièvement les fondements théoriques de cette approche centrée sur la personne (ACP) avant de nous intéresser plus longuement à la relation d'aide développée par ce même Carl Rogers.

La conception humaniste dans laquelle s'inscrit Rogers et son ACP peut se définir ainsi : « Thérapie centrée sur le client dans sa globalité et son individualité » (Bulliard Verville, 2005, p.1). Cette définition nous permet de faire un lien avec la prise en soins des personnes atteintes de démence. Avant tout, nous nous devons de considérer le patient comme un être humain à part entière et ne pas le « réduire » à une maladie ou à un symptôme. Ceci nous semble d'autant plus important que le patient peut en arriver à oublier sa propre identité. Nous soutenons également la nécessité d'adopter une vision globale et individualisée de la situation de la personne afin de répondre au mieux à ses besoins spécifiques et à ceux de son entourage.

Rogers a aussi une vision fondamentalement positive de la personne. Selon lui, « L'individu possède en lui-même des ressources considérables pour se comprendre, se percevoir différemment, changer ses attitudes fondamentales et son comportement vis-à-vis de lui-même » (ACP Pratique et Recherche, 2011, p.1). Il s'agit du concept de « tendances actualisantes » ou « concept de growth » (Bulliard Verville, 2007). Cependant, il arrive parfois que l'individu éprouve de la difficulté à réaliser tout son potentiel c'est-à-dire à développer son « Self » aussi appelé « moi intérieur » (Bulliard Verville, ibid.). « Lorsque l'écart entre le Self et le moi social (...) ou le moi-idéal (...) est trop grand, il y a souffrance et à ce moment-là intervient la thérapie de type rogorienne » (p.2). Dans la situation des personnes atteintes de démence de type Alzheimer, il nous semble difficile de faire des liens avec ce concept de « tendances actualisantes » et de « Self » car comme mentionné à plusieurs reprises, la personne

atteinte de démence a de la difficulté à savoir qui elle est. Toutefois, cela ne signifie pas qu'elle ne peut plus se réaliser et qu'elle ne possède plus aucune ressource. A notre sens, la présence chaleureuse et rassurante du soignant est là pour l'aider et peut-être pallier à cette difficulté. Ces éléments nous permettent de faire le lien avec la relation d'aide développée par Rogers.

Par relation d'aide, Rogers entend : « (...) une relation dans laquelle l'une au moins des parties prenantes a pour objectif d'encourager l'autre (individu ou groupe) à s'épanouir, à se développer, à mûrir, à mieux se porter et à mieux faire face à la vie » (Kirschenbaum & Land Henderson, 1987, p.139). Dans les situations de personnes atteintes de démence de type Alzheimer, la relation d'aide est primordiale afin d'essayer d'empêcher l'édifice psychique de cette personne de s'écrouler complètement, de combattre la dépression et le découragement, de lutter contre l'humiliation et la honte qu'elle peut ressentir et de prendre conscience d'elle-même afin de préserver son identité (Phaneuf, 2007).

Il ne faut pas oublier que dans une relation, il y a deux personnes. En conséquence s'instaure une relation d'aide dans laquelle l'infirmière réagira avec tout ce qu'elle est pour essayer notamment de comprendre le vécu de la personne et pour lui apporter son soutien empathique (Phaneuf, *ibid.*). Ceci montre l'importance pour la soignante d'apprendre à se connaître elle-même (émotions, valeurs...). Cette relation professionnelle est très complexe. L'infirmière recueille les confidences, les demandes ou les reproches du malade et de son entourage. Elle observe le comportement non verbal, tente d'interpréter ce qui se passe pour pouvoir ensuite intervenir par la parole, le toucher affectif ou par des interventions adaptées au contexte (Phaneuf, *ibid.*).

Pour créer une relation d'aide digne de ce nom, Carl Rogers définit les caractéristiques nécessaires qu'elle doit posséder. Il s'agit de la congruence, de l'authenticité, de l'empathie, de l'attitude chaleureuse et positive, de l'acceptation inconditionnelle et du non-jugement (Rogers, 1972). Une définition précise de toutes les attitudes se trouve dans l'annexe B.

5.3 La stimulation basale d'Andréas Frölich et le *snoezelen*

Nous faisons le choix de ce cadre de référence car à notre sens, il apporte des moyens pertinents autres que l'utilisation du langage verbal pour entrer en relation avec une

personne démente. De plus, il semblerait que le manque de stimulation provoque souvent une aggravation de la confusion et de l'errance nocturne (ANAES, 2003).

« Les soins quotidiens sont une occasion particulière de contact avec le malade. Ils représentent des moments privilégiés pour communiquer avec lui et pour avoir accès à son corps » (Phaneuf, 2007, p.257). « Les objectifs recherchés sont principalement la réduction du stress, de l'angoisse des patients, la réduction des troubles du comportement, l'amélioration du confort et de la qualité de vie des patients » (ANAES, 2003, p.21). Ces moments précieux doivent être mis à profit pour stimuler la personne et la conserver dans un état d'éveil.

Andréas Frölich a élaborée l'approche de la stimulation basale pour le monde du handicap. Les pays germaniques l'ont adoptée pour les soins aux personnes atteintes de démence de type Alzheimer. Plusieurs interventions simples sont proposées encourageant le contact avec le corps et les sensations de base du malade, favorisant aussi sa conscience d'être au monde (Phaneuf, 2007). « Frölich appuie ces interventions sur trois besoins fondamentaux et fondateurs de l'être humain : la perception, le mouvement et la communication » (Phaneuf, *ibid.*, p.258). Les personnes atteintes de démence de type Alzheimer éprouvent beaucoup de difficultés de perception qui se traduisent par une interprétation fautive de l'environnement. L'évolution de la maladie atteint leur capacité à effectuer des mouvements et à communiquer. Dans le but de stimuler ces trois dimensions et d'aider la personne à être humaine et à le demeurer le plus longtemps possible, nous pouvons utiliser cette approche dans les soins infirmiers (Phaneuf, *ibid.*). Elle peut s'appliquer à diverses activités de la vie quotidienne comme les soins d'hygiène par l'intermédiaire du toucher. Son application ne se limite pas au tactile mais bien à la stimulation de tous les sens. Selon Frölich cité par Phaneuf (*ibid.*), « la stimulation basale se fait par une attention particulière aux sens les plus archaïques : la perception somatique ; la perception vibratoire ; la perception vestibulaire » (p.258). La stimulation somatique passe par le toucher corporel en mettant l'accent sur le tronc, pour ensuite prendre contact avec les membres, les pieds et les mains. Celle-ci peut s'effectuer lors des soins d'hygiène, de l'habillement et des repas. Il faut aussi profiter de toutes les occasions qui se présentent pour toucher les mains, les caresser doucement et effleurer le visage (Phaneuf, *ibid.*). Un autre aspect celui de la stimulation vibratoire est à mettre en œuvre pour intégrer la stimulation basale aux soins. « Celle-ci se réalise par les mouvements et les déplacements du quotidien, les exercices physiques, le sport

et diverses vibrations » (Phaneuf, *ibid.*, p.259). De là, on peut tirer un parallèle avec la notion de verticalité et de l'importance du lever et du mouvement proposé par le concept d'Humanitude. Tous les mouvements apportent une stimulation vibratoire. Toutefois, la personne alitée ou en chaise roulante ne reçoit que peu de ces stimulations. Ainsi, par l'organisation de loisirs favorisant des gestes où la personne peut manipuler, pétrir et par les massages corporels lors des soins d'hygiène, les soignants peuvent pallier un peu ce manque de stimulation vibratoire (Phaneuf, *ibid.*). Le dernier type de stimulation archaïque est la stimulation vestibulaire. On peut la percevoir lors des divers positionnements du corps car le vestibule est un organe de l'oreille interne qui renseigne l'être humain sur la position qu'il occupe dans l'espace, sur la situation de ses membres (Phaneuf, *ibid.*). Ce système est essentiel à tous nos mouvements car c'est lui qui nous permet de nous diriger et de nous orienter. Malheureusement, chez la personne qui bouge peu, cette stimulation est quasi inexistante. Le soignant peut par exemple essayer d'effectuer des mouvements de balancier du tronc d'avant en arrière en passant son bras autour des épaules du soigné. « Ces stimulations vestibulaires ont un grand pouvoir calmant et aident à rétablir un tonus musculaire approprié à la situation et à la posture nécessaire » (Phaneuf, *ibid.*, p.260).

Cette stimulation basale s'adresse aussi à d'autres sens : à l'ouïe par l'écoute de conversations, de musique, par l'audition de bruits de la nature, par le goût et l'odorat. Toutefois, nous devons aider la personne à les identifier. Plusieurs systèmes peuvent être sollicités en même temps comme pour le jeu de percussion (système oral, auditif, vibratoire et vestibulaire).

Ces éléments nous permettent de faire le lien avec le *snoezelen* qui peut être utilisé avec une personne démente, désorientée, présentant des troubles du comportement tels que de l'agitation, de l'agressivité ou des troubles du sommeil. Un des objectifs de l'utilisation de cette technique est le développement d'un mode de communication non verbale basée sur le toucher relationnel, ce qui à notre sens, appuie nos propos de la problématique (Orain, 2008). Selon Alenda (2009), consultante en projets Alzheimer et Renard (2009), le *snoezelen* permet de communiquer autrement avec ces personnes atteintes dans leurs fonctions cognitives et constitue non pas une méthode mais bien un outil de communication et de relation.

Nous définissons maintenant le terme *snoezelen*. Selon Orain (2008),

Le terme *snoezelen* est un néologisme, né de la contraction de deux verbes néerlandais : *snuffelen* qui signifie renifler, flairer, fureter et présente une dimension plutôt active, de découverte, (...), de stimulation, et *doezelen* qui signifie somnoler, estomper, (...), et renvoie davantage à une idée de calme, de sérénité et de détente

Le *snoezelen* fait référence à une démarche d'accompagnement, à un mode d'approche qui consiste à consacrer aux personnes soignées un temps dédié, dans un espace approprié fait de couleurs, de matières, d'odeurs, de sons et de goûts, à des « activités » reposant sur des sollicitations sensorielles, où l'excitation des sens se fait simultanément ou séparément, d'où le lien avec la stimulation basale exposée précédemment (Orain, *ibid.*). Comme la stimulation basale, le *snoezelen* est utilisé depuis de nombreuses années dans le monde du handicap mais il n'apparaît en gérontologie que depuis récemment (Orain, *ibid.*).

Pour Orain (*ibid.*), le *snoezelen* se vit, se sent, dans la relation, dans l'intensité. Il s'agit « (...) avant tout d'un état d'esprit qui s'attache de façon prioritaire à trois axes : l'importance du respect de la personne ; la priorité aux expériences sensorielles ; la recherche de la détente et de la satisfaction » (Orain, *ibid.*, p.159). Tout comme la stimulation basale, le *snoezelen* peut se vivre à n'importe quel moment de la journée, partout, à condition de prendre la peine et le temps de vivre chacune des expériences (Orain, *ibid.*). « Les objets ne sont que des supports. Seule la relation humaine, son intensité, son authenticité peuvent donner une véritable valeur à l'outil » (Orain, *ibid.*, p.159). En effet, le *snoezelen* constitue un espace où la relation est si intense qu'elle n'a pas besoin d'être rythmée par des mots. « Les réactions, les regards, les sourires, les émotions, la gestuelle ont plus d'importance que n'en aurait le langage parlé » (Orain, *ibid.*, p.161). Ainsi, la communication non verbale prend là, plus qu'ailleurs un véritable sens. Du côté des soignants, cela implique d'être dans la relation en associant profondeur, respect, sincérité, sensibilité, authenticité. « Pour le soignant, oser toucher l'autre, c'est aussi prendre le risque d'être touché, et d'être éventuellement déstabilisé par la puissance de la relation d'où un certain nombre de pré-requis pour lesquels il faut être particulièrement vigilant » (Orain, *ibid.*, p.161).

Ce lieu doit être contenant, cocoonant même, rassurant, apaisant où la personne se sent en sécurité, en confiance (Orain, *ibid.*). De plus, le *snoezelen* doit être un espace de liberté qui n'engage aucun enjeu d'acquisition cognitive, ni de performance physique mais qui doit laisser place à l'imagination, au rêve, à la subjectivité et à la créativité

même (Orain, *ibid.*). Ainsi dans cette philosophie de prise en charge, « Le rien faire devient accessible, tolérable et permmissible » (Orain, *ibid.*, p.160).

5.4 La qualité de vie au travail

Ce dernier cadre de référence devrait nous permettre d'analyser les résultats de nos recherches concernant l'impact des SCPD sur les soignants.

En effet, nous avons pu mettre en lumière que la prise en soins des personnes démentes représente un défi réel pour les soignants au quotidien. La nécessité d'adapter continuellement notre façon de communiquer, l'observation incessante pour tenter de décoder les comportements afin de répondre au mieux aux besoins de ces personnes demandent beaucoup d'énergie et d'implication de la part des soignants (Lévesque et al., 1990). De plus, les soignants exerçant dans le domaine de la gériatrie « (...) sont confrontés au quotidien à des phénomènes éprouvants tels que la souffrance, (...), l'incohérence, (...), l'isolement, (...) (Bardot & Dauriac, 2007, p.23). Samacoits & Martin (2008) mentionnent elles, des sentiments de culpabilité et d'impuissance chez les soignants en lien avec l'écart entre un idéal thérapeutique et la réalité de la pratique en gériatrie où leur rôle n'est pas orienté vers la guérison. Une parole d'une soignante travaillant en gériatrie nous a particulièrement marqués : « Etre soignant c'est guérir, ici personne ne guérit, tout le monde meurt » (Samacoits & Martin, *ibid.*, p.24). A notre sens, ces mots en disent beaucoup sur les représentations sociales que beaucoup ont sur la personne âgée. Cette vision passablement négative des soins à nos aînés, qui plus est atteints de troubles cognitifs et manifestant fréquemment des symptômes « dérangeants », nous font dire que le quotidien auprès de cette population doit être source de beaucoup de stress, d'anxiété voire d'épuisement. Le stress au travail notamment constitue un concept faisant partie d'une notion plus large nommée la qualité de vie au travail. Nous définissons ci-après, dans les grandes lignes, l'historique de ce concept et les différents concepts s'y rapportant.

C'est vers la fin des années 60 que le terme de « Quality of work life » est utilisé pour la première fois à l'occasion de la mise sur pied par la compagnie General Motors d'un programme visant à évaluer le niveau de satisfaction des employés. Ce programme a été prévu dans le but de développer une série de mesures contribuant à augmenter la productivité des travailleurs (Goode, 1989 cité par Dupuis et al., 2009).

La qualité de vie au travail englobe plusieurs dimensions tels que le stress, la santé psychologique, la satisfaction et tient compte des facteurs organisationnels pouvant l'influencer (Dupuis et al., *ibid.*).

« *Le stress au travail* résulte d'un déséquilibre entre les capacités de l'individu et les exigences de son environnement de travail » (Dupuis et al., *ibid.*, p.14). En effet, le soignant s'occupant d'une personne atteinte de démence est amené à faire face à des exigences tant sur le plan physique que psychique. Si celui-ci a le sentiment de ne pas avoir les ressources et les capacités personnelles pour y faire face, sa perception du stress s'en trouvera modifiée. (Aldwin, 2007 ; Lazarus & Folkman, 1984, cité par Dupuis et al., 2009). Lazarus & Folkman (1984) cité par Bruchon-Schweitzer (2001) ont développé la notion de « stress perçu » pour expliquer cette perception individuelle et singulière que les individus peuvent avoir d'une même situation de stress. En effet, ce n'est pas son intensité, sa fréquence ni sa gravité qui sont stressantes en soi mais bien son retentissement émotionnel et sa signification pour un individu en particulier (Bruchon-Schweitzer, *ibid.*). Bruchon-Schweitzer (*ibid.*) nous apprend aussi que : « L'individu ne subit pas passivement les événements de vie aigus et chroniques. Il essaye de « faire face » (to cope) » (p.68). Ces stratégies que l'individu va élaborer pour maîtriser, réduire ou tolérer ces situations sont nommées « stratégies de coping ». Celles-ci peuvent prendre plusieurs formes : les stratégies cognitives (« évaluation de la situation stressante, évaluation de ses ressources, recherches d'informations... » (Bruchon-Schweitzer, *ibid.*, p.68)), les stratégies affectives (« expression ou au contraire répression de la peur, de la colère, de la détresse,... (Bruchon-Schweitzer, *ibid.*, p.68)) et les stratégies comportementales (« résolution de problème, recherche d'aide,... (Bruchon-Schweitzer, *ibid.*, p.68)).

La satisfaction au travail occupe également une place importante dans le concept de qualité de vie au travail. Dupuis et al. (2009) la définissent « (...) comme un état émotionnel résultant de l'évaluation de la capacité de son emploi à rencontrer ses besoins physiques et psychologiques, ses valeurs liées au travail et ses besoins de croissance personnelle » (Locke, 1976, cité par Dupuis et al., *ibid.*, p.14). Ainsi, la satisfaction est en lien avec ce que l'individu souhaite retirer de son travail et ce que celui-ci lui offre réellement (Locke, 1976, cité par Dupuis et al., *ibid.*). Ce concept nous semble très pertinent par rapport à la situation des intervenants auprès des personnes

démentes. Nous pouvons poser les questions suivantes : Quelle satisfaction les soignants retirent-ils de la prise en charge des personnes démentes avec lesquelles l'établissement d'une communication et d'une relation est si difficile ? Comment celle-ci peut-elle être influencée par les manifestations de SCPD des résidents dans les soins quotidiens ?

Nous ne pouvons aborder l'aspect de la qualité de vie au travail sans parler de la santé psychique/mentale des soignants. *La santé psychique* constitue une dimension essentielle de la santé au même titre que les aspects physiques et sociaux de l'individu. L'OMS (2003) la définit comme étant un : « (...) état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté » (p.1). Ainsi, la santé psychique ne signifie pas l'absence de troubles psychiques mais plutôt un équilibre dynamique où l'individu est parfois confronté à des événements de vie difficiles (rupture, deuils, sentiment d'impuissance, démotivation, stress, surmenage...).

Concernant la santé psychique au travail, une étude du SECO (2009) a pu mettre en évidence que ce sont les secteurs du social et de la santé qui comportent le plus de risques psychosociaux (stress, surmenage) avec des conséquences non seulement pour la personne elle-même mais aussi pour l'institution. L'étude PRESST-NEXT (2007) mentionne que : « (...) les troubles de la santé mentale augmentent d'une fois et demie l'intention d'abandonner le métier de soignant, (...) » (p.1023).

La notion de *bien-être au travail* fait partie à part entière de la qualité de vie au travail. Selon Dupuis et al. (2009), cette notion fait référence :

« (...) à un état plus englobant que celui de santé puisqu'il prend en considération la personne dans son ensemble, ce qui se traduit par un sentiment et une sensation d'épanouissement, de confort, de satisfaction générale, tant en parlant du corps que de l'esprit » (p.14).

Cristophani (2010), cadre de santé en gériatrie, s'est intéressé plus longuement à la pénurie de soignants dans le domaine de la gériatrie ainsi qu'au bien-être des soignants. Comme exprimé précédemment, il apparaît fréquemment un écart entre l'idéal soignant et la réalité professionnelle en gériatrie. Cristophani (ibid.) exprime que cet écart est susceptible d'entraîner chez les soignants une perte de sens de leurs actions pouvant les conduire, dans certains cas, jusqu'à l'épuisement professionnel. Cet auteur fait un lien direct avec le bien-être au travail. Selon lui, le bien-être des soignants passe par le fait

qu'ils puissent exercer leur profession au plus près de leur idéal soignant (Cristophani, *ibid.*). La dimension humaine du soin et de l'accompagnement doit être préservée, car à notre sens, cela constitue l'essence même du prendre soin. Nous retenons de cet article que le bien-être et l'épanouissement des soignants est intimement lié au fait de parvenir à conserver le sens du soin. Il nous semble primordial de garder cela à l'esprit lorsque l'on prend en soins des personnes atteintes de démence car il est justement parfois très difficile de donner du sens à leurs comportements et de garder une attitude centrée sur la personne et non sur la maladie ou ses manifestations.

Les *risques psychosociaux* réfèrent aux aspects organisationnels du travail et de sa gestion mais également au contexte social et environnemental pouvant porter atteinte sur le plan social, psychologique et physique (Cox, Griffiths & Rial-Gonzales, 2000, cité par Dupuis et al., 2009). Un exemple de facteur de risque psychosocial pourrait être le stress au travail. En résumé, il s'agit donc : « des risques rencontrés dans la sphère professionnelle et qui ont des effets sur la santé mentale des individus et leur intégrité physique » (Dupuis et al., *ibid.*, p.21).

Après avoir défini les différentes dimensions du concept de qualité de vie au travail, nous développons brièvement un instrument de mesure de la qualité de vie au travail qui permet de cibler les domaines problématiques et de faire de la prévention. Il s'agit de l'Inventaire systémique de qualité de vie au travail (ISQVT) de Martel & Dupuis (2006). Ces auteurs ont construit leur définition de la qualité de vie au travail en s'appuyant sur la définition de la qualité de vie en général. Voici la définition qu'ils en donnent :

« La Qualité de Vie au Travail, à un temps donné, correspond au niveau atteint par l'individu dans la poursuite dynamique de ses buts hiérarchisés à l'intérieur des domaines de son travail où la réduction de l'écart séparant l'individu de ses objectifs se traduit par un impact positif sur la qualité de vie générale de l'individu, (...) » (p.27).

Cette définition a permis l'élaboration de l'ISQVT qui est constitué de trente-quatre questions touchant les trente-quatre domaines de vie au travail. Ceux-ci peuvent être regroupés dans huit sphères différentes : la rémunération, le cheminement professionnel, les horaires de travail, le climat avec les collègues, le climat avec les supérieurs, les caractéristiques de l'environnement physique, le soutien offert à l'employé (prise en charge des absences, relation avec le syndicat...) et les facteurs qui influencent l'appréciation des tâches (efficacité au travail, temps pour les tâches,

autonomie...) (Annexe C) (Centre de Liaison sur l'Intervention et la Prévention Psychosociales (CLIPP), s.d.). Pour construire l'ISQVT, Martel & Dupuis (2006) ont dû analyser un nombre considérable de modèles et outils de mesure tels que : le modèle d'Évaluation du stress au travail (*Job content questionnaire*) de Karasek (1998), le guide de l'Institut National de Recherche et de Sécurité (INRS) (2007) permettant de dépister les risques psychosociaux etc.

Nous développons brièvement le questionnaire de Karasek (1998) qui est basé sur l'équilibre entre les demandes (quantité de travail, exigences intellectuelles) et la latitude décisionnelle (degré de contrôle, autonomie de décision). Ce modèle a été développé par Karasek en 1979 et enrichi d'un facteur supplémentaire, le soutien social en 1990 par Karasek et Theorell (Réseau francophone formation, santé, travail, 2010). En résumé, ce modèle affirme que : « Une situation de travail génère du stress si elle associe des exigences élevées, peu ou pas de contrôle et un soutien social faible de la part de l'équipe de travail ou de la hiérarchie » (Dupuis et al., 2009, p.52). Nous essayons de faire le lien avec la situation des soignants œuvrant auprès de personnes atteintes de démence de type Alzheimer. Le degré de contrôle à savoir la perception d'avoir la maîtrise de la situation peut, à notre sens, être compromise dans les soins aux personnes démentes puisque le soignant est toujours confronté à l'imprévu, à l'incertitude et à l'inconnu. De plus, les exigences du travail sont très élevées tant du point de vue de la charge de travail que des exigences intellectuelles puisque nous pouvons affirmer que la prise en soins des personnes démentes est très complexe et demande de nombreuses connaissances et compétences. Tous les éléments nous semblent donc réunis pour réaffirmer que la prise en soins des personnes atteintes de démence peut être la source d'un stress important pour les soignants.

6. Méthode

6.1 Argumentation du devis et recherche de sources probantes

En vue de répondre à la question de recherche : *quelles sont les interventions infirmières qui peuvent aider à communiquer et à maintenir une relation avec une personne sévèrement atteinte de démence de type Alzheimer tout en tenant compte de l'impact des symptômes comportementaux et psychologiques (SCPD) sur les soignants dans un contexte d'EMS*, nous avons réalisé une revue de littérature étoffée sur la banque de données Pubmed/Medline. Une revue de littérature étoffée doit permettre de

« faire le point sur l'état des connaissances touchant un sujet donné [...] » (Loiselle & Profetto-McGrath, 2007, p.138). En effet, ce devis permet à la personne novice en matière de recherche d'extraire, de synthétiser des résultats probants portant sur un sujet précis, d'évaluer les pratiques en vigueur et de recommander des changements (Loiselle & Profetto-McGrath, *ibid.*). Ces éléments permettront ensuite de mettre au point des savoir-faire et des interventions cliniques pertinentes et fondées dans le but d'améliorer la pratique clinique.

Nous avons fait le choix de nous limiter à cette banque de données car nous avons pu avoir accès à un nombre considérable d'études de qualité scientifique en lien avec notre thématique. En effet, Pubmed peut être décrit comme un portail de recherche d'informations médicales produit par la National Library of Medicine (NLM) aux Etats-Unis.; sa composante principale est Medline qui rassemble plus de dix-neuf millions de références d'articles issus de 4'800 revues médicales de 1949 à nos jours (guide abrégé par la bibliothèque de la Faculté de médecine du CHUV, 2009). Elle constitue la base de données de références pour les sciences biomédicales et donc une source de données fiables pour la recherche en soins infirmiers.

Cette recherche a été menée de septembre 2010 à juin 2011 en s'appuyant sur les cours reçus durant les modules 15 et 16.1 sur l'utilisation de la banque de données Pubmed ainsi qu'en se référant au guide pour la recherche documentaire et la commande d'articles scientifiques (Dubey, 2010) et à l'ouvrage de méthodes de recherche en sciences infirmières de Loiselle & Profetto-McGrath (2007).

Des termes [Mesh] ont été choisis pour mener les recherches sur Pubmed. Les différents termes [Mesh] utilisés nous ont, à plusieurs reprises, conduits à des résultats identiques. De ce fait, nous pouvons affirmer que le choix de nos termes [Mesh] s'est avéré bon et nous permet de faire l'état des connaissances sur notre question de recherche.

6.2 Critères de sélection

6.2.1 Critères d'inclusion

- Articles ayant une valeur scientifique. Loisel et Profetto-McGrath (2007) définissent cette valeur comme suit : « Degré de sérieux d'une étude sur les plans méthodologique et conceptuel » (p.43).
- Articles publiés dans les dix dernières années
- Langues : français et anglais
- Population/Echantillon : personnes âgées atteintes de démence principalement de type Alzheimer aux stades modérés à sévères dans un contexte institutionnel
- Présence d'un résumé de qualité reprenant les différents chapitres de la structure méthodologique de l'article
- Articles abordant l'impact des SCPD (tous symptômes confondus) sur les soignants professionnels

6.2.2 Critères d'exclusion

- Articles ayant comme population/échantillon des personnes au stade initial de la maladie
- Articles ayant comme contexte la prise en charge des personnes atteintes de démence à domicile
- Articles traitant de l'impact des SCPD sur les aidants naturels
- Articles antérieurs aux années 2000
- Articles sans résumé disponible en ligne
- Articles que nous n'avons pas pu commander auprès de la Bibliothèque Cantonale de Fribourg ou de la Bibliothèque Universitaire de Berne
- Articles dans une langue autre que le français ou l'anglais

6.2.3 Stratégies de recherche

Au final, nous retenons cinq stratégies de recherche construites sur l'utilisation de termes [Mesh]. Deux stratégies (stratégie 1 et 2) ont consisté en une recherche simple à l'aide de mots-clés directement sur Pubmed. Les références d'un article (Gräsel, Wiltfang & Kornhuber, 2003) proviennent de la bibliographie d'une autre étude (Svansdottir & Snaedal, 2005) dont vous trouverez le descriptif de la stratégie de recherche ci-dessous.

Le terme [Mesh] que l'on retrouve dans la majorité des stratégies est le suivant :

"Alzheimer's Disease" [Mesh] : A degenerative disease of the BRAIN characterized by the insidious onset of DEMENTIA. Impairment of MEMORY, judgment, attention span, and problem solving skills are followed by severe APRAXIAS and a global loss of cognitive abilities. The condition primarily occurs after age 60, and is marked pathologically by severe cortical atrophy and the triad of SENILE PLAQUES; NEUROFIBRILLARY TANGLES; and NEUROPIIL THREADS. (From Adams et al., Principles of Neurology, 6th ed, pp1049-57) Year introduced: 1998(1963)

A ce terme [Mesh], nous avons associé différents autres termes [Mesh] dont nous apporterons la définition selon Pubmed lors de leur première utilisation. Ces différentes stratégies devraient nous permettre de trouver des articles qui pourraient répondre soit à la première partie de notre question à savoir les interventions infirmières qui peuvent aider à communiquer et à maintenir une relation avec les personnes sévèrement atteintes de démence de type Alzheimer et/ou à la seconde partie sur l'impact des SCPD sur les soignants dans un contexte d'EMS.

Stratégie 1

Recherche simple à l'aide de mots-clés sur Pubmed :

"Snoezelen in dementia"

Le terme « snoezelen » a été introduit dans une stratégie de recherche car nous avons pu lire à plusieurs reprises que la stimulation sensorielle constitue une stratégie pour favoriser ou maintenir une communication et une relation avec les personnes démentes.

Résultats : vingt-deux articles et quatre revues de littérature. Trois articles et une revue de littérature ont été retenus sur la base des critères de sélection développés au point 5.2.

- Livingston, M.D., Johnston, K., Katona, C., Paton, J. & Constantine, G. (2005). *Systematic Review of Psychological Approaches to the Management of Neuropsychiatric Symptoms of Dementia.*
- Van Weert, J.C., Dulmen Van, A.M., Spreeuwenberg, P.M., Bensing, J.M. & Ribbe, M.W. (2005). *The effects of the implementation of snoezelen on the quality of working life in psychogeriatric care. (1)*
- Van Weert, J.C., Dulmen Van, A.M., Spreeuwenberg, P.M., Bensing, J.M. & Ribbe, M.W. (2005). *Behavioral and mood effects of snoezelen, integrated in 24-hour dementia care. (2)*
- Van Weert, J.C., Kerkstra, A., Dulmen Van, A.M., Bensing, J.M., Peter, J. & Ribbe, M.W. (2004). *The implementation of snoezelen in psychogeriatrics care: an evaluation through the eyes of caregivers. (3)*

Stratégie 2

Recherche simple à l'aide de mots clés sur Pubmed :

"Snoezelen and communication"

Résultats : quatre articles et une revue de littérature. Un article a été retenu sur la base des critères de sélection précédemment cité au point 5.2.

- Van Weert, J.C., Dulmen Van, A.M., Spreeuwenberg, P.M., Bensing, J.M. & Ribbe, M.W. (2005). *Effects of snoezelen, integrated in 24h dementia care, on nurse-patient communication during morning care.* (4)

Stratégie 3

"Alzheimer's Disease" [Mesh] AND "Music Therapy" [Mesh] AND "Behavioral Symptoms" [Mesh]. Cette stratégie met en évidence deux nouveaux termes [Mesh] issus de nos lectures sur le domaine. La musicothérapie est ressortie notamment dans l'ouvrage sur la validation de Naomi Feil (1990), auteure de référence dans les soins aux personnes atteintes de démence. Le terme [Mesh] "Behavioral Symptoms" est la traduction de « symptômes comportementaux », manifestations fréquemment présentes dans les états démentiels.

"Music Therapy" [Mesh] : The use of music as an adjunctive therapy in the treatment of neurological, mental, or behavioral disorders. Year introduced: 1974

"Behavioral Symptoms" [Mesh] : Observable manifestations of impaired psychological functioning. Year introduced: 1998

Résultats: neuf articles et une revue de littérature. Un article a été retenu sur la base des critères de sélection développés ci-dessous.

- Svansdottir, H.B. & Snaedal, J. (2005). *Music therapy in moderate and severe dementia of Alzheimer's type : a case-control study.*
- De la bibliographie de cette étude, nous avons extrait la référence suivante (revue de littérature) que nous avons pu retenir conformément aux critères de sélection : Gräsel, E., Wiltfang, J. & Kornhuber, J. (2003). *Non-Drug Therapies for Dementia: An Overview of the Current Situation with Regard to Proof of Effectiveness.*

Stratégie 4

"Alzheimer's Disease" [Mesh] AND "Job Satisfaction" [Mesh] AND "Stress, Psychological" [Mesh]. Le choix des termes [Mesh] "Job Satisfaction" et "Stress, Psychological" s'est aussi fait sur la base de lectures sur le domaine ainsi que sur la perception que nous avons de l'impact des SCPD sur les soignants. Pour nous, la

notion de stress est indissociable de celle de la satisfaction et de la qualité de vie au travail.

"Job Satisfaction" [Mesh] : Personal satisfaction relative to the work situation. Year introduced: 1976

"Stress, Psychological" [Mesh] : Stress wherein emotional factors predominate. Year introduced: 1973

Résultats : trois articles. Un article a été retenu conformément aux critères de sélection.

- Visser, S.M., McCabe, M.P., Hudgson, C., Buchanan, G., Davison, T.E. & George, K. (2008). *Managing behavioural symptoms of dementia : Effectiveness of staff education and peer support.*

Stratégie 5

"Dementia" [Mesh] AND **"Stress, Psychological"** [Mesh] AND **"Job Satisfaction"** [Mesh]

"Dementia" [Mesh] : An acquired organic mental disorder with loss of intellectual abilities of sufficient severity to interfere with social or occupational functioning. The dysfunction is multifaceted and involves memory, behavior, personality, judgment, attention, spatial relations, language, abstract thought, and other executive functions. The intellectual decline is usually progressive, and initially spares the level of consciousness. Year introduced: 1981(1963)

Résultats : dix-neuf articles et une revue de littérature. Deux articles sont retenus selon les critères de sélection.

- Zimmerman, S., Williams, C.S., Reed, P.S., Boustani, M., Preisser, J.S., Heck, E. & Sloane, P.D. (2005). *Attitudes, Stress and Satisfaction of Staff Who Care for Residents With Dementia.*
- Brodaty, H., Draper, B. & Low, L.F. (2003). *Nursing home staff attitudes towards residents with dementia : strain and satisfaction with work.*

Stratégie 6

"Alzheimer's Disease" [Mesh] AND **"Nursing Homes"** [Mesh] AND **"Workload"** [Mesh]. L'étude de Brodaty, Draper & Low (2003) nous a permis de ressortir un nouveau terme [Mesh] à savoir "Workload" qui a été mis en évidence au travers de l'instrument de recherche (échelle suédoise de satisfaction avec les soins).

"Nursing Homes" [Mesh] : Facilities which provide nursing supervision and limited medical care to persons who do not require hospitalization.

"Workload" [Mesh] : The total amount of work to be performed by an individual, a department, or other group of workers in a period of time. Year introduced: 1992

Résultats : six articles. Un article est retenu conformément aux critères de sélection.

- Edvardsson, D., Sandman, P.O., Nay, R. & Karlsson, S. (2008). *Associations between the working characteristics of nursing staff and the prevalence of behavioural symptoms in people with dementia in residential care.*

Stratégie 7

"Alzheimer's Disease" [Mesh] AND "Behavioral Symptoms" [Mesh] AND "Stress, Psychological" [Mesh] AND "Nurses" [Mesh]

"Nurses" [Mesh] : Professionals qualified by education at an accredited school of nursing and licensed by state law to practice nursing. They provide services to patients requiring assistance in recovering or maintaining their physical or mental health. Year introduced: 1967(1965)

Résultats : deux articles. Un article est retenu sur la base des critères de sélection.

- Roper, J.M., Shapira, J., Beck, A. (2001). *Nurse caregiver feelings about agitation in Alzheimer's disease.*

6.2.4 Méthode d'analyse des études

Avant de procéder à une analyse fine et à la réalisation des grilles de lecture pour les douze études sélectionnées, nous avons parcouru les résumés des articles afin d'étudier leur structure et leur contenu. Nous avons ensuite récolté des informations sur les auteurs afin d'en savoir plus sur leur parcours professionnel et leur importance. Puis, nous avons fait les démarches pour obtenir l'article en texte intégral soit directement pas l'intermédiaire de Pubmed ou en inscrivant le titre de l'étude sur Google. Pour la majorité des articles, nous avons pu les obtenir avec ces stratégies. Cependant, deux articles n'étaient pas disponibles en texte intégral par ce biais-là, nous les avons donc commandés auprès de la Bibliothèque Cantonale de Fribourg et de l'Université de Berne.

Une première traduction des articles rédigés en anglais en vue d'une première lecture nous a permis d'évaluer la qualité de la recherche notamment au niveau de la structure méthodologique par exemple à l'aide du devis de recherche. Cette analyse méthodologique a été réalisée dans la limite de nos compétences. Nous nous sommes appuyés sur les contenus de cours reçus dans les modules 15 et 16.1 pour la réalisation de ce travail de Bachelor ainsi que sur l'ouvrage de Loisel & Profetto-McGrath (2007) sur les méthodes de recherche en sciences infirmières. Cook et Campbell (1979) cité par Loisel & Profetto-McGrath (2007) mentionnent quatre critères importants dont il faut

tenir compte pour évaluer un devis quantitatif. Les études quantitatives de notre panel ont été observées en regard de trois de ces critères :

1. *Le premier critère correspond à la validité statistique : « Quelle est la fiabilité des éléments attestant qu'il y a bien une relation significative entre deux variables ? » (Loiselle & Profetto-McGrath, ibid., p.203).* Cette relation de causalité est mise en évidence au travers de tests statistiques. Malgré des devis quantitatifs différents (corrélational descriptif, prédictif, expérimental, quasi-expérimental, étude cas-témoin), toutes les études sélectionnées reposent sur des tests statistiques tels que le coefficient de corrélation de Pearson, le t-test, le khi carré (χ^2)... De plus, les résultats des études quantitatives sont appuyés par la valeur de « p » (« pourcentage de risque que les résultats positifs obtenus soient dû au hasard », Dubey, s.d., p.5). Dans chaque étude, les chercheurs mentionnent si les résultats obtenus sont significatifs ou pas. Le chapitre sur l'analyse des statistiques est bien développé dans chaque étude ce qui donne du poids à la valeur et à la fiabilité des résultats.

2. *La validité interne : « S'il y a bien une relation, quelle est la fiabilité des éléments attestant que c'est la variable indépendante étudiée [...], plutôt que des facteurs parasites (extrinsèques ou intrinsèques), qui a engendré les résultats ? » (Loiselle & Profetto-McGrath, ibid., p.203).* Concernant ce critère, force est de constater que nous manquons de connaissances scientifiques pour être capable d'évaluer nos études de façon précise. Nous nous basons donc sur la façon dont les auteurs ont évalués eux-mêmes leurs études. De manière générale, tous les auteurs ont mentionné de façon détaillée et précise les limites de leur étude ce qui représente pour nous un gage de fiabilité et de validité (annexe F).

3. *La validité externe : « Quelle est la fiabilité des éléments attestant que les relations observées peuvent se généraliser et s'appliquer à d'autres personnes et contextes, et ce au fil du temps ? » (Loiselle & Profetto-McGrath, ibid., p.203).* En effet, le chercheur qui s'attèle à une étude quantitative souhaite que les résultats découverts puissent être généralisables à d'autres groupes de personnes (Loiselle & Profetto-McGrath, ibid.). Le pouvoir de généralisation des résultats de nos études est peu abordé par les auteurs eux-mêmes. Toutefois, les échantillons retenus nous semblent pertinents et représentatifs de la population ce qui nous permet d'affirmer que la possibilité de généraliser les résultats et de les appliquer à l'ensemble de la population est bonne. Nous avons quelques doutes

sur les possibilités de généralisation des résultats pour l'étude de Svansdottir & Snaedal (2005). En effet, les résultats de cette étude concernent un type de musicothérapie bien précis et à notre sens, il n'est pas sûr que ces résultats puissent être généralisables à d'autres types de musicothérapie comme le chant, l'écoute passive etc.

Mis à part la pertinence du plan d'échantillonnage, la validité externe d'une étude peut aussi être influencée par d'autres aspects. En effet, lorsqu'une intervention est nouvelle, il se peut que les participants tout comme les chercheurs modifient leur comportement (enthousiasme, scepticisme face à la nouvelle approche par exemple) (Loiselle & Profetto-McGrath, 2007). Ainsi, « [...] les résultats reflètent parfois les réactions à la nouveauté plutôt que les qualités intrinsèques du traitement » (Loiselle & Profetto-McGrath, *ibid.*, p.206). Les résultats sont aussi potentiellement influencés par le fait que les sujets ont conscience de participer à l'étude. On parle dans ce cas-là de l'effet Hawthorne (Loiselle & Profetto-McGrath, *ibid.*). Etant donné que nos recherches étudient parfois des interventions nouvelles pour les soignants, nous estimons que le risque de modification du comportement est bien présent. Van Weert et al. (2005) (1) abordent cet effet Hawthorne dans le paragraphe concernant les limites de leur étude. En effet, il est possible que les soignants dans le groupe expérimental où la mise en œuvre du snoezelen a eu lieu aient modifié leur comportement parce qu'ils savaient qu'ils participaient à une étude. Cependant, le fait de procéder à des études en aveugle lorsque cela est possible permet de limiter tous ces risques. Dans plusieurs études consultées, les auteurs ont pris soin de le faire (par exemple : Van Weert et al., 2005, (2) (4)).

En plus des critères de validité de Loiselle & Profetto-McGrath (2007), la rigueur de la méthodologie suivie dans les études a été évaluée à l'aide des grilles de lecture critique d'un article scientifique (quantitatif, qualitatif) élaborée par Nadot & Bassal (2011). Nous avons ensuite réalisé des grilles de lecture pour chaque article en classant les informations dans les chapitres suivants (Annexe F) :

- Auteurs, Titre de la recherche, Journal, Année de publication, Pays
- Question de recherche, Hypothèses / Buts de la recherche
- Population/Echantillon
- Design/Devis, Aspects éthiques
- Méthodologie
- Résultats

- Cadre de référence et concepts utilisés, Discussion et seuil de signification
- Commentaires en lien avec la question de recherche

Cette étape de classement des résultats probants est essentielle à la rédaction d'une analyse. Ce genre de grille est un survol qui permet de synthétiser une grande quantité d'informations (Loiselle & Profetto-McGrath, 2007).

7. Résultats

7.1 Démarche de synthèse des résultats

Après avoir décrit précédemment les différentes étapes suivies pour la recherche et la synthèse des résultats probants, nous développons la manière dont nous allons synthétiser les résultats. En effet, il est important de réfléchir à comment structurer le texte avant de le rédiger pour que l'analyse soit cohérente (Loiselle & Profetto-McGrath, *ibid.*). « (...), l'objectif général est de structurer l'analyse dans le but de parvenir à une présentation logique et synthétique, qui permette de faire le bilan des connaissances sur le sujet » (Loiselle & Profetto-McGrath, *ibid.*, p.147). Afin de rendre compte des résultats de la manière la plus claire possible, nous allons les organiser comme suit : un premier chapitre abordera plus spécifiquement la première partie de notre question de recherche à savoir les interventions infirmières favorisant le maintien de la relation et de la communication avec une personne démente. Les catégories de résultats que nous avons pu dégager pour cette première partie de question sont les suivantes : la stimulation multi-sensorielle (le snoezelen), la musicothérapie, le toucher thérapeutique, l'approche centrée sur la personne (ACP) et le climat de soins, la formation, la supervision et le soutien de la hiérarchie.

Un second chapitre développera l'impact des SCPD sur les soignants permettant de répondre à la deuxième partie de notre question. Les catégories ressorties sont : les perceptions et attitudes des soignants dans les soins aux personnes atteintes de démence, la satisfaction et le stress.

Toutefois, nous avons conscience que ces deux aspects sont indissociables puisque l'impact des SCPD sur les soignants aura forcément une influence sur les stratégies d'intervention que le soignant mettra en place.

7.1.1 Les interventions infirmières

Les interventions infirmières que nous allons développer ci-dessous sont, dans certains articles, abordées dans le sens de la gestion des SCPD. Toutefois, à notre sens, le maintien de la communication et de la relation avec les personnes atteintes de démence passe par la gestion des SCPD parfois si envahissants et perturbateurs et vice versa. Selon Ponticaccia (s.d), médecin dans un centre de gérontologie clinique, les hypothèses psychodynamiques sur l'étiologie des SCPD passent notamment par la prise en compte de la qualité des interactions entre la personne malade et son entourage. Van Weert, Van Dulmen, Spreeuwenberg, Bensing & Ribbe (2005) (2) expriment des propos similaires. Le processus de démence résulte d'une interaction entre une déficience neurologique et des processus psychologiques et sociaux (exemple : l'interaction entre le soignant et le patient atteint de démence) (Van Weert et al., *ibid.* (2)).

La stimulation multi-sensorielle (le snoezelen)

Avant de développer les résultats concernant cette intervention, nous faisons un état des définitions du snoezelen dans la littérature consultée. Van Weert et al. (2005) (1) (2) (4) et Van Weert, Kerstra, Van Dulmen, Bensing, Peter & Ribbe (2004) (3) définissent le snoezelen de la façon suivante : L'équivalent français du terme snoezelen est « stimulation multi-sensorielle ». Dans les articles de ces auteurs, il s'agit d'une approche intégrée dans les soins de 24h qui stimule activement les sens (ouïe, toucher, vue, odorat) dans un environnement non-menaçant et orienté sur le résident (voir dans le chapitre sur l'approche centrée sur la personne) (Van Weert et al., 2005, (1) (2) (4) ; Van Weert et al., 2004, (3)). Le but est de fournir une stimulation sensorielle douce et individuelle respectant les préférences sensorielles propres à chacun sans avoir à fournir un processus cognitif (mémoire, apprentissage) afin de parvenir à ou maintenir un état de bien-être. De ce fait, le snoezelen est considéré comme un outil approprié pour communiquer avec les personnes sévèrement atteintes de démence puisque qu'il ne fait pas appel à des capacités intellectuelles. De plus, le snoezelen devrait réduire les comportements inadaptés et augmenter les comportements positifs des résidents atteints de démence mais aussi réduire le stress des soignants et de là améliorer la qualité de vie au travail. D'un point de vue pratique, les aspects du snoezelen peuvent être utilisés dans les soins quotidiens au lit du patient, dans la salle de bain et le salon (Van Weert et al. *ibid.*, (1) (2) (4) ; Van Weert et al., *ibid.*, (3)). Selon les articles de Gräsel, Wiltfang & Kornhuber (2003) et de Livingston, Johnston, Katona, Paton & Constantine (2005),

la stimulation sensorielle est utilisée pour lutter contre la privation sensorielle chez des patients atteints de démence. Ces interventions de stimulation sensorielle ont lieu dans une pièce spécialisée et durent entre trente et soixante minutes (Livingston et al., *ibid.*).

Les résultats de Livingston et al. (*ibid.*) et de Van Weert et al. (2005) (2) permettent d'affirmer que de manière générale, le snoezelen a eu un effet bénéfique sur l'humeur, les comportements apathiques et agressifs. Toutefois, ces deux groupes d'auteurs ne sont pas d'accord sur les résultats en ce qui concerne les comportements d'agitation. Pour Livingston et al. (2005), le snoezelen a eu un effet bénéfique sur les comportements d'agitation tandis que pour Van Weert et al. (2005) (2), le snoezelen n'a pas d'impact sur l'agitation. Quant à la durée des effets, pour Livingston et al., (*ibid.*), ils se limitent à la durée de la session et jusqu'à l'heure suivante. L'effet à long terme, par exemple un mois après, n'a pas non plus pu être prouvé (Livingston et al., *ibid.* ; Gräsel et al., 2003).

Un effet bénéfique du snoezelen sur l'interaction sociale et la relation avec le résident a par contre été mis en évidence de manière unanime dans les études de Gräsel et al. (2003) et Van Weert et al. (2005) (2) (4). Les résultats de l'étude de Van Weert et al. (2005) (2) (4) montrent que durant les soins du matin, les résidents bénéficiant du programme snoezelen ont montré plus d'attitudes de joie, de bonheur, une relation meilleure avec les aides-soignantes et moins d'attitudes de colère et de désapprobation vis-à-vis des soins. De plus, durant ces mêmes soins, les résidents se sont montrés plus réceptifs à la communication et ont manifesté plus de réactions aux paroles du soignant (par le regard, le sourire). L'hypothèse selon laquelle les résidents parviendraient mieux à se positionner et à donner leur avis s'est également avérée être juste. En effet, il apparaît que les aides-soignantes dans le groupe snoezelen donnent plus d'informations facilitant l'autonomie (communication instrumentale positive²). Van Weert et al. (*ibid.*) (4) expliquent ce résultat par le fait que les aides-soignantes ont appris au cours de la formation à être plus attentives aux besoins physiques, sociaux, émotionnels et spirituels des résidents. Dans ces besoins, on retrouve notamment celui d'être suffisamment informé des soins et de la prise en charge. En conclusion, ces améliorations positives dans l'interaction et la communication ont été attribuées au fait que les aides-soignantes

² Communication instrumentale positive : autonomie, information et orientation... (annexe D)

ont plus utilisé la communication verbale affective positive³ ainsi que la communication non verbale (regard orienté vers le résident, toucher affectif, sourire) que ne l'ont fait les aides-soignantes dans le groupe contrôle (soins habituels) (Van Weert et al., *ibid.*, (4)).

La musicothérapie

Avant de pouvoir nous intéresser aux résultats concernant l'utilisation de la musicothérapie avec les personnes sévèrement atteintes de démence, nous décrivons les différents types de musicothérapie utilisés dans les études abordant cette thématique (Livingston et al., 2005 ; Svansdottir & Snaedal, 2005 ; Gräsel et al., 2003).

Livingston et al. (2005) incluent dans cette thérapie le fait de jouer de la musique durant des sessions prévues à cet effet ou durant des moments particuliers de la journée comme les soins d'hygiène. Les participants sont aussi invités à bouger sur la musique s'ils le souhaitent. Svansdottir & Snaedal (2005) en donnent une définition plus précise. Il s'agit d'un type d'intervention non-pharmacologique basé sur l'utilisation systématique de mélodies, de sons spécifiques et des mouvements. Quant à la revue de littérature de Gräsel et al. (2003), ils entendent l'utilisation de musique ou d'éléments musicaux à des fins de guérison. Pour eux, cette thérapie comprend l'écoute de musique et l'improvisation musicale par le chant par exemple et nourrit l'objectif d'influencer positivement les symptômes sociaux et comportementaux. Selon ces mêmes auteurs, le but de la musicothérapie est de compenser les limitations dans la capacité d'agir et de s'exprimer des patients atteints de démence (Gräsel et al. *ibid.*).

Les études consultées sur cette thématique ressortent un effet de la musicothérapie sur les personnes sévèrement atteintes de démence principalement durant le moment de son utilisation et directement après (Svansdottir et al., 2005 ; Gräsel et al., 2003 ; Livingston et al., 2005). Tout comme pour le snoezelen, cet effet ne semble pas se prolonger sur un long terme. Pour Svansdottir & Snaedal (2005), la musicothérapie a un effet significatif sur ce qu'ils nomment les perturbations des activités⁴ car elle permet une participation

³ Communication verbale affective positive : conversation sociale (ex : « Bonjour, comment ça va ? »), validation (communication orientée sur les émotions, comprendre la réalité subjective dans laquelle est le patient sur le moment), entente et compréhension (montrer son accord et sa compréhension), affection, attitude de partenaire de soins, discussion sur la stimulation sensorielle, question affective (ex : « Comment vous sentez-vous ? Pourquoi êtes-vous si triste ? »)

⁴ Les perturbations des activités comprennent : les comportements de fugue, les activités sans objet et les activités inappropriées.

active des patients durant la session (création d'activités concrètes pouvant donner du sens à leur quotidien). La revue de littérature de Gräsel et al. (2003) met, quant à elle, en évidence un impact de la musicothérapie sur les aptitudes sociales (interactions), l'humeur et la réduction des problèmes de comportement comme l'agitation et l'errance. Cet impact sur les comportements d'agitation est réaffirmé par les études consultées par Livingston et al. (2005).

Le toucher thérapeutique

Les revues de littérature (Livingston et al., *ibid.* ; Gräsel et al., 2003) ainsi que l'article sur la communication soignant-soigné durant les soins du matin lors de l'implantation du snoezelen (Van Weert et al., 2005, (4)) abordent la notion de toucher thérapeutique. Dans certaines études comme dans celle de Livingston et al. (2005), la technique de toucher thérapeutique utilisée est détaillée alors que dans l'étude de Gräsel et al. (2003), aucune précision sur la technique préconisée n'est donnée. Le seul élément apporté par ces auteurs est qu'ils classent le toucher thérapeutique dans la thérapie du milieu comme c'est le cas pour la stimulation sensorielle. Les résultats obtenus ne sont donc pas remis ensemble car il n'est pas sûr qu'ils abordent le même type de toucher thérapeutique. Pour Gräsel et al. (*ibid.*), le toucher thérapeutique est préconisé pour parvenir à la relaxation chez les personnes sévèrement atteintes de démence. Cette approche semble réduire le stress et les problèmes de comportement comme l'agitation motrice ainsi que les vocalisations inappropriées durant la période de l'intervention, mais l'effet ne se poursuivrait pas sur le long terme (Gräsel et al., *ibid.*). Comme mentionné ci-dessus, la technique de toucher thérapeutique appliquée dans les études retenues dans la revue de littérature de Livingston et al. (2005) est détaillée. Il s'agit d'associer aux massages d'autres stimulations sensorielles (musique, odeur, goût). Cette technique aurait pour effet de diminuer les comportements d'agitation et les comportements perturbateurs ceci également seulement durant la session et directement après (effet : maximum cinq jours). Enfin, l'étude de Van Weert et al. (2005) (4) montre que les aides-soignantes appliquant l'approche du snoezelen dans les soins du matin ont plus utilisé le toucher thérapeutique que leurs pairs dans le groupe des soins habituels.

L'approche centrée sur la personne (ACP) et le climat de soins

Plusieurs articles s'intéressent à l'ACP et/ou au climat de soins (Van Weert et al., 2004, (3) ; Van Weert et al., 2005, (1) ; Zimmerman, Williams, Reed, Boustani, Preisser,

Heck & Sloane, 2005, Edvardsson, Sandman, Nay & Karlsson, 2008). Van Weert et al. (2005) (1) thématisent l'ACP en la mettant en lien avec le climat de soins. Edvardsson et al. (2005) n'ont pas nommé l'ACP de manière explicite. Ces auteurs parlent plutôt d'un climat de soins vécu comme étant thérapeutique ou non selon la perception qu'en ont les soignants. Quant à Zimmerman et al. (2005), ils détaillent seulement leur vision de l'ACP.

L'étude de Van Weert et al. (2004) (3) affirme clairement que des changements dans l'organisation journalière des soins et le climat de soins ont eu lieu suite à l'implantation du *snoezelen* et de l'ACP puisque quatre services expérimentaux sur six ont remodelé toute leur organisation quotidienne. Nous ne revenons pas sur les résultats concernant le *snoezelen* car ils ont été développés précédemment. Toutefois, le *snoezelen* et l'ACP seront associés dans la discussion ci-après. Les principales adaptations dans l'organisation des soins sont les suivantes : possibilité de faire les soins d'hygiène le matin ou le soir selon les préférences de la personne soignée ou opportunité de prolonger les soins d'hygiène au-delà du cadre habituel (temps de pause le matin) (Van Weert et al., *ibid.*, (3)). Les aides-soignantes rapportent que la mise en œuvre du *snoezelen* a permis d'aboutir à un style de travail plus décontracté. Elles précisent quand même que tout le travail est effectué dans le temps prévu. Elles expliquent cela par le fait qu'elles se sentaient moins gênées par les comportements dérangeants des résidents (Van Weert et al., 2005, (1)). Les résultats mentionnés ci-dessus mettent en évidence un climat de soins positifs et perçu comme tel par les soignants. Edvardsson et al. (2008) ont cherché à comparer les services dans lesquels le climat de soins est perçu positivement et les services dans lesquels le climat de soins est plutôt négatif. Les résultats obtenus par ces auteurs ont reçu un fort soutien statistique et permettent d'affirmer que les comportements d'errance, de fuite et d'agitation sont significativement plus présents dans les services où les soignants ont une perception négative du climat général de soins en comparaison des services où une perception positive du climat de soins prédomine. Toutefois, Edvardsson et al. (*ibid.*) mentionnent un besoin de recherche supplémentaire notamment sur comment créer et maintenir un climat de soins favorable. L'effet de ce climat sur les résidents pourrait aussi être plus développé. Ces auteurs concluent leurs résultats en s'appuyant sur d'autres articles. Des recherches précédentes soutiennent l'argument qu'un climat de bien-être est essentiel pour les personnes atteintes de démence. Kitwood (1997) cité par Edvardsson et al.

(2008) affirme que les souvenirs émotionnels sont plus longtemps présents que les souvenirs « cognitifs » chez les personnes atteintes de démence. Ces souvenirs émotionnels sont utilisés pour interpréter et communiquer dans le présent (Kitwood, 1997, cité par Edvardsson et al., *ibid.*). Par conséquent, un climat de soins calme, chaleureux et accueillant pourrait faciliter le bien-être et l'expérience de sécurité chez le résident alors qu'un climat de stress, hostile et peu accueillant pourrait avoir un impact négatif sur le bien-être du patient. Quant à Van Weert et al., (2004) (3) et Zimmerman et al. (2005), ils n'utilisent pas le terme de « climat de soins » mais plutôt celui « d'attitude et d'approche de soins ». Dans les services où le *snoezelen* est développé, les aides-soignantes rapportent qu'elles prennent plus de temps pour réaliser leurs soins. Voici une parole d'une soignante évoquant cela : « (...) Avant tout était fait vite, vite, vite, sortir les gens du lit... Mais maintenant, nous avons plus de temps pour l'autre » (Van Weert et al., 2004., (3)). Ces mêmes soignantes précisent qu'avant l'implantation du *snoezelen*, le soin était orienté vers la tâche et moins vers le résident (Van Weert et al., *ibid.*, (3)). Ainsi, l'arrivée du *snoezelen* leur a permis de modifier leur attitude face à la personne soignée. Le concept d' « approche centrée sur la personne » en lien avec le *snoezelen* est décrit dans l'étude de Van Weert et al. (*ibid.*) (3). Pour Zimmerman et al. (2005), cette approche centrée sur la personne en revient à adopter une attitude de soins individualisée face à la personne soignée. Les détails dans la façon de définir cette ACP sont présentés dans la discussion. De manière générale, le fait d'adopter une attitude de soins centrée sur la personne implique de ne pas se restreindre à « la maladie du résident » mais de considérer « le résident avec une maladie » (Van Weert et al., 2004, (3)). Le changement dans l'attitude des soignants a abouti à des résultats positifs chez les résidents. Les soignants remarquent qu'ils sont plus réceptifs et qu'il est plus aisé d'établir une communication avec eux. De plus, il semble que les résidents manifestant de l'agitation, de l'agressivité deviennent plus calmes et satisfaits des soins (Van Weert et al., *ibid.*, (3)).

La formation, la supervision et le soutien de la hiérarchie

Tout d'abord, les études abordant exclusivement la formation sont détaillées (Livingston et al., 2005 ; Gräsel et al., 2003 ; Van Weert et al., 2004, (3) ; Roper et al., 2001 ; Edvardsson et al., 2008). De manière générale, tous ces auteurs s'accordent sur le fait que la formation constitue un élément important. Livingston et al. (2005) et Gräsel et al. (2003) consacrent tous les deux un chapitre à la formation des soignants dans leur

revue de littérature. Pour Van Weert et al. (2004) (3), la formation a été identifiée comme étant à la base de tout changement dans les habitudes d'une personne. Toutefois, l'impact de cette formation à la fois sur l'établissement d'une relation et d'une communication avec les personnes démentes et sur les SCPD diverge selon les études. Pour Livingston et al., (2005), la formation contribue à la réduction de l'expression de violence par le résident envers le soignant. Roper et al. (2001) développe un résultat intéressant mais qui ne peut pas être comparé directement avec celui de Livingston et al. (2005) ou avec ceux que nous développerons ci-dessous. Roper et al. (2001) mettent en évidence que les soignants avec le moins d'années de formation dans les soins ont plus tendance à se retrouver dans une attitude de personnalisation de la maladie c'est-à-dire notamment qu'ils s'identifient personnellement avec le patient et qu'ils ont de la difficulté à maintenir une distance professionnelle adéquate (Roper et al., *ibid.*).

Quant à Gräsel et al. (2003) pour qui la formation devrait constituer une piste pour améliorer les comportements et les états émotionnels des résidents obtiennent des résultats différents selon les études consultées. Trois études quasi-expérimentales (Kihlgren et al., 1993 ; Wells et al., 2000 ; McCallion et al., 1999) consultées par Gräsel et al. (*ibid.*) affirment que suite à la formation, les soignants étaient plus en mesure d'offrir des soins dans un climat positif propice à une meilleure coopération et participation des résidents dans les activités de la vie quotidienne. De plus, une augmentation du contact verbal soignant-soigné durant les soins du matin a été observée. C'est précisément sur ce dernier aspect qu'une autre étude consultée par Gräsel et al. (2003) met en évidence un résultat inverse. Selon Chappell & Reid (2000) cité par Gräsel et al., (2003), il n'y a pas de lien significatif entre la formation des soignants et les compétences d'expression des résidents. Les résultats de l'étude d'Edvardsson et al. (2008) n'ont, quant à eux, pas montré d'effet significatif de la formation sur les manifestations de SCPD contrairement à ce qu'ils auraient pensé.

Pour poursuivre, les résultats des études abordant le soutien de la hiérarchie et la supervision sont détaillés (Van Weert et al., 2004, (3) ; Visser, McCabe, Hudgson, Buchanan, Davison & George, 2008 ; Edvardsson et al., 2008 ; Brodaty Draper & Low, 2003).

Van Weert et al. (2004) (3) ont clairement mis en évidence que les soignants ont besoin du soutien du supérieur et de la direction pour poursuivre leur effort dans le changement

de leurs habitudes. Ce soutien de la hiérarchie a aussi intéressé Visser et al. (2008) puisqu'ils ont mené une recherche abordant spécifiquement l'efficacité de la formation avec ou sans le soutien du supérieur hiérarchique direct comme une stratégie de gestion des SCPD. Pour ces auteurs, le soutien de la hiérarchie inclut l'échange d'informations, un soutien mutuel, une cohésion de groupe. Ce soutien a pour but d'augmenter le coping, l'efficacité personnelle, la sécurité dans l'équipe et de diminuer l'isolement social et le stress (Kurtz, 1977, cité par Visser et al., 2008). Les résultats de cette étude révèlent que contrairement à leurs attentes, la formation associée au soutien de la hiérarchie n'est pas plus efficace que la formation sans ce soutien dans la réduction des SCPD et dans le niveau de burn-out des soignants. Toutefois, les soignants recevant la formation associée au soutien de la hiérarchie perçoivent que leurs compétences et connaissances ont augmenté. Cependant, ces soignants ainsi que ceux du groupe sans intervention (groupe contrôle) mentionnent des obstacles au changement (Visser et al., *ibid.*). Ces éléments pourraient signifier que les soignants dans le groupe formation associée au soutien de la hiérarchie ressentent qu'ils ont des compétences et de la motivation pour amorcer un changement dans leur façon d'interagir avec les résidents mais que l'aménagement de l'environnement rendrait cela difficile (Visser et al., *ibid.*).

La supervision est également mentionnée dans plusieurs articles (Visser et al., 2008 ; Brodaty et al., 2003 ; Edvardsson et al., 2008 ; Van Weert et al., 2004, (3)). Nous y reviendrons dans la discussion.

7.1.2 L'impact des SCPD sur les soignants

A notre sens, l'impact des SCPD sur les soignants est directement en lien avec la perception qu'ils possèdent de la maladie et des soins aux personnes atteintes de démence. Nous développons ci-dessous, pour commencer, les perceptions des soignants mises en évidence au travers des articles sélectionnés avant de nous intéresser plus spécifiquement à l'impact des SCPD sur les soignants par le biais du sentiment de satisfaction au travail et de la notion de stress.

Les perceptions / attitudes des soignants dans les soins aux personnes atteintes de démence

Plusieurs études consultées abordent les perceptions et les attitudes des soignants dans les soins aux personnes démentes (Brodaty et al., 2003 ; Roper et al., 2001 ; Zimmerman et al., 2005 ; Visser et al., 2008).

Les résultats de l'étude de Brodaty et al. (2003) mettent en évidence une attitude des soignants plutôt négative. En effet, tous les items avec lesquels les soignants sont d'accord sont négatifs. Les cinq perceptions prévalentes que possèdent les soignants prenant en charge des patients atteints de démence sont les suivantes : « ils sont anxieux », « ils ont peu de contrôle sur leurs problèmes comportementaux », « ils sont imprévisibles », « ils sont solitaires », « ils sont apeurés et vulnérables ». Ces auteurs ont aussi questionné les soignants sur les manifestations auxquelles ils ont le plus de peine à faire face. Plus de la moitié des soignants interrogés ont répondu : « les résidents qui sont agressifs, hostiles », « ceux qui ont peu de contrôle sur leurs difficultés comportementales », « ceux qui sont obstinés/résistants », « ceux qui sont délibérément difficile » et « les résidents qui sont imprévisibles » (Brodaty et al., *ibid.*). Il ressort également de cette étude que les réponses des attitudes des soignants face aux soins de la personne démente ne sont pas corrélées significativement avec l'âge de ceux-ci ni avec les années d'expérience en EMS (Brodaty et al., *ibid.*).

Quant aux études de Zimmerman et al. (2005) et Visser et al. (2008), il en ressort plutôt des attitudes positives. Pour Zimmerman et al. (2005), la perception/l'attitude du soignant est à mettre en lien avec le type d'approche/de philosophie de soins qu'adopte le soignant. Les résultats de cette étude mettent en évidence que les perceptions des soignants optant pour une attitude centrée sur le résident sont plutôt positives. Cette étude montre que le personnel s'estimant bien formé dans les soins aux personnes atteintes de démence est aussi plus susceptible d'adopter une attitude positive. Quant à l'étude de Visser et al. (2008), ils ont cherché à savoir si les attitudes/perceptions des soignants se modifient selon l'intervention à laquelle ils étaient soumis (groupe contrôle = sans intervention, groupe avec la formation, groupe avec la formation associée au soutien de la hiérarchie). Les soignants rapportent des scores permettant d'affirmer qu'ils sont plutôt d'accord avec les déclarations⁵ et ceci indépendamment du groupe dans lequel ils se trouvent (Visser et al., *ibid.*). Ceci montre qu'ils ont une perception plutôt positive.

⁵ « Je suis intéressé à travailler avec des résidents atteints de démence »

« Je ressens qu'il est possible d'améliorer les comportements difficiles des résidents atteints de démence en mettant en place de nouvelles stratégies »

« Une partie de mon rôle est de développer et de mettre en œuvre des stratégies pour faire face aux comportements difficiles »

Roper et al. (2001) ont identifié deux patterns distincts reflétant les sentiments des soignants. Le premier pattern concerne le soignant qui « personnalise » la maladie c'est-à-dire qu'il s'identifie au patient et/ou identifie celui-ci à un proche (Roper et al., *ibid.*). Sa perception de la personne atteinte de démence et des soins à cette même personne est donc plutôt négative. Dans cette manière d'aborder la relation soignant-soigné, le soignant se sent vulnérable face à la maladie, nourrit des attentes irréalistes face au patient et à lui-même. Il se retrouve donc confronté à des sentiments de frustration, d'impuissance et de désespoir et parfois infantilise la personne malade (Roper et al., *ibid.*). La présente étude montre que les soignants qui « personnalisent » la maladie sont sur-impliqués ou engagés de manière dysfonctionnelle avec les patients et souvent submergés par leurs propres émotions. Le deuxième pattern mis en évidence au travers de cette étude est le soignant qui « contextualise » la maladie (Roper et al., *ibid.*) et qui a donc une vision plutôt positive du patient atteint de troubles cognitifs. Celui-ci parvient à donner du sens au comportement du patient et à l'attribuer au processus pathologique de la maladie. De ce fait, le soignant a des attentes réalistes qui se basent sur les capacités que le patient conserve et n'exprime pas de sentiments de frustration, d'impuissance ou de désespoir. De plus, les soignants expriment le fait qu'ils ne se laissent pas submerger ni toucher personnellement par les manifestations des patients telles que l'agitation.

La satisfaction

La satisfaction apparaît très en lien avec les attitudes et les perceptions des soignants face aux personnes démentes. Toutefois, des résultats en lien avec ce sentiment ne peuvent pas être classés dans les différents chapitres déjà abordés, c'est pourquoi nous faisons le choix d'un chapitre séparé. Dans la discussion des résultats, la satisfaction sera remise en lien notamment avec les attitudes et perceptions des soignants.

De nombreuses études ont évalué la satisfaction au travail des soignants œuvrant en EMS. (Brodaty et al., 2003 ; Zimmerman et al., 2005 ; Roper et al., 2001 ; Van Weert et al., 2005, (1) ; Edvardsson et al., 2008). Pour trois de ces auteurs, un parallèle est possible entre la perception/l'attitude du soignant et la satisfaction. En effet, les soignants qui ont une perception négative se disent insatisfaits au travail. Zimmerman et al. (2005) rajoutent qu'ils ont pu mettre en évidence un lien hautement significatif entre le fait d'avoir une attitude centrée sur la personne et d'avoir un contact avec le patient et

le sentiment de satisfaction au travail. Ceci signifie que plus le soignant a une attitude positive, plus il est susceptible d'éprouver de la satisfaction au travail (Zimmerman et al., *ibid.*). Van Weert et al. (2005) (1) affirment eux aussi que les aides-soignantes dans les services où le *snoezelen* est mis en place se disent plus satisfaites notamment par rapport à la qualité des soins et au contact qu'elles peuvent avoir avec les résidents. Ces deux études permettent d'affirmer qu'il y a un lien clair entre la satisfaction au travail et la relation, communication entre le soignant et le soigné. Pour Roper et al. (2001), la satisfaction va aussi de pair avec l'attitude des soignants. Le soignant qui se retrouve dans une attitude de « personnalisation » de la maladie c'est-à-dire qu'il s'identifie au patient et qu'il ne parvient pas à prendre du recul sur la situation et la pathologie mais aussi sur le plan émotionnel (« se laissant submerger par ses émotions ») ne se sent pas satisfait de son travail et exprime des sentiments de frustration, d'impuissance, de désespoir et d'insuffisance. A l'inverse, le soignant qui arrive à prendre un certain recul sur la situation et sur le plan émotionnel se sent satisfait des soins qu'il offre à la personne atteinte de démence.

La satisfaction est ci-dessous considérée par rapport à la situation générale au travail (Brodaty et al., 2003), au stress et à la formation (Zimmerman et al., 2005) et enfin à l'âge du soignant (Brodaty et al., 2003 ; Zimmerman et al., 2005).

Concernant la situation générale au travail, Brodaty et al. (2003) affirment que la plupart des soignants disent l'apprécier et être contents des responsabilités et de l'indépendance qu'ils ont. Cependant, la moitié de ceux-ci rapportent un manque de temps pour effectuer leurs tâches ainsi que des inquiétudes quant au fait que leur travail puisse être affecté par des changements organisationnels (Brodaty et al., *ibid.*). Zimmerman et al. (2005) considèrent également d'autres facteurs comme pouvant avoir un lien avec le sentiment de satisfaction au travail. Selon eux, plus le stress au travail est important, plus la satisfaction diminue. Concernant le degré de formation, les soignants se disent plus satisfaits lorsqu'ils ont le sentiment d'avoir suffisamment de compétences pour prendre soin des personnes atteintes de démence (Zimmerman et al., 2005).

Des différences dans les résultats entre les études de Brodaty et al. (2003) et Zimmerman et al. (2005) sont visibles en ce qui concerne l'âge des soignants. Les résultats statistiques de l'étude de Brodaty et al. (2003) montrent qu'il y a une corrélation significative entre l'âge des soignants et le sentiment de satisfaction au

travail. La satisfaction au travail semble diminuer à mesure que le soignant avance en âge. Quant à l'étude de Zimmerman et al. (2005), elle rapporte aussi une légère différence entre l'âge des soignants et le sentiment de satisfaction mais la différence principale réside dans le fait que selon ces auteurs, les travailleurs âgés éprouvent plus de satisfaction.

Le stress

Pour terminer ce chapitre concernant les résultats, nous nous intéressons à la notion de stress chez les soignants prenant soin de personnes atteintes de démence. Celle-ci a été abordée dans les articles d'Edvardsson et al. (2008) de Zimmerman et al. (2005), Brodaty et al. (2003) et Van Weert et al. (2005) (1). Le stress va être abordé sous plusieurs angles : le lien entre le stress et l'attitude/la perception du soignant ainsi que le climat de soins (Edvardsson et al, 2008 ; Zimmerman et al., 2005 ; Brodaty et al., 2003 ; Van Weert et al., 2005, (1)), l'impact du stress sur les résidents (Edvardsson et al., 2008), le lien entre le stress, l'âge et le sexe du soignant (Edvardsson et al., 2008 ; Zimmerman et al., 2005 ; Brodaty et al., 2003).

Les résultats de l'étude d'Edvardsson et al. (2008) montrent que les soignants évaluant leur stress comme élevé sont significativement plus souvent ceux qui estiment que leur climat de soins est plutôt négatif. Zimmerman et al. (2005) corroborent ces résultats en affirmant qu'ils ont mis en évidence une corrélation possible entre les attitudes des soignants et le stress. Il semblerait que si le soignant adopte une attitude positive, il ressentirait moins de stress. Van Weert et al. (2005) (1) ont aussi mis en évidence que les aides-soignantes dans les services où le *snoezelen* est développé montrent moins de réactions de stress et de signes d'épuisement que leurs pairs dans les services où les soins habituels se poursuivent. En revanche, les résultats de ces trois études sont contredits par Brodaty et al. (2003) pour qui le fait d'avoir une attitude négative face à un patient atteint de démence n'est pas synonyme d'un stress plus élevé. En effet, les soignants interrogés par ces auteurs ayant une attitude négative expriment un niveau de stress plus faible.

L'impact du stress sur les résidents a été mis en évidence dans la seule étude d'Edvardsson et al. (2008). Les résultats montrent que les résidents se trouvant dans les services où le stress est perçu comme élevé semblent avoir plus de difficultés dans les activités de la vie quotidienne et présenter plus de déficits sur les plans de la

communication verbale et de la motricité. Les comportements verbalement perturbateurs (crier continuellement, chercher constamment l'attention des soignants) semblent aussi significativement plus importants dans les services où les soignants perçoivent un degré de stress élevé. Une interprétation possible formulée par ces auteurs pour la haute prévalence des SCPD dans les services où le stress est perçu comme élevé serait que les soignants vivant des caractéristiques de travail tendues adoptent une attitude plus distante envers les résidents. Une telle distance entre les résidents et les soignants pourrait créer un sentiment d'insécurité chez le résident (Kitwood, 1997, cité par Edvardsson et al., 2008).

Les études d'Edvardsson et al. (2008) ainsi que de Zimmerman et al. (2005) et Brodaty et al. (2003) font des liens entre l'âge, le sexe du soignant et le stress. Pour Edvardsson et al. (2008), les jeunes soignantes avec peu d'expérience expriment significativement plus de stress que les autres catégories de soignants. Quant à Zimmerman et al. (2005), il apparaît de leur recherche que ce sont les jeunes soignants qui éprouvent le plus de stress. Ainsi les soignants plus âgés (45 ans et plus) seraient moins stressés. Brodaty et al. (2003) n'apportent pas de résultat sur ce lien possible entre le sexe du soignant et l'âge. Par contre, ces auteurs ne partagent pas l'avis d'Edvardsson et al. (2008) et de Zimmerman et al. (2005) qui affirment que le manque d'expérience peut constituer une cause de stress. Pour Brodaty et al., (2005), au contraire, l'expérience et l'âge augmenterait le risque de se sentir stressé au travail.

7.2 Tableau récapitulatif des résultats similaires et divergents entre les études

Interventions infirmières favorisant le maintien de la relation et de la communication avec les personnes démentes

Stimulation multi-sensorielle (snoezelen)

<i>Résultats similaires (par rapport à la relation et à la communication)</i>	<i>Etudes</i>
Effets + sur : l'interaction sociale et la relation, ↑ réactions (sourire, regard), ↑ communication verb. (résidents) Effets sur les soignants : ↑ commun. verbale affective (+) et commun. non verbale (regard, toucher affectif, sourire)	Gräsel et al. (2003) Van Weert et al. (2005) (2) (4) (Approche orientée sur le résident intégrée dans les soins de 24h)
<i>Résultats divergents (par rapport aux SCPD)</i>	<i>Etudes</i>
Effets + : durant la session et une heure après Effets + sur : l'agitation, l'humeur, l'agressivité, l'apathie	Livingston et al. (2005) (pièce spécialisée, session de 30 à 60 min.)
Pas d'effets sur : agitation, cpts antisociaux et anxieux	Van Weert et al. (2005) (2)

Musicothérapie et toucher thérapeutique

<i>Résultats similaires</i>	<i>Etudes</i>
Musicothérapie : effets + sur : agitation, errance, fugue..., les aptitudes sociales et l'interaction <u>durant la session et directement après</u> , pas de preuve sur l'efficacité à long <u>terme</u>	Livingston et al. (2005) Svansdottir & Snaedal (2005) Gräsel et al. (2003)
Toucher thérapeutique : effets + sur : ↓ agitation, cpts perturbateurs (vocalisations inappropriées) <u>durant la session et directement après</u>	Livingston et al. (2005) Gräsel et al. (2003)

ACP / climat de soins

<i>Résultats similaires</i>	<i>Etudes</i>
ACP = définie de manière complémentaire (voir dans la discussion)	Van Weert et al. (2004) (3) ; Edvardsson et al. (2008)
Climat vécu comme soignant (voir dans la discussion)	Zimmerman et al. (2005)

Formation, supervision et soutien de la hiérarchie

<i>Résultats similaires</i>	<i>Etudes</i>
Quel type de formation est utile et nécessaire ? Formation centrée sur la pathologie ? Formation basée sur l'expérience de la personne soignée ? > préciser de quel type de formation on parle	Gräsel et al. (2003) Edvardsson et al. (2008)
Formation considérée comme importante	Livingston et al. (2005) ; Gräsel et al. (2003)
<i>Résultats divergents</i>	<i>Etudes</i>
Effets + sur : expression de violence, meilleure coopération et participation des	Livingston et al. (2003) Kihlgren et al., 1993 ; Wells et al., 2000 ; McCallion et al., 1999,

résidents, ↑ contact verbal soignant-soigné	cité par Gräsel et al., (2003)
Pas d'effets sur les SCPD et compétences d'expression des résidents	Chappell & Reid, 2000 cité par Gräsel et al., (2003) Visser et al. (2008) Edvardsson et al. (2008)
Besoin de pouvoir discuter des situations de soins, des conflits éthiques > supervision	Visser et al. (2008) Van Weert et al. (2004) (3) Brodaty et al. (2003)

Impact des SCPD sur les soignants

Perceptions / attitudes des soignants dans les soins aux personnes atteintes de démence

<i>Résultats divergents</i>	<i>Etudes</i>
Perception plutôt (-)	Brodaty et al. (2003) Roper et al. (2001) (pattern « personnalisation de la maladie »)
Perception plutôt (+)	Zimmerman et al. (2005) Visser et al. (2008) Roper et al. (2001) (pattern « contextualisation de la maladie »)

Satisfaction

<i>Résultats similaires</i>	<i>Etudes</i>
Lien clair entre satisfaction et relation (contact) avec le résident, ACP = ↑ satisfaction	Zimmerman et al. (2005) ; Van Weert et al. (2005) (1)
<i>Résultats divergents</i>	<i>Etudes</i>
Satisfaction ↓ quand l'âge du soignant ↑	Brodaty et al. (2003)
Satisfaction ↑ quand l'âge du soignant ↑	Zimmerman et al. (2005)

Stress

<i>Résultats divergents</i>	<i>Etudes</i>
Perception (+) = moins de stress / Perception (-) = plus de stress	Edvardsson et al. (2008)
Manque d'expérience = source de stress	Zimmerman et al. (2005)
Attitude (-) = moins de stress	Brodaty et al. (2003)
↑ âge et expérience = ↑ stress	

8. Discussion

Dans ce présent chapitre, nous allons, pour commencer, émettre une critique sur la qualité des résultats obtenues. Nous poursuivrons en commentant les résultats significatifs en vue de répondre à la question de recherche.

8.1 Qualité des résultats

Afin d'évaluer la qualité des résultats obtenus, nous allons revenir sur les devis utilisés, les méthodes de récoltes des données, les échantillons des études et les mesures éthiques.

Les résultats développés ci-dessus sont basés sur la sélection de douze articles dont deux revues de littérature et dix articles qui ont été réalisés sur une période allant de 2001 à 2008 ce qui nous amène à dire qu'elles sont récentes et que les résultats ressortis reflètent l'état actuel des connaissances. Huit articles ont un devis quantitatif, une étude est qualitative et une autre repose sur une méthode mixte (annexes E, F). Afin d'évaluer la qualité des résultats présentés ci-dessus, nous nous basons sur les critiques développées par les auteurs de chaque étude ainsi qu'à l'aide des grilles de lecture critique de Nadot & Bassal (2011) que nous avons complétées pour huit d'entre elles (annexe F).

Concernant les huit études quantitatives sélectionnées, les devis utilisés diffèrent quelque peu. Sur ces huit études, quatre ont un devis non expérimental (Brodaty et al., 2003 ; Zimmerman et al., 2005 ; Edvardsson et al., 2008 ; Svansdottir & Snaedal, 2005). La recherche non expérimentale est une « étude dans laquelle le chercheur rassemble des données sans modifier le cadre de son enquête » (Loiselle & Profetto-McGrath, 2007, p.193). En effet, dans ces études, la plupart cherche à évaluer les attitudes, le stress, la satisfaction ou les caractéristiques du travail des soignants travaillant au contact de personnes atteintes de démence. Nous pouvons faire l'hypothèse que ce devis est approprié car les auteurs ne souhaitent pas modifier ni l'environnement ni les caractéristiques des patients atteints de démence avant de réaliser leur étude. Concernant l'étude de Svansdottir et Snaedal (2005), il s'agit d'une étude avec un devis cas-témoin. Loiselle & Profetto-McGrath (2007) définissent ce type de devis comme suit : « Devis non expérimental de recherche reposant sur la comparaison d'un « cas » (personne

atteinte de l'affection étudiée (...) avec un cas témoin correspondant (personne similaire n'ayant pas cette affection) » (p.194). Le principal inconvénient de ce devis est le fait qu'il ne permette pas de mettre en lumière avec certitude les relations causales (Loiselle & Profetto-McGrath, *ibid.*). Une limite principale de cette étude se situe, de ce fait, déjà dans le choix du devis de recherche puisque celui-ci ne permet pas d'affirmer avec certitude qu'il y a une relation causale entre l'intervention de musicothérapie et les manifestations des SCPD. Toutefois, nous souhaitons garder cette étude dans notre panel car l'échantillon concerne des personnes sévèrement atteintes de démence, population cible de notre revue de littérature.

Les quatre autres études ont soit un devis expérimental ou quasi-expérimental (Visser et al., 2008 ; Van Weert et al., (2005), (1) (2) (4)). Visser et al. (2008) utilisent dans leur recherche un devis expérimental. La différence principale d'un devis expérimental et non expérimental repose sur le fait que dans les recherches expérimentales, le chercheur est actif alors que dans les études non expérimentales celui-ci est plutôt observateur et passif (Loiselle & Profetto-McGrath, 2007). En effet, dans leur étude, Visser et al. (2008) sont actifs car ils mettent en place des stratégies (pas d'intervention, formation uniquement, formation associée au soutien du supérieur hiérarchique direct) pour évaluer si ces interventions ont une influence dans la gestion des SCPD. Dans une recherche expérimentale, la répartition de la population cible doit se faire de manière aléatoire (=randomisée) (Loiselle & Profetto-McGrath, *ibid.*). Ce critère a été respecté dans cette étude. Les trois études réalisées par Van Weert et al. (2005) (1) (2) (4) sont des études quasi-expérimentales. Ce type d'étude ressemble beaucoup aux études expérimentales puisqu'elle consiste aussi à manipuler une variable indépendante (dans le cas des études sélectionnées, il s'agit de la mise en place du *snoezelen* dans les services). La seule différence c'est qu'elle ne s'accompagne pas d'une répartition aléatoire ce qui limite la capacité de faire des déductions causales (Loiselle & Profetto-McGrath, 2007).

L'étude qualitative retenue nous permet de nous faire une idée des sentiments et des expériences vécues par les soignants prenant soins de personnes atteintes de démence de type Alzheimer et présentant de l'agitation (Roper et al., 2001). De manière générale, nous pouvons dire qu'il est très difficile d'évaluer une analyse qualitative même pour un chercheur expérimenté car « (...) le lecteur n'a pas les moyens d'établir objectivement

si les chercheurs ont fait preuve de jugement et de perspicacité pour encoder les documents narratifs, élaborer une analyse thématique et intégrer les éléments dans un tout cohérent » (Loiselle & Profetto-McGrath, 2007, p.420). Le fait de pouvoir identifier si le processus analytique c'est-à-dire la technique utilisée pour l'analyse est suffisamment décrite constitue un élément important pour critiquer la validité d'une étude qualitative. Dans l'étude qualitative (Roper et al., 2001), les méthodes de recueil de données à savoir l'observation participante, les interviews et la revue des documents existants sont décrites et définies de façon précise. Les auteurs décrivent ensuite comment ils ont analysé les résultats et comment les deux patterns distincts ont émergé. De plus, le devis de recherche (étude ethnographique) est constant tout au long de l'étude ce qui permet d'affirmer que cette étude a été menée avec rigueur. De ce fait, nous considérons les résultats comme probants et généralisables.

Enfin, la dernière étude consultée peut être appelée « étude mixte » (Van Weert et al., 2004, (3)). « Cette expression désigne souvent les études dans lesquelles on recueille et on analyse à la fois des données qualitatives et des données quantitatives » (Loiselle & Profetto-McGrath, 2007, p.250). Dans cette étude, les données quantitatives concernent la mise en œuvre du *snoezelen* dans les soins quotidiens et les données qualitatives rassemblent les expériences des soignants consécutives à cette implantation par le biais d'interviews semi-structurés. En effet, les données qualitatives peuvent enrichir les essais cliniques entrepris dans le cadre d'un devis expérimental lorsque le chercheur évalue des interventions complexes (Loiselle & Profetto-McGrath, *ibid.*). La structure méthodologique et le contenu de l'article permettent de voir rapidement à quel endroit l'approche qualitative est utilisée. Cela représente pour nous une force de cette étude.

En conclusion de ce tour d'horizon des différents devis des études sélectionnées, nous pouvons dire que la variété de ces devis constitue une richesse pour aborder cette thématique complexe et touchant des domaines très larges.

Concernant les deux revues de littérature retenues, nous avons quelques critiques à formuler (Livingston et al., 2005 ; Gräsel et al., 2003). En effet, ces recherches ne traitent pas spécifiquement d'interventions que l'on peut utiliser avec une personne sévèrement atteinte de démence mais elles abordent plutôt des interventions non-médicamenteuses utiles indépendamment du stade de la maladie dans lequel se trouve la personne. Nous avons donc dû faire le tri nous-mêmes entre ces propositions pour

développer celles qui étaient pertinentes en regard de notre population cible. De plus, elles sont centrées essentiellement sur des techniques de gestion des comportements et moins sur des interventions par rapport à la communication et à la relation avec les personnes démentes. Toutefois ces revues de littérature sont récentes et permettent une vision globale des interventions efficaces, ainsi des parallèles intéressants entre la gestion des SCPD et le maintien de la relation et de la communication sont possibles. Nous mentionnons quand même une limite importante pour l'étude de Gräsel et al. (2003) qui détaille très peu la méthodologie suivie. Cependant, le fait qu'elle est récente et que les interventions évaluées sont bien décrites et expliquées nous amènent à faire le choix de la garder.

Pour poursuivre, nous développons quelque peu les méthodes et/ou les instruments de récoltes de données utilisés dans les différentes études. Pour la majorité des études, les chercheurs ont utilisé des questionnaires construits à l'aide de différentes échelles telles que : les échelles suédoises « Strain in Nursing Care Assessment Scale » et « Satisfaction with Nursing Care and Work Assessment Scale, le « Work Stress Inventory », la « Multidimensional Dementia Assessment Scale », l'échelle basée sur le modèle du stress de Karasek auquel nous faisons référence dans le cadre de référence... D'autres études ont aussi utilisé des interviews associées à un questionnaire ou simplement des interviews. Nous souhaitons relever que dans tous les articles consultés, les méthodes de collectes des données sont très bien décrites et détaillées ce qui permet au lecteur d'avoir des détails importants pour mieux comprendre et interpréter les résultats.

Un autre critère de qualité des études est leur échantillon. En les additionnant (les études de Van Weert et al., 2004, (3) et Van Weert et al. (2005) (1) (2) (4) se basant sur les mêmes échantillons, les chiffres ont été pris en compte qu'une seule fois), notre recherche se base sur un total de 1618 patients et 942 soignants. Tous les patients inclus ont un diagnostic de démence établi. Dans la majorité des études, les patients sont atteints de démence de type Alzheimer à un stade avancé. Toutefois dans certains articles, la précision du type de démence n'est pas apportée. Etant donné que la maladie d'Alzheimer constitue le trois quart des maladies neurodégénératives, nous considérons qu'il y a de fortes chances pour que dans la majorité des études, les chercheurs parlent de ce type de démence. Selon les buts poursuivis par les auteurs, il est fréquent que les

échantillons comportent à la fois des soignants et des patients. Ceci constitue un élément important pour notre recherche puisque nous nous intéressons aux interventions infirmières ayant un impact sur les patients. Toutefois, nous n'oublions pas les soignants puisque nous avons cherché à mettre en évidence l'impact des SCPD sur les soignants dans notre double question. Concernant les soignants, les échantillons sont constitués à la fois d'infirmiers(ères) diplômé(e)s et d'aides soignants(soignantes). Ces différences ont été prises en compte lorsqu'il s'agissait d'interpréter les résultats par rapport à la formation notamment.

Un élément important pour affirmer la validité d'une étude concerne le respect de règles d'éthique. Toutes les études consultées ont tenu compte de ces mesures éthiques à savoir le consentement libre et éclairé des institutions, des soignants et des résidents ou d'un membre de leur famille, la possibilité de se retirer à tout moment de l'étude et l'anonymat des données. La majorité des études ont également été approuvées par des comités d'éthique.

Nous souhaitons également mentionner que toutes les études sélectionnées ont été menées dans des pays occidentaux. Toutefois, trois études ont été menées aux Etats-Unis (Livingston et al., 2005 ; Zimmerman et al., 2005 ; Roper et al, 2001). Il est possible que les différences dans le système de santé, dans les prises en charge et les différences culturelles aient pu jouer un rôle. Cependant, il nous semble que malgré cette petite différence que nous ne pouvons affirmer avec certitude, les résultats peuvent quand même être considérés comme homogènes.

8.2 Discussion des résultats

Dans cette partie, nous allons ressortir les résultats significatifs nous permettant de répondre à notre question de recherche à savoir :

Quelles sont les interventions infirmières qui peuvent aider à communiquer et à maintenir une relation avec une personne sévèrement atteinte de démence de type Alzheimer tout en tenant compte de l'impact des symptômes comportementaux et psychologiques (SCPD) sur les soignants dans un contexte d'EMS ?

Pour ce faire, nous souhaitons organiser notre discussion en abordant, d'abord, les interventions infirmières pouvant aider à communiquer et à maintenir une relation avec une personne démente à un stade avancé. Puis, l'impact des SCPD sur les soignants sera

développé. Ces deux aspects sont très liés mais nous préférons les aborder de manière séparée pour une meilleure compréhension. Les résultats seront commentés en nous appuyant sur les cadres de références précédemment explicités. Les catégories effectuées pour organiser les résultats sont quelque peu modifiées. Pour les interventions infirmières, nous avons choisi les catégories suivantes : la stimulation multi-sensorielle et l'ACP, la musicothérapie et le toucher thérapeutique, la formation, la supervision et le soutien de la hiérarchie. L'impact des SCPD sur les soignants regroupent trois catégories interreliées : les perceptions et attitudes des soignants dans les soins aux personnes atteintes de démence, ces mêmes perceptions et attitudes en lien avec le sentiment de satisfaction au travail puis en lien avec le stress.

8.2.1 Les interventions infirmières

La stimulation multi-sensorielle et l'approche centrée sur la personne (ACP)

Dans ce chapitre, le snoezelen est mis directement en lien avec l'ACP. Le snoezelen apparaît comme une stratégie d'intervention fréquemment mentionnée par les auteurs en ce qui concerne les soins aux personnes atteintes de démence. Les définitions données par ces auteurs ne diffèrent que très peu. La différence principale réside dans le fait que dans l'étude de Livingston et al. (2005), la thérapie a lieu dans une chambre spécialement équipée et durant des moments précis alors que dans les autres articles, le snoezelen est pratiqué durant les soins quotidiens c'est-à-dire sur une période de 24h (Gräsel et al., 2003 ; Van Weert et al., 2004, (3) ; Van Weert et al. (2005), (1) (2) (4)). Un autre aspect est à relever qui n'est mentionné que par certains auteurs. Pour eux, l'approche snoezelen passe par le fait d'adopter une attitude de soins centrée sur la personne. En revanche, toutes les études abordant le snoezelen mettent en évidence qu'il est utilisé pour lutter contre les privations sensorielles que le patient pourrait subir en lien avec sa condition. Andréas Frölich appuie aussi cela en disant que les personnes alitées ou en chaise roulante risquent d'être peu stimulées (Phaneuf, 2007).

La mise en œuvre d'une approche telle que le snoezelen implique des changements dans l'attitude des soignants. En effet le snoezelen requiert d'adopter une attitude de soins centrée sur la personne (Van Weert et al., 2004, (3)). Cette ACP ressort dans deux autres articles qui ne sont pas basés sur le snoezelen (Zimmerman et al., 2005, Edvardsson et al., 2008). Les définitions de cette approche des soins sont complémentaires. Pour Van Weert et al. (ibid.) (3) adopter une approche de soins

centrée sur la personne implique de tenir compte des habitudes de vie, des préférences et des désirs de la personne. En résumé, cela signifie prendre en considération les besoins physiques, psychiques, émotionnels, sociaux et spirituels des personnes soignées. Zimmerman et al. (2005) complètent cette définition en disant que le soignant considère le patient par rapport aux capacités qu'il conserve et pas seulement par rapport à ses pertes et limites en lui donnant la possibilité par exemple de faire des choix. Cette approche est aussi basée sur une attitude empathique, compréhensive, réconfortante de la part du soignant. Celui-ci devrait essayer de donner du sens aux manifestations comportementales que le patient peut avoir. Lévesque et al. (1990) donnent également de l'importance au fait de pouvoir identifier les causes d'un comportement. Elles préconisent aussi l'utilisation de l'empathie pour faciliter les interactions. Quant aux propos d'Edvardsson et al. (2008), ils peuvent être considérés comme une conclusion. Ces auteurs affirment qu'un climat est vécu comme soignant quand les patients peuvent aller à leur rythme, quand ils sont abordés comme des êtres uniques dans un environnement où il y a une philosophie de soins partagée par tous comme l'ACP et où la possibilité de créer et/ou maintenir des relations sociales est offerte. Ces propos sont en accord avec ceux de Lévesque et al. (1990) qui préconisent de choisir le moment opportun (fatigue...) pour aborder la personne atteinte de démence et de respecter les capacités et le rythme de la personne dans les activités de la vie quotidienne. Les définitions articulées ci-dessus correspondent également à la conception humaniste dans laquelle s'inscrit l'ACP développée par Carl Rogers qui la définit comme une thérapie centrée sur le patient dans sa globalité et son individualité (Bulliard Verville, 2005). De plus, les façons dont les auteurs définissent cette approche laissent clairement penser qu'ils ont une vision positive du patient tout comme Rogers. Ceci est visible lorsque Zimmerman et al. (2005) affirment qu'il faut considérer le patient par rapport à ses capacités et non par rapport à ses limites. Rogers affirme toutefois un élément qui n'est repris par aucun auteur ci-dessus. En effet, Rogers insiste sur le fait que l'individu possède en lui-même des ressources considérables lui permettant de se comprendre et d'éventuellement changer son comportement vis-à-vis de lui-même (ACP Pratique et Recherche, 2011). Il se peut que cet élément n'ait pas été repris dans les recherches car il semble difficile d'affirmer qu'une personne atteinte de démence à un stade avancé parvienne encore à se comprendre quand on sait qu'à ce stade, la personne malade a de la peine à savoir qui elle est.

Les effets concernant le snoezelen basée sur l'ACP sont commentés ci-après. Pour les SCPD, le snoezelen apparaît comme une stratégie pas forcément efficace que ce soit à court ou à long terme. Livingston et al. (2005) mettent en évidence un effet bénéfique sur l'humeur, les comportements d'agitation durant la session et directement après (durant une heure) mais les effets ne semblent pas se prolonger (ex : après un mois). Les résultats d'une étude importante indiquent eux que l'intervention snoezelen n'a pas eu d'effet significatif sur les comportements d'agitation ni sur les comportements antisociaux et anxieux (Van Weert et al., 2005, (2)).

Par contre, les effets du snoezelen et de l'ACP sur l'établissement d'une communication et d'une relation avec les personnes atteintes de démence sont unanimement reconnus. Gräsel et al. (2003) ont observé une augmentation de l'interaction sociale avec les patients déments après les sessions. Toutefois, ces auteurs n'ont pas suffisamment de preuve pour se prononcer quant aux possibles effets prolongés de cette thérapie. Les résultats d'une étude importante où les auteurs se sont intéressés spécifiquement à la communication soignant-soigné durant les soins du matin quand le snoezelen est mis en œuvre sont décrits de façon approfondie. (Van Weert et al., 2005, (4)). Il apparaît que les aides-soignantes, dans les soins du matin, ont davantage communiqué de manière non verbale (regard orienté vers le résident, toucher affectif, sourire). Quant à la communication verbale, les aides-soignantes ont plus utilisé une communication dite affective positive c'est-à-dire notamment qu'elles ont utilisé la validation⁶, qu'elles ont adopté une attitude où le patient est un partenaire de soins et qu'elles ont montré de l'affection pour le patient. Lévesque et al. (1990) affirme qu'il faut privilégier la dimension affective de la personne et accorder une grande importance à la communication non verbale. Le contact visuel en se mettant à la hauteur de la personne pour obtenir un indice de réceptivité de sa part est également proposé par Lévesque et al. (1990). Le regard et le sourire notamment se retrouvent dans le concept d'Humanité défini par Jacquard (1987) et repris plus récemment par Yves Gineste et Rosette Marescotti (Phaneuf, 2007). Le regard représente, selon ces auteurs, une source d'éveil et de communication et constitue en lui-même une forme de reconnaissance de l'humain qui habite la personne démente malgré toutes ses limites (Phaneuf, *ibid.*). Le sourire représente également une source de sérénité et constitue donc le propre de

⁶ Validation : communication orientée sur les émotions, comprendre la réalité subjective dans laquelle se trouve le patient dans le moment présent (Van Weert et al., 2005, (4))

l'humain (Phaneuf, *ibid.*). Tous ces éléments permettent aisément de comprendre pourquoi cette communication tant sur le plan verbal que non verbal est essentielle. De plus il apparaît que, chez les résidents, ces changements de communication ont augmenté les réactions (regards, sourires) aux paroles du soignant. Il semble également que les résidents soient parvenus à s'exprimer avec des phrases de longueur normale. Ainsi, on peut dire que la relation entre le soignant et le patient s'est nettement améliorée en lien avec l'utilisation du snoezelen et de l'ACP. En effet, Alenda (2009) consultante en projets Alzheimer et Renard (2009) soulignent que le snoezelen permet de communiquer autrement avec ces personnes atteintes de démence et constitue non pas une méthode mais bien un outil de communication et de relation. Orain (2008) abonde en disant que le snoezelen se vit, se sent dans la relation, dans l'intensité. Comme c'est le cas dans les études de Van Weert et al. (2004) (3) et Van Weert et al. (2005) (1) (2) (4), Orain (2008) mentionne que le snoezelen peut aisément se vivre à n'importe quel moment de la journée puisque l'important se situe dans l'intensité et l'authenticité de la relation vécue. En effet, pour lui, ce n'est pas les objets ou le fait d'avoir une chambre spécialement équipée comme c'est le cas dans l'étude de Livingston et al. (2005) qui donnent de la valeur à l'outil. De plus, comme Orain (2008) le précise, le snoezelen ne doit pas avoir pour but de développer ou de maintenir des capacités cognitives. Cet aspect est également mentionné dans les différentes études consultées. En conclusion, les résultats obtenus sont complètement en accord avec les propos tenus par les experts en stimulation sensorielle que nous avons consultés pour construire notre cadre de référence.

La musicothérapie et le toucher thérapeutique

Concernant les interventions de musicothérapie et de toucher thérapeutique, les études s'accordent sur le fait que leurs effets sur les personnes atteintes de démence principalement sur les comportements d'agitation sont intéressants durant les sessions et directement après mais qu'il n'y a pas d'effet significatif sur le long terme (Svansdottir & Snaedal, 2005 ; Livingston et al., 2005 ; Gräsel et al., 2003). Les résultats de l'étude de Gräsel et al. (*ibid.*) qui se prononcent en faveur de la musicothérapie pour améliorer notamment les aptitudes sociales (interaction) chez les personnes atteintes de démence sont à prendre avec un certain recul puisqu'ils se basent sur des études non contrôlées. Les différents auteurs retenus dans les cadres de référence préconisent, eux, autant la musicothérapie que le toucher thérapeutique dans les soins aux personnes démentes. En

effet, la musicothérapie est mentionnée dans la stimulation basale d'Andréas Frölich. Celle-ci s'attache à stimuler tous les sens pour parvenir à entrer en relation avec la personne atteinte de démence (Phaneuf, 2007). Pour le toucher thérapeutique, Lévesque et al. (1990), Phaneuf (2007) et Ylieff (1979) le proposent comme une stratégie pour aborder la personne démente puisque la peau constitue notre premier moyen de communication avec le monde extérieur. Le toucher fait également partie de la mémoire affective et celle-ci est la dernière à être affectée dans les maladies neurodégénératives comme la démence (Phaneuf, *ibid.*). Celui-ci a été thématiqué dans le concept « d'Humanité » qui considère que le toucher occupe une place prépondérante (Phaneuf, *ibid.*). Quant à Frölich dans sa conception de la stimulation basale, elle encourage aussi le contact avec le corps de la personne malade par le toucher lors des soins d'hygiène par exemple si la personne apprécie ce contact (Phaneuf, *ibid.*). En effet, pour Frölich, les soins quotidiens comme les soins d'hygiène représentent des moments privilégiés pour communiquer avec la personne malade par le biais de son corps (Phaneuf, *ibid.*). Les objectifs de l'utilisation d'une telle approche sont la réduction du stress, de l'anxiété des patients et des troubles du comportement notamment (ANAES, 2003). Les résultats obtenus dans les études consultées nous permettent d'affirmer que ces objectifs sont atteints en tout cas durant le moment où le toucher thérapeutique est utilisé.

La formation, la supervision et le soutien de la hiérarchie

Nous poursuivons cette discussion en développant l'aspect de la formation comme stratégie d'intervention. Celle-ci est abordée dans six articles sur les douze retenus soit par rapport à la relation et à la communication elles-mêmes soit par rapport à la gestion des SCPD.

Les résultats entre les études sont assez contradictoires. Certaines études ont plutôt un avis positif en ce qui concerne la formation des soignants (Livingston et al., 2005 ; Zimmerman et al., 2005) et d'autres plutôt un avis nuancé voire négatif (Visser et al., 2008 ; Edvardsson et al., 2008 ; Chappell & Reid, 2000, Kihlgren et al., 1993, Wells et al., 2000, McCallion et al., 1999, cité par Gräsel et al., 2003).

Les points de vue positifs sont détaillés. En effet, il apparaît que la formation permettrait une diminution des manifestations comportementales agressives des résidents envers les soignants (Livingston et al., 2005). De plus, les personnes

s'estimant bien formées dans les soins aux personnes démentes seraient plus susceptibles d'adopter une attitude de soins centrée sur la personne et se diraient également plus satisfaites de leur travail (Zimmerman et al., *ibid.*). Par rapport à la littérature consultée, un lien entre le sentiment de satisfaction au travail et la formation serait possible. En effet, le concept de satisfaction au travail inclut le fait que le travail doit contribuer aux besoins de croissance personnelle (Locke 1976, cité par Dupuis et al., 2009). Ce besoin de croissance personnelle pourrait se retrouver dans le souhait qu'ont les soignants de continuer à se former. De plus, il semblerait que la formation n'ait pas seulement un lien avec la satisfaction au travail mais également avec le fait d'offrir des soins pertinents et de qualité (Phaneuf, 2007 ; Brodaty, s.d., Lévesque et al., 1990). En effet, Phaneuf (2007) propose l'acquisition de connaissances au sujet de la maladie d'Alzheimer comme moyen permettant d'offrir des soins de qualité aux personnes souffrant de troubles cognitifs. Une bonne connaissance du vécu biopsychosocial et spirituel de la personne touchée est également préconisée par Brodaty (s.d). Lévesque et al. (1990) n'abordent pas la formation de manière explicite mais celle-ci est sous-entendue car ces auteures disent bien qu'il faut apprendre à aborder la personne ayant une atteinte cognitive. Ainsi, tous ces éléments nous font dire que le fait d'offrir des soins de qualité passe indéniablement par la formation. En plus de fournir au soignant des pistes et des stratégies de soins basées sur des modèles conceptuels (communication selon Lévesque, l'Humaindevenant de Parse, l'ACP de Rogers...), la formation permet au soignant de prendre conscience et de se questionner sur ses représentations, ses perceptions face à la personne atteinte de démence. Cette prise de conscience et ce questionnement peuvent l'aider à prendre du recul sur les situations de soins et à offrir au patient des soins de qualité.

Pour poursuivre, les avis négatifs concernant la formation sont décrits. Pour Visser et al. (2008), la formation ne constituerait pas une stratégie efficace pour aider les soignants à mieux gérer les SCPD des résidents ou améliorer leur qualité de vie. De plus, cette étude a rajouté une dimension puisqu'elle s'est intéressée aussi à la formation associée au soutien du supérieur hiérarchique direct. Les résultats ne montrent aucune différence. Pour expliquer leur résultats, Visser et al. (2008), dans leur discussion, insistent vivement sur le fait que les facteurs environnementaux (charge de travail,...) peuvent avoir une influence considérable sur la formation des soignants. Ainsi sans la prise en compte du contexte socioculturel dans lequel évolue le soignant, la formation n'a

aucune chance d'amener des bénéfiques. Une autre étude a évoqué l'hypothèse qu'il se peut que la formation contribue à une diminution des SCPD chez les patients (Edvardsson et al., 2008). Toutefois, cette hypothèse ne s'est pas confirmée par la suite. Les auteurs de cette étude (Edvardsson et al., 2008) commentent ces résultats inattendus par rapport aux précédentes études en disant qu'il serait nécessaire de réaliser d'autres recherches en précisant de quel type de formation on parle. Est-ce qu'il s'agit de formations sur la pathologie, son diagnostic et ses manifestations ou plutôt des formations basées sur les expériences et l'histoire de vie de ces personnes ? Point de vue partagé par d'autres auteurs qui affirment qu'il existe une vaste gamme de programmes de formation très différents avec des buts divers (Gräsel et al., 2003). Ces résultats sont plutôt négatifs mais soulèvent surtout un besoin de recherches supplémentaires tenant compte des facteurs environnementaux et socioculturels et précisant le type de formation étudié.

Quelques recherches sur la formation et son impact potentiel sur la relation et la communication expriment des avis plus nuancés (Chappell & Reid, 2000 cité par Gräsel et al., 2003 ; Kihlgren et al., 1993 ; Wells et al., 2000 ; McCallion et al., 1999, cité par Gräsel et al., *ibid.*). Il ne semblerait pas y avoir de lien significatif entre la formation des soignants et les compétences d'expression des résidents pour certains auteurs, alors que pour d'autres, le contact verbal soignant-soigné durant les soins du matin aurait augmenté. Ces différences pourraient s'expliquer par le fait que ces recherches reposent sur un devis quasi-expérimental c'est-à-dire qu'il n'y a pas de répartition aléatoire ce qui limite la possibilité de faire des déductions causales (Loiselle-Profetto-McGrath, 2007). De ce fait, il paraît difficile d'affirmer avec certitude que la formation a été la cause de l'augmentation du contact verbal.

Visser et al. (2008) proposent aussi d'offrir aux soignants de la supervision en plus de la formation. Ceci pourrait constituer une stratégie leur permettant d'utiliser leurs compétences à bon escient. Ce besoin de supervision ressort également dans les études de Van Weert et al. (2004) (3), de Brodaty et al. (2003) et d'Edvardsson et al. (2008) même s'il n'est pas mentionné de manière explicite. En effet, les soignants interrogés dans les études citées précédemment mentionnent un besoin de pouvoir discuter des situations de soins difficiles où il y a parfois des conflits éthiques. Ils souhaiteraient aussi avoir l'opportunité de discuter du stress psychologique et des défis professionnels

auxquels ils sont confrontés dans leur quotidien. La supervision n'a pas été thématifiée par les auteurs consultés dans notre cadre de référence. Une hypothèse pourrait être faite par rapport à cela. Il se peut que dans les années 1990, année de parution du livre de Lévesque et al. (1990), la supervision n'apparaissait pas encore comme une stratégie pouvant soutenir les soignants dans les soins aux personnes atteintes de troubles cognitifs. Cependant, l'évolution actuelle des soins montre que les sessions d'analyse de pratique professionnelle/supervision sont de plus en plus utilisées pour permettre aux soignants d'échanger sur leurs expériences, leurs sentiments etc afin de leur permettre d'offrir des soins de qualité en se respectant en tant qu'être humain soignant. En effet, les situations de soins rencontrées particulièrement en gériatrie sont la source d'émotions et de sentiments parfois forts (impuissance, culpabilité...) qu'il est nécessaire que le soignant reconnaisse et accepte pour se sentir bien au travail (Samacoits & Martin, 2007).

8.2.2 Impact des SCPD sur les soignants

Les perceptions / attitudes des soignants dans les soins aux personnes atteintes de démence

Les études mettent en évidence qu'il est difficile d'affirmer de manière tranchée que les soignants ont soit une attitude positive ou soit une attitude négative face aux personnes atteintes de démence.

Dans l'étude de Brodaty et al. (2003) les soignants mentionnent notamment qu'ils perçoivent les résidents atteints de démence comme imprévisibles, ayant peu de contrôle sur leur comportement. Parfois même, ils ont le sentiment que leur perturbation comportementale est délibérée et volontaire. Ces perceptions traduisent donc une attitude plutôt négative.

L'étude de Roper et al. (2001) a obtenu des résultats plus contrastés puisqu'une partie des soignants ressent plutôt des sentiments positifs et une autre plutôt des sentiments négatifs. Ces différences de perception sont en lien avec le positionnement des soignants. Les sentiments positifs sont ressentis chez les soignants qui adoptent une posture professionnelle où ils ne se laissent pas submerger et toucher par les comportements difficiles car ils parviennent à prendre du recul et à donner du sens à ces comportements. En effet, Lévesque et al. (1990) abordent l'importance de chercher du sens dans les comportements des patients. Cristophani (2010) dit également que l'écart

entre l'idéal de soins du soignant et la réalité peut le conduire à perdre le sens de ses actions. Pour lui, le bien-être au travail du soignant passe donc par cette quête continuelle du sens tant dans ses actions que dans les comportements des patients. La formation et la supervision pourrait constituer des stratégies permettant aux soignants de verbaliser leur ressenti par rapport à des comportements et les aider à donner du sens à ceux-ci par une prise de recul. Une parole d'un soignant reflète ce besoin de donner du sens : « *You have to understand how sick they are, you have to understand their condition, you have to treat them nice and help them, you have to be willing to accommodate them whenever they feel sad and depressed... agitation is nothing unusual... I accept that they are the way they are* »⁷ (Roper et al., ibid.). En revanche, les soignants exprimant des sentiments négatifs (frustration, impuissance, désespoir) ne parviennent pas à respecter cette distance professionnelle et sont sur-impliqués émotionnellement dans la maladie puisqu'ils ont tendance à s'identifier au résident malade. Concernant la relation soignant-soigné, celle-ci est parfois tellement biaisée que les soignants en arrivent à infantiliser la personne soignée. Voici les propos d'un soignant qui reflète bien cela : « *They're worse than little kids. Kids can be dealt with, have some idea of structure, but that is all gone in the Alzheimer's patient* »⁸ (Roper et al., ibid.). Phaneuf (2002) dit également que le soignant prenant soin d'une personne atteinte de démence a tendance à être dans une attitude de domination et à considérer la personne malade comme une chose. Ceci pourrait s'apparenter à cette attitude d'infantilisation relevée par Roper et al. (2001). Charazac (2009) s'est également intéressé à cette relation soignant-soigné quand le patient est atteint de démence. Il a pu mettre en évidence que toute la relation bascule dans la démence car celle-ci est modifiée par la perte de l'identité du patient et la désorganisation de sa personnalité qui ont tendance à se répercuter sur le soignant. Cette difficulté pour le soignant d'entrer dans une relation appropriée et professionnelle avec la personne démente pourrait être travaillée par le biais de la formation. En effet, la formation s'emploie notamment à donner du sens aux actions des soignants en s'appuyant sur des philosophies de soins comme l'ACP de Rogers, l'Humaindevenant de Parse etc. Les études de Van Weert et al. (2004) et Van Weert et al. (2005) (1) (2) (4) appuient clairement cela en disant que le

⁷ « Vous avez à comprendre comment ils sont malades, vous devez comprendre leur état, vous devez les traiter gentiment et les aider, vous devez être prêt à les accueillir quand ils se sentent tristes et déprimés...l'agitation n'est rien d'inhabituel...J'accepte que cela est la façon dont ils sont ».

⁸ « Ils sont pires que des petits enfants. Les enfants, on peut faire quelque chose avec eux, ils ont des idées, mais tout est parti chez les patients avec la maladie d'Alzheimer ».

fait d'adopter une nouvelle philosophie de soins (le snoezelen) a permis aux soignants de donner du sens à leurs actions et de guider leur quotidien.

Pour terminer ce tour d'horizon sur les perceptions et attitudes des soignants, nous nous intéressons à des résultats qui rapportent une perception plutôt positive. Une étude en particulier fait ressortir que les soignants ont de l'intérêt à travailler avec les résidents et qu'ils estiment avoir les moyens pour agir sur les comportements des résidents (Visser et al., 2008). Une autre étude importante fait également un parallèle entre l'attitude positive des soignants et le fait d'adopter une attitude de soins centrée sur la personne (Zimmerman et al., 2005). Les propos de Visser et al. (2008) pourraient renvoyer au besoin qu'ont les soignants d'agir et d'être dans l'action par « peur » de l'impuissance. En effet les soignants mentionnent fréquemment que les soins en gériatrie leur font ressentir des sentiments comme l'impuissance, la culpabilité (Samacoits & Martin, 2007). A nouveau, la formation et la supervision/analyse de pratique pourraient aider les soignants à mieux se connaître et à mieux gérer leurs émotions.

Les perceptions / attitudes des soignants en lien avec le sentiment de satisfaction au travail

Ces différentes attitudes et perceptions sont mises en lien avec le sentiment de satisfaction. Des liens avec le cadre de référence sur la qualité de vie au travail sont présentés.

De manière générale, il apparaît que le soignant qui a une attitude positive envers le résident se dit satisfait de son travail et à l'inverse le soignant qui est plutôt dans une attitude négative ressent de l'insatisfaction.

La satisfaction au travail du soignant a notamment été étudiée par rapport au contact avec le résident. En effet, il apparaît que le soignant qui adopte une attitude de soins centrée sur la personne est significativement plus satisfait de son travail. Ainsi, le contact avec les résidents représente une source de satisfaction pour le soignant. Ces résultats sont appuyés par l'étude de Van Weert et al. (2005) (1) sur le snoezelen basé sur l'ACP qui rapporte une amélioration significative de la satisfaction au travail par rapport à la qualité des soins et au contact avec les résidents. Ces résultats sont en accord avec les propos de Lévesque et al. (1990) qui affirment que la satisfaction au travail pour le soignant passe par sa capacité à établir des rapports détendus et

individualisés avec la personne atteinte de démence. La définition de la satisfaction au travail qui dit qu'elle est en lien avec ce que l'individu souhaite retirer de son travail et ce qui lui est offert permet également une hypothèse (Locke, 1976, cité par Dupuis et al., 2009). Il semblerait que les soignants accordent beaucoup d'importance au fait de pouvoir construire une relation par la communication et le contact. Ceci serait possible par l'utilisation du *snoezelen* et de l'ACP. De ce fait, les soignants se sentiraient satisfaits dans leur travail justement parce qu'ils parviendraient à satisfaire leur besoin d'interactions et d'échanges avec les personnes soignées.

L'étude de Roper et al. (2001) montre également que le soignant qui arrive à prendre un certain recul sur la situation, sur la pathologie mais également sur le plan émotionnel se sent satisfait des soins qu'il offre à la personne soignée. Un soignant s'exprime : « *If your satisfaction comes from giving comfort and not expecting recovery, you can get enormous satisfaction from working with Alzheimer's disease patients* »⁹ (Roper et al., *ibid.*). Un soignant différent relate : « *I enjoy them (patients with AD)... I think your enjoyment depends on the expectations – if they are very high, of their recovery, you may not have satisfaction* »¹⁰ (Roper et al., *ibid.*). En effet, Locke (1976) cité par Dupuis et al. (2009) nous apprennent que la satisfaction est en rapport avec les valeurs liées au travail. De plus, comme mentionné précédemment, la satisfaction est aussi en lien avec ce que l'individu souhaite retirer de son travail et ce que celui-ci lui offre réellement (Locke, 1976, cité par Dupuis et al., 2009). Si le soignant défend les valeurs d'offrir des soins de qualité ne visant pas la guérison (comme c'est le cas dans les soins aux personnes démentes), il a plus de chances d'être satisfait de son travail que le soignant qui souhaite la guérison à tout prix. En effet, le soignant qui offre des soins dans un but de guérison ne pourra pas être satisfait car la différence entre ses attentes et la réalité est énorme. Ainsi, les résultats de cette étude corroborent les propos de Locke (1976) repris plus près de nous par Dupuis et al. (2009). Un dernier élément mérite d'être soulevé. Il apparaît que ce sont principalement des infirmiers/ères diplômé/es qui adoptent ce type d'attitude. Ceci peut certainement être mis en lien avec la formation qui, comme nous l'avons mentionné à plusieurs reprises, peut fournir un modèle conceptuel sur lequel le soignant peut s'appuyer pour guider ses soins et leur donner du

⁹ « Si votre satisfaction vient d'offrir des soins confortables et pas d'attendre une guérison, vous pouvez obtenir une énorme satisfaction de travailler avec des patients atteints de maladie d'Alzheimer ».

¹⁰ « J'apprécie ceux-ci (patients avec la maladie d'Alzheimer)...Je pense que votre plaisir dépend des attentes – si elles sont vraiment hautes, de leur guérison, vous ne pouvez pas avoir de satisfaction ».

sens. De plus, la formation peut aider le soignant à identifier ses ressentis, ses attitudes et ses représentations face à la personne atteinte de démence.

A l'inverse, le soignant qui a tendance à se laisser submerger par la situation et par ses émotions ne se sent pas satisfait de son travail. Ces soignants verbalisent avec beaucoup de tristesse et de remords le fait qu'ils aimeraient vraiment pouvoir offrir de meilleurs soins mais qu'ils n'y parviennent pas. Ils disent qu'ils savent comment faire mais qu'ils ne sont pas capables de les réaliser de manière efficace. Voici quelques paroles d'un soignant trahissant ces sentiments : « *I want to help them, but I can't* »¹¹ (Roper et al., 2001). Le soignant qui se voit impliqué de manière dysfonctionnelle dans la relation au résident semble en décalage avec les attentes qu'il nourrit envers lui-même et envers le résident mais également par rapport aux soins qu'il souhaite offrir et ceux qu'ils offrent réellement. Cet important décalage est à la source même du sentiment d'insatisfaction que décrit le soignant.

Enfin l'hypothèse selon laquelle les soignants qui ont une attitude négative se disent moins satisfaits semble se vérifier. Brodaty et al. (2003) mentionnent que les soignants ayant une attitude négative sont un quart à affirmer que les patients déments ne leur fournissent pas de satisfaction au travail. Ainsi, l'hypothèse peut être faite que le soignant qui se dit insatisfait au travail ne trouve plus les conditions nécessaires à son bien-être au travail. Ceci pourrait par exemple être en lien avec la difficulté à conserver du sens dans les soins aux personnes démentes où plus aucun comportement n'est dicté par la logique mais aussi par le fait que le soignant se retrouve en décalage par rapport à son idéal de soins (Lévesque et al., 1990 ; Cristophani, 2010). Ces hypothèses sont construites sur la base du concept de qualité de vie au travail incluant la notion de bien-être. Le bien-être peut être considéré comme un état qui se traduit notamment par un sentiment et une sensation d'épanouissement, de satisfaction générale (Dupuis et al., 2009). Cristophani (2010) affirme que le bien-être au travail du soignant passe justement par le fait de pouvoir exercer sa profession au plus près de son idéal soignant.

En résumé, tous les liens qui ont pu être faits entre le cadre de référence sur la qualité de vie au travail (plus particulièrement la satisfaction) et les résultats des études nous amènent à dire que les raisons de l'insatisfaction dans les soins aux personnes démentes

¹¹ « J'aimerais les aider, mais je ne peux pas ».

sont la plupart du temps en lien avec une différence trop importante entre les attentes des soignants (un idéal de soins) et la réalité.

Les perceptions / attitudes des soignants en lien avec le stress

Il semble difficile d'affirmer clairement que le stress augmente ou diminue selon les attitudes des soignants puisque certains résultats divergent.

L'étude de Brodaty et al. (2003) démontre que les soignants manifestant une attitude négative face aux patients atteints de démence expriment un niveau de stress plus faible. Cela s'expliquerait par le fait que le soignant qui a une perception négative des résidents est moins impliqué dans la relation soignant-soigné. De ce fait, le stress serait lui aussi moins important. Cette hypothèse est corroborée par les résultats de Zimmerman et al. (2005) qui mettent en évidence que le stress a été évalué comme le plus élevé dans le domaine des soins aux résidents. Ceci sous-entend que la prise en soins des personnes démentes est source de stress. Bassal (2009) et l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal (s.d.) abondent en disant que les situations des patients manifestant des SCPD sont sources de stress, d'anxiété voire d'épuisement pour les soignants. Ainsi le soignant qui s'implique moins dans la prise en charge ressentirait aussi moins de stress.

Contrairement à Brodaty et al. (2003), Edvardsson et al. (2008) affirment que les soignants qui ont une perception négative du climat de soins ressentent un stress plus élevé. Toutefois, ces résultats concernaient un type de soignants à savoir les jeunes femmes avec peu d'expérience. De ce fait, ces résultats ne sont pas forcément généralisables à tous les soignants. En effet, le stress est en lien avec une perception individuelle différente pour chaque individu. Des auteurs se sont intéressés à cette perception singulière du stress en développant la notion de « stress perçu ». Il s'agit de Lazarus & Folkman (1984) cité par Bruchon-Schweitzer (2001) pour qui une situation stressante n'est pas en lien avec son intensité, sa fréquence ou sa gravité mais plutôt en lien avec le retentissement émotionnel et sa signification pour un individu en particulier.

Le phénomène du stress dans les soins aux personnes démentes peut aussi être détaillé à travers le modèle d'Evaluation du stress au travail développé par Karasek & Theorell (1990) et repris par Dupuis et al. (2009). Ce modèle affirme qu'une situation de travail engendre du stress si elle associe des exigences élevées (quantité de travail, exigences intellectuelles), peu ou pas de contrôle (autonomie de décision, degré de contrôle) et un

soutien social faible de la part des collègues ou de la hiérarchie (Dupuis et al., *ibid.*). Dans les soins aux personnes démentes présentant des manifestations comportementales, les exigences du travail sont souvent très élevées (dépendance élevée, charge de travail importante...) et le soignant n'a que peu voire pas du tout de contrôle sur ces comportements car il a souvent beaucoup de peine à leur donner du sens. Landreville et al. (2005) abondent en disant que la première conséquence des symptômes comportementaux de la démence est l'augmentation des exigences du travail en raison d'un besoin accru de soins de la part du résident. Ces éléments permettent d'affirmer que les soignants s'occupant de personnes atteintes de démence sont à risques par rapport au stress. Landreville et al. (*ibid.*) disent également que des exigences de soins élevées ont tendance à engendrer des attitudes négatives et donc un climat délétère pour la qualité des soins. Edvardsson et al. (2008) se sont justement intéressés à ces attitudes et au climat de soins qu'ils ont mis en lien avec le stress et les comportements manifestés par les résidents. Pour eux, un soignant qui a une perception négative est plus stressé et a plus de risques de voir une augmentation des difficultés chez les résidents dans les activités de la vie quotidienne (mobilité) et dans la communication. De ce fait, les exigences liées au travail augmentent encore et le stress également avec un impact certainement négatif sur le climat de soins. Ainsi, un cercle vicieux s'instaure.

8.3 Réponse à la question, implications pour la pratique infirmière et besoins de recherches

Dans ce chapitre, une synthèse des résultats significatifs commentés dans la discussion est présentée afin de répondre à la question de recherche et de proposer des pistes d'action pour la pratique. Les besoins en recherches sont également développés.

8.3.1 Les interventions infirmières

La musicothérapie et le toucher thérapeutique

Dans l'ensemble, la musicothérapie et le toucher thérapeutique ont été identifiés comme des interventions pertinentes par rapport à la communication et à la relation avec une personne sévèrement atteinte de démence durant la session et directement après (Livingston et al., 2005 ; Svansdottir & Snaedal, 2005 ; Gräsel et al., 2003). En effet, Lévesque et Phaneuf, auteurs émérites dans le domaine des soins aux personnes atteintes de démence proposent également ces interventions. Ceci nous conforte dans

notre idée que la musicothérapie et le toucher thérapeutique constituent des approches intéressantes et pertinentes, malgré le fait que leurs effets semblent relativement courts et ne durent pas sur un long terme. Toutefois, les effets positifs qu'ils peuvent procurer aux résidents durant leur utilisation sont déjà intéressants et « bon à prendre » en regard de toute la souffrance que la personne malade vit au quotidien. Dans les études consultées ces interventions étaient programmées à des moments particuliers (Livingston et al., 2005 ; Svansdottir & Snaedal, 2005 ; Gräsel et al., 2003). Toutefois, ces interventions ne demandant pas de matériel particulier si ce n'est un lecteur CD ou une radio pour écouter de la musique nous semblent être utilisables à n'importe quel moment de la journée. Les soignants pourraient profiter des soins d'hygiène pour écouter de la musique par exemple et approcher le patient par le toucher thérapeutique (massage des mains,...). Le moment du coucher nous paraît aussi être propice à ce type d'interventions car nous savons pertinemment que la fin de journée constitue fréquemment une période de grande angoisse et d'anxiété pour les personnes souffrant d'une démence avancée. En effet, dans les démences sévères, nous retrouvons fréquemment des symptômes tels que les troubles du sommeil (inversion nyctémérale complète) et l'agitation (Vellas et al., 2005).

Cependant, des questions demeurent concernant la musicothérapie quant au choix de la musique et au besoin d'être formé ou non pour cette approche. Dans les différents articles retenus, le type de musique utilisé n'est pas détaillé. De plus, les études de Livingston et al. (2005) et Gräsel et al. (2003) ne précisent pas si les séances de musicothérapie sont données par des thérapeutes spécialement formés. Il semblerait que dans l'étude de Svansdottir & Snaedal (2005) la musicothérapie ait lieu avec des thérapeutes formés. Il serait donc nécessaire que des recherches soient effectuées afin de préciser quel type de musique est efficace et si les soignants qui souhaitent pratiquer de la musicothérapie avec leurs patients ont besoin d'une formation particulière. Des études pourraient également investiguer plus précisément le lien entre la musicothérapie et l'établissement d'une relation/communication avec les personnes démentes.

De manière générale, nous pouvons affirmer un besoin de recherches tant sur la musicothérapie (voir ci-dessus) que sur le toucher thérapeutique. En effet, les études consultées s'intéressent à ces approches lorsqu'elles sont utilisées durant des sessions

particulières. Il nous semblerait intéressant que de futures études évaluent leur efficacité potentielle dans les soins quotidiens.

La formation et la supervision

La formation malgré des résultats parfois divergents auxquels nous ne nous attendions pas forcément a quand même été unanimement retenue comme un point-clé de la prise en charge des personnes démentes. Nous souhaitons soulever que les résultats plutôt négatifs concernant la formation ressortis dans les études de Visser et al. (2008) et d'Edvardsson et al. (2008) sont à nuancer puisque ces deux groupes d'auteurs disent bien que celle-ci dépend du type de formation donnée et de nombreux facteurs (environnementaux, socioculturels). Il nous semble que les autres études consultées sur la formation n'ont pas forcément pris en compte ces facteurs. De ce fait, il apparaît difficile d'affirmer de manière tranchée que la formation est efficace ou pas. Ces résultats sont donc considérés avec un certain recul. Ainsi, de ces éléments ressort un besoin conséquent de recherches pour notamment identifier de manière plus précise ces facteurs environnementaux et socioculturels. En effet, Visser et al. (2008) parlent de la charge de travail comme facteur environnemental mais les autres éléments ne sont pas détaillés. Il en va de même pour les aspects socioculturels qui ne sont pas du tout définis. Des études pourraient également investiguer le lien et l'impact entre ces facteurs et la formation.

Nous souhaitons également revenir sur le type de formation. Les études consultées nous ont permis de nous rendre compte qu'il ne suffisait pas de dire que la formation « c'est bien » et qu'on en a besoin. En effet, il est nécessaire d'évaluer auprès de la population concernée (les soignants) de quel type de formation elle aurait le plus besoin. Selon nous, une formation d'abord basée sur la pathologie et ses manifestations nous semblerait pertinent puisque comme le mentionne Phaneuf (2007), il est nécessaire d'avoir des connaissances au sujet de la maladie d'Alzheimer pour pouvoir offrir des soins de qualité.

Toutefois, selon nous, il ne faudrait pas s'arrêter là et poursuivre en proposant aux soignants de se réunir et de partager sur les différentes situations vécues. Cela pourrait s'apparenter à des sessions d'analyse de pratique professionnelle/supervision où le soignant pourrait trouver avec ses collègues des stratégies d'interventions pratiques et

partager sur ses émotions et ressentis par rapport à des comportements dérangeants par exemple. Ces sessions d'analyse de pratique professionnelle/supervision pourraient notamment permettre aux soignants de prendre du recul sur les situations. Celles-ci ont été proposées dans plusieurs études (Visser et al., 2008 ; Van Weert et al., 2004, (3) ; Brodaty et al., 2003). Ces sessions de discussion/supervision pourrait être menée par des infirmières cliniciennes, soit externes au service, soit faisant partie de l'équipe.

La stimulation multi-sensorielle et l'ACP

L'intervention pour laquelle nous avons obtenue le plus de résultats significatifs concerne la stimulation multi-sensorielle ou snoezelen et l'approche centrée sur la personne. En effet, nous avons souhaité nous intéresser spécifiquement à ces approches c'est pourquoi un grand nombre d'études sélectionnées sont en rapport avec ces thématiques. Ceci nous permet d'avoir un regard critique plus objectif. Concernant l'ACP, elle constitue, à notre sens, une philosophie de soins déjà bien ancrée dans la plupart des établissements de soins pour personnes âgées. En revanche, associer l'ACP à la stimulation multi-sensorielle (snoezelen) est moins courant.

Nous retenons des études consultées que ces deux approches associées ont un impact significativement positif sur la relation et la communication avec les personnes sévèrement atteintes de démence (Gräsel et al., 2003 ; Van Weert et al., 2004, (3) ; Van Weert et al., 2005, (2) (4)). En effet, elles ont conduit à une modification dans la façon de communiquer qui s'est orientée majoritairement vers des techniques non verbales telles que le toucher affectif, le regard et le sourire (Van Weert et al., *ibid.*, (4)). Ces techniques non verbales ont déjà été mises en évidence par des auteurs de référence comme Lévesque et Phaneuf et ont fait leurs preuves. Ces résultats très probants nous font donc dire qu'il serait très intéressant de développer le snoezelen associé à l'ACP dans nos établissements de soins. Toutefois, nous avons conscience que pour des raisons tant architecturales qu'économiques, il serait difficile voire impensable de développer cette approche comme elle est mentionnée dans l'étude de Livingston et al. (2005) c'est-à-dire de posséder une salle équipée de matériel snoezelen. Toutefois, dans les autres études, le snoezelen est pratiqué durant les soins quotidiens (Gräsel et al., 2003 ; Van Weert et al., 2004, (3) ; Van Weert et al., 2005, (2) (4)). Ceci nous semble par contre tout à fait envisageable et même beaucoup plus profitable pour la personne soignée. Comme pour la musicothérapie et le toucher thérapeutique, le snoezelen

pourrait être utilisé durant les différents moments de soins tout au long de la journée. Frölich proposait déjà l'utilisation de la stimulation basale durant diverses activités de la vie quotidienne (Phaneuf, 2007). Orain (2008) envisage également d'utiliser le snoezelen à n'importe quel moment de la journée. Pour lui, la seule condition est de prendre le temps de vivre ce moment au travers d'une relation authentique notamment rythmée par un langage non verbal.

Par rapport à la stimulation multi-sensorielle et à l'ACP, nous n'avons pas identifié de besoins de recherches particuliers puisqu'un nombre considérable d'études sur le sujet existe déjà.

8.3.2 L'impact des SCPD sur les soignants

Afin de répondre à la deuxième partie de notre question de recherche qui mentionne de tenir compte de l'impact des SCPD sur les soignants, il était nécessaire dans un premier temps d'identifier cet impact. Les réponses obtenues dans les articles consultés ont permis de mettre en évidence les perceptions et les attitudes des soignants face aux personnes démentes et à leurs comportements mais également de faire des liens avec la qualité de vie au travail des soignants.

Concernant l'impact des SCPD sur les soignants, nous souhaitons retenir l'importance de l'influence des perceptions et des attitudes des soignants sur l'offre en soins et sur la qualité générale de vie au travail (satisfaction et stress au travail notamment). De manière générale, la perception qu'ont les soignants des symptômes et de cette terrible maladie que constitue la démence est plutôt négative. Ceci nous amène à penser que les soignants sont très influencés par leurs représentations sociales qui semblent peu différer de celles de la population générale. En effet, Roper et al. (2001) ont mis en évidence que certains soignants expriment par exemple la peur d'être touchée par cette maladie. Cette peur a aussi été exprimée par Micas (2008) qui s'est intéressé aux peurs de la population générale. La formation et la supervision/analyse de pratique professionnelle nous apparaissent comme des stratégies pertinentes car elles permettent aux soignants de se questionner sur leurs représentations et d'en prendre conscience. De ce fait, les soignants grâce à la formation pourraient être amenés à modifier leurs perceptions et attitudes face aux personnes atteintes de démence. En effet, le soignant étant pris dans une routine, il est très difficile pour lui de se questionner de manière individuelle et de se remettre en question par rapport à ses représentations par exemple.

Les moments de supervision/analyse de pratique, quant à eux, sont propices à ces réflexions notamment parce qu'ils ont lieu en groupe et offrent aux soignants la possibilité d'échanger sur leurs expériences et ressentis.

La satisfaction

Concernant plus particulièrement la satisfaction, celle-ci a pu être mise en lien avec la relation et la communication avec les personnes démentes puisque dans plusieurs articles les soignants qui se sont dit satisfaits étaient ceux qui avaient de bonnes relations avec les résidents. Ceci renforce le fait que l'on doit accorder de l'importance au maintien et à la création d'une relation avec les personnes démentes car l'impact sur les soignants est tout aussi grand que sur les résidents. Il ressort également de cet écrit que la satisfaction a un rapport étroit avec les attentes des soignants (idéal de soins) et ce que la réalité de leur travail leur apporte réellement. En effet, nous avons pu mettre en évidence que le soignant qui a des attentes réalistes par rapport à la personne soignée exprime plus de satisfaction au travail que celui qui nourrit des attentes irréalistes (Roper et al., 2001).

A priori, nous aurions proposé que le soignant se questionne sur son idéal de soins. Toutefois, ceci semble difficilement envisageable car ce questionnement apparaît souvent lorsque le soignant atteint un niveau d'épuisement professionnel (burn-out), situation dans laquelle il est « obligé » de se remettre en question notamment sur son idéal de soins. Afin d'éviter que cette réflexion n'ait lieu que dans des situations comme le burn-out, il pourrait être intéressant et pertinent d'en discuter et d'anticiper la réflexion sur le sujet lors de moments d'analyse de pratique professionnelle. Cependant, nous avons conscience que cette thématique est délicate à aborder qui plus est en groupe. Ainsi, selon nous, la formation constitue un élément complémentaire à la supervision dans le sens où elle pourrait permettre une sensibilisation du soignant sur ce sujet même si celui-ci ne souhaite pas s'exprimer à ce propos.

Le stress

Un résultat concernant le stress nous a particulièrement interpellés. Edvardsson et al. (2008) dans leur étude de grande qualité montre que la perception d'un stress élevé a un lien significatif avec les manifestations comportementales des résidents. Ainsi, il nous semblerait intéressant que les soignants puissent avoir connaissance de ce genre

d'études afin de pouvoir susciter une réflexion sur le sujet et éventuellement envisager des modifications dans l'organisation des soins par exemple. Ceci sous-entendrait de modifier les pratiques en s'appuyant sur les résultats EBN¹² que préconisent les recherches. Cette évolution dans la façon de concevoir la pratique infirmière est pleine de défis pour le futur soulevant de nombreuses questions auxquelles nous n'avons pas encore toutes les réponses. Quel temps et quels outils sont mis à disposition pour permettre aux infirmiers/ères d'effectuer des recherches dans des contextes de soins où la charge de travail est toujours plus importante et où la dotation est toujours revue à la baisse ? Comment et par quels moyens les résultats EBN trouvés peuvent-ils être transmis aux collègues et utilisés dans la pratique quotidienne des soins tout en tenant compte des facteurs institutionnels, économiques et politiques ? A notre sens, toutes ces questions permettent d'affirmer que des recherches seraient justement nécessaires afin d'évaluer l'utilisation des résultats EBN dans la pratique.

Toutes les recherches consultées, à la lumière des résultats ci-dessus, nous permettent d'affirmer que nous avons trouvé des interventions infirmières pertinentes pour la pratique et que nous avons pu mettre en évidence de manière précise quel impact les SCPD peuvent avoir sur les soignants. A notre sens, ce travail nous a permis aussi de mettre en évidence un besoin de recherches important notamment sur l'efficacité potentielle sur le long terme des approches proposées par rapport à la relation avec les personnes atteintes de démence.

9. Conclusion

Ce chapitre est consacré aux points faibles et aux points forts de ce travail ainsi qu'à l'appréciation et à l'avis personnel de l'auteure.

9.1 Points forts et points faibles du travail

Ce travail ayant été très complexe à penser et à réaliser en regard de nos connaissances et compétences méthodologiques limitées, nous avons plus de facilité à énoncer les limites de celui-ci. A notre sens, le principal point faible de celui-ci réside dans le fait que certaines études abordent plutôt l'impact des stratégies sur la gestion des SCPD (notamment : Livingston et al., 2005 ; Gräsel et al., 2003) alors que d'autres mettent vraiment en lien ces interventions avec la relation et la communication avec la personne

¹² EBN = Evidence Based Nursing

démence, thématique choisie pour cette revue de littérature. De ce fait, les deux aspects ressortent dans cet écrit mais nous avons essayé d'être attentifs à toujours faire le lien entre les deux.

Le choix des études sélectionnées n'a peut-être pas non plus toujours été le plus judicieux. En effet, certaines études se heurtent à de nombreuses limites méthodologiques que nous avons eues beaucoup de difficultés à mettre en évidence au début de la réalisation de ce travail et sur lesquelles nous aurions peut-être dûes nous montrer plus critiques. Le recours à la grille de lecture critique des études de Nadot & Bassal (2011) nous a beaucoup aidés à évaluer la qualité méthodologique des études. Toutefois, nous ne possédions pas ces grilles au début du travail ce qui pourrait expliquer cette difficulté rencontrée.

Un des points forts de ce travail concerne les résultats développés en lien avec l'impact des SCPD sur les soignants. Les études sur lesquelles nous nous sommes appuyés sont de grande qualité et permettent un bon état des connaissances sur le sujet. Le choix d'une double question de recherche a permis de mettre en évidence plus d'éléments et de connaissances sur ce sujet. Toutefois, si nous devions recommencer ce travail, nous pensons que nous ferions le choix de ne développer qu'une seule question afin de pouvoir y répondre de manière encore plus approfondie.

9.2 Mot de l'auteure

Ce travail a été pour moi la source de beaucoup de stress, de remises en question et de doutes. Cependant, arrivée au terme de celui-ci, je peux affirmer que j'en ressors grandie. Je suis fière d'être parvenue à réaliser ce travail qui constituait à mes yeux un réel défi. De plus, il m'a permis de faire de nombreux apprentissages professionnels et personnels notamment par rapport à ma perception des soins aux personnes atteintes de démence. Je ne pense pas qu'elle était vraiment négative mais j'ai toujours trouvé difficile d'entrer en relation avec ces personnes. La possibilité de créer un lien et une relation avec les personnes soignées a toujours constitué pour moi un trésor de notre profession c'est pourquoi j'ai souhaité m'intéresser à ce thème. Toutes les interventions mises en évidence grâce à ce travail vont constituer pour moi des outils pour aller à la rencontre de l'Autre de manière différente en préférant peut-être parfois le regard, le sourire ou le toucher à toute parole.

Mes apprentissages concernant la méthodologie sont aussi très conséquents. En effet avant de construire ce travail, ce terme me semblait assez « barbare » et vide de sens mais le développement de ces compétences méthodologiques m'ont permis de parvenir à lire et à mieux comprendre les études qui représentent le siège de connaissances riches et variées. Pour ma future pratique professionnelle, je souhaite continuer à actualiser mes connaissances par ce biais-là et pouvoir transmettre et discuter de ces savoirs avec mes futurs/es collègues.

Voici un poème rédigé par une infirmière qui suscite en moi beaucoup d'émotions et qui, à mon sens, donne à réfléchir...

Les personnes âgées

Leur mémoire est trouée
Par des événements oubliés,
Et leur cœur ébréché
Par les histoires passées.

Leurs pensées sont bouleversées,
Par une vie bien mouvementée
Et leurs nuits effrayées
Par la peur de tout quitter.

Leurs gestes et leurs énoncés
Peuvent être désordonnés et parfois agités,
Mais leur cœur reste inchangé,
Et leur être inaltéré.

Les soigner, les soulager, avec un respect avéré
Apporter un peu de joie dans leur vie troublée,
Et une présence précieuse à leurs côtés,
Est notre objectif de chaque journée.

Des sourires, une main donnée,
Et des regards échangés,
Sans jamais juger,
Ni dévaloriser.

Protéger leur intimité,
Et pour chaque geste les aider,
Sans jamais faire contre leur gré
Et en aucun cas les infantiliser.

Jusqu'à leur dernier souffle les accompagner,
Dans l'humanité et la dignité,
Ainsi que dans l'authenticité,
Vivre chaque jour à leurs côtés.

10. Bibliographie

Documents publiés

Ouvrages

Aldwin, C.M. (2007). *Stress, Coping, and Development : An integrative Perspective*. New York : The Guilford Press.

Charazac, P. (2009). *Soigner la maladie d'Alzheimer. Guidance des aidants et relation soignante*. Paris : Dunod.

Cox, T., Griffiths, A. & Rial-Gonzales, E. (2000). *Research on work-related stress*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.

Cuisinier, B. (2002). *Accroître le soin relationnel avec des personnes désignées démentes séniles type Alzheimer*. Lyon : Chronique Sociale.

Diener, O. (2002). *Prestations de base pour personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer – Offres ambulatoires et semi-stationnaires en faveur des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une autre forme de démence et soutien des proches*. Yverdon-les-Bains : Association Alzheimer Suisse et Pro Senectute Suisse.

Feil, N. (1997). *Validation. Mode d'emploi*. Paris : Pradel.

Kirschenbaum, H. & Land Henderson, V. (1987) *L'approche centrée sur la personne. Carl R. Rogers* traduit par : Richon, H.G. (2001). Lausanne : Randin.

Landreville, P., Rousseau, F., Vézina, J. & Voyer, P. (2005). *Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence*. Canada : Maloine.

Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer.

Lévesque, L., Roux, C. & Lauzon, S. (1990). *Alzheimer Comprendre pour mieux aider*. Canada : ERPI.

Loiselle, C.G. & Profetto-Mc Grath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Canada : ERPI.

Micas, M. (2008). *Alzheimer : Prévention, Causes et symptômes, Au quotidien, Conseils pratiques*. Paris : Josette Lyon.

Phaneuf, M. (2002). *Communication, entretien, relation d'aide et validation*. Montréal : Chenelière McGraw-Hill.

Phaneuf, M. (2007). *La maladie d'Alzheimer et la prise en charge infirmière*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.

Rogers, C. (1972). *Le développement de la personne*. Paris : Dunod.

Steinmann, R. M. (2006). *Santé psychique – Stress. Bases scientifiques pour une stratégie nationale en matière de prévention du stress et de promotion de la santé psychique en Suisse*. Lausanne : Promotion Santé Suisse.

Articles de périodique

Bardot, A. & Dauriac, M.C. (2007). Epuisement professionnel et prise en charge des équipes soignantes. *Soins gériatrie*, 67, 23.

Brodsky, H., Draper, B. & Low, L.F. (2003). Nursing home staff attitudes towards residents with dementia: strain and satisfaction with work. *Journal of Advanced Nursing*. 44, 583-590.

Bruchon-Schweitzer, M. (2001). Le coping et les stratégies d'ajustement face au stress. *Recherche en soins infirmier*, 67, 68.

Edvardsson, D., Sandman, P.O., Nay, R. & Karlsson, S. Associations between the working characteristics of nursing staff and the prevalence of behavioral symptoms in people with dementia in residential care. (2008). *International Psychogeriatrics*. 20, 764-776.

Goode, D.A. (1989). Quality of Life, Quality of Work Life. *Economics, industry and disability: a Look Ahead*, 337-349.

Gräsel, E., Wiltfang, J. & Kornhuber, J. (2003). Non-Drug Therapies for Dementia: An Overview of the Current Situation with Regard to Proof of Effectiveness. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*. 15, 115-125.

Karasek, R., Brisson, C., Kawakami, N., Houtman, I., Bongers, P. & Amick, B. (1998). The Job Content Questionnaire (JCQ): an Instrument for Internationally Comparative Assessment of Psychosocial Job Characteristics. *Journal of Occupational Health Psychology*, 3, 322-325.

Livingston, M.D., Johnston, K., Katona, C., Paton, J. & Constantine, G. (2005). Systematic Review of Psychological Approaches to the Management of Neuropsychiatric Symptoms of Dementia. *Am J Psychiatry*, 162, 1996-2021.

Locke, E.A. (1976). The Nature and Causes of Job Satisfaction. *Handbook of Industrial and Organizational Psychology*, 1297-1349.

Orain, S. (2008). Le snoezelen. *Gérontologie et société*, 126, 157-164.

Poirier, J. (1984). Carl Rogers ou L'approche centrée sur la personne. *Québec français*, 54, 124-125.

Roper, J.M., Shapira, J. & Beck, A. (2001). Nurse caregiver feelings about agitation in Alzheimer's disease. *Journal of Gerontological nursing*. 27, 32-39.

Samacoits, P. & Martin S. (2008). De la pensée du soin à son vécu auprès des personnes âgées dépendantes. *Soins gériatrie*, 71, 24.

Svansdottir, H.B. & Snaedal, J. (2005). Music therapy in moderate and severe dementia of Alzheimer's type: a case-control study. *International Psychogeriatrics*. 18, 613-621.

Van Weert, J.C., Dulmen Van, A.M, Spreeuwenberg, P.M., Bensing, J.M. & Ribbe, M.W. (2005). The effects of the implementation of snoezelen on the quality of working life in psychogeriatric care. *International psychogeriatrics (IPA)*, 17, 407-427. (1)

Van Weert. J.C., Dulmen Van, A.M, Spreeuwenberg, P.M., Bensing, J.M. & Ribbe, M.W. (2005). Behavioral and Mood Effects of Snoezelen Integrated into 24-Hour Dementia Care. *American Geriatrics Society*, 53, 25-32. (2)

Van Weert, J.C, Kerkstra, A., Dulmen Van, A.M, Spreeuwenberg, P.M., Bensing, J.M. & Ribbe, M.W. (2004). The implementation of snoezelen in psychogeriatric care: an evaluation through the eyes of caregivers. *International Journal of Nursing Studies*.41, 397-409. (3)

Van Weert. J.C., Dulmen Van, A.M, Spreeuwenberg, P.M., Bensing, J.M. & Ribbe, M.W. (2005). Effects of snoezelen, integrated in 24h dementia care, on nurse-patient communication during morning care. *Patient Education and Counseling*. 58, 312-326. (4)

Vellas, B., Gauthier, S., Allain, H., Andrieu, S., Aquino, J.P., Berrut, G., Berthel, M., Blancard, F., Camus, V., Dartigues, J.F., Dubois, B., Forette, F., Franco, A., Gonthier, R., Grand, A., Hervy, M.P., Jeandel, C., Joel, M.E., Jouanny, P., Lebert, F., Michot, P., Montastruc, J.L., Nourhashemi, F., Ousset, P.J., Pariente, J., Rigaud, A.S., Robert, P., Ruault G., Strubel, D., Touchon, J., Verny, M., Vetel, J.M. (2005). Consensus sur la démence de type Alzheimer au stade sévère. *La Revue de Gériatrie*, 9, 627-640.

Visser, S.M., McCabe, M.P., Hudgson, C., Buchanan, G., Davison, T.E. & George, K. (2008). Managing behavioural symptoms of dementia: effectiveness of staff education and peer support. *Aging of Mental health*, 12, 47-55.

Zimmerman, S., Williams, C.S., Reed, P.S., Boustani, M., Preisser, J.S., Heck, E. & Sloane, P.D. (2005). Attitudes, Stress, and Satisfaction of Staff Who Care for Residents With Dementia. *The Gerontological Society of America*. 45, 96-105.

Documents non publiés

Bassal, C. (2009). *Les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) : identification et interventions*. [Polycopié]. Fribourg : HEdS.

Bulliard Verville, D. (2007). *Carl Rogers (1902-1987). Le modèle humaniste rogerien*. [Polycopié]. Fribourg : HEdS.

Dubey, C. (2010). *Recherche documentaire d'articles scientifiques*. [Polycopié]. Fribourg : HEdS.

Dubey. C. (s.d.). *Evaluation des résultats de recherches quantitatives*. [Polycopié]. Fribourg : HEdS.

Fornerod, P. (s.d). *L'approche interactionniste de la relation et de la communication*. [Polycopié]. Fribourg : HEdS.

Autres

Alenda, L. (2009). *La méthode Snoezelen. Accompagner autrement les malades Alzheimer*. [Page WEB]. Accès : http://alzheimer.suite101.fr/article.cfm/la_methode_snoezelen [Page consultée le 01 mai 2010].

ANAES. (2003). *Prise en charge non médicamenteuse de la maladie d'Alzheimer et des troubles apparentés*. [Page WEB]. Accès : http://www.medetic.com/docs/07/Alzheimer_techno%5B1%5D.pdf. [Page consultée le 7 mai 2010].

ACP Pratique et recherche. Revue francophone internationale de l'Approche Centrée sur la Personne. (2011). *Carl Rogers*. [Page WEB]. Accès : <http://acp-pr.org/questcarlroger.html>. [Page consultée le 23 mai 2011].

Brodaty, H. (s.d). *IPA. Module 4 : rôle des aidants*. [Page WEB]. Accès : <http://www.ipa-online.org/pdfs/bpsdfrenchmodule4.pdf> [Page consultée le 17 mars 2010].

Centre de Liaison sur l'Intervention et la Prévention Psychosociales (CLIPP). (s.d). *Qualité de vie au travail. Contenu du questionnaire*. [Page WEB]. Accès : <http://www.qualitedevie.ca/fr/content/content-du-questionnaire>. [Page consultée le 21 mai 2011].

Consensus GRECO. (s.d). *Version française soumise à consensus (GRECO) du MMSE simplifiée*. [Page WEB]. Accès : <http://accs.inrp.fr/accs/ressources/sante/dynamique/dynacell%20plone/apoptose/html/mmse.pdf> [Page consultée le 2 mars 2010].

Crea Poemes. (2007). *Les personnes âgées*. [Page WEB]. Accès : <http://emilietourrette.creapoemes.com/poeme/divers/169055/0.html>. [Page consultée le 17 juin 2011].

Cristophani, P, (2010). *Valoriser l'art soignant dans un contexte d'efficience : un enjeu majeur pour le cadre de santé en gériatrie*. [Page WEB]. Accès : <http://www.cadredesante.com/spip/spip.php?article418>. [Page consultée le 21 mai 2011].

Dupuis, G., Martel, J. P., Voirol, C., Bibeau, L. & Hébert-Bonneville, N. (2009). *La qualité de vie au travail. Bilan des connaissances, L'inventaire systémique de qualité de vie au travail (ISQVT)*. [Page WEB]. Accès : http://www.clipp.ca/doc/fr/attachments/Bilans_de_connaissance/BilancompletISQVT20sept10.pdf. [Page consultée le 15 mai 2011].

Finkel, S. I. (1998). *IPA. Module 1 : Présentation des SCPD* [Page WEB]. Accès : <http://www.ipa-online.org/pdfs/bpsdfrenchmodule1.pdf> [Page consultée le 19 mars 2010].

Guide abrégé de la Faculté de médecine du CHUV. (2009). *Pubmed*. [Page WEB]. Accès : <http://www.chuv.ch/bdfm/pubmed1.pdf>. [Page consultée le 13 mai 2011].

Höpflinger, F., Hugentobler, V. (2003). *Les besoins en soins des personnes âgées en Suisse, Prévisions et scénarios pour le 21^{ème} siècle*. [Page WEB]. Accès : <http://www.obsan.admin.ch/bfs/obsan/de/index/05/02.Document90186.pdf> [Page consultée le 10 mars 2010].

Institut universitaire de gériatrie de Montréal. (s.d). *Optimisation de la gestion des symptômes psychologiques et comportementaux de la démence (SPCD) en centre d'hébergement et de soins de longue durée*. [Page WEB]. Accès : <http://www.patientsafetyinstitute.ca/French/research/cpsiResearchCompetitions/2005/Documents/Monette/Deliverables/Session%20%C3%A9ducationnelle%20pour%20les%20opr%C3%A9pos%C3%A9s.pdf>. [Page consultée le 07 mai 2010].

Luxenberg, J. (s.d). *IPA. Module 2: Enjeux cliniques*. [Page WEB]. Accès : <http://www.ipa-online.org/pdfs/bpsdfrenchmodule2.pdf> [Page consultée le 19 mars 2010].

Marc, E. & Picard, D. (s.d). *Relations et communications interpersonnelles*. [Page WEB]. Accès : <http://www.techno-science.net/?onglet=glossaire&definition=4201> [Page consultée le 15 mars 2010].

Monod-Zorzi, S., Seematter-Bagnoud, L., Büla, C., Pellegrini, S. & Jaccard Ruedin, H. (2007). *Maladies chroniques et dépendance fonctionnelle des personnes âgées, données épidémiologiques et économiques de la littérature*. [Page WEB]. Accès : <http://www.obsan.admin.ch/bfs/obsa/fr/index/05.02.Document102235.pdf> [Page consultée le 10 mars 2010].

Office Fédérale de la Statistique. (2010). *Mémento statistique de la Suisse 2010*. [Page WEB]. Accès : <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/infotehk/publ.Document.128915.pdf> [Page consultée le 10 mars 2010].

Office Fédérale de la Statistique. (2008). *Enquête sur la santé des personnes âgées vivant en institution*. [Page WEB]. Accès : <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/14/02/01/key/07.html>. [Page consultée le 14 mai 2011].

Perrier, A. & Similowski, T. (2002). *Une série sur la médecine factuelle (« evidence-based medicine ») : mais pour quoi faire ?* [Page WEB]. Accès : http://www.splf.org/rmr/accesLibre/RMR2002_19_395.pdf. [Page consultée le 9 septembre 2010].

Ponticaccia, J. (s.d). *Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence*. [Page WEB]. Accès : <http://www.gerosante.fr/IMG/pdf/symptomes-comportementaux-psychologies-demence.pdf>. [Page consultée le 6 juin 2011].

Renard, K. (2009). *La démarche snoezelen*. [Page WEB]. Accès : http://bretagne.sante.gouv.fr/pages/actualite/assises_bientraitance/intervention-snoezelen.pdf. [Page consultée le 01 mai 2010].

Réseau francophone formation, santé, travail. (2010). *Glossaire : Modèle de Karasek*.
[Page WEB] : Accès :
http://www.rffst.org/index.php/Glossaire:Mod%C3%A8le_de_Karasek. [Page consultée
le 21 mai 2011].

11. Annexes

11.1 Annexe A : Déclaration d'authenticité

« Je déclare avoir réalisé ce travail moi-même, conformément aux directives. Les références utilisées dans le travail sont nommées et clairement identifiées ».

Laura Clerc

11.2 Annexe B : Attitudes relationnelles de base de Carl Rogers

La congruence : Elle permet que l'on puisse compter sur nous comme des êtres réels. Rogers utilise le mot « congruent » pour désigner ce que l'on voudrait être. Il entend également par ce terme que notre attitude ou le sentiment que l'on éprouve, quels qu'ils soient, seraient en accord avec la conscience que l'on en a. Si nous parvenons à cela, c'est que nous puissions être ce que l'on est au plus profond de nous-mêmes (Rogers, 1972).

L'authenticité : Il s'agit d'essayer de « [...] communiquer sans ambiguïté l'image de la personne » que l'on est, en essayant d'avoir conscience de ses propres sentiments et de les accepter. Ceci nous permettra de « [...] former une relation d'aide envers quelqu'un d'autre » (Rogers, *ibid.*, pp.39-45).

Attitude chaleureuse et positive : Cette attitude relève la question : Sommes-nous « [...] capable d'éprouver des attitudes positives envers l'autre : chaleur, attention, affection, intérêt, respect ? [...] Éprouver librement ces sentiments positifs envers une autre personne » semble être une crainte pour bon nombre de personnes. Nous avons plutôt « [...] tendance à établir une distance entre nous-mêmes et les autres, une réserve, une attitude professionnelle, une relation impersonnelle » (Rogers, *ibid.*, pp.39-45).

Compréhension empathique : Les questions sous-jacentes à la compréhension empathique seraient : Pouvons-nous nous « [...] permettre d'entrer complètement dans l'univers des sentiments d'autrui et de ses conceptions personnelles et les voir sous le même angle que lui ? ». Pouvons-nous « [...] pénétrer dans son univers intérieur assez complètement pour perdre tout désir de l'évaluer ou de le juger ? ».

Acceptation inconditionnelle : Il s'agit ici, d'accepter l'autre tel qu'il est en tant qu'être humain avec toutes ses facettes (qualités, défauts, ressources, limites...). Cependant, il se peut que nous n'arrivions à « [...] l'accueillir que conditionnellement c'est-à-dire en acceptant que certains aspects de ses sentiments et en désapprouvant d'autres tacitement ou ouvertement » (Rogers, *ibid.*, pp.39-45). Si nous cherchons à découvrir pourquoi nous avons été incapables de l'accepter sous tous ses aspects, nous nous apercevons généralement que c'est parce que nous avons eu peur ou nous nous sommes sentis menacés en nous-mêmes par quelques aspects de ses sentiments. Ainsi, pour être plus aidant, il est important que nous nous développions nous-mêmes et que nous acceptions ces sentiments en nous-mêmes (Rogers, *ibid.*).

Non-jugement : Selon Rogers (ibid.), les jugements « [...] ne favorisent pas le développement de la personnalité ». Par conséquent, ils ne peuvent pas faire partie de la relation d'aide. Rogers soulève également le fait qu'un « [...] jugement positif est aussi menaçant en fin de compte qu'un jugement péjoratif, puisque dire à quelqu'un qu'il agit bien suppose que » nous avons « [...] aussi le droit de lui dire qu'il agit mal » Ainsi, si l'on parvient à « [...] maintenir une relation sans jugement de valeur », la personne pourra mieux se rendre compte que « [...] le lieu de jugement, le centre de la responsabilité réside en elle-même » (Rogers, ibid., pp.39-45).

11.3 Annexe C : Contenu du questionnaire de l'ISQVT

Selon le Centre de Liaison sur l'Intervention et la Prévention Psychosociales (CLIPP) (s.d.), « Il comporte des questions touchant 34 domaines de vie au travail, regroupées en huit sphères différentes

Rémunération

Revenu : Salaire, commission, pourboire, etc.

Avantages sociaux (Bénéfices marginaux) : Vacances, assurances, congé de maladie, etc.

Sécurité du revenu : Stabilité du revenu ou du salaire dans le temps.

Cheminement professionnel

Possibilité d'avancement : Possibilité d'avancement qu'offre l'entreprise.

Mutation : Possibilité d'être muté d'un poste à un autre sans que ce soit une promotion.

Perfectionnement et formation : Perfectionnement et formation offerts par l'entreprise.

Horaire de travail

Horaire de travail : Influence du nombre d'heures travaillées et de la plage horaire sur la santé de l'employé.

Horaire variable : Flexibilité de l'horaire de travail.

Absence pour raisons familiales : Possibilité de s'absenter lors de la maladie d'un jeune enfant, d'un conjoint, lors du décès d'un proche, etc.

Climat avec les collègues

Sentiment d'appartenance : Sentiment d'appartenance que l'employé ressent à l'égard de l'entreprise pour laquelle il travaille.

Compétitivité : Degré ou niveau de compétition ressenti au travail.

Relations avec les confrères et consœurs de travail : Relation que l'employé vit avec ses confrères et consœurs pendant les heures de travail.

Conflit de rôle : Degré de conflit entre les tâches de l'employé et celles d'un ou de plusieurs autres employés.

Climat avec les supérieurs

Relations avec le supérieur : Interactions avec le supérieur.

Relations avec les employés : Interactions du supérieur avec ses employés.

Relations avec l'employeur ou la direction : Interactions avec l'employeur.

Commentaires et évaluation : Fréquence et pertinence de l'évaluation et des commentaires faits sur le travail ou, si vous préférez, feedback que l'employé reçoit.

Communication de l'information : Efficacité avec laquelle l'information (mémos, consignes, plan d'action, etc.) est transmise à l'intérieur de l'entreprise.

Caractéristiques de l'environnement physique

Lieu de travail : Qualité du lieu physique de travail (bruit, éclairage, propreté, etc.).

Équipement et outillage : Équipement et outillage disponibles pour exécuter le travail.

Support offert à l'employé

Prise en charge des absences : Ce qui est accompli dans les tâches lorsque l'employé doit s'absenter.

Répartition de la tâche : Répartition de la charge de travail occasionnée par l'absence d'un(e) ou de plusieurs employés(es).

Facilités : Garderies, accès aux restaurants, stationnement, etc.

Relation avec le syndicat : Soutien du syndicat dans différents aspects du travail.

Ressources d'aide aux employés : Programme d'aide aux employés (PAE), etc.

Facteurs qui influencent l'appréciation des tâches

Efficacité au travail : L'efficacité au travail de l'employé en termes de qualité et de quantité.

Temps pour les tâches : Le temps donné pour exécuter les tâches.

Compétence et travail : La correspondance entre les compétences et la nature des tâches à accomplir.

Autonomie : L'autonomie de l'employé dans l'exécution de ses tâches.

Diversité des tâches : Diversité des tâches que l'employé a à accomplir.

Charge émotionnelle : À quel point est-ce que le travail affecte émotionnellement l'employé en dehors des heures de travail.

Exigences physiques : Efforts, posture, etc. nécessaires à l'exécution du travail.

Participation aux décisions : L'influence que l'employé exerce dans la prise de décision concernant les tâches qu'il a à accomplir.

Clarté du rôle : La clarté du rôle que l'employé a à jouer à l'intérieur de l'organisation dans le cadre des tâches à accomplir » (p.1).

11.4 Annexe D : Tableaux des indicateurs de la communication verbale et non verbale

Communication verbale

Communication affective positive	
Conversation sociale	Exemple : « Bonjour, comment ça va ? »...
Validation	Communication orientée sur les émotions, comprendre la réalité subjective du patient
Entente et compréhension	Montrer son accord et sa compréhension
Affection	Montrer de l'affection, de l'empathie, implication émotionnelle
Attitude de partenaire de soins	« Nous l'avons bien fait ensemble »
Discussion sur la stimulation sensorielle	« Est-ce que vous aimez cette odeur ? »
Question affective	« Comment vous sentez-vous ? Pourquoi êtes-vous si triste ? »
Communication affective négative	
Désapprobation	« Je ne veux pas me laver »
Colère	Montrer des émotions très négatives, de la colère, de l'irritation
Communication instrumentale positive	
Information et orientation	« Maintenant, nous allons dans la salle de bain »
Instruction	Donner des instructions, guider la personne
Autonomie	« Est-ce que vous aimeriez porter cette robe ? »
Question pour des clarifications	« Qu'est-ce qu'il a voulu dire ? »
Question instrumentale	« Est-ce que votre genou vous fait toujours mal ? »
Communication instrumentale négative	
Connaissances factuelles	« Aujourd'hui c'est mercredi et non lundi »
Questions fermées sur des connaissances factuelles	« Est-ce que Julie vient vous rendre visite aujourd'hui ? »
Questions ouvertes sur des connaissances factuelles	« Quel est le nom de votre fille ? »

Communication non verbale

Indicateurs de communication non verbale des aides-soignantes	
Contact avec les yeux	Regard dirigé vers le résident : l'aide-soignante le regarde dans les yeux.
Toucher instrumental	contact physique délibéré, (nécessaire pour mener à bien une tâche)
Toucher affectif	toucher relativement spontané montrant de l'empathie
Sourire	énoncé du visage convivial dirigé vers le résident)
Indicateurs de communication non verbale des résidents	
Contact avec les yeux	regard dirigé vers l'aide-soignante. : le résident la regarde dans les yeux
Sourire	énoncé du visage convivial dirigé vers l'aide-soignante

11.5 Annexe E : Tableau de synthèse des études retenues

Études	Buts	Population/Echantillon	Méthodologie	Pays
Brodaty et al. (2003)	Investiguer le stress et la satisfaction des soignants en lien avec les soins aux personnes atteintes de démence	647 patients et 253 soignants	Devis non expérimental (corrélational descriptif)	Australie
Edvardsson et al. (2008)	Investiguer les associations entre les caractéristiques du travail des soignants et la prévalence des SCPD chez les personnes atteintes de démence.	354 patients et 346 soignants	Devis non expérimental (corrélational prédictif)	Suède
Gräsel et al. (2003)	Evaluer les thérapies non-médicamenteuses de la démence par rapport à leurs buts, aux critères d'utilisation et à leur efficacité.	Pas d'indication	Revue de littérature	Allemagne
Livingston et al. (2005)	Editer des recommandations sur les approches psychologiques possibles pour gérer les symptômes neuropsychiatriques de la démence.	162 études	Revue de littérature	Etats-Unis
Roper et al. (2001)	Explorer les sentiments des soignants par rapport aux comportements d'agitation des patients atteints de démence,	30 soignants	Devis qualitatif, étude ethnographique	Etats-Unis
Svansdottir & Snaedal (2005)	Evaluer les effets de la musicothérapie sur les SCPD chez des patients atteints de démence modérée à sévère.	38 patients	Etude de cas témoin	Islande
Visser et al. (2008)	Evaluer l'efficacité de la formation des soignants pour gérer les SCPD et comparer cette efficacité lorsqu'elle est associée au soutien du supérieur hiérarchique direct.	76 patients et 52 soignants	Devis expérimental	Angleterre
Van Weert et al. (2005) (1)	Etudier l'efficacité de la mise en œuvre du snoezelen sur la qualité de vie au travail des aides-soignantes	120 soignants	Devis quasi-expérimental	Pays-Bas

Van Weert et al. (2005) (2)	Investiguer l'effet du snoezelen intégré sur le comportement et l'humeur des résidents souffrant de démence.	120 patients	Devis quasi-expérimental	Pays-Bas
Van Weert et al. (2004) (3)	Evaluer le processus de mise en œuvre de l'approche intégrée du snoezelen dans les soins quotidiens délivrés par les aides-soignantes (à travers les yeux des soignantes)	80 soignants	Etude mixte (quantitative et qualitative)	Pays-Bas
Van Weert et al. (2005) (4)	Investiguer dans quelle mesure les aides-soignantes modifient leur communication en respectant les principes sous-tendant la philosophie du snoezelen. Les effets de la mise en œuvre sur les capacités de communication des résidents sont aussi évalués.	120 patients	Devis quasi-expérimental	Pays-Bas
Zimmerman et al. (2005)	Examiner les attitudes des soignants face à la démence, le stress qu'ils éprouvent au travail et la satisfaction.	421 patients et 154 soignants	Devis non expérimental (corrélational et descriptif)	Etats-Unis

11.6 Annexe F : Grilles de lecture et grilles d'analyse critique des études retenues (Nadot & Bassal, 2011)

Brodaty et al. (2003): Nursing home staff attitudes towards residents with dementia : strain and satisfaction with work

<p>Auteurs</p> <p>Titre de la recherche</p> <p>Journal</p> <p>Année de publication</p> <p>Pays</p>	<p>Brodaty, H., professeurs de psychogériatrie et directeur du département académique pour la psychiatrie de la personne âgée Draper, B., assistant de direction du département de M. Brodaty Low, L-F., assistant de recherche Nursing home staff attitudes towards residents with dementia : strain and satisfaction with work</p> <p>Journal of Advanced Nursing 2003</p> <p>Australia</p>
<p>Question de recherche</p> <p>Hypothèses</p> <p>Buts de la recherche</p>	<p><u>Hypothèses, état de la question</u> Possible lien significatif entre le stress professionnel des soignants, le renouvellement des équipes et la satisfaction au travail (Hinshaw & Atwood, 1993). Niveau de stress élevé dans les équipes de soins associé avec le fait de travailler avec des résidents « cognitivement affaiblis » (Everitt et al., 1991). Augmentation du niveau de stress des soignants est significativement reliée à un niveau élevé d'agression de la part des résidents et surtout si le comportement est perçu comme menaçant (Rodney, 2000). La formation pour donner des soins à des personnes cognitivement affaiblies a été trouvée pour réduire le fardeau des aides-soignants.</p> <p><u>Buts de la recherche</u></p> <ul style="list-style-type: none"> a) Investiguer le stress et la satisfaction des soignants en lien avec les soins aux personnes atteintes de démence et de décrire les caractéristiques des résidents que les soignants estiment le plus difficile et les aspects de leur travail qui sont le plus satisfaisants. b) Investiguer les associations entre ces variables, le travail, les caractéristiques individuelles des soignants et le niveau des troubles du comportement dans les établissements de soins <p><u>Question de recherche</u> Il n'y a pas de question de recherche qui est mentionnée par les auteurs. Mais la description des buts étant très fines, on peut aisément en formuler plusieurs. Quelles sont les caractéristiques des résidents les plus difficiles à supporter pour les soignants et quels sont les aspects de leur travail qui sont le plus satisfaisants ? Quelles sont les corrélations possibles entre ces variables, le travail, les caractéristiques individuelles des soignants et le niveau des troubles du comportement ?</p>
<p>Population/échantillon</p>	<p>Une étude/sondage a été menée dans 12 établissements de soins dans l'Est de Sydney durant les années 1996 à 1997 faisant partie d'une étude sur le traitement de la dépression et de la psychose chez les personnes démentes (Brodaty et al., 2003). Donc on se retrouve avec 11 établissements (n =647 résidents).</p>

<p>Design = devis Aspects éthiques</p>	<p><u>Design</u> Cette étude a un devis quantitatif non expérimental. Dans les devis quantitatifs non expérimentaux, on retrouve plusieurs types d'étude. Il s'agit ici d'une étude corrélacionnelle descriptive qui cherche à explorer des relations entre des variables.</p> <p><u>Aspects éthiques</u> Pas de consentement obtenu de la part des établissements mais directement de la part des résidents, de leurs familles et de leur médecin traitant pour le TTT de l'étude. Participation des soignants était volontaire et il n'y avait pas de critères d'inclusion et d'exclusion. L'approbation du « New South Wales Guardianship Tribunal », the Ethics Committees of the South-Eastern Sydney Area Health Service et the University of New South Wales » a été obtenue.</p>
<p>Méthodologie</p>	<p><u>Collecte des données</u> Données sociodémographiques sur les résidents récoltées à partir des dossiers des homes. Les soignants ont aussi rempli une échelle comportementale complète pour chaque résident. Des questionnaires sur le stress des soignants et leur satisfaction ont été distribués par les directeurs de chaque établissement aux équipes de soins.</p> <p><u>Instrument</u> Le stress des soignants en relation avec les soins aux personnes démentes a été mesuré en utilisant une traduction anglaise de l'échelle suédoise « Strain in Nursing Care Assessment Scale » (SNC) : 36 items (15 positifs et 21 négatifs), tous les items sont additionnés pour avoir un score total (score le plus haut = attitudes plus négatives). Fiabilité interne mesurée par le coefficient de Cronbach. La satisfaction des soignants a été mesurée en utilisant une traduction anglaise de l'échelle suédoise « Satisfaction with Nursing Care and Work Assessment Scale » (SNCW) : 35 items couvrant les domaines tels (coopération, développement, qualité des soins, charge de travail...), items sont additionnés et un score total haut = grande satisfaction. Tous les 647 résidents ont été évalués avec l'échelle BEHAVE-AD. Cette échelle permet de mesurer les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence durant les 2 semaines précédentes.</p> <p><u>Analyse des données</u> Le questionnaire sur le stress et la satisfaction des soignants devait être complété au moins à 90% pour être inclus dans l'analyse. L'analyse statistique a été performée en utilisant la version 9 SPSS. Un niveau de signification de 5% a été mis pour chaque test. L'association entre les attitudes des soignants, le stress, la satisfaction et les variables démographiques ont été investigués en utilisant t-test et la corrélation (lien) de Pearson. Un modèle paramétrique d'ANOVA a été utilisé pour analyser les différences entre les homes sur les scores totaux des attitudes, du stress et de la satisfaction.</p>
<p>Résultats</p>	<p><u>Résultats</u> 253 questionnaires ont été retournés. Les attitudes envers les résidents et le stress dans la relation avec les personnes démentes sont présentées dans le tableau 2. Les 5 perceptions prévalentes des personnes démentes sont qu'ils sont anxieux, qu'ils ont peu de contrôle sur leurs problèmes comportementaux, qu'ils sont imprévisibles, qu'ils sont solitaires et apeuré/vulnérable. Les 5 attributs auxquels les soignants trouvent le plus difficile à faire face : les résidents qui sont agressifs/hostile, ceux qui ont peu de contrôle sur leurs difficultés comportementales, ceux qui sont obstinés/résistants, délibérément difficile et imprévisible.</p>

	<p>La satisfaction avec le travail est présentée dans le tableau 3. Les 5 affirmations sur l'échelle de satisfaction avec lesquelles les soignants sont le plus d'accord sont : « les patients/résidents au travail reçoivent presque toujours des bons soins », « il est important d'essayer et d'entrer dans l'expérience que vivent les patients, « donner assez d'informations sur les soins et les traitements à l'entourage (parents) », « j'apprécie ma situation de travail actuelle et notre organisation de travail est bonne ».</p> <p>L'âge : Pas de corrélation significative avec les attitudes Corrélation positive et significative avec le stress Corrélation négative significative avec la satisfaction</p> <p>Expérience dans les homes : Corrélation significative avec le stress Pas de corrélation significative avec les attitudes et le stress</p> <p>Pas de corrélation significative entre les attitudes, le stress et la satisfaction et le genre, le statut professionnel, le pourcentage de travail ou le fait d'avoir une formation avec les personnes démentes.</p> <p>Les attitudes sont corrélées négativement avec le stress et la satisfaction. En d'autres termes, les soignants avec plus d'attitudes négatives rapportent un niveau inférieur de stress et moins de satisfaction au travail. Le score total de stress et la satisfaction sont faiblement corrélés. Il y a une différence significative d'ensemble entre les homes sur le stress vécu dans les soins aux personnes démentes mais pas de différence sur la satisfaction et les attitudes.</p> <p>La moyenne du BEHAVE-AD et le score de stress pour les 11 homes sont complétés et présentés dans la figure 1. Le graphique suggère qu'il n'y a pas d'association entre le stress et le niveau de perturbation comportementale dans le home.</p>
<p>Cadres de référence et concepts utilisés Discussion et seuil de signification</p>	<p><u>Cadres de référence et concepts</u> Ils ont utilisé l'échelle suédoise « Strain in Nursing Care Assessment Scale (SNC) sur laquelle ils se sont basés pour faire leur questionnaire ainsi que sur l'échelle suédoise « Satisfaction with Nursing Care and Work Assessment Scale » (SNCW). Tous les résidents ont aussi été évalués à l'aide de l'échelle du comportement BEHAVE-AD.</p> <p>Les concepts utilisés sont : le stress, la satisfaction au travail, les attitudes des soignants. Ils n'en donnent pas de définition précise mais tout au long du travail ces notions sont utilisées.</p> <p><u>Discussion</u> Les auteurs se sont aperçus que l'attitude des soignants était plus négative que positive. Les 5 items avec lesquels les soignants étaient le plus d'accord sont tous des items négatifs. Les comportements que les soignants trouvent le plus difficile à s'occuper sont l'agressivité, la non-coopération et l'imprévisibilité. Plusieurs soignants pensent que ces comportements sont délibérés plutôt qu'une conséquence de la démence. Un quart des soignants rapportent que ces résidents ne leur fournissent pas de satisfaction au travail. Malgré le fait qu'il est difficile de travailler avec ces résidents, les soignants pensent que les résidents reçoivent de bons soins et qu'il est important d'essayer de les comprendre. La plupart des soignants (91.7 %) aiment leur situation de travail et sont contents des responsabilités (89.2%) et de l'indépendance (84.2 %) qu'ils ont au travail. Cependant, la moitié rapporte qu'ils n'ont pas assez de temps pour compléter leurs tâches et qu'ils s'inquiètent que leur travail soit affecté par les changements organisationnels.</p>

	<p>Il y avait une différence significative entre les homes et le score total de stress lequel ne semble pas être en lien avec le niveau de perturbation comportementale. Les différences entre le stress pourraient être le résultat de plusieurs autres facteurs comme les différences de culture d'acceptation des comportements des résidents entre les homes, les différents styles de leadership des dirigeants des soins. Les pires attitudes envers les résidents sont associées à moins de stress et à moins de satisfaction au travail. Peut-être les soignants qui voient les résidents plus négativement sont moins impliqués dans leur travail, d'où ils ressentent moins de stress dans la relation soignante, mais aussi moins de satisfaction avec leur travail. Dans l'échantillon actuel, être âgé n'est pas associé avec plus de perceptions négatives des résidents mais est associé avec un stress plus grand dans la relation avec les comportements des résidents et moins de satisfaction. Une plus grande expérience dans les homes était aussi associée avec plus de stress. Plus de 30 % des soignants rapportent qu'ils n'avaient pas assez d'opportunités au travail pour discuter du stress psychologique et 55 % des soignants sentent qu'ils ne connaissent pas assez sur la pathologie et les TTT des résidents. Des interventions futures pour diminuer le renouvellement pourrait inclure la formation et fournir un support et des techniques de coping, et se fixer spécialement sur les soignants qui travaillent depuis longtemps en home.</p> <p><u>Limites de l'étude</u></p> <p>Un manque de données sur la représentativité de l'échantillon, les auto-évaluations biaisées et le manque de données démographiques ont limité l'analyse.</p> <p>Les questionnaires ont été laissés aux directeurs de chaque home pour qu'ils les distribuent. Une faiblesse dans l'étude est que l'on n'a pas d'info sur le taux de distribution et on ne peut pas calculer le taux de réponse. Des soignants n'ont peut-être pas répondu parce qu'ils n'ont pas reçu le questionnaire, parce qu'ils étaient trop occupés, parce qu'ils n'étaient pas intéressés ou qu'ils étaient protecteurs sur leur propre intimité. Cependant, nous n'avons pas d'info sur les non-répondants.</p> <p>Il y aussi des limitations avec les instruments. Le SNC mesure seulement l'expérience du stress à travers les interactions avec les patients et n'incluent pas le stress en lien avec la charge de travail, les relations sur la place de travail ou la gestion des conflits qui contribue aussi au stress des soignants sur leur place de travail (Wheeler, 1998). Le SNCW ne mesure pas de secteurs comme la récompense et la motivation qui peuvent influencer la satisfaction.</p> <p>La validité et la fiabilité de la version anglaise de la SNC et SNCW n'a pas été établie.</p> <p><u>Conclusions</u></p> <p>Les soignants dans cette étude sont généralement satisfaits de leur travail mais perçoivent les résidents comme ayant des caractéristiques négatives et étant difficile à prendre en soin. Beaucoup de soignants voient les comportements anormaux des résidents comme délibéré, voulu. Il y avait des différences entre les homes concernant comment les soignants trouvent que c'est difficile de s'occuper des résidents. Ces différences ne sont pas apparues en lien avec le niveau de perturbation comportemental dans les homes, suggérant que d'autres facteurs comme les caractéristiques du job ou les caractéristiques individuelles sont importants.</p> <p>La modification des imprévus (stress causé par la gestion du temps) et des incertitudes liées à l'organisation, à la formation et au soutien pour les soignants serait aidant.</p> <p>Des études futures pourraient inclure la mesure de telles variables.</p> <p><u>Seuil de signification</u> : Voir grille de critique des études quantitatives</p>
<p>Commentaires en lien avec la question de recherche</p>	<p>Suite à ces résultats, on peut se poser la question de savoir s'il ne serait pas nécessaire de préciser sur quels SCPD on veut se baser. Dans cette étude, ressortent surtout l'agressivité, la non-coopération, l'imprévisibilité. Nous sommes surpris que plusieurs soignants pensent que ces comportements sont délibérés. Nous pouvons faire l'hypothèse qu'ils ont ces propos car ils pensent que ces SCPD reflètent aussi un aspect de</p>

	<p>la personnalité et du caractère de la personne.</p> <p>Nous retenons aussi que les soignants ont une perception plutôt négative des résidents. Ceci doit sûrement avoir un impact sur la relation soignant-soigné et sur l'investissement des soignants. Les soignants mentionnent aussi que ces résidents ne leur fournissent pas de satisfaction dans leur travail.</p> <p>Cette étude permet donc de répondre plutôt à la deuxième partie de la question de recherche à savoir l'impact des SCPD sur les soignants.</p> <p>> risque de désinvestissement, démotivation, prise de distance, soins moins personnalisés, perceptions négatives des résidents.</p> <p>Les facteurs organisationnels ressortent aussi dans cette étude. Les soignants font part de leurs craintes quant aux répercussions possibles de changements organisationnels. Cet aspect était aussi bien abordé dans l'étude de Visser qui mentionnait que si l'on ne tient pas compte du contexte socioculturel et des facteurs organisationnels, on peut essayer n'importe quelle stratégie. Celle-ci n'aura donc que peu d'effets.</p> <p>Dans cette étude, les auteurs abordent le fait que les différences entre le stress (entre les homes) peuvent être le résultat de plusieurs facteurs comme les différents styles de leadership des dirigeants. Ainsi, c'est la deuxième étude (après Visser) qui soulève la question de la hiérarchie et indirectement du soutien de celle-ci.</p> <p>Nous retenons aussi que les soignants mentionnent le fait qu'ils leur manquent des temps pour discuter, échanger sur les situations, leurs ressentis. Ceci nous permet de faire le lien avec l'étude Visser sur la gestion des comportements et des symptômes de la démence (2008) qui mentionne l'importance de proposer des moments de supervision et de formation pour les soignants.</p> <p>L'impact sur les soignants semble aussi différent en fonction de l'expérience de la personne. Cette étude révèle qu'une plus grande expérience est associée avec plus de stress. Nous avons de la peine à comprendre ces résultats car à notre sens, l'expérience constitue justement un facteur aidant.</p> <p>Le fait que les soignants soulèvent le manque de connaissance sur les pathologies et TTT des résidents ne nous étonnent pas. Comme nous l'avons dit, la formation des soignants nous semble être un moyen nécessaire pour gérer au mieux ces comportements perturbateurs.</p>
--	---

Grille de lecture critique d'un article scientifique quantitatif : Etude de Brodaty et al. (2003)

Aspects du rapport	Questions	oui	Non	Peu clair	Commentaires
Titre	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?	X			Le titre est précis. Il permet déjà de cibler précisément les concepts qui seront étudiés dans cet article à savoir, les attitudes des soignants (stress et satisfaction) envers les patients déments.
Résumé	-Contient-il les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?	X			Oui, le résumé contient toute la structure que doit avoir une étude. Ils ont même fait apparaître les buts de façon claire dans le résumé ce qui permet au lecteur de les saisir rapidement. On peut aussi dire que le résumé est très complet, les résultats sont déjà bien détaillés dans le résumé.
Introduction Enoncé du problème	-Le problème de recherche est-il énoncé clairement ?	X			On voit tout de suite que soigner des personnes ayant une atteinte cognitive peut générer du stress et avoir un impact sur la satisfaction au travail et le renouvellement du personnel. Cette introduction est synthétique mais très claire.

Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur les variables étudiées ?	X			Oui, parfaitement. On peut le voir avec la présence des noms des auteurs qui ont déjà publié sur le domaine.
Cadre théorique ou conceptuel	-Les principales théories et concepts sont-ils définis ?	X			
Hypothèses	-Les hypothèses sont-elles clairement formulées ?	X			Une des hypothèses clairement nommée est que la formation des soignants pour les soins aux personnes démentes réduirait leur fardeau. En se basant sur la recension des écrits, ils font aussi l'hypothèse tacite que les soins aux personnes démentes a une influence sur le stress et la satisfaction au travail.
	-Découlent-elles de l'état des connaissances (théories et recherches antérieures ?	X			Oui, voir la réponse à la question précédente.
Méthodes Devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ?			X	Le devis de recherche n'est pas clairement explicité mais on peut le déduire de la méthode utilisée.
Population et contexte	-La description de l'échantillon est-elle suffisamment détaillée ?	X			
	-La taille de l'échantillon est-elle adéquate par rapport au contexte de la recherche ?			X	On ne connaît pas le pourcentage de réponses obtenues puisqu'il n'a pas été demandé aux directeurs des institutions de noter le nombre de questionnaires distribués et le nombre obtenus en retour.
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?			X	Oui, les soignants devaient remplir un questionnaire (aussi avec des infos démographiques) et pour les résidents, des données sociodémographiques ont été récoltées.
	-Les variables à mesurer sont-elles décrites et opérationnalisées ?	X			Oui, cela a été très bien fait, les échelles utilisées sont bien décrites et expliquées.
Déroulement de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ? -A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?	X			Le consentement pour l'étude a été demandé à la famille/aux proches ou médecin traitant de la personne. Pour les soignants, cela s'est passé sur le mode volontaire de participation ou non à l'étude. L'approbation d'une commission d'éthique a aussi été obtenue.
Résultats Traitement des données	Des analyses statistiques ont-elles été entreprises pour répondre à chacune des hypothèses ?	X			Ils ont utilisé le t-test et la corrélation de Pearson ainsi qu'un modèle paramétrique d'ANOVA.
Aspects du rapport	Questions	oui	Non	Peu clair	Commentaires
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			Les tableaux utilisés sont très détaillés et très précis et amènent un complément d'infos car cela permet de voir les réponses pour tous les items et pas seulement pour ceux qui ont obtenu le plus gros score.

					La partie des résultats où le r et le p sont notés sont plus difficiles à comprendre car il faut arriver à se retrouver dans tous ces chiffres.
Discussion Intégration de la théorie et des concepts	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir du cadre théorique et conceptuel, ainsi que des recherches antérieures ?	X			La discussion est courte mais très clairement exprimée. Toutefois, le lien avec les recherches antérieures n'est pas fait.
	-Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?		X		Non, ils n'abordent pas cette question.
	-les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			Les auteurs mentionnent bien les limites que l'on a identifiées par rapport à l'échantillon retenu mais aussi sur l'instrument de mesure qui mesure seulement le stress dans l'interaction avec la personne démente et n'inclus pas le stress en lien avec le contexte de travail (charge de travail, gestion des conflits...)
Perspectives futures	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?	X			Oui, ils mentionnent des pistes de réflexion pour des recherches futures notamment pour diminuer le renouvellement du personnel. Il s'agirait d'inclure la formation, un support et des techniques de coping et de se fixer surtout sur les soignants qui travaillent depuis longtemps en home.
Questions générales Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			Oui, l'article est très bien construit et reprend toutes les étapes clés que doit contenir un article scientifique.
Evaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?	X			Nous trouvons que les résultats obtenus sont très intéressants et permettent de susciter une réflexion sur nos attitudes en tant que soignant face aux personnes démentes.

Edvardsson et al. (2008): Associations between the working characteristics of nursing staff and the prevalence of behavioural symptoms in people with dementia in residential care

<p>Auteurs</p> <p>Titre de la recherche</p> <p>Journal</p> <p>Année de publication</p> <p>Pays</p>	<p>Edvardsson, D., (doctorat) Sandman, P.O., (doctorat) Nay, R. (professeur, Director of the Institute for Social Participation) & Karlsson, S. (department of Community Medicine and Rehabilitation, Geriatric Medicine)</p> <p>Associations between the working characteristics of nursing staff and the prevalence of behavioural symptoms in people with dementia in residential care</p> <p>International Psychogeriatrics 2008</p> <p>Suède</p>
<p>Question de recherche</p> <p>Hypothèses</p> <p>Buts de la recherche</p>	<p><u>Introduction et état de la question :</u> SCPD = complication fréquente et pénible liée à la démence. (Voir définition des symptômes comportementaux dans la partie cadre de référence. L'étiologie des SCPD implique des facteurs biologiques, sociaux et psychologiques (Purundare et al., 2000) et jusqu'à 90 % des personnes avec une démence montrent des symptômes comportementaux à un moment donné au cours de la progression de la maladie (Grossberg et Desai, 2003). Des études indiquent, qu'en plus des caractéristiques des patients, des variables comme l'environnement de soins physique et psychologique, les caractéristiques du travail dans les soins et des soignants ont été démontrées comme influençant le bien-être des personnes atteintes de démence (Karlsson et al, 2001 ; Norberg et al, 2002 ; Lövheim et al, 2006 ; Pekkarinen et al, 2006). Lorsque l'on étudie la façon dont l'environnement psychosocial de travail influence les résultats pour la santé, le modèle de stress au travail est l'un des plus utilisé (Karasek et Theorell, 1990). Voir description du modèle dans la partie cadre de référence. L'expérience clinique suggère que le bien-être des soignants a une influence sur le bien-être des personnes atteintes de démence dans les établissements de soins résidentiels (home). Cependant, peu d'études ont exploré si les caractéristiques des soignants sont associées avec des résultats chez les personnes atteintes de démence dans de tels contextes.</p> <p><u>But de la recherche et hypothèses :</u> Le but de cette étude est d'investiguer les associations entre les caractéristiques du travail des soignants et la prévalence des symptômes comportementaux chez les personnes atteintes de démence dans les homes dans le Nord de la Suède. Cette enquête est donc basée sur les hypothèses suivantes :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Les unités dans lesquelles les soignants évaluent leur stress au travail comme étant plus haut auront une prévalence plus haute de symptômes comportementaux chez les résidents en comparaison des unités dans lesquelles les soignants évaluent leur stress comme plus bas.

	<p>2. Les unités dans lesquelles les soignants évaluent leur climat de soins comme moins positif auront une prévalence plus haute de symptômes comportementaux chez les résidents en comparaison des unités où les soignants évalueront leur climat de travail comme plus positif.</p> <p>3. Les unités dans lesquelles les soignants évaluent leurs connaissances dans les soins aux personnes démentes comme plus basses/faibles auront une prévalence plus haute de symptômes comportementaux chez les résidents en comparaison des unités dans lesquelles les soignants évaluent leurs connaissances dans les soins aux personnes démentes comme plus hautes.</p>
Population/échantillon	<p>Cette étude utilise des données d'un projet de plus grande intervention qui étudie les effets d'un programme éducatif pour les soignants dans les établissements de soins (homes) de 9 municipalités du Nord de la Suède. Un total de 40 unités de soins pour les personnes démentes a participé à l'étude.</p>
Design = devis Aspects éthiques	<p>Le devis n'est pas mentionné tel quel mais à l'aide des buts, on peut le déduire. Il s'agirait donc d'une étude quantitative avec un devis corrélationnel prédictif. Il s'agit de vérifier des relations prévues entre les variables avec en général un échantillon de grande taille. L'étude a été approuvée par le comité d'éthique de l'université Umea de Suède.</p>
Méthodologie	<p><u>Mesures pour la récolte des données :</u> <i>Echelle d'évaluation du stress au travail</i> : (Karasek et Theorell, 1990) L'échelle d'évaluation du stress au travail se compose des exigences du travail (ex : « Mon travail requière de travailler très vite »), du contrôle du travail (ex : « Mon travail requière un haut niveau de compétences ») et du soutien social (« Mes collègues de travail sont là pour moi »). Cette échelle permet de mesurer les perceptions des soignants sur leur environnement de travail. <i>Echelle d'évaluation multidimensionnelle de la démence (MDDAS)</i> : (Sandman et al, 1988) La MDDAS mesure les symptômes comportementaux et psychiatriques, les fonctions motrices, le langage, l'ouïe, les capacités visuelles, l'orientation et les fonctions des AVQ chez les résidents atteints de démence, et la charge de travail physique et psychologique des soignants. L'évaluation du climat de soins dans les unités, ainsi que l'autoévaluation des connaissances dans les soins aux personnes démentes sont récoltées en utilisant 2 échelle visuelle analogue de 100mm allant de « Très mauvais » à « Très bon » et de « Très bonnes connaissances » à « moins bonnes connaissances » respectivement. Une question concernant dans quelle mesure les soignants ont l'occasion de discuter les difficultés et les conflits éthiques au travail fournit des données supplémentaires.</p> <p><u>Analyse :</u> Un score de niveau moyen de stress au travail a été calculé pour chaque unité participante, et les unités ont été ensuite classées entre 40 et 1 représentant les unités dans l'ordre du plus haut au plus bas total de stress au travail. La même procédure de classement a été répétée pour les scores sur le climat des soins et les connaissances sur les soins aux personnes démentes, et le score de climat des soins dans les 20 unités avec le plus haut score total de stress a été comparé avec les mêmes caractéristiques des soignants dans les 20 unités avec le score de niveau de stress le plus faible. De plus, les caractéristiques des résidents comme le sexe, l'âge, le score des AVQ, les capacités communicationnelles et motrices ont été comparées dans les 20 unités avec le score de stress le plus haut et versus les 20 unités avec le score de stress le plus bas.</p> <p><u>Statistiques :</u> En plus des statistiques descriptives, le Mann-Whitney U-test a été utilisé pour examiner les associations entre les variables ordinales des</p>

	<p>échelles, χ^2 ont été employées pour examiner les différences entre les variables dichotomiques, et le t-test indépendant a été employé sur les variables des échelles. Une valeur de p de 0.05 ou moins a été considérée comme statistiquement significatif. Toutes les données ont été analysées en utilisant SPSS pour Windows (version 11.0).</p>
<p>Résultats</p>	<p>L'échantillon comprend 40 unités de soins de homes pour personnes atteintes de démence sélectionnées (un nombre total de 354 lits). Le score de réponse des données auto-déclarées des soignants était de 88 % (N=346).</p> <p>Les 20 unités où le stress est évalué comme le plus haut : jeunes femmes avec peu d'expérience qui ont perçu le climat de soins comme négatif, ces personnes rapportent peu de possibilités de discuter des conflits éthiques et des défis au travail. Les résidents dans ces services ont un score plus bas dans les AVQ et des capacités communicatives et motrices inférieures (Tableau 1).</p> <p>Hypothèse 1 : il a été trouvé que les comportements verbalement perturbateurs étaient significativement plus prévalent dans les unités où les soignants ont classé leur stress comme plus haut en comparaison des unités où les soignants ont classé leur stress comme inférieur. Pas d'autres symptômes comportementaux n'ont été significativement différents quand on comparait les 10 unités avec le score de stress le plus bas avec les 10 unités avec le score de stress le plus haut.</p> <p>Hypothèse 2 : la prévalence des symptômes comportementaux chez les résidents dans les unités où les soignants évaluaient leur climat de soins comme étant moins positif a été comparée à la prévalence des symptômes comportementaux dans les unités évaluées comme ayant un climat de soin plus positif. C'était l'hypothèse qui recevait le plus fort soutien statistique. Le comportement d'errance était significativement plus prévalent dans les unités où le climat de soin était évalué comme moins positif (n=20) en comparaison des unités où le climat de soin était évalué comme plus positif (n=20). Lorsque l'on compare les 4 unités (100 %) avec les évaluations du climat de soin moins favorables avec les 4 unités avec les évaluations du climat plus positives, les comportements suivants ont été significativement plus fréquentes dans les unités au climat moins positif : comportement de fuite comportement d'agitation et comportement d'errance.</p> <p>Hypothèse 3 : Pas de soutien statistique n'a été trouvé pour cette troisième hypothèse.</p>
<p>Cadres de référence et concepts utilisés Discussion et seuil de signification</p>	<p><u>Concepts et cadres de référence :</u></p> <p>Les auteurs définissent comme concept les symptômes comportementaux. Voici, la définition qu'ils nous en donnent. Les symptômes comportementaux ont été décrits comme des expressions de changements de perception de la réalité avec une perturbation de l'humeur et des comportements se manifestant à travers l'expression d'anxiété, des hallucinations, des illusions, de l'agressivité et de l'agitation, de l'errance et d'autres comportements socialement et/ou sexuellement déviants (Finkel et al., 1996).</p> <p>Le cadre de référence choisi par les auteurs dans cette étude est le modèle du stress au travail de Karasek et Theorell, 1990. Le modèle stipule que les personnes travaillant sous stress élevé au travail (exigences élevées de travail avec peu de soutien et de contrôle) ont plus de risque de problèmes de santé que ceux qui ont peu ou pas de tel stress. La preuve précédente suggère qu'un stress élevé au travail est associé avec des risques augmentés, par exemple pour les maladies coronariennes et la mortalité cardiovasculaire (Kivimäki et al, 2002 ; Kuper et Marmot, 2003). Ce modèle postule que la combinaison d'exigences psychosociales élevées, de faible contrôle et de faible soutien social au travail donnent lieu à du stress/pression au travail. Les exigences psychosociales renvoient à des expériences de charge de travail en termes de rythme, intensité, et les compétences demandées pour être capable de faire ce travail ; le contrôle renvoie aux expériences de contrôle de la situation de travail en termes de créativité, répétitivité et liberté de décider quoi faire et quand le faire ; et le soutien social renvoie dans quelle mesure la place de travail en général est perçue comme soutenante, compréhensive et agréable (Karasek et Theorell, 1990).</p> <p><u>Discussion :</u></p>

Service où le stress est perçu comme faible = moins de comportements verbalement perturbateurs chez les résidents que dans les autres services où le stress est perçu comme élevé (dans ces services : les résidents ont plus de difficultés à exercer les AVQ > + de difficultés à marcher indépendamment, + de difficultés dans la communication verbale > cela pourrait augmenter le stress chez les soignants car dépendance croissante). Une interprétation possible pour la haute prévalence des symptômes comportementaux dans le contexte avec un stress élevé est que les soignants qui vivent des caractéristiques de travail tendues se sont montrés distants des résidents (Norberg et al, 2002). Une telle distance entre les résidents et les soignants peut créer un sentiment d'insécurité chez les résidents plutôt qu'un sentiment de sécurité (Kitwood, 1997). C'est pourquoi, la prévalence significativement plus haute de symptômes comportementaux dans les environnements tendus et moins bienveillants pourrait être interprétée comme l'expression de l'insécurité des résidents due aux soignants tendus et peut-être distants. Le climat de soin des unités et son effet sur les résidents et les soignants est une question dans le besoin de future recherche dans les soins de la démence .Cependant, même si la connaissance de savoir comment créer et maintenir un climat de soin positif n'est pas clair, des recherches précédentes soutiennent l'argument qu'un climat de bien-être est important pour les personnes atteintes de démence. Par exemple, il a été décrit que les souvenirs émotionnels durent plus que les souvenirs cognitifs pour les personnes démentes, et que ces souvenirs émotionnels sont utilisés pour interpréter et communiquer les expériences dans le présent (Kitwood, 1997). Par conséquent, un climat de soin calme, chaleureux et accueillant pourrait faciliter le bien-être et l'expérience de sécurité, alors qu'un climat de stress, hostile et peu accueillant pourrait entraver le bien-être des résidents. Le concept « climat de soins » a été exploré et les conclusions montrent que le climat est vécu comme soignant quand les personnes vivent un rythme calme, quand elles sont abordées comme des personnes dans un environnement familial, où il y a une philosophie de soins partagés, une possibilité de créer ou maintenir des relations sociales, et où les soignants disponibles et dignes de confiance montrent une approche accueillante et généreuse (Edvardsson et al, 2005). De futures études sur comment un climat de soin est vécu, créé, maintenu et mesuré dans les soins de la démence sont nécessaires.

Climat de soins perçu comme positif = moins de comportements de fuite, d'errance, de régression (que dans le service où le climat est perçu négativement)

Prévalence des SCPD n'est pas associée avec les connaissances auto-déclarées des soignants dans les soins aux personnes démentes

Cependant, il a été suggéré que les soignants qui perçoivent eux-mêmes qu'être mieux formé dans les soins de la démence sont plus susceptibles d'adopter des soins centrés sur la personne et d'avoir une satisfaction au travail plus élevée (Zimmermann et al, 2005) et les soignants formés qui s'occupent des personnes avec des déficits cognitifs peuvent améliorer le bien-être des résidents (Lintern et al, 2000). Les conclusions de cette étude sont quelque peu contradictoires à ces conclusions, comme des connaissances auto-déclarées plus élevées dans les soins aux personnes démentes chez les soignants n'étaient pas accompagnées par une prévalence plus faible de symptômes comportementaux chez les résidents. Ces résultats contradictoires indiquent un besoin de compléments d'enquête. Une question d'intérêt est de savoir si les différents types de formation sont tout aussi influents dans la prestation de bons soins pour les personnes atteintes de démence. Par exemple, est-ce que la connaissance des faits – par exemple, les symptômes, les facteurs de risque, les diagnostics et traitement – sont moins, également ou plus important pour soigner les résultats que les connaissances basées sur les expériences du vécu et des histoires de vie des personnes atteintes de démence ? Est-ce que les connaissances sur – et la volonté d'accomplir – des raisonnements éthiques et des comportements moraux ont un impact positif sur les résultats pour les résidents et les soignants ?

Dans les études portant sur les soins aux personnes atteintes de démence, il a été noté que les soignants ont besoin d'avoir la possibilité de pouvoir discuter au travail des problèmes et des conflits éthiques auxquels ils font face, si les soignants n'ont pas ce genre de possibilités,

	<p>cela affecte négativement leur satisfaction au travail et augmente leur stress (Hallberg et Norberg, 1995 ; Brodaty et al. 2003). Cette étude soutient les conclusions précédentes que la possibilité d’avoir des discussions concernant les conflits éthiques et les difficultés sont bénéfiques pour le bien-être des soignants comme mesuré dans le modèle demande-contrôle au travail.</p> <p><u>Les limites de l’étude :</u></p> <p>A cause de la nature transversale (cross-sectional) des données, il n’est pas possible d’évaluer si les niveaux plus hauts de stress au travail chez les soignants résultent d’une prévalence plus haute de perturbations comportementales chez les résidents, ou si c’est le contraire – une prévalence plus haute de perturbations comportementales chez les résidents résulte de niveaux plus hauts de stress chez les soignants. De même, il n’est pas connu si un climat de soin plus positif résulte d’une prévalence plus basse de perturbations comportementales chez les résidents, ou si une prévalence plus faible de perturbations comportementales crée un climat plus positif. Des recherches supplémentaires sont nécessaires pour tester la direction des associations entre les caractéristiques du travail des soignants et les comportements des résidents pour voir si en introduisant des interventions pour améliorer le climat de soin cela réduirait les comportements et le stress. Des études supplémentaires sont aussi nécessaires pour investiguer le rôle et le contenu de la formation et son impact sur les soins. Néanmoins, cette étude montre que la situation des soignants (stress au travail, climat de soin) est associée avec le bien-être des résidents comme mesuré par la prévalence des perturbations comportementales. Est-ce possible d’interpréter les conclusions comme suggérant simplement que la démence plus sévère produit plus de SCPD sévères qui conduit à un stress au travail plus élevé pour les soignants ?</p> <p>Pour résumer, les limites de cette étude indiquent que les résultats devraient être regardés comme indicatifs plutôt que concluants.</p> <p><u>Conclusions :</u></p> <p>Cette étude fournit des preuves pour l’expérience clinique souvent citée que le bien-être des soignants est associé avec le bien-être des personnes atteintes de démence dans les contextes de home. Les conclusions montrent qu’il y a significativement moins de symptômes comportementaux chez les personnes atteintes de démence résidant dans des environnements où les soignants vivent moins de stress et ont un climat de soin plus positif. Cette étude met en lumière l’interaction qui existe entre le bien-être des soignants et le bien-être des résidents, et augmente notre compréhension de ce qui constitue un environnement de soins pour les personnes démentes. Bien que la cause et les effets restent à établir, cette étude suggère prudemment les interventions pratiques suivantes :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. L’établissement d’un climat de soin calme, accueillant et chaleureux où les relations sociales ont de la valeur/sont appréciées et les personnes sont plus importantes que « faire la tâche rapidement ». 2. Le développement d’une culture dans laquelle les soignants se sentent valorisés et où un esprit d’équipe est encouragé. 3. L’établissement et un soutien continu pour le développement et le maintien des compétences des soignants dans les soins de la démence. 4. L’offre de possibilités de discussion et de débat constructif des problèmes éthiques et des conflits qui se posent dans la pratique. <p><u>Seuil de signification :</u></p> <p>Voir la grille d’analyse critique des études quantitatives</p>
<p>Commentaires en lien avec la question de recherche</p>	<p>Concernant la thématique du stress dans les soins aux personnes démentes et suite à nos lectures, il nous semble qu’il y ait un phénomène assez circulaire tant sur le versant positif que négatif. Si l’on fait une synthèse des résultats des études de Brodaty et al. (2003), de Zimmerman et al. (2005) et de cette étude-ci, nous arrivons à ces conclusion exprimées sous forme schématique.</p> <p>Nous associons les attitudes/perceptions positives des soignants face aux personnes atteintes de démence avec un climat de soin positif car</p>

nous estimons que les attitudes des soignants influenceront forcément sur le climat de soin.

Climat de soin positif/attitude positive ⇒ attitude centrée sur la personne, **bons contacts** avec les résidents, implication ++ dans les soins, **maintien d'une relation et d'une communication** ⇒ bien-être chez les résidents ⇒ diminution de la prévalence des symptômes comportementaux (SCD) ⇒ diminution du « mauvais stress » chez les soignants et donc satisfaction augmente (stress quand même présent car prise en charge complexe) ⇒ climat de soin positif. Ce phénomène circulaire résumé ici, ne tient pas compte des facteurs organisationnels et institutionnels qui peuvent avoir une influence sur celui-ci.

Climat de soin négatif/attitude négative + stress (en lien avec les caractéristiques du travail) ⇒ augmentation des SCD (surtout des comportements verbalement perturbateurs, cpts d'errance, cpts de fuite et d'agitation) + diminution des capacités dans les AVQ (ex : diff. à la marche) ⇒ augmentation de la dépendance + distance dans les soins ⇒ insécurité + diminution du bien-être des résidents ⇒ augmentation +++ des SCD ⇒ augmentation du stress +++ et certainement du climat négatif ⇒ diminution de la satisfaction ⇒ risque d'épuisement au travail, démotivation, désinvestissement ⇒ augmentation ++ de la distance dans les soins... Il s'agit à notre sens, d'un cercle vicieux dans lequel il faut éviter de tomber.

Cette étude met en avant le fait que le stress était plus élevé chez les jeunes soignantes avec peu d'expérience. L'étude de Zimmerman et al. (2005) a aussi mentionné un stress plus élevé chez les jeunes professionnels mais plus chez les hommes. Nous n'arrivons pas forcément à tirer des conclusions sur cette prévalence plus élevée une fois chez les hommes et une fois chez les femmes. Nous pensons que cela est plus influencé par la personnalité et les stratégies individuelles de gestion du stress. Nous n'avons pas d'autres hypothèses sur ce fait-là. Concernant le stress plus élevé chez les jeunes diplômés, c'est la deuxième étude après Zimmerman et al. (2005) qui soulève indirectement que le fait d'avoir de l'expérience engendre moins de stress chez les soignants.

L'importance d'avoir une attitude centrée sur la personne ressort encore une fois puisqu'il est dit dans cet article que le climat de soins est vécu comme « soignant » quand les personnes vivent un rythme calme, c'est-à-dire quand le soignant s'adapte au rythme individuel de la personne, quand elles sont abordées comme des personnes dans un environnement familial avec une philosophie de soins partagées (= prise en charge globale, individualisée et avec une continuité dans les soins). L'élément principal que nous retenons c'est aussi le fait de pouvoir créer ou maintenir des relations sociales par une attitude accueillante, généreuse, professionnelle des soignants. Ceux-ci doivent se montrer disponibles et dignes de confiance.

Cette étude avait aussi une hypothèse concernant la formation, notion que l'on retrouve dans chaque étude.

Ici, les auteurs ont fait l'hypothèse que les unités dans lesquelles les soignants évaluaient leurs connaissances sur les soins aux personnes démentes comme plus grandes auraient une prévalence moins grande de SCD chez les résidents. Toutefois, cette hypothèse n'a pas pu se vérifier sur le plan statistique. Nous sommes un peu étonnés de ces résultats car suite à nos lectures, nous pensions que la formation aurait une influence sur cette prévalence. En effet, Brodaty et al. (2003) propose de fournir de la formation pour améliorer la gestion des SCPD et l'étude de Zimmerman et al. (2005) amène aussi le fait que les soignants qui perçoivent eux-mêmes qu'être mieux formé dans les soins de la démence sont plus susceptibles d'offrir des soins de qualité centré sur la personne et donc d'avoir plus de satisfaction au travail. Dans cette étude, les auteurs disent aussi que leurs résultats sont un peu contradictoires avec ceux des études précédentes. Cela nécessite d'autres études. Comme ils le mentionnent, il serait intéressant d'en savoir plus sur quelle type de formation serait bénéfique pour les soignants. Ici, ils mentionnent une formation plus centrée sur le bio-médical (symptômes, traitements...) et une autre plus basée sur l'expérience, le vécu, les histoires de vie. Cela reviendrait à notre sens, à avoir une meilleure connaissance de l'histoire de vie des patients et des connaissances plus « psychosociales ». Dans l'étude de Brodaty et al. (2003), il s'agit clairement de la formation basée sur les

	<p>connaissances de la pathologie et des traitements qui est abordée. Il se peut aussi que cette hypothèse n'a pas pu se vérifier parce qu'autres éléments entraient en ligne de compte comme des facteurs environnementaux qui jouent un rôle clé dans l'efficacité de la formation (Brodaty et al., 2003).</p> <p>Cette étude ressort aussi que les soignants ont besoin d'avoir la possibilité de pouvoir discuter au travail des problèmes et des conflits éthiques auxquels ils doivent faire face. Ceci nous fait penser à la supervision qui est aussi abordé dans l'article de Brodaty et al. (2003).</p> <p>Le dernier élément que nous souhaitons retenir est que le stade d'évolution de la démence ne semble pas en lien avec une augmentation du stress. Ainsi, une démence sévère n'engendrerait pas une augmentation du stress.</p> <p>Les pistes d'interventions pour la pratique rejoignent celles que l'on a pu lire précédemment à savoir :</p> <p>L'établissement et le soutien continu pour le développement et le maintien des compétences ⇒ formation</p> <p>L'offre de possibilités de discussion et de débat constructif sur des problèmes éthiques ⇒ supervision</p> <p>L'établissement d'un climat de soin calme, accueillant et chaleureux où les relations sociales ont de la valeur/sont appréciées et les personnes sont plus importantes que « faire la tâche rapidement » ⇒ attitude de soins centrée sur la personne</p> <p>Le développement d'une culture dans laquelle les soignants se sentent valorisés et où un esprit d'équipe est encouragé ⇒ importance du maintien la santé psychique des soignants.</p>
--	---

Grille de lecture critique d'un article scientifique quantitatif : Etude d'Edvardsson et al. (2008)

Aspects du rapport	Questions	oui	Non	Peu clair	Commentaires
Titre	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?	X			Avant même la lecture de l'article, on peut se saisir très précisément la thématique de la recherche et même le but de celle-ci.
Résumé	-Contient-il les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?	X			Le résumé est très structuré avec des titres séparés correspondant à chaque partie de la recherche.
Introduction Enoncé du problème	-Le problème de recherche est-il énoncé clairement ?	X			Oui, le problème de recherche est amené très clairement en partant d'un point de vue assez général puis en affinant les propos > principe de « l'entonnoir ».
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur les variables étudiées ?	X			La recension des écrits permet de justifier la problématique. Elle est très bien référencée.
Cadre théorique ou conceptuel	-Les principales théories et concepts sont-ils définis ?	X			Les auteurs définissent de façon précise le concept principal de cette étude à savoir les symptômes comportementaux ainsi que le cadre de référence choisi (modèle du stress au travail de Karasek et Theorell) qui nous semble très approprié pour cette étude. Les autres concepts sont le climat de soins, le stress au travail et les connaissances sur les soins aux personnes démentes qui ont permis d'élaborer les hypothèses.

Hypothèses	-Les hypothèses sont-elles clairement formulées ?	X			Oui, c'est le premier article où les hypothèses sont nommées telles quelles. Cela permet de bien voir où les auteurs veulent aller à quelle question ils souhaitent répondre. La numérotation utilisée permet de bien les mettre en évidence et permet au lecteur de les repérer rapidement.
	-Décourent-elles de l'état des connaissances (théories et recherches antérieures ?	X			Les hypothèses découlent tout à fait de l'état des connaissances donc du cadre théorique choisi.
Méthodes Devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ?			X	Le devis de recherche n'est pas clairement exprimé mais avec toutes les infos, il est possible de le déduire.
Population et contexte	-La description de l'échantillon est-elle suffisamment détaillée ?	X			Oui, l'échantillon choisi est très bien décrit notamment à l'aide d'un tableau qui reprend toutes les caractéristiques des soignants et des résidents inclus dans l'étude.
	-La taille de l'échantillon est-elle adéquate par rapport au contexte de la recherche ?	X			Nous pensons que oui. Une étude avec un devis corrélationnel descriptif comme celle-ci doit avoir un échantillon suffisamment grand. Ceci est le cas dans cette étude puisqu'il réunit plus de 300 soignants et 300 résidents.
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	X			Les 2 échelles utilisées sont décrites précisément avec chaque fois des exemples pour chaque item ce qui facilite la compréhension.
	-Les variables à mesurer sont-elles décrites et opérationnalisées ?	X			Oui, la partie concernant l'analyse décrit bien les variables et comment celles-ci ont été analysées.
Déroulement de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ? -A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?	X			Toute la procédure méthodologique est décrite allant de la récolte des données à l'analyse à l'aide des statistiques. Il est clairement mentionné que l'étude a été approuvée par un comité d'éthique.
Résultats Traitement des données	Des analyses statistiques ont-elles été entreprises pour répondre à chacune des hypothèses ?	X			Un paragraphe est consacré uniquement aux statistiques. Dans celui-ci, les auteurs expliquent comment ils s'y sont pris pour analyser leurs résultats et quels outils ils ont utilisé (t-test, χ^2 ...)
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			Les résultats sont présentés de manière synthétique dans 2 tableaux qui à notre sens, facilitent leur compréhension. On voit bien les différences de chiffres entre les 20 unités avec le score de stress le plus haut et les 20 unités avec le score de stress le plus bas. De plus, la valeur de p est à chaque fois mentionnée à côté des résultats. Le paragraphe sur les résultats est court mais précis et complet. C'est intéressant le fait qu'ils ont mentionné laquelle des hypothèses avaient le meilleur pouvoir statistique. Cela permet de se situer rapidement sur le degré de signification des résultats pour chacune des hypothèses.
Discussion	-Les principaux résultats sont-ils interprétés	X			Les résultats sont en lien avec les 3 concepts principaux et donc les 3

Intégration de la théorie et des concepts	à partir du cadre théorique et conceptuel, ainsi que des recherches antérieures ?				hypothèses sur le stress au travail, le climat de soins et la connaissance. Ils ne sont pas directement interprétés avec le cadre de référence qui est le modèle du stress au travail de Karasek mais cela est sous-entendu puisque ce modèle a permis la récolte des résultats. Les auteurs auraient peut-être pu interpréter leurs résultats en se basant sur les 3 dimensions du modèle à savoir les exigences du travail, le contrôle et le soutien social. Dans la discussion, les résultats sont bien mis en lien avec les études précédentes dont les apports sont pertinents.
	-Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?		X		Non, rien n'est signalé à ce sujet mais nous supposons que ces résultats à savoir que le bien-être des soignants peut être associé au bien-être des patients peut être généralisé. A notre sens, cela n'est pas différent dans un autre type de service qui aurait comme population des personnes atteintes de démence.
	-les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			Oui, celles-ci sont très bien détaillées. Les auteurs sont très critiques sur leur étude et les limites explicitées permettent de bien saisir quelles études seraient nécessaires pour le futur. A la lecture de ces limites, nous nous rendons bien compte que ces résultats sont plus à visée à informative.
Perspectives futures	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?	X			Nous avons trouvé très intéressant de mentionner quelques interventions pratiques qui nous semblent très pertinentes et qui nous semblent réalisables pour les institutions. Par la mise en évidence très claire des limites de l'étude, on arrive à se faire une idée précise des études à faire dans le futur.
Questions générales Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			Oui, nous trouvons que cet article est très structuré et agréable à lire. Le vocabulaire et les tournures de phrases sont assez aisés pour la compréhension. Nous avons apprécié la précision des résultats les tableaux présentés.
Evaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?	X			Comme dit ci-dessus, cet article propose des pistes d'intervention intéressantes pour la pratique.

Gräsel et al. (2003): Non-Drug Therapies for Dementia : An Overview of the Current Situation with Regard to Proof of Effectiveness

Auteurs	Gräsel, E., Wiltfang, J., Kornhuber, J.
Titre de la recherche	Non-Drug Therapies for Dementia: An Overview of the Current Situation with Regard to Proof of Effectiveness
Journal	Dementia and Geriatric Cognitive Disorders
Année de publication	2003
Pays	Allemagne
Question de recherche	<u>Etat de la question :</u>
Hypothèses	Maladie d'Alzheimer = forme de démence la plus souvent diagnostiquée. A l'heure actuelle, elles ne peuvent pas réellement être évitées par des mesures préventives, elles ne peuvent pas non plus être traitées à la cause.
Buts de la recherche	Dans cette vue d'ensemble, les procédures les plus communes, leurs buts, les principes sur lesquels ils se basent et la preuve la plus significative de leur efficacité seront présentés brièvement accordant une attention particulière de vue d'ensemble aux études et méta-analyses.
Population/échantillon	Les auteurs ne mentionnent pas le nombre d'études, méta-analyses qu'ils ont consulté pour rédiger cette revue de littérature. Le principal critère pour choisir ceux qui ont été examinées était la disponibilité dans les banques de données internationales (Medline, Psychinfo, Cochrane Review) d'études sur l'efficacité. L'intention était aussi de montrer la diversité des thérapies non médicamenteuses pour la démence.
Design = devis	Il s'agit d'une revue de littérature se basant sur des études et des méta-analyses.
Aspects éthiques	Les aspects éthiques ont probablement été discutés séparément dans chaque étude.
Méthodologie	Rien n'est mentionné sur la méthodologie suivie mis à part dans la discussion où les auteurs mentionnent le critère qu'ils ont choisi pour sélectionner leurs études (voir dans population/échantillon).
Résultats	Procédures unimodales : Musicothérapie : Par le terme musicothérapie, nous comprenons l'utilisation de musique ou d'éléments musicaux à des fins de guérison, où cet usage est significativement établi ou dans lequel une telle base est mise en place. Un tel traitement fait appel à l'écoute de la musique par les patients ou de leur activité musicale. La musicothérapie pour la démence s'étend de l'improvisation musicale, un élément pris par le traitement de la musique classique, en passant par le chant de chansons connues, à tout simplement écouter de la musique. L'improvisation musicale est à la fin la plus stimulante du spectre de la thérapie et l'écoute à la fin la moins stimulante. Le but de la musicothérapie est de compenser les limitations sévères pour les patients déments la capacité d'agir et de s'exprimer. Par ces moyens, il est prévu que, au-dessus de tous, les symptômes sociaux et comportementaux soient influencés positivement. Dans leur étude de la littérature concernant les études expérimentales et non-expérimentales sur l'efficacité de la musicothérapie dans la démence, Brotons et al. (1997) ont trouvé que cette forme d'intervention a été efficace dans l'amélioration des aptitudes sociales (par exemple : interaction) et l'état émotionnel (humeur) et

aussi efficace dans la réduction des problèmes de comportement (ex : agitation, errance). Du point de vue méta-analytique, les études expérimentales montrent un effet significatif dans la comparaison entre les paramètres avant le traitement et après le traitement, bien que la taille de l'effet n'était pas uniforme entre toutes les études. Il doit aussi être noté que les auteurs n'ont pas pu trouver une seule étude contrôlée de sorte que l'efficacité n'a pas pu être évaluée de façon fiable.

Art thérapie :

La stimulation sensorielle est au premier plan à travers les éléments de la ligne, la couleur et la forme de référence qui sont en 2 dimensions (dessin, peinture) ou tridimensionnel (sculpture par ex. avec de l'argile).

D'un autre côté, l'art thérapie contribue à la réduction de l'isolement et à une augmentation dans les sentiments d'identité et de confiance en soi.

La preuve de l'efficacité (influence positive sur l'agitation intérieure) est basée sur la description de cas (par exemple, Dunker et Kahn-Denis). Pas d'études contrôlées n'existent.

Thérapie du mouvement :

La thérapie du mouvement peut être utilisée dans une variété large de stades de la démence en vue de maintenir et d'améliorer les fonctions motrices. Dans les stades légers à modérément sévère, il est possible de cibler l'équilibre, la mobilité, la force et l'endurance. Dans les cas de patients avec une démence sévère et avec lesquels on ne peut pas marcher longtemps sans aide, il est parfois possible (quand la cause n'est pas une paralysie) de remobiliser le patient. Dans le cas de patients qui sont alités, il est possible, par le biais de mouvements passifs de membre, d'éviter des contractures secondaires. Des études empiriques sans groupe contrôle montre que dans les cas de patients au stade léger, il est possible par le biais d'une activité psychomotrice à réaliser une amélioration dans le comportement social particulièrement dans les situations de groupe. La fréquence des comportements agressifs chez les patients avec un stade sévère peut être réduite par un programme de promenades régulières. Comme c'est le cas pour l'art-thérapie, il n'y a pas d'études contrôlées sur la thérapie du mouvement dans la démence.

Il y a des indications initiales que les patients déments bénéficient plus d'une combinaison de thérapie du mouvement et de musicothérapie que de la musicothérapie seule.

Thérapie de réminiscence :

Le support essentiel de la thérapie de réminiscence est la communication. L'écoute active, l'attention aux signaux non-verbaux particulièrement dans les cas de patients déments dysphasiques ou aphasiques, et un langage approprié à la démence sont des éléments essentiels pour travailler avec la thérapie de réminiscence.

Dans leur évaluation méta-analytique, Spector et al. n'ont pu s'appuyer que sur une seule étude avec un devis de groupe contrôle randomisé. Pour les 15 sujets de l'expérience, il n'y a pas de différence significative entre les groupes aux niveaux cognitif et comportemental. Il y a un besoin urgent de recherche depuis qu'une étude sur l'utilisation de cette thérapie dans plusieurs pays européens a montré que les aidants familiaux ont déclaré qu'après la thérapie de réminiscence, ils étaient mieux en mesure de faire face à la maladie. Selon Woodrow, la thérapie de réminiscence a le potentiel de renforcer le comportement empathiques des soignants professionnels dans le traitement des patients déments.

Entraînement de la mémoire :

Il semble logique d'essayer d'influencer le symptôme cardinal du syndrome démentiel, les troubles de la mémoire par le biais d'exercices thérapeutiques spécifiques.

Les résultats de deux études contrôlées montrent, cependant que même au sein d'un seul groupe de recherche, les résultats sont incohérents. Tandis que la fonction de la mémoire et le MMSE dans le groupe d'entraînement de la mémoire sont restés au même niveau pendant un an, la performance du groupe contrôle s'est considérablement détériorée. Ici, nous avons affaire à des patients dont l'acuité visuelle et auditive est suffisamment bonne, les patients dont le comportement social n'est pas perturbé et qui ne sont que légèrement atteints de démence. En revanche, un programme d'entraînement des compétences cognitives également avec les patients à un stade précoce de la démence, un programme qui entraîne aussi les capacités cognitives (concentration, mémoire, langage, calcul) et les stratégies de gestion ne prévient pas la détérioration des performances cognitives.

Un danger de base dans le cas d'entraînement cognitif réside dans des exigences trop élevées. Par ailleurs, connaître ses propres lacunes peut amener à de la frustration et à l'augmentation du retrait social. Des troubles dépressifs peuvent à leur tour être une conséquence. C'est pour cette raison que l'entraînement de la mémoire fait sens seulement pour les patients qui sont dans les stades légers de démence et qui souhaitent eux-mêmes entraîner leurs compétences cognitives.

Concepts de thérapies multimodales :

Orientation dans la réalité (RO) :

RO est une méthode de lutte contre la désorientation par rapport au temps, lieu et aux personnes dans un cadre hospitalier. Une méta-analyse de 6 études sur l'efficacité de la RO formelle montre que, contrairement aux individus contrôlés randomisés, la mémoire, l'orientation, les comportements orientés s'améliorent significativement dans le groupe de RO. Les auteurs ajoutent par voie de qualification qu'ils ne savent toujours pas si les effets persistent après que la RO ait pris fin. Les critiques de Woodrow sont que la RO fait des patients des receveurs passifs de l'information et augmentent les sentiments d'insuffisance. La place thérapeutique de la RO est où elle est utilisée avec flexibilité et sensibilité avec les patients qui veulent eux-mêmes être orientés dans la réalité.

Thérapie de Validation :

Le but principal de la validation est d'aider les personnes désorientées à être heureux si possible et à réduire l'anxiété. La validation est également destinée à offrir une théorie développementale pour les individus très vieux et désorientés. Le but de la validation, par conséquent, ce que l'on pourrait considérer comme une dimension psychothérapeutique : la reconstruction des sentiments d'estime de soi, la réduction du stress, la justification de la vie menée, portant sur les conflits non résolus du passé, la réduction de l'utilisation des médicaments et des moyens de contention physique, l'amélioration de la communication verbale et non-verbale, la prévention de la rechute dans la végétation, l'amélioration de la marche et du bien-être physique.

Les techniques de validation sont dépendantes du stade de la maladie. Ils prennent en compte, avant tout, des changements dans les compétences de communication verbale.

La base des motifs de validation qu'il y a toujours une raison sous-jacente au comportement d'un individu vieux et désorienté et que les techniques de validation peuvent reconstituer des mécanismes d'adaptation du passé permettant à l'individu de faire face aux crises du présent n'a pas été empiriquement prouvé. Ici, il y a de grands doutes sur la validité de la théorie.

Dans leur méta-analyse de la thérapie de validation, Neal et Briggs ont pu s'appuyer sur des études contrôlées et randomisées. Sur la base de ce petit nombre de cas, pas de différence significative entre les groupes n'a émergé.

Thérapie d'auto-maintenance :

La thérapie d'auto-maintenance est une procédure de thérapie multimodale qui utilise des éléments de la psychothérapie, de la thérapie de

réminiscence, de la thérapie du milieu et de la thérapie de validation pour réaliser son but principal. Ce but est le maintien, pour le plus longtemps possible, de l'identité personnelle et la continuité des patients atteints de démence. Le point de départ pour les auteurs était l'idée que les déficiences cognitives, des interruptions dans la continuité des expériences personnelles et le manque de nouvelles expériences conduit à des changements et des déséquilibres dans le soi.

Sur une étude de 43 patients, Romero et Wenz ont pu montrer que 3 semaines de thérapie d'auto-maintenance réduit significativement la dépression et d'autres symptômes psychopathologiques (valeur cumulée de par ex. labilité affective, apathie, agitation et agression). Une évaluation valide des bénéfices thérapeutiques n'a pas été faite à l'heure actuelle, puisqu'aucune étude contrôlée n'a été conduite.

Principes de thérapies généraux :

Thérapie comportementale :

La thérapie comportementale est un terme général indiquant l'utilisation en psychothérapie de la connaissance offerte par l'ensemble du champ expérimental de la psychologie. Son but est la modification du comportement, de la pensée et des émotions clairement décrite et mise en œuvre. Ces modifications ont été réalisées essentiellement par le biais du conditionnement classique et opérant comme dans le modèle d'apprentissage. Avec les patients déments, les buts de la thérapie comportementale est de récupérer les compétences perdues ou qu'elles vont perdre, de réduire les comportements perturbés et le soulagement des symptômes secondaires psychiatriques. Les programmes de thérapie comportementale dans les soins essaient de modifier les problèmes de comportement comme l'agitation ou l'apathie. Celui-ci se manifeste particulièrement dans les déficits dans les compétences sociales et communicatives, les déficits qui sont souvent plus prononcés que ne le justifie par l'ampleur des changements organiques. Des problèmes de comportement de genre hyperactif comme des vocalisations inappropriées (cris chroniques), de l'agitation motrice et verbale, l'agression physique causent des problèmes pas seulement dans les établissements hospitaliers de soins infirmiers.

Dans le cas des patients déments, à un certain point de sévérité de la maladie, la condition préalable pour atteindre des effets durables d'apprentissage, par exemple par conditionnement opérant, n'est plus remplie à savoir une mémoire qui fonctionne encore assez bien. Il doit être ajouté cependant, qu'après les activités quotidiennes qui ont été entraînées par le biais de la thérapie comportementale, il y a un niveau significativement plus élevé de l'activité ou une réduction significative des symptômes de dépression antérieurement prononcé par rapport aux groupes contrôle.

Thérapie du milieu :

La thérapie du milieu décrit une pratique thérapeutique particulière basée sur le concept d'adaptation de l'environnement social et matériel aux changements causés par la maladie. La thérapie du milieu représente le domaine le plus exhaustif/détaillé d'options thérapeutiques non-médicamenteuses pour traiter la démence. Des procédures très différentes changent l'environnement matériel et social du patient (le milieu) dans le but d'affaiblir les effets négatifs du processus de la maladie et d'améliorer les compétences existantes (ressources). Des exemples concrets d'interventions de la thérapie du milieu sont (le but principal de l'intervention est donné entre parenthèses) : signaux verbaux ; panneaux appelés ainsi (orientation) ; stimulation sensorielle (perception), environnement stimulant (entraînement) ; évitement de la distraction (compétence de concentration) ; gestion de l'environnement (penser à accomplir des tâches quotidiennes) ; aides à la communication (langage).

La stimulation sensorielle ciblée est employée pour lutter contre la privation sensorielle chez des patients atteints de démence hospitalisés. Dans des études de cas de 4 patients âgés (homme 77 à 84 ans) déments, Spaul et al ont observé qu'il y avait une plus grande interaction

sociale après les sessions de thérapie, mais aucun changement dans le sentiment de bien-être.

Un exemple particulier de l'utilisation de la stimulation sensorielle est l'aromathérapie. Les huiles essentielles d'aromathérapie sont employées pour tenter d'améliorer le sommeil nocturne des patients déments et pour diminuer les comportements perturbés la journée. Dans des études de cas avec un ou 2 patients, une amélioration dans les comportements motivationnels pour être identifiée après la phase de thérapie, comme une amélioration dans la moyenne de sommeil par semaine. La combinaison de l'aromathérapie et des massages conduit à une réduction dans les comportements perturbés seulement chez 1 patient sur 4. Avec 2 des patients, le traitement a conduit à une augmentation des comportements agités. Les résultats concernant l'efficacité de l'aromathérapie sont peu concluants, d'autant plus que dans la seule étude randomisée (avec 21 patients), l'aromathérapie a été examinée seulement en combinaison avec les massages, en comparaison avec les massages, en combinaison avec la conversation et en comparaison avec les massages tout seul. Il y a un manque d'études contrôlées dans lesquelles l'aromathérapie a été testée en monothérapie.

La thérapie avec les animaux peut motiver les patients à aller en promenade régulière et peut soulager la solitude. Caresser les animaux peut avoir un effet calmant. Une étude de 58 patients gérontopsychiatriques (la plupart d'entre eux souffrait de dépression ou de démence) qui ont été divisés de manière randomisée entre un groupe avec les animaux et un groupe de comparaison, ont montré qu'après une intervention de 5 jours, ils ont construit un contact principalement avec les chiens, il n'y avait pas de changement dans le groupe animaux ni de différence significative entre les 2 groupes en ce qui concerne l'irritabilité ou les comportements de repli sur soi. Les effets de la thérapie avec les animaux sur des problèmes de comportement en particulier dans les cas de patients déments doivent encore être examinés.

Le toucher thérapeutique est employé pour parvenir à la relaxation chez ces patients déments qui ne rejettent pas. Cela semble fonctionner à réduire le stress (tendance à la cortisone de devenir plus faible dans la salive et dans l'urine) et à réduire les problèmes de comportement comme l'agitation motrice et les vocalisations inappropriées, au moins pour la période de traitement et la phase immédiatement après.

Des exemples de changements spéciaux du milieu thérapeutique en détail, sont l'utilisation de barrières subjectives comme une porte avec un miroir ou un motif à rayure au sol en face de la porte de sortie pour réduire le danger que le patient avec une agitation motrice n'erre. Avec ces méthodes douces, sans avoir besoin de construire d'obstacles physiques ou de fermer les portes, il est possible de réduire de moitié la fréquence des contacts avec la porte extérieure. Il faut dire, cependant, que les études qui sont montrées ne sont pas des études contrôlées, et que les mesures ne fonctionnent pas avec le même effet pour tous les patients (problème de non-répondant). De plus, le modèle d'apprentissage a permis aux patients atteints de démence, aussi, de surmonter les obstacles subjectifs à ouvrir les portes. Price et al. ont été incapable de trouver une étude contrôlée sur l'efficacité des barrières subjectives lorsqu'il s'agit de patients déments qui sont errants. Ils n'ont pas trouvé que ce soit des études relatives à l'efficacité de ce type de mesure à domicile. Afin de pouvoir faire une évaluation valide de la valeur thérapeutique de procédures de thérapie du milieu, il sera nécessaire de produire des résultats avec des études avec des devis élaborés et avec un nombre suffisamment important de patients.

Formation des soignants :

Bien que la formation des soignants puisse aussi sembler être une forme de thérapie du milieu (elle apporte des changements dans l'environnement social du patient dément), cette forme d'intervention devrait en fait être traitée avec sa propre section à cause de son rôle spécial – la cible pour le changement étant ici principalement le personnel.

La plupart des membres de l'équipe ressentent que les comportements perturbés des patients déments créent du stress mental chez le personnel. Une conséquence de cela pourrait être un changement dans le style de soins (par exemple, comportement du personnel moins

	<p>empathique) qui pourrait conduire à une augmentation des comportements perturbés. Si ce cercle vicieux existe bel et bien, alors il doit être possible par la formation des soignants d'améliorer le comportement des patients déments et/ou leur état émotionnel. Ces hypothèses sont-elles bien fondées ?</p> <p>Les analyses de la connexion entre les dimensions des variables des résultats des soins et liés au patient indiquent que pour un large échantillon de patients atteints de démence (510 résidents dans une institution de soins de longue durée au Canada), il y a une corrélation significative, pas particulièrement marquée, entre la formation des soignants et l'agitation des patients. Plus le personnel a reçu de la formation, moins il y a eu d'augmentation dans l'agitation au cours d'une année. Pas de corrélation significative n'a été établie entre la formation des soignants et le fonctionnement physique des patients, niveau d'expression du langage, les habiletés sociales et le fonctionnement affectif et cognitif. Le score donné par Chappell et Reid à la valeur de la formation des soignants se rapportent à une grande variété de différents types de formation conduites dans les unités de soins qui ont été étudiées, mais la question demeure quant à quel type de formation des soignants peut influencer le plus efficacement le comportement des patients déments et cette question peut être résolue qu'en utilisant les résultats d'études d'interventions.</p> <p>Jusqu'à maintenant, une large gamme de programmes de formation des soignants très différents à été mise au point, dont la plupart vise principalement à améliorer le niveau de compréhension de et pour les capacités limitées des patients déments, offrant la possibilité de l'augmentation des capacités avec lesquelles le patient conserve et négocie des techniques pour améliorer la communication.</p> <p>3 études quasi-expérimentales avec un groupe de comparaison sans formation des soignants ont délivré les résultats suivants : directement après la phase de 3 mois d'intervention, l'intégrité de promotion des soins (mesures pour créer un climat positif pour les patients déments) ainsi que des améliorations dans les soins a conduit à un nombre accru de possibilités pour les patients déments d'être plus actifs dans l'élaboration des activités et à prendre des décisions, une plus grande coopération et une augmentation de contact verbal durant les soins du matin. Le programme axé sur les capacités dans les soins du matin développé par Wells et al. est constitué principalement par des interventions visant à maintenir ou à compenser les aptitudes sociales et les auto-soins. 3 mois et aussi 6 mois après l'intervention, une amélioration significative peut être identifiée et a participé à un comportement calme, ainsi que dans son fonctionnement général et social. Il y a aussi une diminution significative dans les niveaux d'agitation. Dans le programme de compétences communicatives pour les inf. aux., développé par McCallion et al., il est possible après 3 mois d'identifier une réduction significative dans l'agitation verbale et dans les comportements physiquement agressifs, mais après 3 mois de plus, les effets sont clairement moins marqués. Les résultats des études contrôlées suggèrent que le comportement et la maladie des patients déments dans des institutions de longue durée peut être influencé positivement par la formation des soignants.</p> <p>Même si une session de programme de formation visant à améliorer les connaissances des soignants sur la démence, les comportements d'errance et des stratégies de gestion est conduite, après le programme en cours d'emploi, directement à une amélioration dans le niveau de connaissances en soins des soignants, cet effet était déjà en perte après 1 mois de suivi.</p> <p>Des études futures montreront quels éléments du programme de formation des soignants est plus efficace. Une autre question qui se pose est comment la formation doit être intensive et combien de temps ses effets durent comment la formation doit être rafraîchie ?</p>
<p>Cadres de référence et concepts utilisés Discussion et seuil de signification</p>	<p><u>Discussion :</u> Compte tenu de la variété et le nombre de procédures différentes, notamment celles employées dans les principes de thérapies générales suivants comme la thérapie comportementale ou la thérapie du milieu, cette vue d'ensemble ne peut pas être totalement exhaustive. Les conclusions des études permettent d'évaluer les thérapies à l'égard des buts, les critères d'utilisation et l'efficacité.</p>

Effacité des thérapies/traitements non-médicamenteuses :

Une variété d'études individuelles a montré des effets souhaitables dans un éventail de thérapies non-médic. utilisées. Pour la plupart, ces études doivent être considérées seulement comme des observations de l'utilisation de ces thérapies. Pour la plupart des procédures, il n'y a pas encore de preuve de l'efficacité qui est basée sur des études contrôlées et randomisées avec un échantillon assez grand. En outre, il n'y a guère de conclusions relatives aux conditions qui peuvent conduire à des effets indésirables (conclusions par exemple, sur la question si des symptômes émotionnels ou comportementaux négatifs sont causés par des exigences excessives sur les patients). Dans la plupart des études, la thérapie en question est efficace seulement pour le temps que continue la thérapie. Il n'y a pas d'étude si ces thérapies sont efficaces sur le long terme.

Procédures non-médic dans le contexte thérapeutique total :

Dans les soins aux patients déments, les thérapies non-médicamenteuses sont utilisées relativement peu souvent. La raison première à cela, n'est pas le scepticisme concernant l'efficacité potentielle de ce type de thérapies. Une raison essentielle pour le développement relativement lent des thérapies non-médic. est le manque de lobby. Pas d'intérêts commerciaux sont liés aux thérapies non-médic. De plus, les fonds de la recherche proposés sont maigres depuis que les politiques de recherche sont actuellement tous et complètement dominés par la conviction que le traitement efficace peut être prévu par des approches biochimiques et pharmacologiques.

Recherches requises :

Compte tenu des avantages potentiels de thérapies non médicamenteuses et la situation insatisfaisante en matière de preuve de l'efficacité, il y a clairement un besoin considérable de recherche. Les futures études devraient aborder les questions suivantes :

Est-ce que tous les symptômes du syndrome démentiel sont influencés par une thérapie en particulier, et si c'est le cas, quels sont ses symptômes et quelle est l'étendue de la mesure ?

Quelle structure (en relation avec le contenu, la durée, la fréquence de l'unité de thérapie) fournit le meilleur effet ?

Quels critères d'inclusion et d'exclusion devraient être considérés pour une thérapie particulière pour que le meilleur effet possible soit atteint ?

Quelles caractéristiques des patients sont adaptés pour distinguer les répondants des non-répondants ?

Y-a-t-il des effets qui perdurent au-delà de la période de thérapie ? Si c'est le cas, pour combien de temps cela perdure ?

Est-il possible d'augmenter les effets désirés en combinant une variété de thérapies non-médic ? Si c'est le cas, quelles combinaisons sont les plus puissantes ?

Les conclusions relatives à ces questions permettront de créer la base sur laquelle dans le futur une définition claire de la valeur des traitements non-médic. pourra être donnée.

Seuil de signification et limites de l'étude :

Une critique de cette étude est le manque d'informations sur l'échantillon d'études récoltées pour cet article. En effet, rien n'est mentionné sur le nombre d'études sélectionnés. De plus, la méthodologie suivie n'est pas décrite précisément. Le seul élément mentionné par les auteurs est qu'ils ont pris les études sur les banques de données (Medline, Psychinfo...) selon la disponibilité de celles-ci. Il manque aussi la notion de temps. On ne sait pas de quand à quand va la période de récolte des études. Toutefois, les différentes thérapies non-médicamenteuses sont vraiment bien expliquées et détaillées. Cet article va nous permettre de nous faire une idée et avoir une vue d'ensemble sur ce qui pourrait être proposé mais nous serons vigilants par rapport aux résultats et à leur réelle fiabilité. Cet article va aussi nous permettre de comparer les résultats avec d'autres études déjà lues. Pour la plupart, ces études doivent être considérées seulement

	<p>comme des observations de l'utilisation de ces thérapies. Pour la plupart des procédures, il n'y a pas encore de preuve de l'efficacité qui est basée sur des études contrôlées et randomisées avec un échantillon assez grand.</p> <p>On peut définir cet article comme une revue de littérature se basant des études qui sont des méta-analyses. Selon Fortin (2004), « les méta-analyses font appel à des méthodes objectives permettant d'intégrer une grande quantité de résultats et ainsi d'observer les tendances qui se dégagent de ces études [...] » (p.202). « La méta-analyse permet de concilier les résultats différents des études répondant à une même question. Elle s'appuie sur une méthodologie rigoureuse qui assure la valeur de la synthèse et sa reproductibilité » (Cucherat, Boissel & Leizorovicz, 1997 cité par Fortin, 2004, p.203). Ainsi, on peut faire l'hypothèse que les études qui ont été retenues dans ces méta-analyses sont assez fiables.</p>
<p>Commentaires en lien avec la question de recherche</p>	<p>Musicothérapie : Voir commentaires en lien avec la question de recherche dans l'article de Svansdottir & Snaedal (2003).</p> <p>Art thérapie : Dans l'art thérapie, les auteurs incluent la stimulation sensorielle. Nous n'y avons pas pensé mais il est vrai qu'à travers l'art thérapie, on peut travailler la stimulation sensorielle puisqu'on utilisera des matériaux différents. Toutefois, ceci nous semblerait possible avec des patients ne souffrant pas d'une atteinte sévère. Comme il est dit dans l'article, cela est difficile à réaliser avec des patients souffrant d'apraxie ou de troubles du comportement tels que l'agitation, l'apathie, troubles que l'on peut retrouver chez des patients sévèrement atteints de démence. La preuve de l'efficacité se baserait sur la description de cas et il n'y aurait pas d'études contrôlées. Toutefois, ces études mentionnées, datent de 1994 et 1997. Cela pourrait être un Mesh Term (Art Therapy) pour de futures recherches afin de voir si l'art thérapie est mentionné ou fait l'objet d'autres études plus récentes. De plus, nous souhaitons ressortir que la stimulation sensorielle se retrouve dans chacune des revues de littérature parcourues ce qui donne déjà du poids à l'argument sur son utilité auprès d'une population atteinte de troubles cognitifs.</p> <p>La thérapie du mouvement : Cette thérapie semble avoir un bénéfice dans l'amélioration du comportement social auprès de personnes à un stade précoce de la maladie. Ceci est facilement compréhensible puisqu'il est nécessaire que le patient ait des capacités physiques relativement conservées (activités psychomotrices, promenades régulières...) ce qui n'est forcément le cas pour un patient sévèrement atteint. De ce fait, cette thérapie ne nous semble pas correspondre vraiment au type de population de notre travail si on part du principe que ces patients sont souvent fragiles sur le plan physique et difficilement capable d'effectuer des promenades régulières. Il s'agirait de savoir la durée des promenades... Toutefois, dans ces études sur la thérapie du mouvement, ils parlent aussi de mouvements passifs. Ceci serait par contre un élément applicable avec notre population. Nous pouvons faire un lien avec la stimulation basale d'Andréas Frölich qui ressort 3 besoins fondamentaux dont le mouvement. Elle parle de la stimulation vibratoire. Celle-ci se réalise par les mouvements et les déplacements du quotidien, les exercices physiques, le sport... Dans l'esquisse, nous avons déjà fait un lien avec la verticalité et l'importance du lever qui ressort dans le concept d'Humanité. Ainsi, à notre sens, il s'agit vraiment de thérapie par le mouvement. Nous souhaitons chercher éventuellement d'autres articles qui aborderaient cette notion puisque les résultats de ces études disent que la fréquence des comportements agressifs chez les patients sévèrement atteints pourrait être réduite notamment par des promenades régulières. Selon ces études, il serait aussi bénéfique de combiner une thérapie par le mouvement à de la musicothérapie.</p> <p>La thérapie de réminiscence : L'étude de Livingston et al. (2005) mentionne une amélioration du comportement quand la réminiscence est précédée par l'orientation</p>

dans la réalité mais pas à l'inverse. Toutefois, nous ne savons dans aucune des 2 études avec quels patients la réminiscence peut être utilisée. Selon Feil (1997), il semblerait que la réminiscence ne serait que rarement efficace avec les personnes sévèrement atteints de démence. Nous expliquons cela par le fait qu'une personne sévèrement atteinte n'a plus la capacité de réunir ses souvenirs, ses expériences et de les mettre en mots pour les partager avec les autres. Cette approche nous semblerait utile dans un stade précoce de la maladie où il est nécessaire d'essayer de maintenir l'estime de soi, mise à mal par la conscience de la perte des capacités cognitives. Par contre tous les éléments comme l'attention aux signaux non-verbaux, l'écoute active mis en avant dans cette étude constituent à notre sens, des règles que l'on peut et doit appliquer avec n'importe quelle approche thérapeutique et à n'importe quel stade de la maladie. Les résultats que nous retenons sur cette thérapie sont les suivants :

Dans leur évaluation méta-analytique, Spector et al. (2002) n'ont pu s'appuyer que sur une seule étude avec un devis de groupe contrôle randomisé. Pour les 15 sujets de l'expérience, il n'y a pas de différence significative entre les groupes aux niveaux cognitif et comportemental. Il y a un besoin urgent de recherche depuis qu'une étude sur l'utilisation de cette thérapie dans plusieurs pays européens a montré que les aidants familiaux ont déclaré qu'après la thérapie de réminiscence, ils étaient mieux en mesure de faire face à la maladie. Selon Woodrow (1998), la thérapie de réminiscence a le potentiel de renforcer le comportement empathique des soignants professionnels dans le traitement des patients déments.

La thérapie d'orientation dans la réalité (RO) :

Il semblerait que la mémoire, l'orientation et les comportements orientés s'amélioreraient significativement avec une telle approche. Toutefois, les auteurs disent quand même qu'ils ne savent pas si cela persiste à la fin de la thérapie. Dans l'étude de Livingston et al. (2005), cette approche est évaluée lorsqu'elle est combinée avec la thérapie de réminiscence mais c'est tout. Il serait nécessaire d'effectuer d'autres recherches sur cette approche en utilisant éventuellement le Mesh Term suivant : Reality Orientation.

L'entraînement de la mémoire :

Dans l'étude Livingston et al. (2005), ils parlent de stimulation cognitive. Il s'agit de la même approche. De plus, dans ces 2 revues de littérature (Livingston et celle-ci), les mêmes auteurs ressortent (Spector et al.). Au moment de la lecture de l'étude de Livingston, nous sommes allés consulter l'étude de Spector et al. car elle avait un niveau d'évidence (de preuve) très bon mais nous nous sommes rendu compte que cette approche n'était possible que dans des stades précoces de la maladie. Ceci se retrouve aussi dans cette étude qui mentionne le risque d'augmenter la frustration et le retrait social si la personne se sent en échec car elle ne parvient pas à réaliser ces exigences ce qui est le cas dans le stade sévère de la maladie. Ainsi, on peut dire que tous ces résultats vont dans le même sens.

La thérapie de Validation :

On peut dire que cette approche s'oppose à la thérapie d'orientation dans la réalité puisqu'on ne cherche pas à remettre la personne dans la réalité extérieure (qui est la nôtre et pas forcément la sienne). Dans la thérapie de validation, on accepte la personne dans ce qu'elle est à ce moment-là et dans sa propre réalité malgré un possible décalage avec notre réalité.

Voici les résultats développés dans cette étude :

La base des motifs de validation qu'il y a toujours une raison sous-jacente au comportement d'un individu vieux et désorienté et que les techniques de validation peuvent reconstituer des mécanismes d'adaptation du passé permettant à l'individu de faire face aux crises du présent n'a pas été empiriquement prouvé. Ici, il y a de grands doutes sur la validité de la théorie.

Dans leur méta-analyse de la thérapie de validation, Neal et Briggs (2002) ont pu s'appuyer sur des études contrôlées et randomisées. Sur la base de ce petit nombre de cas, pas de différence significative entre les groupes n'a émergé.

Dans l'étude de Livingston et al. (2005), il ressort aussi qu'il n'y a pas de différence significative ni d'effets à long terme suite à l'utilisation de la Validation. Nous souhaitons parcourir une troisième étude sur cette thérapie car nous avons pu lire des propos différents dans le livre de Naomi Feil, auteure de référence pour la thérapie de la Validation.

Nous ne développons pas les résultats sur la thérapie d'auto-maintenance car cela relève à notre sens d'un travail psychothérapeutique nécessitant des compétences particulières que l'infirmière n'a pas forcément.

La thérapie comportementale :

Dans l'étude Livingston et al. (2005), ils abordent les thérapies non-spécifiques de la démence comme des techniques de gestion du comportement. Nous pensons que ceci se rapproche de la thérapie comportementale développée dans cette étude puisqu'elle se base sur des procédures très diverses. Ils prennent l'exemple de « l'incitation à la miction » pour rechercher la continence chez le patient. Il s'agit d'une technique d'apprentissage se basant sur le conditionnement classique (Pavlov) et le conditionnement opérant développé par Skinner. Nous ne développons pas ce modèle d'apprentissage car cela ne correspond à notre population de recherche puisque les capacités d'apprentissage ne sont plus présentes. Voilà les résultats de cette étude :

Dans le cas des patients déments, à un certain point de sévérité de la maladie, la condition préalable pour atteindre des effets durables d'apprentissage, par exemple par conditionnement opérant, n'est plus remplie à savoir une mémoire qui fonctionne encore assez bien.

La thérapie du milieu :

Dans l'étude de Livingston et al. (2005), ils développent les manipulations environnementales avec notamment la proposition d'adaptations matérielles de l'environnement. Ils parlent comme dans cette étude, de panneaux d'orientation, de miroirs, de barrières subjectives. L'élaboration de l'environnement matériel est maintenant de plus en plus perçue comme un soutien important dans les soins aux patients atteints de démence. Dans cette étude, les auteurs ont eu de la peine à trouver des preuves de l'efficacité de ces aménagements de l'environnement et il semblerait qu'il y ait un manque d'études avec des échantillons suffisamment grands pour être représentatifs.

Les études de Brodaty et al. (2003) et Visser et al. (2006) mentionnent aussi un probable effet des facteurs environnementaux et organisationnels sur les SCPD des patients.

Il y a une variété importante de thérapies du milieu possible. Dans cette étude, ils ont choisi de développer la zoothérapie, la stimulation sensorielle (l'aromathérapie), le toucher thérapeutique. Nous nous pencherons sur la stimulation sensorielle et le toucher thérapeutique exclusivement.

Voici les résultats pour la stimulation sensorielle :

La stimulation sensorielle ciblée est employée pour lutter contre la privation sensorielle chez des patients atteints de démence hospitalisés.

Dans des études de cas de 4 patients âgés (homme 77 à 84 ans) déments, Spaul et al. (1998) ont observé qu'il y avait une plus grande interaction sociale après les sessions de thérapie, mais aucun changement dans le sentiment de bien-être. Ces résultats vont dans le sens de l'étude de Van Weert et al. (2005) (étude n°2) qui dit que la communication et la relation entre l'inf. aux. et le patient était meilleur. Toutefois, on ne sait pas non plus si ces effets se sont poursuivis à long terme, ce qui constitue la critique habituelle qui est faite à cette approche. En effet, il y aurait des effets bénéfiques et significatifs au moment de la session et directement après, mais pas à long terme.

Dans cette étude, les auteurs amènent un autre type de stimulation sensorielle. Il s'agit de l'aromathérapie (huiles essentielles) mais les résultats sur l'efficacité semblent peu significatifs et il ressort un manque important de recherches contrôlées et randomisées pour pouvoir affirmer ou infirmer avec plus de fiabilité l'efficacité de cette approche surtout pour son utilisation en monothérapie car les seules études sont faites sur l'aromathérapie en combinaison avec d'autres approches (massages...).

<p>Concernant le toucher thérapeutique, nous savons qu'il est préconisé dans la stimulation basale d'Andréas Frölich. Dans cette étude, les résultats montrent qu'il contribue à la réduction du stress et des problèmes de comportement comme l'agitation motrice, les cris durant la période de traitement et juste après.</p> <p>Nous souhaitons lire encore une recherche sur le toucher thérapeutique.</p> <p>Formation des soignants :</p> <p>En effet, la formation ressort dans toutes les études déjà lues (Livingston, Visser, Brodaty...) comme un élément primordial dans la gestion des SCPD et dans le maintien d'une communication et d'une relation adaptée avec ces personnes atteintes de démence. Les résultats de cette étude vont aussi dans ce sens. Une étude faite au Canada avec un très large échantillon (159 résidents atteints de démence) indique une corrélation significative entre la formation des soignants et l'agitation des patients. Une autre étude a montré une augmentation du contact verbal durant les soins du matin suite à la formation des soignants mais il semblerait quand même que ces effets diminuent après 3 mois.</p> <p>Toutefois, on ne sait dans aucune des études quels types de formation sont proposés aux soignants. Cela pourrait être intéressant d'en savoir plus.</p> <p>Impact sur les soignants : lien avec l'article de Brodaty et al. (2003) sur les attitudes des soignants face aux patients déments.</p> <p>La plupart des membres de l'équipe ressentent que les comportements perturbés des patients déments créent du stress mental chez le personnel. Une conséquence de cela pourrait être un changement dans le style de soins (par exemple, comportement du personnel moins empathique) qui pourrait conduire à une augmentation des comportements perturbés.</p> <p>La conclusion qui ressort à nouveau de cette étude est le fait que toutes ces thérapies sont peut-être efficaces sur le moment mais qu'il n'y a aucune étude sur leur efficacité potentielle à long terme.</p>
--

Livingston et al. (2005) : Systematic Review of Psychological Approaches to the Management of Neuropsychiatric Symptoms of Dementia

<p>Auteurs</p> <p>Titre de la recherche</p> <p>Journal</p> <p>Année de publication</p> <p>Pays</p>	<p>Livingston, G. docteur en médecine Johnston, K. master of science Katona, C. docteur en médecine Paton, J. bachelor of science Constantine G. Lyketsos docteur en médecine Groupe de travail vieillesse de la fédération mondiale de psychiatrie biologique Systematic Review of Psychological Approaches to the Management of Neuropsychiatric Symptoms of Dementia</p> <p>Am J Psychiatry</p> <p>2005</p> <p>USA</p>
<p>Question de recherche</p> <p>Hypothèses</p> <p>Buts de la recherche</p>	<p><u>Question de recherche</u> Il n'y a pas de question de recherche formulée par les auteurs mais en voici une qui aurait été possible : Quelles sont les interventions psychologiques ou dérivées d'un modèle psychologique/psychosocial qui auraient un effet bénéfique à court ou à long terme sur les symptômes neuropsychiatriques de la démence?</p> <p><u>Hypothèses</u> La médication psychotrope est souvent prescrite pour gérer les symptômes neuropsychiatriques mais des inquiétudes ont été soulevées quant à la sécurité et à l'efficacité de ces TTT. Les approches psychologiques auraient moins de risque mais nous n'en savons que très peu sur leur efficacité.</p> <p><u>Buts de la recherche</u> Les auteurs ont décidé de mener une revue de littérature systématique sur les approches psychologiques possibles pour gérer les symptômes neuropsychiatriques de la démence. Suite à ces recherches, ils souhaitent éditer des recommandations sur ces diverses interventions. Ils ont aussi inclus dans leur recherche les études qui abordent des thérapies dérivées d'un modèle psychologique ou psychosocial</p>
<p>Population/échantillon</p>	<p>162 études</p>
<p>Design = devis</p> <p>Aspects éthiques</p>	<p><u>Design</u> Il s'agit d'une revue de littérature étoffée avec un devis de méta-analyse. « Il s'agit d'une technique d'intégration statistique des résultats des études quantitatives. Elle traite les résultats d'une étude comme s'il s'agissait d'une donnée. Ainsi, on combine les résultats de plusieurs études sur un même sujet de manière à créer un ensemble de données que l'on peut analyser comme s'il s'agissait de données obtenues auprès d'être humains. Chacune des études devient l'unité d'analyse » (Loiselle, Profetto-McGrath, 2007, p.150).</p> <p><u>Aspects éthiques</u> Rien n'est mentionné dans l'article au sujet de l'aspect éthique mais celui-ci devait être abordé dans chaque étude séparément.</p>

<p>Méthodologie</p>	<p><u>Collecte des données</u> Les auteurs ont cherché des données électroniques durant le mois de Juillet 2003 en s'appuyant sur des références trouvées dans des articles de revue et dans la librairie Cochrane pour avoir des études faites par des experts. Ils ont inclus celles dépassant Juillet 2003. Ils ont aussi pris le contenu de 3 journaux publiés durant les 10 dernières années.</p> <p><u>Mots-clés utilisés</u> Ils ont utilisé des mots-clés englobant les démences et l'individu et les interventions. Ils ont inclus des recherches avec des résultats quantitatifs s'ils étaient liés aux symptômes neuropsychiatriques (ex : qualité de la vie, institutionnalisation, diminution des prises de médicaments).</p> <p><u>Critères d'exclusion</u> Les critères d'exclusion étaient : personne sans démence ou avec une démence consécutive à une maladie cérébrale, les interventions qui impliquent une médication ou qui ne sont pas basées sur un modèle psychologique comme l'aromathérapie, l'homéopathie...</p> <p><u>Analyse des données</u> Les auteurs ont attribué un niveau d'évidence selon les critères de l'Oxford Centre for Evidence-Based Medicine aux études. Le niveau d'évidence est classé de 1 à 5. Plus le chiffre est petit, meilleur est la qualité. Ensuite chaque type d'intervention a reçu « un grade de recommandation » en accord avec les critères de l'Oxford Centre for Evidence-Based Medicine. Les niveaux vont de la lettre A à la lettre D. La lettre A correspond à un niveau 1 d'évidence...</p>
<p>Résultats</p>	<p><u>Résultats</u></p> <p>La thérapie de Réminiscence : Les auteurs ont identifié 5 études (12-16) sur les interventions de réminiscence. 3 sont de petits essais randomisés. Un de ceux-ci compte 10 participants et signale une amélioration du comportement quand la réminiscence est précédée par l'orientation dans la réalité mais pas à l'inverse (13). Dans cette étude, 5 patients ont reçu l'orientation dans la réalité et ensuite la réminiscence thérapie (1^{er} groupe) et 5 ont eu l'inverse (2^{ème} groupe). Il semblerait que les patients du premier groupe ont montré une amélioration du comportement dans les 6 mois par rapport aux 5 autres patients qui n'ont pas eu d'amélioration significative du comportement. Le degré d'évidence de cette étude est de 2b. Les 2 autres études n'ont pas montré de bénéfices à long terme de cette thérapie, si ce n'est quelques petites améliorations mais pas au-delà de 5 semaines (14-15). Ces résultats semblent fiables car les études un bon niveau d'évidence (2b). Toutefois, toutes les études ayant un bon niveau d'évidence datent de plus de 10 ans. Les études récentes (2000 et 2004) ont un moins bon niveau d'évidence (4). C'est pourquoi au regard de ces études, les auteurs donnent un degré D de recommandation pour la thérapie de Réminiscence.</p> <p>La thérapie de Validation : Les auteurs ont identifié 3 études. La première étude de cas (17) avec 5 personnes soumises à 22 séances de Validation montrent une amélioration de l'irritabilité mais cette étude date de 1988 et a un score d'évidence de 4 ce qui nous permet de relativiser ces résultats. De plus, l'échantillon est petit, rien n'est spécifié sur le nombre de personnes dans le groupe de comparaison. La seconde étude (18) compte aussi 5 patients sans groupe de contrôle et ne montre aucun changement dans le comportement après 20 semaines de thérapie de Validation en groupe. La dernière étude (19) datant de 1997 est randomisée. Elle a cherché à comparer l'utilisation de la Validation à des soins standards et l'utilisation d'un contact social en groupe chez 88 patients atteints de démence. 31 patients ont eu la Validation et 57 étaient dans le groupe comparatif (28 ont reçu le contact social et 29 des soins standards). Les résultats n'ont montré aucun changement.</p>

Après une année, les soignants pensaient qu'il y avait des améliorations suite à l'utilisation de la thérapie de Validation mais en fait, il n'y avait pas de différence dans les besoins en soins ou dans l'utilisation de médicaments psychotropes ou même dans l'utilisation de la contention, c'est pourquoi les auteurs donnent un degré D de recommandation.

La thérapie d'orientation dans la réalité :

La thérapie d'orientation dans la réalité est basée sur l'idée que la déficience dans l'orientation temporelle (jour, date, temps...) empêche les patients déments de fonctionner correctement. Les rappels pourraient les aider. 11 études (13, 20-29) évaluent cette thérapie. Une seule étude est randomisée. Il s'agit d'une étude de 1981 avec un degré 2b d'évidence où 57 patients ont participé (28 ont eu l'intervention et 29 étaient dans le groupe contrôle). Cette étude (24) n'a pas montré de bénéfices immédiats avec la thérapie d'orientation dans la réalité. Dans une autre petite étude (13) randomisée (N=10), les patients qui ont reçu cette thérapie suivie de la réminiscence avaient moins de symptômes neuropsych. comparé aux patients qui l'avaient dans le sens inverse (voire dans résultats sur la Réminiscence). L'autre petite étude non randomisée qui combine l'orientation dans la réalité avec des manipulations environnementales montre une amélioration de l'humeur, une diminution des symptômes neuropsych. et retardent l'institutionnalisation. Toutefois, cette étude est ancienne (1985) et n'a qu'un degré 4 d'évidence. Ces résultats sont à relativiser. Ainsi, selon les auteurs le degré de recommandation pour la thérapie d'orientation dans la réalité est D.

La thérapie de stimulation cognitive :

Elle est dérivée de la thérapie d'orientation dans la réalité et utilise le TTT de l'information plutôt que la connaissance basée sur des faits pour aborder les problèmes de fonctionnement des patients atteints de démence. 3 études randomisées sur 4 (31-35) utilisant la stimulation cognitive montre des résultats positifs bien que les études utilisent différents points de comparaison (tout de suite après la thérapie jusqu'à 9 mois après). Toutefois, après 9 mois, il n'y pas de différence significative entre les groupes. 2 études (34-35) récentes avec un niveau d'évidence très haut (1b et 2b) mentionnent une amélioration de la qualité de vie et une diminution significative de la dépression. Etant donné le bon niveau d'évidence et sa cohérence que la thérapie de stimulation cognitive améliore les symptômes neuropsych. immédiatement et pdt qq mois les auteurs ont attribué un degré B de recommandation.

Thérapies spécifiques de la démence :

Les auteurs ont identifié 2 autres thérapies (30, 33). La première consiste à consacrer 30 min. et à focaliser son attention sur un individu et effectuer avec lui une activité adaptée individuellement (30). Les patients, dans cet essai pilote randomisé, étaient leur propre sujet de comparaison. Durant la période d'intervention, leur comportement ne s'est pas détérioré comparé à leur comportement avant l'intervention. Cette étude date de 1996 et a un degré 4 d'évidence, c'est pourquoi nous pensons qu'il serait intéressant de voir si cette approche est mentionnée dans d'autres recherches. La seconde thérapie (33) s'attache à aider le patient à maintenir un sens, une continuité et une cohérence dans son identité. Cette intervention incorpore des techniques provenant de la Validation, de la Réminiscence et de la psychothérapie. Les patients se retrouvent pendant 3 semaines dans une unité où cette thérapie de self-maintenance est pratiquée. On retrouve une diminution significative des dépressions et des problématiques de comportement. Ces résultats pourraient être en partie attribués à l'environnement. Le fait que ces 2 études ont un niveau d'évidence de 4, le degré de recommandation des auteurs est C pour ces 2 interventions.

Thérapies non-spécifiques de la démence :

25 rapports décrivent l'utilisation de thérapies psychologiques non-spécifiques de la démence pour les patients atteints de démence (36-60). Presque toutes ces études ont examiné des techniques de gestion des comportements. Dans une grande étude randomisée, les

patients et les aidants participaient à une thérapie comportementale mettant l'accent sur des événements agréables ou à l'inverse à une thérapie mettant l'accent sur la résolution de problème (uniquement pour les aidants) (43-44). Ces deux interventions ont eu un résultat égal sur l'amélioration des symptômes dépressifs immédiatement et 6 mois après la thérapie. Ces 2 études ont un très bon niveau d'évidence (1b). Toutefois, elles datent un peu (1994, 1997). 2 autres petites études randomisées ont aussi montré des résultats positifs. Dans une de ces études (42), les participants présentaient significativement moins de symptômes neuropsych. après 2 mois de thérapie de relaxation musculaire. Dans l'autre étude (37), les techniques de gestion du comportement utilisées (éducation, « entraînement social », identification des comportements anormaux) ont permis de réduire l'agression sociale et la déshinhibition. Cette étude est qualifiée d'un niveau d'évidence élevé (2b) et est récente (2000). 2 autres études randomisées (36-40) ont utilisé des techniques de gestion du comportement. Dans une de deux (36), ces techniques ont été inefficaces. Ils ont essayé d'utiliser ces techniques (stimulation sensorielle, utilisation d'un vocabulaire simple (ordre à 1 mot), stratégies d'orientation) durant toutes les activités de la journée. La seconde étude (40) étant de 1978, nous ne développons pas ses résultats. D'autres études de cas sont résumées dans le tableau mais ont un degré d'évidence de 4 voire 5, c'est pourquoi nous ne prenons en compte leurs résultats. Les auteurs ont attribué un degré de recommandation B pour ces techniques de gestion du comportement dans la démence. Les conclusions de ces grandes études randomisées sont constantes et positives et leurs effets durent quelques mois.

Les interventions psychologiques avec les aidants familiaux :

Ces interventions sont désignées pour améliorer les symptômes neuropsych. et la fréquence des institutionnalisations des personnes démentes (61-79). Le degré de recommandation pour les techniques de gestion des comportements sous la forme d'éducation et d'enseignement aux aidants familiaux (sur comment changer leur interaction avec le patient) est A car plusieurs études utilisées ont un haut niveau d'évidence. Une autre étude non contrôlée suggère que le soutien aux familles est aidant dans la réduction de l'institutionnalisation des patients (76). Ainsi le degré de recommandation pour le conseil aux familles est C à cause du degré d'évidence 4 des études utilisées. Nous ne développons pas plus cette intervention car elle est destinée aux aidants naturels.

Les interventions psychosociales :

« Augmentation, amélioration sensorielle » :

La musicothérapie : Cette thérapie inclut jouer de la musique d'une époque ou d'un genre particulier durant des sessions d'activités ou à certains moments de la journée (repas, toilette...). Les participants jouent de la musique, bougent sur la musique ou participent dans la composition et l'improvisation des sessions. Sur 24 interventions de musicothérapie (15, 80-102), 6 étaient randomisées (15, 84, 89, 92, 95, 98). Toutes étaient de petites études randomisées et montraient une amélioration dans les comportements perturbateurs. Dans 2 études, le comportement a été observé durant les sessions de musique, mais il n'y a pas de preuve qu'il y a des bénéfices après la session (84, 92). Dans 3 études, des changements de comportement ont été observés en dehors des sessions de musicothérapie. Dans la première, les patients étaient significativement moins agités durant et après la session dans laquelle les musiques étaient choisies en fonction des préférences des patients (89). Toutefois, cette étude a un niveau de preuve de 5 ce qui permet de douter des résultats. Les résultats de la seconde étude sont similaires (95) avec un niveau d'évidence 2b ce qui est plus intéressant par rapport à l'étude précédente. Dans la troisième étude (niveau 2b d'évidence) qui évalue l'utilisation de la musique combinée aux massages des mains, on retrouve une diminution de l'agitation une heure après l'intervention (98). Le degré de recommandation pour la musicothérapie pour une amélioration immédiate du comportement perturbateur est B parce que plusieurs études avec un niveau 2 d'évidence suggèrent une diminution de l'agitation durant et immédiatement après la session. Toutefois, il n'y a pas de preuve que la musicothérapie est utile dans le TTT des

symptômes neuropsychiques dans le long terme.

La thérapie Snoezelen / stimulation multisensorielle : Le snoezelen qui combine la relaxation avec l'exploration des stimulations sensorielles comme les lumières, les bruits, le toucher est basé sur l'idée que les symptômes neuropsychiques sont le résultat de période de privation sensorielle. Les interventions ont lieu dans une pièce spécialisée et durent entre 30 et 60 minutes. Sur 6 essais abordant ce thème, 3 étaient randomisées. La première (103) était très petite (5 participants) avec des résultats peu clairs malgré un degré 2b d'évidence. Les 2 autres (niveau d'évidence 1b et 2b) ont trouvé que les comportements perturbateurs se sont brièvement améliorés en dehors du cadre du TTT mais qu'il n'y avait pas d'effet après l'arrêt du TTT (104, 105). 2 autres études sont des études de cas (106, 107) et 1 affirme voir une amélioration directement après la thérapie et encore 3 semaines après. Nous ne pouvons nous fier totalement à ces 2 études car le niveau d'évidence n'est que de 5 puisqu'il ne s'agit pas d'essais randomisés ou de méta-analyse. Le degré de recommandation pour le snoezelen pour l'amélioration immédiate des comportements perturbateurs est de B sur la base des études quotées à 2 niveaux d'évidence. Les effets sont apparents seulement sur un court moment après la session.

Autres stimulations sensorielles : Sur 7 essais traitant d'autres formes de stimulation sensorielle, 3 sont randomisées. Le premier essai compare le massage avec la musique dans des conditions similaires puis en combinant le massage et la musique (98). Une diminution de l'agitation est observée une heure après l'intervention. Le deuxième essai examine un programme d'intégration sensorielle qui met l'accent sur les réponses du corps, sur la stimulation sensorielle et cognitive. Il s'avère que cette intervention n'a pas d'effets sur le comportement (112, niveau d'évidence 2b). Une intervention de toucher thérapeutique (massage et discussion) (environ 5 min. par jour) durant une période de 10 jours diminue immédiatement les comportements perturbateurs et ce durant 5 jours. Toutefois, cette étude n'a qu'un niveau 4 d'évidence et date de 1999 (111). Un essai (niveau 4) contrôlé de la stimulation avec des éléments naturels durant le bain (bruits d'oiseaux, de ruisseaux, petits animaux) a montré que l'agitation diminue significativement mais que durant cette période de la toilette (115). Une autre étude de cas (113) ne montre pas de différence dans l'agitation avant et après un toucher thérapeutique ou un massage. Dans les 2 dernières études, l'effet de plusieurs formes de stimulations sensorielles incluant le toucher, l'odorat et le goût ont été examinés. Un petit essai randomisé (niveau 4) ne rapporte aucun changement dans l'association de ces interventions (110) et l'autre étude (niveau 4) montre que l'intervention est aidante (116). Le degré de recommandation pour ces courts bénéfices de la stimulation sensorielle est C mais il n'y a pas de preuve pour une efficacité prolongée.

La thérapie de présence simulée : 6 études ont investigué les effets de la thérapie de présence simulée dans laquelle la mémoire autobiographique est présentée au patient sous la forme d'une conversation téléphonique enregistré par un membre de la famille ou un substitut. Une étude randomisée ne montre aucun changement dans les comportements agités ou repliés sur soi-même (117, niveau 2b). L'équipe pense à une réduction de l'agitation chez les patients qui reçoivent l'intervention comparé au groupe placebo, mais pas comparé aux patients qui reçoivent des soins habituels. Une petite étude (118) a trouvé une amélioration dans l'attention et l'interaction sociale. Finalement dans une série d'études (niveau d'évidence 4 et 5) de cas, Peak et Cheston (120) rapportent des résultats mixtes avec une augmentation de la maladie chez une personne et une diminution de l'anxiété et une amélioration dans l'interaction chez les autres participants. L'utilisation d'une vidéo pour fournir une présence simulée n'est pas associée avec un changement significatif des comportements d'agitation (121). Le degré de recommandation pour la thérapie de présence simulée est D.

Les activités structurées :

Programmes d'activités thérapeutiques : Il y a 5 études randomisées sur ce thème-là. Dans une petite étude randomisée (123, niveau 2b d'évidence), les activités thérapeutiques récréatives à domicile sont associées à une diminution de l'agitation. Une autre étude (122, 2b)

montre qu'un petit moment de discussion en groupe suivi d'un peu de vélo soulage la dépression des patients mais pas l'agitation après 10 semaines. La troisième s'est intéressée au jeu du puzzle mais aucun effet sur l'humeur et l'interaction sociale n'a été mis en avant (95, 2b). Une comparaison entre le jeu de puzzle et le snoezelen ne montre pas d'amélioration dans l'humeur et le comportement (104, 1b). Les autres études sur les activités thérapeutiques ne sont pas randomisées. Une étude (125, 4) avec une combinaison d'activités de groupes et individuelles durant une journée augmentent significativement l'agitation au-dessus de 10 semaines. Un essai clinique non randomisé (126, 4) proposant des activités en petits groupes n'a pas montré de changement de comportement mais quand même une diminution de l'utilisation des moyens de contrainte et de psychotropes chez 7 patients sur 20. Dans 2 études qui utilisent des sessions de lecture, des améliorations ont été vues dans les comportements d'errance et les comportements perturbateurs durant la session et 1 semaine après (87, 5). Pas tous les programmes d'activités thérapeutiques utilisent les mêmes interventions, mais en général, les conclusions des études sont pas incohérentes et peu concluantes. Le degré de recommandation est D.

Les activités « Montessori » : Les activités Montessori utilisent des principes de réhabilitation et vont du simple au complexe dans les répliques et dans la progression dans les activités. 3 essais non randomisés se sont basés sur ces activités et n'ont pas montré de changement dans la dépression et l'agitation (132, 135, 138).

Les exercices : 3 études ont examiné l'utilisation des exercices/mouvement/marche comme une intervention pour gérer les symptômes neuropsychiatriques. Une étude randomisée (131, 1b) n'a pas trouvé d'effets sur le comportement dans l'utilisation du « marcher-parler » dans lequel un soignant marche avec deux résidents ou marche et parle avec deux résidents. Un essai randomisé (133, 2b) sur un programme d'activation psychomotrice n'a pas trouvé d'effets sur le comportement. Les 2 autres études ne sont pas randomisées. La première dans laquelle 11 patients sont leurs propres sujets de comparaison montre une réduction significative des comportements agressifs le jour où le groupe de marche a lieu (134, 4). La seconde (136, 4) sur des exercices de groupe ne montre pas de réduction significative des comportements d'agitation. Le degré de recommandation pour les exercices est D.

Les interactions sociales : 1 étude de cas (137, 5) montre une diminution des symptômes neuropsychiatriques chez un tiers des patients qui ont une interaction sociale avec les infirmières (3h/j. pdt 1-2 mois). Le grade de recommandation de D est mis aux interactions sociales.

La stimulation sensorielle réduite : Celle-ci est investiguée par 2 petites études. Une semaine d'intervention calme (éteindre la TV, baisser le ton de la voix, réduire la vitesse des mouvements) amène rapidement une diminution significative de l'agitation (mesurée par une échelle non standardisée) en comparaison de la période avant l'intervention (135, 4). Dans une autre étude non randomisée (130, 4), les patients sont dans une unité spécifique qui diminue la stimulation (sans TV, radio, téléphones, périodes de visites restreintes et programmées). Aucune diminution des symptômes neuropsychiatriques n'a pu être observée (mesurée par une échelle standardisée) comparé la période avant l'intervention. Toutefois, l'utilisation des moyens de contrainte diminue. Ainsi le degré de recommandation est D.

Les manipulations environnementales :

L'environnement visuel complexe : 8 études non randomisées ont investigué les effets suite à la modification de l'environnement visuel. La présence de 2 dimensions de quadrillages sur le sol près des portes ne réduit pas les comportements de fuite (150, 4). Cependant, 2 études dans lesquels un quadrillage horizontal est utilisé diminuent les tentatives des patients pour ouvrir la porte (142, 144, niveau d'évidence 4). Des résultats similaires ont été obtenus dans une étude sur les effets de peintures murales sur les parois au-dessus des embrasures de portes (145, 4). Des stores et des barrières en tissu sont placés devant les poignées et des signes sont installés pour attirer l'attention des patients. Ces éléments sont efficaces pour réduire le temps où les patients font des tentatives pour sortir de l'unité (140, 143, 148, niveau d'évidence 4 à 5). L'augmentation de l'environnement visuel dans un espace limité du home peut être associée avec

une diminution des comportements agités bien que les conclusions ne soient statistiquement non significatives (139, 4). Les études étant d'un niveau 4 d'évidence, les auteurs ont attribué un grade C de recommandation.

Les miroirs : 2 petits essais non randomisés ont investigué les effets des miroirs dans l'environnement du patient. Dans une étude avec un devis d'étude de cas, un patient sur 2 étaient moins agités après le retrait des miroirs dans l'environnement de l'unité (146, 5). Le degré de recommandation pour l'utilisation de miroirs est D.

Les poteaux indicateurs : 3 essais non randomisés ont investigué les effets des poteaux indicateurs sur les symptômes neuropsychy. 2 études de cas ont trouvé que les panneaux tous seuls étaient inefficaces mais que s'ils étaient combinés avec la thérapie d'orientation dans la réalité, cela améliorerait l'orientation dans l'unité chez 2 patients sur 4 et 5 patients sur 5 respectivement (141, 149, niveau d'évidence 5 et 4). Dans la troisième étude, les poteaux ont été placés dans le but d'attirer l'attention sur les signes; cet arrangement a permis de réduire les symptômes neuropsychy. chez les 5 participants (143, 5). Ainsi, le degré de recommandation est D.

Autres manipulations de l'environnement :

Vie de groupe : C'est le nom donné spécialement pour désigner les établissements de soins qui encouragent une atmosphère intime. Dans un essai randomisé, pas de changement dans les symptômes neuropsychy n'a été trouvé dans un cadre « living group » comparé à une communauté de logements (155, 2b). 2 autres études randomisées montrent une diminution de l'agression, de l'anxiété et de la dépression et moins d'utilisation de neuroleptiques pour un an chez les résidents avec une vie de groupe avec une atmosphère intime (151, 152, 4). Après 3 ans, il n'y avait plus de différence entre le group living et le groupe contrôle. Plusieurs études ont des limites parce que les résidents étaient sélectionnés pour leur admission et n'avaient pas le droit s'ils avaient des symptômes frontaux, une démence sévère, ou des co-morbidités physiques. Un petit essai non randomisé et non contrôlé sur le group living rapporte des effets bénéfiques sur les symptômes neuropsychy à 6 mois et une diminution de l'utilisation des moyens de contrainte (153, 4). Cependant, dans une autre étude, les symptômes neuropsychy. augmentent significativement chez les sujets d'un group living par rapport au groupe contrôle à 6 mois et à 1 an (156, 4). En résumé, le group living peut avoir des bénéfices ou des effets délétères ou pas d'effets sur les symptômes neuropsychy. Ainsi, le degré de recommandation est D.

Les portes pas fermées : Une petite étude (154, 4) non contrôlée examine les effets des portes de l'unité non fermées pdt 3 heures. Les patients montrent moins de symptômes neuropsychy et diminue les phénomènes de fuite quand les portes sont ouvertes. Le degré de recommandation pour ces portes non fermées est D.

La formation :

La formation des soignants prof. dans la gestion des problèmes de comportement : Neuf études ont investigué l'effet de la formation des professionnels dans le TTT des symptômes neuropsychy. 3 études sont randomisées (163-165). Une étude randomisée sur les techniques de communication entraînées par les professionnels permettent une réduction significative de la violence des patients (à 3 mois) et de la dépression (à 6 mois) (163, 1b). Par l'acquisition de connaissances sur la démence et sur les stratégies de gestion les soignants peuvent diminuer l'utilisation de moyens de contention et la violence des patients envers les soignants (161, 165, 2b). Des soins spécialisés associés à la formation du personnel soignant en EMS ont amélioré le statut émotionnel et la qualité de vie des résidents dans les 12 mois (157, 4). Entraîner les soignants dans la promotion de soins intègres (donner plus de temps aux patients, rendre l'environnement plus intime, encourager les patients à faire plus et s'habiller seul) améliore l'anxiété des patients et leur humeur dépressive. Ce sont les résultats d'un petit essai contrôlé (158, 4). Les auteurs ont attribué un degré B de recommandation pour la formation des soignants dans la gestion des troubles du comportement.

	<p>Des interventions environnementales combinées avec la formation des soignants : 8 essais non randomisés ont investigué les effets des interventions environnementales comme avoir une unité spéciale pour les personnes démentes et des soignants formés à cela. Une unité spécialisée avec moins de résidents et un espace de vie plus large que dans les unités standards semble être associée à une diminution des comportements perturbateurs (171, 3). Similairement, dans un essai contrôlé, une combinaison de group living et formation des soignants améliore les résultats émotionnels et physiques des patients et étaient moins coûteux que des soins standards (166, 167, niveau 3 et 4 d'évidence). Dans une autre étude, les unités de soins spécialisées étaient associées à une réduction des symptômes neuropsychiatriques, spécialement de l'agitation et de la dépression ainsi qu'une réduction de l'utilisation d'une médication neuroleptique (167, 169, 4, 3). L'agressivité et les activités perturbées ont été réduites dans les unités spécialisées (170, 4). Cependant, 3 autres études n'ont pas trouvé d'effets (168, 172, 173, 3, 3, 4), c'est pourquoi le grade de recommandation pour ces unités spécialisées combinées à la formation des soignants est D.</p>
<p>Cadres de référence et concepts utilisés Discussion et seuil de signification</p>	<p><u>Cadres de référence et concepts</u> A notre sens, le cadre de référence serait ces différentes approches psychologiques ou dérivés auxquels les auteurs s'intéressent (ex : Validation, musicothérapie...). Cependant, les auteurs ne mentionnent pas de cadre de référence. On pourrait aussi mentionner le descriptif que font les auteurs des symptômes neuropsychiatriques de la démence. Ceci serait le concept à la base de cette étude. Ils donnent une petite définition des symptômes neuropsychiatriques de la démence. Ils disent qu'ils incluent les signes et symptômes de perturbation de la perception, de la pensée, de l'humeur et du comportement. Les symptômes neuropsychiatriques de la démence sont très présents dès le stade modéré de la maladie et sont donc très présents dans les EMS. Ces symptômes contribuent significativement à l'épuisement des soignants, à l'institutionnalisation et à la diminution de la qualité de vie des personnes touchées. Très souvent, nous essayons de les gérer par une médication psychotrope mais nous ne connaissons par réellement ses effets et ses risques.</p> <p><u>Discussion</u> Les auteurs nous font part qu'ils ont trouvé un nombre important de recherches sur les approches psychologiques en lien avec les symptômes neuropsychiatriques. Ils ont essayé de trier, résumer et classer ces études en utilisant les guidelines de la médecine fondée sur des preuves (EBM) dans le but d'aider le clinicien à comprendre quelles interventions sont efficaces et durant combien de temps. Ils ont aussi essayé de distinguer les interventions qui étaient inefficaces par rapport à celles pour lesquelles un trop petit niveau d'évidence était présent, ce qui ne permettait pas de juger de leur efficacité. Comme il y avait beaucoup d'interventions, on aurait pu les classer de différentes façons en fonction de différents critères. Ils ont essayé d'avoir le bon ajustement et de décrire les interventions afin de rendre leur jugement transparent. Quelques thérapies peuvent demander une quantité énorme de travail pour de très petits bénéfices c'est pourquoi ils n'ont pas mesuré ces aspects. En plus, certaines thérapies peuvent amener du plaisir (pour la personne soignée ou le soignant) et par conséquent être valable même si l'intervention ne change pas les symptômes neuropsychiatriques. Ils n'ont pas jugé ces aspects différents. De la même manière, qu'ils n'ont pas étudié l'aspect cognitif bien que certaines thérapies sont destinées à avoir un effet sur la cognition.</p> <p>Thérapies psychologiques efficaces : Les techniques de gestion du comportement centrées sur la personne et son cpt sont généralement un succès pour la réduction des symptômes neuropsychiatriques. Les effets de ces interventions durent pendant plusieurs mois malgré les disparités qualitatives. La psychoéducation destinée à changer le comportement des aidants est efficace surtout si elle est pratiquée en individuel plutôt</p>

qu'en groupe. Avec cette intervention, l'amélioration des symptômes neuropsych. dure plusieurs mois, c'est pourquoi ils recommandent ces types d'intervention.

La musicothérapie et le snoezelen et d'autres types de stimulations sensorielles sont utiles dans le TTT des symptômes neuropsych. durant la session mais n'ont pas d'effets à long terme. Le coût et la complexité du snoezelen et les petits bénéfices retirés sont des barrières à son utilisation.

Les types d'éducation spécifiques du personnel soignant mènent à des réductions des symptômes comportementaux et diminuent l'utilisation des mesures de contraintes. De plus, cela contribue à améliorer les états émotionnels. L'enseignement au personnel est hétérogène (différentes formes, diff. lieux) bien que les instructions aux soignants dans les compétences de communication et l'amélioration de leurs connaissances sur la démence pourraient améliorer les résultats en lien avec les symptômes neuropsych.

Quelles interventions ont besoin de plus de preuve ?

Peu de preuves sont valables sur l'efficacité de la thérapie de Réminiscence, mais il y a plus de preuves positives pour la thérapie de stimulation cognitive. L'entraînement des proches aidants dans les techniques de gestion du comportement montre des résultats incohérents mais il mériterait d'avoir d'autres études sur le sujet.

Les preuves pour les activités thérapeutiques sont vraiment variées et les conclusions de ces études pour ces interventions sont contradictoires et peu concluantes.

Les unités spécialisées pour les personnes démentes ne sont pas systématiquement bénéfiques mais modifier l'environnement visuel et ne pas fermer les portes réduisent avec succès les fugues dans les institutions. Ces interventions prometteuses méritent d'autres études.

Il n'y a pas de preuve convaincante que l'intervention de présence simulée ou les unités pauvres en stimulation sont efficaces pour ces symptômes neuropsych.

Quelles interventions sont inefficaces ?

La thérapie d'orientation dans la réalité, la thérapie de Validation, les activités « Montessori » n'ont pas d'effets sur les symptômes neuropsych. De plus, les preuves convaincantes suggèrent que l'exercice répétitif simple ne marche pas pour les symptômes neuropsych.

Conclusions selon les auteurs :

En général, nos conclusions sont limitées à cause du manque de recherches de hautes qualités. Nous avons trouvé seulement 9 études avec un niveau 1 d'évidence. Cependant, le manque de preuve sur l'efficacité ne veut pas dire manque d'efficacité. Parce que le système attribue un degré haut d'évidence à des études randomisées et que la plupart des études sur les approches psychologiques ne sont pas qualifiées de hautes qualités. La littérature sur les interventions liées au comportement place une grande importance sur les études de cas avec des descriptions des interventions individuelles. Le but de la publication, cependant, est de fournir des preuves qui peuvent être généralisées pour une utilisation future. Nous avons par conséquent utilisé le système de l'Oxford Centre for Evidence-Based Medicine pour évaluer ce niveau de preuve. Nous encourageons l'utilisation d'interventions standardisées (qui peuvent être adaptées individuellement et au contexte) dans les futures recherches afin que ces interventions puissent être efficaces pour d'autres populations.

Seuil de signification :

La question de recherche n'est pas mentionnée mais le but de la recherche est clairement énoncé.

L'introduction est très succincte mais très précise.

Les références à la bibliographie sont faites de manière pointue dans le texte ce qui permet de se retrouver rapidement et de pouvoir se rendre dans la bibliographie.

	<p>Le résumé est pertinent et convaincant, déjà séparé en différents paragraphes (objectifs, méthode, résultats, conclusion). Utilisation de 12 tableaux récapitulatifs des diverses études trouvées en lien avec différentes approches psychologiques. Tableaux très détaillés avec le nom de l'auteur, la randomisation (2 groupes formés aléatoirement), la présence ou non d'un groupe comparatif, le nombre de sujets utilisés et le nombre de sujets comparatifs, le « régime » thérapeutique, les résultats et le degré d'évidence selon Oxford Centre for Evidence-Based Medicine guidelines.</p>
<p>Commentaires en lien avec la question de recherche</p>	<p>La Réminiscence :</p> <p>A notre sens, il serait intéressant de comparer ces résultats avec d'autres recherches en lien avec la thérapie de Réminiscence malgré le fait que les auteurs n'attribuent pas un grand niveau de preuve à cette thérapie. Toutefois, selon Feil (1997), il semble que la Réminiscence ne serait que rarement efficace avec les personnes sévèrement atteintes de démence se trouvant dans le stade des Mouvements répétitifs.</p> <p>La thérapie de Validation :</p> <p>Concernant la Validation, les résultats nous surprennent quelque peu car nous pensions que cette intervention était bénéfique. Toutefois, nous ne prenons pas ces résultats pour acquis car les études ont un petit degré d'évidence et qu'elles datent passablement. De ce fait, nous souhaitons trouver d'autres études abordant la Validation afin de comparer les résultats.</p> <p>La thérapie de stimulation cognitive :</p> <p>Nous n'avons encore rien lu au sujet de cette thérapie mais nous souhaitons nous y intéresser car les auteurs ont donné un degré B de recommandation. Toutefois, nous émettons quelques réserves car nous nous questionnons quant à savoir si cette thérapie serait réellement efficace avec des personnes sévèrement touchées. A priori, nous pensons qu'elle pourrait être bénéfique dans les stades précoces de la maladie.</p> <p>Nous avons consulté l'étude de Spector, Thorgrimsen, Woods, Royan, Davies, Butterworth & Orrell (2003) car cette revue de littérature systématique a attribué à cette étude un niveau 1b d'évidence. Cette étude avait pour but de tester l'hypothèse que la thérapie de stimulation cognitive pour les personnes âgées atteintes de démence a des bénéfices pour la cognition et la qualité de vie de la personne. Spector et al. (2003) ont réalisé un essai randomisé avec 201 personnes recrutées dans 169 centres de jour ou homes. Ils ont sélectionné au minimum 8 personnes dans chaque centre (5 pers. dans le groupe TTT et 3 dans le groupe contrôle). Les critères d'inclusion étaient très précis : critères du DSM-IV pour une démence ; un score entre 10 et 24 au MMSE ; avoir la capacité de communiquer et de comprendre ; ne pas avoir de problème de vue ni d'audition afin de pouvoir participer au groupe et utiliser le matériel ; ne pas avoir de problème physique majeur ; ne pas avoir de grandes difficultés de lecture.</p> <p>Suite à la description de ces critères, nous pouvons déjà nous dire que cela ne correspond pas à la population cible de notre travail car une personne sévèrement atteinte de démence a un MMSE inférieur à 10. Sa capacité de communiquer et de comprendre est aussi fortement touchée. Ainsi, nous faisons le choix de ne pas plus développer cette étude de Spector et al. (2003) par souci de pertinence par rapport à notre question de recherche.</p> <p>Référence de cette étude : Spector, A., thorgrimsen, L., Woods, B., Royan, L., Davies, S., Butterworth, M., & Orrell, M. (2003). Efficacy of an evidence-based cognitive stimulation therapy programme for people with dementia : randomised controlled trial. <i>British Journal of Psychiatry</i>, 183, 248-254.</p> <p>Thérapies spécifiques de la démence :</p> <p>Dans la discussion, les auteurs n'abordent pas directement ces thérapies spécifiques de la démence comme ils les appellent. Il nous</p>

semble que ces thérapies incorporent des techniques provenant d'autres thérapies qui sont aussi développées dans cette revue de littérature systématique. Il s'agit par exemple de mettre l'individu au centre de nos préoccupations, de lui accorder du temps et de valoriser son individualité. Ces études n'ont obtenu qu'un grade C de recommandation. Nous allons être attentifs dans les futurs articles afin de voir si des approches similaires à celles-ci sont mentionnées.

Thérapies non-spécifiques de la démence :

Les techniques de gestion du comportement centrées sur la personne sont pour les auteurs un succès dans la réduction des symptômes neuropsych. et ceci durant plusieurs mois. Le bon degré d'évidence attribué aux études abordant cette question d'interventions visant la gestion du comportement nous amène à penser qu'il serait intéressant de parcourir d'autres études.

Les interventions psychologiques avec les aidants familiaux :

Les auteurs développent différentes interventions dans ce paragraphe. Voici ces interventions :

- Eduquer les aidants familiaux à gérer les comportements (degré de recommandation D)
- Psychoéducation des aidants (modifier leur façon d'entrer en interaction avec la personne démente) (degré de recommandation A)
- Conseil aux familles (degré C)

Toutefois, ces interventions ne sont pas pertinentes par rapport à notre question de recherche car nous nous situons dans un contexte d'EMS alors qu'ici il s'agit des personnes vivant à domicile avec des aidants familiaux. Ainsi, nous ne les retenons pas.

Les interventions psychosociales :

Concernant la musicothérapie et le snoezelen, les auteurs retiennent une diminution de l'agitation durant la session et immédiatement après. Toutefois, il n'y a pas de preuve que la musicothérapie et le snoezelen est utile dans le TTT des symptômes neuropsych. à long terme. Ayant nommé la musicothérapie et le snoezelen dans notre cadre de référence, nous souhaitons chercher d'autres études afin de comparer les résultats.

Dans cette étude les périodes de stimulation sensorielle se sont limitées à environ 1h. Dans l'étude de Van Weert et al. (2005), ils ont essayé de mettre en œuvre l'approche snoezelen dans les soins sur 24h ce qui peut peut-être constituer une différence importante.

De plus dans cette étude, ils se sont intéressés uniquement à l'effet potentiel du snoezelen sur les symptômes neuropsych. de la personne malade mais pas du tout sur l'impact possible sur les soignants. Van Weert et al (2005) ont cherché à mettre en évidence l'impact sur la qualité de vie au travail chez les soignants qui s'en trouve améliorée. > voir commentaires dans l'article de Van Weert (2005).

Les activités structurées :

Les conclusions des études concernant les activités structurées étant contradictoires et peu claires, les auteurs attachent une importance limitée à ces activités thérapeutiques. Quant aux activités Montessori, elles n'ont pas d'effets sur les symptômes neuropsych. Il y a aussi un manque de preuve convaincante sur les unités pauvres en stimulation. A priori, nous ne retenons pas ses résultats par rapport à notre question de recherche et notre cadre de référence.

Les manipulations environnementales :

Concernant l'environnement, il serait intéressant de parcourir d'autres recherches car la communication non verbale fait appel à nos sens et nos sens perçoivent l'environnement. Ainsi, celui-ci est susceptible d'avoir un impact sur les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence.

Nous avons pu lire dans les études de Brodaty (2003) et Visser (2006) que les facteurs environnementaux avaient probablement un

	<p>impact sur ces symptômes et qu'il était absolument nécessaire d'en tenir compte pour mettre en place de nouvelles stratégies (comme favoriser la formation des soignants).</p> <p>Les résultats concernant la formation des soignants professionnels dans la gestion des comportements sont très intéressants. Dans notre esquisse, nous abordons déjà l'importance de la formation et de la connaissance au sujet de la maladie d'Alzheimer afin d'offrir des soins de qualité. Nous allons effectuer plus de recherches sur cet aspect. Dans les études de Brodaty et Visser, nous avons déjà pu mettre en évidence la notion de formation et de supervision des soignants comme des stratégies de gestion des SCPD, de gestion du stress.</p> <p>Nous souhaitons retenir que cette revue de littérature systématique ne met pas en avant des bénéfices clairs quant à l'utilisation d'unités spécialisées pour accueillir les personnes démentes car nous y pensions depuis le début du travail. Il serait intéressant de trouver d'autres articles sur le sujet.</p> <p>Les mots-clés ressortis de cette étude :</p> <ul style="list-style-type: none">Neuropsychiatric symptomsPsychological approachesStaff education
--	--

Roper et al. (2001) : Nurse caregiver feelings about agitation in Alzheimer's disease

<p>Auteurs</p> <p>Titre de la recherche</p> <p>Journal Année de publication Pays</p>	<p>Roper, J.M., (infirmière enregistrée, doctorat et directeur Nursing Research Program) Shapira, J., (infirmière enregistrée et clinicienne) Beck, A. (infirmière enregistrée) Nurse caregiver feelings about agitation in Alzheimer's disease</p> <p>Journal of Gerontological Nursing 2001 Etats-Unis</p>
<p>Question de recherche Buts de la recherche</p>	<p><u>Introduction :</u> Pendant que la littérature des soins aborde les techniques et les stratégies pour la gestion générale des patients atteints de démence de type Alzheimer (AD en anglais et DTA en français) (Beck & Heacock, 1988 ; Evans & Strumpf, 1990 ; Gerdner & Buckwalter, 1994 ; Struble & Silverstein, 1987), les sentiments des infirmières qui soignent les patients agités atteints de DTA n'ont pas été directement étudiés. L'impact des comportements des patients avec une DTA sur les infirmières et comment cet impact, à son tour, influence l'évaluation et la gestion de l'agitation des patients sont des manques dans la littérature des soins. La qualité de vie dans le contexte institutionnel dépend des infirmières, procédant en temps opportun à une évaluation de l'agitation des patients avec une DTA, et ensuite prenant des actions pertinentes. Si ce processus ne se produit pas, les comportements des patients peuvent continuer inutilement.</p> <p><u>Buts de la recherche :</u> Cette étude explore les sentiments des infirmières par rapport aux comportements agités des patients atteints de DTA. Les infirmières ont partagé leurs réponses aux patients atteints de DTA et à l'agitation. Le but de cet article est de présenter les conclusions d'interviews ethnographiques conduites avec 17 infirmières par rapport à leurs soins aux patients déments qui sont agités.</p> <p><u>Contexte :</u> L'agitation est un problème de comportement commun chez les patients avec une DTA. Cela est rapporté par approximativement 50 % des membres de la famille fournissant des soins à la maison (Cohen-Mansfield, Taylor & Werner, 1998 ; Flynn, Cummings & Gornbein, 1991 ; Rabins, 1989 ; Reisberg, Franssen, Sela, Kluger & Ferris, 1989) et persistent chez les patients dans le contexte institutionnel (Cohen-Mansfield, 1986 ; Kunik, Graham, Snow-Turek, Molinari, Orengo & Workman, 1998 ; Marx, Cohen-Mansfield & Werner, 1990). Les caractéristiques émotionnelles généralement vécues par les membres de la famille soignant un proche avec une DTA comprennent le fardeau, le stress et la dépression (Chernoweth & Spencer, 1986 ; Mittleman, Ferris, Shulman, Steinberg & Levin, 1996 ; Zarit, Reever & Bach-Peterson, 1980). La preuve suggère que vivre avec un patient atteint de DTA qui est agité augmente les conséquences émotionnelles sur les soignants familiaux (Rabins, 1989 ; Victoroff, Mac, & Nielson, 1998 ; zarit, 1989). L'agitation et la combativité</p>

	<p>sont les problèmes principaux empêchant les membres de la famille de continuer les soins à domicile pour les patients atteints de DTA et précipitent le placement dans un contexte de soins de longue durée (Dunkin & Anderson-Hanley, 1998 ; Steele, Robner, Chase & Folstein, 1990),</p> <p>Les conséquences émotionnelles de soigner des patients déments agités parmi les différents niveaux des soignants ne sont pas connues. Les préoccupations et les réponses des soignants en lien avec les comportements des patients atteints de DTA sont observées durant une période de consultation et d'observation participante dans le service à l'étude. Il a été demandé aux soignants quelles stratégies enseignées sont à utiliser quand les patients sont agités. Fait intéressant, lorsque le sujet de l'agitation est introduit durant la première session de consultation, beaucoup d'infirmières ont demandé : De quelle agitation sommes-nous en train de discuter, celle des patients ou celle de l'équipe ? Ces infirmières ont reconnu un lien entre le comportement des patients et leurs propres sentiments.</p> <p>Comme les sessions continuaient avec ces infirmières et leurs interactions avec les patients agités ont été observées, il a été reconnu que les soignants évaluaient l'agitation de façon différente. Par exemple, le comportement perçu comme agité par une infirmière n'était pas défini comme cela par une autre soignante. Ou le comportement d'un patient était accepté comme « normal » par certains soignants et était interprété par d'autres collègues soignants comme pénible et précipitait l'utilisation de contention physique.</p> <p>L'interprétation ou la signification que ces soignants attribuaient à ces comportements spécifiques semblaient être fortement influencées par leurs propres sentiments et perceptions (Roper, Shapira & Chang, 1991).</p> <p>Se basant sur ces observations, une interview ethnographique a été développée pour répondre à la question suivante : Quels sont les sentiments des infirmières sur les soins aux personnes agitées et démentes ?</p>
<p>Population/échantillon</p>	<p><u>Echantillon et sélection de l'échantillon :</u></p> <p>Tous les 30 membres de l'équipe de soins d'une unité d'hospitalisation ont été invités à participer à la recherche. 17 soignants (57%) ont consenti à l'interview.</p> <p><u>Le setting :</u></p> <p>Le service à l'étude était un service de 30 lits médico-psychiatrique désignée pour les soins des patients avec des problèmes comportementaux. La moitié du service était désignée pour les patients neurocomportementaux, incluant ceux avec une DTA. Les autres 15 lits étaient utilisés pour fournir des soins à des patients avec une maladie mentale concomitante – conditions qui ne pouvaient pas être gérées dans une unité médicale ou psychiatrique traditionnelle. Au moment de l'étude, 30 membres de l'équipe soignante fournissaient des soins pour la population totale de patients. 3 médecins, 2 travailleurs sociaux et un psychologue à temps partiel complètent l'équipe professionnelle.</p> <p>Les patients avec une DTA avaient de longues périodes d'hospitalisation. Les patients restent dans cette unité pour être stabilisé sur la médication qui pourrait aider les soignants familiaux à garder le patient à la maison, ou l'unité est utilisée comme un répit pour les soignants familiaux. Pour certains, cette unité est un pas avant un placement dans un home. Les autres viennent dans ce service, comme leurs conditions se détériorent en lien avec les effets de la DTA ou des complications comme des infections. Le service était sécurisé pour que les patients ne puissent pas se promener et se perdre. Une chambre de loisirs, une salle de séjour, un patio fermé et un long couloir à sens unique fournit un lieu sécurisé pour marcher et s'asseoir.</p>

<p>Design = devis et tradition de recherche Aspects éthiques</p>	<p>Un devis qualitatif avec une étude ethnographique fournit des informations descriptives qui ne pourraient pas être obtenues avec des mesures quantitatives standardisée (Brink & Wood, 1994 ; Roper & Shapira, 1999). Spécifiquement, l'observation participative, les interviews ethnographiques, et la revue des documents existant nous permettent d'explorer ;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le processus par lequel les soignants évaluent et réagissent aux comportements agités. • Les sentiments des soignants sur les soins aux patients atteints de DTA qui sont agités. • La gestion rapportée des soins aux patients déments et agités. <p>La tradition de recherche de cet article est l'ethnographie puisque les auteurs disent qu'ils ont mené des interviews ethnographiques. L'ethnographie est la principale tradition de recherche de la discipline « anthropologie » (s'intéresse surtout aux cultures humaines). « L'ethnographie fournit un cadre qui permet d'étudier les significations, les modèles et les expériences d'un groupe culturel défini de façon globale » (Loiselle & Profetto-McGrath, 2007, p.220). Elle travaille à la fois sur le terrain et dans des textes écrits. On distingue encore la macro et la micro-ethnographie. La macroethnographie s'intéresse à des cultures définies de manière globale. « Mais les études ethnographique portent aussi parfois sur des cultures définies de façon plus restreinte ; c'est la microethnographie » (Loiselle & Profetto-McGrath, ibid.,p.221). C'est le cas pour notre étude qui s'intéresse aux sentiments des soignants face à l'agitation dans une unité de soins particulière. Il s'agit donc d'un groupe restreint avec une culture particulière.</p> <p><u>Aspects éthiques :</u> L'approbation a été obtenue de l'Institutional Review Board et chaque participant, après avoir accepté d'être dans l'étude, ont signé une forme de consentement.</p>
<p>Méthodologie</p>	<p><u>Collecte des données :</u> <u>L'observation participante :</u> (« [...] est souvent utilisée pour se livrer à des observations naturalistes sur le terrain. L'observateur participe au fonctionnement du groupe ou de l'établissement étudié ; il s'efforce de noter ce qui se passe et de consigner l'information selon les contextes, les expériences et les symboles pertinents pour les participants. La participation permet d'avoir des idées qui auraient échappé à une observation plus passive » (Loiselle & Profetto-McGrath, ibid., 309). Ce type d'observation est souvent utilisée dans les recherches ethnographiques.</p> <p>Comme consultant dans le service, les chercheurs étaient capables d'explorer les problèmes identifiés par les soignants par rapport aux soins des patients avec une DTA. Ce processus a eu lieu sur plusieurs mois tout en interagissant avec les soignants sur les problèmes, en écoutant leur point de vue sur les soins des patients, et en les aidant à résoudre des situations difficiles avec les patients déments. Ces observations ont aidé les chercheurs à formuler des questions pour les soignants pour l'interview ethnographique.</p> <p><u>Les interviews ethnographiques :</u> Le but des interviews ethnographiques était de mieux apprécier les sentiments des soignants par rapport aux comportements des patients agités. Des questions avec une attention particulière ont été développées après que les observations participantes aient été conduites dans l'unité et que les documents pertinents aient été passés en revue. Les participants ont été initialement questionnés pour discuter leur compréhension de la DTA et pour identifier les problèmes spécifiques par rapport à cette pathologie. Les questions sont devenues de plus en plus orientées vers le comportement d'agitation, qu'est-ce que l'agitation, ce que le patient fait, ce que le patient doit faire pour gérer cela, et quels sentiments sont associés avec cet événement.</p> <p>Les participants ont été encouragés à élaborer leurs réponses. Par exemple, quand les participants parlaient sur les soins aux patients déments, il leur a été demandé plus de détails sur ces soins et leurs sentiments par rapport aux soins et aux patients. L'interview s'est</p>

	<p>concentrée sur les comportements des patients et les sentiments des soignants. Si l’infirmière ne discutait pas spontanément de l’agitation, une question spécifique était posée sur les comportements problématiques. Les soignants ont été questionnés pour penser à un patient qui était agité et refléter leurs sentiments par rapport aux soins du patient. Tous les interviews ont été enregistrés, transcrits et contrôlés pour la précision. Ces enregistrements étaient gardés dans un cabinet fermé à clé.</p> <p><u>Revue des documents existant :</u></p> <p>Les documents existant comportaient des dossiers de patients, des rapports des soignants et des politiques et procédures du service. Les dossiers des patients et les rapports des soignants ont été passés en revue pour identifier les événements d’agitation spécifique et les stratégies d’intervention. L’examen des politiques et des procédures formelles ont permis aux chercheurs de discerner les exigences institutionnelles sur l’évaluation et la gestion des comportements agités. Les chercheurs étaient, par conséquent, capables de situer ce que les infirmières expliquaient au sujet de leurs réponses sur les patients agités avec les règles formalisées de la structure hospitalière.</p> <p><u>Analyse :</u></p> <p>Les interviews ethnographiques ont été examinées par l’écoute des bandes et la lecture des transcriptions. Deux investigateurs ont examinés toutes les bandes, codées celles-ci, et ensuite discutés ceux-ci. Dans ce codage initial, l’utilisation répétée de mots comme la frustration, la satisfaction, la fatigue et les références à traiter les patients comme des enfants ont été notés. Des patterns/modèles émergent des interviews comme des codes sortis entre même groupe et groupe différent.</p>
<p>Résultats</p>	<p><u>Conclusions :</u></p> <p>2 patterns distincts ont été identifiés qui aident les chercheurs à comprendre les sentiments des soignants qui s’occupent des patients avec une DTA – la personnalisation et la contextualisation de la maladie. Ces 2 patterns reflètent les sentiments des soignants sur les soins aux patients agités avec une DTA et comment ces sentiments influencent potentiellement la gestion des soins des patients.</p> <p><u>La personnalisation de la maladie :</u></p> <p>Les soignants répondant à ce patterns s’identifient personnellement avec les patients. Ils parlent des patients avec une DTA comme s’ils étaient leur propre parent. Ces soignants répondent aux questions sur la gestion de l’agitation en disant : « je les traite comme ma grand-maman » ou « comme mon grand-papa vous savez ». Les participants décrivent aussi des proches âgés nécessitant des soins similaires. Les soignants qui personnalisent leurs soins réfléchissent à leur propre situation et problèmes avec leurs proches dans leur foyer avec la gestion des membres de la famille quand ils parlent des patients dans le service. Des doutes sur leurs capacités à prendre soin des patients atteints de DTA ont été exprimés malgré leur expérience personnelle avec un membre de la famille. Ils craignaient qu’ils ne soient pas capables de faire plus pour soulager les souffrances.</p> <p>Beaucoup de soignants qui s’identifient personnellement avec les patients expriment, leur crainte, qu’un jour à leur tour ils pourraient avoir une DTA. Ces soignants voulaient traiter les patients de la manière dont ils aimeraient être soignés, comme « s’ils étaient le patient ». Un soignant a déclaré : « Je me sens triste, triste vous savez. Parce que je pense que (DTA) peut aussi m’arriver quand je serai vieux aussi, et je me sens triste ». Ces participants se sentent vulnérables face à la maladie.</p> <p>De plus, ces soignants transforment émotionnellement ces patients atteints de DTA en enfant. Une soignante a déclaré : « Vous avez à regarder après eux comme des bébés » et une autre « tu te sens comme une baby-sitter ». Les références sont faites sur le besoin de changer la couche/protection des patients comme « tu fais tout pour lui (le patient) ». Un autre rapporte : « tu l’habilles, tu prends sa main comme si tu voulais un petit bébé ». Parfois je suis frustré... parfois c’est difficile d’imaginer un adulte être de cette façon... Cela ne semble par réel, mais c’est la façon dont il est (soupire) ». Une autre soignante dit : « Ils sont pires que des petits enfants » Les</p>

enfants tu peux t'en occuper, ils ont des idées de la structure mais avec les patients déments tout est parti ».

Des sentiments d'impuissance et de désespoir sont exprimés. Une soignante dit : « C'est la façon dont il est. Il n'y a rien que quelqu'un puisse faire » Travailler avec des patients déments c'est « juste un autre jour », avec « rien que tu ne puisses faire pour empêcher l'agitation », et « tu ne peux rien faire pour aider ». Ces sentiments ont été le mieux caractérisés par un participant qui a dit « Quand tu as un patient Alzheimer, parfois tu essaies tout et tu ne peux pas rien faire ».

Ces soignants qui personnalisent les soins des patients atteints de DTA ne sont pas satisfaits dans la prestation de soins. Même s'ils expriment des préoccupations pour les patients, ils perçoivent eux-mêmes qu'ils n'offrent pas des soins efficaces. Dans la plupart des cas, alors qu'ils savaient comment offrir des soins, ils ne se sentaient simplement pas capables de les faire de manière efficace. Ils expriment des sentiments d'insuffisance, de frustration, d'impuissance et de désespoir. Alors que tous les niveaux des soignants étaient représentés dans ce pattern de réponses, les soignants avec moins d'années de formation en soins étaient prédominants.

Un pattern de personnalisation de la maladie avec la projection de sentiments sur ses propres membres de sa famille sur le patient a été identifié parmi un groupe de soignants. Les sentiments des soignants de désespoir, d'impuissance et frustration ont été associés avec ce pattern. Ces soignants qui se sentent inadéquates, n'étaient pas satisfaites avec les soins qu'ils offraient et étaient inquiets qu'ils ne pouvaient pas offrir de meilleurs soins. Des sentiments de profonde tristesse, de remords ont été exprimés.

La contextualisation de la maladie :

Un second pattern était caractérisé par le fait de regarder les soins des patients déments avec le contexte de la maladie et la situation spécifique. Les comportements difficiles des patients ont été présentés comme un point de vue d'un processus pathologique. Des attentes réalistes sur les résultats des soins sont exprimées. Contrairement aux soignants qui personnalisent leurs soins, les sentiments de frustration, d'impuissance et de désespoir ne sont pas exprimés. En fait, les soignants qui contextualisent la maladie apparaissent confiants et satisfaits de leurs soins. Les participants avec ce pattern de réponses étaient principalement des infirmières.

Ces soignants qui ne sont pas personnellement identifiés avec l'état de leurs patients mais perçoivent les comportements en lien avec les stades spécifiques du processus pathologique. Un soignant décrit le soin du patient comme « individuel en fonction des incapacités qu'ils ont et les capacités qu'ils conservent ». Un autre déclare : « Je me concentre sur les tâches à accomplir, je ne pense pas à mes sentiments... Je me sens calme la plupart du temps. J'apprécie les patients ». Ce même soignant élabore plus loin, « tu apprends à gérer/à faire avec cela. Il va avec le territoire ». En général, ils sont satisfaits avec les soins qu'ils offrent, voient de l'humour dans les situations et se sentent compétents dans leurs efforts. Par exemple, un soignant a dit : « Si votre satisfaction vient d'offrir des soins confortables et pas d'attendre une guérison, vous pouvez obtenir une énorme satisfaction de travailler avec des patients atteints de DTA ». Ce soignant rapporte plus loin : « Si elle (l'équipe soignante) comprend la DTA, elle ne va pas être ou se sentir complètement frustrée et irritée. Mais si sa compréhension de la perte de mémoire est très compréhensive, alors je pense qu'elle doit aimer les soins ». Un soignant différent relate : « J'apprécie ceux-ci (patients avec une DTA)... Je pense que votre plaisir dépend des attentes – si elles sont vraiment hautes, de leur guérison, vous ne pouvez pas avoir de satisfaction ». Cette même soignante explique qu'elle se sent satisfaite/contente avec de petites réalisations des patients. Une autre soignante détaille comment elle interagit avec les patients déments et les plaisirs qu'elle a de les soigner, même s'ils ne l'appellent pas par le bon prénom. Un autre soignant reflète : « Vous avez à comprendre comment ils sont malades, vous devez comprendre leur état, vous devez les traiter gentiment et les aider, vous devez être prêt à les accueillir quand ils se sentent tristes et déprimés... l'agitation n'est rien d'inhabituel... J'accepte que cela est la façon dont ils sont ».

	<p><u>Gestion des soins :</u> Des interventions et des résultats spécifiques n'ont pas été mesurés dans cette étude. Cependant, les connaissances rapportées des participants et les actions observées de l'équipe par rapport à la gestion de l'agitation chez les patients déments étaient impressionnantes. La plupart des soignants dans cet échantillon verbalisent des mesures régulièrement rapportées dans la littérature (Beck & Heacock, 1988 ; Morishita, 1990 ; Teri, Larson & Reifler, 1988) et identifient des techniques spécifiques pour le comportement des patients. Cependant, les soignants diffèrent dans les stratégies qu'ils décrivent dépendant de s'ils personnalisent ou contextualisent les comportements.</p> <p>Par exemple, ces soignants qui personnalisent les comportements et expriment des sentiments d'impuissance, de désespoir connaissent les stratégies basiques pour se déplacer au rythme du patient, établir un contact visuel, parler doucement et de manière claire, et permettre au patient de bouger dans le service. Ces mêmes membres de l'équipe savaient aussi que la contention n'est pas toujours la meilleure façon de gérer l'agitation, mais croyaient qu'ils n'avaient pas d'alternative. Ces soignants sentent qu'ils n'offrent pas des soins efficaces, et ont été impuissants dans leur tentative d'offrir des soins pour le patient.</p> <p>Les participants qui expriment une vulnérabilité personnelle avec les patients déments utilisent une variété d'interventions. Cependant, l'utilisation de contention et les médicaments sont les stratégies identifiées en premier quand ils répondent aux questions sur la gestion des patients déments. Les contentions chimique et physique ont été soulignées plutôt que des techniques plus interactives telles que la distraction, le toucher et la parole.</p> <p>Les soignants qui considèrent les soins avec le contexte ou la situation de la maladie ont reconnu qu'ils faisaient moins appel à la médication et à la contention physique et ont plus souvent identifié la distraction, la diversion et l'utilisation de stratégies verbales et non-verbales pour gérer l'agitation. Ces soignants se sentent confiants sur leur gestion de ces patients. Ils reconnaissent qu'une partie du défi de la gestion des patients atteints de DTA a été d'accepter que la même intervention ne fonctionne pas dans toutes les circonstances avec tous les patients. Déterminer quelles stratégies étaient efficaces a été une tâche qu'ils ont facilement acceptée.</p>
<p>Cadre conceptuel et concepts utilisés Discussion Implications pour la pratique Seuil de signification</p>	<p><u>Cadre conceptuel :</u> 2 patterns distincts ont été identifiés pour aider à expliquer les sentiments des infirmières qui soignent les patients déments et agités. Des infirmières ont personnalisé la maladie et le comportement des patients en résultant et d'autres sont capables de contextualiser les réponses des patients avec la perspective de la maladie sous-jacente.</p> <p>Le concept sous-jacent de cette étude est l'agitation. Elle définit comme suit. L'agitation a été conceptualisée comme un événement d'interaction, qui inclut le comportement spécifique du patient et la réponse de l'infirmière à ce comportement agité.</p> <p><u>Discussion :</u> 2 patterns de réponses ont émergé quand les soignants ont été questionnés pour décrire leurs sentiments quand ils soignent des patients déments et agités. Les soignants qui personnalisent leur interaction avec les patients approuvent des sentiments d'impuissance et de désespoir. Les autres soignants qui contextualisent leurs réponses aux patients et perçoivent le sens de l'agitation en terme de maladie et de stade du processus pathologique. Pour ces soignants, les connaissances professionnelles et l'expérience en lien avec la DTA étaient associés avec la satisfaction et la confiance. Les chercheurs croient que tous les soignants participant dans cette étude essaient de faire face aux exigences d'offrir des soins à des patients vulnérables avec des problèmes de comportements/comportements difficiles.</p> <p>Ceux qui personnalisent leur relation avec les patients se sentent infructueux avec le rôle de soignant, pendant que les soignants qui</p>

approuvent une approche contextualisée étaient plus satisfaits.

Une explication pour cette différence dans les patterns émotionnels est trouvé dans le modèle de Carmack d'équilibre entre l'engagement le détachement durant le processus de soins (Carmack, 1992 ; 1997). Carmack (1992 ; 1997) interviewe des soignants formels (professionnel) et informels (signifiant les autres) pour apprendre comment ils font face à de multiples pertes en lien avec le Sida et a découvert un continuum allant de l'engagement dysfonctionnel au détachement dysfonctionnel. Ces répondants s'efforcent activement de maintenir une balance fonctionnelle leur permettant de faire des soins émotionnels sans être submergé par les besoins des patients.

Dans la présente étude, les soignants qui personnalisent leurs interactions sont sur-impliqués ou engagés de manière dysfonctionnelle avec les patients. Ces soignants utilisent leurs propres expériences avec les membres de leur famille pour fournir une signification aux soins qu'ils fournissent. Comme les soignants s'identifient personnellement avec les patients en pensant en terme d'eux-mêmes ou de leurs proches, ils ne peuvent pas donner de sens réelle à l'aide pour le patient parce que la charge émotionnelle était trop grande.

Les interviews ont été marqué avec le souci de l'état du soignant. Un soignant a dit : « je veux les aider, mais je ne peux pas ». Les chercheurs ont été impressionné par les états émotionnels écrasant qui ne permettaient pas à ces soignants de gérer efficacement ces patients (dans leurs propres opinions). Ils se sentent responsables pour les résultats des patients et ne peuvent pas accepter leurs propres limites dans la réalisation de ces résultats. Ils se sentent inefficaces, impuissant et sans espoir.

Au contraire, les soignants qui contextualisent leur rôle de soignant ont formulé leurs réponses aux patients et ont perçu la signification des comportements des patients en terme de la pathologie et de son stade. Ils n'ont pas laissé l'agitation des patients les submergés ou les touchés personnellement, mais ont compris et expliqué les comportements perturbateurs comme une partie de la maladie. Ils ne sont pas empêtrés dans leur propre état d'âme et ont offert des soins objectifs, appropriés et qui ne reposent pas sur les sentiments personnels face aux patients.

Ces soignants étaient capables d'offrir des soins empathiques tout en se sentant compétent et confiant sur les compétences et leur rôle de soignant. Ils ont accepté leurs propres limites comme celles des patients. Ces soignants paraissent avoir un rapport significatif avec les patients d'une façon qui équilibre le détachement nécessaire et l'engagement approprié (Carmack, 1997).

La présente étude démontre un lien entre les sentiments des soignants, la satisfaction avec le rôle de soignant, et les préférences déclarées pour la gestion des comportements perturbateurs. Les soignants qui situent les comportements des patients avec la maladie et parviennent à un degré optimal de détachement émotionnel approuvent des sentiments de confiance et de satisfaction avec leurs soins. Aussi, ces soignants déclarent qu'ils comptent moins sur les médicaments et la contention physique. Ils ont plus souvent identifié des stratégies verbales et non-verbales de gestion de l'agitation en comparaison des soignants qui se sentent impuissant, sans espoir sur leur rôle et personnalisent leurs soins aux patients avec une DTA. De plus, les soignants qui se sentent plus satisfaits avec leur rôle ont plus d'années de formation dans les soins.

Implications pour les soins :

Les chercheurs pensent que ce sera bénéfique pour les soignants qui sont émotionnellement plus engagés et personnalisés dans leurs soins aux patients déments pour adopter des méthodes d'adaptation qui comprennent un cadre de détachement équilibré et des attentes réalistes de ce qu'ils peuvent accomplir. Pour répondre à ce besoin, des programmes incluant la reconnaissance des réactions émotionnelles habituelles vécues par les soignants dans un groupe de soutien avec une ambiance promouvant le partage des sentiments et des expériences, combiné avec une augmentation des connaissances sur la démence et sur les stratégies de gestion qui ont du succès pour l'agitation et qui pourraient être développées et systématiquement évaluées. Les cours de formation rapportés dans la littérature de

soins ont rapporté des résultats positifs.

Les données sur une étude de 1996 sur 400 unités de soins traitant les patients avec une démence indiquent que la formation spécialisée sur les stratégies de gestion efficaces a des conséquences sur le maintien du personnel professionnel et paraprofessionnel (Grant, Kane, Potthoff & Ryden, 1996). Il a été trouvé que ces unités des méthodes de formation augmentées dans le travail avec les patients déments sont associées avec des connaissances et des compétences augmentées. De plus, la satisfaction des aides-soignants a été plus grande par rapport aux évaluations de pré-formation.

Mentes et Ferrario (1989) ont identifié un programme qui fournit de la formation aux aides-soignants, comme une opportunité pour l'équipe de partager leurs expériences en lien avec les personnes démentes avec leurs pairs. Les compétences de communication (particulièrement non-verbal) et une meilleure compréhension de la maladie des patients aident les aides-soignants dans leur offre en soins. D'autres recherches seraient nécessaires pour déterminer si ce type de programme pourrait aider ces soignants qui s'identifient personnellement avec les patients et sont impuissants et sans espoir pour qu'ils soient dans une position plus positive, plus confiante, plus contextuelle et réaliste.

Gerdner, Richards & Buckwalter (1996) ont développé un modèle pour la gestion de la démence par les membres de la famille incorporant 6 principes mettant l'accent sur la sécurité, la communication et la formation des aidants. Ce modèle dit qu'en augmentant les connaissances, les membres de la famille augmenteront leur satisfaction avec les soins et diminueront leurs sentiments de charge/fardeau. Parce que certains soignants dans cette étude approuvent des émotions compatibles avec le fardeau, incluant l'impuissance, le désespoir, un programme similaire pourrait être fourni aux soignants avec en plus des compétences aidantes dans le maintien de sens pour l'équilibre émotionnel comme pour les soins physiques qu'ils fournissent.

Une autre étude de recherche avec les conjoints des patients avec une démence a démontré que les sessions de conseil, incluant les compétences de communication, des techniques pour résoudre les problèmes de gestion des comportements perturbateurs et fournir un soutien émotionnel pour les membres de la famille, aboutit à l'extension du temps à domicile pour le patient avec un placement dans un établissement de soins de longue durée en comparaison avec les patients du groupe contrôle sans ce conseil spécialisé (Mittleman et al, 1996). En outre, les conjoints dans le groupe expérimental éprouvent significativement moins de dépression que les conjoints dans le groupe contrôle. Il est possible que les soignants puissent aussi bénéficier d'un programme similaire.

Il devrait être donné l'opportunité à l'équipe d'exprimer ces sentiments sur le fait de travailler avec des patients atteints de DTA qui sont agités. Apprendre plus au sujet de la maladie et les stratégies de gestion spécifique pourraient aider les soignants à distinguer des attentes réalistes et appropriées des comportements des patients d'une sur-implication et de sentiments de vulnérabilité personnelle. Alors que tous les soignants devraient bénéficier du programme, on fait l'hypothèse que les aides-soignants et le nouveau personnel – le personnel avec le moins de connaissances formelles – devraient probablement bénéficier le plus de celui-ci.

D'autres programmes cliniques et de recherche ont ciblé l'environnement comme une variable importante des soins. Par exemple, l'utilisation de musique a été évaluée pour déterminer ses effets sur les patients dans les homes (Clark, Lipe & Bilbrey, 1998 ; Cohen-Mansfield & Werner, 1997 ; Ragneskog & Kihlgren, 1997 ; Thomas, Heitman & Alexander, 1997). Bien que le nombre de patients étudiés dans ces échantillons est petit, cet organisme de recherche a trouvé que l'utilisation de musique réduisait l'agitation et les problèmes de comportements chez les résidents des homes (Gerdner & Swanson, 1993).

Alors que l'impact de la musique sur les soignants en terme d'état émotionnel n'a pas été directement étudié, Clark et al (1998) a conclu que la présence de musique durant le temps du bain rendait l'activité plus plaisante pour le soignant, ainsi que la réduction de certains

	<p>comportements agressifs des patients. La relation entre la musique et la réduction des comportements agités chez les patients et les soignants méritent une étude approfondie (Kneafsey, 1997).</p> <p><u>Conclusion :</u> La recherche liée à la gestion de l'agitation chez les personnes démentes dans les institutions de soins est un sujet saillant pour les projets futurs. Les études ont démontré la nature interactive des soignants et des comportements des patients (Burgener & Barton, 1991 ; Dunkin & Anderson-Hanley, 1998), mais n'a pas directement examiné ce que les soignants font pour avoir un impact sur les comportements des patients. Il est nécessaire de considérer empiriquement le rôle des sentiments des soignants, des valeurs et des croyances quand des études désignées examinent l'interaction complexe entre les comportements des patients et les actions des soignants.</p> <p>Du point de vue limité de cette étude, 2 patterns de réponses émotionnelles ont été décrits par les soignants des patients agités avec une DTA. La réponse personnalisée paraît immobiliser le soignant, le laissant aux sentiments d'impuissance et de désespoir. De plus, pour comprendre la maladie et les comportements attendus des individus avec la maladie, les soignants doivent apprendre à reconnaître leurs propres sentiments en lien avec les patients et les soins. Ces membres de l'équipe qui se sentent impuissants et sans espoir pourraient bénéficier en recadrant leurs perceptions du patient atteint de DTA et par conséquent, la perception d'eux-mêmes.</p> <p><u>Seuil de signification :</u> Se référer à la grille de lecture critique des études qualitatives, voir en annexe.</p>
<p>Commentaires en lien avec la question de recherche</p>	<p>Il s'agit de la première étude qualitative que nous lisons pour ce BT. Nous avons dû nous familiariser avec la méthodologie particulière propre à ce type d'article. A priori, nous sommes surpris par le fait que les résultats et la discussion amènent des éléments que nous connaissons déjà. En effet, cet article met en évidence des éléments que nous avons pu lire dans les études quantitatives que nous avons parcourues.</p> <p>Premièrement, nous souhaitons retenir que cet article est dans les premiers à aborder la question des sentiments des soignants prenant soin des personnes démentes. En effet, beaucoup de littérature existe mais sur le ressenti des aidants naturels qui s'occupent d'un proche atteint de DTA. Ceci nous interpelle. A notre sens, comme ce sont des soignants professionnels et donc formés à ces soins, il se peut que l'on se dise que c'est normal puisque c'est leur profession et qu'ils doivent savoir gérer ces situations. Toutefois, il apparaît normal et important que les soignants aient des ressentis face à ces comportements difficiles et surtout qu'ils puissent les exprimer.</p> <p>Cet article nous permet aussi de justifier le fait d'avoir construit notre question de recherche en incluant l'impact des symptômes sur les soignants.</p> <p>Cet article a mis en évidence 2 patterns distincts à savoir « la personnalisation de la maladie » et « la contextualisation de la maladie ». Nous allons les commenter séparément.</p> <p><u>« La personnalisation de la maladie » :</u> Les soignants qui ont cette approche selon les auteurs, s'identifient au patient. Nous pouvons faire le lien avec les notions de transfert et contre-transfert que l'on peut vivre dans la relation à l'autre. D'une part, le soignant s'identifie au patient et se sent vulnérable lui aussi face à la maladie et exprime clairement la peur de tomber malade. D'autre part, il identifie le patient à l'un de leur proche. La relation soignant-soigné est donc biaisée et le soignant n'est plus en mesure d'offrir des soins de qualité. Ceci est aussi mis en évidence dans cet article. Ceci pose à notre sens, la question de la distance professionnelle. Dans cet article, les soignants qui sont dans cette attitude de personnalisation sont sur-impliqués et submergés par leurs émotions et par la situation toute entière et ne peuvent plus être totalement</p>

soignant. Ils ne parviennent pas à donner du sens à l'aide qu'ils offrent au patient.

De plus, il apparaît que ces soignants ont des attentes irréalistes face aux patients. Ils seraient plus dans l'objectif de la guérison. Ceci n'étant pas possible, ils se retrouvent confrontés à des sentiments de frustration, d'impuissance, de désespoir. Ces sentiments négatifs trahissent une attitude négative face au patient. Le fait que les soignants infantilisent les patients montrent aussi qu'ils ont une perception négative des patients. Ceci nous amène à tirer des parallèles avec les articles de Brodaty et al. (2003), de Zimmerman et al. (2005) et de Edvardsson et al. (2008) dont nous avons fait la synthèse dans la grille de lecture d'Edvardsson et al. (2008). Nous avons mis en évidence un lien important entre l'attitude et le climat de soins et la perception de stress chez le soignant.

Encore une fois, il apparaît que la satisfaction dans les soins n'est pas présente pour les soignants qui développent une telle attitude. Les soignants ne peuvent pas non plus se réaliser au travers de leur profession. Cet article met à plusieurs reprises, en évidence que les soignants ne sentent pas compétents et qu'ils ne parviennent pas à offrir des soins « efficaces ».

L'élément principal qui ressort de ce pattern est qu'il est plus fréquent chez les soignants qui ont moins d'années de formation. Cela appuie à notre sens, l'importance de proposer et d'encourager les soignants à se former pour offrir des soins de qualité aux personnes démentes. En effet, on peut se dire que les soignants peu formés se sentent démunis car ils ont peu ou pas connaissance des stratégies pouvant les aider à gérer ces symptômes difficiles mais également sur la pathologie en général. Ces soignants n'ont peut-être pas non plus conscience des émotions suscitées par ces patients et n'arrive donc pas à les exprimer. Ils parviendront donc peut-être moins facilement à identifier à quel moment la relation qu'ils ont avec le patient devient biaisée par ces émotions, transferts... Ils seront peut-être plus facilement submergés par ces émotions et auront de la difficulté à prendre du recul et à analyser la situation. L'impact sur les soignants nous apparaît donc différent selon le statut professionnel.

Les stratégies décrites par les soignants qui se situent dans ce pattern sont clairement orientées vers la contention physique et/ou médicamenteuse. Ceci est mis en lien avec un manque de connaissance sur de possibles autres alternatives de soins.

Cet article propose de mettre en place des programmes favorisant l'expression des ressentis et émotions dans le but de reconnaître ces sentiments. Les auteurs proposent aussi comme c'est le cas pour les aidants familiaux d'offrir aux soignants un soutien émotionnel. Cela nous permet de faire le lien avec la supervision proposée à plusieurs reprises comme un outil (voir étude de Edvardsson et al. (2008) et de Brodaty et al. (2003)).

La formation est aussi proposée pour augmenter les connaissances sur la pathologie et sur les stratégies de gestion mais également sur les compétences communicationnelles (utilisation de la communication non-verbale). Le lien entre la formation et la satisfaction est aussi mentionnée dans cet article, comme c'est le cas dans celui d'Edvardsson (2008). En effet, les soignants qui ont plus d'années de formation, se sentent plus satisfaits avec leur rôle. La formation pourrait aussi, selon cet écrit, aider les soignants à adopter une attitude plus positive et diminuer leur sentiment de fardeau/charge (voir étude d'Edvardsson et al. (2008)).

L'élément principal que nous souhaitons retenir concerne la formation car celle-ci a, selon nous, un impact important sur différents aspects : le choix de stratégies de soins adaptées (autres que la contention physique et/ou médicamenteuse) ; la conscientisation des ressentis des soignants et donc leur gestion dans le but de préserver la santé psychique des soignants.

« La contextualisation de la maladie » :

Dans ce pattern, il apparaît que les soignants parviennent à faire le lien entre la pathologie, son stade d'évolution et ses manifestations (situation spécifique). De ce fait, les soignants ont des attentes réalistes face aux patients. Les sentiments exprimés à l'encontre des patients sont très positifs. Ils apprécient les soins qu'ils leur prodiguent. Ils mentionnent offrir une prise en charge individualisée. Les

	<p>soignants ont, ici, clairement une attitude positive face au patient et se disent aussi satisfaits. Tous ces éléments permettent de faire un lien avec la synthèse réalisée dans la grille de lecture de l'article d'Edvardsson et al. (2008). Ce pattern est aussi plus fréquent chez les infirmières. Ceci pourrait de nouveau être expliqué à notre sens, par l'aspect de la formation. Prenons un exemple, les infirmières connaissant le processus pathologiques, celles-ci peuvent construire les objectifs de soins en fonction de celui-ci et donc ne pas avoir des attentes orientées vers la guérison mais plutôt vers le confort et la qualité de vie.</p> <p>L'expérience semble aussi être en lien avec le sentiment de confiance et de satisfaction. Nous pouvons faire l'hypothèse en lien avec les articles d'Edvardsson (2008) et de Zimmerman et al. (2005) que le fait d'avoir de l'expérience diminue le stress et augmente la satisfaction.</p> <p>Aux questions concernant les stratégies de gestion de l'agitation, les soignants ont reconnu qu'ils utilisent plus facilement des stratégies verbales et non-verbales, la distraction et la diversion plutôt que la contention physique et/ou médicamenteuse. Les soignants ressortent surtout l'importance de la prise de conscience et de l'acceptation que les interventions doivent être individualisées et qu'il ne sert à rien d'utiliser les mêmes chez tous les patients.</p> <p>Concernant les ressentis, les soignants affirment qu'ils ne sont pas laissés submerger ou touchés personnellement par l'agitation des patients. Les auteurs mettent ceci en lien avec le fait qu'ils ont réussi à percevoir la signification des comportements en les attribuant au processus pathologique et surtout à accepter leurs limites. Nous trouvons cela important car selon nous, le fait d'accepter nos limites et celles des patients permet d'éviter de s'épuiser dans la quête d'un idéal ou d'objectifs personnels et professionnels trop hauts ainsi que d'avoir des attentes trop hautes vis-à-vis des patients > lien avec le stress, le burn-out. Les soignants semblent avoir trouvé l'équilibre entre l'engagement approprié et le détachement nécessaire > lien avec la distance professionnelle.</p> <p>Cet article développe aussi la notion de musicothérapie. Il semblerait que l'écoute de musique durant les soins d'hygiène aurait aussi une influence sur le soignant en lui rendant cette activité plus plaisante. Nous n'avons rien lu en lien avec cela mais nous trouvons cette idée intéressante et plausible. Si la musicothérapie a une influence sur le patient pourquoi n'en aurait-elle pas sur la relation soignant-soigné et donc aussi sur le soignant ?</p>
--	--

Grille de lecture critique d'un article scientifique qualitatif : Etude de Roper et al. (2001)

Aspects du rapport	Questions	oui	Non	Peu clair	Commentaires
Titre	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?	X			Le titre est court et aborde le thème principal intéressant les auteurs.
Résumé	-Synthétise-t-il clairement les principales parties de la recherche (par ex. l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.) ?	X			Le résumé mentionne le but de la recherche. Le devis est clairement nommé ainsi que les implications pour la pratique.
Introduction Enoncé du problème	-Le problème ou phénomène étudié est-il clairement défini ?	X			L'introduction est courte mais cible rapidement le problème étudié. Il s'agit dans cette étude, des sentiments des soignants qui soignent des patients déments agités. Cette thématique n'a pas été abordée dans la littérature.

Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur le problème ou phénomène étudié ?	X			Comme la thématique du ressenti des soignants prenant soin de patients déments n'a pas été étudié, la recension des écrits est basée sur le ressenti des aidants naturels à domicile qui prennent soin d'un proche atteint de DTA. Mais pour s'assurer de la pertinence de leur problématique, les auteures se sont rendues sur le terrain pour faire de l'observation participante pour affiner leur question de recherche et leur devis.
Cadre théorique ou conceptuel	-La base philosophique, la tradition, le cadre conceptuel ou l'orientation idéologique sont-ils définis ?				La tradition est mentionnée. Il s'agit de l'ethnographie (voir dans grille de lecture dans la partie consacrée au devis). Il nous semble que le cadre théorique ait été développé dans l'introduction. Les 2 patterns distincts (la « personnalisation » de la maladie et la « contextualisation » de la maladie) mis en évidence permettent d'expliquer les sentiments des soignants. Dans la discussion, les auteurs font appel au modèle de Carmack (1992 ; 1997) sur l'équilibre entre l'engagement et le détachement dans le processus de soins pour analyser les résultats.
Question de recherche	-Les questions de recherche sont-elles clairement formulées ?	X			Oui, à la fin de cette première partie (introduction, contexte, buts de la recherche), la question de recherche est clairement mentionnée.
	-Découlent-elles de l'état des connaissances (théories, concepts, idéologie et recherches antérieures) ?	X			La question de recherche découle de l'observation participante ainsi que de l'état des connaissances mais se basant plus sur le ressenti des aidants naturels qui prennent soin d'un proche atteint de DTA.
Méthodes Tradition et devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ? -Les méthodes utilisées pour recueillir et analyser les données correspond-elle à la tradition de la recherche ? -Les temps passé sur le terrain est-il en adéquation avec les devis de recherche ?	X			Le devis de recherche est mentionné clairement à savoir un devis qualitatif et plus précisément une étude ethnographique (voir définition dans la grille de lecture de l'article). Le temps passé sur le terrain pour l'observation est selon les auteurs de plusieurs mois. Ce laps de temps n'est pas très précis mais on peut supposer que cela leur a laissé suffisamment de temps pour l'observation. Les méthodes de recueil des données sont l'observation participante, les interviews et la revue de doc. existants. La variété de ces instruments est positive car les données ne reposent pas seulement sur un outil comme les entretiens. Le devis de recherche est toujours le même tout au long de l'étude ce qui permet de maintenir une bonne rigueur dans l'étude. Le devis n'a semble-t-il pas été choisi avant de commencer l'étude. En effet, les auteurs ont d'abord observé les soignants pour aboutir à la question de recherche et au choix du devis (étude ethnographique), pratique courante dans les études qualitatives.
Population et contexte	-La description du cadre de l'échantillon est-elle détaillée ?	X			Le nombre de soignants ayant participé à l'étude est mentionné. Toutes les caractéristiques de l'échantillon sont détaillées comme l'âge, le statut professionnel, la durée d'expérience dans cette unité, le niveau de formation.

					Le setting (contexte) dans lequel se passe l'étude est très clairement détaillé.
	-Les chercheurs ont-ils saturé les données ?			X	On ne sait pas si les auteurs sont allés jusqu'à ce niveau-là. On ne sait pas si avec le nombre de soignants inscrits dans l'étude, les résultats sont arrivés à saturation c'est-à-dire que pas de nouvelles données ne sont pas apparues.
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	X			Les 3 instruments choisis sont : l'observation participante, les interviews et la revue des documents existants. Ils sont très bien décrits, on peut savoir le type de questions qu'ils ont posé aux soignants, le type de documents consultés...
	-Y a-t-il une adéquation entre le phénomène étudié, la question de recherche et les instruments de collecte des données ?	X			Oui, comme dit ci-dessus, la variété des outils de collecte des données permet d'obtenir plus d'infos et par le fait de répondre plus précisément à la question de recherche.
Déroulement de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ? -A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?	X			Les droits des participants ont été préservés. Un consentement écrit leur a été demandé. Toute la procédure suivie est décrite clairement.
Rigueur	-Les chercheurs ont-ils suffisamment étayé le déroulement de l'étude afin que leurs conclusions soient crédibles et transférables ?	X			A notre sens, les conclusions des auteurs sont crédibles et transférables dans d'autres milieux de soins comme les EMS, contexte de notre BT. Le déroulement étant expliqué clairement sans zone d'ombre, nous pensons pouvoir nous fier aux résultats.
Résultats Traitement des données	-Les méthodes de traitement des données ont-elles été suffisamment décrites ?			X	Il nous semble que cette partie aurait méritée d'être plus détaillée. Nous savons seulement que les interviews ont été enregistrées et que les chercheurs ont réécouté les bandes. Ils parlent d'un codage des données mais on n'en sait pas plus. Ils auraient peut-être pu détailler un peu cela.
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			Les résultats sont séparés selon 2 patterns distincts que les auteurs ont choisi pour les aider comprendre les sentiments des soignants. On peut donc dire que les résultats sont organisés selon le cadre conceptuel choisi. Puis, à la fin des résultats, un tableau récapitule l'ensemble ce qui facilite la compréhension.
Aspects du rapport	Questions	oui	Non	Peu clair	Commentaires
Discussion Intégration de la théorie et des concepts	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir de l'approche philosophique, ainsi que des recherches antérieures ?	X			Voir ci-dessus.
	-La recherche tient-elle compte de la question de généralisation des conclusions ?			X	Cette question n'est pas abordée clairement mais dans la partie sur l'implication pour la pratique, les pistes proposées sont généralisées à

					différentes populations puisque qu'il est proposé des actions qui ont été bénéfiques sur les aidants en pensant que celles-ci pourraient être bénéfiques pour les soignants.
	-les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?			X	Les limites sont très peu développées ce qui pourrait constituer une faiblesse de cette étude.
Perspectives	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?	X			Tout un paragraphe est consacré pour les implications pour la pratique. Les auteurs mettent en lien ces implications avec d'autres pistes utilisées dans d'autres articles. Ceci est très intéressant.
Questions générales Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			Le texte est bien structuré mais pas très agréable à lire car écrit en petit et surtout disposé en 3 colonnes. Le texte mériterait d'être plus aéré. Par contre, le contenu est très pertinent et très intéressant.
Evaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?	X			Cet article est très intéressant pour la pratique car très il y a très peu, voire pas du tout, d'articles qui abordent les sentiments des soignants qui prennent soin des personnes atteintes de troubles cognitifs. On s'intéresse très souvent au vécu des aidants naturels mais pas de celui des soignants dans l'institution peut-être parce que l'on se dit que c'est leur profession et qu'ils doivent pouvoir gérer cela...

Svansdottir & Snaedal (2005) : Music therapy in moderate and severe dementia of Alzheimer's type: a case-control study

<p>Auteurs</p> <p>Titre de la recherche</p> <p>Journal</p> <p>Année de publication</p> <p>Pays</p>	<p>Svansdottir, H.B & Snaedal, J. (département gériatrique Landspítali University Hospital)</p> <p>Music therapy in moderate and severe dementia of Alzheimer's type: a case-control study International Psychogeriatrics</p> <p>2005 Islande</p>
<p>Question de recherche</p> <p>Hypothèses</p> <p>Buts de la recherche</p>	<p><u>Etat de la question :</u> Une majorité de patients atteints de démence de type Alzheimer montre des signes de détresse psychiatrique et dans de nombreux cas une gamme de comportements anormaux peut apparaître dans les derniers stades de la maladie. Ces symptômes connus sous le nom de SCPD (BPSD en anglais) ont tendance à être épisodiques plutôt que progressifs. Ils reflètent une diminution du bien-être du patient, une dépréciation de la qualité de vie et constituent un lourd fardeau pour les soignants. Les SCPD sont souvent la cause d'institutionnalisation ou d'hospitalisation de courte durée. On a fait valoir que même de modestes avantages susceptibles d'améliorer la qualité de vie peuvent faire la différence entre vivre à domicile et l'institutionnalisation (Herrmann et Black, 2000). Les paramètres des SCPD peuvent mettre à rude épreuve le personnel ainsi que les autres résidents. Le traitement est le plus souvent pharmacologique et comme la prévalence des SCPD est haute, beaucoup de patients atteints de démence dans les derniers stades sont traités avec des sédatifs, neuroleptiques ou antidépresseurs. Ceci a causé des soucis très étendus quant à l'utilisation inappropriée des médicaments psychotropes dans les homes (Talerico, 2002). L'agitation et la nervosité sont 2 des symptômes les plus perturbants des SCPD dans la démence de type Alzheimer. Le traitement pharmacologique de l'agitation est habituellement des neuroleptiques mais le résultat est insuffisant chez de nombreux patients et les effets secondaires sont communs (Raskind et al., 1987) même avec l'utilisation des neuroleptiques atypiques les plus récents (Zarate et al., 1997). Les options de traitement non pharmacologique ont reçu beaucoup moins d'attention que le traitement pharmacologique, en partie à cause du manque de recherches fiables. La recherche dans ce domaine est dans la plupart des cas basée sur un nombre très limité de sujets ou même sur des rapports de cas. Il y a une grande variabilité dans les méthodes non pharmacologiques. Dans une revue sur les méthodes d'intervention non pharmacologiques, Gräsel et al. (2003) ont conclu que : « une évaluation fondamentale des bénéfices thérapeutiques des thérapies non médicamenteuses dans le traitement de la démence ne peut pas encore être faite ». <u>But de la recherche :</u> Dans cette étude de cas-témoin, l'effet de la musicothérapie sur les SCPD chez les patients modérément à sévèrement atteints de démence est évalué. Il n'y pas de question de recherche qui est mentionnée mais celle-ci pourrait être : Quels sont les effets de la musicothérapie sur les SCPD des patients modérément à sévèrement atteints de démence ?</p>
<p>Population/échantillon</p>	<p>Initialement, 47 patients âgés entre 71 et 87 ans ont été recrutés de 2 homes et de 2 services de psychogériatrie. Au moment de l'essai, tous ces patients avaient un diagnostic de maladie d'Alzheimer en accord avec le ICD-10 (CIM-10) et avait un stade de démence modéré</p>

	<p>ou sévère (stade 5-7 sur la Global Deterioration Scale) (Reisberg et al., 1982). Les patients avec d'autres types de démence ont été exclus.</p> <p>Un consentement éclairé écrit a été donné par un proche parent. Seul un patient a refusé de participer. Les 46 patients restants ont ensuite été répartis de manière aléatoire dans le groupe de musicothérapie ou le groupe contrôle, avec 23 individus dans chaque groupe. Le taux d'abandon était significatif puisque 8 patients (17.4 %) ont quitté le service de psychogériatrie pour aller au home (n=5), se sont détériorés (n=2) ou décédés (n=1). Par conséquent, 38 patients ont pu participer à toutes les sessions et ont été évalués : 20 dans le groupe de musicothérapie et 18 dans le groupe contrôle.</p>
<p>Design = devis Aspects éthiques</p>	<p>Il s'agit d'une étude de cas témoin avec un petit échantillon de personnes. Selon Fortin (2006), « l'étude cas-témoins tente de lier un phénomène présent au moment de l'enquête à un phénomène antérieur. [...] L'étude cas-témoins est toujours rétrospective. Il s'agit de sélectionner un groupe de sujets déjà atteints de la maladie considérée (cas) et un groupe ou plus de sujets sains (témoins). [...] elle comporte des risques d'erreur liés surtout au choix de la population (p. 201-202).</p> <p>Un consentement éclairé écrit a été donné par un proche parent. L'étude a été approuvée par un comité de bioéthique et enregistrée par la commission centrale des données d'Islande.</p>
<p>Méthodologie</p>	<p><u>Evaluation :</u> Après l'inclusion dans l'étude, tous les patients avec des SCPD ont été classés selon l'échelle BEHAVE-AD après une interview avec les soignants. L'échelle a été traduite en islandais et validé. 2 infirmières ont été formées dans l'utilisation de l'échelle BEHAVE-AD et ne prenaient pas connaissance de la thérapie. Les infirmières n'étaient pas une partie de l'équipe du service. La même infirmière a évalué chaque patient durant l'étude.</p> <p>Le groupe de thérapie a reçu 18 sessions de musicothérapie, chacune durant 30 minutes, 3 fois par semaine pendant 6 semaines mais le groupe contrôle n'a pas de changement dans ses soins. Après les 6 semaines de l'étude, tous les patients ont été classés une seconde fois, et après 10 semaines pour une troisième fois quand le groupe de thérapie n'a pas reçu de musicothérapie depuis 4 semaines. Tout au long de l'étude, le thérapeute qualifié a conduit la musicothérapie.</p> <p><u>Musicothérapie :</u> 3 ou 4 patients participent dans chaque session. Une collection de chansons, familières aux personnes-âgées islandaises ont été sélectionnée initialement par le thérapeute musicale et utilisée durant l'étude. Une sélection de ces chansons a été choisie par le groupe et le thérapeute et chaque chanson a été chantée 2 fois. Ces patients qui n'ont pas participé activement sont assis avec les autres tenant le livre de chant et écoutant.</p> <p>Dans ce sens, chaque patient participe activement ou passivement et par conséquent, il est possible d'inclure des patients à différents stades de leur démence dans la même session. Entre les chansons, les patients bavardent entre eux ou avec le thérapeute. Dans les sessions, les patients et les thérapeutes chantent, accompagnés par une guitare (thérapeute) et des instruments variés (patients) de leur choix. Initialement, beaucoup de patients sont peu enthousiastes à utiliser des instruments mais par la suite, ils ont rejoint les autres et semblent apprécier la session. Les instruments sont aussi utilisés pour de l'improvisation avec ou sans thème. Parfois, les patients ont une forte envie de bouger et de danser en harmonie avec la musique et ceci est permis librement.</p> <p><u>Analyses statistiques :</u> Comme les auteurs n'ont pas anticipé de variations normales dans ce petit groupe, ils ont utilisé le test de Wilcoxon. Cependant, les résultats sont les mêmes en utilisant le t-test.</p>

<p>Résultats</p>	<p>La plupart des patients étaient stables en ce qui concerne leur démence pour les 3 semaines passées. Les symptômes les plus prévalent classés sur l'échelle BEHAVE-AD sont des Troubles des Activités (comportements de fugue, activités sans objet (errance ?) et activités inappropriées) et Idées paranoïdes et Illusions. D'autres symptômes sont moins fréquents comme les hallucinations et les perturbations du rythme diurne. Dans le tableau 1, les scores des sous-échelles de la BEHAVE-AD sont montrés, comme le total dans les 2 groupes. Après 6 semaines, il y a une diminution significative dans les symptômes classés dans Troubles des Activités dans le groupe de thérapie ($p=0.02$) mais pas dans le groupe contrôle ($p>0.5$). Ces effets diminuent durant les 4 semaines suivantes sans la thérapie et n'était pas significativement plus bas qu'au début.</p> <p>Il n'y a pas de diminution significative dans le total des points sur le BEHAVE-AD dans le groupe de thérapie après 6 semaines de musicothérapie ($p=0.3$) et une plus petite et non-significative diminution dans le groupe contrôle ($p > 0.5$). De plus, la diminution dans les points totaux durant les 4 semaines suivantes dans le groupe contrôle était principalement dû à des changements chez un patient. Il n'y a pas de diminution dans les symptômes classés dans les autres sous-échelles, ni dans le groupe contrôle ni dans le groupe de thérapie.</p> <p>Quand 3 des 7 catégories de BEHAVE-AD (perturbations des activités, agressivité et anxiété) sont mises ensemble, il y a une réduction significative dans les symptômes dans le groupe de thérapie ($p<0.01$) mais pas dans le groupe contrôle ($p=0.5$).</p> <p>Les bénéfices de la musicothérapie ont disparu 4 semaines après la dernière session en ce qui concerne tous les scores.</p>
<p>Cadres de référence et concepts utilisés Discussion et seuil de signification</p>	<p><u>Cadres de référence et concepts utilisés :</u></p> <p>Le cadre de référence de cette étude est l'échelle BEHAVE-AD de Reisberg et al. (1987) qui est une échelle d'évaluation comportementale globale. Elle comprend 7 grands domaines parmi lesquels on retrouve l'item Agressivité qui distingue les Accès verbaux, les Menaces physiques et/ou Violence et l'Agitation. Il existe aussi un item Troubles des Activités dans lequel figure les comportements de fugue, les activités sans objet et les activités inappropriées.</p> <p>Le concept principal de l'étude est la musicothérapie. Les auteurs en donnent la définition suivante. La musicothérapie est un type d'intervention non-pharmacologique. La thérapie est basée sur l'utilisation systématique de mélodies, des sons et des mouvements. Le thérapeute utilise des mélodies ou des sons spécifiques où la qualité inhérente des timbres, qui sont produits dans les sessions pour atteindre les buts de la thérapie pour les individus avec des SCPD. Les patients atteints de démence sont dans la plupart des cas en mesure de participer à la musicothérapie et les études ont suggéré que leur bien-être augmente (Clair, 1996). La musicothérapie semble aussi améliorer l'interaction entre les patients et donc diminuer leur sentiment d'isolement (Pollack, and Namazi, 1992).</p> <p>Les auteurs développent tout au début de l'article le concept des SCPD (voir dans paragraphe sur état de la question).</p> <p><u>Discussion :</u></p> <p>La musicothérapie est une des méthodes non-pharmacologiques utilisées dans le traitement des SCPD (Grässer et al., 2003). Théoriquement, une participation active dans les sessions de musicothérapie devrait donner du sens à la vie des patients qui ont perdu leurs capacités à créer des activités significatives. Leur désir pour les activités serait par conséquent satisfait et les symptômes d'activités vides de sens diminueraient. L'anxiété, laquelle est souvent le résultat des difficultés des patients à identifier leur environnement, pourrait aussi être un symptôme cible de la musicothérapie. Toutefois, il sera difficile d'argumenter que les symptômes les plus vraisemblablement basés directement sur des changements organiques comme les hallucinations et les mauvaises identifications bénéficieraient de ce genre de thérapie. Un nombre d'études sur l'utilisation de la musicothérapie dans les derniers stades de la démence ont été publiées. Une étude utilisant des groupes de chant dans un groupe de 10 patients a montré un changement significatif dans le</p>

	<p>comportement après les sessions de traitement mais il n’y avait pas de groupe contrôle (Olderog-Miller et Smith, 1989). Une étude utilisant un devis transversal sur 39 individus avec de l’agitation et une sévère déficience cognitive a montré une réduction significative dans l’agitation durant et suivant une session individuelle comparée à une session de musique classique (Gerdner, 2000). La musicothérapie a été utilisée comme un traitement de l’humeur dépressive chez les individus âgés sans démence (Hanser et Thompson, 1994 ; Suzuki, 1998) comme avec démence (Ashida, 2000). Seulement quelques études ont été conduites en utilisant des mesures quantitatives des effets de la musicothérapie. Une est une étude cas-témoin sur les effets des sessions de musicothérapie sur la pensée et le comportement, laquelle a montré une amélioration significative dans la pensée mesurée par le MMSE mais n’a pas d’effet sur le comportement (Van de Winckel et al., 2004).</p> <p>Notre étude montre qu’un des symptômes cibles de la musicothérapie, Troubles des Activités, peut être affecté positivement par des sessions répétées de 6 semaines. De plus, quand les scores de sous-échelles mesurant les Troubles des Activités, l’agressivité et l’anxiété sont rédigés, il y a un changement significatif dans le groupe de thérapie. D’autres symptômes restent inchangés. L’effet a diminué un mois après que la thérapie est finie.</p> <p>La force de cette étude est le devis parce qu’il est en simple aveugle contrôlé (les infirmières formées pour l’observation et le remplissage de l’échelle BEHAVE-AD ne tient pas compte de la thérapie mise en place. Elles s’en tiennent juste à l’observation) placebo, avec des groupes comparables au début. L’étude inclue seulement des patients avec la maladie d’Alzheimer, les autres démences sont exclues. En ayant le même thérapeute musicale qualifié pour tous les patients et les mêmes infirmières formées comme évaluatrices, les différences inter-juges possibles sont évitées.</p> <p>Les limites de cette étude sont la petite taille de l’échantillon et le taux d’abandon de 20 %, lequel peut s’attendre dans ce groupe vulnérable de patients. La thérapie en soi n’était pas la raison de l’abandon. De plus, seulement quelques patients ont des symptômes considérables/importants comme quotés sur la BEHAVE-AD, les autres ont seulement des symptômes mineurs ou modérés. La thérapie n’était par conséquent pas probable de montrer un changement significatif dans les symptômes dans certaines sous-échelles en raison de l’effet plancher/plafond (consiste en une première mesure obtenant des résultats minimaux ou maximaux par rapport auxquels il sera difficile par la suite de mesurer les différences effectives). Le symptôme le plus prévalent, Troubles des Activités montre une diminution significative dans le groupe de thérapie à l’opposé du groupe contrôle. Il doit être considéré que cette étude a montré un effet en utilisant un seul type de musicothérapie, la participation active du patient avec le thérapeute, à la fois avec des instruments et en chantant. L’étude ne s’adresse pas à d’autres types de musicothérapie comme l’écoute passive ou le chant. Il n’y a pas non plus de comparaison entre les différents types de musique.</p> <p>Un des avantages de la musicothérapie est l’apparente absence d’effets secondaires. Un autre avantage pourrait être un intérêt accru de la part du personnel (motivation) dans les soins et le traitement des patients, ce qui pourrait diminuer le taux de renouvellement élevé du personnel dans ce type de soins.</p> <p>Les résultats de cette étude appuient les résultats de beaucoup d’autres études et rapports de cas que les Troubles des Activités et l’anxiété peuvent être affectées par la participation des patients à la musicothérapie. Il y a, cependant, un besoin de comparaison entre la musicothérapie et la thérapie pharmacologique dans les SCPD.</p> <p><u>Seuil de signification :</u> Voir grille d’analyse critique des études quantitatives</p>
Commentaires en lien	On retiendra de cette étude qu’il existe différents types de musicothérapie : Participation active du patient avec des instruments, en

avec la question de recherche	<p>chantant et en bougeant, l'écoute passive, le chant</p> <p>L'étude de Livingston et al. (2005) a aussi donné sa définition de la musicothérapie. Cette thérapie inclus jouer de la musique durant des sessions d'activités ou à certains moments de la journée (repas, toilette...). Ainsi, les participants jouent de la musique, bougent dessus et participent à des sessions d'improvisation. Ce type de musicothérapie correspond à celle étudiée dans cette étude ce qui nous permet de comparer les résultats. L'étude de Livingston et al. (2005) met en évidence des effets bénéfiques sur l'agitation pendant et immédiatement après la session mais pas à long terme. Dans cette étude, les symptômes qui réagiraient bien à cette thérapie sont les troubles de l'Activité (cpts de fugue, cpts sans objet > errance ?, cpts inappropriés) ainsi que l'anxiété. La musicothérapie permettrait de donner du sens à la vie de la personne car la poussant à réaliser des activités concrètes. On retrouve aussi une amélioration pendant la période de l'intervention mais après 4 semaines suite à l'intervention ses effets bénéfiques diminueraient voire disparaîtraient. Ces résultats iraient donc dans le même sens que ceux présentés par Livingston et al. (2005).</p> <p>L'étude de Gräsel et al. (2003) aborde surtout les effets possibles sur les symptômes sociaux. Il semblerait que la musicothérapie soit efficace dans l'amélioration des aptitudes sociales (interaction), l'humeur et les symptômes comportementaux comme l'errance et l'agitation (Brotons et al., 1997). Toutefois, nous devons relativiser ces résultats car ils datent quelque peu et parce que dans cette étude de Brotons et al. (2003), apparemment, il n'y avait pas de groupe contrôle.</p> <p>En conclusion sur l'approche de la musicothérapie, nous manquons encore d'arguments pour affirmer son efficacité potentielle pour améliorer la communication et la relation avec les personnes démentes. Nous souhaitons consulter d'autres articles. Nous souhaitons aussi retenir de cette étude, le fait que la musicothérapie pourrait augmenter l'intérêt et la motivation des soignants dans la prise en charge des personnes démentes et ainsi diminuer le renouvellement élevé du personnel dans ce type d'institution de soins.</p>
--------------------------------------	---

Grille de lecture critique d'un article scientifique quantitatif : Svansdottir & Snaedal (2005)

Aspects du rapport	Questions	oui	Non	Peu clair	Commentaires
Titre	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?	X			On sait qu'il va traiter de la musicothérapie chez les patients atteints de démence modérée à sévère. Le devis est : étude de cas-témoin.
Résumé	-Contient-il les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?	X			Le résumé contient le contexte (= introduction), la méthode utilisée, les principaux résultats et les conclusions.
Introduction Enoncé du problème	-Le problème de recherche est-il énoncé clairement ?	X			Les auteurs mentionnent les SCPD et les impacts qu'ils peuvent avoir sur la personne et sur les soignants. Ils expliquent que c'est principalement les approches médicamenteuses qui sont utilisées avec des bénéfices limités et surtout des effets secondaires. Ils disent que les approches non médicamenteuses ont reçu beaucoup moins d'attention et qu'il y a quand même un manque de recherche fiable puisque la plupart des recherches sont faites sur des petits échantillons de personnes.
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur les	X			Voir ci-dessus

	variables étudiées ?				
Cadre théorique ou conceptuel	-Les principales théories et concepts sont-ils définis ?	X			Ils expliquent ce que sont les SCPD mais dans cette partie, ils ne parlent pas encore de la musicothérapie et de l'échelle BEHAVE-AD que nous avons identifié comme étant le cadre de référence et le concept principal de l'étude.
Hypothèses	-Les hypothèses sont-elles clairement formulées ?			X	Les hypothèses ne sont pas clairement définies mais on peut dire qu'elles sont sous-jacentes notamment dans le titre puisqu'on associe la musicothérapie à la démence de type Alzheimer aux stades modérés à sévères. Ils auraient peut-être pu être plus précis et les nommer comme telles.
	-Décourent-elles de l'état des connaissances (théories et recherches antérieures ?	X			Nous pensons que oui, puisque dans l'état de la question, ils disent que les approches non médicamenteuses manquent d'attention. Ainsi, les auteurs cherchent à remédier à cela en s'intéressant à la musicothérapie qui fait partie des approches non médicamenteuses.
Méthodes Devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ?			X	Le devis de recherche est décrit dans le titre et le résumé mais il n'a pas de rubrique/paragraphe précis dans le texte.
Population et contexte	-La description de l'échantillon est-elle suffisamment détaillée ?	X			Oui, les auteurs donnent des indications précises sur la population concernée et comment ils les ont inclus (diagnostic de DTA en accord avec la CIM-10 et un stade modéré à sévère sur la Global Deterioration Scale).
	-La taille de l'échantillon est-elle adéquate par rapport au contexte de la recherche ?	X			Il est vrai qu'il s'agit d'un petit échantillon de personne mais ils ont pu faire 2 groupes (groupe de thérapie et groupe contrôle) ce qui rend les résultats plus fiables.
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	X			Oui, les soignants ont été interviewés et 2 infirmières formées ont évalué les patients selon l'échelle BEHAVE-AD. On sait aussi exactement à quel moment, les 2 infirmières ont évalué les patients (avant l'intervention, 6 semaines après puis 10 semaines après c'est-à-dire 4 semaines après la fin de l'intervention).
	-Les variables à mesurer sont-elles décrites et opérationnalisées ?	X			Oui, il s'agit des SCPD classés selon l'échelle BEHAVE-AD et la musicothérapie
Déroulement de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ? -A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants ?	X			Oui, ils ont demandé un consentement éclairé écrit aux proches de la personne et un comité de bioéthique a approuvé cette étude.
Résultats Traitement des données	Des analyses statistiques ont-elles été entreprises pour répondre à chacune des hypothèses ?	X			Oui, les auteurs mentionnent qu'ils ont utilisé le test de Wilcoxon.
Aspects du rapport	Questions	oui	Non	Peu clair	Commentaires
Présentation des	-Les résultats sont-ils présentés de manière			X	Les résultats sont peu détaillés. Les auteurs auraient dû préciser plus les

résultats	claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?				symptômes de l'échelle BEHAVE-AD sur lesquels ils se basent et en donner une définition par exemple. Ils parlent de Troubles des Activités mais on ne sait pas ce qui est classé dans cet item. Les figures présentées pour expliquer les résultats n'aident pas du tout à la compréhension de ceux-ci.
Discussion Intégration de la théorie et des concepts	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir du cadre théorique et conceptuel, ainsi que des recherches antérieures ?	X			En effet, ils discutent leurs résultats à partir des symptômes de l'échelle BEHAVE-AD qu'ils ont ressorti précédemment à savoir les Troubles des Activités, l'anxiété, l'agressivité. Ils font le lien avec d'autres études réalisées sur la musicothérapie mais ces études ne semblent pas très fiables. Une étude a un échantillon de seulement 10 personnes et pas de groupe contrôle, deux autres datent de plus de 10 ans.
	-Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?		X		Les auteurs disent bien que cette étude a montré ces résultats que pour un type de musicothérapie et pas pour d'autres types de musicothérapie comme l'écoute passive ou le chant. Ainsi, la portée de ces résultats semble très limitée puisque ces résultats sont difficilement généralisables et qu'ils auraient vraiment besoin d'être comparés avec la thérapie pharmacologique dans les SCPD.
	-les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			Il semblerait que ces limites sont quand même très grandes et que les résultats ont peut-être été biaisés par le fait que les patients présentent des degrés de SCPD variables. De plus, l'échantillon est petit. A ceci s'ajoute un taux d'abandon élevé (17 %).
Perspectives futures	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?		X		Il semble que les auteurs ont oublié d'aborder cet aspect.
Questions générales Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?				En fait, cet article est assez général et n'entre pas beaucoup dans les détails. La structure de l'article est bonne. Toutefois, les résultats mériteraient vraiment d'être développés plus précisément.
Evaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?			X	Cette étude amène quelques pistes de réflexion concernant les approches non médicamenteuses entre autre la musicothérapie.

Visser et al. (2008) : Managing behavioural symptoms of dementia : Effectiveness of staff education and peer support

<p>Auteurs</p> <p>Titre de la recherche</p> <p>Journal</p> <p>Année de publication</p> <p>Pays</p>	<p>Visser, S.M. école de psychologie (Victoria, Australie) McCabe, M.P. école de psychologie Hudgson, C. centre Peter James (Victoria, Australie) Buchanan, G. centre Peter James Davison, T.E. école de psychologie George, K. centre Peter James</p> <p>Managing behavioural symptoms of dementia : Effectiveness of staff education and peer support (Gestion du comportement et des symptômes de la démence : efficacité de la formation des soignants et du soutien du supérieur immédiat)</p> <p>Aging and Mental Health 2008 Angleterre</p>
<p>Question de recherche</p> <p>Hypothèses</p> <p>Buts de la recherche</p>	<p><u>Question de recherche</u> Aucune question de recherche n'est mentionnée par les auteurs. Toutefois, les buts de l'étude et l'hypothèse sont très bien énoncés ce qui devrait nous permettre de formuler une question. Quels sont les impacts que peuvent avoir la formation des professionnels associée au soutien du supérieur hiérarchique direct sur les attitudes des soignants, sur les comportements et la qualité de vie des résidents?</p> <p><u>Hypothèses</u> Ils font l'hypothèse que la formation des soignants a un impact positif tant sur les professionnels que sur les résidents après l'intervention par rapport au groupe contrôle mais que ces effets sont encore plus grands et durent plus longtemps quand le groupe reçoit le soutien de la hiérarchie.</p> <p><u>Buts de la recherche</u> Le but de cette étude est d'évaluer l'efficacité de la formation des professionnels comme une stratégie de gestion des symptômes comportementaux de la démence. Le programme de formation est désigné pour encourager une approche individuelle de la gestion des comportements en se basant sur le modèle comportemental. Fournir dès le début et en continu un support aux professionnels peut être un aspect important pour le succès de leur formation. Par conséquent, cette étude a aussi pour but de comparer l'efficacité de la formation des soignants offertes avec ou sans le soutien de la hiérarchie par rapport à un groupe contrôle après l'intervention puis ensuite après 3 et 6 mois.</p>
<p>Population/échantillon</p>	<p>52 soignants ont participé dans cette étude. 10 participants (2 hommes et 8 femmes) ont été mis dans le groupe avec la formation seulement. Il y avait un très haut taux d'usure parmi ce groupe (plus de 50%). Par conséquent, la taille de cet échantillon dans le suivi est très petite (n=6) et ont donc été exclus des analyses de suivi. 17 participantes ont constitué le groupe formation + soutien de la hiérarchie. Le groupe de contrôle est constitué de 25 participants (1 homme et 24 femmes). Le « taux d'usure » était moins grand dans le groupe formation + soutien et dans le groupe contrôle (15 et 14% respectivement).</p> <p>Un total de 76 résidents a participé à l'étude. 21 (3 hommes et 18 femmes) sont dans le groupe avec la formation seulement. Le groupe formation + soutien a réuni 23 résidents (4 hommes et 19 femmes). Le groupe de contrôle est constitué de 32 résidents (8 hommes et 24</p>

	femmes). Pour que les auteurs puissent inclure le résident, il fallait qu'il ait régulièrement au moins un des 29 symptômes présents dans l'échelle de Cohen-Mansfield.
Design = devis Aspects éthiques	<p><u>Design</u> Il s'agit d'une recherche quantitative avec un devis expérimental (présence d'un groupe contrôle et d'une répartition aléatoire > randomisée). Le niveau de recherche est ainsi prédictif et de contrôle > il s'agit d'estimer la probabilité que tel ou tel résultat attendu se produise = prédictif, contrôle = introduire et manipuler une intervention : faire varier les conditions dans une situation de recherche. Dans cette recherche, il s'agit de voir si la formation des professionnels (variable indépendante) et le soutien de la hiérarchie (variable indépendante) a un impact dans la gestion des symptômes comportementaux de la démence (variable dépendante). Les conditions varient puisqu'il y a un groupe qui ne reçoit que la formation et un groupe qui reçoit la formation + le soutien des collègues et enfin un groupe contrôle.</p> <p><u>Aspects éthiques</u> Les soignants étaient libres de participer au même titre que les institutions et les résidents. De simples déclarations et une forme de consentement ont été envoyées au directeur des soins des institutions qui ont fait suivre aux proches du résident. Ainsi, ils étaient libres d'accepter ou non.</p>
Méthodologie	<p><u>Matériel :</u> L'échelle d'agitation de Cohen-Mansfield (CMAI) : C'est une échelle que les soignants peuvent utiliser pour évaluer les comportements chez des personnes âgées vivant dans un home. L'échelle mesure la fréquence de 29 cps que les soignants ont pu observer dans les 2 dernières semaines. Les réponses sont mises sur une échelle allant de 1 à 7 (1 = jamais, 7= plusieurs fois par jour). Le score peut être calculé en accord avec 4 sous-échelles : comportement physique agressif / comportement physique non agressif / comportement verbal agressif / comportement verbal non agressif.</p> <p>Instrument de recherche pour évaluer la qualité de la vie concernant la santé (ADRQL) : Cet instrument est utilisé pour des personnes démentes. L'ADRQL consiste en 47 items qui décrivent les comportements associés dans 5 domaines importants pour la qualité de la vie concernant la santé chez une personne démente. Ces 5 domaines sont : interaction sociale (12 items), conscience de soi (8 items), sentiments et humeur (15 items), plaisir des activités (5 items) et réponse à l'environnement (7 items). Ce sont les soignants ou les aidants familiaux qui répondent à ce questionnaire. Cela demande à la personne de bien connaître les comportements récents et les activités quotidiennes de la personne malade. L'évaluateur lit les items à haute voix et laisse du temps au soignant pour répondre par d'accord ou pas d'accord. Cependant, dû aux nombres de soignants participants à cette étude, il n'est pas faisable d'interviewer séparément chaque soignant. Les soignants ont rempli individuellement le questionnaire pour un seul résident.</p> <p>Questionnaire sur les attitudes des soignants : Ce questionnaire a été développé spécifiquement pour cette étude. Il a été désigné pour mesurer les attitudes et perceptions des soignants sur le travail avec des résidents déments et sur leurs pensées en lien avec leur rôle de soignant. C'est un questionnaire que le soignant remplit seul. Il contient 16 déclarations sur les attitudes des soignants au travail. Le soignant attribue un score de 0 à 10 où 0 = fortement en désaccord et 10 = fortement d'accord. Le questionnaire prend à 5 à 10 minutes pour être complété. Le questionnaire a été analysé et a révélé 3 sous-échelles : Education et responsabilité personnelle / Compétences et connaissances / Barrière au changement.</p> <p>L'inventaire du burn-out de Maslach (MBI) : C'est un questionnaire destiné à mesurer le burn-out. Le MBI consiste en 22 déclarations en lien avec les ressentis sur le travail. Les</p>

participants ont classé leurs réponses sur une échelle de 0 à 6 où 0 = jamais et 6 = chaque jour. Les réponses aux déclarations peuvent être classées en 3 sous-échelles : L'épuisement émotionnel / Dépersonnalisation / Accomplissement personnel.

Les soignants de chacun des trois groupes ont complété le questionnaire sur les attitudes des soignants et l'inventaire du burn-out de Maslach avant l'intervention, après l'intervention puis après 3 et 6 mois. Chaque soignant a aussi sélectionné un résident qu'il connaissait bien pour compléter le questionnaire sur la qualité de vie et 2 résidents pour compléter l'échelle de Cohen-Mansfield. Les soignants ont été assignés à un groupe d'intervention avec la formation seulement ou au groupe avec formation et soutien de la hiérarchie durant 8 semaines.

Le programme de formation :

Le programme de formation consiste en 8 éléments qui ont lieu 2x/sem. durant 1 ½ h. Il a été demandé aux soignants qui ont accepté de participer à l'étude d'assister à un de ces éléments chaque semaine. Les 3 premiers éléments étaient là pour fournir des informations sur la démence et sur les symptômes comportementaux aux soignants. On parle d'éléments didactiques. Les 5 éléments suivants concernaient des ateliers basés sur le modèle comportemental. Durant les ateliers, les soignants ont développé un plan de soins individuel pour les résidents en tenant compte des antécédents et des conséquences des comportements afin de les modifier de manière appropriée. Les soignants étaient engagés dans des groupes de discussion et utilisaient des fiches de travail spécifiquement conçues. Une des forces de ce modèle comportemental est qu'il a le potentiel pour aider les soignants à développer des compétences et des connaissances qu'ils peuvent appliquer dans une variété de situations et comportements (Teri et al., 1998). Par conséquent, les ateliers ont été créés pour refléter cela en encourageant les soignants à développer leurs propres stratégies pour gérer les comportements. Ainsi, ils ont l'opportunité de mettre en œuvre leurs compétences durant le programme de formation et pour développer des stratégies pour continuer à les utiliser quand la formation se termine.

Le soutien de la hiérarchie (supérieur direct) :

Le programme de soutien de la hiérarchie se tient pendant 30 minutes après les éléments de formation et commence à l'élément 5. Le groupe a été aidé par un membre de l'équipe de recherche mais dans le but de se préoccuper des soucis des membres du personnel (stress lié au travail).

Le groupe doit développer durant les sessions des buts et des lignes directrices, fournir des informations et discussion sur la reconnaissance et la gestion du stress et examiner les situations ayant une répercussion sur les soins aux résidents et comment ces situations pourraient être mieux gérées par les soignants. Les soignants reçoivent aussi la possibilité de continuer ce soutien de la hiérarchie pour eux-mêmes après l'intervention. Cependant, les soignants ont des manques de temps et de ressources pour continuer avec ce soutien sans être assisté.

Collecte des données

Ils ont approché les directeurs de soins de 3 établissements de soins et leur ont proposé de participer à cette étude.

Les 3 établissements d'accord de participer ont été de manière aléatoire (randomisé) mis dans l'un des 3 groupes.

La répartition aléatoire ne pouvait pas se faire au niveau de l'individu (soignant ou résident) car il pouvait y avoir des répercussions sur le TTT si le service était pris à la fois dans l'intervention et dans le groupe contrôle.

Ensuite, ils ont demandé aux directeurs des soins des institutions de sélectionner les résidents « appropriés » à l'étude. Ceci devait être fait en fonction de la manifestation régulière ou non d'au moins 1 des 29 comportements listés dans l'échelle de Cohen-Mansfield. Les différents instruments, échelles choisies (voir ci-dessus dans matériel) ont été évalués pour leur fiabilité interne, leur validité en fonction

	<p>du score de Cronbach. <u>Analyse des données</u> Les résultats de cette étude sont analysés en utilisant Mixed Design Analysis of Variance (ANOVA).</p>
<p>Résultats</p>	<p><u>Résultats</u> L'échelle d'agitation de Cohen-Mansfield (CMAI) : Les scores sur la CMAI ont été analysés avant et après l'intervention pour chaque groupe avec le temps qui est pris comme facteur dans le sujet traité et dans les différents groupes. Il n'y avait pas de différence significative dans les scores à travers le temps et les groupes. Il n'y avait pas non plus d'interaction significative entre le temps et le groupe pour chaque sous-échelle. Le score à la CMAI a aussi été analysé à 3 et 6 mois après l'intervention pour le groupe contrôle et le groupe formation + soutien de la hiérarchie. Pas d'effets significatifs sur le groupe, le temps et l'interaction n'ont été trouvés dans le suivi.</p> <p>Instrument de recherche pour évaluer la qualité de la vie concernant la santé (ADRQL) : Le score sur l'échelle ADRQL a été analysé en utilisant ANOVA avec le temps comme facteur dans le sujet traité (pré et post-intervention et dans le suivi) et dans les différents groupes. Il n'y avait pas de temps ni de groupe ou d'effets de l'interaction significatifs sur les 3 sous-échelles. Le score sur l'échelle ADRQL a été analysé à 3 et 6 mois après l'intervention pour le groupe contrôle et le groupe formation + soutien de la hiérarchie pour chaque sous-échelle (excepté la réponse de l'environnement laquelle a été enlevée des analyses du suivi à cause d'une faible fiabilité). Pas d'effets significatifs sur le groupe, le temps et l'interaction n'ont été trouvés dans le suivi.</p> <p>Questionnaire sur les attitudes des soignants : Ce questionnaire a été analysé avec le temps comme facteur dans le sujet traité (pré et post-intervention et dans le suivi) et dans les différents groupes. L'analyse des 3 sous-échelles a révélé qu'il n'y avait pas d'effet de groupe de temps ou d'interaction pour la sous-échelle Education et responsabilité personnelle en pré-intervention et dans le suivi. Il n'y avait pas non plus d'effets significatifs sur la sous-échelle Barrière au changement en post-intervention. L'évaluation des résultats pour le groupe contrôle et le groupe formation + soutien de la hiérarchie dans le suivi a révélé un effet significatif du temps à 3 et 6 mois. Les résultats pour la sous-échelle Compétences et connaissances a révélé une interaction significative entre le groupe et le temps. Les analyses univariées ont révélées qu'il y avait une amélioration significative dans le score de compétences et connaissances en post-intervention pour le groupe formation + soutien de la hiérarchie alors qu'il n'y avait aucun changement dans le score de compétences et connaissances pour le groupe formation seulement et le groupe contrôle. Les résultats pour le groupe contrôle et le groupe formation + soutien de la hiérarchie dans le suivi a révélé de manière similaire un effet d'interaction significatif, avec une amélioration du score compétences et connaissances à 3 mois, à 6 mois de suivi (pour le groupe formation + soutien de la hiérarchie) alors qu'il n'y avait pas de changement significatif dans le score pour le groupe contrôle à 3 et 6 mois de suivi.</p> <p>En résumé, les soignants ont perçu l'éducation et la responsabilité personnelle comme ne changeant pas suite à l'intervention. Le score des barrières au changement augmente dans le groupe formation + soutien de la hiérarchie et dans le groupe contrôle après l'intervention et dans le suivi et le score de compétences et connaissances augmente dans le groupe formation + soutien de la hiérarchie seulement en post-intervention et à chaque moment du suivi.</p> <p>L'inventaire du Burn-out de Maslach : Il a été analysé avec le temps comme facteur dans le sujet traité (pré et post-intervention et dans le suivi) et dans les différents groupes. Cette analyse a révélé qu'il n'y avait pas d'effet de groupe de temps ou d'interaction pour chacune des sous-échelles en post-intervention.</p>

<p>Cadres de référence et concepts utilisés Discussion et seuil de signification</p>	<p>(Il n'y avait pas d'effets significatifs dans le suivi pour le groupe contrôle et le groupe formation + soutien de la hiérarchie).</p> <p><u>Cadres de référence et concepts utilisés</u> Le cadre de référence serait un modèle comportemental proposé par Landreville, Dicaire, Verreault & Levesque. Ceci attire notre attention car Landreville et Levesque sont des auteurs que nous connaissons puisque Landreville s'est beaucoup intéressé aux symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) et que Levesque est une auteure réputée dans la communication avec une personne démente. En accord avec ce modèle, le comportement se présente comme le résultat de l'interaction entre les antécédents (événements qui déclenchent le comportement) et les conséquences qui renforcent le comportement (ou augmentent la probabilité que ce cpt se répète). La gestion des symptômes comportementaux de la démence implique d'évaluer les possibles antécédents et conséquences chez les individus déments et de développer des stratégies pour résoudre ou modifier ces antécédents/conséquences. Un des bénéfices de cette approche est qu'elle encourage la résolution de problème et fournit des outils pour les soignants pour rester efficace (Teri et al., 1998). De plus, ce modèle comportemental permet la gestion individuelle des cpts. Ils définissent aussi un concept important dans cette étude. Il s'agit du soutien de la part de la hiérarchie. Les potentiels bénéfiques du soutien de la hiérarchie incluant un échange d'informations, un soutien mutuel, une cohésion de groupe augmentent le coping, l'efficacité personnelle, la sécurité dans l'équipe et diminuent l'isolement social, le stress (Kurtz, 1997). Il est reconnu que les programmes de formation des professionnels peuvent mettre en question la compréhension des comportements des résidents déments et souligner le rôle qu'ils peuvent jouer dans la gestion de ceux-ci. Le programme de formation a donc été conçu pour augmenter les compétences et une autonomie efficace tout en accordant un soutien professionnel et émotionnel par le biais du programme de soutien de l'encadrement (hiérarchie). L'efficacité du programme est évalué en fonction de son impact sur le comportement des résidents, sur sa qualité de vie ainsi que sur les attitudes des professionnels et le burn-out.</p> <p><u>Discussion</u> Les résultats de cette étude révèlent que le programme de formation basé sur le comportement utilisé dans cette étude n'est pas une stratégie efficace pour aider les soignants à mieux gérer les comportements des résidents ou améliorer leur qualité de vie. De plus, ce programme de formation n'a pas d'impact significatif sur le niveau de burn-out des soignants. Contrairement à nos attentes, le soutien de la hiérarchie n'est pas plus efficace que la formation toute seule dans la réduction des symptômes comportementaux de la démence et dans le burn-out des soignants. Il y a, cependant, une amélioration significative dans les compétences et connaissances perçues par les soignants dans le groupe de formation + soutien de la hiérarchie après l'intervention et à 3 et 6 mois. Par conséquent, les soignants qui ont reçu la formation + soutien de la hiérarchie ont plus de probabilité de se sentir satisfaits de leurs connaissances sur la démence, de leur niveau de compétences et de confiance quand ils travaillent avec des résidents déments après l'intervention. Cela se maintient pendant 6 mois après le programme formation + soutien de la hiérarchie. En contraste de ces conclusions, les soignants dans le groupe contrôle et le groupe formation + soutien de la hiérarchie ont aussi perçu des barrières au changement à 3 et 6 mois de suivi. Par conséquent, les soignants avaient plus de probabilité de rapporter qu'ils avaient des barrières qui les empêchaient d'essayer de nouvelles pistes de travail avec les résidents. La conclusion que seuls les soignants qui ont reçu du soutien de la hiérarchie rapportent des compétences et des connaissances est cohérente avec la recherche qui démontre que le programme de formation est efficace avec un soutien en plus (Edberg & Hallberg, 2001). Le manque d'impact du soutien de la hiérarchie sur le burn-out, cependant, était inattendu, comme le soutien des collègues de travail étaient corrélés négativement avec le burn-out (Jenkins & Allen, 1998; Plaud, Moberg & Ferraro, 1998; Taormina & Law, 2000).</p>
---	---

Par conséquent, les résultats de cette étude suggèrent que le soutien de la hiérarchie directe tout seul est insuffisant pour modifier le burn-out des soignants ou que des aspects du soutien de la hiérarchie ont une efficacité limitée. Le groupe de soutien de la hiérarchie dans cette étude a seulement tenu durant une courte période. Il est probable que le soutien de la hiérarchie ne continue pas après le programme de formation comme espéré. Ainsi, le bénéfice potentiel de réduction du burn-out ne peut pas être achevé dans cette étude.

Une augmentation significative dans la perception des soignants de barrières au changement a été détectée entre autre dans le groupe contrôle et le groupe formation + soutien de la hiérarchie. Ceci se présente en même temps que les soignants dans le groupe formation + soutien de la hiérarchie rapportent qu'ils ont plus de connaissances et compétences après l'intervention. Cette conclusion paradoxale pourrait suggérer que les soignants dans le groupe formation + soutien de la hiérarchie ressentent qu'ils ont les compétences et la motivation pour changer leur façon d'interagir avec les résidents mais que l'aménagement de l'environnement rend cela difficile pour mettre en œuvre ces interventions souhaitées. La conclusion que les soignants s'aperçoivent de grandes barrières pour changer pourrait être une raison significative pourquoi le groupe de formation + soutien de la hiérarchie n'a pas rapporté de changements dans les résultats avec les résidents, comme changer les pratiques des soignants ne pourraient être possibles dans l'environnement résidentiel. La littérature sur la formation des soignants indique que les facteurs organisationnels peuvent fréquemment avoir un impact sur l'efficacité des interventions (Cassidy & Seikh, 2002) en particulier au niveau du soutien de la part de la direction (Moniz-Cook et al., 1998; Smith et al., 1994). Le niveau de soutien pour les soignants dans cette étude n'a pas été évalué. Cependant, des inquiétudes ont été soulevées dans le groupe soutien de la hiérarchie notamment dans les difficultés des soignants à concilier la formation le temps où ils ne sont pas disponibles dans les soins. Ceci suggère que le soutien de la direction est faible.

Un autre facteur qui peut avoir un impact sur les résultats de cette étude est la petite taille de l'échantillon (10 participants) qui a mené à l'exclusion du groupe formation seul dans le suivi et qui a diminué significativement le pouvoir statistique de détecter des changements entre les groupes. De plus, pour que les interventions basées sur le modèle comportemental soient efficaces, les soignants ont besoin de travailler ensemble pour mettre en œuvre des stratégies de gestion des comportements (McGovern & Koss, 1994). Depuis que les soignants assistant au programme de formation sont en minorité, ceci ne peut être réalisé.

Une autre limite de cette étude était que les comportements des résidents étaient considérés par les soignants qui s'occupent d'eux et qui sont eux-mêmes impliqués dans le programme de formation. Ceci peut avoir influencé les soignants dans l'évaluation des symptômes comportementaux. Burgio et al. (2001) ont critiqué les recherches dans ce domaine pour ne pas avoir évalué si les soignants ont eu l'intervention désirable. Les méthodes d'observation utilisant des observateurs aveugles aux hypothèses des études sont une ressource mais prennent du temps et de l'énergie. De plus, les situations comme un accord/consentement, l'effet de l'observation sur les soignants et les comportements des résidents et les difficultés potentielles associées à l'observation des soignants durant les soins habituels n'est pas facilement résolu. Il est cependant reconnu que la méthode utilisée dans cette étude n'est pas idéale mais adoptée en raison de limitations pratiques. Les problèmes/questions d'évaluation ne sont pas facilement résolus mais quand des observations directes ne sont pas faisables, des mesures objectives de la fréquence des comportements spécifiques peuvent être moins susceptibles de biaiser l'évaluation globale des comportements. Des problèmes similaires sont associés avec l'évaluation des soignants sur la qualité de vie des résidents. Malheureusement, en raison de la sévérité de la démence des résidents dans cette étude, ils ne peuvent pas être améliorés dans l'évaluation de leur qualité de vie.

L'impact direct des plans de soins développés pendant le programme n'a pas été pris en compte dans les résultats. Il en va de même pour la généralisation des compétences enseignées dans les groupes de formation.

	<p>Moniz-Cook et al. (1998) a trouvé que quand les plans de soins n'étaient pas mis en œuvre, les perturbations de comportements augmentaient. Une stratégie potentielle pour améliorer l'utilisation des compétences des soignants pourrait être de fournir au travail de la supervision et de la formation.</p> <p>Cette étude avait pour but d'offrir par rapport aux anciennes recherches en incluant un groupe contrôle, des groupes randomisés et un suivi des mesures. Le programme de formation a été créé pour impliquer activement les soignants et faciliter la généralisation de techniques/compétences de gestion des comportements pendant qu'on explore aussi si le soutien de la hiérarchie peut compléter la formation. Les résultats de l'étude suggèrent que les soignants qui ont reçu la formation + le soutien de la hiérarchie perçoivent une augmentation dans leurs compétences et connaissances alors qu'est signalé une augmentation dans les barrières qui les empêchent de changer leurs pratiques. Ces conclusions suggèrent que les facteurs organisationnels sont gravement importants dans le succès de la formation des soignants en termes de résultats pour les soignants et les résidents. Cette étude fournit la preuve que la formation des soignants sans tenir compte du contexte socio-culturel avec lequel les soignants travaillent ne peut pas être une approche efficace pour la gestion des symptômes comportementaux de la démence. D'autres recherches dans le futur sont nécessaires pour explorer comment on peut de manière réaliste et faisable fournir avec la formation des soignants et le soutien des changements de pratiques avec les contraintes des établissements de soins et de leur environnement. On souhaiterait une mobilisation plus active de la direction ainsi qu'un engagement pour faciliter la gestion du programme de formation continu pour les futures recherches et travaux dans ce domaine.</p> <p><u>Seuil de signification :</u> Voir grille de lecture critique</p>
<p>Commentaires en lien avec la question de recherche</p>	<p>Quelles sont les interventions infirmières qui peuvent aider à communiquer et à maintenir une relation avec une personne sévèrement atteinte de démence de type Alzheimer tout en tenant compte de l'impact des symptômes psychologiques et comportementaux (SCPD) sur les soignants dans un contexte d'EMS ?</p> <p>Lors de la réalisation de notre esquisse, nous avons lu à plusieurs reprises qu'il est important que les soignants aient des connaissances sur la démence afin d'offrir des soins de qualité.</p> <p>Plus que le fait que la formation peut jouer un rôle dans la gestion des symptômes comportementaux, nous retiendrons surtout le fait que les aspects organisationnels et environnementaux jouent un rôle primordial dans l'efficacité de la formation des soignants pour gérer les comportements des résidents. Il est donc réducteur de dire qu'il est important que les soignants aient des compétences pour soigner les résidents déments si nous n'avons pas à l'esprit toutes les contraintes de l'environnement dans un établissement de soins (notamment au niveau du soutien de la direction et de la hiérarchie souvent peu présent). Il serait intéressant d'en savoir plus sur ces contraintes citées dans cet article. Ainsi, dans nos futures recherches, nous essaierons de bien garder à l'esprit l'importance de l'environnement dans lequel on se trouve.</p>

Grille de lecture critique d'un article scientifique quantitatif : Visser et al. (2008)

Aspects du rapport	Questions	oui	Non	Peu clair	Commentaires
Titre	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?	X			
Résumé	-Contient-il les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?	X			Le résumé est bien détaillé et précis. Toutefois, pour une lecture rapide, les auteurs auraient peut-être dû noter les titres des chapitres pour mieux le structurer.
Introduction Enoncé du problème	-Le problème de recherche est-il énoncé clairement ?	X			
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur les variables étudiées ?	X			La recension des écrits est très bien développée et très complète.
Cadre théorique ou conceptuel	-Les principales théories et concepts sont-ils définis ?	X			
Hypothèses	-Les hypothèses sont-elles clairement formulées ?	X			Les hypothèses et les buts sont clairement décrits permettant de déduire la question de recherche qui n'est pas mentionnée telle quelle.
	-Découlent-elles de l'état des connaissances (théories et recherches antérieures ?	X			
Méthodes Devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ?	X			Le devis de recherche n'est pas décrit de manière explicite mais suffisamment d'informations sont données pour pouvoir le déduire. Il s'agit d'une étude quantitative avec un devis expérimental.
Population et contexte	-La description de l'échantillon est-elle suffisamment détaillée ?				
	-La taille de l'échantillon est-elle adéquate par rapport au contexte de la recherche ?		X		Un des biais possible dans cette étude est le fait que l'échantillon de personnes dans le groupe formation seul est petit (n=10) ce qui a mené à l'exclusion de ce groupe dans le suivi et a donc diminuer le pouvoir statistique de détecter des changements entre les groupes.
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	X			
	-Les variables à mesurer sont-elles décrites et opérationnalisées ?	X			Oui, il s'agit du programme de formation et du soutien de la hiérarchie.

Déroulement de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ? -A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?	X			Un consentement écrit a été demandé aux institutions, aux soignants et aux résidents.
Résultats Traitement des données	Des analyses statistiques ont-elles été entreprises pour répondre à chacune des hypothèses ?	X			
Aspects du rapport	Questions	oui	Non	Peu clair	Commentaires
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?		X		Les points faibles de cette étude sont : des résultats peu compréhensibles, des tableaux peu représentatifs et compréhensibles par rapport aux résultats. Ces résultats peu compréhensibles sont dus à la recherche elle-même et pas en lien avec la traduction.
Discussion Intégration de la théorie et des concepts	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir du cadre théorique et conceptuel, ainsi que des recherches antérieures ?	X			
	-Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?	X			Ils mentionnent que d'autres recherches dans le futur sont nécessaires pour explorer comment on peut de manière réaliste et faisable fournir avec la formation des soignants et le soutien des changements de pratique avec la contrainte des établissements de soins et de leur environnement. Ces perspectives de recherche sont générales et généralisables à d'autres domaines.
	-les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			Les auteurs décrivent de façon précise les limites de leur étude et portent à notre sens, un regard critique pertinent. La seule limite qu'ils n'abordent pas selon nous est le manque de clarté des résultats. Relation entre la validité interne et la validité externe : il nous semble que dans cette étude la validité interne est peut-être un peu faible mais que la validité externe est meilleure. « Si le chercheur veut augmenter la validité externe en incluant divers groupes et milieux, la validité interne sera affectée du fait des variations existant entre ces derniers » (Fortin, 2006, p. 184). Toutefois, la validité interne est plus importante que la validité externe parce que si on n'est pas sûr de nos résultats cela ne sert à rien de les généraliser. Dans cette, étude, il y a quand même des éléments positifs en faveur de la validité interne comme la répartition aléatoire, il semble qu'il y a quand même une relation de cause à effet entre la formation et le soutien de la hiérarchie et la gestion des symptômes comportementaux de la démence.

Perspectives futures	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?	X			Voir ci-dessus dans la question sur la généralisation des résultats.
Questions générales Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			
Evaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?	X			Oui, nous regrettons juste que les résultats ne soient pas plus compréhensibles.

Van Weert et al. (2005) (1) : The effects of the implementation of snoezelen on the quality of working life in psychogeriatric care

<p>Auteurs</p> <p>Titre de la recherche</p> <p>Journal</p> <p>Année de publication</p> <p>Pays</p>	<p>Van Weert, J.C., (ergothérapeute et sociologue) Dulmen Van, A.M., (doctorat) Spreeuwenberg, P.M., (master) Bensing, J.M. (Professor of Health Psychology) & Ribbe, M.W. (Doctor of Medicine)</p> <p>The effects of the implementation of snoezelen on the quality of working life in psychogeriatric care</p> <p>International psychogeriatrics (IPA) 2005 Netherland ARTICLE 1</p>
<p>Question de recherche</p> <p>Hypothèses</p> <p>Buts de la recherche</p>	<p><u>État de la question</u> Le travail dans les soins est caractérisé par des exigences émotionnelles (Arts et al., 2001). Des conditions de travail spécifiques ont été identifiées comme stressantes : le travail en équipe, les changements d'équipe > rotations, le manque de flexibilité dans les heures de travail et de temps libre. Les comportements et les perturbations psychologiques accompagnant souvent la démence peuvent être hautement problématique pour les soignants et augmenter leur charge de travail. Une grande charge de travail peut influencer négativement le niveau de stress dans les réactions et la satisfaction au travail. Ils font le lien avec le burn-out. Les aspects comme la charge de travail, le stress, la satisfaction au travail et burn-out sont associés à un concept qui est « la qualité de vie au travail ». Ces aspects ont reçu plus d'attention dans les recherches dans les différents services de soins. Arts et al. (2001) ont intégré 3 modèles existants sur la qualité de vie au travail dans un nouveau modèle, reflétant la relation entre la charge de travail d'un côté et les résultats physiques et psychologiques du travail de l'autre côté avec un tampon dans la capacité à faire face (c'est-à-dire avoir une porte de sortie). Dans cette étude, ce modèle est adapté au but de cette recherche. La relation hypothétique entre la mise en œuvre du snoezelen, la charge de travail (caractéristiques organisationnels, caract. du job, les conditions de travail) et les résultats psychologiques du travail (satisfaction au travail, réactions de stress, burnout) sont montrée dans un tableau. (voir ds hypothèse). La formation et la mise en œuvre d'interventions pour les soignants qui s'occupent de personnes avec des troubles cognitifs est un pas gratuit de la part des institutions pour alléger les effets des stressseurs sur les soignants. Si les infirmières sentent qu'elles ont les ressources adéquates pour répondre aux besoins de ces patients, elles seront plus satisfaites. Voir définition du snoezelen dans le cadre de référence</p> <p><u>Question de recherche</u> Les auteurs ne mentionnent pas de question de recherche mais ils développent précisément leurs hypothèses.</p> <p><u>Hypothèses</u> Les auteurs font l'hypothèse que l'intervention (snoezelen = variable indépendante) amènera des changements positifs et mesurables</p>

	<p>dans :</p> <p>Charge de travail (variable dépendante) : les activités que qqun doit effectuer dans un environnement particulier. Elles sont classifiées dans les caractéristiques du job (variétés de compétences, occasions d'apprentissage/formation, autonomie, droit à la parole) et les conditions de travail (pression des horaires, conflit de rôle).</p> <p>Résultats psychologiques chez les infirmières auxiliaires (variable dépendante) : l'expérience subjective de la charge de travail révélée dans la perception des problèmes, réactions de stress, la satisfaction au travail, le burn-out).</p> <p><u>Buts de la recherche</u></p> <p>Le but de cette recherche est d'étudier l'efficacité de la mise en œuvre du snoezelen chez les infirmières auxiliaires certifiées durant la journée sur leur qualité de « vie au travail »</p>
Population/échantillon	<p>6 homes dans différents endroits des Pays-Bas ont été sélectionnés sur 19 sites potentiels.</p> <p>Pour établir l'efficacité du snoezelen, un échantillon de 120 infirmières auxiliaires autorisées (60 dans le groupe expérimental et 60 dans le groupe contrôle) a été requis.</p> <p>La population de la recherche pour l'étude parallèle est composée de 125 résidents avec une démence modérée à sévère dans le pré-test (62 dans le groupe expérimental et 63 dans le groupe contrôle) et 128 résidents dans le post-test (66 dans le groupe expérimental et 62 dans le groupe contrôle).</p>
Design = devis Aspects éthiques	<p><u>Design</u></p> <p>Un devis quasi-expérimental (pré et post intervention) a été choisi. L'étude a été conduite dans 12 services de psychogériatrie de 6 homes hollandais. Dans chaque home un service a été choisi pour être expérimental et un autre pour être le groupe contrôle. Les 6 services expérimentaux ont reçu pour les soignants une formation sur le snoezelen et sa mise en œuvre dans les soins sur 24h. Dans les 6 services contrôle, les soins habituels se sont poursuivis. Cette période de mise en œuvre a duré 18 mois (entre janvier 2001 et février 2003), période minimum nécessaire pour une mise en œuvre avec succès. L'efficacité du snoezelen pour les soignants a été évaluée à l'aide d'un questionnaire.</p> <p>Dans 4 homes, les 2 services impliqués dans chaque home ont été tirés au hasard (dans un conteneur scellé) par une personne indépendante. Les 2 autres services des autres homes ont été assignés au groupe contrôle sur la base de considérations pratiques (la présence d'une salle qui pourrait être utilisée comme salle de snoezelen par les autres disciplines comme les thérapeutes occupationnels > animation). Ces décisions ont été prises après une évaluation approfondie des autres différences entre le service expérimental et le service contrôle qui pourraient porter préjudice aux comparaisons de traitement (population, motivation des équipes de soins, ambiance de travail) afin d'exclure le choix des résidents et d'éviter des choix biaisés.</p> <p><u>Aspects éthiques</u></p> <p>Les homes ont signé un accord que les services faisant partie du groupe contrôle devaient s'abstenir de formation et de mise en œuvre d'éléments du modèle de soins snoezelen durant la période de l'étude. Un contrôle de la contamination du service de contrôle (éviter que le groupe contrôle n'utilise la méthodologie du snoezelen dans son service) a été fait en interviewant l'infirmière cheffe 15 mois après le début de la mise en œuvre dans le service expérimental. Ces interviews ont révélé que sur 3 services de contrôle des infirmières auxiliaires ont commencé à mettre en pratique des parties de la méthodologie du snoezelen dans les soins quotidiens (musique...). Personne n'a intégré ces éléments dans une approche individuelle et centrée sur le résident, et personne ne l'a fait de manière structurée.</p>
Méthodologie	<u>Collecte des données</u>

Des interviews ont été menées avec les soignants pour obtenir des informations et pour examiner si ces différents homes remplissent les critères d'inclusion.

Critères d'inclusion

- Le snoezelen n'a jamais été mis en œuvre dans les soins quotidiens à leurs résidents.
- La présence de 2 unités comparables (population des résidents, compositions des équipes, modèle de soins...) dans la même institution.
- La bonne volonté de créer des conditions pour la mise en œuvre du snoezelen dans les soins quotidiens pour le groupe expérimental.
- La présence de conditions basiques, pratiques (ex : des fauteuils confortables).
- Pas de changements organisationnels prévus durant la période de l'étude.

Pour être admis dans l'essai, les infirmières auxiliaires devaient remplir les critères suivants :

- Etre employé depuis au moins 3 mois dans le home.
- Travaillé au moins 12 heures par semaine.
- Travaillé des jours fixes durant la semaine ou pas (rotation)
- Les infirmières auxiliaires qui s'attendent à être absentes durant une longue période durant la période de l'étude sont exclues, de même que les infirmières auxiliaires qui travaillent uniquement la nuit.
- Les infirmières auxiliaires qui ont quitté de manière imprévue sont remplacées par d'autres infirm. aux. Les nouvelles inf. aux. ont reçu une formation de la part de l'infirmière cheffe ou du coordinateur de la stimulation sensorielle et ont assisté aux rencontres de suivi dans l'application de la méthode snoezelen. Elles étaient aussi coachées sur comment donner des soins en conformité avec le plan de soins snoezelen des résidents.

Mots-clés utilisés

Snoezelen, multi-sensory stimulation, workload, job satisfaction, burnout, nursing homes, dementia.

Formation

Les infirmières auxiliaires ont été formées au snoezelen par des formateurs qualifiés et expérimentés du centre Bernardus. La formation interne incluait 4 sessions/sem. et des devoirs. Les objectifs principaux de la formation étaient d'améliorer les connaissances et compétences des soignants avec le regard snoezelen et de motiver tous les membres de l'équipe à mettre en œuvre un nouveau modèle de soins sur 24h. L'attention a été mise à l'histoire de vie des résidents, à l'attitude des soignants envers les résidents atteints de démence, à l'observation des préférences sensorielles des résidents, à la compréhension de leurs besoins et aux compétences pratiques nécessaires avec le regard de la stimulations sensorielle. Les stagiaires ont reçu un livre complet de soins, des formes d'observation méthodologiques et un certificat. Au total, 59 infirmières auxiliaires et 6 infirmières cheffes ont assisté au programme de formation comme 15 autres soignants qui n'étaient pas formellement inclus dans l'étude (personne qui donne à manger, animateur). La compliance aux sessions de formation était de 92.5%. En moyenne, l'évaluation globale de la formation par les soignants sur une échelle de 10 points était de 8.4.

La mise œuvre dans le service :

Après la formation, les soignants ont commencé la mise en œuvre du snoezelen dans les soins quotidiens aux résidents. Les infirmières auxiliaires ont demandé une histoire détaillée (récolte de données) de la vie des résidents et de leurs préférences en interviewant les

membres de leur famille. Le résident était ensuite observé durant 10 semaines 1h/session en utilisant la méthodologie acquise durant la formation (sélection des stimuli préférés). Ensuite, les inf. aux. ont écrit un plan individuel de snoezelen dans le but d'intégrer les conclusions de l'observation dans les soins quotidiens (24h) (ex : approche requise, comment le réveiller, si le résident est capable de choisir ses propres habits, si aromathérapie, musique, parfum, maquillage peuvent être utilisés).

Suivi et rencontres générales :

3 rencontres internes de suivi ont été offertes aux soignants sur une période totale de 15 mois sous la guidance du même formateur. Le but de ces rencontres de supervision est de soutenir la mise en œuvre du snoezelen dans les soins quotidiens (conseils pratiques, échanges d'expérience, discussion de problèmes). En plus, il y a avait 2 rencontres générales auxquelles ont assisté 3 représentants de chaque home (infirmières cheffes, directeurs des soins). Le but de ces rencontres était de soutenir la mise en œuvre du snoezelen au niveau organisationnel/logistique.

Les effets de l'intervention sur les résidents :

Dans une étude parallèle (Van Weert et al, 2005, Behavioral and mood effects of snoezelen, integrated in 24-hour dementia care), les effets de l'intervention décrite au-dessus sur les résidents ont été étudiés. L'efficacité du snoezelen a été étudiée par des observations du service et en analysant des vidéos des soins du matin en utilisant des échelles d'observation du comportement et de l'humeur des personnes âgées démentes. Les résultats des observations ont montré un effet significatif du traitement en faveur du groupe expérimental par rapport aux comportements apathiques, à la perte de la dignité/fierté > négligence, aux comportements de rébellion, aux cpts agressifs et dépressifs. Les résultats de l'analyse de la vidéo ont montré des changements significatifs dans le pré et post-test dans le bien-être et les comportements adaptés (d'adaptation) des résidents dans le groupe expérimental. Un effet du traitement en faveur du groupe expérimental a été trouvé par rapport à l'humeur, au bonheur et au contentement, au plaisir, aux bonnes relations avec les inf. aux., répondant à une conversation avec des phrases de longueur normale. Les résidents du groupe expérimental ont aussi montré une diminution du niveau de tristesse, des comportements d'ennui/inactivité, de négativisme et du manque d'envie/lâcher-prise.

En conclusion, les résultats de cette étude parallèle soutiennent l'efficacité du snoezelen sur le comportement et l'humeur des résidents des homes atteints de démence. Les soins snoezelen semblent diminuer de manière positive les comportements de retrait et les comportements dérangeants (le fait de déranger) et dans l'amélioration de l'humeur et du bonheur. Les détails sur ces effets sur les résidents ont été décrits dans une autre étude (Van Weert et al., 2005).

Cette étude élabore des conclusions sur l'étude des effets du snoezelen sur la qualité de vie des soignants au travail.

Analyse des données

Les aspects divers de la qualité de vie au travail ont été mesurés en utilisant l'échelle la plus fiable, valide et sensible en hollandais. Sauf indication contraire, la cohérence interne des données était suffisante à bonne.

Charge de travail :

Le questionnaire « Expérience et évaluation du travail » (VBBA) de Van Veldhoven et Meijman (1994) a été utilisé comme échelle des caractéristiques du job et des conditions de travail. 4 caractéristiques du job ont été mesurées : variétés de compétences, occasions d'apprentissage, autonomie, droit à la parole. Les conditions de travail étaient mesurées dans la pression des horaires : vitesse et quantité de travail et conflit de rôle : tâches qui sont contradictoires ou performantes que qqun ne préfère pas faire (effectuer des tâches que l'on n'aimerait pas faire).

Les résultats psychologiques :

Job satisfaction : la satisfaction au travail des inf. aux. a été mesurée en utilisant l'échelle de Maastricht sur la satisfaction au travail dans les soins (MAS-GZ). Cette échelle consiste en 7 sous-échelles avec 3 items, chacun d'eux est coté sur une échelle de 5 points. De plus, un score global de satisfaction est calculé en incluant tous les 21 items. 4 sous-échelles sont sélectionnées pour cette étude : satisfaction avec qualité des soins, réalisation de soi, contacts avec les collègues et contacts avec les résidents. La bonne entente avec le chef et les possibilités de promotion sont considérées comme moins pertinentes. La satisfaction avec la clarté des tâches et des règles a été exclue de l'analyse du sous-groupe à cause du bas coefficient de Cronbach.

Perceived problems (general) : Pour examiner les problèmes perçus par les inf. aux. dans les soins aux résidents déments, l'échelle de NIVEL pour les problèmes perçus dans les soins de la démence (NSPP-DC) a été utilisée. C'est un questionnaire structuré spécifiquement créé pour évaluer les problèmes des soignants dans les soins des personnes démentes. L'analyse des facteurs a fait ressortir 4 sous-échelles avec un désaccord expliqué de 40,3 % : problèmes causés par un manque d'assurance/de confiance dans les soins aux personnes âgées atteintes de démence, problèmes causés par un manque de temps, sentiments négatifs envers les cpts des personnes âgées démentes et problèmes dans l'équilibre entre la participation émotionnelle et la distance professionnelle.

Perceived problems (specific behaviors) : L'échelle NIVEL pour les problèmes perçus avec les cpts spécifiques des patients atteints de démence (NSPP-SB) a été conçue pour mesurer les problèmes des inf. aux. avec les cpts spécifiques souvent exprimés par les patients déments. L'échelle consiste en 12 sous-échelles : problèmes avec les cpts durant les soins du matin, cpts agités, agression, symptômes psychiatriques, cpts odieux, désobligeants, cpts durant les repas, cpts revendicateurs, cpts désorientés, cpts dépressifs, la perte de la dignité, l'isolement social, les troubles du langage (énonciation du langage). Un score total de l'échelle est calculé en incluant les 60 items.

Stress reactions : La version courte du questionnaire général de la santé (GHQ-12) a été utilisée pour mesurer le stress perçu par les inf. aux. sur une gamme de 0 à 12. Les évaluations étaient relatives aux semaines précédant l'administration de l'échelle. Chacun des 12 items étaient classés dans une des 4 catégories de réponse : absent (0 point), la même chose que d'habitude (0 point), plus que d'habitude (1 point) ou beaucoup plus que d'habitude (1 point).

Burnout : Le burn-out a été décrit comme un syndrome d'épuisement émotionnel, de dépersonnalisation et diminuant l'accomplissement personnel. La traduction hollandaise de l'inventaire du burnout de Maslach (MBI-NL) est spécialement développée pour mesurer le burnout dans les secteurs des services humains, et a donc été utilisé pour l'évaluation du burnout. L'inventaire de Maslach consiste en 3 sous-échelles : épuisement émotionnel, dépersonnalisation, accomplissement personnel avec un total de 20 items. A cause du faible score de Cronbach pour la sous-échelle dépersonnalisation qui soutient les conclusions précédentes sur la cohérence interne de cette sous-échelle, elle est donc exclue de l'analyse.

Gestion des données et analyses :

Data management : Tous les questionnaires ont été critiqués immédiatement après qu'ils les aient reçus. Les questionnaires incomplets ont été retournés aux inf. aux. Les valeurs manquantes qui restent sur les items qui étaient une part d'une échelle ont été remplacées selon « la valeur moyenne de principe de sous-test valable » : les valeurs manquantes ont été remplacées par les valeurs moyennes calculées à partir du score d'items valides de l'échelle obtenue pour le cas au même moment. Cette stratégie de remplacement a été utilisée seulement si 25 % ou moins des items avaient des valeurs manquantes Si plus de 25 % des items avaient des valeurs manquantes, l'échelle de ce cas était exclue de l'analyse (*n* dans les tableaux représentent le nbre de questionnaires qui ont pu être analysés).

	<p><i>Data analysis</i> : Des statistiques descriptives ont été obtenues sur les caractéristiques démographiques des sujets dans le pré et post-test et dans le groupe expérimental et le groupe contrôle. Les différences dans ces variables ont été examinées en utilisant χ^2 test ou t-test qui était aussi utilisé pour examiner les différences entre les complétants (=finissant) et les non-complétants (non-finissant) (ceux qui ont arrêté l'étude et les nouvelles inf. aux. incluses). Comme ceux qui ont arrêtés étaient substitués par les nouvelles inf. aux., des analyses multi-niveaux, exécutées avec MLwiN-software, ont été utilisées pour l'analyse des données. Un modèle d'analyse à plusieurs niveaux de mesures répétées a été choisi qui prend en compte tous les données disponibles d'une façon adéquate : les données des finissants et des non-finissant et des nouvelles inf. aux. L'analyse multi-niveau prend aussi en compte l'influence entre autre des mesures, causée par la structure hiérarchique des données. Ils distinguent 3 niveaux d'analyse : 1. Mesure, 2. Inf. aux. et 3. Service. En incluant le niveau du service, les similarités à l'intérieur des services pourraient être prises en compte, signifiant que les inf. aux. sont impliquées dans le service et l'effet et son interaction sont prises en compte. Les changements de scores sont calculés pour comparer le taux de changement en travers du groupe expérimental et du groupe contrôle sur chaque mesure du pré et post-test. Les différences de moyenne pour le pré et le post-test dans le groupe expérimental ont été mises à l'épreuve contre les différences de moyenne dans le groupe contrôle. Des analyses supplémentaires ajustées ont été conduites dans lesquelles les caractéristiques suivantes ont été ajoutées comme des covariantes : âge, sexe, années d'expérience, années de travail dans ce service et heures de travail par semaine.</p>
<p>Résultats</p>	<p>Réponses :</p> <p>Au total, 129 questionnaires d'inf. aux. ont été analysés pour le pré-test (64 dans le gr. exp. et 65 dans le gr. contrôle) et 127 pour le post-test (64 ds le groupe exp. et 63 ds le gr. contrôle).</p> <p>Caractéristiques du contexte :</p> <p>Le tableau 1 résume les caractéristiques démographiques des inf. aux. dans le pré et le post-test. Le tableau montre que les caractéristiques du contexte du groupe exp. et du groupe contrôle sont en grande partie comparable. Il n'y a pas de différence significative entre le groupe expérimental et le groupe contrôle dans le pré et le post-test, non plus entre les mesures dans le groupe expérimental et le groupe contrôle.</p> <p><u>Résultats</u></p> <p>Charge de travail :</p> <p>Le tableau 2 montre les moyennes ajustées estimées (95 % d'intervalle de confiance) et le score de changement du groupe expérimental en comparaison avec le groupe de contrôle sur toutes les variables par rapport à la charge de travail. Sur toutes les mesures dans ce tableau, les changements positifs indiquent un changement en faveur du groupe expérimental.</p> <p>Un effet significatif du traitement a été obtenu pour « droit à la parole », « conflit de rôle » et « pression du temps ». La pression du temps diminue significativement dans le groupe expérimental. Les effets de « droit à la parole » et « conflit de rôle » ont été obtenu car d'après le groupe contrôle, « droit à la parole » et « conflit de rôle » ont significativement changé négativement en comparaison avec le pré-test.</p> <p>Résultats psychologiques :</p> <p>Les effets du snoezelen sur les problèmes perçus par les inf. aux., la partie de l'impact psychologique lié au travail, sont présentés dans le tableau 3. Dans ce tableau, les changements positifs indiquent un changement favorable en faveur du groupe exp.</p> <p>Les scores au NIVEL (NSPP-DC) montrent un effet significatif du traitement en faveur du groupe exp. pour les sous-échelles « manque d'assurance dans les soins » et problèmes causés par « un manque de temps ». Dans le groupe expérimental, il y a aussi un changement</p>

	<p>significatif entre le pré et le post-test pour la sous échelle « sentiments négatifs envers les personnes âgées atteintes de démence ». Le dernier, cependant n'a pas abouti à un effet significatif du traitement.</p> <p>Le groupe exp. a aussi montré un changement positif significatif dans le score total des problèmes perçus avec les cpts spécifiques des personnes atteintes de démence (NSPP-SP). En ce qui concerne les sous-échelles de cette échelle, un effet significatif du traitement a été trouvé pour les cpts dépressifs (score de chgt : 2.47, $p > 0.001$ = significatif), perte de la dignité (2.08 ; $p < 0.05$) et pour les cpts agités (1.79 ; $p < 0.05$) (pas représenté dans le tableau).</p> <p>Le tableau 4 présente les moyennes ajustées estimées et les scores de changement pour le groupe exp. en comparaison avec le gr. contrôle sur les réactions au stress, la satisfaction au travail et le burnout, toute la partie des résultats/impact psychologiques liés au travail. Sur les mesures représentant la satisfaction au travail et la sous-échelle de burnout « accomplissement personnel », un score de changement négatif indique un changement positif en faveur du groupe exp. Sur les autres mesures, un score de chgt positif est en faveur du groupe exp. Il y a un effet significatif sur les réactions stress et l'épuisement émotionnel en faveur du groupe exp. Des améliorations significatives en faveur du groupe exp. ont aussi été obtenues dans la satisfaction avec la qualité des soins, avec le contact avec les résidents et la satisfaction totale. Pour ces sous-échelles, il y a un changement positif pour le pré et le post-test dans le groupe exp. comme un effet positif du TTT. La satisfaction avec l'auto-actualisation a montré un changement significatif dans le pré et le post-test comme un résultat d'augmentation de la satisfaction ($p < 0.1$) dans le groupe exp. et de diminution de satisfaction ($p < 0.05$) dans le groupe contrôle.</p>
<p>Cadres de référence et concepts utilisés Discussion et seuil de signification</p>	<p><u>Cadres de référence et concepts</u></p> <p>Le cadre de référence de cette étude est l'approche snoezelen aussi appelée stimulation multi-sensorielle. Dans cette étude, le snoezelen est défini comme une approche, intégrée dans les soins sur 24h, qui stimule activement les sens (ouïe, toucher, vue, odorat) dans un environnement non-menaçant et orienté sur les résidents. Le but est de fournir une stimulation sensorielle douce et individuelle sans avoir à fournir un processus cognitif (mémoire, apprentissage) afin de parvenir à ou maintenir un état de bien-être.</p> <p>Le snoezelen devrait réduire les comportements inadaptés et augmenter les cpts positifs des résidents atteints de démence mais aussi réduire le stress des soignants et de là améliorer la qualité de vie au travail. Toutefois, la preuve des avantages attendus du snoezelen pour les soignants est limitée.</p> <p>Le concept développé dans cette étude est la qualité de vie au travail. Ils le définissent comme un ensemble d'aspects associés. Il s'agit de la charge de travail, le stress, la satisfaction au travail et le burn-out. Ces aspects ont reçu plus d'attention dans les recherches dans les différents services de soins. Arts et al. (2001) ont intégré 3 modèles existants sur la qualité de vie au travail dans un nouveau modèle, reflétant la relation entre la charge de travail d'un côté et les résultats physiques et psychologiques du travail de l'autre côté avec un tampon (porte de sortie) dans la capacité à faire face. Dans cette étude, ce modèle est adapté au but de cette recherche. La relation hypothétique entre la mise en œuvre du snoezelen, la charge de travail (caractéristiques organisationnels, caract. du job, les conditions de travail) et les résultats psychologiques du travail (satisfaction au travail, réactions de stress, burnout) sont montrée dans un tableau. (voir ds hypothèse).</p> <p><u>Discussion</u></p> <p>Les résultats de cette étude soutiennent l'efficacité du snoezelen dans l'amélioration de la qualité de vie au travail des inf. aux. dans les soins de la démence. En ce qui concerne la charge de travail, la pression du temps diminue du pré-test au post-test dans le groupe exp., bien que le nbre de membres de l'équipe n'a pas augmenté. Les inf. aux. travaillant dans le service qui met en œuvre le snoezelen dans</p>

les soins quotidiens ont montré moins de réactions de stress et moins d'épuisement émotionnel que dans l'application des soins habituels. Le groupe exp. était plus satisfait de son contact avec les résidents et avec la qualité des soins que dans le gr. contrôle. La satisfaction totale et la satisfaction avec la croissance/maturation développementale ont aussi montré un effet du TTT en faveur du groupe expérimental. De plus, le groupe exp. a noté moins de problèmes causés par le manque de temps et par l'incertitude. Ils ont aussi perçu moins de problèmes avec les comportements spécifiques des résidents, spécialement avec les cpts dépressifs, la perte de bienséance et les cpts agités. Dans l'étude parallèle étudiant les effets du snoezelen sur les cpts des personnes démentes dans les homes, des effets positifs ont été trouvés, entre autre, sur la dépression, l'apathie et la perte de bienséance (Van Weert et al., 2005). Ces cpts semblent être sensibles à l'approche snoezelen. Dans cette étude, les inf. aux. ont aussi rapporté qu'elles pourraient mieux faire face à ces cpts après la mise en œuvre du snoezelen. Les résultats sont conformes avec les expériences subjectives des inf. aux. participantes, évalués durant les rencontres de suivi et les interviews avec les infirmières cheffes et les leaders du projet. Les inf. aux. ont mentionné que, d'une part, les résidents retirés deviennent plus réceptifs, et d'autre part, les résidents avec des cpts dérangeants deviennent plus calme. Elles rapportent que la mise en œuvre du snoezelen a abouti à un style de travail plus décontracté, mais qu'elles sont encore en mesure d'obtenir le travail fini, par exemple parce qu'elles étaient moins gênées par les cpts dérangeants des résidents. Les facteurs relatifs à la charge de travail, à l'impact sur les résidents et l'impact psychologiques sur les soignants, semblent se renforcer mutuellement dans le processus circulaire lequel indique que le modèle de recherche d'hypothèses devrait être étendu à l'impact sur les résidents. Comment ces facteurs interagissent précisément les uns avec les autres doit être déterminé dans les recherches futures.

Les résultats sont en partie en faveur de la littérature récente. Hoffman et Scott (2003) ont constaté que les infirmières ont éprouvé un accomplissement professionnel plus grand et une satisfaction de carrière quand les stratégies sont mises en œuvre promouvant des environnements de pratique autonomes, reconnaissant un statut de professionnel et fournissant des motivations (primes). Le snoezelen convient le mieux dans un environnement de travail centré sur l'équipe, répondant aux besoins d'autonomie et de reconnaissance professionnelle mais pas à une augmentation du salaire. Selon Shelledy et al. (1992), la satisfaction de la paie ne peut pas seulement être prévue par le salaire réel mais aussi par des facteurs comme l'indépendance de travail, le stress au travail et le climat organisationnel. Les institutions devraient par conséquent chercher des façons d'éclaircir les demandes au travail et de rendre le travail plus intéressant (Chappell et Novak, 1992). La mise en œuvre du snoezelen semble être un outil approprié pour atteindre ces buts. Cela amène la question de savoir si les homes ont les moyens financiers pour mettre en œuvre un modèle de soins innovateur comme le snoezelen. Dans cette étude, l'environnement snoezelen a été élargi à un concept multidimensionnel, c'est-à-dire un paquet total qui doit être appliqué pendant la journée par tous les soignants impliqués, y compris une attitude orientée sur le résident et une stimulation sensorielle. Le dernier ne doit pas être un paquet de haute technologie. Une chambre spéciale snoezelen peut avoir des valeurs supplémentaires, mais n'est certainement pas exigé. Des attributs simples dans l'environnement des résidents combinés avec une certaine créativité des soignants sont suffisants. Cela signifie que les investissements dans l'équipement snoezelen pourraient varier autour de 200 euros (seulement des attributs simples) à 25'000 euros (pour une chambre snoezelen bien équipée) voire plus (pour une salle de bain snoezelen). Un investissement qui a certainement dû être fait dans la formation en snoezelen, de préférence pour toutes les inf. aux mais aussi pour les superviseurs et les autres disciplines, comme les thérapeutes d'activités. La formation coûte autour de 365 euros par stagiaire ou 3000 euros par cours interne pour 15 stagiaires (excluant l'allocation de voyage). Les coûts de formation doivent être évalués structurellement pour former les nouveaux membres de l'équipe. De plus, il est recommandé de noter/évaluer les coûts pour les rencontres de supervision pour soutenir la mise en œuvre.

	<p><u>Limites :</u></p> <p>Quelques considérations méthodologiques requièrent l'attention. Premièrement, bien que le modèle à multi-niveaux prenne en compte les données des finissants (inclus dans le pré et le post-test) comme les non-finissants (inclus dans le pré et le post-test), les résultats pourraient être biaisés. Il n'y avait pas de différence suffisante entre les finissants et ceux qui ont arrêté ou entre les finissants et les nouvelles inf. aux. incluses en ce qui concerne les caractéristiques générales et les mesures des résultats. De plus, les analyses des sous-groupes post hoc ont été effectuées sur les variables qui ont montré des chgts significatifs. Les résultats n'ont pas montré de contradiction entre le sous-groupe de finissants et le groupe total. Par conséquent, pas de grand biais dans les résultats par les licenciés et les nouvelles inf. aux. n'est supposé.</p> <p>Deuxièmement, la mise en œuvre du snoezelen dans les services expérimentaux a apporté un nouvel enthousiasme pour les membres de l'équipe. Cela pourrait être comparé à un effet Hawthorne parce que l'intervention a été comparée à la vie réelle des soins quotidiens de la démence donnés par le groupe contrôle. Les soignants qui ont eu l'opportunité de suivre un cours de formation ont amélioré leur satisfaction indépendamment du contenu du cours. Cependant, si l'effet Hawthorne expliquerait tous ces résultats, cet effet se serait produit dans les études précédentes qui utilisaient des soins standards dans les groupes contrôle. De plus, nos résultats n'étaient pas marginaux mais étaient convaincants et en conformité avec les conclusions des études parallèles. Par conséquent, l'effet Hawthorne n'est pas assumé pour expliquer tous les effets dans cette étude.</p> <p>Troisièmement, les mesures de résultats ne pouvaient être aveuglées, ce qui peut conduire à une surestimation des effets. Par conséquent, les échelles complètes ont été incluses dans le questionnaire, bien que nous ne nous soyons pas attendus à des effets sur toutes les sous-échelles. Les effets trouvés étaient en conformité avec les effets supposés.</p> <p><u>Conclusion et recommandations :</u></p> <p>Les résultats suggèrent que la mise en œuvre du snoezelen est ajoutée à la qualité de vie au travail des inf. aux. dans les soins en psychogériatrie. Pour confirmer nos conclusions, l'étude pourrait être répétée, de préférence en exposant un second groupe contrôle au traitement qui est équivalent au TTT de snoezelen (éducation et formation). En attendant, la mise en œuvre de ce nouveau modèle dans les services de psychogér. avec des patients modérément à sévèrement atteint de démence semble être prometteur. Dans les études futures, les recherches recommandées sont sur la diminution du stress au travail, l'augmentation de la satisfaction au travail et la diminution de l'épuisement émotionnel à inclure dans des résultats physiques comme la diminution des congés maladie.</p> <p><u>Conflits ou déclaration d'intérêts :</u></p> <p>Ce projet de recherche a été financé par l'organisation hollandaise pour la recherche dans la santé et le développement, par le programme de recherche « Soins vieux », par la fondation centrale RVVZ et la province de Zeeland. Barry Emons a donné une remise sur le matériel de snoezelen pour les services expérimentaux. Il n'y avait pas de relation financière entre les auteurs et avec n'importe quelle organisation avec un droit acquis dans la conduite et le reportage de l'étude.</p> <p><u>Description des rôles des auteurs :</u></p> <p>Les résultats de cette étude sont une partie de la thèse du premier auteur J. van Weert qui a collecté les données, conduit l'analyse statistique et écrit l'essai. S. van Dulmen était le superviseur et le copromoteur du premier auteur. P. Spreeuwenberg était responsable de l'analyse multi-niveaux. J. Bensing a soumis l'application et a été le premier promoteur du premier auteur. M. Ribbe a fourni les connaissances supplémentaires d'un autre home et était le second promoteur du premier auteur.</p> <p><u>Seuil de signification :</u></p>
--	---

	Voir grille d'analyse critique
Commentaires en lien avec la question de recherche	<p>L'étude précédemment consultée (Livingston et al., 2005), n'a pas ressorti d'effets sur le long terme dans les cpts perturbateurs lors de l'utilisation du snoezelen. La différence avec cette étude est que l'approche snoezelen était utilisée dans des périodes définies ce qui n'est pas le cas dans cette étude. De plus, dans cette étude, les auteurs se sont intéressés aussi au vécu des soignants par rapport à cette approche.</p> <p>Ils ont pu mettre en évidence un effet du snoezelen dans l'amélioration de la qualité de vie au travail des inf. aux. dans les soins aux personnes démentes. Les inf. aux. présentaient moins d'épuisement émotionnel et moins de réactions de stress probablement par le fait qu'elles arrivaient mieux à gérer les cpts perturbateurs des résidents et étaient moins « gênées » par ceux-ci. Elles mentionnent aussi une plus grande satisfaction dans les contacts qu'elles ont eus avec les résidents. A notre sens, ceci signifie aussi implicitement l'importance d'avoir une formation pour s'occuper de personnes atteintes de démence puisque toutes les inf. aux. qui ont participé à cette recherche ont reçu une formation sur l'approche du snoezelen ainsi que des moments de supervision (discussions, échange de conseils...).</p> <p>Ces éléments nous semblent importants par rapport à notre question de recherche, puisque nous cherchons des interventions infirmières qui peuvent aider à maintenir une communication et une relation avec les personnes démentes. Selon cette étude, l'approche snoezelen pourrait être une piste. Nous soulevons aussi que la population retenue dans cette étude correspond totalement à la population cible de notre question de recherche, à savoir les personnes sévèrement atteinte de démence.</p> <p>Nous souhaitons aussi consulter d'autres recherches de Van Weert et al. dont nous avons les références dans cette étude. Une étude a été faite en parallèle à celle-ci, notamment sur les effets du snoezelen sur l'humeur et les cpts des personnes atteintes de démence. Les cpts les plus sensibles au snoezelen semblent être la dépression, l'apathie...</p> <p>De plus, les personnes agitées semblent être plus calmes avec cette approche.</p> <p>L'ambiance de travail semble aussi être améliorée notamment par le fait que les inf. aux. se sentent moins gênées par ces cpts.</p> <p>Toutefois, les auteurs relèvent la question de savoir si les homes ont les capacités financières pour la mise en place d'une telle approche. Cependant, ils mentionnent aussi qu'il n'est pas forcément nécessaire de faire de gros investissements pour utiliser ce modèle de soins.</p> <p>Nous souhaitons retenir cette étude car elle donne des informations sur l'impact sur la qualité de vie au travail des soignants et sur des pistes d'interventions infirmières que l'on pourrait imaginer pour maintenir une communication et une relation avec les personnes démentes.</p> <p>Nous avons conscience que les soignants dans cette étude étaient des infirmières auxiliaires. Toutefois, les SCPD n'ont pas seulement un impact sur les infirmières c'est pourquoi il est intéressant de tenir compte de ces résultats. De plus, ces interventions sont à discuter à notre sens, en équipe et dans les homes, les soignants sont en majorité des aides-soignantes.</p>

Grille de lecture critique d'un article scientifique quantitatif : Van Weert et al. (2005) (1)

Aspects du rapport	Questions	oui	Non	Peu clair	Commentaires
Titre	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?	X			

Résumé	-Contient-il les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?				
Introduction Enoncé du problème	-Le problème de recherche est-il énoncé clairement ?				
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur les variables étudiées ?				
Cadre théorique ou conceptuel	-Les principales théories et concepts sont-ils définis ?	X			Le cadre conceptuel à savoir le modèle de recherche sur la qualité de vie au travail est très bien décrit et présenté notamment à l'aide d'un tableau. L'explication du cadre de référence choisi pour cette étude est très rapidement décrit dans l'introduction de même que le concept à l'étude (le snoezelen)
Hypothèses	-Les hypothèses sont-elles clairement formulées ?	X			Les hypothèses sont clairement décrites et mises en évidence dans le texte.
	-Découlent-elles de l'état des connaissances (théories et recherches antérieures ?	X			Elles sont basées sur le modèle de recherche sur la qualité de vie au travail.
Méthodes Devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ?				Il s'agit d'un devis de recherche quasi expérimental car il n'y a pas eu à chaque fois une répartition aléatoire. Le devis quasi expérimental est moins efficace parce que, en l'absence de répartition aléatoire, il est impossible de supposer que le groupe expérimental et le groupe témoin sont équivalents au départ » (Loiselle & Profetto-McGrath, 2007, p.190). Certains services ont été répartis de manière aléatoire et les autres ont été répartis selon des critères pratiques > risque de biais. Toutefois, les auteurs disent avoir évalué ces risques de biais.
Population et contexte	-La description de l'échantillon est-elle suffisamment détaillée ?	X			Les critères d'inclusion à la fois du service et des infirmières aux. sont présentés de manière détaillée.
	-La taille de l'échantillon est-elle adéquate par rapport au contexte de la recherche ?	X			Cela fait un total de 120 infirmières aux. ce qui représente quand même un chiffre considérable.
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?				
	-Les variables à mesurer sont-elles décrites et opérationnalisées ?				
Déroulement de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ? -A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants				

	(éthique) ?				
Résultats Traitement des données	Des analyses statistiques ont-elles été entreprises pour répondre à chacune des hypothèses ?	X			Toutes les mesures statistiques utilisées ont été décrites avec précision.
Aspects du rapport	Questions	oui	Non	Peu clair	Commentaires
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			Oui, les résultats sont présentés de manière claire et détaillée à l'aide de tableaux qui permettent de synthétiser les infos.
Discussion Intégration de la théorie et des concepts	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir du cadre théorique et conceptuel, ainsi que des recherches antérieures ?	X			A nouveau, les auteurs reprennent leur modèle théorique sur la qualité de vie au travail.
	-Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?				
	-les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			La validité interne : « [...] concerne le degré de confiance que l'on peut avoir dans les conclusions d'une étude quant à la valeur de la relation établie entre les variables indépendante et dépendante » (Bouchard et Cyr, 1998 cité par Fortin, 2006, p. 181). « [...] on établit que la variable indépendante est la cause du changement observé dans les variables dépendantes. Une des principales difficultés de la recherche expérimentale est de garder constantes les conditions de l'expérimentation, c'est-à-dire empêcher que des variables étrangères ne s'introduisent dans la situation expérimentale et n'affectent les variables dépendantes » (Fortin, 2006, p.181). Dans cette validité interne, on retrouve différents facteurs pouvant l'influencer (facteurs d'invalidité interne). Il s'agit de facteurs historiques (événements particuliers, expériences personnelles), de l'effet de maturation (croissance, dév. cognitif, la faim, la fatigue), l'accoutumance au test, la sélection des sujets (absence de répartition aléatoire), la mortalité expérimentale (abandon des participants entre le moment des premières mesures et celui des dernière). Dans cette étude, il se pourrait qu'il y ait un biais dans le fait que les personnes qui ont arrêté en cours d'étude ont été remplacé par d'autres personnes qui n'avaient

				<p>pas forcément les mêmes caractéristiques > limite mentionnée par les auteurs.</p> <p>La validité externe :</p> <p>« La validité externe réfère à la possibilité de généraliser les résultats d'une étude à d'autres personnes que les seuls participants et à d'autres contextes que ceux qui sont considérés dans l'étude. La validité externe ne peut être appréciée que si les conditions pour assurer la validité interne ont été jugées satisfaisantes » (Cook et Campbell, 1979 cité par Fortin, 2006, p. 182). Les facteurs d'invalidité externe sont : l'effet de réactivité (effet hawthorne) > c'est l'effet que peut avoir sur le déroulement de la recherche le fait d'être conscient de participer à une étude. Cet effet se traduit par une modification du cpt ou par une tendance à donner des réponses favorables, les biais du chercheur (effet pygmalion) > les caractéristiques du chercheur peuvent influencer sur l'attitude des participants. Si un chercheur désire obtenir la confirmation de ses hypothèses et amène inconsciemment les participants à vouloir le satisfaire, il peut en résulter des évaluations biaisées...</p> <p>Dans cette étude, il relève un effet de hawthorne possible puisque les soignants dans le groupe expérimental ont eu un nouvel enthousiasme et donc peut-être un comportement modifié. Toutefois, les auteurs ne sont pas sûrs de cela.</p> <p>Il nous semble que cette étude a un haut degré de validité interne et externe car nous n'avons pas identifié de facteurs particuliers pouvant les influencer.</p>
Perspectives futures	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?	X		Les besoins en recherche sont mentionnés mais très peu détaillés.
Questions générales Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X		
Evaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?	X		Cet article est très intéressant et permet de faire le lien entre les deux parties de notre question de recherche et nous donne des pistes pertinentes.

Van Weert et al. (2005) (2) : Behavioral and Mood Effects of Snoezelen Integrated into 24-Hour Dementia Care

<p>Auteurs</p> <p>Titre de la recherche</p> <p>Journal</p> <p>Année de publication</p> <p>Pays</p>	<p>Van Weert, J.C., Dulmen Van, A.M., Spreeuwenberg, P.M., Bensing, J.M. & Ribbe, M.W.</p> <p>Behavioral and Mood Effects of Snoezelen Integrated into 24-Hour Dementia Care American Geriatrics Society</p> <p>2005</p> <p>Netherland CNA = certified nursing assistant = inf. aux., aide-s ARTICLE 2</p>
<p>Question de recherche</p> <p>Hypothèses</p> <p>Buts de la recherche</p>	<p><u>État de la question</u> Une fois que les gens sont institutionnalisés, les problèmes de comportement arrivent dans 97 % des cas et réduisent souvent leur qualité de vie. La thèse centrale est que le processus de démence résulte d'une interaction entre une déficience neurologique et des processus psychologiques et sociaux (ex : l'interaction entre le soignant et le patient atteint de démence). Certaines sortes de cpts de personnes donnant des soins malveillants et dommageables pour les personnes démentes et le cpt de personnes donnant des soins positifs, fait pour le bien-être ont été distingués. 17 indicateurs de cpts sociaux et psychologiques malveillants comme l'infantilisation, la stigmatisation et l'ignorance et 12 indicateurs de cpts positifs des travailleurs comme la reconnaissance, la validation et la stimulation des sens ont été identifiés. Le snoezelen ou stimulation multi-sensorielle est une approche largement acceptée dans les homes accueillant des personnes démentes et semble adapter les structures dialectiques. Il a été développé aux Pays-Bas mais il est devenu plus populaire en Grande-Bretagne et aux Etats-Unis (voir dans cadre de référence). Bien que plusieurs études ont été menées pour investiguer l'effet du snoezelen et ont montré dans la majorité des cas des effets positifs pdt la session, beaucoup manquent d'une comparaison entre le groupe TTT et le groupe contrôle. Seulement 2 essais cliniques randomisés d'un grande qualité sont valables, les 2 évaluant les effets des sessions de snoezelen dans une chambre spéciale. Dans ces essais, des résultats immédiats positifs ont été trouvés particulièrement sur les cpts apathiques mais les transferts et les effets à long terme du snoezelen n'étaient pas évidents. Cela suggère que les soignants dans le contact quotidien avec les personnes démentes doivent mettre en place un programme continu. En conséquence, la présente étude aborde la mise en œuvre du snoezelen comme une approche de soins 24h/24 centrée sur la personne délivrée par des inf. auxiliaires et intégrant la stimulation multi-sensorielle sur toute la journée.</p> <p><u>Question de recherche</u> Il n'y a pas de question de recherche.</p> <p><u>Hypothèses</u> En particulier, une hypothèse a été formulée que l'intervention mènerait à des changements mesurables dans :</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Bien-être : plus de bonheur/contentement, plus de joie, meilleure humeur. • Cpts adaptés : plus d'attention dans la relation à l'environnement, plus d'initiatives personnelles, meilleures relations avec les soignants. • Cpts inadaptés : moins de cpts antisociaux, apathiques, perte de bienséance, perte de conscience, cpts de rébellion, cpts d'agitation de désorientation, d'angoisse, d'agression et de dépression. <p><u>Buts de la recherche</u> Le but de l'étude est d'investiguer l'effet du snoezelen intégré sur le comportement et l'humeur des résidents souffrant de démence.</p>
Population/échantillon	<p>6 homes différents dans diverses parties des Pays-Bas sur un potentiel de 19 sites ont été sélectionnés pour cette étude. Les soins dans les homes hollandais sont comparables à ceux pratiqués aux Etats-Unis. Il y a des salles séparées pour les patients atteints de démence. Pour établir l'efficacité du snoezelen, un échantillon de 120 résidents (60 dans chaque groupe) a été requis. Pour être admis pour l'essai, les résidents devaient remplir les critères d'inclusion suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Démence modérée à sévère selon le DSM III diagnostiquée par un médecin • Une dépendance modérée à sévère dans les soins mesurée par l'échelle de dépendance utilisée en psychogériatrie. Le degré de dépendance dans les soins est évalué sur une échelle de Lickert à 5 points. Une somme totale avec un rang théorique entre 15 et 75 peut être compté, le score le plus haut = le moins de dépendance dans les soins. La cohérence interne de l'échelle est haute. • L'absence d'un autre diagnostic psy. (ex. schizophrénie ou autre tr. psychotique) • Audition et vision complètement ou partiellement intacte • Non alité (grabataire) <p>Les soignants des services ont sélectionné au minimum 15 résidents qui remplissent les critères ci-dessus. Les infirmières auxiliaires : Chaque résident inclus est associé à une inf. auxiliaire qui connaît bien le patient. La majorité des soignants recrutés pour l'étude (81.4 %) travaillent en rotation. Les soignants temporaires, les étudiants et les infirmières travaillant seulement la nuit ne sont pas admis dans l'étude. Les infirmières aux. participent au programme d'entraînement et aux sessions d'observation en partie sur leur temps de travail.</p>
Design = devis Aspects éthiques	<p><u>Design</u> Un devis quasi-expérimental avec un pré et un post-test a été utilisé. L'étude a été exécutée dans 12 services de psychogériatrie de 6 homes. Chaque home a désigné un service expérimental et un service contrôle. Les 6 services expérimental ont mis en place le snoezelen dans les soins sur 24h. Les soins habituels se sont poursuivis dans les 6 autres services contrôle. La période de mise en œuvre a duré 18 mois par service entre janvier 2001 et février 2003. Les mesures ont été exécutées à la ligne de base et après 18 mois.</p> <p><u>Aspects éthiques</u> Près d'un mois avant les mesures, les représentants légaux (tuteurs) des résidents sélectionnés ont été informés par mail de la nature et du contenu de l'étude. Il leur a été demandé de signer un consentement qui permettait de filmer les soins du matin pour des buts de recherche et l'utilisation des caractéristiques médicales de fond. Les tuteurs ont été informés de leurs droits de se retirer à n'importe quel moment de l'étude. Le consentement de la part des soignants a été obtenu par le directeur des soins.</p>
Méthodologie	<p><u>Collecte des données</u> Chaque couple infirmière aux. – résident ont été enregistré une fois dans le pré-test et une fois dans le post-test durant les soins du matin</p>

en utilisant une caméra sur pied. 12 inf. aux. (7 dans le pré-test et 5 dans le post-test) ont été enregistrés 2 fois parce qu'elles étaient plus résidentes qu'inf. Quand le niveau de capacités intellectuelles du patient permettait la communication verbale, l'inf. aux. informait le résident de l'enregistrement vidéo et lui demandait son accord. L'inf. aux. et l'assistant de recherche ont été instruits pour arrêter l'enregistrement quand ils notaient des réactions négatives de la part du résident. Immédiatement après les soins du matin, la possibilité est donnée aux inf. aux. de révéler leurs sentiments sur l'enregistrement vidéo. Bien que, en général, elles ressentent du stress en avance, la majorité a rapporté après coup que le stress n'a pas réellement affecté leur cpt et que la vidéo reflète la situation réelle. Malgré le fait évident qu'ils étaient en train d'être observés, les inf. aux. et les résidents se sont adaptés à la présence de l'observateur comme rapporté précédemment. 37 inf. aux sur 117 ont été perdues dans le suivi, principalement parce qu'elles ont changé de job (19 dans le groupe expérimental et 18 dans le groupe contrôle), des nouvelles inf. aux. les ont remplacées. Pour être capable d'appliquer la méthode snoezelen, les nouvelles inf. aux. ont reçu une formation au travail et assisteront aux prochaines rencontres. Le groupe expérimental et le groupe contrôle d'inf. aux. n'a pas de différence significative dans les caractéristiques. Au début, 92.2 % étaient des femmes et elles avaient une moyenne d'âge de 34.9 ans. La moyenne d'années d'expérience était de 7.6 ans. En moyenne, elles travaillaient 29.1 heures par semaine.

Stratégies avec la perte de suivi :

Pour être sûr qu'au moins 60 résidents pourraient être inclus dans chaque situation dans le post-test, le service expérimental a été instruit pour appliquer des soins snoezelen à tous les résidents (aussi les nouveaux) qui remplissent les critères d'inclusion. En conséquence, une seconde cohorte de sujet devra être recrutée pour remplacer les pers. manquantes de la première cohorte de résidents. 3 mois avant le post-test, la même procédure de consentement éclairé a été suivie pour obtenir un consentement par procuration des tuteurs légaux des nouveaux résidents admis. Une fois que le nouveau modèle (snoezelen dans les soins de 24h) a été mis en œuvre avec succès, le programme snoezelen était censé être efficace au niveau des résidents à 3 mois, bien que le post-test était prévu 18 mois après le pré-test, parce que 15 mois est considéré comme le temps minimum nécessaire pour une mise en œuvre réussie du nouveau modèle de soins. Ce temps est requis pour effectuer un changement des soins orientés sur la tâche vers des soins orientés sur le résident et pour effectuer un changement dans le niveau d'organisation, comme un investissement dans le matériel de snoezelen, adapter les plannings quotidiens, les activités et les procédures (ex : ne pas réveiller les résidents qui préfèrent dormir tard le matin, ne pas presser pour être prêt avec les soins du matin avant le déjeuner).

Intervention :

Un professionnel qualifié et expérimenté du centre Bernadus Expertise, un home avec un centre spécialisé dans le snoezelen a formé les inf. aux au snoezelen. La formation inclue 4 heures par sessions sur 4 semaines (16 heures en tout) et des devoirs. Les objectifs principaux étaient de motiver les membres des équipes et améliorer leurs connaissances et compétences pratiques avec le regard des soins orientés sur le patient (attitude vers la communication verbale et non-verbale) et le snoezelen (comment faire une anamnèse > histoire de famille, examiner les problèmes spécifiques de cpts, observer les préférences sensorielles, adapter les plans de soins et appliquer la stimulation sensorielle dans les soins quotidiens). Un manuel vaste sur le snoezelen était disponible avec des instructions spécifiques, des méthodologies, des formes d'observation et exemples sur l'intégration du snoezelen dans les soins quotidiens. A la fin du cours, les stagiaires ont reçu un certificat. 80 soignants ont assisté au programme de formation, 59 étaient des inf. aux. et 6 des inf. cheffes. Les autres participants (pas inclus dans les mesures) étaient des thérapeutes d'activités (physio ?) (10), des diététiciens (2), un manager de soins (1), un employé de commerce (1) et un étudiant infirmier. Par conséquent, presque l'équipe entière était formée. La

compliance avec les sessions de formation était de 92.5 %.

Après la formation, les inf. aux. ont pris une anamnèse détaillée de la vie des résidents et de leurs préférences en interviewant les membres de leur famille. Ensuite, un tri / une sélection des stimulus de préférence a été organisé pendant 10 semaines (1 heure par session). Une variété de stimulations sensorielles (tactile, visuelle, auditive, olfactive, gustative) est offerte aux résidents pour se renseigner sur lesquels plaisent le plus au résident. Leurs réactions ont été observées et soigneusement inscrites.

Ensuite, les inf. aux. ont écrit individuellement un plan de soins snoezelen basé sur l'histoire de vie, la sélection de stimulus préférés et les conférences multidisciplinaires. Le plan snoezelen décrit les comportements spécifiques des résidents et comment réagir à ces cps (ex : anxiété : Mme X. est anxieuse quand elle doit aller se coucher. Approche : s'asseoir sur le bord du lit, prendre sa main. Ensuite, elle s'endort). Le plan snoezelen est traduit dans plan de soin snoezelen du résident pour intégrer l'approche requise dans les activités quotidiennes (ex : quand se réveiller, si le résident est capable de choisir ses vêtements, si du parfum ou du maquillage peuvent être utilisés, comment le contact doit être établi > yeux, si le résident aime être touché affectivement, si la musique ou l'aromathérapie peuvent être utilisés, si les activités snoezelen peuvent être offertes dans la salle de séjour). Durant les consultations multidisciplinaires, les plans snoezelen sont évalués et si nécessaire adaptés aux changements du résident dans sa réponse ou sa condition.

Chaque service expérimental a créé un groupe de travail, d'habitude comprenant 3 inf. aux., l'inf. cheffe et un thérapeute de l'activité ou coordinateur en stimulation sensorielle. Le but du groupe de travail est d'évaluer le processus de mise en œuvre structurelle et faire des adaptations si nécessaire. 3 rencontres de suivi sont offerts aux soignants (10 heures au total) sous la guidance du même professionnel formateur. Le but de ces rencontres de supervision est de soutenir la mise en œuvre du snoezelen dans les soins quotidiens en discutant les observations, en évaluant les plans de soins snoezelen et fournir des feedback et des exercices vidéo. De plus, 3 représentants (infirmière cheffe, manager de soins) par home ont assisté à 2 rencontres générales qui soutiennent la mise en œuvre du snoezelen au niveau organisationnel. Dépendant des embouteillages mentionnés par les membres exécutants, les problèmes de mise en œuvre dans le groupe expérimental ont été discutés.

Critères d'inclusion

Les interviews avec les soignants ont révélé si les homes potentiels remplissaient les critères suivants :

- Le snoezelen n'avait pas déjà été mis en œuvre dans les soins quotidiens pour ces résidents
- La présence de 2 unités comparables (population de résidents,, composition des équipes de soins, modèle de soins utilisés, niveau d'attention et d'aide) avec au moins 15 résidents qui remplissent les critères d'inclusion (supposition d'un tiers de non-réponse) et au moins 10 inf. aux.
- L'enthousiasme pour créer les conditions pour la mise en œuvre du snoezelen dans les soins quotidiens pour les services expérimentaux
- Pas de formation de snoezelen ou de mise en œuvre d'éléments de snoezelen durant la période de l'étude pour les services contrôle.
- La présence de conditions pratiques de base (ex : un fauteuil adapté pour les massages...)
- Pas de changement d'organisation substantiel durant cette période

L'engagement à ces critères ont été disposé dans un accord coopératif.

Les 6 homes ont un nombre moyen de 194 résidents (entre 122 et 280) et 21 résidents par service (entre 15 et 32). En moyenne, la dotation était de 0.15 inf. aux par résident (0.14-0.16). Dans tous les homes, les inf. aux s'occupent systématiquement des mêmes

résidents chaque jour. Pour être sélectionné dans le groupe expérimental ou le groupe contrôle dans le même home, le service contrôle doit être comparable au service expérimental en terme de capacité, de dotation, de système d'assignation des résidents, de type de service, de plans de soins utilisés et de niveau d'aide.

La randomisation a pris place au niveau du service. Dans 4 homes, les services ont été randomisés par une personne indépendante. 2 services ont été assignés au groupe expérimental en se basant sur des considérations pratiques (la présence d'une chambre pouvant être utilisée comme une chambre de snoezelen par les autres thérapeutes). Cette décision a été prise après une évaluation minutieuse des autres différences entre le service expérimental et le service contrôle qui pourrait amener à des préjudices dans les comparaisons de TTT (population, motivation des soignants, atmosphère de travail) afin d'éviter les biais.

Mots-clés utilisés

Dementia, snoezelen, multisensory stimulation, effects

Analyse des données

L'efficacité du snoezelen a été étudiée en observant les résidents dans le service et sur les enregistrements vidéo des soins du matin. Les observations dans le service ont été faites avec l'intention de donner un regard sur les comportements généraux des résidents durant les 2 dernières semaines. Les enregistrements vidéo ne peuvent pas détailler les observations des cps des résidents durant un moment de soins défini. Les soins du matin sont enregistrés parce qu'ils se passent dans chaque service et dans chaque home et permettent une comparaison non biaisée entre le groupe traitement et le groupe contrôle.

Fiabilité interne des observations vidéo :

La fiabilité interne contrôlée sur les mesures d'observation a été conduite durant la formation des observateurs. La fiabilité finale entre les observateurs a été calculée pour 25 à 250 enregistrements vidéo (10 %). La fiabilité interne des 24 items INTERACT sélectionnés était de 0.83 et de 0.84 pour la FACE.

Interviews :

Après 15 mois, l'infirmière-chef du service contrôle a été interviewé pour renseigner si le service contrôle s'est abstenu de faire du snoezelen durant cette période, conformément aux accords coopératifs. Les résultats ont révélé que sur 3 services contrôle, des inf. aux. ont commencé à appliquer des parties de la méthodologie snoezelen dans les soins quotidiens (musique, aromathérapie) mais pas un ne l'a intégré ces parties dans une approche individuelle, centrée sur le résident, donc aucun ne l'a intégré de manière structurée. Parce que l'on considère ceux-ci comme des conditions importantes pour que le snoezelen soit efficace, aucun risque de contamination n'était présent dans le service contrôle.

Analyse des données :

Tous les instruments ont été passés en revue immédiatement après l'achèvement ce qui a permis de contacter les inf. aux. s'il manquait des données. La quantité de données manquantes pour le BIP, CMAI et CSDDD était donc négligeable. Les résultats des données pour l'analyse vidéo étaient complets.

Des statistiques descriptives ont été obtenues sur les caractéristiques démographiques des sujets dans le pré et le post-test et dans le groupe expérimental et le groupe contrôle. Les différences dans ces variables ont été examinées en utilisant le chi-square (tableau 2).

Comme les manquants ont été substitués par les nouveaux résidents, une analyse multi-niveau, performée en utilisant le modèle multi-niveau de l'institut d'éducation de Londres, a été utilisée pour analyser les données. Un modèle mixte d'analyse multi-niveau pour des mesures répétées a été choisi, qui prend en compte toutes les données disponibles d'une façon adéquate : 2 niveaux d'analyse se sont

	<p>distingués : mesure et résidents.</p> <p>Pour comparer le taux de changement à travers les 2 groupes, les différences prétest/post test moyennes du groupe expérimental ont été évaluées contre les différences prétest/post test moyennes dans le groupe contrôle.</p> <p>Les caractéristiques suivantes ont sélectionnées comme covariantes appropriées dans l'analyse pour corriger des différences de conditions et de caractéristiques de fond chez les résidents : dépendance dans les soins, tr. mémoire, âge, durée en home et le sexe.</p> <p>Le nombre de services était trop petit pour comparer les sous-groupes des homes ou prendre les similitudes en considération</p>
Résultats	<p><u>Résultats</u></p> <p>Réponse :</p> <p>Figure 2 présente l'organigramme d'étude.</p> <p>Avant le pré-test, 155 tuteurs légaux ont été interpellés pour donner un consentement éclairé écrit ; 25 ont refusé (11 dans le groupe expérimental et 14 dans le groupe contrôle). La raison principale était l'objection à l'enregistrement vidéo. Pas de différence significative n'a été obtenue sur l'âge et le sexe entre les participants et les refusants. 4 cas (3 dans le prétest et 1 dans le post-test) ont été exclus de l'analyse final parce que les informations sur les variables de fond manquaient. A cause du refus des résidents, 3 enregistrements vidéo des sujets expérimentaux manquaient. Comme ils recevaient le programme snoezelen, les observations du service ont encore continué. Sur les 125 résidents analysés dans le prétest, 61 complétants peuvent être inclus dans le post-test.</p> <p>Caractéristiques de fond :</p> <p>Le tableau 2 résume les caractéristiques démographiques pour les sujets. Le tableau montre que le groupe expérimental et le groupe contrôle sont en grande partie comparable sur les caractéristiques de fond. A la ligne de base, il n'y avait pas de différence significative entre le groupe exp. et le groupe contrôle.</p> <p>Résultats :</p> <p>Le tableau 3 fournit les moyennes ajustées estimés (95 % d'intervalle de confiance) et le score de changement pour le groupe exp. et le groupe de contrôle sur les cpts observés. Sur toutes les mesures, les scores de changement positif indique un changement en faveur du groupe expér.</p> <p>Un effet significatif du TTT a été obtenu pour les cpts apathiques, la perte de bienséance, les cpts de rébellion, les cpts agressifs et dépressifs.</p> <p>Les effets du snoezelen durant les soins du matin sont présentés dans le tableau 1. Sur les mesures représentant des sentiments positifs ou de cpts adaptés (heureux/contentement, sentiment de joie, phrases de longueur normale), les scores de changement négatif indique un changement en faveur du groupe expérimental. Sur les mesures représentant des cpts négatifs maladaptés (agitation, ennui/inactivité, colère verbale), un score de changement positif indique un changement en faveur du TTT.</p> <p>Des effets significatifs du TTT ont été vus dans les mesures de résultats des 9 INTERACT suivants : en larmes/triste, heureux/content, parler avec une longueur de phrase normale, plaisir personnel, ennui/inactivité, répondant au discours, négativité/plaintes, répugance. Le score sur FACE a aussi montré un effet significatif en faveur du groupe expérimental. Agitation et colère verbale s'améliore marginalement ($P < .100$).</p>
Cadres de référence et concepts utilisés Discussion et seuil de	<p><u>Cadres de référence et concepts</u></p> <p>Les auteurs utilisent l'approche snoezelen comme cadre de référence dans cette étude. Ils le définissent comme une approche qui stimule activement les sens en utilisant la lumière, le son, l'odorat et le goût. L'application du snoezelen requière une attitude orientée sur le</p>

<p>signification</p>	<p>résident, des connaissances et des compétences permettant aux soignants d'incorporer les circonstances personnelles comme les habitudes de vie, les préférences, les désirs et la diversité culturelle pour parvenir à ou maintenir un niveau de bien-être. Par conséquent, le snoezelen correspond au concept de « centration sur le patient ». Les soignants ne doivent pas se limiter à la plainte du résident mais s'orienter vers le résident avec une plainte. La tâche principale du soin centré sur la personne dément est de maintenir la personnalité face à la perte des facultés mentales en montant de l'empathie et par la connaissance de l'histoire personnelle de l'individu, sa personnalité et ses besoins. L'attitude centrée sur la personne requise pour appliquer le snoezelen inclut les différents types d'interactions décrites dans la structure dialectique comme les cpts positifs au travail.</p> <p><u>Discussion</u></p> <p>Les résultats de cette étude supportent l'efficacité du snoezelen dans les soins aux personnes démentes. Les résidents ont reçu une approche snoezelen, intégré dans les soins de 24h démontrant significativement plus d'améliorations en ce qui concerne leur niveau de cpt apathique, perte de bienséance, cpt de rébellion, cpt agressif, et dépression que le groupe contrôle qui reçoit des soins habituels. Durant les soins du matin, les résidents recevant le programme snoezelen ont montré plus de bonheur et de joie, une relation meilleure avec les inf. aux. et étaient plus sensible à la conversation et parlait plus fréquemment avec des phrases de longueur normale que le groupe contrôle. Ils étaient aussi de meilleure humeur et montraient moins de tristesse, de cpts ennuyé et d'inactivité, négativité et répugnance.</p> <p>Bien que des occasions ont été rapportées dans lesquelles les participants avaient temporairement une détérioration du cpt ou des problèmes sévères de cpt, lequel apportait un stop définitif aux sessions snoezelen, dans la présente étude, aucun participant n'a arrêté pour cette raison. Une explication pourrait être que, dans cette étude, contrairement à la plupart des autres études, une sélection des stimuli de préférence était une part de l'intervention. Cela a permis aux soignants d'exposer sélectivement les participants aux stimuli qu'ils trouvent plus agréable et plus approprié à leur condition, lesquels sont recommandés pour prévenir ou minimiser les problèmes de cpt dans le contexte snoezelen. Les améliorations trouvées pendant la session sont accord avec la découverte positive obtenue plus tôt, dans des études moins rigoureuses (nombre limité de sessions, utilisation de données descriptives, conditions de contrôle faible).</p> <p>Beaucoup de littérature sur le snoezelen démontre une vaste gamme de résultats positifs, mais il y a peu d'évidence (preuve) de généralisation. 4 études trouvées ont montré des effets immédiats après la session plus favorables que ceux de conditions de contrôle, cependant à long terme, des effets généralisés ont seulement été rapporté dans 2 des 6 études et ces études ne remplissaient pas les critères d'une méthodologie de haute qualité. L'amélioration d'ensemble des cpts dans le service, trouvée dans cette étude, semble être une indication d'effets généralisés des soins de snoezelen intégrés. Comme prévu, le snoezelen influence les cpts perturbés comme les agressions physiques et rébellion et les cpts repliés comme l'apathie ou la dépression. L'effet d'un TTT a aussi été trouvé sur la perte de bienséance laquelle n'a jamais été rapportée avant. L'augmentation de l'attention des inf. aux. pour les préférences des résidents pour leur apparence personnelle, laquelle représente une part du programme de snoezelen intégré mais pas des sessions de snoezelen dans une chambre spéciale décrit dans les études précédentes pourrait s'expliquer ici. Il n'y a pas d'amélioration généralisée des cpts antisociaux, cpts d'agitation, cpts anxieux, perte de conscience, agression verbale ou des cpts physiquement non agressifs. Les cpts tombant dans le domaine de la parole n'ont pas changé. Il est probable que le snoezelen ait moins d'effets sur ces domaines. Les symptômes négatifs comme l'apathie et la perte de bienséance sont peut-être ouverts au TTT alors que des cpts plus complexes comme l'agitation, la nervosité et l'anxiété où plus de compétences cognitives comme le langage semblent être plus difficile à influencer. Le(s) ingrédient(s) efficace(s) réel(s) de l'intervention snoezelen reste toujours indéterminé. La combinaison de soins individualisés et centrés sur la</p>
-----------------------------	--

	<p>personne et un plan de soins de 24h intégrant la stimulation multi-sensorielle pourrait contribuer au succès, bien que de la recherche scientifique supplémentaire serait nécessaire pour gagner plus de perspicacité sur les mécanismes sous-jacents.</p> <p>Le but de l'utilisation de l'enregistrement vidéo pour les soins du matin était de fournir des données supplémentaires à l'observation dans les services avec l'avantage de l'évaluation en aveugle. La limitation aux soins du matin peut créer un biais de mesure. Dans les futures études, les observations vidéo devraient être étendues aux autres moments de soins.</p> <p>Le post-test était limité à une mesure. Les futures études devront considérer les résultats des mesures à différents moments pour renforcer les résultats. Les intervalles de mesure sont aussi recommandés pour investiguer l'efficacité du snoezelen à un niveau individuel, pour renseigner si des résidents bénéficient plus de l'intervention snoezelen que d'autres.</p> <p>Les résultats doivent être interprétés avec précaution parce que le groupe expérimental semble montrer plus de problèmes de comportement au début que le groupe contrôle, bien que les interactions désordonnées comptent encore pour des résultats convaincants. Il n'y a pas d'explication claire pour ces différences dans ces scores du début. Il pourrait y avoir des biais inattendus de sélection (ex : le service expérimental pourrait avoir plus de passion à inclure les difficultés des résidents). Dans les recherches futures, ceci pourrait être prévenu en sélectionnant les participants pour l'équipe de recherche (ex : après une période d'observation des résidents) en randomisant le service après le prétest ou sélectionnant les résidents sur leur problème principal (ex : mettre le focus sur l'agressivité ou la dépression).</p> <p>Enfin, l'échelle INTERACT ne donne pas de somme de scores et l'analyse item par item augmente le risque de faux positif (erreur de type 1). Bien que pas de contradictions n'ont été trouvés dans les résultats, les études futures devraient développer une échelle avec des sous-échelles de multi-items mesurant les mêmes domaines. Au début de cette étude, une telle mesure n'était pas disponible.</p> <p><u>Seuil de signification :</u> Voir grille de lecture critique Van Weert et al. (2005) (1)</p>
<p>Commentaires en lien avec la question de recherche</p>	<p>Nous avons déjà lu l'étude parallèle de Van Weert et al. (2005) sur les effets de la mise en œuvre du snoezelen sur la qualité de vie au travail. Nous ne ressortons donc que les infos supplémentaires que nous trouvons dans cette étude. Les résidents qui ont bénéficié d'une approche snoezelen dans les soins de 24h démontrent significativement plus d'améliorations en ce qui concerne les cpts apathiques, de rébellion, agressifs et dépressifs que les résidents qui reçoivent les soins habituels. Toutefois, il n'y a pas d'amélioration généralisée des cpts antisociaux, d'agitation, anxieux ainsi que dans les cpts du domaine de la parole. Ils attribuent cela au fait que ces cpts comme l'agitation, l'anxiété sont des cpts complexes et donc plus difficiles à influencer. Nous retenons donc un bénéfice dans l'utilisation du snoezelen pour quelques cpts mais pas pour tous. Ceci permet donc de relativiser quelque peu les bienfaits de cette approche peut-être pour des stades précoces de la démence où l'anxiété, l'agitation et les troubles phasiques sont plus présents. Dans notre cas, nous nous intéressons au stade avancé de la maladie où l'apathie et le retrait social sont importants et où le maintien de la relation et de la communication est difficile. Cette étude aborde aussi la notion de communication et de relation. En effet, celle-ci était meilleure avec les inf. aux. lors de l'utilisation de l'approche snoezelen Ceci constitue une donnée supplémentaire pour nous par rapport à notre question de recherche. L'approche snoezelen intégrée dans les soins de 24h constituerait un élément intéressant pour maintenir une communication et une relation avec les personnes sévèrement atteintes. Un autre élément que nous souhaitons relever est que dans cette étude, ils ont décidé de faire un tri dans les différentes stimulations sensorielles possibles afin de mettre en évidence les préférences des résidents. Ceci nous semble pertinent puisque chaque individu est différent et à une manifestation de la maladie qui est unique. Ceci renforce le fait que notre prise en charge doit être personnalisée et avoir du sens pour la personne, c'est-à-dire en prenant en compte son histoire de vie,</p>

	<p>ses habitudes...</p> <p>Les auteurs ressortent aussi que leurs résultats sont en accord avec les découvertes positives obtenues dans les précédentes études (amélioration des cpts durant les sessions de snoezelen). Toutefois, ils soulèvent que ces études manquaient parfois de rigueur et de méthodologie précise.</p> <p>L'utilisation de l'approche snoezelen est évaluée pour une période plus longue que simplement durant la session, mais il serait intéressant de trouver des articles où l'évaluation des résultats ne se limiterait pas aux soins du matin par ex. mais considérerait d'autres moments de la journée. Ceci renforcerait encore les résultats.</p>
--	--

Van Weert et al. (2004) (3) : The implementation of snoezelen in psychogeriatrics care : an evaluation through the eyes of caregivers

<p>Auteurs</p> <p>Titre de la recherche</p> <p>Journal</p> <p>Année de publication</p> <p>Pays</p>	<p>Van Weert, J.C., Kerkstra (coordonateur nursing research) A., Dulmen Van, P.M., Bensing, J.M., Peter, J.(homme politique) & Ribbe, M.W.</p> <p>The implementation of snoezelen in psychogeriatrics care: an evaluation through the eyes of caregivers</p> <p>International Journal of Nursing Studies</p> <p>2004</p> <p>Netherland</p> <p>CNA = certified nursing assistant = inf. aux., aide-s soignante-s</p> <p>ARTICLE 3</p>
<p>Question de recherche</p> <p>Hypothèses</p> <p>Buts de la recherche</p>	<p><u>Etat de la question :</u></p> <p>La démence est une maladie neurologique progressive et irréversible qui affecte les domaines physique, cognitif, comportemental et émotionnel de 1 % de la population hollandaise de 65 ans et plus. Cette augmentation va jusqu'à 40 % des personnes âgées de 90 ans et plus. Comme une conséquence de la démence, les résidents des homes psychogériatriques perdent graduellement leurs capacités de communication verbales et non verbales. Le snoezelen ou la stimulation multi-sensorielle est largement utilisée depuis 15 ans pour améliorer la qualité de vie des résidents (Lancioni et al., 2002). Traditionnellement, le snoezelen est appliqué dans une chambre spéciale avec un tableau d'équipement, offrant des stimulations multiples, couvrant tous les canaux sensoriels (vibration du lit, mobilier confortable et doux, vapeurs d'arômes, lumières, miroirs et musique), certains stimulant ou relaxant (Noorden, 1999 : Lancioni et al., 2002). Dans la présente étude, le snoezelen est étendu aux soins de 24h (voir définition dans le cadre de référence).</p> <p>Les effets du snoezelen dans les soins à long terme ne sont pas bien connus (Chung et al., 2002). Nous sommes en train d'investiguer les effets du snoezelen dans les soins à long terme des personnes démentes. Dans cette structure, il est important de connaître les facteurs qui facilitent ou empêchent la mise en œuvre.</p> <p><u>But de la recherche :</u></p> <p>De là, le but de cet article est d'évaluer le processus de mise en œuvre de l'approche intégrée du snoezelen dans les soins quotidiens</p>

	<p>délivrés par les inf. aux.</p> <p>Beaucoup d'études d'intervention manquent sur l'enquête et le processus de traitement des variables, bien qu'ils permettent aux chercheurs de comprendre que les aspects de l'intervention ont été mis en œuvre avec succès. Sans une évaluation précise si l'intervention a été délivrée comme prévu, les conclusions quant aux mesures des résultats sont discutables (Phillips and van Ort, 1995 ; Burgio et al., 2001). Voir dans concept pour un descriptif sur la formation.</p> <p>Prendre un cours est seulement le premier pas pour la mise en œuvre. L'introduction d'un nouveau modèle de soins requière des changements permanents de comportement chez les soignants. Les changements positifs dans les connaissances et compétences n'amènent pas automatiquement des changements actuels dans les comportements. Le pas de « savoir » à « savoir comment » et « montrer » est influencé par des caractéristiques organisationnelles et structurelles des professionnels travaillant l'environnement (Kruijver, 2001). Une combinaison des approches apparaît comme le chemin le plus efficace pour achever les derniers changements (Grol and Grimshaw, 1999). De plus, des ajustements organisationnels (ex : créer des conditions organisationnelles et structurelles, restructurer les processus de soins, changer les tâches, fournir des ressources et du soutien) sont nécessaires pour maintenir le changement.</p> <p>En conclusion, les effets de la mise en œuvre d'un nouveau modèle de soins comme le snoezelen dépendent de différents facteurs qui peuvent faciliter ou empêcher sa mise en œuvre. Cette étude, par conséquent, aborde les questions de recherche suivantes :</p> <p>Quels facteurs facilitent ou empêchent la mise en œuvre du snoezelen dans un service expérimental aux yeux des soignants ?</p> <p>Les soignants éprouvent-ils des changements au niveau des soignants, des résidents et de l'organisation suite à la mise en œuvre du snoezelen dans les soins de 24h ?</p> <p>Le modèle de recherche (voir dans cadre de référence)</p>
Population/échantillon	<p>6 services expérimentaux ayant mis en œuvre le snoezelen dans les soins de 24h ont été comparés à 6 services contrôle qui ont continué à donner des soins standards. La période de mise en œuvre a duré 18 mois par service dans la période de janvier 2001 à février 2003.</p> <p>Au total 80 soignants ont assisté au programme de formation,</p>
Design = devis Aspects éthiques	<p>Un devis de pré-test et post-test randomisé avec un groupe contrôle a été exécuté. L'étude a été performée dans 12 services de psychogériatrie dans 6 homes hollandais. Les homes inclus dans l'étude n'avaient jamais mis en œuvre le snoezelen dans les soins quotidiens de leurs résidents. La randomisation a pris une place au niveau des services.</p>
Méthodologie	<p>Le processus de mise en œuvre :</p> <p>En bref, le processus de mise en œuvre dans les services expérimentaux a consisté en pas/étapes discutés dans les sections suivantes :</p> <p>Formation :</p> <p>Les inf. aux. ont été formées au snoezelen par des formateurs professionnels qualifiés et expérimentés du Centre Bernardus. La formation interne a compris 4 sessions de 4h par semaine. Le but principal de la formation était d'améliorer les connaissances et les compétences des soignants en ce qui concerne le snoezelen pour dissiper la répugnance si nécessaire et pour motiver tous les membres de l'équipe à la mise en œuvre d'un nouveau modèle de soins dans les soins de 24h (box 1).</p> <p>Le groupe d'étude :</p> <p>Dans le dernier jour de formation, un groupe d'étude a commencé dans chaque home comprenant d'habitude 3 inf. aux., l'inf. cheffe et un thérapeute de l'activité ou coordinateur dans la stimulation sensorielle. Le but du groupe d'étude était d'évaluer le processus de mise en œuvre, d'adapter si nécessaire et de commencer de nouvelles activités appropriées aux besoins de chaque service.</p>

<p>Sélection des stimuli de préférence et plan de snoezelen (soins) :</p> <p>Après la formation, les soignants ont commencé à utiliser le snoezelen dans les soins de 24h des résidents. Chaque inf. aux formées correspond à un résident. L'inf. aux. prend une histoire détaillée de la vie des résidents et de ses préférences en interviewant les membres de sa famille. Ensuite, la sélection des stimuli de préférence est arrangée pour trouver quels stimuli le résident aime le plus (Lancioni et al., 2002). Donc, le résident participant a été observé pendant 10 sessions d'une heure par semaine, selon la méthodologie acquise pendant la formation. A la fin de la période d'observation, l'inf. aux. a écrit un plan individuel de snoezelen basé sur ses observations. Le plan snoezelen décrit les cpts spécifiques des résidents (ex : anxiété, détresse/souffrance ou agression et comment réagir à ces cpts (ex : Anxiété : Mme X est anxieuse quand elle va au lit. Approche : s'asseoir sur le bord du lit, caresser sa joue, prendre sa main. Ensuite, elle s'endormira bientôt). Ensuite, le plan snoezelen est traduit en « plan de soins snoezelen du résident », dans le but d'intégrer l'approche requise dans les AVQ (Activities of Daily Life), en particulier les soins du matin. Ainsi, tous les autres soignants, incluant les employés temporaires, sont informés sur comment le résident devrait être approché pour parvenir à ou maintenir un état optimal de bien-être (ex : comment le résident doit être réveillé, comment le contact par les yeux peut être utilisé, si le résident est capable de choisir lui-même ses vêtements, si le résident aime être touché, si l'aromathérapie, la musique, le parfum ou le maquillage peuvent être utilisés). Aussi, les activités exécutées par les physio ou d'autres soignants sont basées sur la sélection de stimuli préférés et le plan snoezelen. Le plan snoezelen, le plan de soins snoezelen et les activités ont été évalués et adaptés régulièrement, de préférence durant les consultations interdisciplinaires. La méthodologie systématique du snoezelen est résumée dans la figure 2.</p> <p>Rencontres de suivi :</p> <p>Durant la période 18 mois de mise en œuvre, il a été offert aux soignants 3 rencontres de suivi interne sous la guidance du même formateur professionnel. Le but de ces rencontres de suivi était de soutenir la mise en œuvre du snoezelen dans les soins quotidiens. Les observations des réactions des résidents à la stimulation sensorielle ont été discutées et le développement de plans de soins intégrés, basés sur les observations, a été évalué et soutenu. Les soignants ont aussi reçu des exercices vidéo et des feed-back. En plus, il y a eu 2 rencontres générales assistés par des représentants de chaque home (inf. cheffes, directeur de soins). Le but de ces rencontres était de soutenir la mise en œuvre du snoezelen au niveau organisationnel. Dans la première rencontre, les participants ont reçu des informations théoriques sur les barrières de mise en œuvre et ont appris comment écrire un plan de mise en œuvre à long terme. Dans la seconde rencontre, ils ont dû présenter leurs plans de mise en œuvre entre eux. Dans les deux rencontres, il y avait des discussions de sous-groupes sur les problèmes de mise en œuvre, présentés par l'organisation elle-même.</p> <p>Instruments de mesure :</p> <p>La récolte des données a été exécutée en utilisant un questionnaire sur la formation, les interviews sur la mise en œuvre du snoezelen et sur la participation aux rencontres de suivi quant à la mise en œuvre.</p> <p>Questionnaire :</p> <p>Dans le but d'identifier dans quelle mesure les objectifs de formation ont été réalisés, les stagiaires (pers. formées) ont complété un questionnaire à la fin du programme. Le questionnaire développé par le centre Bernardus incluant des questions du IKN (Integraal Kankercentrum Noord Nederland) pour mesurer l'avis des soignants sur le programme de formation. Les points suivants ont été considérés comme des facteurs décisifs dans l'accomplissement du changement dans les connaissances, les compétences et la motivation :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contenu de la formation (10 items ; 8 questions fermées et 2 questions ouvertes)
--

	<ul style="list-style-type: none"> • Les compétences professionnelles du formateur (4 items ; toutes les questions sur une échelle de Lickert à 5 points, allant de 1 « pas » à 5 « vraiment/beaucoup » • L'atmosphère durant les sessions de formation (2 items ; toutes les questions de type Lickert) • Le système social de l'environnement de travail (3 items ; 2 sur une échelle de Lickert à 5 points et une question ouverte) • L'intention de changer après la formation (4 items ; 3 sur une échelle de Lickert à 5 points et une question ouverte) • L'opinion général sur la formation (un item ; une note de « 1 très mauvais » à « 10 excellent ». <p>Pour gagner plus loin de la perspicacité dans le processus de mise en œuvre et le résultat de la mise en œuvre, une approche qualitative a été utilisée.</p> <p>Interviews :</p> <p>6 interviews semi-structurés ont été tenus avec l'inf. cheffe et parfois aussi avec le leader du projet. Les interviews se sont concentrés sur les expériences avec la mise en œuvre du snoezelen, en particulier les facteurs facilitant et empêchant et des changements suite à la formation. Les interviews ont duré approximativement 1h. Tous les interviews ont été enregistrés et des questions appropriées ont été transcrites mot à mot.</p> <p>Rencontres de suivi :</p> <p>Le processus de mise en œuvre a été contrôlé par le chercheur en suivant les 3 rencontres de suivi avec les stagiaires. Le sujet principal d'intérêt était le même que dans le schéma d'interview. Toutes les réponses aux questions des soignants ont été enregistrées mot pour mot. La même procédure a été suivie durant les 2 rencontres générales.</p> <p>Analyse des données :</p> <p>L'analyse des données des questionnaires a été faite en utilisant des statistiques descriptives. Les questionnaires des membres de l'équipe ont été remplis par 66 stagiaires (94.3%).</p> <p>Les données de l'interview et les données des rencontres de suivi et des rencontres générales ont été analysées qualitativement. Les réponses ont été groupées dans des catégories, séparées du modèle de mise en œuvre. Des numéros et des lettres sont utilisés partout dans cet article pour représenter : le home (NH), les soignants (CG), les rencontres de suivi (FM1-FM3 car 3 rencontres de suivi) et l'interview (I1-I6 car 6 interviews avec les inf. cheffes). Les quotes données dans le texte sont illustratrices et reflètent les réponses données par les soignants.</p>
Résultats	<p><u>Evaluation du programme de formation :</u></p> <p>Premièrement, nous évaluons l'avis des soignants sur le contenu du programme de formation en ce qui concerne la connaissance et les compétences. La majorité trouve la formation informative (100%), applicable (100%), pratique (98.5%) et intéressante (98.5%). Selon leur avis, l'information est claire, bien structurée (100%) et la formation a convenu à leur expertise et à leur situation de travail (96.9%). En plus, il a été demandé aux participants d'indiquer qu'est-ce qu'ils considèrent comme aspect le plus utile dans la formation. La moitié des participants considère l'entier du programme de formation comme très utile. Un autre 25.8 % était spécialement enthousiaste pour les sessions d'aromathérapie. 4 personnes interrogées (6.1 %) ont loué le développement de plan de soin de snoezelen intégré. Les autres (18.2%) ont mis en lumière différents aspects.</p> <p>En ce qui concerne les aspects les moins utiles, 37.9 % n'ont rien rempli, 33.3 % ont dit explicitement qu'il n'y avait rien d'inutile. La seule partie de la formation, mentionnée par plus de 2 personnes qui n'a pas été utile, était la session de toucher thérapeutique (19.7%).</p> <p>Le tableau 1 montre que les participants sont vraiment satisfaits des compétences professionnelles du professeur. Ils se sont sentis à</p>

l'aise tant avec le professeur qu'avec les autres participants et étaient encouragées par leur inf. cheffe et les collègues pour mettre en œuvre le snoezelen dans les soins de 24h. La majorité s'est sentie suffisamment encouragée pour mettre en œuvre le nouveau modèle de soins dans la pratique et ayant l'intention de mettre en pratique ce qu'ils ont appris pour le futur. En réponse à la question ouverte, l'aromathérapie en particulier (26x) et l'utilisation de l'approche orientée sur le résident (17x) ont été considérées comme applicables dans la pratique. Le massage manuel des bras (7x), l'utilisation de matériel, musique, lumière (7x), l'utilisation d'une chambre snoezelen (6x), le toucher thérapeutique/massage en général (5x) et l'amélioration des récoltes de données sur l'histoire et les plans de soins individuels (4x) sont aussi mentionnés.

Evaluation du processus : facteurs facilitant et empêchant :

Bien que les résultats du questionnaire indiquent que les soignants ont évalué très positivement le programme de formation, plus de la moitié des stagiaires (n= 35, 53 %) s'attendent à ce qu'à la fin du programme de formation, ils aient des barrières à la mise en œuvre du snoezelen, particulièrement en ce qui concerne : la charge de travail/manque de temps (15x), manque de personnel (11x), manque d'argent et de matériel (9x), soutien de la direction des soins (8x), manque de chambre ou autres installations (5x) et résistance des membres de la famille (4x).

Tant les interviews que les rencontres de suivi ont fourni une vue détaillée sur l'expérience réelle avec la mise en œuvre. Les résultats reportés des interviews et des rencontres de suivi représentent l'avis des soignants (inf. aux., inf. cheffe). Comme les inf. cheffes et les leaders du projet ont habituellement assisté aux rencontres de suivi, nous n'avons pas trouvé de contradiction entre les informations rassemblées par les interviews et les informations présentées durant les rencontres de suivi.

Le tableau 2 montre les interventions facilitant qui ont été exécutées. Le contenu du tableau sera discuté ci-dessous.

Les interventions facilitant le changement des habitudes :

La formation a été identifiée comme la base pour un changement dans les habitudes. Durant le processus de mise en œuvre, les soignants reconnaissaient toujours l'importance de ces changements, quoi qu'ils aient annoncé particulièrement dans le premier ou second suivi, qu'il n'était pas toujours facile de parvenir à ou adhérer au nouveau style de travail.

« C'était une contradiction majeure dans notre équipe, c'était vraiment difficile de laisser tomber le vieux style d'approche. Ce changement dans l'attitude est extrêmement important. Le résident est le point de départ des soins (NH2, CG1, FM2). Il est facile de revenir dans les vieilles façons de penser (NH4, CG5, FM1) ».

Tous les services ont rapporté que les rencontres de suivi étaient motivantes dans le maintien des nouvelles habitudes de changement. L'expérience des soignants de ces rencontres a été encourageante pour continuer leur mise en œuvre.

Durant la pratique quotidienne, un coaching individuel et un feed-back se sont avérés essentiels dans l'établissement de changement dans les habitudes. L'inf. cheffe a supervisé habituellement le processus de mise en œuvre et donné un feed-back régulier aux soignants. Cependant, il semble difficile de maintenir les efforts quand il n'y a pas de coopération avec les autres membres de l'équipe. 3 inf. cheffes ont été supervisées par le directeur des soins, ce qu'elles ont trouvé utile et indispensable dans certains cas. Dans 2 services, une personne spéciale, indépendante, qualifiée a été nommée (ex : coordinateur dans la stimulation sensorielle) pour soutenir l'inf. cheffe dans la supervision de l'équipe et pour fournir un feed-back individuel aux soignants durant la pratique quotidienne. Ces interventions ont été rapportées comme utile, parce que les soignants se sentent en sécurité avec eux et ont pu discuter des améliorations dans les procédures quotidiennes. Dans un service, une formation spéciale a été offerte aux soignants pour fournir des feed-back à un autre.

De plus, l'utilisation des plans de soins snoezelen a été proposée comme une intervention dans le but de changer les procédures établies.

Bien qu'au début, la rédaction des plans de soins snoezelen étaient parfois accueillies avec circonspection, à la fin elles se sont avérées utiles.

« En utilisant un plan de soins snoezelen, nous avons quelque chose à quoi se référer sur comment délivrer des soins. Nous savons beaucoup sur les résidents maintenant (NH4, CG8, FM3) »

Au début, beaucoup de soignants se sentent embarrassés parce qu'ils ne considèrent pas leurs observations et l'application d'activités snoezelen comme un « travail réel ». La planification des observations, la rédaction de plan de soins snoezelen et d'autres activités snoezelen dans le schéma quotidien semble être efficace en permettant à la méthode snoezelen de devenir une partie intégrante du programme normal de soins.

« Le snoezelen doit être regardé comme un travail. Au début, ils ont pensé : « tu es en train de donner un massage et je travaille mes doigts jusqu'à l'os ». Maintenant, c'est une partie normale du travail (NH5, CG1, I5) ».

« La salle de bain snoezelen est utilisée par calendrier, 3 fois/jour, le matin, l'après-midi et le soir (NH1, CG1, FM1) »

Dans un service, le plan de soins snoezelen n'a pas été écrit par les soignants eux-mêmes, ce qui les rendait moins impliqués. Dans quelques services, les soignants étaient activement soutenus par les thérapeutes de l'activité dans l'observation et la rédaction des plans de soins snoezelen sans être complètement pris en charge. Ils se sont sentis confortables avec ce système.

En plus, l'augmentation dans les 2 consultations réciproques formelles et informelles a été vue comme un outil pour maintenir et améliorer encore les changements dans la procédure. Les soignants ont d'habitude rapporté leurs expériences en utilisant le plan de soins snoezelen. Comme un résultat, ils ont commencé à parler plus sur les problèmes de cpts des résidents et avaient plus de discussion sur les solutions.

« Nous parlons plus au sujet des résidents, nos soins sont à l'écoute les uns des autres maintenant (NH2, CG3, FM3) ».

« Il y a plus de consultations entre les soignants. L'idée que le problème peut être résolu ensemble. Quand tu notes que quelqu'un devient plus agité, tu commences à penser immédiatement « comment tu vas pouvoir résoudre cela ? » (NH6, CG3, FM2) ».

La plupart des services a décidé d'évaluer les plans de soins structurellement. Certains l'ont fait seulement avec les membres de l'équipe et les autres dans des consultations multidisciplinaires.

« Cela fait partie maintenant de la consultation multi-disciplinaire avant pas (NH5, CG9, FM3) ».

Interventions facilitant le changement de la structure organisationnelle :

Dans 4 homes, le groupe d'étude a des rencontres régulières (approximativement un mois par mois) et fonctionnent bien. Dans les 2 autres homes, le groupe d'étude n'a pas pris un bon départ.

« Nous ne pouvons pas trouver de temps pour les rencontres du groupe d'étude. Ou peut-être nous ne prévoyons pas de temps pour. Maintenant, je pense que nous devons lui donner la priorité, c'est juste vraiment important (NH4, CG1, I4) ».

4 services ont fait des adaptations organisationnelles dans le calendrier journalier, schéma de droit ou style de travail dans le but de soutenir la mise en œuvre. Un de ces services a décidé de ne pas laver tous les résidents le matin, mais de sélectionner les résidents qui préfèrent être lavés le soir. Un autre service rapporte qu'ils n'ont plus trouvé le temps pour aider les autres équipes durant les soins du matin, comme ils le faisaient avant.

En ce qui concerne l'équipement snoezelen, 4 services ont reçu un soutien financier (un via du sponsoring) pour investir dans du matériel snoezelen, un chambre snoezelen (4 services) ou une salle de bain snoezelen (3 services). Selon leur avis, l'utilisation

d'équipement snoezelen a une valeur ajoutée. Ils ont aussi prêté attention à l'ameublement et à l'aménagement du service.

« Nous avons créé un coin salon vraiment agréable et confortable (NH5, CG2, FM3). Tu notes qu'il y a beaucoup de changements dans le service. Tout est en place et est joli. Tu peux parler avec le résident sur l'aquarium dans le hall... C'est la façon dont vous entrez en contact avec l'autre (NH6, CG3, FM3) ».

Interventions facilitant la continuité de la mise en œuvre du changement :

4 homes ont complété un plan de mise en œuvre à long terme, en incluant un plan du temps et un budget. 3 de ceux-ci ont le projet de continuer la mise en œuvre du snoezelen dans d'autres services dans un prochain avenir. Un a fait un plan pour plus d'un an pour une formation structurelle des nouveaux membres de l'équipe.

Les obstacles contextuels :

Les soignants ont identifié plusieurs obstacles principalement dans l'environnement de travail comme montré dans le tableau 3. Les soignants de tous les services ont indiqué, que dans leur expérience, la charge de travail a été un obstacle à certaines occasions. Ils rapportent qu'ils n'avaient pas assez de temps, particulièrement dans la première phase de la mise en œuvre du processus quand l'observation des résidents prenaient beaucoup de temps. A la suite de cela, aucun service n'a réussi avec succès à compléter les observations et les plans snoezelen à temps pour la première rencontre de suivi. Le haut niveau d'absence des membres de l'équipe, dû aux vacances ou maladies a aussi été pensé comme ayant un effet négatif. 3 services ont traversé une période de manque de personnel causés par les lacunes, lesquelles ont empêchées la mise en œuvre. Un service rapporte un haut taux de renouvellement de l'équipe (presque 2 tiers de l'équipe).

« Parfois, il y avait un manque de personnel. Ensuite, l'ancienne attitude orientée sur la tâche revenait (NH3, CG4, FM2) ».

Les 2 services qui n'ont pas reçu de soutien financier ont aussi rapporté un manque de soutien de la direction centrale. Il manquait une politique intégrée et ils ont aussi mentionné le manque d'intérêt et de coopération de la direction centrale.

« Un obstacle a été formé par le manque de coopération de la direction centrale. La direction a échoué à montrer de l'intérêt et du soutien. Je peux m'imaginer qu'il n'est pas facile de trouver de nouveaux membres pour l'équipe, mais ils ne sont pas venus jeter un œil et voir comment on se débrouillait. Je pense que c'est vraiment bizarre(...). Donc, nous avons fait sans soutien financier et intérêt de la direction dans le projet (HH4, CG1, I4) ».

Les services qui ont eu un soutien financier ont interprété l'investissement financier comme un signe d'intérêt et de coopération. Toutefois, ils voulaient encore une appréciation personnelle de la direction, par exemple sous la forme de visites pour voir le nouvel équipement et encourager les soignants. Seulement un service a rapporté ce genre d'appréciation de la direction.

3 services ont mentionné qu'ils devaient aussi gérer d'autres projets importants (mise en œuvre d'un programme de soins informatisé, préparation pour le déménagement), lesquels ont nécessité beaucoup de contributions. Les soignants pensaient que trop d'innovations allaient être mises en œuvre simultanément.

« Maintenant, je pense que ça fait beaucoup, spécialement avec l'introduction du programme informatisé. J'ai remarqué que j'ai perdu de l'enthousiasme juste à cause des autres choses qui doivent être faites. Mais je ne pouvais pas me permettre de prendre du retard au début du programme d'informatique (interlect) (NH5, CG1, I5) »

Rétrospectivement, certains soignants, en particulier, les inf. cheffes ont estimé que leurs attentes au début du projet étaient très hautes. Elles voulaient commencer trop de choses en même temps. Cela a été considéré comme un obstacle, jusqu'à ce qu'elles aient adapté leurs attentes et posé des nouveaux buts réalistes.

Evaluation des résultats : changements dans les soins quotidiens :

Les interviews et les rencontres de suivi ont fourni des informations sur les changements que les soignants ont expérimentés comme un résultat de la mise en œuvre du snoezelen.

Changements chez les soignants :

Les soignants ont rapporté que leurs attitudes face aux résidents ont changé. Une attitude orientée sur le résident est une condition de base dans l'application du snoezelen. Les soignants considèrent le passage des soins orientés sur la tâche à des soins orientés sur le résident comme le changement le plus important au niveau individuel.

« Tu sais ce qui rend les gens heureux et ce qui les rend malheureux (NH6, CG4, FM1). Aucun des résidents n'est le même. Maintenant, nous sommes attentifs à ce que les résidents aiment. Petit à petit, tu apprends réellement à comprendre ce qui est important pour un résident en particulier (NH3, CG2, FM1) »

Dans le dernier suivi, tous les soignants ont mentionné qu'ils ont réussi à appliquer les bases des soins orientés sur les résidents. Bien que les inf. cheffes ont noté que pas tous les soignants n'avaient nécessairement les qualités pour un nouveau style de travail, elles ont ressenti que la plupart des membres de l'équipe ont changé pour des soins orientés sur les résidents.

« Dans les soins quotidiens, tu peux voir que pas tout le monde est capable de donner des soins réellement orientés sur le résident. Et que ce n'est pas une question de mauvaise volonté. Mais la majorité a réussi (NH4, CG1, I4) »

Le but de la mise en œuvre du snoezelen était d'intégrer la stimulation multi-sensorielle dans un programme de soins quotidien. Evidemment, il y avait des différences entre les services participant. 4 services ont investi dans un équipement snoezelen et les soignants ont commencé à utiliser le matériel, la salle de bain snoezelen ou la chambre snoezelen. Ils ont aussi commencé à appliquer les activités snoezelen durant la journée. 2 services, cependant, se sont restreints à une approche orientée sur le résident, laquelle ils ont pu appliquer durant des périodes de soins (soins du matin, repas, soins du soir).

« Dans notre service, ce n'est pas le matériel qui est essentiel (NH2, CG5, FM3). Nous mettons l'accent sur notre comportement : Quelle est l'approche juste pour le résident ? (NH4, CG1, FM3) ».

Dans certains services, les soignants ont noté que l'utilisation de médicaments a diminué, parce que les soignants ont amélioré leur capacité de résolution de problème et commencé à essayer d'autres solutions en premier.

« Quand un résident manifeste un problème de cpt, nous parlons sur ce sujet d'abord. Nous ne courons pas immédiatement sur la médication, mais d'abord nous en discutons : « Que pouvons-nous faire ? » (NH2, CG4, FM3).

« Dans le passé, nous disions « ce résident est agité, quelle médication nous pouvons donner ? Maintenant, nous nous rapportons à la consultation multidisciplinaire : Nous essayons cela, nous essayons l'aromathérapie, nous essayons la musique sur l'oreiller, ceci semble aller et ceci pas (NH5, CG5, FM2) ».

Changements chez les résidents :

Selon l'avis des soignants, la mise en œuvre du snoezelen aboutit à des résultats positifs pour les résidents. Il y a eu 2 changements primaires chez les résidents. Les soignants ont noté qu'il était plus facile d'obtenir des résidents et que les résidents à leur tour ont montré plus de réponses.

« Les résidents avec lesquels il est difficile d'établir un contact peuvent maintenant être atteints (NH1, CG9, FM2). Quand Mme E. a assisté à notre service, elle était beaucoup plus apathique que maintenant, et qui vient d'arriver en appliquant tout le temps, un contact avec les yeux et beaucoup lui parler. ».

	<p>De plus, les soignants ont rapporté qu'à leur avis, les résidents agités, agressifs devenaient plus calmes et satisfaits.</p> <p>« Il me semblait que les résidents se calmaient (NH3, CG5, FM2). Je vois un changement significatif dans le comportement des résidents. Maintenant, nous avons un résident qui a été transféré d'un autre service. Il y a une différence maintenant dans le cpt, je pense comparer avec l'autre service. Elle est plus satisfaite et plus calme, pas si agressive (NH1, CG3, FM3) ».</p> <p>Les 4 services qui ont investi dans un équipement snoezelen ont aussi rapporté des changements positifs chez les résidents comme le résultat de l'utilisation du matériel snoezelen et l'aromathérapie.</p> <p>« Nous avons eu beaucoup d'animaux en peluche et nous avons observé la réaction des résidents. Maintenant, tu vois beaucoup de gens marchés avec des jouets en peluche, bien plus de résidents que je ne m'y attendais (NH5, CG3, FM1). Je suis vraiment surprise des effets de l'aromathérapie (NH3, CG6, FM1) ».</p> <p>Changements organisationnels :</p> <p>Au niveau du service, les soignants ont rapporté un changement dans le planning de la journée principalement dans « l'utilisation de l'horloge ». Dans le passé, chaque chose était faite à l'heure. Maintenant, ils ignorent le temps, lequel, selon l'avis des soignants a des effets positifs pour les résidents et pour eux-mêmes. « Quand on compare le présent avec il y a 6 mois, maintenant je vois une réelle différence. Avant, tout était fait vite, vite, vite, sortir les gens du lit... Mais maintenant, nous avons juste plus de temps pour l'autre (NH3, CG5, FM1). Je suis nouveau dans ce service. Il me semble que quand j'ai commencé ici il n'y avait pas d'horloge (NH5, CG5, FM3) ».</p> <p>Dans certains services, le temps des pauses a changé ou est devenu plus flexible. Dans d'autres services, les soignants ne se forcent plus pour finir les soins du matin avant la pause.</p> <p>« A un moment donné, nous avons questionné le groupe d'étude : N'est-il pas possible de changer les pauses ? Pourquoi le lit d'un patient doit-il être nettoyé avant 10h30 ? Changer les pauses est un réel tabou. Mais nous avons réussi et les membres de l'équipe se sont adaptés très bien (NH3, CG1, I3) ».</p> <p>« La ruée est allée. Nous n'avons pas besoin que chacun sorte du lit avant la pause-café. Nous sommes plus relaxés, moins stressés qu'avant (NH6, CG1, FM1) »</p> <p>En travaillant de manière plus détendue durant les soins du matin, on pourrait s'attendre à un manque de temps pendant le reste de la journée. Cependant, l'expérience des soignants, est qu'ils étaient encore capables de terminer leur travail. Ils ont mentionné que quand il n'y avait pas de bataille durant les soins du matin, le reste de la journée avançait plus en douceur.</p> <p>« Par exemple, Mme K, qui quand elle se réveillait trop tôt le matin, devenait de très mauvaise humeur. Nous savons maintenant qu'elle a besoin de dormir jusqu'à 9h30 et ensuite se réveille spontanément. Il s'agit d'une sorte de gain de temps. Quand elle est de mauvaise humeur, cela prend plus de temps pour l'habiller (NH3, CG12, FM3). C'est étrange, même si tu ne travailles pas pour l'horloge, quand tu rentres à la maison tout est fait (NH4, CG4, FM3) ».</p> <p>Il n'y avait pas d'autres changements qui mené à des moments différents de la journée, mais ces changements variaient d'un service à l'autre. Dans 3 homes, un projet de déjeuner a été commencé, pour permettre aux résidents de sentir différents odeurs de cuisine (ex : lard et œufs, crêpes, café). 2 services ont fait des changements similaires dans l'organisation du souper.</p>
<p>Cadres de référence et concepts utilisés Discussion et seuil de</p>	<p><u>Cadres de référence et concepts utilisés :</u></p> <p>Le cadre de référence est le modèle de recherche utilisé pour la mise en œuvre du nouveau modèle de soins (snoezelen). La relation entre les facteurs facilitant et les facteurs empêchant durant la période de mise en œuvre et les changements résultants de la mise en œuvre</p>

<p>signification</p>	<p>sont montrés dans la figure 1</p> <p>Le modèle de recherche est adapté du modèle pour la mise en œuvre et le changement dans les soins de la santé (Implementation of Change in Health Care, ICHC-model) (Theunissen et al., 2003). Dans le processus d'évaluation, en analysant les interventions qui ont été exécutées avec succès, les facteurs facilitant et empêchant ont été identifiés. L'absence de facteurs facilitant peut être considérée comme un facteur empêchant (ex : le manque de soutien financier pourrait être une barrière à la mise en œuvre). Les interventions durant le processus de mise en œuvre ont été subdivisées comme des interventions sous :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Connaissances : fournir des informations théoriques • Compétences : entraîner/former les soignants à mettre la théorie en pratique • Motivation à changer : utiliser des techniques motivationnelles, discuter le nouveau modèle de soin et trouver des consensus avec les membres de l'équipe • Habitudes : changer les comportements des soignants et les styles de travail existant • Structure organisationnelle dans laquelle l'intervention est mise en œuvre : adapter les structures existante ou développer une nouvelle • Structure organisationnelle ayant besoin d'établir des changements de mise en œuvre : faire des changements de politique et des changements structurels pour garantir la suite de la mise en œuvre du modèle de soins. <p>De plus, nous voulons trouver quels variables contextuelles empêchent le processus de mise en œuvre et les résultats. En particulier, les caractéristiques de l'environnement de travail sont étudiées.</p> <p>En ce qui concerne l'évaluation des résultats, une attention spéciale est donnée à :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Changements chez les soignants : changements réels de comportements chez les soignants • Changements chez les résidents : changements réels de cpt chez les résidents • Changements organisationnels : changements réels dans l'organisation des soins. <p>Les résultats finaux « changements dans la qualité des soins et dans changements dans la qualité de vie » pourraient être étendus dans une étude séparée.</p> <p>Les concepts dans cette étude sont le snoezelen et les soins orientés vers le résident ainsi que le processus de formation. Dans la présente étude, le snoezelen est étendu aux soins de 24h. Il peut être défini comme une approche intégrée, appliquée par les soignants durant les soins quotidiens lesquels stimulent activement les sens par la lumière, le son, l'odeur et le goût (Kok et al, 2000). L'intention est de fournir une stimulation sensorielle douce, individualisée dans un environnement non effrayant sans faire appel à des processus cognitifs élevés comme la mémoire ou l'apprentissage. En incorporant les circonstances personnelles comme le style de vie, les préférences, les désirs et les diversités culturelles, le snoezelen est façonné aux besoins des résidents. En conséquence, l'application du snoezelen requière une attitude orientée sur le résident, des connaissances et compétences permettant aux inf. aux d'assister aux besoins physiques, émotionnels, sociaux et spirituels des résidents dans le but de parvenir ou maintenir un état de bien-être (Noorden, 1999). Dans l'optique du concept « centré sur le patient », les soignants ne doivent pas se restreindre à « la maladie du résident » mais s'orienter vers « le résident avec une maladie ». Le but ultime est la compréhension réelle des besoins, des préférences et des souhaits du résident par les soignants (Bensing, 2000). Voici maintenant un descriptif sur la formation et les facteurs pouvant influencer celle-ci.</p> <p>Généralement, la mise en œuvre de l'intervention est précédée par une formation et suivie par l'introduction du nouveau modèle dans le service. En ce qui concerne la formation, la perspicacité est nécessaire pour mesurer dans quelle mesure les buts de formation sont</p>
-----------------------------	--

atteints. L'efficacité de la formation peut être affectée par un certain nombre de facteurs comme les caractéristiques du programme (les sujets, les exercices et la durée) et l'environnement de travail (soutien des supérieurs, des collègues). Le succès du processus d'apprentissage peut aussi dépendre de facteurs complémentaires comme la relation avec le professeur, la sympathie et le soutien entre les participants et l'intention de changer le comportement après la formation (Francke et al., 1995).

Conclusions principales :

Les résultats de cette étude montrent que le nouveau modèle de soins snoezelen peut être mis en œuvre avec succès dans les soins quotidiens. Tous les services participant rapportent des changements au niveau des soignants, des résidents et des changements organisationnels. La combinaison d'interventions au niveau des soignants et les interventions dans la structure organisationnelle semblent être des indicateurs de succès particulièrement importants. Pour 2 services, il manquait les interventions au niveau organisationnel et ont seulement mentionné des changements limités au niveau des soignants. Ils ont rapporté un changement des soins orientés à la tâche vers des soins orientés sur le résident mais sont restés en arrière avec l'intégration de la stimulation multi-sensorielle dans les soins de 24h. Les 4 autres services ont aussi rapporté des changements supplémentaires au niveau des soignants tels que l'application de la stimulation multi-sensorielle dans les soins quotidiens ou l'exécution des activités snoezelen. Si la réorientation vers les soins axés sur le résident peut être considéré comme la base du snoezelen, et donc un point de départ important, l'intégration de l'approche snoezelen dans les soins quotidiens est destinée à être plus que cela. Cette étude a montré que les efforts et le soutien du directeur de soins, y compris l'intérêt et le soutien au fil du temps, est crucial pour le succès. Les soignants ont besoin d'être confirmé que le nouveau modèle de soins est essentiel pour améliorer la qualité des soins. 4 services ont reçu un soutien financier et ont fait une politique à l'égard de la mise en œuvre continue. Le groupe d'étude, proposé comme un outil de surveillance du processus de mise en œuvre, semble être de grande valeur dans les 4 homes dans l'identification des obstacles, l'élaboration de stratégies et l'évaluation du processus, tous considérés comme des étapes importantes dans le cycle de mise en œuvre. Comme c'était le cas avec Schrijnemaekers et al. (2002), l'étude a montré que des changements organisationnels fondamentaux sont nécessaires pour mettre en œuvre un nouveau modèle de soins.

Contrairement aux autres études, les soignants n'ont pas seulement subi des obstacles comme la charge de travail ou le manque de personnel mais ont aussi rapporté un éventail d'interventions facilitées qui ont été exécutées au niveau des soignants. Enlever les horloges a été l'une d'elles. Les rencontres de suivi, l'utilisation de plans de soins snoezelen et l'augmentation des consultations mutuelles ont aussi été identifiés comme facilitant la mise en œuvre.

Comme le progrès du processus de mise en œuvre, particulièrement l'établissement de changements de procédure, requière beaucoup de compétences de gestion de l'inf. cheffe, coacher celle-ci apparaîtrait comme essentiel pour établir une continuité dans le processus de mise en œuvre. L'encadrement de l'inf. cheffe par le directeur des soins, a semblé être significatif tout comme l'assistance à fournir un feedback au soignant par exemple par un professionnel qualifié indépendant. L'expérience de l'importance de stratégies de coaching est conforme avec la littérature récente sur le processus de mise en œuvre. Grol and Grimshaw (1999) ont mentionné qu'en général, l'examen du rendement, fournir des feedback, donner des outils pratiques et offrir des incitations ou des sanctions peuvent être des stratégies de coaching qui conviennent pour le changement. De plus, Burgio et al. (2000) a déclaré que la réceptivité des inf. aux. dans les soins aux personnes démentes pour apprendre de nouvelles compétences doit être poursuivie par l'établissement de système de motivation du personnel, comme la supervision comportementale (feedback spécifique suggérant des façons pratiques pour maximiser

les compétences). Ces interventions se sont avérées être un succès pour motiver les inf. aux et assurer le maintien des compétences. Oltkamp (2003) a aussi recommandé plus de supervision et de soutien pour les soignants durant la période d'intervention. Par conséquent, une attention constante aux différents niveaux de gestion/direction a été identifiée comme une stratégie importante pour motiver les soignants à appliquer des interventions compliquées. Dans la présente étude, la combinaison des stratégies de coaching aux différents niveaux pour les inf. aux. comme pour les inf. cheffes semblaient en effet être plus efficace. Le coaching pour les inf. aux. a été donné dans tous les services. Cependant, le coaching des inf. cheffes a besoin de nouveau du soutien de la direction centrale (des soins) et a seulement été offerte dans 2 des 6 services.

La période de mise en œuvre a commencé avec la formation au *snoezelen* pour les soignants. Dans la recherche de Schrijnemaekers, la formation a été considérée par les soignants comme une confirmation de leur pratique actuelle ; cependant, les soignants dans cette étude ont évalué positivement la formation à l'égard de l'amélioration des connaissances et des compétences et la réalisation d'une intention de changer. Par rapport à l'évaluation du programme de formation sur les compétences communicationnelles des inf. en oncologie, les soignants dans notre étude, ont donné une évaluation positive de tous les items (Kruijver, 2001). Il semble apparaître que le programme de formation a atteint ses buts.

Néanmoins, plus de la moitié des participants ont rapporté des obstacles attendus à la mise en œuvre d'un nouveau modèle de soins. La charge de travail perçue, spécifiquement le manque de temps, ont empêché/entravé en effet la mise en œuvre dans tous les services participant. Comme mentionné précédemment, une pénurie de personnel et un manque de soutien de la direction semblent être un obstacle dans certains services.

La mise en œuvre retardée et ajustée a aussi été rapportée par Holtkamp et al. (2001), qui ont trouvé des difficultés comparables à obtenir du personnel qualifié, en raison de manque de personnel ou un renouvellement élevé du personnel.

Le modèle de mise en œuvre a montré que ces problèmes contextuels, qui ne sont pas toujours faciles à résoudre, influence le processus de mise en œuvre. Quand on facilite à la fois les interventions au niveau des soignants et de l'organisation, il est toujours possible de réussir. Toutefois, il doit y avoir un équilibre : s'il y a trop de facteurs obstructifs, ils devraient être traités en premier, avant de commencer la mise en œuvre.

En conclusion, selon les soignants, la mise en œuvre a réussi dans tous les services participant, bien que 2 services étaient en retard avec l'intégration de la stimulation multi-sensorielle dans les soins de 24h. La plupart des soignants ont noté des changements au niveau des résidents. Ils ont observé qu'il y avait plus de contact avec les résidents, le niveau de réponse des résidents augmentait et les résidents étaient plus stables. En ce qui concerne les changements organisationnels, la libération de l'utilisation de l'horloge a été spécialement nommée comme un changement majeur et positif. Il semble nécessaire de créer un milieu de travail centré sur le personnel comme décrit par Kitwood (1997) pour être capable de délivrer des soins centrés sur le résident ou la personne. Le type d'environnement qui s'est avéré nécessaires dans notre étude reflète bon nombre de caractéristiques de l'environnement de type B de Kitwood. Dans les paramètres de type B, le rôle du directeur/gestionnaire est plus de permettre et de faciliter plutôt que contrôler, et cela implique de donner beaucoup de feedback au personnel. L'ensemble du groupe de personnel (directeur, supérieur des soins, assistants de soins) se développe sur la coopération et le partage. Il y a un engagement ferme pour réduire au minimum l'écart de pouvoir. L'organisation est hautement qualifiée en matière de relations interpersonnelles et a des voies de communication bien développées. Les paramètres de type B sont sensibles à ce que les membres du personnel vivent et ressentent. Chaque membre de l'équipe peut soumettre des dossiers, en sachant qu'ils ne seront pas critiqués, mais recevant le soutien dont ils ont besoin. Chaque résident peut être connu dans son unicité grâce à une

combinaison habile d'empathie et de connaissance personnelle (Kitwood, 1997).

Recommandations pour la pratique :

Basées sur cette étude, les conditions préalables les plus importantes pour l'introduction réussie de l'approche Snoezelen en psychogériatrie sont :

- De déterminer la politique de la direction générale avant le début de la mise en œuvre, y compris l'évaluation des obstacles possibles : des propositions pour résoudre ou réduire les obstacles et l'accomplissement des conditions telles que le financement, les installations et les besoins en personnel. La préparation prend environ 9 mois (Drôes et al., 1999).
- Déterminer avec précision le début de la mise en œuvre, en évitant :
 - La mise en œuvre de plusieurs innovations en même temps ;
 - De commencer par une équipe instable.
- Formation pour l'équipe complète par un formateur professionnel qualifié, qui vise non seulement à améliorer les connaissances et les compétences, mais aussi pour réaliser l'intention de changer chez les soignants.
- Des participations des formateurs aux rencontres de suivi
- Des évaluations structurelles du processus de mise en œuvre, ce qui conduit à l'adaptation ou au développement de nouvelles stratégies
- Soutien de l'inf. cheffe à différents niveaux :
 - Par le superviseur pour contrôler les progrès et pour entraîner la poursuite du processus
 - Par une personne indépendante et qualifiée, pour soutenir l'inf. cheffe dans le coaching de l'équipe.
- Soutien des inf. aux. en donnant des feedback réguliers ou de la supervision. Kitwood (1997) conseille une heure de supervision par mois pour tous les employés dans les soins de la démence.
- Des intérêts structurels et du soutien de la direction centrale
- Un plan à long terme de mise en œuvre, incluant un calendrier, budget, formation structurale des nouveaux membres de l'équipe et une évaluation structurale pour établir la poursuite du projet.

Implications pour la recherche :

Les homes, les décideurs et les chercheurs accordent une grande importance dans le temps et l'argent pour développer, mettre en œuvre et étudier les interventions. En l'absence d'une évaluation précise des problèmes de mise en œuvre, les conclusions sur les mesures de résultats sont difficiles à interpréter. Cette étude donne des informations détaillées sur les facteurs facilitant et empêchant. Les résultats nous ont rendus curieux de savoir si les opinions des soignants donnés dans les rencontres de suivi et les interviews se refléteraient dans la pratique quotidienne. Une étude plus approfondie est nécessaire pour déterminer si les comportements des résidents et des soignants a en effet changé positivement.

Seuil de signification et limites :

Cette étude est une recherche expérimentale puisqu'elle fait appel à la randomisation, appelée aussi répartition aléatoire. Le devis est prédictif causal. Il se caractérise par l'établissement de relations de cause à effet entre des variables (Fortin, 2006). Il s'agit dans cette étude de chercher des facteurs facilitant et empêchant la mise en œuvre du snoezelen. La variable dépendante serait dans cet article la mise en œuvre du snoezelen et les variables indépendantes seraient les facteurs facilitant et empêchant. Pour évaluer la qualité de l'étude, il faut se pencher sur la validité interne et externe de l'étude. Concernant la validité externe, il se peut que dans cette étude, on retrouve

	<p>un effet Hawthorne c'est-à-dire le fait d'être conscient de participer à l'étude et donc un risque de modification du comportement ou par une tendance à donner des réponses favorables. En effet, les auteurs se disent curieux et intéressés de savoir si ce que les soignants ont dit pendant les rencontres de suivi et les interview se vérifient réellement dans la pratique. On pourrait faire l'hypothèse qu'ils sont influencés dans leur réponse par le fait qu'ils participent à cette étude.</p> <p>Un élément positif pour la validité interne est la répartition aléatoire entre les 2 groupes. Il ne nous semble pas qu'il y ait de variables étrangères qui puissent influencer sur l'effet de l'intervention.</p>
<p>Commentaires en lien avec la question de recherche</p>	<p>Cette étude nous a permis d'aborder l'utilisation du snoezelen sous un autre aspect, nous nous intéressons ici aux facteurs qui peuvent faciliter ou empêcher la mise en œuvre du snoezelen. Les autres articles sur le snoezelen abordaient plus les bénéfices de son utilisation c'est pourquoi dans ces commentaires nous ne reviendrons pas trop sur ceux-ci mais développerons plus ces différents facteurs.</p> <p>Dans notre esquisse, nous abordons le fait que le soignant peut augmenter les manifestations de SCPD chez un patient en étant davantage centré sur le soin. Ceci est confirmé dans cette étude qui soulève l'importance d'offrir des soins orientés vers la personne et pas sur la tâche à effectuer ce qui représente une condition essentielle à la mise en œuvre du snoezelen. Ainsi de ce point de vue-là le snoezelen serait déjà une approche bénéfique puisqu'orientée vers le résident. Selon les soignants de cette étude, cette nouvelle façon de penser le soin constitue le changement le plus important au niveau individuel.</p> <p>Nous souhaitons aussi relever le fait que dans cette étude, les soignants ont pris conscience que leur comportement a beaucoup d'influence sur le résident puisqu'ils se questionnent sur l'approche à adopter avec chacun d'eux...Avant tout adaptation environnementale ou autre, il est nécessaire de se remettre en question soi-même sur notre façon d'être et d'agir en tant que soignant et personne, élément que nous soulignons dans notre esquisse. Nous ressortons ce paragraphe qui nous semble très évocateur.</p> <p>« En travaillant de manière plus détendue durant les soins du matin, on pourrait s'attendre à un manque de temps pendant le reste de la journée. Cependant, l'expérience des soignants, est qu'ils étaient encore capables de terminer leur travail. Ils ont mentionné que quand il n'y avait pas de bataille durant les soins du matin, le reste de la journée avançait plus en douceur ».</p> <p>Nous abordons, dans notre esquisse, l'importance de l'acquisition de connaissances au sujet de la démence pour offrir des soins de qualité. Dans cet article concernant la mise en œuvre du snoezelen, une grande partie est consacrée à la formation nécessaire. « La formation a été identifiée comme la base pour un changement dans les habitudes ». Celle-ci leur a permis d'améliorer leurs connaissances et compétences dans les soins et leur intention d'initier un changement. Nous ressortons aussi l'importance de recevoir une supervision, un feedback de l'inf. cheffe/de la hiérarchie pour se situer et avancer dans le processus. Nous avons déjà pensé à ces éléments dans notre esquisse et dans les études de Brodaty et al. (2003) et Visser et al. (2008) qui ressortaient aussi cela comme des stratégies de gestion des SCPD et de gestion du stress.</p> <p>Dans l'étude de Visser et al. (2008) sur le soutien de la hiérarchie dans la gestion des symptômes comportementaux de la démence, on voit bien l'importance de tels facteurs. Nous retrouvons cela dans cet article, puisque les soignants mentionnent leurs besoins d'être encouragés et soutenus dans le processus par les inf. cheffes et le directeur de soins notamment. Dans cet article, ce soutien se retrouve aussi dans l'aspect financier qui peut aider à mettre en place un équipement particulier pour la pratique de la stimulation multi-sensorielle. L'autre recherche de Van Weert et al. (2005) mentionnait déjà la question de savoir si les homes ont les capacités financières pour la mise en place d'une telle approche. A leur sens, il ne serait pas forcément nécessaire de faire de gros investissements mais dans cette étude, les auteurs disent quand même que cela est une plus value.</p> <p>Cette étude permet de répondre à une partie de notre question de recherche concernant les interventions infirmières qui peuvent aider à</p>

	<p>communiquer et à maintenir une relation avec une personne sévèrement atteinte de DTA.</p> <p>« La plupart des soignants ont noté des changements au niveau des résidents. Ils ont observé qu'il y avait plus de contact avec les résidents, le niveau de réponse des résidents augmentait et les résidents étaient plus stables ». « De plus, les soignants ont rapporté qu'à leur avis, les résidents agités, agressifs devenaient plus calmes et satisfaits »</p> <p>Nous abordons maintenant les changements organisationnels qui ont aussi été mentionnés dans d'autres études consultées (Brodaty et al., 2003 et Visser et al, 2008) comme étant des éléments dont on doit absolument tenir compte.</p> <p>« L'étude a montré que des changements organisationnels fondamentaux sont nécessaires pour mettre en œuvre un nouveau modèle de soins ». Les services ont par exemple modifié leur organisation journalière en enlevant les horloges. De ce fait, les soignants n'avaient pas absolument besoin de réveiller les résidents à une heure précise pour que tous les soins du matin soient finis avant midi... Ainsi, il est possible que les résidents fassent leur toilette le soir si cela leur convient mieux. Nous pouvons faire un lien direct avec la méthodologie de soins de Gineste Marescotti inspiré du concept d'Humanitude qui d'un point de vue pratique, préconise de respecter le rythme de la personne, ses habitudes... Dans ce concept, le toucher, le regard prennent une place prépondérante. Ceci constitue aussi des principes de la stimulation multi-sensorielle. Ainsi, ces 2 concepts sont très proches.</p> <p>Nous développons maintenant plus précisément les obstacles mentionnés par les soignants pour mettre en œuvre une approche telle que le snoezelen. Plus de la moitié des soignants s'attendent à des barrières à la mise en œuvre du snoezelen particulièrement en ce qui concerne : la charge de travail/manque de temps, manque de personnel, manque d'argent et de matériel, soutien de la direction des soins, manque de chambre ou autres installations et résistance des membres de la famille.</p> <p>Ceci constitue des barrières environnementales. Nous avons déjà pu voir que ces éléments ont une influence sur la satisfaction au travail des soignants (Brodaty et al. 2003). Il s'agit surtout de la charge de travail et du manque de personnel qui limite les soignants notamment dans la possibilité d'échanger entre eux sur leur vécu et ici sur la mise en œuvre optimale d'un nouveau modèle de soins. « Ils rapportent qu'ils n'avaient pas assez de temps, particulièrement dans la première phase de la mise en œuvre du processus quand l'observation des résidents prenaient beaucoup de temps ». Nous avons conscience que nous ne pouvons pas ne pas tenir compte de cela dans nos propositions d'interventions si nous voulons être pertinents et inscrits dans la réalité du monde du travail de la santé actuel.</p> <p>Un nouvel aspect est mentionné dans cette étude. Il s'agit de la collaboration interdisciplinaire. En effet, cela nous semble être pertinent car la prise en charge des personnes démentes est complexe et nécessite des regards et des positionnements de différents intervenants.</p>
--	--

Van Weert et al. (2005) (4) : Effects of snoezelen, integrated in 24h dementia care, on nurse-patient communication during morning care

<p>Auteurs</p> <p>Titre de la recherche</p> <p>Journal</p> <p>Année de publication</p>	<p>Van Weert, J.C., Dulmen Van, A.M., Spreeuwenberg, P.M., Bensing, J.M. & Ribbe, M.W.</p> <p>Effects of snoezelen, integrated in 24 h dementia care, on nurse-patient communication during morning care</p> <p>Patient Education and Counseling</p> <p>2005</p>
--	--

Pays	Netherland ARTICLE 4
Question de recherche Hypothèses Buts de la recherche	<p><u>Etat de la question :</u> Une communication efficace est essentielle à la qualité de vie des personnes âgées résidant dans les EMS. Le pouvoir de la communication est confirmé par la preuve que les résidents répondent aux soins et vivent plus longtemps quand ils sont engagés dans une relation interpersonnelle avec les soignants.</p> <p>Dans les établissements de soins pour la démence, la communication entre les résidents et les soignants est plus compliquée par le déclin dans les capacités de communication verbale et non-verbale des patients déments. Les déficiences cognitives des résidents déments dans les homes rend la tâche essentiel pour les soignants d'adapter leur communication aux capacités des résidents.</p> <p>En conséquence, il y a des arguments considérables dans la littérature sur le besoin de formation spécialisée pour les soignants dans les soins gériatriques. Les problèmes de communication des soignants peuvent être résumés comme des stéréotypes négatifs des résidents et de leurs besoins communicationnels, dévalorisant la communication en comparaison des aspects physiques et médicaux des soins aux patients.</p> <p>Le snoezelen ou stimulation multi-sensorielle est supposée être un outil approprié pour communiquer avec les patients sévèrement atteints parce qu'il ne fait pas appel à des capacités intellectuelles.</p> <p>Le snoezelen dans les soins de 24h est combiné à une approche centrée sur la personne avec la stimulation des sens par la lumière, le son, le goût et l'odorat. Le but final est d'améliorer ou de maintenir le bien-être des personnes démentes.</p> <p>Jusqu'à mtn, peu de recherches ont été faites pour étudier les effets du snoezelen. La plupart des études évaluaient les effets des sessions de snoezelen dans une chambre spéciale sur les comportements des patients déments. Dans quelques essais, des résultats positifs immédiats ont été trouvés sur les cpts des résidents mais les effets à long terme ne sont pas évidents.</p> <p><u>But de la recherche :</u> Le but de la présente recherche est d'investiguer dans quelle mesure les inf. aux. certifiées parviennent à modifier leur communication conformément aux principes sous-tendant la philosophie snoezelen. Les effets de la mise en œuvre du snoezelen sur les comportements actuels de communication des résidents déments dans les homes sont aussi examinés.</p> <p>Les questions de recherches sont les suivantes :</p> <p>Quels sont les effets de la mise en œuvre du snoezelen dans les soins de 24h sur les cpts réels de communication des inf. aux. dans les soins du matin ?</p> <p>Quels sont les effets de la mise en œuvre du snoezelen dans les soins de 24h sur les cpts réels de communication des résidents déments durant les soins du matin ?</p> <p><u>Les hypothèses :</u> En particulier, l'hypothèse a été faite que la mise en œuvre du snoezelen amènerait les changements suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Une augmentation des cpts non verbaux des inf. aux et des résidents (toucher thérapeutique, le sourire...) • Une augmentation de la communication verbale des inf. aux. avec le besoin d'établir une relation de confiance • Une diminution de la communication instrumentale négative des inf. aux. et des résidents.
Population/échantillon	12 services de psychogériatrie dans 6 homes en Hollande (6 services expérimentaux > reçoit la formation et la mise en œuvre du snoezelen est faite et 6 services contrôle > soins habituels). Période de mise en œuvre : 18 mois entre janvier 2001 et février 2003.

	<p>Les critères d'inclusion sont les mêmes > voir étude de Van Weert et al. (2005) (1) 120 résidents (60 dans le groupe expérimental et 60 dans le groupe contrôle). Critères d'inclusion : démence modérée à sévère selon le DSM-III-R, dépendance modérée à sévère dans les soins évaluée à l'aide de l'échelle de dépendance dans les soins (CDS) (échelle de likert à 5 points, le score total allant de 15 à 75, le score le plus haut = le moins de dépendance dans les soins, pas d'autres diagnostics psychiatriques, pas de grande déficience des organes des sens, ne pas être alité. Pour la sélection des inf. aux. : elles ont toutes été incluses même celles qui travaillent la nuit de temps en temps, mais pas celles travaillant uniquement la nuit. Voir les autres critères d'inclusion dans la grille de Van Weert et al. (2005) (1).</p>
Design = devis Aspects éthiques	<p>Devis quasi-expérimental avec une pré et post-intervention Voir pour plus de détails le chapitre design de l'étude de Van Weert et al. (2005) (1) car c'est la même chose. Un consentement écrit a été obtenu des résidents ou du représentant légal. Il leur a été aussi dit qu'ils peuvent se retirer de l'étude quand ils le souhaitent.</p>
Méthodologie	<p>Premièrement, les soignants ont sélectionné un minimum de 15 résidents qui remplissaient les critères ci-dessus. Ensuite, chaque résident a été associé à une inf. aux. Chaque couple inf. aux. – résident a été enregistré une fois dans le pré-test et une fois dans le post-test durant les soins du matin (depuis qu'elles arrivent au pied du lit jusqu'à ce qu'elles quittent la chambre). Quand le niveau de capacités intellectuelles des résidents permet la communication verbale, l'inf. aux. informent le résident de l'enregistrement et demandent sa permission. Les inf. aux. comme les assistants de recherche ont été formés pour arrêter l'enregistrement quand ils remarquaient des réactions négatives du résident, causées par la présence du chercheur ou en lien avec l'enregistrement. Pour être sûr d'avoir au moins 60 résidents que l'on peut inclure dans le pré et le post-test les services expérimentaux ont été formés pour appliquer le snoezelen à de nouveaux résidents s'ils remplissaient les critères. Ceci permettait de remplacer les résidents qui ont dû quitter l'étude. Le post-test a lieu 18 mois après le pré-test, temps nécessaire pour une mise en œuvre adéquate. <u>Intervention :</u> <i>La formation</i> Les infirmières auxiliaires ont été formées au snoezelen par des formateurs qualifiés et expérimentés du centre Bernardus. La formation interne incluait 4 sessions/sem. et des devoirs. Les objectifs principaux de la formation étaient d'améliorer les connaissances et compétences des soignants avec le regard snoezelen et de motiver tous les membres de l'équipe à mettre en œuvre un nouveau modèle de soins sur 24h. La philosophie sous-jacente du snoezelen est compatible avec le développement de soins centrés sur la personne, laquelle a pour but de maintenir la personnalité en acquérant des connaissances sur chaque individu et en montrant une participation affective. Durant la formation, une attention a été mise aux attitudes des inf. aux. face à la communication verbale et non verbale et le besoin d'attention verbale et non verbale. En ce qui concerne la communication, la formation s'est concentrée en particulier sur : <ul style="list-style-type: none"> • Le développement de la sensibilité des inf. aux. sur les besoins physiques, sociaux et émotionnels des résidents (en donnant de l'attention aux cpts verbaux et non-verbaux et apprenant à les interpréter). • Etablir le contact avec les résidents déments et en leur montrant de l'empathie et de l'affection • En encourageant les résidents à être réactifs (en attendant une réponse) • En évitant de corriger la réalité subjective des résidents (par la validation) </p>

De plus, la formation a mis l'attention sur les compétences pratiques nécessaires pour l'application de la stimulation multi-sensorielle comme faire une récolte des données sur l'histoire de vie avec les membres de la famille, les préférences sensorielles et écrire un plan de soins décrivant comment approcher le résident et comment intégrer la stimulation multi-sensorielle dans les soins de 24h.

Mesure des résultats :

L'efficacité du snoezelen a été étudiée avec les enregistrements des soins du matin. Comme les soins du matin ont lieu dans tous les services chaque matin cela permet une comparaison non biaisée entre le groupe contrôle et le groupe exp. Les soins du matin sont un moment idéal pour stimuler les sens (tactiles, visuels, auditifs, olfactifs) et pour intégrer des éléments de la méthodologie snoezelen.

L'évaluation vidéos des cpts de communication durant les soins du matin a été faite par 3 observateurs indépendants qui ne savaient pas dans quel groupe se trouvait le résident (double aveugle). Chaque vidéo a été évalué 3 fois (2 fois pour coder les cpts non-verbaux et une fois pour coder les cpts verbaux).

Les indicateurs de communication non verbale :

Basés sur la recherche de Caris-Verhallen et al. et Kerstra et al et Kruijver, les cpts affectifs non verbaux apparaissent comme particulièrement important pour établir une relation soignant-soigné. Le régime d'observation contient les indicateurs suivants du rapport des capacités de communication non verbale :

3 catégories non-verbales affectives pour les inf. aux : contact avec les yeux (regard dirigé vers le résident : l'inf. aux. regarde le résident dans les yeux), toucher affectif (toucher relativement spontané, lequel n'est pas nécessaire pour accomplir une tâche, montre de l'empathie), le toucher instrumental (contact physique délibéré, qui est nécessaire pour mener à bien une tâche) et le sourire (énoncé du visage conviviale dirigé vers le résident) et

2 catégories non-verbales affectives pour les résidents : contact avec les yeux (regard dirigé vers l'inf. aux. : le résident regarde l'inf. aux. dans les yeux), sourire. Ces éléments facilitent l'interaction. Le contact avec les yeux, le toucher affectif et le sourire transmettent de la convivialité, de la proximité et de l'écoute. En plus, le toucher instrumental a été mesuré. Le toucher instrumental est inhérent aux soins et ne joue pas un rôle dans le rapport mais il a été observé pour le distinguer du toucher affectif.

Le tableau 1 montre les définitions des indicateurs non verbaux. Pour le contact avec les yeux le toucher affectif et le toucher instrumental, la durée a été évaluée. Pour le sourire, la fréquence a été comptée parce que la durée du sourire est souvent trop courte pour évaluer de manière fiable.

Les indicateurs de communication verbale :

La communication verbale soignant-résident a été analysée en utilisant la version de Roter Interaction Analysis System (RIAS) à l'origine développée par Roter et plus loin adapté à la communication avec les patients âgés par Caris-Verhallen et al. et à la communication avec le patient dément par Kerstra et al. Le schéma utilise des énoncés verbaux, il y a 19 catégories. Le tableau 2 donne un aperçu des catégories utilisées dans cette étude.

Dans la RIAS, une distinction est faite entre la communication affective et la communication instrumentale, les deux étant essentielles dans les soins. La communication positive affective est nécessaire pour établir une relation de confiance entre le résident et l'inf. aux. (ex : la conversation sociale qui n'a pas de fonction particulière dans les activités de soins, montrant l'accord et la compréhension). La communication instrumentale inclut la communication qui structure la rencontre, stimule l'autonomie et l'échange d'infos.

De plus, des adaptations spécifiques à cette étude ont été faites pour adapter le système d'observation à l'interaction entre le soignant et

	<p>le résident dément. A l'intérieur du domaine « la communication affective négative » a été distinguée, incluant la désapprobation et la colère lesquelles sont attendus comme ayant une influence négative sur la relation inf. aux /résident. De plus, deux sous-catégories ont été spécifiées dans le domaine « communication affective positive » à cause de leur valeur avec le concept snoezelen. Premièrement, la catégorie « discussion sur la stimulation sensorielle » comme parler sur la couleur des habits. Deuxièmement, la catégorie « validation » ou « communication orientée sur les émotions » signifiant que la discussion est adaptée à la réalité subjective perçue par le résident, si le résident est confus ou pas.</p> <p>Dans le domaine instrumental, le cluster « communication instrumentale négative » est distingué contenant « la communication cognitive ». La communication cognitive inclut le fait de fournir des connaissances factuelles, lesquelles sont utiles dans le contexte de la situation actuelle, contrôler les connaissances des faits du résident ou corriger les faits exprimés par les résidents. Comme le snoezelen ne fait pas appel aux capacités intellectuelles du résident, l'utilisation active de la communication cognitive pourrait rendre le résident confus et est donc évitée. Nous distinguons les questions ouvertes et les questions fermées sur les connaissances des faits, parce que les questions fermées sont considérées comme moins perturbantes pour les patients déments que les questions ouvertes.</p> <p>La fiabilité a été évaluée à l'aide du coefficient de Pearson.</p> <p><u>Analyse des données :</u></p> <p>Des statistiques descriptives ont été obtenues sur les caractéristiques des sujets dans le pré et le post-test et dans les 2 groupes (utilisation du t-test).</p> <p>L'analyse des observations enregistrées a été faite avec des statistiques descriptives. La fréquence des énoncés verbaux dans chaque catégorie des schémas d'observation a été calculée ainsi que la durée moyenne des cpts non-verbaux « regard », « toucher instrumental » « toucher affectif » et la fréquence moyenne des sourires.</p> <p>Dans l'analyse de la communication des inf. aux., l'âge, le genre, l'expérience de travail et la période de travail dans le service ont été ajoutés dans le modèle comme covariantes. Des analyses ajustées ont aussi été faites car les possibilités de communication pour les inf. aux. dépendent de l'implication des résidents (dépendance dans les soins, déficit de mémoire, âge, depuis quand il sont au home et le sexe).</p> <p>Le nombre de service (n=6) est trop petit pour permettre la comparaison entre les sous-groupes ou pour prendre en compte les similarités entre les services.</p>
Résultats	<p><u>Caractéristiques des résidents :</u></p> <p>Les groupes expérimentaux et les groupes contrôle sont comparables sur les caractéristiques avec une exception pour l'âge. Dans le post-test, le groupe exp. est significativement plus âgé que le groupe contrôle. Bien que l'âge ne semble pas apparaître comme un facteur d'importance pour la dépendance, la différence est comptée dans les analyses. Pas d'autres différences n'est trouvée.</p> <p><u>Caractéristiques des inf. aux. :</u></p> <p>Il n'y a pas de différence significative dans les caract. entre les groupes exp. et les groupes contrôle. La majorité des soignants sont des femmes avec une moyenne d'âge de 36 ans et près de 8 ans d'exp.</p> <p><u>Effets de la communication non verbale :</u></p> <p>Le tableau 5 fournit les moyennes ajustées estimées et les scores de changement pour le groupe expér. en comparaison du groupe contrôle sur la communication non verbale.</p> <p>Sur toutes les mesures, les scores de changement négatif indiquent un changement en faveur du groupe exp. En ce qui concerne les cpts</p>

	<p>non- verbaux des inf.aux. un effet significatif du TTT a été obtenu pour la durée du contact avec les yeux, le toucher affectif et le nombre moyen de sourires. Au prorata de la durée totale des soins du matin, les pourcentages de contact avec les yeux (regard dirigé vers le résident) et de toucher affectif augmentent significativement, pendant que le pourcentage de toucher instrumental reste le même.</p> <p>En ce qui concerne, le cpt non-verbal des résidents, la durée du contact avec les yeux (regard dirigé vers l'inf. aux) et la moyenne du nombre de sourires des sujets expérimentaux augmentent significativement. Le pourcentage de contact avec les yeux à l'intérieur du groupe exp. montrent aussi une augmentation signif. mais en comparaison avec le gr. contrôle, le score total de changement n'est pas significatif.</p> <p>Les soins du matin avec les inf. aux. formées ont tendance à être plus longs. La longueur totale des soins du matin augmentent significativement dans le gr. expér. comparé au groupe contrôle.</p> <p><u>Effets sur la communication verbale :</u></p> <p>Les effets de l'application du snoezelen sur la communication verbale des inf. aux. durant les soins du matin sont présentés dans le tableau 6. Sur les mesures représentant la communication verbale positive (affective et instrumentale) les scores de changement négatif indiquent une différence en faveur du groupe exp. Les effets signif. du TTT sont particulièrement visibles dans les catégories « communication affective positive » et « communication instrumentale positive ». Ces effets sont principalement causés par des augmentations significatives dans les sous-catégories suivantes : conversation sociale, entente et compréhension, discussion sur la stimulation sensorielle, donner des infos et autonomie. Par ailleurs, le cpt affectif négatif et le cpt instrumental négatif diminuent en faveur du groupe exp. Le nombre total d'énoncés verbaux de inf. aux. montrent une diminution signif. dans le groupe exp.</p> <p>Au prorata du nombre total d'énoncés verbaux, les pourcentages de discussion sur la stimulation sensorielle et l'autonomie diminuent et les pourcentages de désapprobation, de colère, de connaissances et de questions ouvertes sur les connaissances diminuent.</p> <p>Les effets sur la communication verbale des résidents sont présentés dans le tableau 7. Un effet significatif du TTT a été trouvé dans la catégorie communication affective négative. Plus de détails dans l'analyse révèlent dans le post-test que les résidents dans les conditions exp. montrent moins de désapprobation et de colère alors que ceux dans les conditions contrôle augmentent dans les manifestations de colère. De plus, l'analyse de la communication des résidents montre une augmentation significative dans l'autonomie (donner son opinion, faire des choix) chez les résidents dans les conditions expér. Par conséquent, le nombre total de réponses instrumentales positives augmentent significativement dans les conditions expér., bien que ne menant pas à un effet significatif dans le score de changement total.</p> <p>Les résidents dans les conditions exp. montrent aussi significativement plus d'énoncés verbaux dans le post-test que dans le pré-test. Pourtant, un score total de changement n'a pas été atteint.</p> <p>Il n'y a pas de changements significatifs dans le ratio de comportement affectif (positif ou négatif) versus le comportement instrumental (positif ou négatif) des résidents.</p>
<p>Cadres de référence et concepts utilisés Discussion et seuil de signification</p>	<p>Le concept développé dans cette étude est celui du snoezelen. (voir autre étude de Van Weert et al., 2005). Un autre concept est celui des soins du matin qui constitue le moment précis durant lequel les auteurs souhaitent évaluer la communication. L'efficacité est évaluée durant un moment bien défini et délimité : les soins du matin c'est-à-dire de 7h à midi dans les activités comme les soins d'hygiène. Les expériences cliniques et la littérature ont indiqué que la période des soins du matin est difficile pour les résidents et les inf.aux. parce que c'est le temps où les comportements problématiques comme l'agitation arrivent fréquemment.</p> <p>Les cadres de référence sont à notre sens, les indicateurs de communication non verbale et les indicateurs de communication verbale</p>

dont ce sont inspirés les auteurs. Voir dans le paragraphe sur les mesures des résultats. Les principes de communication en lien avec la philosophie du snoezelen constituent pour nous aussi le cadre de référence.

Durant le snoezelen, une attitude empathique, affective des soignants est essentielle : les soignants doivent être se concentrés sur le partage et entrer dans l'expérience des résidents déments et créer une atmosphère de confiance et de relaxation. Pour promouvoir un sens d'unité mutuelle avec le résident, les soignants doivent trouver l'équilibre dans leurs interactions entre le verbal et le non verbal. La communication non verbale soutient la communication verbale, transmet les attitudes interpersonnelles et les états émotionnels et fonctionne comme un substitut pour le langage quand c'est possible. Le toucher est très important dans l'établissement d'une relation et peut être utilisé pour montrer de l'affection, du soin et du confort. La communication verbale qui fait appel à des capacités cognitives ne correspond pas à l'approche snoezelen. En incorporant ces principes de communication sous-tendant l'approche snoezelen les soins orientés sur le résident peuvent être fournis lesquels devraient diminuer les cpts problématiques et augmenter la qualité de vie.

Discussion :

Les résultats de cette étude soutiennent l'utilisation des principes du snoezelen par les inf. aux. pour des améliorations sont observées dans la communication verbale et non-verbale dans les soins de la démence. Les inf. aux appliquant l'approche snoezelen dans les soins du matin démontrent plus de rapport de capacités dans les cpts non verbaux (regard orienté vers le résident, toucher affectif, sourire) que le groupe contrôle lequel applique des soins habituels. En ce qui concerne la communication verbale, ils montrent plus de communication affective, particulièrement de conversation sociale, entente et compréhension et discussion sur la stimulation sensorielle. La communication verbale négative comme fournir des connaissances factuelles ou les manifestations de désapprobation diminuent. La communication améliorée des inf. aux formées semblent faciliter la communication réactive des résidents. Les résidents montrent une augmentation dans les regards dirigés vers les inf. aux. et les sourires comme une diminution dans la désapprobation verbale et la colère. Ces conclusions sont en accord avec nos hypothèses. De façon inattendue, les inf. aux. du groupe exp. donnent plus d'infos facilitant l'autonomie (communication instrumentale). Les résidents à leur tour montrent une augmentation dans le fait de prendre leur autonomie (donner son opinion, faire des choix). Bien que ces résultats n'étaient pas attendus à l'avance, ils sont assez faciles à expliquer. Durant la formation « snoezelen pour les soignants », les inf. aux ont appris à être plus conscients des besoins physiques, sociaux et émotionnels des résidents. Un de ces besoins, souvent identifiés par les inf. aux semble être le besoin d'infos. Prendre en compte les possibilités des résidents semble en être un autre. En permettant au résident de faire ce que l'on ne pensait pas qu'il parviendrait à faire auparavant, l'inf. aux facilite l'autonomie du résident.

La durée moyenne des soins du matin a aussi augmentée dans le groupe exp. Comparé à une étude descriptive précédente mesurant la durée des soins dans 2 services de psychogér. hollandais en 1996, la durée moyenne des soins du matin était de 2.2 minutes plus courtes dans le pré-test dans cette étude (21.2 minutes en 1996 contre 19 min en 2000). Dans le post-test (en 2001), la durée moyenne des soins du matin augmentent à 23.7 min. dans le groupe exp. C'est intéressant comme la communication change (augm. de la commun. non verbale des inf. aux et des résidents) coïncide avec la durée des soins du matin. On pourrait faire valoir que durant des soins du matin plus longs, les inf. aux. ont plus d'opportunités de communiquer, juste parce qu'elles ont plus de temps pour le faire. Par conséquent, seuls les résultats proportionnés ont leur importance. Une ligne plus fondée sur la théorie du raisonnement connu de la recherche sur la communication docteur-patient est que l'utilisation des cpts verbaux et non verbaux par les soignants encourage le patient à répondre avec des durées de consultations plus longues en conséquence. Suivant cette hypothèse, les mesures absolues devraient être présentées pour éviter les (réels) effets d'amélioration de la communication verbale et non verbale en étant masqué par des mesures relatives.

Selon Bensing et al., ces lignes de raisonnement semblent être particulièrement vraies pour la pratique générale et renforce chacun dans un processus circulaire. Les soins de la démence diffèrent spécialement des soins somatiques dans les attentes que l'on pourrait avoir de la communication du patient. Les résidents déments des homes ne peuvent généralement pas être prévu pour initier la communication ; ils peuvent de manière plus probable répondre aux encouragements d'autres personnes. Cela signifie que les efforts des soignants pour faciliter la réponse des résidents pourraient être encore plus importants que dans les autres contextes de soins. De plus, les résidents ont besoin de temps pour assimiler l'entrée des inf. aux. et pour être capable de fournir une réaction. Prendre cela en compte, semble plus probable d'augmenter les initiatives de communication des inf. aux. dans le but de faciliter de manière adéquate les réponses des personnes démentes. Cela sera suivi automatiquement par une augmentation de la longueur des soins du matin. Ce qui soulève la question de savoir si un engagement a augmenté au cours du temps des soins du matin doit être considéré comme problématique.

Dans les soins de la démence, il y a peu de moments de soins avec la possibilité de contact individuel réel entre les inf. aux. et les résidents. Les soins du matin en font partie. Les routines de soins individuelles pourraient entraîner un profit durant le reste de la journée. Ce train de pensée a été confirmé par les inf. aux. du groupe exp. Elles ont mentionné que quand une bataille durant les soins du matin pouvait être évitée et le résident reste de bonne humeur durant les soins de routine, le reste de la journée progressait plus en douceur aussi. Elles ont aussi rapporté qu'elles arrivaient quand même à finir leur travail. De plus, la mise en œuvre du nouveau modèle de soins ne requièrent pas une expansion du nombre de soignants, ce qui suggère que le passage dans l'investissement de temps a été fait. En conclusion, l'engagement dans le temps dans les soins du matin pourrait être faisable dans l'environnement des soins parce que les bénéfices semblent balancer l'investissement de temps.

Forces et limites :

Cette étude montre que l'observation des comportements peut être utilisée dans le contexte d'une étude.

Cette étude a aussi des limites. Comme elle utilise des enregistrements vidéos, les réactions des inf. aux. à l'observation pourraient être un problème potentiel. Les compétences de performance des inf. aux. durant l'observation pourraient être influencés par des facteurs sociaux et pourraient ne pas être complètement représentatif.

A cause que l'intervention est une combinaison de principes de communication et l'application de stimulation sensorielle, ce n'est pas possible de dessiner une conclusion fixée sur les contributions séparées de chaque élément.

La présente étude montre que les inf. aux. ont utilisé les principes de communication sous-tendant le snoezelen 18 mois après la formation. Si une formation distincte dans les compétences de communication ou une formation distincte dans l'application du snoezelen amènent les mêmes conclusions, cela devrait être étudié dans de futures recherches.

Pour observer la communication non verbale, nous nous sommes appuyés sur les instruments utilisés dans les études de Caris-Verhallen, Kerkstra et al. et Kruijver. En ce qui concerne la communication verbale, nous avons construit avec RIAS. Ces instruments ont prouvé qu'ils étaient fiables et valides dans l'analyse de la communication soignant-patient. Le RIAS contient un nombre large de variables en ce qui concerne tant la communication des inf. aux. que des résidents. Dû à cela, il y a une diminution dans le pouvoir des tests statistiques et en même temps une augmentation dans le risque de faux positifs.

Les résultats de la présente étude révèlent par exemple que le cpt affectif non verbal augmente pdt que le nombre d'énoncés verbaux affectifs changent à peine. Cela suggère que l'empathie et l'affection sont principalement exprimées de manière non verbale. Le regard et le toucher affectif sont essentiels dans la relation soignant-soigné et le sourire est aussi supposé comme une caractéristique importante pour un soignant qui souhaite établir un bon rapport avec les patients. Cependant, l'affection verbale peut aussi être exprimée par

	<p>l'utilisation de communication sociale ou en demandant l'opinion du résident au lieu de l'utilisation des états affectifs explicitement prononcés. C'est intéressant d'évaluer la qualité de l'interaction dans de futures recherches pour trouver si les inf. aux. ont la juste attitude et si elles agissent d'une façon empathique et respectueuse.</p> <p><u>Implications pour la pratique :</u></p> <p>Dans les soins de la démence, des idées ont été développées rapidement dans les dernières années et la philosophie sous-jacente du snoezelen est compatible avec ce type de développement. Sous-tendant la formation des compétences dans une philosophie de soins centrés sur la personne est essentiel. Cette étude fournit la preuve d'un bénéfice perçu de la formation dans le snoezelen chez les résidents et les soignants dans les homes. Les buts du snoezelen sont de répondre aux besoins individuels de la personne. La mise en œuvre du snoezelen contribue à une meilleure compréhension de la situation du résident et aident les inf. aux à comprendre ce qui est important dans la vie des résidents. Pour atteindre cela, les soignants ont besoin d'avoir des compétences de communication, formés pour faciliter une communication efficace malgré les difficultés de communication des patients déments. Formés les inf. aux. à fournir des soins snoezelen tient ses promesses comme une approche pour améliorer l'environnement de la communication dans les homes. En fin de compte, la réalisation des environnements de communication optimale dans les homes est considérée comme contribuant à la satisfaction au travail et au bien-être. Atteindre les buts d'un programme de formation requière un leadership d'équipe solide et de la communication, une définition claire des buts orientés sur les patients et la compréhension et l'appréciation des rôles dans les disciplines variées, et partager les responsabilités pour le patient.</p> <p>Dans la présente étude, des changements favorables à l'intérieur des catégories verbales et non verbales ont lieu. Les programmes de formation d'habitude attirent moins l'attention sur les performances des compétences non verbales. Le comportement non verbal semble faciliter les réponses des résidents de manière efficace. En ce qui concerne la communication verbale, spécialement la facilitation de l'autonomie semblent résulter des réponses des résidents. Même si les résidents sévèrement atteints de démence semblent capables de faire des choix entre, par exemple, deux vêtements qu'on leur propose. En stimulant l'autonomie (verbal et non verbal), les résidents sont soutenus dans leurs propres choix et trouvent leur propre réponse, ceci s'est avéré possible jusqu'à un stade avancé de la maladie.</p> <p><u>Seuil de signification :</u></p> <p>Voir grille de lecture critique</p>
<p>Commentaires en lien avec la question de recherche</p>	<p>Nous retenons les liens avec la satisfaction au travail et le bien-être. Importance tant de la communication verbale que non verbale. Impact du snoezelen sur la façon de communiquer des soignants</p>

Grille de lecture critique d'un article scientifique quantitatif : Van Weert et al. (2005) (4)

Aspects du rapport	Questions	oui	Non	Peu clair	Commentaires
Titre	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?	X			

Résumé	-Contient-il les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?	X			
Introduction Enoncé du problème	-Le problème de recherche est-il énoncé clairement ?	X			Oui, les auteurs développent beaucoup l'importance tant de la communication verbale que de la communication non verbale avec les résidents ayant une atteinte cognitive.
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur les variables étudiées ?	X			
Cadre théorique ou conceptuel	-Les principales théories et concepts sont-ils définis ?	X			Le concept à l'étude est le snoezelen que les auteurs définissent bien et mettent en lien avec la thématique principale de la recherche à savoir la communication soignant-soigné. Le deuxième concept serait les soins du matin durant lesquels les auteurs souhaitent évaluer la communication. Comme cadre de référence, nous mettons en évidence les indicateurs de la communication verbale et non verbale sur lesquels les auteurs s'appuient pour analyser les résultats. Les principes de communication sous-entendus dans la philosophie snoezelen font aussi partie du cadre de référence.
Hypothèses	-Les hypothèses sont-elles clairement formulées ?	X			Les hypothèses sont clairement décrites et mises en évidence dans le texte.
	-Découlent-elles de l'état des connaissances (théories et recherches antérieures ?	X			Oui, elles se basent sur les principes de communication en lien avec la philosophie du snoezelen.
Méthodes Devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ?	X			Il s'agit d'un devis de recherche quasi expérimental car il n'y a pas eu à chaque fois une répartition aléatoire. Le devis quasi expérimental est moins efficace parce que, en l'absence de répartition aléatoire, il est impossible de supposer que le groupe expérimental et le groupe témoin sont équivalents au départ » (Loiselle & Profetto-McGrath, 2007, p.190). Certains services ont été répartis de manière aléatoire et les autres ont été répartis selon des critères pratiques > risque de biais. Toutefois, les auteurs disent avoir évalué ces risques de biais.
Population et contexte	-La description de l'échantillon est-elle suffisamment détaillée ?	X			
	-La taille de l'échantillon est-elle adéquate par rapport au contexte de la recherche ?	X			Cela fait un total de 120 infirmières aux. ce qui représente quand même un chiffre considérable.
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	X			Il s'agit des indicateurs de communication verbale et non verbale qui sont décrits de façon détaillée.
	-Les variables à mesurer sont-elles décrites et opérationnalisées ?				

Déroulement de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ? -A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?	X			Le consentement a été demandé. Toutes les considérations éthiques sont respectées. Les auteurs décrivent comment se sont passés les récoltes de données par le biais d'enregistrement vidéo.
Résultats Traitement des données	Des analyses statistiques ont-elles été entreprises pour répondre à chacune des hypothèses ?	X			Toutes les mesures statistiques utilisées ont été décrites.
Aspects du rapport	Questions	oui	Non	Peu clair	Commentaires
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			Oui, les résultats sont présentés de manière claire et détaillée à l'aide de tableaux qui permettent de synthétiser les infos.
Discussion Intégration de la théorie et des concepts	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir du cadre théorique et conceptuel, ainsi que des recherches antérieures ?	X			La discussion est très détaillée et est construite à l'aide des résultats des études antérieures.
	-Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?	X			Dans les parties sur les limites de l'étude et sur les implications pour la pratique, les auteurs parlent de manière générale.
	-les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?			X	Le chapitre sur les limites est très développé mais pas toujours très compréhensibles pour le lecteur. C'est la seule critique que l'on peut faire sur cette étude.
Perspectives futures	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?	X			Les implications pour la pratique sont détaillées de façon précise et nous semblent pertinents.
Questions générales Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			
Evaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?	X			La seule critique que nous émettrons concerne le chapitre sur les limites de l'étude qui n'est pas facile à comprendre sinon l'étude suit une méthodologie rigoureuse.

Zimmerman et al. (2005) : Attitudes, Stress, and Satisfaction of Staff Who Care for Residents With Dementia

<p>Auteurs</p> <p>Titre de la recherche</p> <p>Journal</p> <p>Année de publication</p> <p>Pays</p>	<p>Zimmerman, S., (doctorat) Williams, C.S., (doctorat) Reed, P.S., (doctorat) Boustani, M., (Docteur of medicine) Preisser, J.S., (doctorat) Heck, E. (master of social work) & Sloane, P.D. (Docteur of medicine) Attitudes, Stress and Satisfaction of Staff Who Care for Residents With Dementia The Gerontological Society of America</p> <p>2005</p> <p>Etats-Unis</p>
<p>Question de recherche</p> <p>Hypothèses</p> <p>Buts de la recherche</p>	<p><u>Etat de la question :</u></p> <p>Les fournisseurs de soins directs dans les établissements de longue durée ont un travail difficile. Les infirmières et le personnel soignant travaillent de longues heures, sont mal payés, reçoivent des bénéfices minimaux et sont sujets aux blessures et à la dépression (Deutschman, 2000 ; Mercer, Heacock & Beck 1993 ; Schrim, Uhman & Barton, 1996). Ironiquement, concomitant avec ces défis, c'est la reconnaissance que ces travailleurs sont au cœur de la qualité de vie des résidents, et que la relation entre le résident et le soignant est un élément central de cette qualité (Bowers, Esmond & Jacobson, 2000). Ainsi, les approches exposées et les facteurs de stress vécus par les aides-infirmiers et aides-soignants personnels sont d'une importance pour le bien-être non seulement des travailleurs eux-mêmes, mais aussi des résidents et des familles qu'ils servent. Cela peut être une surprise, alors que beaucoup de recherches considèrent le stress dans la prise en charge des personnes démentes chez les aidants familiaux, peu de recherches ont investigué ces facteurs de stress chez les soignants dans les soins de longue durée (Mackenzie & Peragine, 2003 ; Mccarty & Drebing, 2003). Cet oubli s'applique aux soins dans les homes dans lesquels plus de 50 % des résidents ont une démence (Krauss & Altman, 1998) – et dans les soins en établissement/aide dans le milieu de vie (RC/AL = appartements protégés ? home simple ???), dans lesquels 24 à 42 % des résidents ont une démence modérée à sévère, incluant jusqu'à 8 % de démence sévère (Zimmerman & Sloane, 1999).</p> <p>Les questions en lien avec l'offre de soins dans ces RC/AL sont particulièrement étudiées car cet élément de soins de longue durée a récemment connu une croissance significative. Voir définition dans le cadre de référence. Entre 15 et 37 % des résidents sont affaiblis dans 3 ou plus dépendances de base (habillage, se nourrir et les transferts) et 37 à 49 % présentent des symptômes comportementaux, avec des taux de dépréciation qui tendent à être plus élevés dans les petites institutions (Zimmerman, Sloane & Eckert, 2001 ; Zimmerman et al., 2003). Comme RC/AL est devenu un site de soins remarquable de plus d'un million de personnes (Golant, 2004), il est important qu'ils soient inclus lorsque des déclarations sont faites sur la situation du prestataire de soins directs en soins de longue durée.</p> <p>Le modèle théorique du stress chez les soignants dans les homes fournit des connaissances de base aidantes pour ce sujet. Voir définition dans le cadre de référence. Un taux de renouvellement dépasse 100 % dans plusieurs établissements de soins de longue durée (Pillemer, 1997), le temps est venu de mieux comprendre les attitudes, les facteurs de stress et la satisfaction des soignants qui offrent des soins à ces</p>

	<p>personnes démentes.</p> <p><u>Buts de la recherche :</u></p> <p>Nous avons conçu cette étude pour examiner les attitudes que les soignants dans les soins de longue durée ont face à la démence, le stress qu'ils éprouvent au travail et la satisfaction qu'ils retirent de travailler avec ces résidents. Nous explorons les différences par types d'établissements et les caractéristiques des travailleurs, et d'examiner les sources de stress, les variables intervenants, le niveau résultant de stress et les réponses au stress. Nous terminons avec des suggestions sur des pas qui pourraient être faits pour affecter/influencer les attitudes, le stress et la satisfaction qui ont une implication dans la qualité des soins.</p>
Population/échantillon	<p>Les établissements et les équipes participant dans ce projet font partie des études en collaboration avec les soins de longue durée (CS-LTC), un consortium de plus de 350 RC/AL et homes à travers 4 états (Floride, Maryland, New Jersey et Caroline du Nord) qui ont participé à des études liées à la qualité de vie et la qualité des soins depuis 1997. Utilisant la typologie développée par CS-LTC, le projet de soins dans la démence inscrit 4 différents types d'établissement : les homes, les établissements RC/AL avec moins de 16 lits, les RC/AL traditionnels et les nouveaux modèles d'établissements RC/AL qui se distinguent par l'offre de soins infirmiers qui s'adressent à une population affaiblie. Les détails de CS-LTC et de la typologie des établissements peuvent être trouvés ailleurs (Zimmerman et al., 2001).</p> <p>Le projet de soins dans la démence utilise en grappe plusieurs stratégies d'échantillonnages. Il inscrit un échantillon raisonné de 45 établissements, dont 33 ont été tirés dans ceux qui participaient déjà dans la CS-LTC et connaissait les variabilités de preuve dans certains domaines des soins de la démence (acceptation des symptômes comportementaux). Les représentants de l'Association Alzheimer ont identifié 12 établissements supplémentaires qui ont certaines caractéristiques ayant un intérêt particulier (propriétaire de réponse, une unité spéciale, des soins individualisés programmés de manière journalière, la formation des soignants ou des caractéristiques environnementales). En général, nous excluons les établissements avec moins de 2 résidents « admissible » (dans les établissements avec moins de 16 lits) ou de 13 résidents admissibles (dans les autres établissements) de l'étude. Nous nous sommes inscrits dans tous les établissements admissibles de sorte à maintenir une stratification entre les Etats et par types des établissements. Durant le recrutement, 22 établissements (33 %) ont refusé de participer. Les établissements qui ont refusé ne différaient pas des établissements participant, par le type, la taille ou l'état. L'échantillon final inclus 14 établissements avec moins de 16 lits (24 %), 10 établissements RC/AL avec le nouveau modèle (22 %) et 10 homes (22%). Proportionnellement, plus de petits établissements ont été inscrits pour augmenter le nombre de résidents et de soignants qui représentent cet état. La Caroline du Nord a 12 établissements et tous les autres états ont 11 établissements. Au sein de ces établissements, nous avons sélectionné de manière aléatoire 421 résidents âgés de 65 ans et plus avec un diagnostic de démence et nous avons demandé à un prestataire de soins direct (voir définition dans cadre de référence) de fournir des informations sur le résident comme sa ou ses propres attitudes, stress et satisfaction. Chaque administrateur des établissements a fourni des informations sur les caractéristiques de l'établissement.</p> <p>Le projet a été approuvé par l'Institutional Review Boards de l'université de Caroline du Nord et de Maryland et la récolte des données a été conduite sur ces sites entre septembre 2001 et février 2003.</p>
Design = devis Aspects éthiques	<p>Le devis n'est pas mentionné tel quel. Il semblerait que ce soit une étude avec un devis quantitatif corrélationnel descriptif puisque le but de cette étude est d'examiner les attitudes, le stress et la satisfaction des soignants. On cherche d'éventuelles corrélations entre ces 3 thématiques.</p> <p>Ils ne font pas mention de critères éthiques mais ce projet a été approuvé par l'Institutional Review Boards de l'université de Caroline du</p>

	Nord et de Maryland.
Méthodologie	<p>Les auteurs ont très peu développé la partie sur la récolte des données. Il semblerait qu'ils ont réalisé des questionnaires traitant des 3 thématiques : les attitudes, le stress et la satisfaction.</p> <p><u>Mesures :</u></p> <p>Nous avons utilisé 3 mesures pour récolter des données concernant les attitudes, le stress et la satisfaction.</p> <p><i>Approaches to Dementia</i> : Cette mesure (Lintern, Woods & Phair, 2000) inclut 19 items d'attitude, chacun noté de 1 (fortement en désaccord) à 5 (fortement d'accord). Ils sont additionnés pour former un score total (éventail de 19 à 95) ainsi qu'un sous-score de l'espoir (8 items, éventail de 8 à 40) et un sous-score centré sur la personne (11 items, éventail 11 à 55). Des scores plus élevés indiquent des attitudes plus positives. Des exemples d'items indicatifs de l'espoir (score inversé) incluent « les personnes atteintes de démence sont vraiment semblables à des enfants » et « il est important de ne pas être trop attaché à ces résidents ». Les items en lien avec les soins centrés sur la personne incluent « il est important pour les personnes atteintes de démence qu'elles puissent faire le plus de choix possible dans les activités de la vie quotidienne » et « les personnes atteintes de démence ont besoin de se sentir respecté comme tout le monde ».</p> <p><i>Work Stress Inventory</i> (inventaire du stress au travail) : Cette mesure (Shaefer & Moos, 1993) est une modification de la mesure originale est obtenue en calculant la moyenne des fréquences de 45 facteurs de stress, chacun noté de 1 (jamais pas du tout) à 5 (souvent très bien). Les scores les plus hauts indiquent plus de stress, et des sous-échelles ont pu être créées pour chacun des 6 domaines : stress en lien avec les événements, soins des résidents, relations avec les collègues, relations avec les superviseurs, charge de travail et programmation et conception physique. Des items exemples (un pour chaque domaine) pose des questions sur les 30 derniers jours et incluent les items suivants : Combien de fois avez-vous eu des tâches à faire pour lesquelles vous n'aviez que peu ou pas de formation ? Combien de fois vous êtes-vous occupé d'un résident qui n'était pas coopérant, en colère ou se plaignant ? Combien de fois n'avez-vous pas eu l'aide de la part de vos collègues alors que vous en aviez besoin ? Combien de fois avez-vous été incertain quant à savoir si vos superviseurs pensaient que vous aviez fait un bon travail? Combien de fois avez-vous eu à travailler avec du personnel qui était inexpérimenté et mal formé? Pourriez-vous décrire votre lieu de travail comme n'ayant pas d'endroits pour « s'échapper » des résidents ?</p> <p><i>Staff Experience Working With Demented Residents</i> (Expériences de travail avec les résidents déments) : Cette mesure (Astrom, Nilsson, Norberg, Sandman & Winblad, 1991) inclut 21 items évaluant la satisfaction, chacun noté de 0 (pas du tout) à 4 (extrêmement) et additionné pour créer un score total allant de 0 à 84. Les scores les plus élevés indiquent plus de satisfaction, et des sous-échelles peuvent être créées pour chacun des 6 domaines : satisfaction avec le feedback, l'organisation des soins, ses propres attentes, le contact avec le patient, les attentes des autres et l'environnement. Des exemples d'items (un pour chaque domaine) demandent dans quelle mesure les éléments suivants se produisent : « vous expérimentez des contacts avec des résidents confus comme stimulant » « des mouvements bons entre le personnel de jour et celui de nuit » ; « les familles des résidents répondent à vos attentes à leur égard » ; « vous pouvez être aidant et voir les besoins des résidents déments » ; « vous pouvez répondre aux attentes de vos collègues » et « votre place de travail est l'idéal pour les soins aux personnes démentes ».</p> <p>Les prestataires directs de soins ont aussi fourni des informations démographiques sur eux-mêmes et ont constaté que bien formés, ils se considéraient comme capables d'évaluer et de traiter les symptômes comportementaux, la dépression, la douleur, la pratique de l'activité, la mobilité, la consommation de nourriture et de liquides (voir les rapports dans le présent numéro). Les scores vont de 0 (se sent pas du tout ou un peu formé dans tous les domaines) à 21 (se sent extrêmement bien formé dans tous les domaines). Enfin, les administrateurs des établissements ont déclaré sur la taille des établissements, l'âge, les bénéfices de statut, s'ils ont fourni des soins particuliers pour les</p>

	<p>résidents atteints de démence...</p> <p><u>Analyses :</u></p> <p>Nous avons calculé les statistiques descriptives simples (moyennes, les écart-type et les pourcentages) pour les établissements et les caractéristiques démographiques des prestataires de soins ainsi que pour les soins, les attitudes des prestataires, le stress au travail et la satisfaction. Pour développer le score total et le score de la sous-échelle sur les mesures de « <i>Approaches to Dementia</i> », « <i>Work Stress Inventory</i> » et « <i>Staff Experience Working With Demented Residents</i> », nous avons créé des scores résumés si au moins 75 % des éléments composants n'étaient pas manquant, avec les scores rééchelonnés pour maintenir le même taux. Nous avons examiné la cohérence interne en utilisant le coefficient alpha de Cronbach pour les scores totaux ainsi que pour chaque sous-échelle en se basant uniquement sur les répondants n'ayant pas manqué d'items pour chaque mesure ou sous-mesure.</p> <p>Pour estimer les associations entre les attitudes, le stress au travail et la satisfaction, nous avons calculé les coefficients de corrélation de Pearson pour les scores totaux et les sous-échelles. Nous avons testé la signification statistique de ces associations en utilisant le modèle linéaire général avec des erreurs corrélés (Diggle, Heagerty, Liang & Zeger, 2002), spécifiant une structure de corrélation composée, symétrique dans les établissements. En utilisant le modèle linéaire, nous avons testé les associations bivariées entre les établissements et les caractéristiques des prestataires de soins et chaque mesure des attitudes, du stress au travail et de la satisfaction comme variables dépendantes et les établissements et les caractéristiques des prestataires de soins comme des variables indépendantes, à nouveau nous avons spécifié une structure de corrélation composée, symétrique des prestataires de soins dans les établissements. (parce que nous avons estimé un modèle séparé pour chaque association dans les analyses bivariées, nous avons conduit de multiples tests statistiques pour chaque variable dépendante ; par conséquent, l'interprétation des résultats se concentre sur les caractéristiques associées avec plus d'une mesure). Enfin, nous avons estimé les associations indépendantes des caractéristiques des prestataires de soins et des établissements avec les attitudes, le stress et la satisfaction, chacun dans un seul modèle de régression qui inclut toutes les caractéristiques des établissements et des prestataires de soins (ainsi que les attitudes, le stress et la satisfaction, excepté quand ils sont la variable dépendante).</p>
Résultats	<p>Un total de 154 prestataires directs de soins de 41 établissements ont fourni des données pour ces analyses (4 petits établissements ne sont pas représentés).</p> <p>Le tableau 2 fournit des statistiques descriptives pour les mesures des attitudes, du stress et de la satisfaction l'ensemble et par leurs domaines respectifs, tels que rapportés par les 154 répondants. Les attitudes et la satisfaction étaient plus marquées vers le positif (moyenne de 70.7 sur un possible de 98 et 62.3 sur un possible de 84, respectivement) et le stress étaient plus marqués vers le négatif (faible stress ; moyenne de 1.8 sur un possible de 5). Les scores cumulés sur un niveau d'établissement étaient assez semblables, avec une moyenne de 71 (écart-type 4.7) pour les attitudes, 62.7 (écart-type 6.6) pour la satisfaction et 1.8 (écart-type 0.4) pour le stress. Considérant les scores dans chaque domaine, nous avons constaté que les attitudes positives ont été le plus évidentes dans la sous-échelle centrée sur la personne (comparé avec la sous-échelle espoir) ; le stress était plus élevé dans la sous-échelle soins des résidents, et la satisfaction était plus élevée dans la sous-échelle contact avec le patient.</p> <p>Les corrélations entre les 3 mesures (pas montrées) étaient -0.03 (attitudes et stress), 0.21 (attitudes et satisfaction ; $p < 0.01$), et -0.24 (satisfaction et stress, $p < 0.01$). La corrélation la plus forte entre les scores de sous-échelle et les scores totaux étaient entre les soins centrés sur la personne et la satisfaction ($r = 0.28$, $p < 0.01$) et entre le stress avec les collègues, superviseurs, charge de travail et conceptions physiques avec la satisfaction ($r = -0.20$ à -0.27, $p < 0.01$). La corrélation la plus forte entre les sous-échelle était entre l'attitude des soins centrés sur la personne et la satisfaction (avec le feedback et le contact des patients) ; et entre la satisfaction (avec l'organisation et ses</p>

	<p>propres attentes) et le stress (lien avec les collègues de travail et la charge de travail), tous ces 6 allant de +/- 0.30 à +/- 0.45, $p < 0.001$).</p> <p>Le tableau 3 affiche la relation des caractéristiques de l'établissement et des prestataires de soins avec les scores totaux et de sous-échelles des attitudes, du stress et de la satisfaction.</p> <p>Etant donné le nombre de comparaisons qui ont été faites, nous trouvons qu'il est préférable de se concentrer sur celles qui démontrent de la cohérence et sont significatifs de l'ensemble des variables. Avec cette mise en garde à l'esprit, il est d'abord évident qu'aucune caractéristique des établissements ou des fournisseurs de soins n'est complètement en lien avec les trois résultats d'intérêt (attitudes, stress et satisfaction) ; au mieux, les variables sont en lien avec 2 de ces domaines à l'étude. Se concentrant d'abord sur les caractéristiques des établissements, nous avons constaté que seulement 2 variables étaient significativement associées avec les mesures résumées : les établissements d'âge avancé sont reliés à moins d'attitudes optimales et ayant une unité de soins spécialisés reliés à plus de stress. Aucun des domaines ne diffèrent par le type d'établissement dans lequel le personnel a travaillé (RC/AL, home), et seulement quelques caractéristiques des résidents ont été liées à l'espoir et à certains éléments de satisfaction, mais pas au stress au travail.</p> <p>Les caractéristiques des prestataires de soins qui ont été associées de manière cohérente avec les variables à l'étude incluent l'âge du travailleur, temps de travail et l'adéquation perçue de la formation. Les travailleurs âgés ont rapporté de manière cohérente moins de stress. Les travailleurs âgés ont aussi rapporté plus de satisfaction, bien que de manière moins cohérente (3 des 6 sous-échelles étaient significatives). Le personnel qui travaillait pendant 6 mois à 2 ans ont rapporté moins de stress (allant de 43.3 à 46.6, $SD=28.5$, 23.8) que ceux qui travaillait depuis plus de 2 ans ($M=31.7$, $SD=21.8$) ; cependant, ceux qui travaillait depuis 1 à 2 ans ont rapporté plus d'espoir et d'attitudes centrées sur la personne ($M=73.8$, $SD=5.6$) que ceux qui travaillait depuis une période plus longue ($M=69.5$, $SD=6.2$, $p < 0.01$).</p> <p>Des analyses supplémentaires ont montré que le personnel qui travaille depuis plus de 2 ans ont tendance à travailler dans les établissements les plus anciens (âge des établissements $M=29.9$ ans contre 19.3-21.4 ans pour les autres groupes d'âge du personnel). De plus, le personnel qui se sent mieux formé pour évaluer et traiter les séquelles courantes de la démence était plus susceptible d'embrasser une attitude centrée sur la personne ($r=0.26$ et 0.29, $p < 0.002$ respectivement) et sont plus satisfaits ($r=0.58$ et 0.56, $p < 0.001$ respectivement). Enfin, les blacks et les autres minorités de personnel (qui étaient plus susceptibles de rester à leur poste pendant plus de 2 ans ; les données ne sont pas présentées) sont moins susceptibles que les blancs de rapporter des soins centrés sur la personne ($M=46.1$, $SD=3.7$ et $M=44.6$, $SD=2.2$, respectivement contre $M=47.6$, $SD=4$; $p < 0.05$) mais plus susceptibles d'être satisfaits avec l'environnement ($M=9.4$, $SD=2.1$ et $M=9.9$, $SD=1.7$, respectivement contre $M=8.5$, $SD=2$, $p < 0.05$).</p> <p>Après les ajustements pour toutes les caractéristiques des établissements et des soignants (voir tableau 4), l'espoir et les attitudes centrées sur la personne sont plus souvent adoptés par des travailleurs avec une plus haute éducation ($p < 0.05$) et ceux qui travaillent depuis 1 à 2 ans (contre une plus longue période de temps ; $p < 0.1$) ; il a été moins souvent rapporté par ceux-ci qui n'étaient pas black (contre ceux qui étaient blancs, $p < 0.01$). Le stress était plus souvent rapporté par les hommes, jeunes travailleurs, et ceux travaillant depuis 1 ou 2 ans (contre une plus longue période de temps, $p < 0.05$) mais moins souvent rapporté pour les travailleurs des établissements RC/AL avec moins de 16 lits que par les travailleurs des homes. Enfin, la satisfaction était plus haute chez les travailleurs qui n'étaient pas black (contre ceux qui étaient blancs, $p < 0.05$ et ceux avec plus de formation dans l'évaluation, $p < 0.001$) et le traitement ($p < 0.05$).</p>
<p>Cadres de référence et concepts utilisés Discussion et seuil de signification</p>	<p><u>Cadres de référence et concepts utilisés :</u></p> <p>Le premier concept auquel les auteurs font référence est le type d'établissement RC/AL. RC/AL est généralement défini comme étant des établissements, agréés par l'état, à un niveau de soins non-infirmiers à domicile, qui procurent un hébergement, de la nourriture et une surveillance de 24 heures et de l'aide dans les activités de la vie quotidienne (Kane & Wilson, 1993). Ils montrent la diversité marquée,</p>

couvrant des maisons avec seulement quelques lits de résidents allant jusqu'à une centaine de lits. Un autre concept défini par les auteurs est celui de prestataire direct de soins. Il s'agit de l'individu qui offre le plus de soins et connaît le plus sur les soins du résident, sa santé, son humeur, et les AVQ.

Le cadre de référence serait le modèle théorique du stress chez les soignants. Il reconnaît les sources de stress (stresseurs personnels et ceux liés à la fonction globale du milieu de travail et les interactions avec les collègues et les résidents), les variables intervenantes (ressources personnelles et de travail, dont le dernier comprend la formation professionnelle, l'ajustement résultant entre le job et la personne, la réponse au stress (incluant les réactions émotionnelles comme le cynisme ou l'optimisme et la satisfaction, et les réactions comportementales comme partir) et l'impact du stress sur la place de travail (en lien avec la qualité des soins ; voir Cohen-Mansfield, 1995). D'autres conviennent que dans les facteurs contribuant au stress, on peut inclure un manque de préparation à offrir des soins et un manque de confiance dans la perception de la capacité à fournir des soins et que l'impact du stress comprend une diminution de la satisfaction au travail et augmente le renouvellement (Evers, Tomic & Brouwers, 2001 ; Mackenzie & Peragine, 2003 ; Schaefer & Moos, 1996).

Discussion :

Dans cet article, à l'aide de 3 mesures relativement nouvelles qui évaluent les caractéristiques pertinentes pour l'offre en soins pour les résidents déments, nous présentons les perspectives de 154 prestataires de soins directs interrogés à partir d'une gamme d'établissements de soins de longue durée. En faisant cela, nous nous concentrons sur un élément négligé des soins de longue durée, le personnel de première ligne, et identifier les domaines de la pratique qui pourrait bénéficier d'attention. Notre étude bénéficie également de la communauté universitaire en rendant plus accessible 3 mesures qui ne sont pas souvent citées dans la littérature et qui ont des propriétés psychométriques adéquates lesquelles justifient son utilisation future.

Des analyses ajustées indiquent des associations variées avec des mesures globales des attitudes, du stress et de la satisfaction. A noter, aucune caractéristique des établissements n'a atteint un niveau significatif de $p < 0.05$. Cependant, comparé avec les travailleurs des homes, ceux qui travaillent dans les établissements RC/AL avec moins de 16 lits ont rapporté moins de stress ($p < 0.1$). Ces conclusions, couplées avec les mérites reconnus des plus petits établissements (fournir un environnement plus intime et familial) et les résultats bénéfiques pour les résidents (moins de déclin fonctionnel et social sur un an) reconnaît encore un autre avantage de cet environnement soutenant (Morgan, Gruber-Baldini, Eckert & Zimmerman, 2004 ; Zimmerman, Sloane, Eckert et al., 2005). Le stress était aussi plus souvent rapporté par les travailleurs masculins, jeunes travailleurs et ceux travaillant depuis 1 ou 2 ans (contre plus longtemps) ; certainement, d'apporter un soutien ciblé à ces personnes semblent justifié, d'autant qu'ils ont déjà démontré un niveau d'engagement dans l'emploi. Sur une question connexe, ces individus qui ont travaillé pendant 1 ou 2 ans sont plus susceptibles d'adopter des attitudes d'espoir centrées sur la personne que ceux qui travaillent depuis plus longtemps. Ainsi, la participation au bien-être et la formation continue de ces travailleurs peuvent atténuer une tendance à devenir blasé au fil du temps ou de chercher des opportunités d'emploi ailleurs. Les travailleurs plus formés sont aussi plus susceptibles de rapporter des attitudes sensibles face à la démence, mais comparé avec les travailleurs blancs, ceux qui n'étaient pas black (les asiatiques) étaient moins susceptibles de rapporter ce genre d'attitudes. Ironiquement, ils étaient aussi plus satisfaits que les travailleurs blancs (tout comme les travailleurs qui avaient plus de formation). Comme la main-d'œuvre dans les soins de longue durée est de plus en plus celui de la diversité raciale et ethnique, ces résultats suggèrent qu'une attention particulière peut être nécessaire pour assurer la prestation de soins adaptés à la culture. Enfin, de noter le changement de direction/sens dans la relation entre le type d'établissement (RC/AL) et les attitudes face à la démence, quand les relations sont ajustées pour les caractéristiques des établissements et

des prestataires de soins ; ce changement suggère que les caractéristiques personnelles et environnementales sont susceptibles d'exercer une forte influence sur les attitudes des soignants.

Pendant que les analyses ajustées élucident la contribution indépendante des caractéristiques des établissements et des prestataires de soins aux résultats de notre étude, des comparaisons bivariées sont utiles parce que la relation entre les caractéristiques et les attitudes, le stress et la satisfaction sont rarement « ajustées » dans le monde réel. A cet égard, une des conclusions les plus remarquable est que les attitudes envers les soins de la démence (et spécialement les soins centrés sur la personne) sont en lien avec la satisfaction des travailleurs. A notre connaissance, cette étude est la première qui évalue de manière empirique les corrélations des soins centrés sur la personne, le mode de soins individualisés pense que la véritable intention de l'amélioration de la qualité des réformes des soins dans les homes énoncés dans le Omnibus Budget Reconciliation Act de 1987 (Rader, 1995).

Les items reflétant ce mode de soins abordent le besoin de fournir des activités stimulantes et agréables, le choix, l'empathie, la compréhension et le réconfort, le respect et les soins aux besoins psychologiques ; de voir les résidents comme ayant des capacités et des raisons à leur comportement ; de se réjouir d'être avec les résidents et de croire que ce qui est dit à une personne démente compte réellement. Des soins individualisés ont été présentés comme importants pour le bien-être des résidents déments, mais jusqu'à maintenant, rien n'avait été documenté sur sa relation avec le bien-être du personnel. Soigner pour le personnel signifie se préparer suffisamment (Kitwood, 1997), et une perspective de soins centrés sur la personne peut être en lien avec la satisfaction du personnel parce qu'il indique une meilleure préparation pour relever le défi d'offrir des soins aux personnes démentes.

Une attitude centrée sur la personne à soigner est plus souvent rapportée par le personnel soignant travaillant dans les établissements plus nouveaux et par ceux qui se sentent mieux formés. Etant donné la récente nouvelle évolution de la philosophie de soins centrés sur la personne, nous trouvons qu'il est hautement plausible que sa plus petite prévalence dans les établissements plus anciens représente un retranchement du plus traditionnel modèle médical de soins. Par conséquent, considérant qu'une « culture de l'établissement » des soins dans la démence peut évoluer au fil du temps (Mead, Eckert, Zimmerman & Schumacher, 2005, cette question), les administrateurs seraient bien avisés d'intégrer une formation centrée sur la personne dans leur liste de priorités. Ils peuvent envisager d'utiliser un instrument similaire à la mesure des Approches de la Démence pour déterminer dans quelle mesure les membres des équipes adoptent une attitude sensible à la démence, et ensuite de développer et mettre en œuvre les programmes de formation pour soutenir ces attitudes. Bien que la bonté et la gentillesse peuvent être dans une certaine mesure des qualités innées, la sensibilité peut être encadrée et apprise quand ce genre d'attentes sont posées (Fazio, Seman & Stansell, 1999).

Cette étude a aussi trouvé que les travailleurs qui perçoivent eux-mêmes qu'être bien formés dans les soins de la démence rendent plus susceptible d'adopter des soins centrés sur la personne et rapportent plus de satisfaction (cette dernière constatation est significative dans les analyses ajustées aussi). Etant donné la nature transversale de cette étude, il n'est pas clair s'il résulte de la satisfaction de la formation ou si ce sont ceux qui sont plus satisfaits qui perçoivent eux-mêmes qu'ils sont mieux formés. De manière similaire, il est possible qu'une attitude centrée sur la personne fournisse un cadre/structure nécessaire pour la perception de compétence ou que la compétence encourage une attitude centrée sur la personne. Néanmoins, ces résultats suggèrent que les avantages de la formation au-delà de ceux qui sont accordés aux résidents, en permettant à un travailleur de se sentir assurés tout en effectuant ses tâches (Kitwood, 1997). D'autres études ont aussi trouvé que la formation des soignants contribue à la satisfaction au travail, à la motivation et à l'engagement (Gurnik & Hollis-Sawyer, 2003 ; Landie et al., 1999 ; Mackenzie & Peragine, 2003). Dans une intervention, par exemple, une session de formation de 80 heures sur offrir des soins à des personnes démentes aboutit à une meilleure connaissance de la maladie d'Alzheimer, à de la satisfaction

au travail et à de la satisfaction avec la préparation à l'emploi (Mass, Buckwalter, Swanson & Mobily, 1994). Dans une note moins positive, le stress des travailleurs est plus haut dans les établissements qui ont des unités spécialisées. D'autres études publiées sur la relation entre les unités spécialisées de la démence et le stress du personnel ont donné des résultats mixtes, avec des études contrôlées suggérant que le stress n'est pas lié à l'état de la démence en soi mais plutôt à des facteurs tels que la sévérité de la démence, la dotation personnel/résident et la formation du personnel (U.S. Congress, 1992 ; aussi voir McCarty & Drebing, 2002). Ainsi, une explication possible pour la relation détectée est que les unités spécialisées offrent des soins pour une population plus affaiblie, une hypothèse qui est soutenue dans cette étude par la conclusion que les individus avec une démence sévère à très sévère sont plus prévalent dans les établissements avec des unités spécialisées (76 % contre 52 %, $p < 0.003$). De plus, les participants dans les établissements avec les unités spécialisées présentent significativement plus de symptômes comportementaux et légèrement plus de déficiences dans les activités du quotidien (pas significatif).

Toutefois, le fait que le type d'établissement et le cas des résidents à l'emploi ne sont pas liés à l'une des variables à l'étude plaide contre cette hypothèse. Au contraire, il peut être utile d'examiner certains des éléments inclus dans les deux sous-échelles de stress qui sont importants (soins des résidents et de la charge de travail et de la programmation), et les deux sous-échelles de satisfaction qui sont importants (satisfaction avec l'organisation des soins et de l'environnement). Ceux-ci impliquent que les travailleurs des unités spécialisées font face à un groupe de défis stressants, incluant les résidents qui sont indifférents ou peu coopératifs, les familles qui se plaignent ou qui ont besoin d'un soutien affectif, le manque de personnel, les collègues inexpérimentés, l'insatisfaction liée au flux du travail et des attentes non satisfaites. Ainsi, les établissements qui ont des unités spécialisées (dans cette analyse 45 % de ceux-ci sont des RC/AL et 80 % de ceux-ci dans les homes) peuvent attirer une clientèle démographique différente, subir les défis organisationnels pas constaté dans les autres établissements et peut-être établir des attentes difficiles à satisfaire. Considérant cela, la majorité des soins de longue durée pour les résidents avec une démence ne sont pas offerts dans des unités de soins spécialisées (dans les établissements RC/AL, 68 % sur 89 % des résidents qui ont une démence modérée à sévère ne résident pas dans une unité spécialisée ; voir Sloane, Zimmerman & Ory, 2001) et le manque de données démontre le bénéfice des unités spécialisées (Phillips et al., 1997), nous pensons qu'il incombe aux administrateurs de reconsidérer la structure et les buts des unités spécialisées et d'examiner les déficits dans l'organisation de ces soins. Au minimum, les établissements pourraient bénéficier des mécanismes administratifs pour réduire le stress et offrir un soutien au personnel (Kilster & McCracken, 1995).

Limites de l'étude :

Comme pour tous les travaux, les limites de cette étude doivent être connues. Parce que les établissements devaient avoir un nombre minimum de résidents déments pour être admis dans l'étude (2 dans les établissements de moins de 16 lits et 13 dans les établissements plus grands), plus d'établissements dans cet échantillon ont des unités de soins spécialisées (54 %) que d'habitude dans les établissements RC/AL, où la gamme actuelle est de 8 à 25 % (Sloane et al., 2001). Toutefois, ce suréchantillonnage a permis un examen plus robuste de la relation entre les unités de soins spécialisées et ces résultats. De plus, cette étude s'est limitée aux travailleurs de 41 établissements et les données sont auto-évaluées et ne peuvent pas être vérifiées dans la réalité. Alors que les attitudes, le stress et la satisfaction peuvent être mieux auto-évalués, l'évaluation des approches de soins est certainement le meilleur témoin, mais des efforts en sont à leurs débuts (voir Zimmerman, Sloane, Williams et al. 2005, cette question pour ce nouveau travail dans ce domaine). Néanmoins, malgré les limites, la compréhension de la corrélation des attitudes des travailleurs et du bien-être offre une occasion d'améliorer non seulement la situation des travailleurs mais aussi celle des résidents dont ils prennent soin.

	<p><u>Seuil de signification :</u> Voir grille critique d'analyse des études quantitatives</p>
<p>Commentaires en lien avec la question de recherche</p>	<p>En résumé, les résultats de cette étude montrent que la satisfaction et les attitudes des soignants sont plutôt positives et qu'il y a un niveau de stress relativement faible. Le score le plus haut pour les attitudes face à la démence se retrouve dans la sous-échelle « soins centrés sur la personne » pour la satisfaction il s'agit « du contact avec les résidents ». Concernant le niveau de stress, celui-ci est le plus élevé dans la sous-échelle sur « les soins aux résidents ». Donc, on peut tirer les conclusions que le fait d'avoir une attitude centrée sur la personne ainsi qu'un bon contact avec les résidents sont synonymes de perception positive des personnes démentes et surtout de satisfaction. On peut aussi affirmer que la prise en charge des personnes démentes est complexe et exigeante et donc source de stress pour les soignants. L'étude de Brodaty et al. (2003) affirme, elle, que les soignants qui ont des perceptions négatives rapportent un niveau de stress inférieur. On peut donc faire l'hypothèse que les soignants ressentent du stress dans la prise en charge des personnes démentes parce qu'ils sont très impliqués dans celle-ci alors que ceux qui ressentent moins de stress seraient moins impliqués et plus distants dans la relation. Les 3 mesures à l'étude ici (attitudes, stress et satisfaction) ont aussi été mises en corrélation les unes avec les autres. L'analyse de ces corrélations permet d'affirmer que :</p> <ul style="list-style-type: none"> Plus l'attitude est positive, plus le stress diminue. Plus l'attitude est positive, plus la satisfaction augmente. Plus le stress est faible, plus la satisfaction est bonne. <p>Il ressort aussi qu'il y a une forte relation entre la sous-échelle « soins centrés sur la personne » et la satisfaction notamment dans le contact avec le résident et le feedback. Ceci appuie les propos développés ci-dessus. Les résultats de cette étude sont assez contradictoires avec l'étude de Brodaty et al. (2003) qui affirme que les soignants ont une attitude plutôt négative face aux personnes démentes et n'ont donc que peu de satisfaction au travail. Par contre, on peut tirer la conclusion générale, que la satisfaction des soignants dans leur pratique est directement en lien avec leur attitude face aux personnes démentes. Ceci permet aussi d'affirmer que les interventions des soignants seront fortement influencées par leur perception/attitude face aux personnes démentes. Les soignants qui ont répondu avoir une attitude positive face aux personnes démentes proposaient une offre en soins centrée sur la personne et appréciaient le contact avec eux. Inversement, on peut se dire qu'un soignant ayant une perception négative des personnes démentes risque certainement de moins s'investir dans la relation et le contact avec ces personnes.</p> <p>Nous souhaitons aussi relever que cette étude met en évidence que plus l'établissement est petit, moins il y a de stress. De plus, ces établissements fournissant un environnement intime et familial ont un impact positif sur les résidents avec moins de déclin fonctionnel et social sur un an. Ces propos vont dans le même sens que ceux que nous avons pu lire dans l'étude de Visser et al. (2008) qui mentionnent que les aspects organisationnels et environnementaux jouent un rôle primordial dans la gestion des SCPD. Brodaty et al. (2003) font aussi part de leur crainte quant aux répercussions possibles des changements organisationnels.</p> <p>Cet article met aussi en évidence un stress plus important chez les jeunes travailleurs (jeunes diplômés) et chez les nouveaux travailleurs dans l'institution. Nous pouvons faire un lien ici avec l'expérience qui selon cet article, serait synonyme de moins de stress. L'étude de Brodaty (2003) met en évidence le fait qu'une plus grande expérience dans les homes était associée avec plus de stress ce qui contredirait les résultats de cette étude. A priori, nous pensons aussi que l'expérience constitue un facteur aidant.</p> <p>Cette étude aborde le fait que les soignants qui ne travaillent que depuis 1 à 2 ans dans l'établissement adoptent plus facilement une attitude centrée sur le résident que ceux qui travaillent depuis plus longtemps. Nous avons un peu de peine à commenter ce résultat mais</p>

	<p>on pourrait faire l'hypothèse que les soignants qui travaillent depuis plus longtemps ont de la difficulté à offrir une prise en charge toujours centrée sur le résident car on sait que cela est très exigeant et demande un grand investissement de la part du soignant et beaucoup d'énergie. Ceci nous fait penser à la thématique de l'épuisement des soignants que l'on a abordé dans notre esquisse car l'on sait que la prise en charge au quotidien de patients atteints de troubles cognitifs est très difficile. En effet, lorsque le soignant souffre d'épuisement professionnel, la relation à l'autre risque fortement d'être altérée avec un détachement de la relation et donc un désinvestissement. Le soignant qui est « nouveau » a certainement de la motivation et de l'intérêt et surtout de l'énergie à investir dans ces projets de soins. Ceci soulève l'importance de prendre soin de la santé psychique des soignants pour qu'ils puissent offrir des soins de qualité aux résidents en mettant en place notamment de la formation continue comme proposé dans cet article. La formation constitue un élément central tant dans la perspective d'offrir des soins de qualité centrés sur le résident que dans la satisfaction des soignants. Le soignant a besoin de se sentir formé pour pouvoir offrir des soins individualisés et de qualité. Cet aspect de formation est mentionné de manière unanime dans chacun des articles consultés. Dans l'étude de Brodaty et al. (2003), 55 % des soignants sentent qu'ils ne connaissent pas assez sur la pathologie et les TTT des résidents. L'étude de Visser et al. (2008) qui a spécifiquement étudié l'efficacité de la formation des soignants dans la gestion des symptômes comportementaux de la démence propose de fournir de la supervision et de la formation mais rapporte surtout que les aspects organisationnels et environnementaux jouent un rôle clé dans l'efficacité de celle-ci. Dans les aspects organisationnels, on pourrait mentionner l'importance d'avoir le soutien de la hiérarchie. L'étude de Brodaty et al. (2003) aborde aussi le fait que les différences de stress peuvent être le résultat de plusieurs facteurs comme les différents styles de leadership des dirigeants et indirectement du soutien de la hiérarchie.</p> <p>Nous pouvons donc faire un lien entre les deux parties de notre question de recherche à savoir, d'une part, les interventions infirmières qui peuvent aider à maintenir une communication et une relation avec les personnes sévèrement atteintes de démence et d'autre part, l'impact des SCPD sur les soignants. En effet, la formation constitue une intervention infirmière qui peut aider à maintenir une relation avec une personne démentielle car elle permet d'acquérir des compétences tant sur la pathologie que sur sa prise en charge. Nous avons pu aussi, à travers nos lectures, nous rendre compte que les symptômes de la démence peuvent avoir un impact direct sur la satisfaction au travail des soignants. Cette même formation peut être un outil pour améliorer la satisfaction des soignants.</p> <p>Le dernier élément que nous souhaitons retenir de cette étude est l'affirmation que le stress des soignants serait plus élevé dans les établissements possédant une unité spécialisée. Ceci est argumenté par le fait que ces unités spécialisées accueillent des résidents avec une démence très avancée et donc des symptômes comportementaux plus importants. Ainsi, les soignants feraient face à un groupe de défis stressants sur plusieurs plans (organisationnel, accompagnement et soutien de la famille, comportements difficiles des résidents).</p>
--	--

Grille de lecture critique d'un article scientifique quantitatif : Zimmerman et al. (2005)

Aspects du rapport	Questions	oui	Non	Peu clair	Commentaires
Titre	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?	X			Le titre est précis et clair. On sait tout de suite la thématique qui sera abordée.

Résumé	-Contient-il les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?	X			Le résumé est clair. Toutefois, le cadre théorique n'est pas clairement exprimé ainsi que le devis de recherche qui n'est pas du tout mentionné. Les auteurs mentionnent un sous-titre « implications ». Cela peut porter à confusion parce que l'on peut croire qu'il s'agit des implications pour de futures recherches alors qu'en fait il s'agit de pistes d'action.
Introduction Enoncé du problème	-Le problème de recherche est-il énoncé clairement ?		X		Il n'y pas d'introduction en tant que tel.
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur les variables étudiées ?	X			La recension des écrits est très bien développée avec plusieurs références à d'autres études.
Cadre théorique ou conceptuel	-Les principales théories et concepts sont-ils définis ?			X	Les auteurs n'ont pas donné de définition à tous les concepts utilisés. Nous pensons qu'ils auraient dû définir les 3 thématiques principales à savoir : les attitudes, le stress et la satisfaction. Toutefois, ils amènent quelques définitions d'autres concepts comme les établissements RC/AL et ce qu'ils entendent par prestataire de soins direct ce qui est très bénéfique pour une bonne compréhension de l'étude et de ses résultats. Le cadre théorique est, quant à lui, mentionné de façon clair. Il s'agit du modèle théorique du stress des soignants qui est bien référencé.
Hypothèses	-Les hypothèses sont-elles clairement formulées ?			X	Il est difficile d'identifier précisément dans le texte à quel moment les auteurs font mention de celles-ci. Cela constitue à notre sens un manque dans cette étude.
	-Découlent-elles de l'état des connaissances (théories et recherches antérieures ?			X	Il paraît difficile de répondre à cette question car nous ne sommes pas parvenus à identifier clairement la présence ou non d'hypothèses.
Méthodes Devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ?		X		Cela est un grand manque. Rien n'est mentionné sur celui-ci. On sait juste qu'ils ont récolté des données par questionnaire et qu'ils les ont analysés à l'aide de statistiques et de coefficient de corrélation.
Population et contexte	-La description de l'échantillon est-elle suffisamment détaillée ?	X			Cette partie concernant l'échantillon est très bien détaillée et on sait d'où cet échantillon est tiré.
	-La taille de l'échantillon est-elle adéquate par rapport au contexte de la recherche ?	X			Oui, l'échantillon est suffisamment grand (N=154) et permet d'obtenir des résultats significatifs.
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	X			Oui, les auteurs décrivent précisément les 3 mesures utilisées pour récolter des données. Il s'agit de : « Approaches to Dementia », « Work Stress Inventory » et « Staff Experience Working With Demented Residents ».
	-Les variables à mesurer sont-elles décrites et opérationnalisées ?	X			Oui, les auteurs nomment clairement quels sont les variables dépendantes et les variables indépendantes. Ceci facilite la compréhension. Les variables dépendantes sont : les attitudes, le stress et la satisfaction et les variables

					indépendantes sont : les caractéristiques des établissements et des prestataires directs de soins.
Déroulement de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ? -A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?			X	Ils ne mentionnent pas clairement les critères éthiques mais ils disent que l'étude a été approuvée par un institut de l'université de Caroline du Nord et de Maryland.
Résultats Traitement des données	Des analyses statistiques ont-elles été entreprises pour répondre à chacune des hypothèses ?	X			Ils décrivent très bien tout le processus pour les statistiques qu'ils ont entrepris. Ils ont d'abord calculé les statistiques descriptives simples (moyennes, écart-type et pourcentage). Ils ont fait appel au coefficient de Cronbach pour évaluer la cohérence interne. Pour estimer les associations entre les attitudes, le stress au travail et la satisfaction, ils ont calculé le coefficient de corrélation de Pearson.
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?			X	Les commentaires sur les résultats sont difficiles à comprendre et à lire par la présence de beaucoup de chiffres dans le texte. On aurait tendance à se perdre dans ces chiffres. Il est nécessaire de les lire plusieurs fois. De plus, les tableaux ne constituent pas un élément favorisant la compréhension rapide des résultats car ils sont eux-mêmes très compliqués.
Discussion Intégration de la théorie et des concepts	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir du cadre théorique et conceptuel, ainsi que des recherches antérieures ?	X			Les résultats sont bien interprétés par rapport aux 3 mesures choisies pour cette étude à savoir les attitudes, le stress et la satisfaction. Ils sont très bien mis en lien avec les résultats d'autres études. On peut le voir dans le texte grâce aux multiples références mentionnées.
	-Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?			X	Les auteurs ne mentionnent rien à ce sujet.
	-les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?			X	Les limites sont mentionnées mais ne sont pas très claires.
Perspectives futures	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?			X	En résumé, cette partie discussion n'est pas très bien construite. Il manque la question de la généralisation des résultats et des perspectives pour de futures recherches.
Questions générales Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?				Il semblerait qu'il y a plusieurs manques dans cette étude mais la précision dans l'analyse des données sur le plan statistiques constitue une force de l'étude. De plus, il est à chaque fois mentionné si les résultats peuvent être considérés comme significatifs ou pas. L'échantillon de l'étude est aussi très bien développé et très précis ce qui aide pour la compréhension globale de l'étude. L'article en général est bien structuré avec plusieurs sous-chapitres malgré le fait qu'ils ont oublié de décrire le devis.

Evaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?	X			Oui, les résultats de cette étude sont pertinents et très intéressants pour la pratique car très peu d'articles se sont intéressés au stress des soignants dans les soins de longue durée alors que l'on sait que les soignants sont au cœur de la qualité de vie des résidents.
--------------------	---	---	--	--	--