

Table des matières

Introduction	6
Problématique	7
<i>Démence: une priorité de santé publique</i>	7
<i>Violence vs agressivité</i>	8
La question de recherche	9
<i>Argumentaire de la pertinence de la question en fonction du champ clinique de la discipline infirmière</i>	9
Méthode	11
Résultats	12
<i>Tableau des articles retenus</i>	12
Analyse critique des articles	13
Comparaison des résultats des textes retenus	16
Discussion et perspectives	23
<i>Introduction</i>	23
<i>Traitement médicamenteux</i>	23
<i>La formation du personnel soignant</i>	23
<i>Postulats de Watson / approche centrée sur la personne</i>	24
<i>Recommandations pour la pratique</i>	25
<i>Consensus professionnel</i>	26
<i>Perspectives de recherche</i>	27
<i>Limites de notre revue de littérature</i>	27
Conclusion	27
Références	29
Annexes	33
<i>Annexe 1</i>	34
<i>Annexe 2</i>	36

Introduction

Dans le cadre de ce travail de Bachelor, nous avons développé une question de recherche issue de notre pratique professionnelle, en lien avec l'un des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD). Il s'agit de l'agressivité dont peut faire preuve une personne âgée souffrant du syndrome cognitivo-mnésique dans le contexte de l'établissement médico-social (EMS). Pour ce faire, nous avons effectué diverses recherches scientifiques sur la thématique dans le but d'identifier comment l'agressivité des résidents est vécue par les soignants et à quelle fréquence. Ceci afin de dégager des recommandations non pharmacologiques en vue d'améliorer la pratique infirmière et ainsi optimiser la qualité de vie des patients. En recherchant les thérapies non médicamenteuses, nous souhaitons également démontrer en quoi celles-ci constituent une plus-value dans les soins infirmiers.

Tout d'abord, nous définirons le syndrome, l'agressivité observée durant nos stages étant associée à cette pathologie. Nous souhaitons approfondir davantage nos connaissances sur cette problématique importante et actuelle. Le terme « démence » est employé dans ce travail pour désigner le syndrome cognitivo-mnésique, il faut comprendre la démence au sens large (tout type de démence confondue). Dans les articles scientifiques analysés, le terme "démence" est majoritairement utilisé et, dans un souci de reprendre les propos des chercheurs, nous employons le même mot.

Ensuite, nous développerons le concept de l'agressivité et justifierons l'intérêt de notre thématique pour notre pratique professionnelle en regard du contexte socio-sanitaire et du champ clinique de la discipline infirmière.

Enfin, nous présenterons la méthode utilisée pour notre recherche d'articles. Nous analyserons ceux-ci en mettant en évidence les points positifs, les limites et les intérêts pour notre sujet de recherche. A l'aide d'un tableau, nous comparerons les résultats obtenus afin d'apporter une réponse à notre question de recherche et ainsi discuter des perspectives d'application et des recommandations possibles pour la pratique

Pour conclure, les apprentissages réalisés tout au long de notre travail seront mis en lumière afin de démontrer la pertinence de la place de la recherche dans l'exercice du rôle infirmier.

Afin de faciliter la lecture de notre travail, la forme féminine « infirmière » sera utilisée pour désigner les deux genres de la profession. De plus, nous emploierons également le terme « nous » car il s'agit d'un travail réalisé par trois étudiantes en soins infirmiers et cette revue de littérature représente la mise en commun de nos trois réflexions.

La totalité de nos articles sont en anglais, par conséquent et afin de faciliter la lecture de ce travail, toutes les citations utilisées seront traduites entre parenthèses. En outre, les articles choisis sont majoritairement écrits ou co-écrits par des infirmières dans le but de mettre en lumière la recherche en soins infirmiers et ainsi valoriser la discipline.

Problématique

Dans le cadre de notre formation, nous avons effectué des stages en établissement médico-social (EMS) qui nous ont permis de faire des rencontres uniques, authentiques et d'une grande richesse pour notre future pratique professionnelle. Parmi ces rencontres, des situations d'agressivité ont particulièrement suscité un vif intérêt chez nous. C'est en échangeant nos réflexions sur les expériences vécues en stage que nous avons réalisé que nous avions des situations similaires, stimulant ainsi notre intérêt commun pour ce sujet. Ces situations se sont produites auprès de personnes âgées souffrant de démence présentant des comportements agressifs. L'équipe soignante se sentait parfois démunie et impuissante face à la souffrance du patient et face à la détresse des proches dans ces situations. Les infirmières redoutaient par la suite la prise en soin des résidents.

Nous avons été profondément touchées face au malaise des soignants ayant recours à l'utilisation d'un traitement médicamenteux engendrant de nombreux effets secondaires et à l'utilisation de la contention physique posant des problèmes éthiques. Les résultats d'une étude réalisée en 2010 mettent d'ailleurs en avant que les principales interventions directes des infirmières face à un comportement agressif de la part d'un résident étaient l'administration d'une médication et la mise en place d'une contention physique (Isaksson, Graneheim, Aström & Karlsson, 2010). Bien que nous ne puissions à ce moment-là que décrire le phénomène, nous étions intéressées à l'idée de pouvoir le clarifier davantage et ainsi développer des pistes d'interventions bénéfiques à la pratique infirmière en réalisant ce travail.

Avant de pouvoir formuler notre question de recherche, il nous a été nécessaire d'approfondir nos connaissances et d'éclaircir nos représentations sur la démence d'une part, puis de l'agressivité, d'autre part.

Démence: une priorité de santé publique

La Stratégie nationale en matière de démence 2014-2017 définit la démence comme suit:

La pathologie de la démence est caractérisée par une altération progressive de la mémoire combinée à un trouble d'au moins une des fonctions tels que des troubles du langage (aphasie), des troubles au niveau gestuel (difficulté à effectuer des mouvements (apraxie)), un déficit de reconnaissance visuelle et spatiale (agnosie) ou un déclin des fonctions exécutives (perte de la capacité de planifier et d'agir).[...]

Ces déficits cognitifs ont pour effet de réduire l'autonomie de la personne atteinte de démence et de la rendre dépendante de l'aide d'autrui pour des activités de la vie quotidienne. Une détérioration du contrôle émotionnel, du comportement social ou de la motivation accompagnent souvent, et parfois précèdent, les troubles de la fonction cognitive. (2013, p. 8)

Il s'agit malheureusement selon la stratégie nationale en matière de démence 2014-2017 (2013), d'un phénomène qui risque de prendre de plus en plus d'ampleur à mesure que la prévalence du nombre de personnes atteintes de démence augmente, en raison du vieillissement démographique. D'après les estimations, 110'000 personnes seraient atteintes d'une pathologie de la démence en Suisse actuellement.

Il s'agit de la 3ème cause de décès en Suisse en 2010. De plus, 2/3 des résidents vivant en EMS sont atteints d'une pathologie démentielle. Selon les prévisions, en 2030, cette population pourrait passer à plus de 190'000 malades en Suisse. L'Organisation mondiale de la santé (OMS, 2016) considère la démence comme une priorité de santé publique, elle a d'ailleurs publié un rapport portant sur les interventions spécifiques à cette pathologie. (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/fr/#>)

Violence vs agressivité

Jusqu'à 80% des personnes souffrant de démence manifestent un comportement agressif durant leur maladie (Nordgren & Engström, 2014).

Nous employons dans ce travail les termes « agressivité », « agression » et « comportement agressif » pour exprimer l'un des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD).

La violence a une connotation négative. Par conséquent, ce terme est rarement utilisé dans la littérature pour décrire ce symptôme. La violence peut être définie comme :

la menace ou l'utilisation intentionnelle de la force physique ou du pouvoir contre soi-même, contre autrui ou contre un groupe ou une communauté, qui entraîne ou risque fortement d'entraîner un traumatisme, un décès, des dommages psychologiques, un mal-développement ou des privations. (Krug, Mercy, Zwi & Lozano, 2002, p.5)

La personne manifestant de la violence blesse l'autre intentionnellement, tandis que l'agressivité est davantage un moyen d'expression (Pulsford & Duxbury, 2006). L'agressivité peut donc être liée à l'insomnie, la détresse psychologique, la douleur, l'utilisation de contraintes physiques ou chimiques, la surstimulation environnementale, les bruits excessifs ou encore la perte de l'espace vital et de la vie privée, les personnes atteintes de démence étant très sensibles à leur environnement (Enmarker, Olsen & Hellzen, 2010).

Malgré l'existence de plusieurs définitions du comportement agressif, aucune n'est consensuelle et ce concept demeure encore très imprécis. Néanmoins, Patel et Hope (1993) définissent le comportement agressif comme un « acte non accidentel observable qui implique l'émission de stimuli nuisibles envers une personne, un objet ou soi-même » (Voyer, 2006). Cette définition liée au SCPD ne nous convient que partiellement du fait qu'elle ne nous semble pas complète. En effet, il nous a semblé important de mettre en avant que l'agressivité en plus d'être un symptôme de la démence, est aussi une réaction humaine naturelle. C'est pour la personne âgée souffrant de troubles cognitifs un moyen de s'exprimer en raison de sa pathologie.

Le dictionnaire infirmier de psychiatrie (2005), quant à lui, définit l'agressivité comme étant : « la force instinctuelle qui permet à l'individu d'imposer la satisfaction de ses exigences territoriales ou pulsionnelles élémentaires (D. Marcelli). Il s'agit d'une composante fondamentale de la nature humaine. Elle n'est pas synonyme de violence. » (p.11)

L'agressivité est un comportement répandu, toutes les infirmières doivent y faire face indépendamment du contexte dans lequel elles se trouvent. Selon une étude, plus de 90% du personnel soignant dans les EMS en Suisse ont vécu des agressions verbales au cours des 12 derniers mois (Zeller, Dassen, Kok, Needham & Halfens, 2012). Selon la même étude, l'EMS est le troisième contexte à subir des agressions après les urgences et les services psychiatriques.

Les soins personnels (toilette, habillage) sont les moments durant lesquels les comportements agressifs sont les plus présents, lorsque la distance entre le soignant et la personne soignée est minime et lorsque le patient risque d'éprouver de la douleur ou de l'anxiété. [traduction libre] (Sloane et al., 2004) Le résident souffrant de troubles cognitifs perd progressivement la capacité d'interpréter et de s'adapter aux stimuli de l'environnement à cause de la maladie. Il ne peut par conséquent s'exprimer autrement que par de l'agressivité (Voyer, 2006).

Actuellement, il s'agit d'un symptôme bien souvent banalisé, voire ignoré et par la même occasion, les interventions le sont tout autant (Stevenson, Jack, O'Mara & LeGris, 2015). L'agressivité traduit pourtant une souffrance, un besoin non satisfait ou encore un appel à l'aide venant de la personne âgée.

De tous les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence, le comportement agressif est peut-être le plus éprouvant pour les familles et les professionnels de la santé (Duxbury, Pulsford, Hadi, & Sykes, 2012). Par ailleurs, les conséquences pour le patient mais aussi pour le personnel soignant peuvent être nombreuses ce qui risque d'affecter la qualité des soins. En effet, des sentiments comme la colère, la crainte, l'anxiété, la honte ou encore la culpabilité peuvent apparaître chez les soignants. De même, le désir de quitter l'établissement peut survenir tout comme l'absentéisme, les erreurs médicales et la diminution de la qualité des soins apportés aux patients ce qui mettrait en péril la sécurité de celui-ci. [traduction libre] (Stevenson, Jack, O'Mara & LeGris, 2015, p.2)

Ces conséquences engendrent également des répercussions économiques importantes. En effet, l'OMS (2016) précise que « les coûts directement associés aux soins médicaux ainsi qu'à la prise en charge sociale et informelle des personnes atteintes de démence entraînent des problèmes sociaux et économiques importants ». Des coûts supplémentaires peuvent apparaître en cas d'absentéisme de la part du personnel soignant ainsi qu'en cas d'usage abusif des traitements médicamenteux (neuroleptiques). L'absentéisme peut s'expliquer par des arrêts-maladie dus à des blessures, qu'elles soient physiques ou psychologiques suite à l'agressivité du résident. En outre, il peut également s'expliquer par une non reconnaissance de la hiérarchie institutionnelle ou une injustice organisationnelle engendrant des conditions de travail qui peuvent être précaires et un taux plus élevé d'agressions (Zeller et al., 2012).

Les effets secondaires liés à l'utilisation d'antipsychotiques ont accentué la nécessité de développer et d'évaluer les effets des approches non pharmacologiques dans la prise en soins de la démence. [traduction libre] (Blackburn & Bradshaw, 2014, p.879)

En outre, l'administration de neuroleptiques peut augmenter les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence. [traduction libre] (Khachiyants, Trinkle, Joon Son, & Kim, 2011, p. 6) En raison de son âge avancé, le résident n'élimine plus les substances actives convenablement, le risque de toxicité est par conséquent élevé.

Par ailleurs, les interventions non médicamenteuses permettent de mettre en lumière le rôle autonome de l'infirmière, l'incitant ainsi à faire preuve de créativité envers le résident présentant un comportement agressif.

La question de recherche

Suite aux éléments développés ci-dessus, nous identifions une véritable problématique de santé avec différents axes pluridisciplinaires. Cette problématique suscite tout notre intérêt. De ce fait, nous pouvons énoncer notre question de recherche comme suit:

En quoi les interventions non médicamenteuses constituent une plus-value dans la prise en soins de l'agressivité de la personne âgée, souffrant du syndrome cognitivo-mnésique en établissement médico-social ?

Argumentaire de la pertinence de la question en fonction du champ clinique de la discipline infirmière

Ayant identifié le sujet sur lequel nous souhaitons porter notre attention, nous allons l'argumenter en fonction des quatre concepts qui fondent les théories des soins infirmiers afin de démontrer que ce sujet s'inscrit dans la discipline.

Nous nous référerons à la théorie du *Human Caring* de Jean Watson. Le choix de ce modèle conceptuel s'explique par le fait qu'il se base sur le soin humain et la relation transpersonnelle entre l'infirmier et le patient « dans le but d'assister la personne dans sa recherche d'une plus grande harmonie entre l'âme, le corps et l'esprit » (Kérouac, 1994, p. 84). Les résidents souffrant de démence ne possèdent plus cette « harmonie » car leurs besoins ne peuvent plus être communiqués en raison de leurs atteintes cognitives et la

personne âgée peut difficilement revenir à cet équilibre. En ayant une vision du Human Caring, le personnel soignant sera davantage attentif à cela.

Le métaparadigme de la discipline infirmière lie quatre concepts que sont la personne, l'environnement, la santé et le soin afin de permettre une prise en soins de la personne soignée dans sa globalité.

Watson considère **la personne** comme un être humain unique. La personne possède un champ phénoménal unique qui correspond à la totalité de ses expériences vécues. Ces éléments sont basés sur le passé de la personne, son moment présent et un avenir tel qu'anticipé (Cara & O'Reilley, 2008). Il s'agit d'une entité vivante dont l'âme (dimension spirituelle), le corps (dimension biologique) et l'esprit (dimension mentale) sont inséparables (Jeanguenat, 2013).

Dans notre sujet de recherche, la personne souffre du syndrome cognitivo-mnésique et pour établir une relation avec elle, il est avant tout nécessaire de la reconnaître justement comme une personne afin de la rencontrer puis, de l'entendre.

Seulement,

la parole des malades s'entend peu. On pourrait croire que c'est parce que ceux-ci ne peuvent plus rien dire ou ne peuvent plus rien dire de sensé à cause de leur maladie. Or pour peu qu'on prenne la peine de la chercher, la parole des personnes souffrant de démence n'est pas du tout absente et elle est même bien audible. (Collaud & Gomez, 2010, p.68)

Dans notre sujet, la personne s'exprime entre autre par de l'agressivité.

La personne est influencée par l'**environnement** et l'environnement est influencé par la personne. Il existe deux types d'environnements, celui qui est interne et qui comprend la subjectivité, les perceptions, la culture, l'éducation, la spiritualité, les attitudes de la personne et les mécanismes de régulation biologiques. L'environnement externe, quant à lui, comprend l'univers, le milieu de vie, la formation. Les deux types d'environnements sont en influence constante (Jeanguenat, 2013).

La personne soignée dans notre travail réside dans un EMS, vivant en communauté et bénéficiant d'un cadre institutionnel.

La santé ne se définit pas uniquement par l'absence de maladie. C'est une expérience subjective propre à chacun qui ne se caractérise pas seulement par des critères externes à la personne mais par la personne physique, psychologique, mentale et sociale ainsi que son environnement, sa spiritualité, ses sentiments, son intelligence et ses relations. Une personne est en santé si elle est en harmonie avec son corps, son esprit et son âme (Jeanguenat, 2013).

L'objectif de nos interventions est d'améliorer l'état de santé et la qualité de vie du patient.

Le soin commence lorsque l'infirmière entre dans la réalité de la personne, perçoit et ressent le vécu de l'autre.

Elle doit lui permettre de laisser exprimer ses sentiments ce qui facilite l'harmonie. Il s'agit d'assister la personne afin de promouvoir sa perception de soi, son estime de soi et ainsi améliorer son bien-être (Jeanguenat, 2013).

Les quatre concepts liés entre eux constituent les fondements de la discipline infirmière (Berset, 2013). En établissant des liens entre ceux-ci et notre question de recherche, nous voulons légitimer nos interventions en regard de la discipline infirmière.

Selon Provencher & Fawcett, celle-ci « s'intéresse aux interventions ou démarches de soins des infirmières qui permettent d'engendrer des modifications positives de l'état de santé » (2002, cité dans Oulevey Bachmann, 2013).

Notre question de recherche est congruente avec cette proposition car grâce aux différentes recherches probantes effectuées, nous allons dégager des résultats afin de pouvoir démontrer en quoi les interventions non pharmacologiques sont bénéfiques et favorisent la baisse de l'agressivité en promouvant la qualité de vie et la sécurité du patient.

Méthode

Cette étape du travail permet de mettre en lumière notre démarche de sélection des textes répondants à la question de recherche dans les bases de données Medline et CINAHL.

Etape 1. Nous avons utilisé des mots clés précis traduits sur HonSelect en lien avec notre question de recherche. Les traductions des mots suivants ont été recherchées:

Intervention comportement agressive → aggressive behavior intervention

Interventions non pharmacologiques → non pharmacological interventions

Établissements médicaux sociaux → Nursing home, long term care homes

Soins aux personnes souffrant de démence → Dementia care

Ensuite, nous avons consulté CINAHL et sélectionné « *MW (Word in Subject Heading)* » afin que les résultats correspondent à des articles où les mots clés utilisés sont des sujets majeurs. Nous avons utilisé quatre groupes de deux à trois mots avec comme limites la date (2007-2015), la langue (anglais), et écrit essentiellement par des infirmières:

- *Dementia care AND aggressive behavior intervention*
- *Verbal violence AND long-term care homes*
- *Nursing care AND aggressive behavior in residents AND nursing care homes*
- *Violence or aggression AND nursing home AND dementia*

Puis, nous avons consulté Medline (MeshTerm) avec comme limites la date (10 ans), la langue (anglais), essentiellement écrit par des médecins ou psychologues et présentant les mots clés suivants:

- *Violent resident with dementia*
- *Patient violent behaviour in nursing home*
- *Resident to nurse aggression in nursing home*
- *Person-centred approach in people aggressive with dementia*

A la fin de chacune de ces étapes, nous avons pu récolter une trentaine d'articles, correspondant à notre sujet et dont nous avons pris connaissance.

Etape 2. Plusieurs combinaisons de mots clés ont été employées pour trouver d'autres recherches sur les deux bases de données. Nous avons également sélectionné d'autres groupes de mots clés puis, utilisé des ouvrages tels que le « dictionnaire infirmier de psychiatrie » (2005) et l'ouvrage « Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie » de Voyer (2006).

Etape 3. Nous avons également recherché la profession de tous les auteurs de nos articles afin de sélectionner essentiellement des textes écrits par des chercheurs en soins infirmiers. Malheureusement, beaucoup de textes sélectionnés dans Medline et CINAHL étaient majoritairement rédigés par des médecins ou des professeurs.

Etape 4. Puis, après lecture des textes, nous avons constaté que certains étaient particulièrement intéressants et congruents avec notre question de recherche. Nous avons décidé d'analyser la bibliographie de ceux-ci pour élargir notre recherche. Grâce à cette technique, nous avons sélectionné plusieurs articles.

Etape 5. Après la lecture de ceux-ci, nous nous sommes rendues compte que beaucoup d'entre eux mettaient l'accent sur l'agressivité et les interventions non pharmacologiques en particulier. C'est à cette étape que nous avons affiné notre question de recherche.

Etape 6. Nous avons rencontré des difficultés pour trouver des articles répondant aux normes de qualité. Ces articles nous ont malgré tout permis une meilleure compréhension de la problématique en nous apportant une plus-value dans notre réflexion ainsi que pour construire la discussion. Enfin, nous avons observé que certains auteurs revenaient souvent dans les bases de données et nous avons donc recherché d'autres publications dont ils sont à l'origine.

Résultats

Suite au nombre de publications lues (37) sur le sujet, nous avons défini des critères d'exclusion pour cibler les textes répondant au mieux à notre problématique.

Nous avons exclu les recherches publiées antérieurement à 2007. A ce stade, il nous restait 12 études. D'autres critères sont rentrés en ligne de compte comme la qualité de la méthodologie que nous évaluons à la lecture des articles sélectionnés grâce à la grille (annexe1).

Tableau des articles retenus

N°	Titre	Auteurs	Année	Base de données	Mots clés
1	Effects of dog-assisted intervention on behavioural and psychological symptoms of dementia	Lena Nordgren, Gabriella Engström	2014	CINHAL	Aggressive behaviour and intervention and home care
2	Dealing with aggressive behaviour in nursing homes: caregivers' use of recommended measures	Adelheid Zeller, Marianne Müller, Ian Needham, Theo Dassen, Gerjo Kok, Ruud JG Halfens	2013	CINAHL	nursing home and aggressive behavior and resident background
3	It's about time: use of nonpharmacological interventions in the nursing home	Ann Kolanowski, Donna Fick, Christine Frazer, Janice Penrod	2009	CINAHL	Dementia care and Aggressive behavior intervention
4	Psychosocial treatments of behavior symptoms in dementia: a systematic review of reports meeting quality standards	Daniel W.O'Connor, David Ames, Betina Gardner, Madeleine King	2008	MEDLINE	Article trouvé dans la liste des références de l'article n°4
5	Attitudes toward dementia-related aggression among staff in Japanese aged care settings	Miwa Nakahira, Wendy Moyle, Debra Creedy, Hiroe Hitomi	2008	MEDLINE	Article trouvé dans la liste des références d'un article recherché sur Medline: A survey of staff attitudes and responses to people with dementia who are aggressive in residential care settings
6	Reducing dementia-related aggression through a staff education intervention	Deirdre Chrzescijanski, Wendy Moyle, Debra Creedy	2007	CINAHL	Aggressive behaviour and intervention and home care

Analyse critique des articles

Dans le chapitre qui suit, nous présentons l'analyse critique des articles retenus. Nous mettrons l'accent sur la fiabilité, la crédibilité et la qualité des articles (points positifs), sur leur importance pour la clinique (intérêt pour notre sujet de recherche), et sur les limites qui nous sont apparues (limites de l'étude). Pour rédiger cette analyse, nous nous sommes appuyées sur le tableau de comparaison de résultats présenté dans le chapitre suivant.

Article 1

Effects of dog-assisted intervention on behavioural and psychological symptoms of dementia (*Effets de l'intervention des chiens-aidants sur les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence*)

Étude quantitative datant de l'année 2014 et réalisée par au moins une infirmière dans huit maisons de repos en Suède. Étude publiée dans le *Nursing older people*.

Points positifs : La méthodologie rigoureuse, structurée et très bien décrite est un point fort de l'étude. De plus, l'étude a été approuvée par le comité d'éthique de la recherche en Suède qui apporte un gage de qualité supplémentaire.

L'auteur se réfère également à d'autres études réalisées ce qui apporte des points positifs.

Limites de l'étude : Dans l'étude, les rapports étaient réalisés par des infirmières et leurs réponses aux questions ont été basées sur leurs évaluations et leurs valeurs qui n'étaient pas directement accessibles à l'équipe de recherche. De plus, la taille de l'échantillon est relativement petite (n=33).

Le score moyen pour l'agitation verbale (CMAI) augmente juste après l'intervention des chiens-aidants, après quoi, il diminue après un suivi de trois mois mais augmente encore après un suivi de six mois.

Il est difficile d'expliquer cette augmentation de l'agitation verbale. Les participants ont eu des souvenirs clairs et agréables des chiens de thérapie qui sont devenus évidents lorsqu'ils ont regardé des photos de l'animal. Ils ont identifié les chiens et ont parlé de ceux-ci de manière positive. Par conséquent, il est possible que quelques participants aient éprouvé un sentiment de solitude après que le contact avec les chiens se soit arrêté.

Intérêt pour notre sujet de recherche : Cette étude met en évidence plusieurs motifs intéressants pour inclure les chiens de thérapie dans la prise en soins des personnes atteintes de démence. En effet, les chiens de thérapie, contrairement aux traitements pharmacologiques, n'ont aucun effet secondaire, ils peuvent soulager la dépression, améliorer la mémoire et augmenter la motivation pour l'activité physique.

En outre, le contact et la formation avec des chiens de thérapie peuvent améliorer l'amour-propre et la capacité des patients d'agir les uns avec les autres. L'article mentionne également que la simple présence d'un chien de thérapie peut interrompre des comportements tels que l'agitation, l'inquiétude et l'agressivité. Le résident peut être motivé à participer à diverses activités avec l'animal. Souvent, la mauvaise humeur du résident disparaît immédiatement et à la place, celui-ci peut éprouver de la joie.

Article 2

Dealing with aggressive behaviour in nursing homes : caregivers' use of recommended measures (*Faire face à un comportement agressif dans les maisons de soins infirmiers (EMS) : l'utilisation des mesures recommandées par les soignants*)

Cet article a été écrit par 6 auteurs. L'un d'entre eux, Adelheid Zeller est responsable du programme Bachelor en science infirmière, département de la santé de l'université de St-Gall. Il a été publié en 2013 dans le *Journal of Clinical Nursing*.

Points positifs : En premier lieu, le cadre conceptuel de cette étude est complet, le respect des normes éthiques dans la recherche est présenté, la méthodologie est rigoureuse et structurée. La littérature théorique est distinguée des recherches déjà effectuées.

Ensuite, nous relevons que le nombre de participants (804) est relativement élevé pour une étude quantitative. Un point positif de cette étude réside dans le fait qu'elle soit effectuée en Suisse. Nous pouvons donc constater que ce sujet pourrait être une problématique dans notre pays.

Limites de l'étude : Les auteurs expriment 3 limites dans cet article. Premièrement, les chercheurs supposent qu'il s'agit des personnes les plus intéressées par cette thématique qui ont participé à l'étude. Ensuite, le développement de l'outil « RAMI » (*Resident Aggression Management Inventory*) composé de 22 items n'est qu'à ses débuts. Par conséquent, les chercheurs admettent un manque de recul par rapport à celui-ci. Finalement, l'auto-évaluation est un outil utilisé et les auteurs expliquent que le personnel soignant peut être amené à décrire la situation d'une manière non conforme à la réalité mais l'anonymat de ces évaluations devrait réduire cette limite.

Intérêt pour notre sujet de recherche : Ce document apporte des éléments très importants à notre travail. Il nomme différentes approches recommandées efficaces telles que la thérapie de la Validation (Feil 1993) et la thérapie de la Réminiscence (Zanetti et al. 2002) qui permettent de prendre en soins l'agressivité de manière non médicamenteuse. De plus, grâce aux références de cet article, nous avons pu rechercher d'autres études plus précises en lien avec notre question de recherche.

Article 3

It's about time : use of nonpharmacological interventions in the nursing home (Il est temps : utilisation des interventions non pharmacologiques dans la maison de soins infirmiers)

Étude qualitative réalisée par 4 auteurs qui ont toutes effectué la formation d'infirmière (School of Nursing). Étude datant de 2009 publiée dans le *Journal of Nursing Scholarship*, réalisée dans six maisons de soins infirmiers situées en Pennsylvanie et en Caroline du Nord.

Points positifs : L'étude a été réalisée du point de vue de 4 infirmières. De plus, elle apporte une réponse à notre question de recherche en mentionnant les barrières qui empêchent le personnel soignant d'utiliser des interventions non pharmacologiques en première intention dans la prise en soins des résidents présentant des SCPD.

Limites de l'étude : Malheureusement, l'étude n'est pas très récente (2009). De plus, la méthodologie présentée dans ce texte ne dispose pas de l'approbation d'un comité éthique.

Intérêt pour notre sujet de recherche : L'article est intéressant car il met en évidence les causes d'un comportement agressif en mentionnant notamment l'histoire de vie du résident. Cela permet ensuite aux auteurs de mieux comprendre pourquoi les interventions non médicamenteuses sont bénéfiques. L'étude s'intéresse également aux barrières à la mise en place de telles approches dans les soins. Il sera pertinent d'en tenir compte afin de démontrer la plus-value des interventions. En outre, les auteurs évoquent le fait que l'intervention doit être individualisée et adaptée à chaque résident pour qu'elle soit efficace. Il ne s'agit pas d'une liste énumérant les interventions non pharmacologiques possibles mais bien d'un argumentaire démontrant les bienfaits d'une prise en soins basée sur une approche centrée sur la personne.

Article 4

Psychosocial treatments of behavior symptoms in dementia : a systematic review of reports meeting quality standards (Les traitements psychosociaux des symptômes comportementaux dans la démence : un examen systématique des rapports répondant à des normes de qualité)

Il s'agit d'une revue de littérature de 11 articles sélectionnés. Cette étude a été publiée en 2008 dans la revue *International Psychogeriatrics*.

Points positifs : Le cadre conceptuel de la revue est très riche et propose de nombreuses sources. En effet, les différentes études présentées de manière résumée mettent en avant des informations pertinentes concernant notre question de recherche et présentent également des renseignements sur la méthodologie utilisée. Les indices de fiabilité (p) sont pour la plupart inférieurs à 0.05 atteignant même des valeurs de $p = 0.0001$ notamment pour l'utilisation de l'aromathérapie, attestant d'une fiabilité importante des résultats. De nombreuses thérapies non médicamenteuses sont évoquées et les résultats sont encourageants.

Limites de l'étude : Les études référencées sont plutôt anciennes, la plus récente datant de 2007.

Intérêt pour notre sujet de recherche : Cette étude démontre les bienfaits de l'utilisation d'interventions non-pharmacologiques telles que l'aromathérapie, la musicothérapie, la stimulation multi-sensorielle, l'approche centrée sur la personne ou encore la relaxation entre autres dans la prise en soins de l'agressivité. En outre, la revue atteste à l'aide de valeurs probantes en quoi ces approches sont une plus-value dans les soins pour faire face à des comportements en lien avec la démence.

Article 5

Attitudes toward dementia-related aggression among staff in Japanese aged care settings (Les attitudes à l'égard de l'agression liée à la démence au sein du personnel dans les établissements de soins aux personnes âgées japonais)

Article quantitatif datant de 2008 et publié dans le *Journal of Clinical Nursing*. L'étude a été réalisée au Japon par 4 auteurs possédant un diplôme d'infirmière.

Points positifs : Les auteurs ont été rigoureux dans la méthodologie. Les résultats sont fiables. L'échantillon est relativement élevé pour une étude quantitative ($n = 675$). En outre, elle présente une quantité importante de réponses au questionnaire (82%). Les auteurs expriment également des recommandations intéressantes pour la pratique.

Limites de l'étude : Bien que l'étude ait atteint un bon taux de réponses, il se pourrait que les soignants les plus intéressés par leur pratique aient répondu à l'enquête et leurs points de vue peuvent différer. Une autre limite de l'étude peut être l'utilisation d'instruments d'auto-évaluation. En effet, les soignants commentent leurs interventions mais cela peut ne pas refléter la pratique réelle. Bien que l'anonymat des participants puisse avoir réduit cet effet, il est suggéré pour les futures recherches d'inclure une pratique d'observation comme moyen de réduire cette limite potentielle.

Intérêt pour notre sujet de recherche : L'étude mentionne un fait nouveau qui est l'influence du comportement des soignants dans l'apparition ou l'exacerbation d'un comportement d'agressivité de la part d'une personne âgée souffrant de démence. En effet, cela suppose que l'on puisse prévenir le symptôme et ainsi réduire les risques de mise en place de mesures de contrainte en développant cette théorie. Les chercheurs mentionnent le fait qu'un soignant davantage formé à la compréhension du comportement agressif permettrait de réduire ce symptôme.

L'article démontre également que les interventions non médicamenteuses (attitudes des soignants) ont un impact positif sur les personnes âgées contrairement aux mesures de contrainte qui risquent d'accroître le comportement agressif et d'affecter le bien-être du résident ainsi que celui du soignant.

Les résultats montrent que les attitudes négatives du personnel peuvent nuire à la prise de décision clinique et aux soins apportés aux patients, ce qui peut se traduire par une utilisation inappropriée de mesures de contrainte dans la prise en soins des personnes atteintes de démence. La mesure de l'attitude du personnel soignant peut être utilisée pour identifier les domaines nécessitant une éducation ou le développement de compétences dans le but de permettre des changements dans les attitudes à surveiller au fil du temps.

Nous restons attentives au fait que cette étude ait été menée au Japon et que celle-ci doive par conséquent être transposée dans notre pratique avec attention, étant donné les différences de culture entre la Suisse et le Japon.

Article 6

Reducing dementia-related aggression through a staff education intervention (*Réduire l'agressivité liée à la démence par une intervention d'éducation*)

Étude réalisée en 2007 et publiée dans le journal *Dementia*. Cet article a été écrit par 3 auteurs dont une infirmière et deux professeurs en soins infirmiers.

Points positifs : L'étude a été réalisée de manière longitudinale de par le fait que les attitudes du personnel soignant ont été évaluées avant et après l'intervention d'enseignement au personnel soignant. La méthodologie correspond aux critères de la grille d'analyse (annexe 1) et à nos critères d'exclusion.

Limites de l'étude : Les auteurs comptaient sur la collaboration des infirmières pour documenter avec précision la prévalence des comportements agressifs. Le nombre et la qualité des déclarations peuvent être influencés par différents facteurs, notamment celui de la période au cours de laquelle est réalisée l'étude. Le programme de formation a été financé par le gouvernement australien et son utilisation a été encouragée. De plus, la fiabilité des inter-évaluateurs est de 92%.

Intérêt pour notre sujet de recherche : Cet article démontre qu'une intervention de formation au personnel soignant peut faire baisser significativement la quantité de comportements agressifs car le personnel soignant sera davantage attentif aux causes sous-jacentes. Il démontre également l'importance de la formation continue dans la discipline infirmière et souligne que l'approche centrée sur la personne permet d'obtenir de bons résultats.

La formation n'a malheureusement été effectuée qu'une fois durant l'étude, il y eut une diminution des comportements agressifs après celle-ci pour revenir à un taux plus élevé par la suite. Cela démontre que les formations doivent être réalisées plusieurs fois par année.

Comparaison des résultats des textes retenus

Nous avons créé un tableau pour comparer les résultats entre les articles scientifiques sélectionnés. Ce tableau est composé d'un résumé des buts de chaque étude, de la méthode utilisée par les auteurs, des principaux résultats ainsi que des applications et recommandations pour la pratique.

1. Effects of dog-assisted intervention on behavioural and psychological symptoms of dementia
Effets de l'intervention des chiens-aidants sur les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence

Nordgren, L., & Engström, G., 2014

But de l'étude	Méthode	Résultats	Propositions et recommandations pour la pratique
<p>Le but de cette étude est d'évaluer l'effet d'une intervention avec des chiens accrédités sur les symptômes comportementaux et psychologiques que peuvent manifester les résidents souffrant de démence</p>	<p><i>L'inventaire d'agitation de Cohen-Mansfield (CMAI) et l'échelle multidimensionnelle d'évaluation de la démence (MDDAS) sont</i> employés pour évaluer l'effet des interventions pharmacologiques et non pharmacologiques sur les SCPD.</p> <p>L'étude a été conduite dans huit maisons de repos en Suède. Un total de 33 résidents atteints de démence (20 dans le groupe d'intervention et 13 dans le groupe témoin) ont été recrutés. La durée médiane de l'intervention était de 12 semaines.</p>	<p>Le score moyen de <i>CMAI</i> pour des comportements non-agressifs physiques a diminué de 18,5 à 15,3 juste après l'intervention ; les scores inférieurs indiquent moins de symptômes. Les scores moyens et médians de MDDAS pour des symptômes comportementaux ont diminué de 15,3 à 13,5 et le score médian de 13,1 à 12,0 après l'intervention ; les scores inférieurs indiquent moins de symptômes.</p>	<p>La présence du chien crée une occasion de contact avec les résidents afin que la personne souffrant de démence puisse développer et maintenir ses capacités sociales et relationnelles. Il existe des barrières à la mise en place de telles interventions dans la pratique qui méritent d'être étudiées à la lumière de futures recherches scientifiques.</p>

2. Dealing with aggressive behaviour in nursing homes : caregivers' use of recommended measures

Faire face à un comportement agressif dans les maisons de soins infirmiers (EMS) : l'utilisation des mesures recommandées par les soignants

Zeller, A., Müller, M., Needham, I., Dassen, T., Kok, G., & Halfens, R. J. G., 2013

But de l'étude	Méthode	Résultats	Propositions et recommandations pour la pratique
<p>Identifier les groupes de soignants dans les EMS en Suisse pour analyser la façon dont ils prennent en soins les résidents présentant de l'agressivité.</p>	<p>Il s'agit d'une enquête transversale rétrospective avec au total 21 établissements médico-sociaux situés dans les milieux urbains et ruraux en Suisse, dans les régions alémaniques. Les données sont collectées grâce à un questionnaire.</p>	<p>814 soignants ont complété le questionnaire (51.8% des participants). Selon le point de vue des soignants, « calmer le résident » et « chercher les raisons de l'expression du comportement agressif » sont les interventions les plus utilisées selon 90% du personnel. De plus, selon 80-87% des participants, les recommandations visent à « intégrer des informations biographiques » et « découvrir des raisons physiques sous-jacentes du comportement agressif ».</p> <p>Environ 80% ont déclaré qu'ils décrivent le comportement agressif dans le rapport de soins infirmiers selon un protocole d'agression et environ 75% des participants appliquent des approches de validation en posant des questions supplémentaires.</p> <p>Les interventions utilisées par environ 50% des participants ont été: « mener des activités pour la stabilisation de la mémoire », « études de cas par l'équipe interdisciplinaire », « recueil d'informations auprès des proches », « encourager la mobilisation et les activités physiques » et « faire face au comportement agressif avec humour ».</p> <p>Pour prendre en soins le comportement agressif, moins de 30% des participants ont déclaré qu'ils « distraient le résident en chantant », « modifiaient son environnement » ou « remplissaient un formulaire normalisé afin de documenter le comportement agressif ». D'autres interventions employées par le personnel soignant sont décrites, elles sont au nombre de 22 et présentées sous forme de tableau dans l'article (p. 2547).</p> <p>L'aromathérapie est toujours ou souvent appliquée dans environ 10% des cas et « l'utilisation de la contrainte physique envers les résidents » a été mentionnée par 46% des participants.</p> <p>Le personnel soignant avec un pourcentage de plus de 80% applique les interventions recommandées de manière systématique. C'est également le cas chez les soignants qui reçoivent un soutien de leurs supérieurs et lorsque l'aide de l'institution est disponible.</p> <p>En outre, Les soignants évoquent la nécessité et l'importance d'une formation dans la gestion des comportements agressifs ($p < 0.01$).</p>	<p>Les résultats montrent l'importance du soutien des supérieurs et de l'assistance dans l'utilisation des interventions recommandées pour le personnel soignant qui doit faire face au comportement agressif du résident dans l'EMS. La compétence des soignants à comprendre la perspective du résident doit être encouragée car elle augmente l'utilisation des approches dites centrées sur la personne.</p> <p>Il est nécessaire selon l'article d'être capable d'utiliser des outils dans la documentation de l'agression pour ainsi mieux mettre en évidence la problématique.</p>

3. It's about time : use of nonpharmacological interventions in the nursing home

Il est temps : utilisation des interventions non pharmacologiques dans l'EMS

Kolanowski, A., Fick, D., Frazer, C., & Penrod, J., 2009

But de l'étude	Méthode	Résultats	Propositions et recommandations pour la pratique
<p>Cette étude qualitative a été conçue pour obtenir les perceptions du personnel soignant concernant les obstacles (barrières) à l'utilisation des interventions non pharmacologiques dans la prise en soins des SCPD. Elle explore la façon dont le personnel soignant transpose les guides de lignes directrices dans la pratique.</p>	<p>Une méthodologie de groupe de parole a été utilisée pour capturer des discussions audio - enregistrées et celles-ci ont ensuite été retranscrites en verbatim.</p> <p>Trente-cinq membres du personnel soignant (infirmières diplômées, assistantes en soin et santé communautaire, aides infirmières, physiothérapeutes et directeurs médicaux) de six maisons de soins infirmiers situés en Pennsylvanie et en Caroline du Nord ont participé à cette étude qualitative.</p>	<p>L'article explique en quoi un traitement médicamenteux peut être défavorable en mentionnant par exemple l'accélération du déclin cognitif du résident.</p> <p>En outre, il est mis en évidence l'importance de connaître le résident pour mettre en place des interventions ciblées, individualisées et efficaces dans la gestion de son agressivité. Pour ce faire, il est nécessaire de connaître son histoire de vie car chaque personne manifeste ses besoins de façon différente. Ainsi, il sera davantage aisé de comprendre la cause du comportement agressif de façon à mieux prendre en soins le résident.</p>	<p>Les résultats de l'étude mettent en évidence la nécessité d'élaborer des modèles qui permettront au personnel soignant de faire la différence dans la prise en soins des résidents présentant des SCPD. Le développement de programmes éducatifs favorisant la compréhension du personnel au sujet des SCPD est recommandé.</p> <p>De plus, il est question dans l'article d'un manque de connaissances important dans l'efficacité des interventions non pharmacologiques.</p>



4. Psychosocial treatments of behavior symptoms in dementia : a systematic review of reports meeting quality standards

Les traitements psychosociaux des symptômes comportementaux dans la démence : un examen systématique des rapports répondant à des normes de qualité

O'Connor, D. W., Ames, D., Gardner, B., & King, M., 2009

But de l'étude	Méthode	Résultats	Propositions et recommandations pour la pratique
<p>Cette revue cherche à dégager des approches alternatives non pharmacologiques afin de soulager les SCPD.</p>	<p>Revue littéraire d'articles quantitatifs dans laquelle les chercheurs ont analysé diverses études issues des bases de données.</p>	<p>Les huiles essentielles extraites à partir de la lavande et du baume de citron ont des propriétés calmantes. La moyenne des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) était plus basse de 20% ($p=0.016$) grâce à leur utilisation.</p> <p>Les soins à la personne telle que la toilette, sont l'un des déclencheurs des SCPD qui sont vraisemblablement dus à la crainte ou à un malaise. Les résultats de ces comportements étaient 50% plus bas pendant les bains réalisés au lit ainsi que durant les douches conventionnelles ($p < 0.001$).</p> <p>La musicothérapie est un sujet populaire que l'on retrouve dans plusieurs recherches. L'agitation a diminué de 75% avec la musique douce, de 33% avec le jazz des années 1930 et de 25% avec des chansons modernes.</p> <p>Les visites aux EMS par des membres de la famille fournissent du réconfort dans des situations stressantes mais celles-ci sont rapidement oubliées par les personnes souffrant de démence. Pour des comportements d'agitations, les taux sont tombés de 30% pendant la présence stimulée ($p = 0.003$), de 25% pendant la musique personnalisée ($p = 0.04$) et de 15% avec placebo.</p>	<p>Il y a des éléments de preuve suffisants pour soutenir l'utilisation de l'aromathérapie, de la musicothérapie individualisée ou de la relaxation comme traitement des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence.</p> <p>Les auteurs mentionnent également que les approches alternatives étudiées sont peu coûteuses, agréables et non toxiques.</p>

5. Attitudes toward dementia-related aggression among staff in Japanese aged care settings

Les attitudes à l'égard de l'agression liée à la démence au sein du personnel dans les établissements de soins aux personnes âgées japonais

Nakahira, M., Moyle, W., Creedy, D., & Hitomi, H., 2008

But de l'étude	Méthode	Résultats	Propositions et recommandations pour la pratique
<p>Cette étude examine les attitudes des soignants à l'égard des personnes âgées japonaises présentant de l'agressivité liée à la démence dans les EMS. Les relations entre les attitudes du personnel, les caractéristiques professionnelles et la pratique clinique y sont explorées.</p> <p>Deux questions de recherches y sont développées :</p> <p>(1) Quelles sont les attitudes du personnel soignant japonais envers le comportement agressif des patients ? (2) Quels sont les facteurs associés à l'attitude du personnel japonais envers l'agressivité ?</p>	<p>Cette étude quantitative a été réalisée en enquête transversale car l'échantillon comprend 4 types d'institutions ((1) unités de démence dans les hôpitaux de santé mentale, (2) établissements médico-sociaux, (3) installations d'évaluation des soins aux personnes âgées et (4) unités gériatriques dans les hôpitaux de soins de courte durée).</p> <p>Les questionnaires sont remplis par différents soignants. L'échelle <i>ATAS (Attitudes Toward Aggression Scale)</i> est utilisée. Une analyse a été réalisée par facteurs :</p> <p><u>Facteur 1</u> : 13 items d'évaluation à attitudes défavorables / négatives face à l'agression liée à la démence</p> <p><u>Facteur 2</u> : 3 items d'évaluation à attitudes favorables / positives face à l'agression liée à la démence</p> <p><u>Facteur 3</u> : 2 items d'évaluation à attitudes de communication face à l'agression liée à la démence</p>	<p>Au total, 675 questionnaires ont été analysés, représentant 41.2% du personnel soignant.</p> <p>Les soignants utilisant la contention et l'isolement ont obtenu un score plus élevé au facteur 1 et les répondants déclarant « écouter le patient », un score inférieur aux autres. Les soignants qui face à un comportement agressif demandent au patient d'arrêter, parlent à un supérieur ou à un collègue ont un score plus élevé au facteur 1.</p> <p>Les soignants qui se questionnent sur la raison du comportement agressif ont des scores plus élevés aux facteurs 2 et 3.</p> <p>Les infirmières ont rapporté une attitude plus positive que les autres soignants. Le personnel qui a une attitude plus positive est plus susceptible de déclarer la médication comme une stratégie de gestion, et le personnel qui parle au patient et demande d'arrêter le comportement agressif est plus susceptible d'avoir des attitudes négatives envers le patient.</p>	<p>Selon la théorie du comportement planifié (TPB) citée dans l'article, il devrait être possible de changer les attitudes négatives des soignants envers l'agressivité du patient par de la formation du personnel. En outre, des stratégies alternatives de gestion de l'agressivité doivent être incluses dans toute formation sur les mesures de contraintes.</p> <p>Selon l'article, il est opportun et approprié pour les infirmières de revendiquer leur position en tant que spécialistes de soins et d'explorer grâce à la recherche, d'autres interventions telles que la musicothérapie, l'aromathérapie et la thérapie de la validation (Feil 1993).</p>

6. Reducing dementia-related aggression through a staff education intervention

Réduire l'agressivité liée à la démence par une intervention d'éducation

Chrzescijanski, D., Moyle, W., & Creedy, D., 2007

But de l'étude	Méthode	Résultats	Propositions et recommandations pour la pratique
<p>Le but de cet article est d'étudier l'impact de la formation du personnel (<i>ERIC : Emotional Responses as Quality Indicators</i>) sur l'agression des résidents et d'explorer les attitudes du personnel soignant dans leur prise en soins des résidents souffrant de démence.</p>	<p>Étude quantitative réalisée en 2 étapes : avant la formation des soignants et une fois celle-ci terminée. Utilisation de l'échelle <i>BAGS Aggression</i> pour évaluer la quantité des agressions ainsi que leur intensité et l'échelle <i>ESMI (Attitude to Elderly and Severely Mentally Infirm Care)</i> pour évaluer l'attitude du personnel.</p>	<p>La moyenne d'âge des 43 participants de l'étude est de 82 ans. 98% (n= 42) des résidents ont un comportement agressif au cours de la première période d'observation (14 jours). Les résidents mis sous contention avaient plus d'épisodes d'agression. Chaque jour, l'agression oscillait entre 60 et 74%. Lors des manipulations (aide à la mobilisation, toilette, etc.), ce chiffre montait à 91%. Le comportement agressif sans provocation apparente était de 44%.</p> <p>Lors de la deuxième période d'observation suite à la formation, la fréquence des comportements agressifs avait diminuée (M= 32.23 contre M=28.09), mais l'intensité restait similaire. Il y a une forte diminution de la fréquence des comportements agressifs lors des 2 premières semaines mais la différence des scores totaux s'égalise à moyen terme.</p> <p>L'attitude des soignants reste positive et ne change pas après la formation.</p>	<p>Cette étude prouve l'efficacité à court terme de ce type d'enseignement (<i>ERIC</i>) qui consiste à sensibiliser le personnel soignant quant aux émotions que les résidents atteints de troubles cognitifs peuvent exprimer.</p> <p>Un enseignement au personnel soignant à plus long terme et de manière régulière a été formulé par les chercheurs.</p>

Discussion et perspectives

Introduction

Pour rappel, cette recherche littéraire a pour but d'expliquer en quoi les interventions non médicamenteuses constituent une plus-value dans la prise en soins de l'agressivité de la personne âgée, souffrant du syndrome cognitivo-mnésique en EMS.

Nous relèverons les bénéfices des interventions non pharmacologiques versus les effets des traitements médicamenteux. Puis, nous aborderons l'importance de la formation du personnel soignant dans la prise en soins de la personne âgée présentant de l'agressivité et nous mettrons en lien la relation interpersonnelle issue du paradigme centré sur la personne avec la théorie du *Humain Caring* de Jean Watson. Pour conclure, nous mettrons l'accent sur les principales recommandations, nous proposerons des perspectives pour la recherche et enfin les limites de notre revue de littérature seront mises en avant.

Van Haitsma et al. (2013) mentionnent un élément intéressant répondant à notre question de recherche, il s'agit de la production d'émotions positives chez le résident présentant un comportement agressif comme intervention non pharmacologique. L'affect négatif est davantage lié aux facteurs internes tels que la santé, l'amour-propre et la personnalité, tandis que l'affect positif est directement lié aux facteurs de l'environnement. Par conséquent, les soignants peuvent agir sur le bien-être du résident grâce à des interventions individualisées qui vont produire une réponse émotionnelle positive chez celui-ci. Ainsi, le répertoire des comportements des résidents en réponse à une frustration, une douleur ou encore un besoin insatisfait sera élargi et renforcé, ayant pour résultat, une plus grande résilience face à l'adversité. Il s'agit là d'une plus-value dans les soins car la qualité de vie de la personne âgée souffrant de démence est améliorée durablement (Van Haitsma et al.).

Traitement médicamenteux

Les SCPD sont essentiellement traités par des antipsychotiques qui sont les médicaments les plus fréquemment prescrits. Les guides de pratique recommandent d'employer ces traitements lorsque les interventions psychosociales et environnementales ne sont pas efficaces dans la prise en soin des SCPD. En effet, la prise d'un tel traitement augmente la prévalence des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence. De plus, les effets secondaires des antipsychotiques sont nombreux et les risques d'accidents vasculaires cérébraux augmentent tout comme la mortalité. Le sujet âgé en particulier est davantage sensible à ces effets en raison du ralentissement de son métabolisme basal. L'utilisation d'un traitement antipsychotique est associée à une moins bonne qualité de vie (Van der Putten, Wetzels, Bor, Zuidema, & Koopmans, 2014). En raison de ces risques, l'intérêt de développer des interventions non-pharmacologiques pour des personnes souffrant de démence se confirme (Nordgren & Engström, 2014). Par ailleurs, les symptômes comportementaux du résident sont pour lui une manière de communiquer un besoin insatisfait et l'élimination de ces comportements par le biais d'un traitement sans en avoir compris la signification peut être délétère pour le résident (Van Haitsma et al., 2013).

La formation du personnel soignant

Différentes études soulignent l'importance de la formation du personnel soignant à la sensibilisation de la problématique de l'agressivité. Deux types d'interventions éducatives ont été mises en avant dans deux de nos articles. Le premier mettait l'accent sur l'attitude du personnel envers les comportements agressifs et les interventions qui en découlent (Nakahira, Moyle, Creedy, & Hitomi, 2008). Le deuxième misait sur la réflexion des soignants concernant la relation entre ceux-ci et les résidents ainsi que l'expression de certaines émotions comme la colère et la tristesse. L'enseignement réalisé de manière régulière diminuerait les comportements agressifs chez la personne âgée et augmenterait de

ce fait, le bien-être des résidents ainsi que celui des soignants. De plus, les coûts liés aux agressions diminueraient en conséquence (Chrzescijanski, Moyle, & Creedy, 2007).

Postulats de Watson / approche centrée sur la personne

Il y a deux philosophies de soins qui émergent de nos articles: le paradigme « standard » et le paradigme « centré sur la personne ». Nous allons définir chacun d'eux de façon à comprendre quelles interventions sont mises en place face à l'agressivité d'un résident, suivant la philosophie de l'institution.

Le paradigme « standard » met l'accent sur les aspects neurologiques et neuropsychiatriques de la démence, estimant que le symptôme que manifeste le résident (dans notre sujet, l'agressivité) est essentiellement une fonction de la maladie neurologique (démence). En résumé, le comportement agressif serait une expression aléatoire des dommages neurologiques causés par les processus pathologiques qui conduisent à la démence ou reflètent les traits de personnalité sous-jacents. [traduction libre] (Pulsford, Duxbury, & Hadi, 2010, p. 98) Le traitement médicamenteux ou la contention physique sont majoritairement utilisés dans ce paradigme.

Dans le paradigme « centré sur la personne », la démence est considérée comme étant l'un des nombreux facteurs qui influence les manifestations de la maladie. Avec notamment la personnalité du résident, sa santé physique et mentale, les interactions avec autrui et son environnement qui sont des facteurs tout aussi importants dans l'apparition des SCPD. Ce paradigme voit le sens du comportement du résident comme étant pour lui un besoin de communiquer. Une réponse apportée aux besoins insatisfaits de la personne soignée est privilégiée ainsi que l'utilisation de l'interaction interpersonnelle (Pulsford et al., 2010).

Jean Watson évoque la notion de relation transpersonnelle qui va au-delà de l'interaction entre les individus (relation interpersonnelle). Les interventions « centrées sur la personne » ayant eu plus de succès dans nos études que l'utilisation de médicaments ou toute forme de contention, nous avons voulu approfondir cette approche non médicamenteuse qui a fait ses preuves, en faisant le lien avec la théorie du *Human Caring* de Jean Watson.

Le *caring* peut se traduire par « prendre soin », en tenant compte de la personne soignée de manière holistique, c'est à dire corps, âme et esprit. Nous avons sélectionné l'un des six postulats sur lesquels se fonde le modèle conceptuel du *caring* pour faire le lien avec l'approche interpersonnelle prônée dans nos articles dans la prise en soin de la personne âgée présentant un comportement agressif : *Le caring ne peut être pratiqué de façon efficace qu'à l'intérieur d'une relation transpersonnelle.*

La relation de *caring* transpersonnelle est définie par Watson comme suit :

Un type particulier de connexion entre le soignant et le soigné, laquelle s'appuie sur des valeurs humanistes. Selon elle, le but de cette relation vise la protection, l'amélioration et la préservation de la dignité humaine, l'intégralité et l'harmonie de la personne soignée. (Cara & O'Reilly, 2008, p.37)

Il s'agit de comprendre la perspective (champ phénoménal) du résident, c'est-à-dire son passé, ses sentiments, ses espérances pour pouvoir le rencontrer et ainsi entamer une relation de *caring*. Zeller et al. (2013) décrivent également l'importance de connaître l'histoire de vie du résident pour mieux le comprendre et ainsi mettre en place des interventions individualisées et ciblées face au comportement agressif. En effet, il peut y avoir des manifestations différentes du symptôme selon les besoins du résident.

Le but du modèle « centré sur la personne » consiste à améliorer le bien-être physique, mental et psychosocial de la personne âgée souffrant de démence sachant que cette population est à risque de développer un certain mal-être. En effet, les résidents peinent à

exprimer leurs besoins ou envies en raison de leur pathologie. Le principe central du modèle consiste à prendre du temps pour comprendre les besoins distincts et les préférences de chaque résident de façon à adapter le soin en conséquence (Van Haitsma et al., 2013).

Recommandations pour la pratique

Il n'est pas aisé d'associer dans l'immédiat le comportement agressif à la maladie de la démence. En effet, il s'agit d'un symptôme qui peut engendrer chez le soignant un certain nombre d'émotions négatives telles que la colère ou la frustration. L'élaboration de guides de pratique a également été évoqué par les infirmières, désireuses de mettre en place des pistes d'interventions pour faire face au comportement agressif. Sachant que la perte de l'autonomie et la perte de contrôle de façon générale peut induire de l'agressivité chez une personne âgée souffrant de démence, les infirmières tentent de partager leur pouvoir de décision avec le résident afin qu'il soit acteur de sa santé. Cependant, il est parfois difficile pour le personnel soignant de lâcher prise et d'accepter de se mettre à la hauteur de la personne soignée tant la croyance qu'il est nécessaire de maintenir le contrôle est forte (Stevenson et al., 2015). Pourtant, les résidents manifestant de l'agressivité sont davantage dépendants pour les activités de la vie quotidienne (Isaksson et al., 2010).

Il a été démontré que les attitudes des soignants ont une influence sur les comportements du résident. En effet, le soignant sera ouvert et davantage attentif aux besoins de résident en adoptant une attitude positive. A contrario, une attitude négative amènera le soignant à utiliser des approches dites de contrôle que sont la contention chimique ou physique. De telles approches accentuent le comportement agressif de la personne âgée affectant ainsi son bien-être et celui du soignant.

Une formation appropriée permettrait au personnel soignant de corriger ses éventuelles attitudes négatives étant donné que l'interaction entre le soignant et le soigné est susceptible de déclencher un comportement agressif de la part du résident qui n'a pas la possibilité de communiquer autrement à cause de sa pathologie (Nakahira et al., 2008). Les soignants pourraient développer une attitude négative envers le résident s'ils considèrent le comportement agressif comme étant intentionnel. Par ailleurs, percevoir un tel comportement est subjectif, cela dépend de l'évaluation du soignant liée à ses expériences. En conséquence, les soignants peuvent procurer des soins infirmiers de moins bonne qualité. En apportant une formation adaptée au personnel soignant, le développement d'attitudes négatives peut être évité (Isaksson et al., 2010). Une formation pour mieux comprendre et interpréter les expressions non-verbales et le langage corporel des résidents peut également s'avérer très utile pour prévenir les comportements agressifs (Enmarker et al., 2010).

La gériatrie étant devenue complexe en raison des polymorbidités de la population vieillissante, il s'agit d'un défi de taille à relever par les futurs professionnels de la santé. C'est pourquoi, il nous semble important de proposer davantage de cours pour les étudiants en rapport avec les problématiques et les pathologies spécifiques à la personne âgée. Ainsi, les soignants pourraient mieux prévenir les complications (état confusionnel aigu, syndrome de glissements) dans des milieux de soins aigus où l'on rencontre de plus en plus des patients âgés, grâce notamment à l'éducation thérapeutique. Ces cours permettraient également une meilleure prise en soins des SCPD.

L'article 4 propose l'élaboration de modèles dans la prise en soins des SCPD. La création d'itinéraires cliniques par exemple, pourrait être envisagée pour la pathologie de la démence. En effet, ce plan de soin formalisé et standardisé mettant en oeuvre des soins centrés sur le patient (besoins, attentes du patient et de ses proches) améliorerait la sécurité des soins. Il s'agirait ensuite, de mettre en place des itinéraires cliniques spécifiques au résident lors de l'apparition du comportement agressif. L'itinéraire clinique est un outil précieux pour mieux

planifier et organiser ce processus complexe qu'est la prise en soins des SCPD (Sermeus & Vanhaecht). Ce guide permettrait selon nous, de structurer ne serait-ce qu'un peu une prise en soins qui peut déstabiliser de par le fait que les symptômes sont imprévisibles. C'est un outil rassurant d'autant plus dans ce contexte car il permet de mettre d'accord l'équipe sur les interventions à mettre en place pour cette population. Cela permettrait de gagner en efficacité et d'améliorer la qualité des soins (Griesser, Wasserfallen, & Peytremann-Bridevaux, 2010).

Étant donné l'importance de l'histoire de vie du résident pour la mise en place d'interventions individualisées dans la prise en soins du comportement agressif, il nous semble pertinent de proposer un colloque interdisciplinaire qui aurait lieu plusieurs fois durant l'année. Cette réunion entre professionnels de la santé aurait pour but de découvrir l'histoire de vie et de santé du résident de façon à mieux comprendre ses besoins, ses envies et ses attitudes. Connaître l'histoire de vie du résident et élaborer des soins centrés sur la personne permettrait également de diminuer les comportements agressifs de 53 à 60% lors des soins d'hygiène, comme la toilette par exemple (Sloane et al., 2004). Comme nous avons pu le constater précédemment, c'est lors de ce soin que le taux d'agressivité est le plus élevé. Utiliser des interventions combinées telles que la musicothérapie, le respect de l'intimité et la prévention de la douleur physique permettrait donc de diminuer l'agression et d'augmenter le bien-être du résident ainsi que celui du personnel soignant. Ces interventions n'ont pas d'effets indésirables et sont peu coûteuses. D'ailleurs, elles peuvent être mises en place rapidement.

Selon l'article 1, la mise en place d'animaux accrédités diminuerait l'agressivité des résidents. Selon nous, cette intervention peut difficilement être appliquée mais envisageable sous plusieurs conditions. L'une d'elles est l'absence d'allergie des résidents, un chien sera par conséquent plus facile à placer qu'un chat par exemple. Par ailleurs, les patients ne devraient pas avoir d'appréhensions sur le type d'animal choisi. Et n'oublions pas que l'attention que nécessite la possession d'un animal (le sortir, le baigner et le nourrir) met en évidence la difficulté de pouvoir mettre en place ce type d'intervention et donc, la réticence de certains EMS à l'instaurer. Malgré tout, la thérapie par les chiens ou par d'autres animaux permettrait aux résidents de diminuer leur anxiété, de soulager la dépression et d'avoir une activité en commun afin de maintenir un lien social. C'est pourquoi, nous proposons que l'animal vienne rendre visite aux résidents 1 fois par semaine en moyenne par le biais d'une association comme c'est déjà le cas dans certains EMS. En effet, nous avons pu constater que cette thérapie non médicamenteuse constitue une réelle plus-value dans la prise en soins de l'agressivité chez la personne âgée.

Consensus professionnel

Les soignants se mettent d'accord pour considérer les approches interpersonnelles en réponse à un comportement agressif comme étant la stratégie de choix à employer en première intention. Celles-ci incluent des interventions de distraction ou la capacité du soignant à garder son calme. Ce résultat reflète la volonté des soignants de préserver la dignité et la personnalité de la personne soignée. D'autres facteurs sont mis en évidence dans la prise en soins du comportement agressif tels que le bon travail d'équipe et la cohérence de la dotation en personnel. Ce dernier point permettrait au personnel soignant d'apprendre à bien connaître les résidents (Duxbury et al., 2012).

Van Haitsman et al. (2013) soutiennent que toute personne a des besoins innés d'autonomie, de compétence et de parenté qui doivent être accomplis pour le bien-être psychologique tout au long de la vie. En effet, ces mêmes auteurs démontrent que les résidents sont en meilleure santé et leur bien-être est amélioré lorsqu'ils sont écoutés, soutenus et lorsque leur autonomie est favorisée.

Perspectives de recherche

Une définition plus universelle est nécessaire pour effectuer des recherches d'un comportement spécifique, pour l'instant chaque chercheur a sa propre définition de l'agressivité. En outre, une définition plus uniforme entre les chercheurs contribuerait à construire des échelles d'évaluation et ainsi pouvoir comparer les résultats de recherche. Cela permettrait donc d'améliorer la prise en soins de personnes ayant des troubles cognitifs et présentant de l'agressivité.

Peu d'études réalisées en Suisse sont disponibles sur notre sujet de recherche cela démontre sûrement la difficulté première des soignants de montrer que ces situations de soin existent et que cela n'est pas dû simplement à la maladie. Malgré les preuves scientifiques de diverses études, les approches non pharmacologiques sont peu utilisées. Des recherches pour comprendre les barrières à la mise en pratique de telles approches pourraient être envisagées de notre point de vue. Lors de notre analyse d'article, un seul mentionnait le temps comme barrière. (Chrzescijanski, Moyle, & Creedy, 2007) Nous pensons qu'il n'est pas le seul et que d'autres existent.

Limites de notre revue de littérature

Nous pouvons mentionner quelques limites quant à notre revue de littérature. Nous nous sommes intéressées uniquement aux recherches de langue anglaise et française, datant à partir de 2007, bien que les études plus anciennes puissent être également prises en considération. Concernant les bases de données, nous nous sommes particulièrement basées sur MedLine et CINAHL. Afin de répondre à notre question de recherche, nous avons dû mettre en place des critères d'exclusion et d'inclusion pour la sélection des articles. Enfin, une autre limite s'est également interposée, il s'agit de l'accès payant pour certains articles.

Conclusion

Ce travail nous a demandé un long moment de réflexion principalement à ses prémices dans le choix de la thématique puis, dans la direction à prendre lors de notre recherche. Ce questionnement réalisé en amont nous a permis de développer un regard critique concernant les articles lus. Cela nous sera utile pour défendre notre sens clinique lors de la pratique de la profession infirmière.

La lecture et l'analyse de plusieurs articles a stimulé notre sens de la syntaxe. Ce travail nous a permis de prioriser les données reçues en nombre. D'ailleurs, nous pourrions utiliser ce sens de la priorisation pour réaliser des meilleurs choix dans la prise en soins des patients. En outre, nous avons acquis des aptitudes de recherche dans les différentes bases de données, notamment dans l'analyse critique de la méthodologie. Cela facilitera leur utilisation au cours de notre carrière d'infirmière. L'acquisition de cette compétence nous sera précieuse pour développer notre rôle autonome, ainsi que notre pratique basée sur des preuves (EBN), une pratique systémique probante et centrée sur les besoins du patient. En effet, les exigences actuelles de qualité impliquent des pratiques soignantes efficaces se référant à des savoirs scientifiques actualisés (Wälti-Bolliger, 2013).

Sans le travail de Bachelor, les bases de données (CINAHL, Medline) seraient restées un mystère. Nous sommes persuadées qu'en sachant utiliser les outils nécessaires, la recherche d'articles sur lesquels appuyer notre pratique sera plus spontanée. La recherche en soins infirmiers devrait être davantage stimulée selon nous car les bénéfices de celle-ci profiteraient à tous. Bien que l'accès aux bases de données scientifiques aient un coût non négligeable, l'instauration d'un accès facilité devrait être une priorité dans les lieux de soins.

Au terme de ce travail, nous comprenons l'ampleur de la problématique de l'agressivité chez les personnes âgées atteintes de démence et réalisons son impact sur la qualité de vie des résidents et des soignants si celle-ci subsiste dans le temps et s'intensifie. Différents chercheurs ont démontré la plus-value de diverses thérapies non-médicamenteuses. Malgré ce constat, ces approches restent peu valorisées dans les milieux de soins gériatriques. C'est pourquoi, nous nous intéressons aux barrières à la mise en place de telles interventions car l'EMS est selon nous un lieu de soins propice à leur réalisation puisque l'accompagnement de la personne soignée est réalisée sur le long terme.

Références

- Berset, C. (2013). *Sc11.1 Séminaire 2: la discipline infirmière* [Présentation PowerPoint]. Repéré à https://webetu.ecolelasource.ch/main/document/document.php?cidReq=AUT12&action=download&id=/Archives/Modules_1ere_annee/Sc1_1_Science_infirmiere/Documents_de_cours/Ateliers_fondements_disciplinaires_04102013/Atelier_Fondements_Disciplinaire_Groupe_B/Sc11_Seminaire.pdf
- Blackburn, R., & Bradshaw, T. (2014). Music therapy for service users with dementia : a critical review of the literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 21, 879-888.
- Cara, C., & O'Reilly, L. (2008). S'approprier la théorie du Human Caring de Jean Watson par la pratique réflexive lors d'une situation clinique. *Recherche en soins infirmiers*, 95, 37-45.
- Chrzescijanski, D., Moyle, W., & Creedy, D. (2007). Reducing dementia-related aggression through a staff education intervention. *Dementia*, 6(2), 271-286.
- Collaud, C., & Gomez, C. (2010). *Alzheimer et démence: rencontrer les malades et communiquer avec eux*. Saint-Maurice, Suisse: Saint-Augustin.
- Duxbury, J., Pulsford, D., Hadi, M., & Sykes, S. (2012). Staff and relatives' perspectives on the aggressive behaviour of older people with dementia in residential care : a qualitative study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 20, 792-800.
- Enmarker, I., Olsen, R., & Hellzen, O. (2010). Management of person with dementia with aggressive and violent behaviour : a systematic literature review. *International Journal of Older People Nursing*, 6, 153-162.
- Griesser, A.-C., Wasserfallen, J.-B., & Peytremann-Bridevaux, I. (2010). Les itinéraires cliniques sont-ils efficaces ? *Revue Médicale Suisse*, 6, 2104.
- Hanselmann, V., Coppex, P., Von Greyerz, S., Leutwyler, S., Deutz Schmucki, M. & Angele, M. (2013). *Stratégie nationale en matière de démence 2014-2017* [Brochure]. Berne, Suisse : Office fédéral de la santé publique et conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé.
- Isaksson, U., Graneheim, U. H., Aström, S., & Karlsson, S. (2011). Physically violent behaviour in dementia care : Characteristics of residents and management of violent situations. *Aging & Mental Health*, 15(5), 573-579.
- Ivanov-Mazzucconi, S., Dignonnet, E., & Leyreloup, A.-M. (2005). *Dictionnaire infirmier de psychiatrie*. Paris, France : Masson.
- Jeanguenat, M. (2013). *Théorie du Human caring de Jean Watson* [Présentation PowerPoint]. Repéré à https://webetu.ecolelasource.ch/main/document/document.php?cidReq=AUT12&action=download&id=/Archives/Modules_1ere_annee/Sc1_1_Science_infirmiere/Documents_de_cours/Seminaire_Modele_Watson/TheorieduHumancaringdeJeanWatsonvert.pdf
- Kérouac, S. (1994). *La pensée infirmière : Conceptions et stratégies*. Paris, France: Maloine.

- Khachiyants, N., Trinkle, D., Joon Son, S., & Kim, K. Y. (2011). Sundown syndrome in persons with dementia: an update. *Psychiatry Investigation*, 8(4), 275-287.
- Kolanowski, A., Fick, D., Frazer, C., & Penrod, J. (2009). It's about time: use of nonpharmacological interventions in the nursing home. *Journal of Nursing Scholarship*, 42(2), 214-222.
- Krug, E. D., Mercy, L. L., Zwi, J. A., & Lozano, R. (2002). Rapport mondial sur la santé et la violence. Genève : Organisation mondiale de la santé.
- Nakahira, M., Moyle, W., Creedy, D., & Hitomi, H. (2008). Attitudes toward dementia-related aggression among staff in Japanese aged care settings. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 807-816.
- Nordgren, L., & Engström, G. (2014). Effects of dog-assisted intervention on behavioural and psychological symptoms of dementia. *Nursing older people*, 26(3), 31-38.
- O'Connor, D. W., Ames, D., Gardner, B., & King, M. (2008). Psychosocial treatments of behavior symptoms in dementia : a systematic review of reports meeting quality standards. *International Psychogeriatrics*, 21(2), 225-240.
- Organisation mondiale de la santé. (2016). Santé mentale et vieillissement. Repéré à <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/fr/>
- Oulevey Bachmann, A. (2013). *Fondements disciplinaires* [Présentation PowerPoint]. Repéré à https://webetu.ecolelasource.ch/main/document/document.php?cidReq=AUT12&action=download&id=/Archives/Modules_1ere_annee/Sci_1_1_Science_infirmiere/Documents_de_cours/Ateliers_fondements_disciplinaires_04102013/Atelier_Fondements_Disciplinaire_Groupe_E/20131001_Fondementsdisciplinaires_biblio_aob.pdf
- Pulsford, D., & Duxbury, J. (2006). Aggressive behaviour by people with dementia in residential care settings : a review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13, 611-618.
- Pulsford, D., Duxbury, J. A., & Hadi, M. (2010). A survey of staff attitudes and responses to people with dementia who are aggressive in residential care settings. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 18, 97-104.
- Sermeus, W., & Vanhaecht, K. (n.d.). Que sont les itinéraires cliniques? [Polycopié]. Repéré à https://webetu.ecolelasource.ch/main/document/document.php?cidReq=AUT12&action=download&id=/Modules_3e_annee/MDO_3_1_Methodes_Demarches_Outils/Etudes_diriges/ED_ndeg6/SermeusWetVanhaechtQue_sont_les_itinerares_cliniques.pdf
- Sloane, P. D., Hoeffler, B., Mitchell, M., McKenzie, D. A., Barrick, A. L., Rader, J., ...Koch, G. G. (2004). Effect of person-centered showering and the towel bath on bathing-associated aggression, agitation, and discomfort in nursing home residents with dementia : a randomized, controlled trial. *Clinical Investigations*, 52, 1795-1804.
- Stevenson, K. N., Jack, S. M., O'Mara, L., & LeGris, J. (2015, mai). Registered nurses' experiences of patient violence on acute care psychiatric inpatient units: an interpretive descriptive study. *BMC Nursing*, 1-13. doi: 10.1186/s12912-015-0079-5

- Van der Putten, M. J. G., Wetzels, R. B., Bor, H., Zuidema, S. U., & Koopmans, R. T. C. M. (2014). Antipsychotic drug prescription rates among Dutch nursing homes : the influence of patient characteristics and the dementia special care unit. *Aging & Mental Health, 18*(7), 828-832.
- Van Haitsma, K. S., Curyto, K., Abbott, K. M., Towsley, G. L., Spector, A., & Kleban, M. (2013). A randomized controlled trial for an individualized positive psychosocial intervention for the affective and behavioral symptoms of dementia in nursing home residents. *Journals of Gerontology, 70*(1), 35-45.
- Voyer, P. (2006). Les comportements agressifs. Dans P. Voyer, *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie* (2^{ème} éd., p. 411). Québec, Canada : ERPI.
- Wälti-Bolliger, M. (2013). Interprofessionnalité et « evidence-based nursing » pour une qualité de vie et de santé en établissement médicosocial. *EMC-Savoirs et soins infirmiers, 8*(3), 1-10.
- Whall, A. L., Colling, K. B., Kolanowski, A., Kim, H., Son Hong, G.-R., DeCicco, B., ... Beck, C. (2008). Factors associated with aggressive behavior among nursing home residents with dementia. *The Gerontologist, 48*(6), 721-731.
- Zeller, A., Dassen, T., Kok, G., Needham, I., & Halfens, R. J. G. (2012). Factors associated with resident aggression toward caregivers in nursing homes. *Journal of Nursing Scholarship, 44*(3), 249-257.
- Zeller, A., Müller, M., Needham, I., Dassen, T., Kok, G., & Halfens, R. J. G. (2013). Dealing with aggressive behaviour in nursing homes : caregivers's use of recommended measures. *Journal of Clinical Nursing, 23*, 2542-2553.

Annexes

Annexe 1

Grille de lecture critique pour études quantitatives

Traduit et inspiré de Law, M., Stewart, D., Pollock, N., Letts, L., Bosch, J. & Westmoraland, M. at Mc Master University, Canada.

<p>Citation</p>	<p>Citez l'article au format APA en vigueur dans l'institution</p>
<p>But de l'étude</p> <p>Clair ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>	<p>Listez le(s) but(s) de l'étude, si vous avez un questionnaire en quoi y répondent-ils?</p>
<p>Littérature</p> <p>La revue de littérature est-elle concluante ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>	<p>Comment les auteurs argumentent-ils la nécessité de leur étude à la lumière de la revue de littérature ?</p>
<p>Devis</p> <p>Quant, qual, mixte. Descriptif, exploratoire, explicatif, prédictif, etc.</p>	<p>Décrivez la méthodologie de recherche.</p> <p>Avez-vous identifié des biais ? Dans quel sens influenceraient-ils l'étude ?</p>
<p>Echantillon</p> <p>N =</p> <p>Est-il décrit en détail ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>	<p>Echantillonnage (qui; caractéristiques; combien ; méthode d'échantillonnage?) Si plusieurs groupes, leurs similitudes ont-elles été testées ?</p> <p>Commission d'éthique (consentement éclairé obtenu) ? :</p>
<p>Outcomes</p> <p>Validité ?</p> <p>Fiabilité ?</p>	<p>Quand et/ou à quelle fréquence les mesures ont-elles été réalisées ?</p> <p>Quelles variables sont mesurées ?</p>

<p>Intervention</p> <p>L'intervention est-elle décrite en détail ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p><input type="checkbox"/> Pas d'intervention</p> <p>Y a-t-il des facteurs confondants ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p><input type="checkbox"/> Je n'en identifie pas</p>	<p>Décrire l'intervention (focus ? par qui est-elle effectuée ? à quelle fréquence ? dans quel cadre ? l'intervention pourrait-elle être répliquée à partir des informations contenues dans l'article ?).</p>
<p>Résultats</p> <p>Mentionnent-ils la significativité et/ou les IC?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p>Les implications cliniques sont-elles mentionnées ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p>	<p>Décrivez les résultats. Sont-ils statistiquement significatifs (i.e., $p < 0.05$)?</p> <hr/> <p>Les différences entre groupes sont-elles expliquées et statistiquement interprétables ?</p>
<p>Conclusions et implications</p> <p>Les auteurs répondent-ils à leur(s) questionnement(s) ?</p>	<p>Quelles sont les conclusions de l'étude ? Quelles conséquences pour la pratique ? Quelles limites ou biais empêchent une généralisation ?</p>

Annexe 2

GRILLE D'ANALYSE D'ARTICLE QUALITATIF

Critères 1-5 = fiabilité ; 6-8 = crédibilité	OUI	NON	PAS CLAIR	PAS APPLICABLE	ARGUMENTATION
1. La perspective philosophique annoncée et la méthodologie de recherche sont congruentes					
2. La méthodologie de recherche et les questions/objectifs de recherche sont congruents					
3. La méthodologie de recherche et les méthodes utilisées pour recueillir les données sont congruentes					
4. La méthodologie de recherche et la présentation et l'analyse des données sont congruentes					
5. La méthodologie de recherche et l'interprétation des résultats de recherche sont congruentes					
6. Le chercheur est identifié culturellement et théoriquement et/ou l'influence potentielle du chercheur sur la recherche et de la recherche sur le chercheur est discutée					
7. Les participants et leurs voix sont représentés adéquatement					
8. Les conclusions amenées dans la discussion semblent découler de l'interprétation des données					
9. Les normes éthiques sont respectées					

Traduit du JBI Manual (Joanna Briggs Institute, 2011) par la professeure J. Wosinski.