

## Tables des matières

Résumé .....	iii
Remerciements .....	vii
Introduction.....	1
Problématique .....	3
Question de recherche .....	9
Cadre théorique.....	11
Théorie .....	12
Patient centré.....	12
Concepts .....	15
Qualité de vie.....	15
Partenariat .....	17
Méthodologie .....	19
Méthode de recherche documentaire.....	20
Date de publication .....	21
Pays d'origine .....	22
Population cible .....	22
Diagramme de flux.....	23
Résultats .....	24
Premier article.....	25
Deuxième article .....	26
Troisième article .....	27
Quatrième article .....	28
Cinquième article .....	29
Sixième article .....	30
Catégorisation des résultats .....	31
Interventions éducatives auprès de l'infirmière.....	31
Compétences relationnelles.....	32
Intégration du proche .....	33
Discussion .....	35
Interventions éducatives auprès de l'infirmière.....	36
Compétences relationnelles.....	39
Intégration du proche .....	40

Implication pour la pratique professionnelle .....	42
Limites de la revue et perspectives .....	43
Conclusion.....	44
Réponse à la question de recherche.....	45
Besoin et recherches futures .....	45
Les apprentissages réalisés.....	46
Références .....	47
Annexes .....	51
Annexe A.....	52
Déclaration d'authentification .....	53
Annexe B.....	54
Grilles des articles scientifiques .....	55
Annexe C.....	151
Grille résumée de tous les articles scientifiques.....	152
Annexe D.....	165
Grille résumée des interventions.....	166
Annexe E .....	178
Thèmes mis en avant.....	179

## **Remerciements**

À Pénélope Caravella, professeure à la Haute Ecole de Santé de Fribourg, notre directrice de travail de Bachelor, pour son soutien, sa motivation ainsi que sa disponibilité.

À Coralie Gremaud, pour sa relecture, sa patience ainsi que pour sa disponibilité.

À Tiago Martins et Elisabeth Gremaud, pour leur relecture.

« La solitude ne vient pas de l'absence de gens autour de nous, mais de notre incapacité à communiquer les choses qui nous semblent importantes. »

Carl Gustav Jung

## Introduction

Les auteures de ce travail ont été confrontées à plusieurs reprises à des patients souffrant d'aphasie en milieu hospitalier, en foyer pour personnes âgées et à domicile. Elles ont pu constater à quel point il est difficile pour ces patients de communiquer et donc pour les soignants de créer une relation avec eux. Les situations de soins rencontrées avec ces patients engendrent très souvent de la frustration chez les soignants et les patients. De plus, les patients quant à eux, ont été agacés face à l'incompréhension du soignant. Ces difficultés de communication entravent la prise en charge globale des patients puisque ni leurs besoins, ni leurs attentes n'ont été réellement comprises par les soignants, qui se sont donc trouvés dans l'incapacité de délivrer des soins de bonne qualité.

De plus, c'est un sujet de recherche qui est encore peu étudié. Pour cause, recueillir des données auprès des personnes aphasiques représente une difficulté car ces personnes ne peuvent pas ou peu s'exprimer et ne comprennent parfois pas les informations qui leur sont données. Un besoin est pourtant reconnu à ce sujet car il est démontré que les soignants se sentent démunis dans la prise en charge des patients aphasiques. De plus, les personnes ayant subies un AVC traversent une période de crise, c'est pourquoi l'établissement d'un partenariat est primordial afin de pouvoir créer une relation thérapeutique qui permettra le soutien du patient et l'élaboration commune d'une démarche de soin. Par conséquent, les auteures ont décidé de réaliser leur revue de littérature sur les interventions infirmières afin de soutenir la communication des personnes souffrant d'aphasie suite à un accident vasculaire cérébral.

Ce travail est composé de six parties : la problématique, la méthodologie, le cadre conceptuel, les résultats, la discussion et la conclusion.

### **Problématique**

En 2015, l'AVC touchait environ 6,3 millions de personnes dans le monde [traduction libre] (Silva Souza & Moura Arcuri, 2014, p.289), dont environ 80'000 nouveaux cas déclarés aux Etats-Unis [Traduction libre] (Morris, Clayman, Peters, Leppin, & LeBlanc, 2015, pp. 208-209) et 16'000 en Suisse chaque année (Fragile Suisse, 2009). Selon Berthezène (2016), l'AVC est la 3<sup>ème</sup> cause de mortalité et l'une des principales causes d'invalidité. Les trois quarts des personnes touchées sont âgées de plus de 65 ans et un quart de 20 à 64 ans. De plus, le nombre d'AVC chez cette dernière population est en augmentation et s'élèvera de 25% dans les 20 prochaines années. Cette augmentation découlerait de certains facteurs de risques tels que l'obésité, la consommation de cannabis et de tabac.

La Fondation des maladies du cœur et de l'AVC (2015) décrit deux formes d'accident vasculaire cérébral : l'AVC ischémique et l'AVC hémorragique. Elle définit cette pathologie comme une affection neurologique violente caractérisée par l'apparition brutale d'un déficit neurologique focal secondaire.

Ces signes cliniques dépendent de la localisation de l'hémorragie ou de l'ischémie, dans les deux types d'AVC. Il s'agit de céphalées, de troubles moteurs (hémiparésie, hémiplégie, apraxie, ataxie), de troubles sensitifs, de troubles de la vision (hémianopsie, diplopie, agnosie visuelle, alexie), de troubles du langage (dysarthrie, aphasie), de troubles de la déglutition, de troubles sphinctériens, de troubles psychologiques, de troubles de la conscience et de troubles de la vigilance (anosognosie, hémiasomatognosie, dépression, repli sur soi, coma), (La Fondation des maladies du cœur et de l'AVC, 2015).

Selon Chomel-Guillaume, Leloup et Bernard (2010), les causes rapportées sont différentes selon le type d'AVC. Pour l'AVC ischémique, il s'agit de la fibrillation auriculaire, la valvulopathie, l'infarctus du myocarde, l'insuffisance cardiaque, le foramen ovale perméable et l'anévrisme du septum inter-auriculaire anormal. D'autre part, pour l'AVC hémorragique, il est question de l'angiopathie amyloïde, la rupture d'une malformation vasculaire, la tumeur cérébrale, le trouble de l'hémostase, les anticoagulants et la drogue. Finalement, les causes communes aux deux types d'AVC sont l'hypertension artérielle, le tabagisme, l'hyperlipidémie, le diabète, la surconsommation d'alcool, le stress, la sédentarité, la surcharge pondérale, la pilule contraceptive, l'anomalie de la coagulation, les problèmes cardiaques tels que les arythmies, l'infarctus, les lésions valvulaires et le syndrome d'apnée du sommeil.

Selon Leys et Cordonnier (2009), les principaux traitements s'adaptent en fonction de l'origine de l'AVC. De ce fait, le traitement de l'AVC ischémique, consiste à réaliser une thrombolyse intraveineuse, à administrer des antithrombotiques oraux et parfois à réaliser une thrombectomie. À contrario, le traitement de l'AVC hémorragique comprend l'administration d'antihypertenseurs, d'hémostatiques et parfois la réalisation d'une évacuation chirurgicale de l'hémorragie intracrânienne.

La Fondation des maladies du cœur et de l'AVC (2015) relève que l'AVC engendre des séquelles importantes selon la zone du cerveau touchée. Ainsi, l'atteinte de l'hémisphère gauche a des répercussions sur l'hémicorps droit, le langage, la compétence en numération, les fonctions scientifiques, l'écriture ainsi que sur le raisonnement. Contrairement à une atteinte à l'hémisphère droit qui a quant à elle, des répercussions sur l'hémicorps gauche, la musique, l'orientation spatiale, les fonctions artistiques, l'éveil artistique, l'intuition ainsi que sur la créativité. De plus, une séquelle est engendrée plus précisément selon le lobe atteint, par exemple des troubles de la communication, des difficultés liées aux bras et aux jambes, de la

dysphagie, des affections intestinales et vésicales, des changements émotionnels, de la fatigue, des difficultés cognitives et des changements de la perception, de la sexualité et de l'intimité.

Il est rapporté qu'environ 40 % des patients ayant reçu un diagnostic d'AVC souffriront d'aphasie [traduction libre] (Mallet et al., 2016, p. 2). C'est pourquoi, ce travail de Bachelor traite de l'aphasie consécutive à l'atteinte du lobe temporal lors d'un AVC, et des problématiques de communication rencontrées par les patients en lien avec celle-ci.

Selon Lanteri (2004), il existe plusieurs types d'aphasie dont l'aphasie de Broca et l'aphasie de Wernicke. L'aphasie de Broca est la plus fréquemment rencontrée en milieu hospitalier. Cette affection comprend une hémiparésie droite, une apraxie idéomotrice éventuellement bilatérale en ce qui concerne les gestes manuels, et une apraxie bucco-faciale, ce qui amène la disparition du langage. L'expression est donc mutique et la compréhension verbale est hors d'atteinte. Le patient ne peut plus communiquer et est assisté pour ses besoins quotidiens tels que se mouvoir et se nourrir. L'aphasie de Wernicke est le plus souvent rencontrée chez les patients âgés. La motricité n'est pas altérée et l'individu ne se rend pas compte de son aphasie. Les symptômes sont une perte du décodage linguistique, une expression très peu informative et jargonnée souvent accompagnée d'une apraxie bucco-faciale, qu'elle soit logorrhéique ou réduite. L'aphasie peut être légère, impliquant des difficultés à trouver des mots ou sévère, impliquant une altération grave de toutes les modalités du langage en entraînant des problèmes d'expression et de compréhension de la parole, de la lecture et de l'écriture dans la vie quotidienne [traduction libre] (Bronken, Kirkevold, Martinsen, Wyller & Kvigne, 2012, p. 1). Ce travail ne différencie pas ces deux types d'aphasie. Pour cause, le nombre de recherches déjà restreint sur le sujet devient insignifiant lors de la sélection d'un type d'aphasie.



Selon La Fondation des maladies du cœur et de l'AVC (2015), l'aphasie est un trouble qui peut être très frustrant. Elle peut entraîner un retrait social car les victimes n'ont plus envie de communiquer avec leurs proches et d'exprimer ce dont elles ont besoin, dû aux échecs répétés lors de leurs essais. Elles peuvent ressentir un changement dans la manière dont les personnes autour d'elles les traitent. C'est tout le quotidien de la personne touchée qui est modifié. Le paragraphe du livre « le langage blessé » illustre bien ce dernier fait :

Vivre en aphasique, ou avec un aphasique, c'est suivre un long chemin raboteux, accomplir un épuisant travail de deuil. « Retour d'aphasie » : ce pourrait être un beau titre pour le bilan d'un voyage aventureux et exotique. Mais un des enseignements du livre de Philippe Van Eeckhout est qu'on ne revient pas d'aphasie. En tout cas qu'on n'en revient jamais intact, que rien ne sera plus comme avant. Elle est infinie, la liste des renoncements auxquels l'aphasique doit consentir progressivement, à mesure que se dissipe la chimère du « comme avant ». D'abord, bien sûr, ne plus jouir du pouvoir miraculeux, celui même de Dieu au septième jour, de nommer les choses. Ne plus jouer avec ces mots qui volent, vont, viennent, éveillent, suscitent l'écho, la réponse, la sympathie. Ne plus pouvoir, d'indignation ou de désaccord, couper la parole d'autrui. Ne plus comprendre, ou de travers, le jeu de mots, le calembour, la plaisanterie, habiter sa langue comme une contrée étrangère. Ne plus pouvoir lire les sous-titres d'un film en version originale parce qu'ils défilent trop vite sur l'écran. Voir la bibliothèque où on se déplaçait avec bonheur comme un triste rempart de papier, désormais inaccessible. Vivre l'agacement banal, de celui qui a un mot sur le bout de la langue et ne le trouve plus, mais le vivre à longueur de journée comme un vertige maléfique qui subtilise jusqu'aux mots les plus familiers, les haches



menues, les triture, les désarticule. Vouloir exprimer le chagrin, la jalousie, la plainte, la pitié, l'amour, et ne trouver que des mots comiquement incongrus ou tragiquement inadaptés, pourtant irrépressibles (Van Eeckhout, 2001, pp. 12-13).

Cette citation illustre avec émotion toute la détresse que les victimes d'un AVC doivent ressentir au quotidien avec une aphasie. De cette façon, une personne adulte qui subit un AVC et devient aphasique, avant la retraite, subit de lourdes conséquences. Chaque étape de la vie s'en trouve modifiée. En effet, le sujet commence une carrière ou il est en plein essor professionnel ; il débute la construction d'une famille ou alors il a des proches et des enfants à sa charge et il est en plein épanouissement social. De même qu'une personne dans cette situation à la retraite va voir sa vie chamboulée. En effet, elle est établie dans son quotidien ; elle a éventuellement toujours une activité non lucrative et elle prend soin de sa famille et éventuellement de ses petits-enfants. Selon Bronken et al. (2012) ces changements touchent le domaine physique, psychique, familial, social, professionnel et économique car la parole est indispensable au bon fonctionnement de la vie quotidienne. Le processus d'adaptation psychosociale est compliqué et long, et les personnes atteintes d'aphasie sont particulièrement sujettes aux problèmes psychosociaux, tels que l'anxiété et la dépression, l'identité menacée, les changements dans leurs relations avec leurs proches, la réduction des réseaux sociaux et de l'isolement social/exclusion, le chômage et l'abandon des activités de loisirs. Les facteurs émotionnels et psychosociaux ont un impact marqué sur le rétablissement, le processus d'adaptation psychosociale et la réponse à la réadaptation. De ce fait, les personnes touchées passent par des phases de deuil, de perte d'espoir et d'incertitude face à l'avenir. La langue étant l'outil le plus important de toutes les interactions humaines, la participation sociale et la communauté donne

un sens aux événements et aux expériences de la vie à travers le langage. Par conséquent, l'apparition soudaine et dramatique de l'aphasie après un AVC est associée à des perturbations majeures de la vie quotidienne et affecte toutes les dimensions de la qualité de vie. [Traduction libre] (pp. 1-2)

Selon Sundin et Jansson (2003), l'aphasie suite à un AVC engendre un déficit de compréhension entre le patient et les soignants. Cependant être compris est essentiel à la qualité des soins afin de répondre aux besoins des patients, à ce stade de l'aphasie. De plus, il semble y avoir un manque important de compétences et d'aptitudes spécialisées chez le personnel soignant pour communiquer efficacement avec ces patients [traduction libre] (p. 107-108). De ce fait, les soignants rencontrent des difficultés à comprendre leurs besoins [traduction libre] (McGilton et al., 2011, p. 14) et à gérer certains comportements tels que la tristesse et la dépression [traduction libre] (Tamilyn, Kroenke, Plue, Perkins & Williams, 2006, p. 33). De plus, selon Hemsley et al. (2001), la communication entre l'infirmière et le patient aphasique est compliquée, mais pourtant nécessaire pour stimuler le rétablissement du patient [traduction libre] (p. 828). Malgré le peu de recherches sur le sujet [traduction libre] (Morris et al., 2015, p. 209), de nombreuses preuves indiquent que l'interaction entre l'infirmière et le patient engendre des résultats minimes et inefficaces et apporte beaucoup de frustration chez les deux interlocuteurs. Les principales difficultés rapportées par les infirmières en contact avec les patients aphasiques sont le manque de temps pour communiquer avec eux, l'incertitude de celles-ci à comprendre de manière correctes les désirs des patients et le manque de retours lors des échanges avec le patient [traduction libre] (Hemsley et al., 2001, p. 831).

D'autre part, selon Lanteri (2004), lors de l'hospitalisation, suite à l'AVC, l'aphasie est minimisée car l'état physique est plus préoccupant et l'entourage du patient pense que l'amélioration de l'état médical entraîne le rétablissement du langage. De ce fait,

toutes les activités intellectuelles du patient sont touchées ou inhibées. C'est pourquoi, l'instauration précoce d'un traitement de l'aphasie suite un AVC améliore les résultats de la communication car sa récupération se fait essentiellement les douze premiers mois. Malgré l'importance d'une rééducation précoce du langage, les deux premières semaines de soins, les patients passent plus de 60 % de leur temps inactifs et seuls [traduction libre] (Mallet et al., 2016, p. 2). Cependant, environ 40% d'entre eux continuent d'avoir des troubles importants du langage 18 mois après l'AVC [traduction libre] (Bronken et al., 2012, p. 1). La prise en charge post-AVC en soins aigus a donc toute son importance car l'état psychique du patient, également en lien avec son incapacité à communiquer, va lui occasionner énormément de stress et de frustration. Selon Aphasiesuisse (1983), la phase aiguë dure quatre à six semaines. Peu de recherches sont effectuées au sujet de la communication entre les patients aphasiques et leurs fournisseurs de soins [traduction libre] (Bronken et al., 2012, p. 2). Les patients souffrant d'aphasie suite à un AVC sont rarement pris en compte lors de recherches scientifiques car il est difficile de récolter des données auprès la population des personnes souffrant d'aphasie (Bronken & Kirkevold, 2013, p. 14).

### **Question de recherche**

La communication pourtant primordiale lors de la période succédant à un AVC est profondément compliquée et les soignants éprouvent de nombreuses difficultés à soigner, soutenir et communiquer avec ces patients. En situation de crise, lorsque le sens de la vie et la qualité de vie sont remis en question, la communication est nécessaire afin d'éviter des complications psychiques ainsi que beaucoup de frustration chez le patient.

De toutes ces raisons découlent la question de recherche suivante :

- Quelles sont les interventions infirmières pour soutenir la communication en soins aigus d'un patient adulte aphasique suite à un AVC ?

## **Cadre théorique**

Le choix de la théorie de soin et de deux concepts infirmiers se sont portés sur la théorie des soins centrés sur le patient, la qualité de vie et le partenariat. Ceux-ci sont primordiaux pour guider la prise en soin dans une situation d'aphasie suite à un AVC. Ils sont intimement liés et dépendent les uns des autres, car la théorie des soins centrés sur le patient nécessite l'élaboration d'un partenariat. D'un autre côté, le partenariat et la théorie des soins centrés sur le patient sont essentiels pour soutenir la qualité de vie.

## **Théorie**

### **Patient centré**

Selon Bilodeau, Dubois et Pepin (2013), la notion "centré sur le patient" est depuis toujours pourvue de sens dans les sciences infirmières, considérée même comme sa fondation. Les infirmières ont une attitude empreinte d'empathie, de caring et de respect grâce à l'intégration d'une démarche de soins centrée sur le patient. Elles communiquent les informations et coordonnent les soins du patient tout en assurant leur continuité. Le patient est présent comme une entité ayant des besoins non satisfaits, des valeurs, une autonomie, des préférences, des préoccupations, des attentes, des croyances et des volontés. De ce fait, la pratique infirmière est un processus d'engagement thérapeutique avec le patient dans lequel sa participation est nécessaire. Cette démarche demande de la négociation et le partage de pouvoir et de savoirs pour ainsi prendre en compte les ressources du patient. Grâce à la pratique infirmière centrée sur le patient, il est possible de mettre en place des interventions de soins personnalisées qui favorisent la satisfaction de ses besoins.

Le Person Centred Nursing Framework, PCNF, est un cadre de référence infirmier qui met en évidence les éléments d'une pratique centrée sur le patient. Il démontre l'importance de la singularité de l'expérience, des désirs et des volontés de chaque personne. Dans ce cadre, le professionnel a des prérequis, autrement dit des habiletés afin qu'il puisse gérer l'environnement de soins. Ce dernier permet de fournir des prestations de qualité grâce à un processus de soins infirmiers centré sur le patient (Bilodeau et al., 2013).

Ceci amène les infirmières à se positionner en leader face aux initiatives interprofessionnelles. Elles guident leurs actions grâce à leurs principes et leurs valeurs tels que le respect de l'autodétermination du patient, la prise de décision partagée, le respect de l'être humain, l'Advocacy, la nécessité de prendre soin et l'obligation de s'engager moralement avec la personne, la famille et la communauté. Elles les partagent avec les autres disciplines et donnent un point de vue singulier à la pratique interprofessionnelle en mettant en avant leurs philosophies, leurs théories, leurs buts et leurs objectifs. Malgré les défis qu'engendre la pratique interprofessionnelle dans le système de santé, celle-ci permet l'amélioration des soins offerts aux patients, de leur accessibilité ainsi que de leur sécurité tout en favorisant une meilleure communication entre les divers professionnels de la santé. Aujourd'hui, la pratique infirmière se situe dans le paradigme de la transformation. Ce qui signifie qu'elle est centrée sur le patient ainsi que sur ses proches selon leur vision de la santé en fonction de leur savoir. Ce paradigme considère que le savoir infirmier peut également influencer les pratiques des autres disciplines lors de la collaboration interdisciplinaire (Bilodeau et al., 2013).

Dans ce sens, le cadre du PCNF a été adapté pour le contexte interprofessionnel en un nouveau cadre nommé ICP : pratique interprofessionnelle centrée sur le patient. Il représente la vision infirmière intégrée dans un espace de rencontre



interprofessionnelle. Son but est de rendre possible le partage et la transformation de leur pratique grâce à un échange et à une collaboration entre professionnels. (Bilodeau et al., 2013)

Dans ce but, les quatre composantes sont remaniées dans un contexte interprofessionnel. Ainsi, les prérequis deviennent la communication, la mise en place de valeurs communes et le travail au sein de l'équipe (objectifs précis, participation, soutien...). L'environnement représente le contexte où des prestations sont fournies et doit faciliter des soins humanistes. Il contient un système de soins qui comporte un climat favorable au travail interprofessionnel. Le processus d'une pratique interprofessionnelle centrée sur le patient comprend de nombreuses interventions afin de viser l'augmentation de la satisfaction des patients et des professionnels (Bilodeau et al., 2013).

Lors de l'hospitalisation d'un patient souffrant d'aphasie suite à un AVC, il est essentiel de le considérer au cœur de sa prise en charge. En effet, le patient a des ressources et des besoins qui doivent être pris en compte dans cette situation de crise. Il est donc essentiel de communiquer avec lui de sa vision de la situation et de ses attentes. Cependant, même s'il existe des obstacles à une communication optimale en tout temps, il est particulièrement compliqué d'arriver à une communication centrée sur le patient, lorsque celui-ci est aphasique. [Traduction libre] (Morris et al., 2015, p.208). Pourtant, si le patient ne parvient pas à exprimer ses besoins ou à se faire comprendre, il peut ressentir de la frustration et de l'agitation qui mènent à une dépression. [Traduction libre] (McGilton et al., 2011, p.14)

Il est donc primordial de trouver des moyens permettant une meilleure communication afin de parvenir à une prise en charge centrée sur le patient.

## Concepts

### Qualité de vie

L'OMS (1994) cité par Formarier (2012), définit la qualité de vie comme :

[...] la façon dont les individus perçoivent leur position dans la vie, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels ils vivent et en relation avec leurs buts, attentes, normes et préoccupations. Il s'agit d'un concept large qui incorpore de façon complexe la santé physique d'une personne, son état psychologique, son degré d'indépendance, ses relations sociales, ses croyances personnelles et sa relation avec des éléments importants de son environnement.

Selon Sager-Tinguely et Weber (2011), la qualité de vie est propre à chaque individu et se base uniquement sur ses perceptions. Elle se compose de quatre propriétés.

- La multifactorialité qui comporte des habiletés fonctionnelles, de l'état de santé physique et psychologique, du bien-être, du statut et des interactions sociales et des conditions économiques.
- La variabilité qui se traduit par un état instable et en changement perpétuel de la situation.
- La non-normativité qui stipule qu'aucune norme de référence n'est établie.
- La subjectivité qui s'appuie sur les perceptions et l'auto-évaluation de la personne elle-même.

Elle est également influencée par six domaines qui sont la santé physique, la santé psychologique, le niveau de dépendance, l'interrelation sociale, l'environnement sociale et la spiritualité. (Sager-Tinguely & Weber, 2011)

La qualité de vie peut être évaluée par différentes échelles. Tout d'abord, Sickness impact profile qui mesure l'impact de la pathologie dans trois dimensions : physique, psychosociale et autre. Ensuite, MOS SF-36, qui évalue le fonctionnement physique, les limitations du rôle liées à la santé physique, les douleurs physiques, la santé générale, la vitalité. De plus, WHOQOL-26, qui permet d'évaluer la qualité de vie du sujet selon les dimensions de la santé physique, la santé psychologique, les relations sociales et l'environnement (Sager-Tinguely & Weber, 2011).

Pour terminer, SIP-65, est une échelle adaptée aux personnes souffrant d'aphasie. Elle contient des réponses binaires et permet au patient de passer une question lorsqu'il ne parvient pas à répondre. De plus, les items sont mieux compréhensibles, ce qui diminue le temps nécessaire pour effectuer l'évaluation. Elle est réalisable dans un temps inférieur à vingt minutes, afin de tenir compte de la fatigabilité du sujet aphasique. Ainsi, ce dernier bénéficie du temps nécessaire pour s'adapter aux changements induit par son handicap. Cette échelle explore l'aspect physique, psychologique et social de la qualité de vie chez les individus souffrant de maladies chroniques (Bénaïm et al., 2002).

Les conséquences de l'AVC et plus particulièrement l'aphasie impacte tout le quotidien de la personne touchée, rendant toute interaction difficile et frustrante. De ce fait, le domaine physique, psychique, familial, social, professionnel et économique sont influencés alors que leur épanouissement et leur maintien sont indispensables au bon fonctionnement de la vie quotidienne. De plus, le langage est l'outil le plus important de toutes les interactions humaines, de la participation sociale et de la

communauté ; il donne un sens aux événements et aux expériences de la vie. Ainsi, une baisse importante de la qualité de vie est observée chez ces patients en lien avec le handicap que représente un déficit de communication. [Traduction libre] (Bronken et al., 2012, p. 1). Selon Bénaim et al. (2002), suite à un AVC, l'aphasie est souvent associée à d'autres déficiences motrices ou praxiques qui altèrent également la capacité de communication par les canaux paralinguistiques tels que les gestes, les mimiques et le regard. La fatigabilité ainsi que les troubles affectifs sont souvent associés et contribuent aux difficultés de communication. La qualité de vie de la personne aphasique est ainsi impactée car l'individu n'est plus capable d'évoluer de la même manière qu'avant son accident vasculaire cérébral.

## **Partenariat**

Le partenariat invite le patient à participer individuellement et collectivement à la planification ainsi qu'à la mise en œuvre de toutes les actions de soin qui lui sont destinées. C'est un processus dynamique, qui se construit avec le patient et demande l'engagement de ce dernier, de l'infirmière et éventuellement du proche. Il suppose la prise commune de décisions, le partage des risques, du pouvoir, des avantages et des responsabilités.

Selon Cattin et Schreiber (cité par Sager-Tinguely & Weber, 2011), "Le partenariat est une relation construite par différents acteurs unis par une motivation et une vision commune et ayant pour but de planifier et de réaliser ensemble des activités de coopération selon des objectifs clairement définis et acceptés" (p.130).

Ce concept contient huit attributs qui sont : le partage du processus de décision, la relation, les compétences professionnelles, le partage de la connaissance,

l'autonomie du patient, la communication, la participation du patient et finalement, le partage du pouvoir avec la personne soignée.

Le rôle de l'infirmière au sein du partenariat, est de conseiller dans le but d'aider la personne à choisir les comportements les plus adaptés à son fonctionnement personnel et interpersonnel. Il est essentiel, dans ce but, d'établir une relation de qualité et de confiance avec le patient et ses proches ainsi que de reconnaître leurs expertises et leurs ressources. Ainsi, le professionnel connaîtra les besoins du patient et ce dernier saura ce qui est bon pour lui, dans sa réalité quotidienne. Le partenariat est donc la base nécessaire au développement d'un enseignement adéquat et dont les objectifs sont co-construits et ont du sens pour la personne soignée (Sager-Tinguely & Weber, 2011).

Ainsi, dans cette problématique, il est difficile d'établir un partenariat car il y a souvent une mauvaise compréhension entre les deux interlocuteurs dû à l'aphasie. Malgré cette difficulté d'expression, ces personnes ont grandement besoin de considération et de pouvoir travailler avec le personnel soignant. Lors d'une situation de crise et de deuil chez les patients, il serait intéressant de se pencher sur les stratégies de soutien de la communication afin de pouvoir créer un lien de confiance et une relation de qualité, pour ainsi permettre d'accueillir leurs difficultés et leur apporter le soutien nécessaire. Il est aussi primordial de créer une relation avec les proches du patient afin de les épauler et de les inclure dans les soins car ils sont une ressource pour le patient et pour les soignants. Ils ont souvent une meilleure compréhension de ce dernier et de ses besoins.

## **Méthodologie**

## Méthode de recherche documentaire

Lors de la recherche d'articles scientifiques en lien avec ce travail de Bachelor, la méthode PICO est utilisée (Curtin Library, 2014). Cette dernière a pour but de structurer et d'affiner le sujet lors des recherches. La question PICO établie est : "Quelles sont les interventions infirmières pour soutenir la communication en soins aigus d'un patient adulte aphasique suite à un AVC ?"

<b>Population</b>	Patient adulte souffrant d'aphasie suite à un AVC
<b>Intervention</b>	Interventions infirmières soutenant la communication
<b>Contexte</b>	Soins aigus

Les recherches se sont effectuées dans les bases de données spécifiques tels que CINAHL, qui est centré sur les sciences infirmières et paramédicales ainsi que sur Pubmed qui est centré sur les sciences biomédicales. Afin de mener des recherches efficaces et axées sur notre question de recherche, l'utilisation de mots "MeSH" issus du thésaurus médical a été nécessaire.

<b>Terme en français</b>	<b>MeSH PUBMED</b>	<b>MeSH CINAHL</b>
Aphasie	Aphasia	Aphasia
AVC	Stroke	Stroke
Problème de communication	Communication disorders	Communication
Stratégies de communication	Communication strategies	Communication
Soins infirmiers	Nursing care	Nursing care
Soins	Nursing	Nursing
Soins aigus	Acute care	Acute care

Différentes combinaisons sont nécessaires afin d'obtenir des articles spécifiques à la question de recherche. Dans un premier temps, la recherche effectuée donne un nombre très important d'articles lors de l'utilisation d'un seul mot MeSH sur les deux moteurs de recherche et n'est donc pas suffisamment axé sur le sujet. Dans un deuxième temps, un second mot MeSH est ajouté à l'équation, dans le but d'affiner la recherche. Dans le cas où cette combinaison ne donne aucun résultat, elle est abandonnée. Dans l'éventualité où la recherche ne donne pas plus de 35 résultats, les articles sont analysés plus finement. Finalement, dans la situation où la recherche donne plus de 35 résultats, un nouveau mot MeSH est introduit.

Afin de limiter le nombre d'articles et de cibler le sujet, les mots MeSH "aphasia" and "communication disorder" and "stroke" and "nursing care", donnent 34 résultats sur PUBMED.

Lors des recherches sur CINAHL, les mots MeSH "aphasia" and "communication" and "stroke" and "nursing care" rapportent 6 articles.

Une fois que les résultats des équations sont trouvés, il est nécessaire de sélectionner les articles selon la pertinence de leur titre. Dans un second temps, les mots clés du résumé permettent d'illustrer si l'article répond à la question de recherche. A la suite de cette spécification, les six articles restants semblent pertinents à analyser. Les caractéristiques des articles retenus sont décrites ci-dessous.

### **Date de publication**

L'année de publication des articles ne doit pas excéder 10 ans et être datée au plus tard de 2007 dans le but de démontrer des données plus actualisées.



## **Pays d'origine**

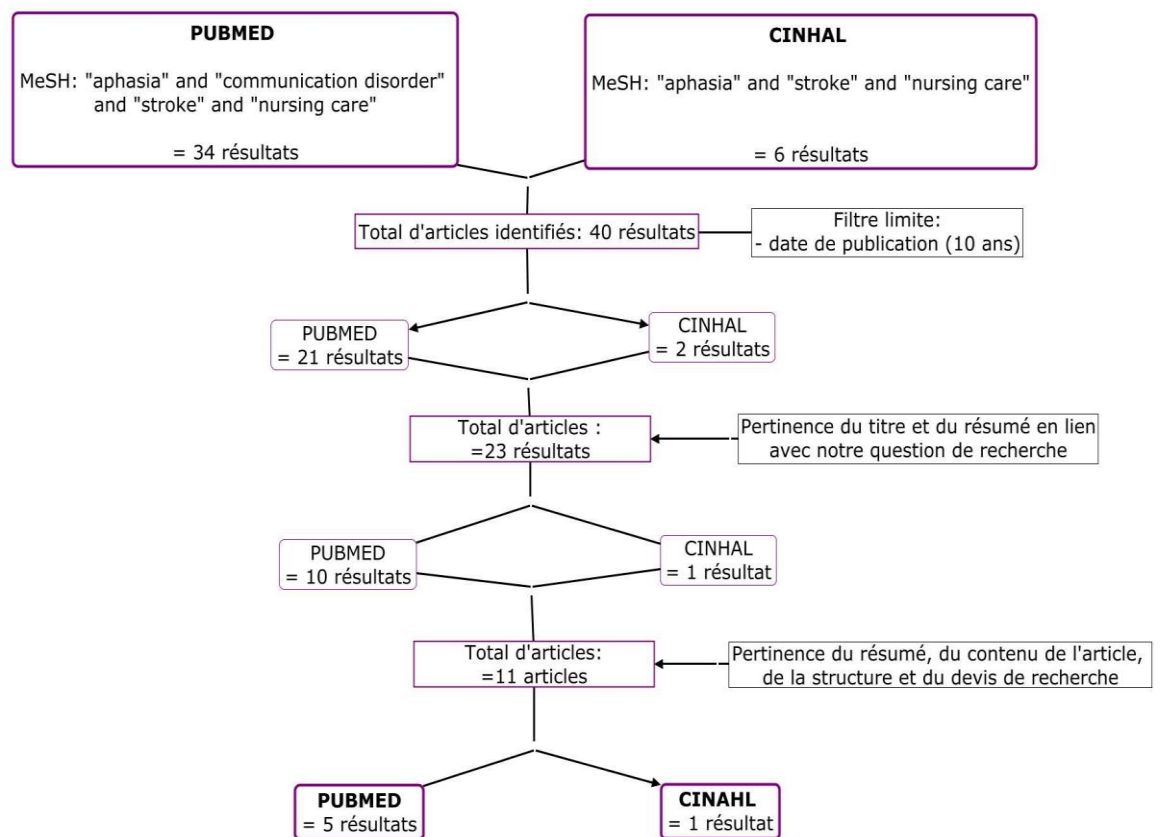
Deux études sont effectuées au Canada (McGilton et al., 2011 ; Mallet et al., 2016), une aux Etats-Unis (Morris et al., 2015), deux en Norvège (Bronken et al., 2012 ; Bronken & Kirkevold, 2013) et une au Brésil (Silva Souza & Moura Arcuri, 2014). Les recherches sont réalisées dans les pays d'Europe et d'Amérique afin de se rapprocher au mieux du système de santé Suisse. Malgré que le système de santé de la recherche s'effectuant au Brésil soit peu semblable à celui de Suisse, il a tout de même été retenu pour son contenu pertinent pour répondre à la question de recherche.

## **Population cible**

Dans le premier article, la population comprend plusieurs adultes souffrants d'aphasie suite à un AVC ainsi que plusieurs membres du personnel soignant au chevet de ces patients. (McGilton et al., 2011). La seconde étude intègre des patients adultes aphasiques (Mallet et al., 2016) et la troisième, plusieurs membres du personnel soignant (Silva Souza & Moura Arcuri, 2014). La quatrième réunit des patients aphasiques ainsi que leurs proches (Morris et al., 2015), la cinquième étude, plusieurs patients aphasique et la sixième étude, plusieurs patients souffrant d'aphasie (Bronken & Kirkevold, 2013 ; Bronken et al., 2012). Les recherches se sont axées sur une population adulte aphasique suite à un AVC ainsi que sur le personnel soignant qui l'accompagne.

## Diagramme de flux

Ce schéma présente la méthode globale de la sélection des articles retenus lors cette recherche.



Rapport-Gratuit.com

Résultats

Ce travail est une revue de littérature incluant six articles. Dans le but d'exposer les résultats, un bref résumé du contexte, du contenu de l'article ainsi que des interventions mises en place dans l'étude sont effectuées. Ensuite, les résultats sont présentés par catégories. Toutes ces recherches respectent l'aspect éthique des patients.

### **Premier article**

McGilton, K., Sorin-Peters, R., Sidani, S., Rochon, E., Boscart, V., & Fox, M. (2011). Focus on communication : increasing the opportunity for successful staff-patient interactions : Improving staff-patient interactions. *International Journal of Older People Nursing*, 6(1), 13-24. <https://doi.org/10.1111/j.1748-3743.2010.00210.x>

Cette étude a pour but de tester l'intervention PCCI (Patient Centred Communication Intervention), dans un établissement de soins continus complexes, auprès d'une population touchée par l'aphasie, suite à un AVC. Les objectifs sont d'évaluer dans quelle mesure le personnel infirmier met en œuvre les interventions du plan de soins de communication, d'identifier les perceptions du personnel effectuant les interventions, d'explorer les changements dans les perceptions des patients concernant les soins relationnels et d'apprécier le fonctionnement psychosocial du personnel infirmier. L'intervention PCCI vise également à explorer les changements dans les connaissances et l'attitude des infirmières à l'égard de la communication avec les patients. Neuf patients et dix-huit membres du personnel participent à cette étude. Cet article de recherche est une étude pilote, ayant un niveau de preuve C.

Les interventions proposées par le PCCI débutent par la visite du patient par un orthophoniste, dans le but de développer des interventions individualisées. En parallèle, le personnel infirmier participe à un atelier qui consiste à approfondir ses

connaissances sur la gestion de la communication et des comportements du patient. De plus, un système de soutien est mis en place pour les soignants afin qu'ils bénéficient de deux heures par semaine d'encadrement au chevet du patient par un mentor qui leur transmet ensuite des commentaires et des stratégies, dans le but d'introduire le PCCI dans leur pratique quotidienne. L'infirmière évalue la qualité de vie de ses patients grâce à l'échelle SAQOL, ainsi que la dépression grâce à l'échelle de dépression gériatrique. Lors de la communication entre le personnel soignant et le patient, différents éléments sont utilisés par les professionnels afin de faciliter la compréhension mutuelle. Il s'agit de l'utilisation des facilitateurs lors des discussions tels que le langage corporel, les images, différents matériaux et des échelles. De plus, il faut laisser le temps nécessaire au patient pour communiquer, le considérer comme une personne à part entière ayant des ressources, ne pas le juger, établir un climat de confiance, ainsi que l'encourager et le soutenir au quotidien. Il est aussi nécessaire que l'interlocuteur soit attentif, qu'il pratique l'écoute active et qu'il interprète de façon créative les réponses du patient tout en l'aidant à garder le fil de ses pensées. Afin d'éviter la frustration, il est utile d'amorcer la discussion par une question ouverte, puis reposer une question fermée sur le même sujet, dans le but de l'aider à s'exprimer.

## Deuxième article

Mallet, K. H., Shamloul, R. M., Corbett, D., Finestone, H. M., Hatcher, S., Lumsden, J., ... Dowlathshahi, D. (2016). RecoverNow : Feasibility of a Mobile Tablet-Based Rehabilitation Intervention to Treat Post-Stroke Communication Deficits in the Acute Care Setting. *PLOS ONE*, 11(12). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0167950>

Le but principal de cette étude est d'évaluer le taux de recrutement et d'adhésion, les écarts par rapport au protocole et à l'acceptabilité d'une thérapie de communication réalisée à l'aide des plateformes mobiles, dans un contexte de soins

de courte durée, chez des personnes souffrant d'aphasie, suite à un AVC. Vingt-neuf patients participent à cette étude. Cet article de recherche est une étude de cohorte prospective ayant un niveau de preuve B.

Un iPad Air est donné à chaque participant dans une mallette de transport. Malgré un accès restreint, il contient des applications commerciales jugées appropriées pour la thérapie sur les déficiences. Les patients ainsi que leurs proches reçoivent une formation de 15 minutes sur la tablette, dans le but de comprendre les fonctionnalités simples de l'appareil. Ensuite, un suivi de 10 minutes par jour est fourni durant les jours ouvrables, pour répondre à leurs éventuelles questions. Il est ensuite recommandé à chaque patient qu'il passe au minimum une heure par jour à utiliser sa tablette, afin de recevoir une thérapie spécifique pour que le résultat soit efficient. Le coordinateur de recherche quant à lui, recueille des informations quotidiennement sur le temps d'utilisation. Il aide également les patients pour tous les problèmes techniques. L'orthophoniste intervient uniquement pour les évaluations initiales et les recommandations concernant les besoins de réadaptation en soins post-aigus. Il n'y a donc pas d'autre prestation d'orthophonie mis à part l'utilisation de la tablette.

### **Troisième article**

Silva Souza, R. C. & Moura Arcuri, E. A. (2014). Communication Strategies Of The Nursing Team In The Aphasia After Cerebrovascular Accident. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 48(2), 292-298. <https://doi.org/10.1590/S0080-6234201400002000014>

Cette étude vise à identifier les stratégies de communication utilisées et rapportées par le personnel infirmier dans les soins aux patients aphasiques, après un AVC. Elle se déroule dans un hôpital au Brésil, dans une unité de soin neurologique. L'échantillon se compose de 27 individus dont 6 infirmières, 11 techniciens et 10

infirmières auxiliaires. Cet article de recherche est une étude exploratoire transversale ayant un niveau de preuve C.

Une fois le recrutement du personnel soignant effectué et le formulaire de consentement signé, des entretiens semi-structurés individuels sont organisés durant leur temps de travail. Ils ont pour but de récolter les stratégies de communication que connaissent les soignants. Ensuite, les responsables de l'entretien les observent, le matin, au chevet du patient, dans le but de mettre en avant les stratégies utilisées dans la pratique.

#### **Quatrième article**

Morris, M. A., Clayman, M. L., Peters, K. J., Leppin, A. L., & LeBlanc, A. (2015). Patient-centered communication strategies for patients with aphasia: Discrepancies between what patients want and what physicians do. *Disability and Health Journal*, 8(2), 208-215. <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2014.09.007>

Cette étude a pour but de définir quelles sont les stratégies de communication centrées sur le patient les plus utilisées par les médecins ainsi que les proches et celles qui sont les plus appréciées par les patients. Elle vise également l'évaluation de l'utilisation des stratégies identifiées au cours des rencontres cliniques observées. La population se compose de 13 patients souffrant d'aphasie suite à un AVC et de 14 proches. Cet article de recherche est une étude pilote ayant un niveau de preuve C.

Les entrevues sont filmées à l'aide d'une caméra et sont utilisés lors des entretiens dans le but d'améliorer la communication. Ainsi, cette méthode permet aux chercheurs d'explorer les perceptions des patients et de leurs proches sans avoir à remémorer oralement les événements qui se sont déroulés. Elle permet également, de faciliter la formation du langage chez le patient atteint d'aphasie, de commenter ce qui s'est bien passé et ce qui ne s'est pas bien passé pendant le segment vidéo et

comment la communication pourrait être améliorée. Les chercheurs répètent ce qu'ils comprennent du langage du patient, en écrivant des mots clés et en employant le proche comme interprète afin de confirmer leur compréhension du patient. De plus, les médecins doivent remplir un court questionnaire après la rencontre et remettre celui-ci aux chercheurs. Dans le but de donner leurs impressions concernant l'interaction avec les patients aphasiques.

### **Cinquième article**

Bronken, B. A., Kirkevold, M., Martinsen, R., Wyller, T. B., & Kvigne, K. (2012). Psychosocial Well-Being in Persons with Aphasia Participating in a Nursing Intervention after Stroke. *Nursing Research and Practice*, 2012, 1-14. <https://doi.org/10.1155/2012/568242>

Cette étude a pour objectifs d'explorer le ressenti des patients souffrant d'aphasie grâce à une intervention individuelle axée sur le dialogue, la collaboration ainsi que sur la résolution de problèmes entre le survivant de l'AVC et l'infirmière. De plus, elle évalue l'impact durant et après l'intervention sur le processus de rétablissement et les quatre dimensions du bien-être psychosocial des patients qui comportent l'état émotionnel de base, les activités significatives, les relations sociales et l'image de soi. Ces dernières sont menacées, suite à l'AVC. Sept individus atteints d'aphasie modérée à sévère participent à cette étude. Les rencontres entre le patient et son infirmière se déroulent soit à l'hôpital, à leur domicile ou dans les unités de réadaptation. Cet article de recherche est une étude exploratoire transversale ayant un niveau de preuve C.

Les infirmières recueillent les valeurs, les intérêts et les objectifs personnels du patient afin de pouvoir collaborer et de le soutenir dans son processus d'adaptation. Ils clarifient alors ses objectifs, ses opportunités et la compréhension des nouvelles



expériences qu'il vit. Ainsi, elles parviennent à mobiliser ses ressources disponibles, en l'invitant à raconter ses expériences corporelles et ses changements. De plus, elles l'aident à aborder la maladie et la vie d'une manière plus appréciable et le soutiennent à développer de nouvelles compétences. Les infirmières sont filmées, dans le but de capter leurs expressions verbales et non verbales. Afin que le chercheur évalue l'intervention, une technique de triangulation est utilisée entre les vidéos, les données récoltées grâce aux instruments et les notes prises par l'infirmière après chaque séance. Ces dernières contiennent les activités effectuées, les interactions avec le patient, l'utilisation des feuilles de travail et des ressources de communication, le contexte, la durée de l'entretien et finalement, ses interprétations sur l'entretien. Différentes échelles sont employées durant les interventions. Il s'agit de l'échelle "Standardized Clinical Instruments" qui aborde plusieurs aspects du bien-être psychosocial, de l'échelle "Stroke and Aphasia Quality of Life" qui mesure les domaines de l'impact physique, psycho-social, de la communication et de l'énergie du patient. De plus, elles utilisent l'échelle "Cantril's Ladder" qui évalue la satisfaction globale de la vie, l'échelle "Face Scale" qui mesure les expériences affectives et finalement, l'échelle "Hopkins Symptom Check List" qui aborde les symptômes de la dépression ainsi que de l'anxiété.

### **Sixième article**

Bronken, B. A., & Kirkevold, M. (2013). Between the Lines: Generating Good Qualitative Data in Studies Involving Persons With Aphasia. *Advances in Nursing Science*, 36(2), 14-28. <https://doi.org/10.1097/ANS.0b013e318290200a>

L'intervention de cette étude consiste en une rencontre entre le chercheur et les patients aphasiques dans le but de recueillir des informations sur leur bien-être psychosocial. Dans un second temps, l'étude évalue l'utilité et l'acceptabilité du

soutien apporté et de la promotion du bien-être psychosocial du patient. Finalement, elle vise la plus large récolte de données possible au sujet des expériences des personnes aphasiques. La population se compose de 25 individus souffrant d'aphasie modérée à sévère, en unité de réhabilitation puis au domicile. Cet article de recherche est une étude longitudinale ayant un niveau de preuve C.

Le chercheur rencontre à plusieurs reprises les patients dans les hôpitaux, les unités de réadaptation et également dans leur habitat. Il utilise plusieurs techniques de communication et une boîte à outils contenant des aides pour la communication telles que poser des questions ouvertes, guider les conversations sans les diriger et établir une relation de confiance.

*Rapport-gratuit.com*  
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES 

### **Catégorisation des résultats**

#### **Interventions éducatives auprès de l'infirmière**

Deux études rapportent un manque de connaissances du personnel infirmier au niveau de l'aphasie ainsi qu'au niveau des stratégies de soutien de la communication (McGilton et al., 2011 ; Silva Souza & Moura Arcuri, 2014). Pourtant, selon McGilton (2011), l'apport de connaissances au personnel soignant permet de diminuer l'agitation et l'anxiété de nombreux patients ainsi que la frustration des deux interlocuteurs. Cela accorde également aux soignants de mieux communiquer avec le patient aphasique ainsi que de mieux cibler ses besoins, ce qui rend les fournisseurs de soins moins soucieux. Malgré les tentatives de communication des infirmières auprès du patient, les interactions sont inefficaces et ne donnent que peu d'initiatives de réponses venant des patients. De plus, les soignants sont réticents à apprendre de nouvelles stratégies de communications. D'autre part, les études

rapportent également qu'il existe des stratégies aidant la compréhension mutuelle. Il s'agit de l'utilisation d'images, du maintien d'un contact visuel, de l'utilisation du langage corporel, de dessins, de symboles et d'objets. (McGilton et al., 2011 ; Bronken & Kirkevold, 2013). L'utilisation du papier et du stylo, d'un tableau et de l'alphabet est utile à la communication (Silva Souza & Moura Arcuri, 2014). D'autre part, un support mobile permet une thérapie orthophonique plus immédiate et intensive dans le but d'éviter que les patients restent seuls et inactifs. Elle donne également la possibilité au patient de prendre un rôle actif dans sa réadaptation (Mallet et al., 2016). C'est pourquoi, les infirmières utilisent différentes échelles durant leurs interventions afin de mesurer le bien-être psychosocial, l'impact de l'aphasie sur le domaine physique, psycho-social, de la communication, la satisfaction globale de la vie, les expériences affectives, les symptômes de la dépression ainsi que de l'anxiété, la qualité de vie. (Bronken et al., 2012 ; McGilton, 2011). En conclusion, grâce à une intervention éducative auprès des infirmières, un gain de temps est observé et une amélioration des aptitudes de communication des infirmières ( $p < 0.007$ ), les patients perçoivent que les infirmières sont capables de communiquer plus efficacement ( $p < 0.024$ ) et relèvent se sentir eux-mêmes capables de mieux communiquer ( $p < 0.037$ ) (McGilton, 2011).

### **Compétences relationnelles**

Quatre articles ont démontré qu'il est essentiel de créer une relation avec le patient, d'adopter des comportements et des attitudes favorisant son confort et son bien-être afin de lui permettre de se sentir dans un lieu sécuritaire, rempli de confiance, de reconnaissance et de respect pour permettre la collaboration. Il est donc nécessaire de créer une relation de confiance, d'utiliser une approche individualisée pour favoriser l'établissement d'une relation thérapeutique et ainsi

permettre à la personne de se confier. Ainsi, il est aidant de pratiquer l'écoute active et démontrer une attitude empathique et engagée. La reformulation des paroles permet au patient de se sentir entendu, de vérifier sa compréhension et d'ouvrir un espace de réflexion. D'autre part, il est important de ne pas couper le patient dans ses paroles, de parler lentement avec un langage simple, de garder un contact visuel, ainsi que de laisser des moments de silence pour qu'ils puissent trouver leurs mots, mais relancer la discussion au besoin. Cependant, l'infirmière doit les aider à exprimer leurs pensées et leurs sentiments, les rassurer en reconnaissant la légitimité de leurs réactions, sans aucun jugement afin que les patients se sentent compris dans leur situation et que cela augmente leur confiance en soi. (Bronken et al., 2012 ; Bronken & Kirkevold, 2013). Pour terminer, l'infirmière doit être vigilante à terminer la discussion avant que le patient ne s'épuise. (Bronken & Kirkevold, 2013 ; McGilton et al., 2011 ; Morris et al., 2015).

### **Intégration du proche**

Deux des études sélectionnées incluent le proche du patient aphasique. Elles mettent en avant l'importance et l'utilité des proches lors de la prise en charge du patient aphasique suite à un AVC. Ils fournissent des observations et des connaissances pertinentes aux professionnels afin d'améliorer leur interprétation et leur compréhension des expressions du patient, de développer une meilleure communication et d'améliorer la description de ce qu'ils vivent au quotidien et leurs préoccupations. Le compagnon est également vu comme une ressource de communication par le patient. Cependant, dans leur quotidien, la plupart des patients n'ont pas d'interlocuteurs capables de comprendre leur situation ni leur état. C'est pourquoi, ils mentionnent avoir des difficultés à amorcer une conversation de peur de

ne pas savoir s'exprimer ou de ne pas avoir de sujet de conversation (Bronken & Kirkevold, 2013 ; Morris et al., 2015).

Rapport-Gratuit.com

## Discussion

Ce chapitre se compose de deux parties. La première, évoque l'opinion des auteures de ce travail concernant les catégorisations constituées dans les résultats et la mise en lien avec la problématique. Ensuite, la théorie centrée sur le patient, le partenariat ainsi que la qualité de vie sont abordés. La dernière partie est constituée de l'implication pour la pratique professionnelle et des limites de cette revue de littérature.

### **Interventions éducatives auprès de l'infirmière**

Les auteures de ce travail pensent qu'il est nécessaire d'utiliser d'autres moyens de communication lorsque la parole ou la compréhension est hors de portée. De plus, pour elles, il est important que les patients puissent s'exprimer pour briser leur solitude et être épaulés pour la communication. Il est également nécessaire que le personnel infirmier expérimente de nombreuses stratégies afin de se faire comprendre par le patient et qu'ils utilisent différentes échelles dans le but d'évaluer l'évolution de l'état du patient.

Les auteures de ce travail supposent que les difficultés du personnel d'acquérir de nouvelles connaissances, mises en avant par Silva Souza et Moura Arcuri (2014), pourraient venir d'une situation de mal-être vécue par les infirmières dans la communication avec un patient aphasique. En effet, cette communication pourtant essentielle afin de prendre en charge le patient dans sa globalité et de tenir compte de ses besoins est une difficulté majeure (Sundin & Jansson, 2003 ; McGilton, 2011). Face à la peur de l'échec, les infirmières, désarmées, pourraient être réticentes à s'engager. De plus, une seconde hypothèse peut être le manque de temps des infirmières pour la communication avec des personnes aphasiques. Effectivement, le milieu des soins évolue, influencé par les prestations d'assurance et la rentabilité. De

ce fait, il est observé que le nombre d'infirmières diminue alors que le nombre de patients à leur charge augmente, ce qui engendre une diminution du temps passé à leur chevet. Si une personne souffrant d'aphasie à la suite d'un AVC n'est pas prise en charge dans une unité spécialisée contenant une dotation du personnel plus élevée, les infirmières risquent de ne pas avoir le temps nécessaire à leur disposition pour une prise en charge optimale. De plus, il a déjà été démontré dans ce travail que la communication auprès d'une personne aphasique est très complexe et nécessite du temps et de l'implication. Il est donc compliqué d'imaginer l'infirmière avoir la possibilité d'offrir ces prestations si spécifiques et abondantes dans sa journée déjà très remplie. Une difficulté de compréhension mutuelle entre le patient et le soignant et un manque d'aptitudes de communication spécialisées chez le personnel ont été démontrées dans la problématique de ce travail (Sundin & Jansson, 2003). Les auteures de ce travail pensent qu'il est essentiel que les infirmières reçoivent plus d'informations sur le domaine de l'aphasie et de l'accident vasculaire cérébral lorsqu'elles s'occupent de patients aphasiques. En effet, au cours de leur formation Bachelor, dans le canton de Fribourg, en Suisse, elles ne bénéficient d'aucun cours à ce sujet. Ainsi, elles pensent qu'il est possible que de nombreuses infirmières dans ce pays, manquent de connaissances sur cette pathologie et ses conséquences. De plus, elles suggèrent qu'il serait intéressant que les infirmières accompagnant des personnes souffrant d'aphasie puissent bénéficier d'un complément de formation. D'autre part, la problématique de ce travail rapporte également que le déficit de communication nuit à la qualité des soins et que le manque de connaissances sur le sujet rend difficile la gestion de comportements tels que la tristesse et la dépression. Ainsi, les auteures renforcent leur opinion sur la nécessité de former le personnel infirmier. De plus, elles relèvent que la gestion de ces comportements est déjà complexe auprès de personnes en soins aigus ne souffrant pas d'aphasie. D'autre



part, grâce aux recherches effectuées, les auteures imaginent que les sujets de la tristesse et la dépression pourraient être plus facilement abordés avec le patient à l'aide d'échelles utilisées lors des six articles sélectionnés. Cependant, la plupart de ces dernières sont en version anglophone et n'ont statistiquement pas démontré d'amélioration lors de la communication avec le patient.

La théorie du patient centré, choisie par les auteures comme cadre théorique de ce travail, peut être mise en lien avec la première catégorie des résultats. Le patient se situe au centre des interventions infirmières, c'est pourquoi le choix des stratégies de communication enseignées aux infirmières sont sélectionnées et adaptées en fonction du patient aphasique. De plus, l'infirmière le prend en charge dans sa globalité en tenant compte de ses besoins non satisfaits, ses valeurs et ses croyances, son autonomie, ses préférences, ses préoccupations, ses attentes face aux soins, et également ses volontés. Dans cette théorie, la pratique infirmière est un processus d'engagement thérapeutique avec le patient. De ce fait, sa participation est nécessaire et amène à la création d'un partenariat entre l'infirmière et le patient aphasique, qui permet la mise en place d'interventions de soins ciblées et personnalisées. Le partenariat favorise la satisfaction des besoins du patient grâce à la collaboration avec l'infirmière (Bilodeau et al., 2013 ; Sager-Tinguely & Weber, 2011). Grâce au partenariat et à la théorie du patient centré, la qualité de vie est augmentée car les interventions infirmières prennent en compte ses besoins. De plus, l'acquisition de connaissances supplémentaires sur le sujet par l'infirmière peut l'aider à enseigner les stratégies de communication apprises, durant l'intervention éducative au patient, afin de l'aider à s'exprimer. De ce fait, ses perceptions sont comprises et prises en compte par l'infirmière, son état psychologique et les relations sociales du patient peuvent s'améliorer (Sager-Tinguely & Weber, 2011). L'infirmière peut alors s'aider de l'échelle SIP-65 afin d'évaluer la qualité de vie chez le patient aphasique

en tenant compte de sa fatigabilité et de son handicap. Elle est donc la mieux adaptée à ce type de patient et est utilisable en Suisse en romande car elle est rédigée en français (Bénaïm et al, 2002).

### **Compétences relationnelles**

Les auteures de ce travail pensent qu'aucune communication ne peut émaner d'un patient aphasique se sentant exclu ou mal à l'aise comme l'ont relevé Bronken et al., (2012) et Bronken et Kirkevold (2013). Si ce dernier ne ressent pas réellement un intérêt de la part de l'infirmière, il ne tentera peut-être pas de s'exprimer. Ainsi, il est primordial que l'infirmière ouvre un espace sain de communication, d'apprentissage et de soutien. De plus, la problématique de ce travail illustre les changements fondamentaux vécus par la personne aphasique. Par conséquent, elles évoquent la nécessité que le patient puisse exprimer ses pertes, ses émotions, ses doutes, ses craintes et ses besoins. Les auteures de ce travail pensent que les ressources relationnelles sont importantes dans la pratique infirmière afin de créer une relation thérapeutique, mais elles sont d'autant plus essentielles lors de troubles de la communication. Même si ces interventions ne montrent pas une amélioration statistiquement significative et reposent sur le ressenti des patients aphasiques et de leurs proches, elles représentent des pistes utiles à la pratique. La formation de Bachelor en soins infirmiers dans le canton de Fribourg, contient de nombreux cours sur la communication. Ainsi, les compétences relationnelles données dans les articles sont connues par les auteures. Cependant, un complément de formation serait nécessaire pour prendre en charge une personne en situation d'aphasie. En effet, lors d'un entretien avec une personne ayant des troubles de la communication, le non-respect de ces stratégies pourrait amener rapidement à une rupture de la communication et un retrait du patient, hors de la relation établie.

La théorie du patient centré demande des compétences relationnelles. Dans cette théorie, le personnel infirmier a une attitude empreinte d'empathie, de caring et de respect tout en intégrant le patient au centre de ses démarches de soins. Il est essentiel que les infirmières ne se considèrent pas comme uniques détentrices du pouvoir et du savoir. En effet, malgré son incapacité à s'exprimer, le patient aphasique possède de nombreuses ressources que l'infirmière doit s'efforcer de mettre en lumière en adaptant ses compétences relationnelles et ainsi individualiser la prise en charge centrée sur celui-ci (Bilodeau et al., 2013). D'autre part, lorsque l'infirmière a établi une relation de confiance avec le patient, il est plus simple pour elle de créer un climat sécuritaire et ainsi une collaboration mutuelle qui donnera naissance au partenariat (Sager-Tinguely & Weber, 2011). De plus, les compétences relationnelles jouent un rôle sur la qualité de vie du patient. De ce fait, il est essentiel que les infirmières parviennent à offrir la possibilité au patient de s'exprimer sur sa qualité de vie, grâce à leurs compétences relationnelles. Afin d'évaluer la qualité de vie du patient, les infirmières peuvent s'aider d'échelles. L'utilisation adéquate de ces dernières nécessite que l'infirmière utilise ses compétences relationnelles.

### **Intégration du proche**

Aux prémices de l'élaboration de ce travail, les auteures n'avaient pas envisagé directement le proche comme une stratégie, lors de leurs réflexions au sujet des interventions infirmières soutenant la communication des aphasiques. Pourtant, elles pensent désormais, que l'intégration des proches du patient aphasique dans sa prise en charge est essentielle, tout comme les auteurs Bilodeau et al., (2013). Ils sont une ressource inestimable aux soins grâce à leur connaissance du patient, de son vécu, de son caractère et de ses habitudes (Bronken & Kirkevold, 2013 ; Morris et al., 2015). D'autre part, passant plus de temps auprès de lui que les soignants, ils ont la capacité

de comprendre ses dires, même si ces derniers semblent incompréhensibles et d'offrir un soutien et un repère, au quotidien. Cependant, il est important de ne pas perdre de vue que le proche souffre également. Il vit le deuil d'un ami, d'un amant, d'un confident, d'une personne peut être pleine de vie et bavarde réduit au silence, du jour au lendemain. Face à cette rupture de la communication, le proche peut être désemparé, se sentant seul et démuni face à la situation. C'est pourquoi, il est également important que l'infirmière lui apporte un soutien, des connaissances et des ressources afin qu'il puisse faire face à la situation. Dans la problématique de ce travail, les changements dans le domaine social et familial sont abordés. En effet, les relations avec leurs proches sont chamboulées puisqu'elles sont basées sur la communication. L'identité de la personne souffrant d'aphasie peut changer. Par exemple, au sein du domaine familial, un père de famille n'arrivera peut-être plus à assumer son rôle parental, ce qui lui occasionnera beaucoup de peine. De plus, l'autre parent devra peut-être reprendre la responsabilité de la personne aphasique en plus de lui fournir un soutien, ce qui peut être très éprouvant. D'autre part, le patient pourrait observer un changement de comportement chez son proche, ce qui le déstabiliserait et pourrait entraîner un obstacle à son désir de communiquer.

Le partenariat est un processus dynamique et une construction commune qui requiert l'engagement des différents partenaires afin de créer une collaboration entre l'infirmière, le patient aphasique ainsi que le proche. L'établissement du partenariat offre la possibilité de réaliser un enseignement au patient et au proche (Sager-Tinguely & Weber, 2011). A l'aide du partenariat, l'application de la théorie centrée sur le patient va améliorer la compréhension des besoins et des attentes du patient, grâce aux informations fournies par leurs proches.

L'aphasie, rendant les interactions difficiles et frustrantes, impacte la qualité de vie du patient et de son entourage d'un point de vue multi factoriel et subjectif (Bronken

et al., 2012 ; Sager-Tinguely & Weber, 2011). Par exemple, si le proche n'arrive pas à communiquer adéquatement avec la personne aphasique, cela aura un effet dévalorisant sur la qualité de vie des deux interlocuteurs. De plus, les attentes du proche ne sont pas toujours prises en compte par l'infirmière, ce qui peut avoir des conséquences sur ses relations sociales, ses croyances personnelles ainsi que sur ses relations avec des éléments importants de son environnement (Formarier & Jovic, 2012). En outre, le patient mentionne ne pas avoir d'interlocuteur dans son environnement naturel capable de comprendre sa situation (Bronken et al., 2012). Ainsi, le partenariat avec le proche est primordial afin de lui apporter des connaissances et des stratégies pour qu'il puisse comprendre et communiquer de manière adéquate avec la personne aphasique. Plusieurs des études analysées démontrent que le proche n'est pas assez pris en compte lors des démarches de soins. De ce fait, aucun des articles sélectionnés n'aborde la qualité de vie des proches. De plus, les auteures de ce travail émettent l'hypothèse que lorsque le patient voit et ressent l'impact négatif qu'a sa situation sur la qualité de vie de son proche, il pourrait se sentir coupable et cela pourrait également impacter sa propre qualité de vie.

### **Implication pour la pratique professionnelle**

Les auteures de ce travail pensent que certaines stratégies pourraient être mises en place dans les interventions. Il serait nécessaire de développer des formations pour le personnel soignant tant au niveau des connaissances de l'aphasie et de l'AVC, que des aides de communication existantes, des compétences relationnelles nécessaires et de l'importance de l'intégration du proche dans la prise en charge du patient aphasique. Les auteures estiment que l'articulation du programme présent dans l'étude de McGilton (2011) serait bénéfique à l'introduction d'un tel sujet. Il s'agit

de réaliser premièrement un atelier au personnel afin de leur transmettre ces connaissances et ces stratégies de communication. Ensuite, ils pourraient les appliquer dans leur pratique, sous la supervision d'un mentor qui les conseillerait et les soutiendrait. Cependant, ce programme nécessiterait des coûts considérables, du personnel expert dans le domaine et une organisation complexe. En Suisse, sa mise en place nécessiterait un besoin réel et une étude serait nécessaire afin d'établir la réalité de cette problématique dans ce pays.

### **Limites de la revue et perspectives**

Les articles sélectionnés pour cette revue de littérature comprennent un devis quantitatif, deux devis mixtes et trois devis qualitatifs. Ces trois premiers n'ont pas démontré avec netteté l'efficacité d'interventions infirmières soutenant la communication des personnes souffrant d'aphasie suite à un AVC. Le toucher thérapeutique est le seul élément statistiquement significatif qui est relevé dans un des articles (McGilton et al., 2011). Le reste des interventions abordées dans les articles ne donnent aucune certitude sur leur validité. Cependant, une amélioration significative des aptitudes de communication des infirmières et un gain de temps sont démontrés grâce à plusieurs interventions utilisées simultanément auprès des patients aphasiques. Ainsi, cette revue de littérature n'offre pas d'indication précise en matière d'interventions soutenant la communication, mais donne des pistes applicables dans la pratique infirmière afin d'augmenter la qualité de la communication avec le patient souffrant d'aphasie.

Rapport-Gratuit.com

Conclusion

## **Réponse à la question de recherche**

Cette revue de littérature donne certaines pistes d'interventions pour répondre à la question de recherche : "Quelles sont les interventions infirmières pour soutenir la communication en soins aigus, d'un patient adulte aphasique suite à un AVC ? "

Suite à l'analyse des résultats présents dans chaque article, les auteures de ce travail ont rassemblé les interventions sous trois catégories afin de répondre à la question de recherche. Il s'agit d'une intervention éducative destinée aux infirmières sur les connaissances de l'AVC, l'aphasie et les supports facilitateurs de communication, de l'optimisation des connaissances relationnelles ainsi que l'intégration du proche lors de la prise en charge du patient aphasique.

## **Besoin et recherches futures**

Les résultats des articles utilisés pour cette revue de littérature ne démontrent pas clairement des interventions infirmières efficaces pour le soutien de la communication chez les personnes souffrant d'aphasie. C'est pourquoi, il serait nécessaire de faire davantage de recherches sur le sujet afin de cibler les interventions significatives. Malgré la difficulté, il y a un besoin réel d'effectuer des recherches scientifiques. De ce fait, les auteures, suite à leur travail, pensent qu'il serait bénéfique d'instaurer un atelier destiné au personnel soignant tel que démontré dans l'article de McGilton et al. (2011), comme expliqué sous le chapitre « Implication pour la pratique professionnelle ». D'autre part, il serait intéressant d'introduire un tel programme dans plusieurs établissements afin de recueillir des données auprès d'une population plus vaste, ce qui permettrait la généralisation des conclusions. Par conséquent, l'efficacité de chaque intervention pourrait être statistiquement démontrée et



permettrait de constater si elles sont propices à une amélioration de la communication entre le patient aphasique et l'infirmière.

### **Les apprentissages réalisés**

Ce travail a permis à ses auteures de cibler et de mettre en évidence une problématique de soins afin de démontrer un besoin nécessitant la mise en place d'un programme efficient ainsi que l'acquisition de nouvelles connaissances concernant une pathologie. De plus, elles ont pu expérimenter la recherche et la mise en commun d'articles scientifiques abordant leur sujet de recherche. D'autre part, elles ont été amenées à se questionner au sujet de la pertinence de leurs recherches, de leur travail et de leurs réflexions ce qui a permis de développer leur posture professionnelle et leur regard critique. Elles ont également pu approfondir leurs connaissances de la théorie centrée sur le patient et des concepts du partenariat et de la qualité de vie. Grâce à ces derniers, elles ont eu la possibilité de réaliser des liens entre les catégories des résultats émanant des articles, ce qui a permis d'élargir leur réflexion.

## Références

- Aphasiesuisse. (1983). Evolution des aphasies. Repéré à <http://www.aphasie.org/fr/l-aphasie/evolution-des-aphasies>
- Bénaïm, C., Péliissier, J., Petiot, S., Bareil, M., Ferrat, E., Royer, E., ... Hérisson, C. (2003). Un outil francophone de mesure de la qualité de vie de l'aphasique : le SIP-65. *Annales de Réadaptation et de Médecine Physique*, 46, 2-11. [https://doi.org/10.1016/S0168-6054\(02\)00306-9](https://doi.org/10.1016/S0168-6054(02)00306-9)
- Berthezène, Y. (2016, Février). Physiopathologie et imagerie de l'AVC à la phase précoce. Communication présentée au 1er Congrès National d'Imagerie du Vivant (CNIV), Paris, France.
- Bilodeau, K., Dubois, S. & Pepin, J. (2013). Contribution des sciences infirmières au développement des savoirs interprofessionnels. Dans Association de recherches en soins infirmiers (éd), Recherche en soins infirmiers, (pp. 43-50). 113.
- Bronken, B. A., & Kirkevold, M. (2013). Between the Lines: Generating Good Qualitative Data in Studies Involving Persons With Aphasia. *Advances in Nursing Science*, 36(2), 14-28. <https://doi.org/10.1097/ANS.0b013e318290200a>
- Bronken, B. A., Kirkevold, M., Martinsen, R., Wyller, T. B., & Kvigne, K. (2012). Psychosocial Well-Being in Persons with Aphasia Participating in a Nursing Intervention after Stroke. *Nursing Research and Practice*, 2012, 1-14. <https://doi.org/10.1155/2012/568242>
- Chomel-Guillaume, S., Leloup, G. & Bernard, I. (2010). Les aphasies : évaluation et rééducation. Issy-les-Moulineaux Cedex, France : Elsevier Masson S.A.S.
- Curtin Library (2014). Allied Health Honours Research Design 34. Repéré à <http://libguides.library.curtin.edu.au/c.php?g=202429&p=1332736>
- Formarier, M. (2012). Crise (situation de). Dans M. Formarier & L. Jovic (éds), Les concepts en sciences infirmières, (2ème éd., pp.138-140). Lyon, France : Mallet Conseil. <https://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-138.htm>.
- Formarier, M. (2012). Qualité de vie. Dans M. Formarier & L. Jovic (éds), Les concepts en sciences infirmières, (2ème éd., pp. 260-262). Lyon, France : Mallet Conseil.
- Fragile Suisse. (2009). AVC : faits et chiffres. Repéré à : [http://www.fragile.ch/fr/lesions-cerebrales/causes/attaque-cerebraleavc/avc-faits-et-chiffres/?gclid=EAlaIQobChMloLyHxLHP1wIVTb7tCh3QLgskEAAAYASAAEgLkuvD\\_BwE](http://www.fragile.ch/fr/lesions-cerebrales/causes/attaque-cerebraleavc/avc-faits-et-chiffres/?gclid=EAlaIQobChMloLyHxLHP1wIVTb7tCh3QLgskEAAAYASAAEgLkuvD_BwE)
- Hemsley, B., Sigafos, J., Balandin, S., Forbes, R., Taylor, C., Green, V. A. & Parmenter, T. (2001). Nursing the Patient with Severe Communication Impairment. *Journal of Advanced Nursing* 35, 827-35. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.01920.x>.

La fondation des maladies du cœur et de l'AVC du Canada. (2015). Votre cheminement après un accident vasculaire cérébral : un guide à l'intention des survivants de l'AVC [Brochure]. Canada : Fondation des maladies du cœur et de l'AVC du Canada.

Lanteri, A. (2004). Questions de personne : Restauration du langage chez l'aphasique. Bruxelles, Belgique : éditions De Boeck Université. <https://books.google.ch/books?hl=fr&lr=&id=t-ji0k8dupYC&oi=fnd&pg=PA7&dq=avc+aphasie&ots=3dGlssKlfz&sig=wkB33p0PJ3mW7HBpyChcqBOHaMA#v=onepage&q=avc%20aphasie&f=false>.

Leys, D. & Cordonnier, C. (2009). Traitements des accidents vasculaires cérébraux en phase aiguë et prévention secondaire. *Médecine/sciences, Accidents vasculaires cérébraux* 25, 8-9. 733-38. <https://doi.org/10.1051/medsci/2009258-9733>.

Mallet, K. H., Shamloul, R. M., Corbett, D., Finestone, H. M., Hatcher, S., Lumsden, J., ... Dowlatshahi, D. (2016). RecoverNow: Feasibility of a Mobile Tablet-Based Rehabilitation Intervention to Treat Post-Stroke Communication Deficits in the Acute Care Setting. *PLOS ONE*, 11(12). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0167950>

McGilton, K., Sorin-Peters, R., Sidani, S., Rochon, E., Boscart, V., & Fox, M. (2011). Focus on communication : increasing the opportunity for successful staff-patient interactions : *Improving staff-patient interactions. International Journal of Older People Nursing*, 6(1), 13-24. <https://doi.org/10.1111/j.1748-3743.2010.00210.x>

Morris, M. A., Clayman, M. L., Peters, K. J., Leppin, A. L., & LeBlanc, A. (2015). Patient-centered communication strategies for patients with aphasia: Discrepancies between what patients want and what physicians do. *Disability and Health Journal*, 8(2), 208-215. <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2014.09.007>

Sager Tinguely, C. & Weber, C. (2011). Précis de chronicité et soins dans la durée. Rueil-Malmaison, France : Lamarre

Silva Souza, R. C. & Moura Arcuri, E. A. (2014). Communication Strategies Of The Nursing Team In The Aphasia After Cerebrovascular Accident. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 48(2), 292-298. <https://doi.org/10.1590/S0080-6234201400002000014>

Sundin, K., & Jansson, L. (2003). Understanding and Being Understood' as a Creative Caring Phenomenon – in Care of Patients with Stroke and Aphasia. *Journal of Clinical Nursing* 12, 107-116. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2702.2003.00676.x>.

Tamilyn, B., Kroenke, K., Plue, L. D., Perkins, S. M. & Linda S. Williams, L. S. (2006). Outcomes Among Family Caregivers of Aphasic Versus Nonaphasic Stroke Survivors. *Rehabilitation Nursing*, 31, 33-42. <https://doi.org/10.1002/j.2048-7940.2006.tb00008.x>.

- Teike-Lüthi, F. & Gallant S. (2012). Partenariat. Dans M. Formarier & L. Jovic (Éds), Les concepts en sciences infirmières, (2ème éd., pp. 234-235). Lyon, France : Mallet Conseil. <https://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-234.htm>
- Van Eeckhout, P. (2001). Le langage blessé : reparler après un accident cérébral. Paris, France : Albin Michel S.A.

## **Annexes**

**Annexe A**

**Déclaration d'authentification**

Nous déclarons avoir réalisé ce travail de manière personnelle conformément aux normes et directives de la Haute Ecole de Santé de Fribourg. Toutes les références utilisées dans le présent travail sont nommées et clairement identifiées.

Lieu, date et signature

Gremaud Orianne

Lieu, date et signature

Pires Martins Carina



Support-Gratuit.com

## Annexe B

## Grilles des articles scientifiques

## Grille de résumé d'un article scientifique

## Approche qualitative

Éléments du rapport	Contenu de l'article
<b>Références complètes</b>	Bronken, B. A., & Kirkevold, M. (2013). Between the Lines: Generating Good Qualitative Data in Studies Involving Persons With Aphasia. <i>Advances in Nursing Science</i> , 36(2), 14-28. <a href="https://doi.org/10.1097/ANS.0b013e318290200a">https://doi.org/10.1097/ANS.0b013e318290200a</a> [Traduction libre]
<b>Introduction</b> Problème de recherche	Récoltes de données difficiles chez les patients aphasiques suite à un AVC, au cours de la première année, car il y a une présence du trouble de langage et de la communication. Les personnes aphasiques suite à un AVC représentent un groupe difficile par leur trouble du langage et des problèmes de communication.
Recension des écrits	Il y a plusieurs auteurs cités dans cet article mais la recension des écrits se démarque difficilement. La plupart des recherches faites ciblent souvent les personnes atteintes d'aphasie légère ou modérée et non sévère. Les chercheurs de ces études ont été confrontés à des problèmes méthodologiques tels que des difficultés de compréhension, de fatigue chez les participants et le chercheur et de réduction de la capacité de centrer les questions d'entrevue, de rappeler des événements et de fournir des réponses approfondies. Plusieurs stratégies ont été appliquées ou suggérées pour atténuer les problèmes rencontrés, tel qu'une bonne planification et individualisation, l'établissement d'une relation de confiance, l'utilisation de mots simples et de phrases courtes, le langage corporel, le temps disponible, les méthodes de collecte de données, l'offre de mots et d'idées, la modification du style de questionnement,

	et l'utilisation de divers matériaux illustrés et d'outils de communication. Deux chercheurs ont souligné l'utilité des enregistrements vidéo afin de maintenir la rigueur dans le processus d'interprétation. Ces entrevues ont souvent entraîné le besoin d'inclure des parents, des soignants et des amis durant la collecte de données. Tous les auteurs ont conclu qu'il était possible d'obtenir des données précieuses auprès des patients ayant des difficultés de communication.
Cadre théorique ou conceptuel	Il est basé sur les approches ontologiques et épistémologiques. La théorie est empirique.
Question de recherche/buts	<p>L'équipe de recherche a mis au point une intervention longitudinale complexe en soins infirmiers en ciblant les problèmes psychosociaux durant la 1<sup>ère</sup> année suivant un AVC. Le but premier de l'intervention est le soutien psychosocial et la promotion du bien-être psychosocial. Le 2<sup>ème</sup> but est d'évaluer l'utilité et l'acceptabilité de l'intervention clinique et complexe (car cette étude représente une phase exploratrice et d'évaluation du développement de l'intervention).</p> <p>Le but de l'article est également de maximiser la génération de données chez les personnes aphasiques sur la base de leurs expériences.</p>
<b>Méthodes</b>	Le devis de recherche est qualitatif.
Devis de recherche	
Population, échantillon et contexte	La population est donc constituée de 25 survivants d'un AVC souffrant d'aphasie modérée à sévère. Le contexte dépend des patients car ils étaient soit hospitalisés soit en unité de réhabilitation. Sept d'entre eux souffraient d'aphasie modérée à sévère et étaient à 4 à 12 semaines post AVC

Méthode de collecte des données	<p>Les questions posées sont ouvertes et reprises d'un entretien à l'autre pour un suivi afin d'acquérir une compréhension plus profonde des réponses.</p> <p>Le chercheur agit comme un participant ouvert et intéressé qui encourage et guide les conversations sans les diriger.</p> <p>La méthode de collecte de données utilisée par un des chercheurs est des interviews individuelles.</p> <p>Le chercheur s'est engagé auprès du participant durant une période d'environ 2 ans, ce qui leurs a permis de développer une relation de confiance, d'apprendre à se connaître et d'apprendre comment mieux communiquer, afin de parvenir à une compréhension mutuelle.</p> <p>La participation directe et l'observation du processus peuvent être une méthode de recherche fructueuse.</p> <p>Chez les personnes atteintes d'aphasie, les capacités du langage naturel sont altérées et ainsi modifiées et compromises. Cette situation implique que les partenaires de la collaboration doivent apprendre à communiquer les uns avec les autres d'une nouvelle manière pour parvenir à une compréhension mutuelle. Comme l'état de santé, la gravité de la déficience du langage, l'âge, le sexe, les facteurs individuels et le contexte de la collaboration varient, la communication reste un processus de découverte et d'apprentissage au fil du temps.</p>
Déroulement de l'étude	<p>Un thérapeute spécialisé évalue les capacités linguistiques sur la production de la parole, la compréhension, l'écriture et la lecture avant l'inclusion des patients.</p> <p>L'intervention se base sur le dialogue et se compose d'environ 12 rencontres avec chaque participant (varie entre 10 et 16), soit un total de 89 rencontres.</p> <p>Des entretiens qualitatifs individuels se sont déroulés à 2 semaines, 6 mois et 12 mois post AVC. L'intervention a été achevée pour obtenir les informations sur la manière dont les participants ont vécu le programme ainsi que son impact perçu sur leur bien-être psychosocial pendant et après l'intervention.</p> <p>Les participants ont été questionnés sans la présence d'un proche dans 17 des 21 interviews.</p>

	<p>Dans un cas, un partenaire de mariage a participé partiellement aux trois interviews de suivi.</p> <p>Dans un autre cas, un orthophoniste a été présent afin de soutenir le dialogue entre le participant et le chercheur dans la première interview de suivi.</p> <p>Toutes les interviews ont été filmées et ont duré de 50 à 125 minutes.</p> <p>Un des chercheurs a mené toutes les rencontres dans l'intervention.</p> <p>La méthode « conversation soutenue pour les adultes aphasiques » a été utilisée pour faciliter les conversations. Cette méthode a été développée afin de réduire les conséquences psychosociales de l'aphasie et a été basée sur l'idée d'un partenariat conversationnel. Un partenaire de communication qualifié agit comme une ressource pour la personne atteinte d'aphasie. Il utilise différentes techniques de communications telles que l'écoute active, l'incitation, l'aide pour la recherche de mots, l'écriture de mots clés, l'offre de solutions de rechange, la validation et l'utilisation de ressources de communication.</p> <p>Les chercheurs ont également appliqué quatre instruments cliniques standardisés afin d'aborder diverses dimensions du bien-être psychosocial, car ils ont supposé qu'il pouvait être plus facile pour les participants de s'exprimer en indiquant des énoncés de réponses spécifiques, plutôt qu'en produisant leur propre discours.</p>
Considérations éthiques	<p>Il y a très peu d'études réalisées sur des patients aphasiques ce qui peut être un problème au niveau éthique. Les conditions au niveau de la santé des patients ont dû être stables, ayant un fonctionnement cognitif suffisant et ils ont dû être en mesure de donner leur consentement.</p> <p>Une question d'éthique peut se poser quand le chercheur présente les perspectives des participants sur l'utilisation des citations, la manière d'exprimer de façon optimale la signification et l'intégrité des participants et d'éviter de traiter les personnes souffrant d'aphasie comme simples ou puériles.</p>
Résultats	<p>Les résultats sont les citations authentiques dans le rapport final. Ces citations verbales peuvent être imprécises mais peuvent apporter des informations importantes.</p> <p>Verbatim :</p>

<p>Traitement/ Analyse des données</p>	<p>Chercheur (R) : Comment devrions-nous faciliter une interview pour avoir une bonne ambiance pour parler ?</p> <p>Participant (P) : Oui..., je pense que c'était très bien de l'avoir à la maison, je pense, parce que vous êtes à la maison, et vous vous sentez confiant et ainsi de suite. Cela est évident. Et nous en avons déjà parlé plus tôt ; c'est vous qui avez fait les rencontres et c'est vous qui réalisez les interviews, et je pense que c'est bien, parce que vous vous sentez confiant avec l'interviewer, d'une certaine façon, et j'ai l'habitude de parler avec vous. Si une nouvelle personne était venue, ça aurait été difficile.</p> <p>R : Il lutte énormément pour s'exprimer verbalement. Je me concentre à 100% et fais de mon mieux pour comprendre ce qu'il dit. Quand il « prend la chance » de parler, il devient très heureux quand je comprends, mais il est difficile de comprendre ce qu'il dit (note de journal de la rencontre numéro sept avec un homme de 63 ans souffrant d'aphasie sévère).</p> <p>R: Quelle a été votre expérience en prenant part dans ce programme?</p> <p>P: Cela a été, ça a été, hein ... .u. .. [se bat pour trouver un mot, regarde vers le bas, et déplace sa main gauche à son front, pause]. Que dois-je dire ? [recherche ses mots] Il a été bon [regarde le chercheur et devient émotionnellement ému].</p> <p>R: Y a-t-il eu des avantages à participer?</p> <p>P: Oh, oui! C'est sûr. C'est le chemin, hein... [recherche ses mots, fait une pause de 4 secondes]. C'est sûr [Lutte pour s'exprimer ; regarde le chercheur avec des questions dans les yeux]. Pouvez-vous l'expliquer pour moi, S'il vous plaît ?</p> <p>R: Voulez-vous dire que je dois expliquer ? [Miroirs son répondre au lieu de \ valider]</p> <p>P: Oui.</p> <p>R: Peut-être que vous pouvez me dire comment vous allez maintenant ?</p> <p>P: Maintenant, je vais bien [regarde le chercheur et devient émotionnellement ému]</p>
--	--

R: Maintenant vous allez bien [reflète son répond / valide].

P: Oui.

P: D'abord j'ai été frappé par le coup [ému émotionnellement], et puis c'était un autre coup; c'est deux coups c'est venu.

R: Vous n'avez pas eu deux coups, n'est-ce pas?

P: C'était seulement. .. [avance, recherche de mots]

R: Pensez-vous que vous êtes tombé et avez eu une fracture de la hanche? [Interprète ce qu'il essaie de dire, et offre une alternative basée sur des informations de rencontres précédentes / notes de journal]

P: Oui

R: Ou vouliez-vous dire que vous avez eu l'épilepsie?

P: Oui, ça aussi.

R: Ça aussi, oui.

P: Et de plus, cela n'a cessé de s'accumuler.

R: Comment avez-vous été capable de garder votre esprit?

P: [devient émotionnellement ému, prend son mouchoir et regarde le chercheur] Il n'y a rien à propos de mon esprit ça a été comme ça.

R: Ça a été comme ça. Avez-vous été dérangé avec anxiété ou été en panne pendant ce temps ?

P: Non, il n'y a pas d '"espace" pour ça.

R: Pensez-vous que la participation à ce programme a été important pour votre santé psychologique?

P: Oui, hein... [pause, pense].

R: [le chercheur s'interrompt, s'imaginant qu'il est dérangé en ne pouvant pas s'exprimer, selon à son "plaidoyer" précédent pour de l'aide]. Dans un jour ordinaire, vous sentez-vous heureux ou triste ?

P: Je ne suis pas triste [répète le dernier mot et ajoute un négation]

R: Vous n'êtes pas triste. [Validation, question, mise en miroir]

P: Non, je suis heureux [regarde et le chercheur et sourit, émotionnellement ému] (Homme, 72 ans, avec aphasie grave, entretien de suivi 1)

R: Avez-vous des suggestions sur la façon dont nous pouvons faciliter une interview pour que ce soit aussi facile que possible de parler?

P: Vous devez avoir un..., a dû avoir un... Vous avez un plan, à droite. Et c'est vous qui devez arranger un... [avancer et toucher l'interview-guide]. Je dois juste essayer... Je ne peux pas parler... [montrant lui-même], combien-deux, deux da... non, mon... non [lève les yeux à l'horloge sur le mur] heures. Je ne peux pas parler tout le temps [fait un mouvement de main entre lui et le chercheur]. Il est vous qui devez arranger un... vous devez organiser un plan [interview-guide] afin que nous puissions parler l'un avec l'autre (homme, 43, entretien de suivi 3, et 2 ans après AVC).

R: Pensez-vous que vous avez exprimé ce que vous vouliez me dire ?

P: Oui, mais j'ai peur de dire quelque chose faux [se concentre et exprime le mot par mot, lentement, suivi d'une longue pause. Réfléchi].

R: Avez-vous peur d'avoir dit quelque chose? De faux ? [Interroger, surpris]

P: Si j'ai hein .. si j'ai dit quelque chose, c'est très difficile à corriger. C'est quelque chose qui... [Pense, chercher des mots, fait une pause de 20 secondes]

R: [Le chercheur prend le tour]. Correct, sont vous pensez à des choses que vous avez dites ici [en cette interview] ? Vous utilisez le mot « mauvais ». Est-ce que généralement quand vous parlez ou quand vous décidez de ne pas



	<p>parler parce que c'est difficile à corriger ? [Plus tôt dans l'interview, il a dit qu'il a souvent choisi pour garder sa bouche fermée et préfère pointer quand des gens inconnus lui ont parlé].</p> <p>P: [il inspire profondément et recommence; mot par mot]. Avec quelque chose que je dis, ça va aller, mais alors il arrive à quelque chose, quelque chose qui... [Pause. Prend le stylo et dessine un cercle. Pauses pour 30 secondes, se bat pour trouver des mots et exprimer, jette ses bras, hausse les épaules et secoue la tête. L'ambiance est "exclusive"]. Non [abandonne les tentatives d'explications].</p> <p>R: Essayez de dire quelque chose d'une manière différente? [Suggère un sens, devine]</p> <p>P: Oui. Alors c'est difficile à dire... [longue fait une pause, réfléchit et recherche des mots]</p> <p>R: Difficile de trouver de nouvelles façons de le dire? [Deviner]</p> <p>P: Oui, j'oublie les mots et je dois [mouvement de cercle avec sa main gauche]</p> <p>R: Je pense que je comprends ce que vous voulez dire: vous luttez pour trouver d'autres moyens de dire ce que vous souhaitez, et quand vous avez enfin fini, vous avez perdu la question initiale. Est-ce exact ?</p> <p>P: Oui [acquiesce]</p> <p>Quand je deviens nerveux je ne peux pas m'exprimer et je ne peux pas exprimer les choses comme je le veux. Je pense parfois que cela devient très enfantin. Je me débrouille assez bien, vous savez, mais parfois j'aurais aimé pouvoir m'exprimer d'une manière plus compliquée, et cela peut parfois être assez difficile. (Femme, 33 ans, entretien de suivi 2)</p> <p>[Traduction libre]</p>
Présentation des résultats	<p>Il est difficile pour une personne souffrant d'aphasie de fournir des récits spontanés et ininterrompus et de poursuivre une conversation.</p> <p>Le chercheur doit souvent poser plusieurs questions pour obtenir des informations et pouvoir poursuivre les discussions. Il pose ensuite des questions plus ciblées si le patient a eu des difficultés à s'exprimer. La reformulation</p>

de paroles du chercheur a permis de vérifier la compréhension et d'ouvrir un espace de réflexion. La remémoration permet aux patients de garder le fil de leurs pensées.

Le chercheur doit être attentif aux intérêts et aux objectifs des participants sans les interrompre et éviter de perturber leur flux de la parole, mais il doit terminer l'interview avant que le participant soit épuisé. Pour générer des données de bonne qualité, la planification des pauses doit être appropriée. Les éléments importants mis en évidence au cours des interviews sont : laisser le temps au patient de s'exprimer, lui laisser un temps de parole dans la conversation, lui mettre à disposition des mots et des moyens afin qu'il puisse s'exprimer tout en incluant les pauses et le silence.

Le chercheur prend des notes, sur un journal, systématiquement après chaque rencontre, le plus tôt possible. Sa réflexion sur les prises de notes constitue une importante contribution au développement de données dans l'étude.

Les vidéos ont permis de soutenir le texte de l'interview avec des transcriptions du langage corporel, mimétisme, objets et d'autres ressources qui ont été utilisées, ce qui fournit un texte d'entrevue plus riche.

Les études de recherche reposent souvent sur une ou plusieurs rencontres entre le chercheur et les participants, ce qui rend difficile l'établissement d'une relation satisfaisante. Il est nécessaire d'être proche du patient pour obtenir le maximum d'informations. Les auteurs de l'article ont observé que des fragments d'informations provenant de plusieurs rencontres ont aidé à mieux comprendre ce qui se passe dans chaque cas. Le processus de collaboration longitudinale et la continuité de ce processus d'apprentissage itératif ont facilité la compréhension mutuelle et ainsi maximiser la qualité et la pertinence des données recueillies. L'observation des participants donne accès à une quantité importante d'informations, car le chercheur réunit des patients rencontrés dans différents endroits et à différents stades après l'AVC. Le chercheur est en interaction directe avec les participants, les membres de la famille et les professionnels de la santé qui fournissent également des renseignements. Ces connaissances améliorent la capacité du chercheur à interpréter et comprendre les expressions des participants, leur vécu et leurs préoccupations ainsi qu'à communiquer avec eux.

Les participants ont apprécié d'« avoir leur mot à dire » durant au projet de recherche, de plus leurs situations vulnérables et complexes ont été reflétées et exprimées de nombreuses façons au cours du processus de

collaboration. Il est important pour eux d'être perçus par les autres comme des adultes intelligents, même si leurs troubles du langage les désavantagent dans de nombreuses situations. Plusieurs d'entre eux ont exprimé qu'ils préfèrent ne pas parler plutôt que de prendre le risque d'être mal compris ou jugés comme simples ou puérils.

A cause du manque de flexibilité linguistique, une personne aphasique a souvent besoin de facilitateur, de soutien et d'encouragement pour exprimer dans des modes de communication autres que la parole, comme :

- Le langage corporel
- Les objets
- Les dessins
- Les images
- La communication illustrée
- Les matériaux et les équipements techniques.
- L'attention accrue de l'interviewer
- L'écoute active
- L'interprétation créative
- L'utilisation d'outils de communication adaptés aux besoins individuels
- L'écriture de mots clés
- Le soutien
- L'aide à la recherche de mots
- L'aide à garder le fil des conversations et à recentrer le sujet si nécessaire

Dans cette étude, le chercheur dispose d'une boîte à outils, dotée de moyens de communication composée de stylo, papier, horloge, calendrier et lettres de l'alphabet, chiffres, signes oui et non, échelles et illustrations graphiques.

Lors des discussions, les patients quant à eux, utilisent le langage corporel, des dessins, des symboles, des objets ou des reformulations lorsqu'ils sont bloqués.

<p><b>Discussion</b> interprétation des résultats</p>	<p>Plus les questions posées par les chercheurs sont courtes, plus les participants y répondent mieux.</p> <p>Les interviews impliquent que le chercheur a nécessairement plus de présence dans les données que ce qui est traditionnellement acceptable dans la recherche qualitative. Dans cette recherche, ceci est bénéfique et apporte une qualité et une pertinence des données dans ce groupe.</p> <p>Les données d'observations recueillies grâce à l'observation des participants ont permis au chercheur de comprendre le processus et l'acceptabilité du programme d'une façon qui n'aurait pas été possible en utilisant uniquement les idées des entrevues.</p> <p>L'observation des participants donne accès à une grande quantité d'informations car le chercheur les a rencontrés dans les hôpitaux, dans les unités de réadaptation et également à domicile. Le chercheur est donc en interaction avec les participants, les membres de la famille et les professionnels de la santé qui lui fournissent des observations et des connaissances. Ces connaissances ont amélioré la capacité du chercheur à mieux interpréter et comprendre les expressions des participants, à communiquer avec eux et à décrire ce qui se passe dans leur vie et ce qui les préoccupe.</p> <p>L'utilisation d'échelles graduées ou de visages exprimant de la tristesse ou du bonheur, peut également élargir davantage les nuances aux réponses d'un mot chez les personnes souffrant d'aphasie. Le miroir de retour des réponses peut servir de validation de l'interprétation, la répétition pour garder le focus, "contrôle de l'oreille" pour ce qui a été dit, et probablement créer un espace de réflexion.</p> <p>La nécessité d'un questionnement continu permet d'améliorer l'élaboration et la réflexion sur un sujet, défiant la norme d'un discours riche, ininterrompu et spontané.</p> <p>Dans cette étude, les capacités langagières des participants ont été sérieusement affectées au moment où elles ont été incluses, même si ces capacités ont changé et se sont améliorées au cours de l'étude. Le chercheur devait souvent poser plusieurs questions pour obtenir de l'information et poursuivre les discussions. En revanche, Ricœur a déclaré que les moyens mis en œuvre entre l'explication du patient et l'interprétation de celle-ci sont importants lors de la compréhension. Il a également exploré comment la fonction métaphorique de la langue peut ajouter des</p>
---	--

informations nouvelles et vivantes sur la réalité par sa capacité à créer des imaginations et des émotions qui peuvent jouer un rôle sémantique ("fonction de représentation").

Les longues pauses et les pannes sont fréquentes dans les dialogues avec les personnes ayant une aphasie expressive. Le temps et l'espace pour penser, trouver des mots et des moyens d'exprimer sont essentiels, dans lesquels les pauses et le silence sont des éléments primordiaux. Cette norme est essentielle et aussi problématique ; l'interprétation et l'évaluation de l'opportunité d'attendre et du moment opportun pour apporter une aide constituent un équilibre délicat pour l'interviewer. Il est difficile pour le chercheur d'évaluer quand interrompre avec des questions ou un soutien pour maintenir le dialogue et quand attendre pour voir ce qu'il se passe. Ces patients ont besoin de plus de temps et se fatiguent aussi facilement, ce qui a un impact négatif sur la production de la parole. Le temps et la hiérarchisation des sujets peuvent être difficiles dans la mesure où le chercheur doit d'une part être attentif aux intérêts et aux objectifs des participants sans interrompre et perturber le flux de la parole et, d'autre part, terminer l'interview avant que les participants soient épuisés. La manipulation appropriée des pauses est ainsi essentielle pour générer des données de bonne qualité.

Le langage ne saisit pas la réalité ou les expériences dans n'importe quelle situation, mais chez les personnes aphasiques, il existe un écart encore plus grand entre les expériences réelles et les descriptions de celles-ci. Un discours a besoin d'être interprété par rapport à la personne qui parle, à la situation, au moment et au contexte afin d'en révéler le sens. Le chercheur a un rôle important et une grande responsabilité éthique pour articuler les participants à la recherche, signifiant aussi étroitement que possible leur point de vue. Selon la norme de qualité, une description qualitative doit être précise, pertinente et ne pas inclure de jugement interprétatif, évaluer si les descriptions et les interprétations des données sont reconnaissables par ceux qui les ont dans la situation décrite est importante. La vérification des membres est souvent utilisée dans le cadre du processus de validation de la recherche qualitative, mais les personnes aphasiques pourraient avoir du mal à corriger leurs propres citations et les descriptions des chercheurs. Morse et al. ont discuté de la façon dont les contrôles pourraient même invalider le travail du chercheur en gardant le niveau d'analyse proche des données, puisque les résultats ont été synthétisés, décontextualisés et extraits des participants individuels.

	<p>Un autre critère pour maintenir la rigueur interprétative est la représentation des données qualitatives par l'utilisation de citations authentiques dans le rapport final. Les personnes aphasiques ont du mal à exprimer leurs expériences et leurs significations précisément et de la manière qu'ils veulent. Ainsi, les citations verbales peuvent donc être imprécises plutôt que denses, mais ces citations peuvent néanmoins apporter une information importante. La façon dont le chercheur présente les perspectives des participants peut faire susciter une question d'éthique. Les exigences pour l'utilisation des citations devraient inclure une considération éthique spéciale sur comment exprimer de manière optimale la signification et l'intégrité des participants afin d'éviter de présenter les personnes aphasiques comme simples ou puériles.</p> <p>Dans cette étude, les participants ont été inclus relativement tôt après leur AVC, au cours d'une phase dans laquelle ils ont lutté de manière significative pour communiquer en utilisant le langage oral et écrit. Durant cette phase-là, ils avaient peu d'expérience avec l'aphasie.</p>
Forces et limites	<p>Limites :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Difficultés à se comprendre</li> <li>- Fatigue</li> <li>- Difficultés de fournir des réponses approfondies.</li> <li>- Toutes les entrevues impliquent que le chercheur a nécessairement plus de présence dans les données que ce qui est traditionnellement accepté dans la recherche qualitative. Les données peuvent être considérées de qualité inférieure lorsque le chercheur y est trop présent. L'explication du patient et son interprétation par le chercheur peuvent être contradictoire, mais celles-ci sont bénéfiques dans le processus de génération de données de qualités et pertinentes dans ce groupe de population. Les normes idéales sont donc contestées.</li> <li>- Les proches n'ont pas été suffisamment inclus dans l'étude.</li> <li>- Les buts établis dans l'article ne sont pas repris dans les résultats.</li> </ul> <p>Forces :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- L'inclusion des verbatims des personnes aphasiques dans les résultats de la recherche est importante.</li> <li>- Toujours le même chercheur qui réalise toutes les interviews</li> </ul>

Conséquences et recommandations	<p>La confiance et la responsabilité éthique dans la production de données de hautes qualités exigent une attention particulière dans la recherche impliquant des personnes aphasiques.</p> <p>Pour de futures études : trouver une manière adaptée de récolter les données exprimées par les patients aphasiques au plus proche de leur besoin sans interprétation, pour ainsi avoir des données de qualité.</p>
Commentaires	<p>Cet article comporte certaines stratégies pour améliorer le dialogue. Il contient le ressenti de plusieurs participants aphasiques, ce qui est un avantage puisqu'ils démontrent leurs avis.</p> <p>Les participants souffrent d'aphasie modérée à sévère. La population souffrant d'aphasie sévère est rarement comprise lors d'études dû à la difficulté de recueillir des données.</p>

#### Références :

Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

## Grille de lecture critique d'un article scientifique

## Approche qualitative

Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
<b>Références complètes</b>	Bronken, B. A., & Kirkevold, M. (2013). Between the Lines: Generating Good Qualitative Data in Studies Involving Persons With Aphasia. <i>Advances in Nursing Science</i> , 36(2), 14-28. <a href="https://doi.org/10.1097/ANS.0b013e318290200a">https://doi.org/10.1097/ANS.0b013e318290200a</a> [Traduction libre]				
<b>Titre</b>	Précise-t-il clairement les concepts et la population à l'étude ?	X			La population cible est clairement citée. Elle est constituée de 25 survivants d'un AVC souffrant d'aphasie modérée à sévère. Le contexte est en hôpital, en unité de réhabilitation ou encore à domicile.
<b>Résumé</b>	Synthétise-t-il clairement les grandes lignes de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?		X		Ce n'est pas évident de comprendre clairement les titres (grandes lignes) mais avec certaines informations on peut les interpréter.
<b>Introduction</b> Problème de recherche	Le problème ou phénomène à l'étude est-il clairement formulé et placé en contexte ?			X	Il y a uniquement une phrase qui parle du problème. Le reste de l'introduction informe sur l'article et sur l'importance de ses données car il y a peu de données sur les patients atteints d'aphasie sévère.
Recension des écrits	Présente-t-elle l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème étudié ?			X	Elle n'est pas très explicite dans le texte. La plupart des recherches faites ciblent les personnes atteintes d'aphasie légère ou modérée et non sévère. Il n'y a pas



					beaucoup d'études faites avec des patients atteints d'aphasie sévère car il est plus difficile de récolter des données « pertinentes ».
Cadre théorique ou conceptuel	La base philosophique/le cadre conceptuel/le cadre théorique sont-ils définis ?	X			Il est basé sur les approches ontologiques et épistémologiques. La théorie est empirique.
Question de recherche/buts	La question de recherche/les buts sont-ils clairement formulés ?			X	Les buts sont cités mais parfois, selon la formulation on a de la peine à comprendre clairement le but. L'équipe de recherche a mis au point une intervention longitudinale complexe en soins infirmiers en ciblant les problèmes psychosociaux durant la 1 <sup>ère</sup> année suivant un AVC.
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	Le devis de recherche est-il explicité ?	X			Il est clairement cité. C'est un devis qualitatif.
	Y'a-t-il une adéquation entre le devis de recherche et le phénomène/problème à l'étude ?	X			Il est dit que les données qualitatives sont plus pertinentes pour le sujet.
Population, échantillon et contexte	La population à l'étude est-elle définie de façon précise ?	X			Elle est clairement définie dans l'article. Il s'agit de 25 survivants d'un AVC souffrant d'aphasie modérée à sévère. Le contexte dépend des patients car ils étaient soit hospitalisés, soit en unité de réhabilitation, soit à domicile.
	L'échantillon est-il décrit de façon détaillée ?			X	Il n'est pas décrit de façon détaillée, par exemple le sexe et l'âge des participants ne sont pas mentionnés.

Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
Méthode de collecte des données	Les méthodes de collecte des données sont-elles explicites (où, quand, avec qui, saturation, enregistrement, transcription) ?			X	On sait que les collectes de données se font à deux semaines, six mois et douze mois mais la présence d'un proche durant chaque rencontre et le lieu où elle se déroule ne sont pas stipulés.
Déroulement de l'étude	Le déroulement de l'étude est-il décrit clairement ?	X			Le déroulement est indiqué ainsi que certaines méthodes utilisées durant les rencontres. Premièrement, un thérapeute évalue les capacités du langage. Des entretiens qualitatifs individuels ont été réalisés. Toutes les interviews ont été filmées.
Considérations éthiques	A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?	X			L'étude a été réalisée uniquement en ayant le consentement de ses participants. Les citations ne gardent pas l'intégrité des patients et peut ainsi susciter une question d'éthique.
<b>Résultats</b> Traitement/ Analyse des données	L'analyse des données est-elle détaillée ?		X		On a du mal à retrouver clairement l'analyse des données. Aucun tableau ne les contient.
	Des moyens pour assurer la rigueur scientifique et la crédibilité des données ont-ils été utilisés ?	X			Des vidéos et un journal tenu après chaque rencontre ont été des méthodes d'analyse pour la collecte de données, en évitant l'influence du chercheur.

Présentation des résultats	Le résumé des résultats est-il compréhensible et contient-il des extraits rapportés (verbatim) ?			X	Il contient beaucoup de verbatim.
	Les thèmes ou les modèles représentent-ils de façon logique le phénomène ?			X	Le chercheur a mis en évidence la difficulté de représenter ce que le participant voulait exprimer et les différentes stratégies qu'il devait essayer.
	L'auteur a-t-il fait évaluer les données aux participants ou par des experts ?			X	Il est difficile de faire évaluer ces données aux participants aphasiques.
<b>Discussion</b> Interprétation des résultats	Les principaux résultats sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures ?	X			Il est mis en évidence qu'il existe peu d'études comprenant des résultats de patients atteints d'aphasie, mais beaucoup plus d'études concernant leurs proches ou les soignants.
	Soulève-t-on la question de la transférabilité des conclusions ?		X		L'étude ne soulève pas la question de transférabilité des conclusions.
Conséquences et recommandations	Les chercheurs présentent-ils des conséquences/recommandations pour la pratique et les recherches futures ?	X			<p>La confiance et la responsabilité éthique dans la production de données et les rapports exigent une attention particulière dans la cette production de données de haute qualité dans la recherche impliquant des personnes aphasiques.</p> <p>Pour de futures études : il est nécessaire de trouver une manière adaptée de récolter les données exprimées par les patients aphasiques au plus proche</p>

					de leur besoin sans interprétation, pour ainsi avoir des données de qualité
<b>Éléments du rapport</b>	<b>Questions</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>Peu clair</b>	<b>Commentaires</b>
<b>Questions générales</b> Présentation	L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?		X		Non, on ne voit pas clairement les structures.
Commentaires :	Cet article apporte beaucoup d'éléments sur le vécu et le ressenti des participants. Il démontre également certaines stratégies de communication possibles chez des personnes atteintes d'aphasie.  Très bon article pour tout ce qui touche directement le patient aphasique car il est bien représenté.				

Références :

Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

## Grille de résumé d'un article scientifique

## Approche qualitative

Éléments du rapport	Contenu de l'article
<b>Références complètes</b>	Bronken, B. A., Kirkevold, M., Martinsen, R., Wyller, T. B., & Kvigne, K. (2012). Psychosocial Well-Being in Persons with Aphasia Participating in a Nursing Intervention after Stroke. <i>Nursing Research and Practice</i> , 2012, 1-14. <a href="https://doi.org/10.1155/2012/568242">https://doi.org/10.1155/2012/568242</a> [Traduction libre]
<b>Introduction</b> Problème de recherche	La population atteinte d'aphasie est souvent exclue en raison des barrières communicatives, en dehors du domaine de l'orthophonie.
Recension des écrits	<p>Deux études contrôlées et randomisées ont démontré qu'un suivi systématique des survivants d'un AVC atteint d'aphasie, à l'aide des entrevues motivationnelles et avec counseling améliorait l'humeur des personnes aphasiques au cours de la première année suivant l'AVC. Ces études n'étaient pas explicitement axées sur la personne avec de l'aphasie (PWA : person with aphasia). L'étude Watkins excluait les personnes atteintes de graves problèmes de communication.</p> <p>Une méta-synthèse de 293 rapports de recherche qualitative concernant les maladies chroniques comprenait uniquement deux études sur des informateurs dont la communication verbale était altérée.</p>
Cadre théorique ou conceptuel	Le cadre théorique ou conceptuel n'est pas défini.

Question de recherche/buts	Les objectifs de cette étude étaient d'explorer comment les participants souffrant d'aphasie ont vécu l'intervention et son impact sur leur processus de rétablissement et leur bien-être psychosocial pendant et après celle-ci.
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	Devis qualitatif concernant sept participants afin d'explorer les aspects contextuels et multidimensionnels du processus de rétablissement individuel tels que les ressources d'adaptation, le réseau social, l'âge, le sexe, la culture et le sens lié aux valeurs individuelles et aux préoccupations de la vie.
Population, échantillon et contexte	<p>L'étude plus vaste comprend 25 participants, mais l'étude décrite en comprend 7, qui sont atteints d'aphasie modérée à sévère.</p> <p>Critères d'inclusion : personnes adultes âgées de 18 ans et plus ayant subi un AVC au cours des douze semaines précédentes, étant médicalement stables, ayant un fonctionnement cognitif suffisant pour participer à l'étude, intéressées à participer et parlant norvégien. Les personnes diagnostiquées aphasiques étaient généralement incluses en raison de la conception exploratoire.</p> <p>1 femme et 6 hommes atteints d'aphasie modérée à sévère ont été inclus. Ils étaient âgés entre 33 et 72 ans. Ils ont participé à l'étude quatre à douze semaines après avoir subi l'AVC.</p> <p>Avant l'intervention, un orthophoniste a dû évaluer leurs troubles du langage et décrire leur capacité à parler, à comprendre le langage, à lire et à écrire.</p>
Méthode de collecte des données	<p>Considération méthodologique et collecte de données : la triangulation a été utilisée comme outil de récolte de données car les méthodes traditionnelles telles que les entrevues ou les questionnaires ne convenaient pas, à cause de la présence de troubles du langage. Les données des entrevues peuvent être influencées par les changements dans l'utilisation syntaxique, sémantique et pragmatique du langage. Les questionnaires ne sont pas adaptés s'il y a la présence de symptômes cognitifs non linguistiques tels que l'apraxie, la négligence, les problèmes visuospatiaux, la parésie et les troubles de la vision.</p> <p>L'intervention est un processus individuel qui est axé sur le dialogue, la collaboration ainsi que sur la résolution de problèmes entre le survivant de l'AVC et l'infirmière qualifié.</p>

	<p>L'intervention comporte quatre dimensions du bien être psychosocial qui sont menacées par l'AVC :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- L'état émotionnel de base</li> <li>- Les activités significatives</li> <li>- Les relations sociales</li> <li>- L'image de soi</li> </ul> <p>Chaque rencontre se basait sur des feuilles de travail élaborées sur des sujets décrits comme difficiles dans la littérature sur l'AVC. Les principes de la méthode « conversations assistées pour adultes atteints d'aphasie » ont été utilisés, afin de faciliter les conversations.</p> <p>L'intervention consistait sur huit rencontres d'une heure chacune qui ont lieu durant les six premiers mois suivant l'AVC. Les chercheurs ont dû prolonger le temps de l'intervention pour pouvoir terminer le programme car les participants avaient besoin de plus de temps. Pour cause les trajectoires différaient et les complications médicales nécessitaient des ajustements. De 9.5 à 14.5 mois, dix à seize rencontres de quarante minutes à deux heures ont été réalisées dans chaque cas. Les rencontres se sont déroulées selon l'endroit où se trouvait les participants selon leur trajectoire, y compris l'hôpital, le domicile ou les unités de réadaptation. L'auto détermination guidée a été employée afin d'aider les participants à développer de nouvelles compétences de vie pour faire face aux conséquences psychosociales de l'AVC.</p>
Déroulement de l'étude	<p>Les chercheurs se sont servis de l'observation des participants durant l'intervention pour obtenir le point de vue d'un initié sur le processus. Il y a eu au total 89 rencontres individuelles entre chacun des participants et la même infirmière d'intervention. L'infirmière a pris des notes systématiques après chaque séance. Celles-ci contenaient des dialogues, les activités et les interactions, l'utilisation des feuilles de travail et des ressources de communication, le contexte, la durée et ses réflexions.</p> <p>L'infirmière recueille les valeurs, les intérêts et les objectifs personnels du patient afin de pouvoir collaborer ensemble et le soutenir dans son processus d'adaptation. Ils clarifient alors ses objectifs, ses opportunités et la compréhension des nouvelles expériences qu'il vit. Elle parvient à mobiliser les ressources disponibles du patient, en</p>

	<p>l'invitant à raconter ses expériences corporelles et ses changements. De plus, elle l'aide à aborder la maladie et la vie d'une manière plus appréciable et l'encourage à développer de nouvelles compétences.</p> <p>Chaque patient a participé à trois entretiens de suivi individuel à deux semaines, six et douze mois après la fin de l'intervention. Les entrevues ont été enregistrées sur vidéo afin de capter les expressions verbales limitées avec les données non verbales. La première entrevue se focalise sur les expériences de participation au programme d'intervention et sur l'impact perçu sur le bien-être psychosocial. La 2<sup>ème</sup> et la 3<sup>ème</sup> entrevue sont basées sur les mêmes thèmes et sujets pertinents qui avaient été discutés au cours des entrevues précédentes. Le principal lieu du déroulement des entretiens est le domicile des participants, mais certains d'entre eux se sont déroulés dans une salle de conférence à l'hôpital et dans l'unité de réadaptation.</p> <p>Instruments cliniques : les chercheurs ont utilisé quatre instruments cliniques normalisés qui abordent différents aspects du bien-être psychosocial :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- SAQOL-39 : échelle de qualité de vie spécifique à la maladie et mesure l'impact de l'AVC dans les domaines physique, psychosocial, communication et l'énergie.</li> <li>- Échelle de Cantril : satisfaction de vivre</li> <li>- Échelle des visages : mesure l'expérience affective du bonheur et de la tristesse</li> <li>- HSCL-8 (Hopkins symptom check list) mesure les symptômes de dépression et d'anxiété</li> </ul> <p>Les instruments utilisés ont été jugés adaptés pour le PWA par l'utilisation de visuels et de textes simples et ajustés. Ces instruments ont été utilisés sur 3 temps :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- T1 : avant l'intervention</li> <li>- T2 : deux semaines après l'intervention</li> <li>- T3 : un an après l'intervention</li> </ul>
Considérations éthiques	<p>Avant le début de l'étude, un orthophoniste ainsi qu'une infirmière spécialement formée à l'extérieur du groupe de recherche ont obtenu le consentement éclairé et écrit des participants. L'information orale et écrite ont été communiquées à l'aide d'un langage adapté et de ressources de communications illustrées. Concernant les</p>



	<p>enregistrements vidéo, un consentement éclairé écrit a également été obtenu avant les entrevues de suivi après l'intervention.</p> <p>Le comité régional pour l'éthique de la recherche médicale et de la santé ainsi que les services norvégiens de données en sciences sociales ont approuvé le projet.</p> <p>L'autonomie, l'autodétermination, le respect ainsi que la sensibilisation éthique ont été mis en évidence à toutes les étapes du processus de recherche, compte tenu de la relation asymétrique entre les participants et l'infirmière d'intervention en ce qui concerne les connaissances, le langage et à l'état de santé.</p> <p>Durant l'intervention, les soins cliniques et la sécurité des participants sont prioritaires par rapport aux objectifs de recherches. Il n'y a donc pas de conflit entre les buts thérapeutiques et les objectifs de la recherche. De petits échantillons pourraient compromettre la confidentialité, c'est pourquoi les chercheurs ont modifié les descriptions qui pourraient identifier les participants.</p>
	<p>Les données qualitatives ont été analysées selon l'approche herméneutique-phénoménologique inspirée de Ricoeur et Kvale. Cette approche cherche à comprendre le sens des expériences vécues à travers l'interprétation du texte. Le texte comprend des transcriptions textuelles d'après les entrevues, des expressions écrites sur les feuilles de travail, des dessins, des images et des pictogrammes. Selon Ricoeur, le processus métaphorique joue un rôle sémantique et apporte de la valeur au sens du texte par sa capacité à stimuler l'imagination et l'émotion. Dans cette étude, l'utilisation de la pensée métaphorique a soutenu l'interprétation des chercheurs ainsi que leur compréhension tout au long du processus analytique, en particulier lorsque les participants utilisent des syllabes simples, peu de mots, des dessins, des œuvres d'art, une communication non verbale ou des mots échangés.</p> <p>Le processus analytique comprend trois phases :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lecture naïve : lecture de l'ensemble du texte de chaque participant afin de donner une pression d'ensemble</li> <li>- Analyse structurelle : chaque cas a été exploré en profondeur et chaque source de données a été analysée séparément</li> <li>- Compréhension globale</li> </ul>

	<p>Les vidéos ont été visionnées et transcrites textuellement. Celles-ci ont été lues séparément et plusieurs fois avec les enregistrements vidéo afin de confirmer la signification du texte. La vidéo a également complété le texte par les expressions non verbales qui sont importantes pour enrichir le texte de l'interview. Les éléments signifiants liés aux objectifs de l'étude ont été identifiés et structurés en thèmes.</p> <p>Les notes du journal de toutes les rencontres de l'infirmière ont été explorées en profondeur dans le but d'élargir le sens des thèmes qui ont émergé des entrevues.</p> <p>Les données obtenues à l'aide des instruments cliniques normalisés ont été organisées avec un logiciel informatique afin de créer des graphiques à partir de tous les instruments dans le but d'explorer les changements dans les énoncés des participants au fil du temps. Les chercheurs ont ajouté des valeurs numériques pour créer des illustrations graphiques avec les échelles visuelles sans étiquettes verbales. Un résumé a été réalisé pour chaque cas à l'aide des déclarations interprétées par rapport aux analyses de données qualitatives. Toutes les données des entrevues, des notes de journal ainsi que les instruments se complètent mutuellement. Les chercheurs ont comparé les similitudes et les différences ainsi que les tendances entre les cas par rapport au but de l'étude. Les désaccords des quatre auteurs ont donné lieu à une analyse plus poussée, qui a été complétée lorsque les constatations ont été redéfinies ou confirmées.</p>
Présentation des résultats	<p>Un partenariat durable entre les participants et l'infirmière a permis de co-construire et d'encadrer progressivement leurs histoires, qui ont pu être partagées, développées et discutées au fil du temps. Les sujets présentés sur la feuille de travail ont été vécus comme des points de départ utiles pour les conversations et les histoires subséquentes. Les histoires ont été progressivement construites à travers un processus interactif de conversation à l'aide d'écriture, en utilisant des expressions non verbales, des dessins et des ressources de communication pendant l'intervention. Les histoires ont été écrites après chaque rencontre et suivies lors de rencontres ultérieures selon les demandes et les besoins individuels du participant. Le contenu des histoires varie considérablement et reflète la situation, les besoins ainsi que les objectifs de chaque participant. L'individualisation et la flexibilité ont été mentionnées comme des éléments importants de l'intervention par les participants. Ils ont apprécié le fait de pouvoir s'exprimer sur les</p>

personnes qu'ils étaient avant d'être frappé par l'AVC et leur difficulté à s'adapter à leurs rôles compromis en tant que partenaire, père, grand-père, ami et travailleur.

La métaphore de « la grande épreuve de la force » a été appliquée tout au long de l'intervention et a été vécue comme une représentation figurative significative du processus de rétablissement et un outil bénéfique à utiliser pour communiquer sur les hauts et les bas de la récupération, l'énergie, l'endurance, le défi physique de négocier des environnements difficiles, de répondre aux besoins et d'effectuer des mouvements.

Le temps de parole et l'attention accordée aux conséquences psychosociales de l'AVC ainsi qu'à l'aphasie ont été soulignés par les participants comme étant importants car la plupart d'entre eux n'ont pas d'interlocuteurs dans leur environnement naturel, étant capables de comprendre leur situation et leur état.

Plusieurs des participants ont mentionné avoir des difficultés à amorcer une conversation, à ne pas savoir de quoi parler ou comment s'exprimer.

Plusieurs des participants ont exprimé qu'ils sont embarrassés au sujet de leur handicap linguistique à l'extérieur des interventions car ils ont peur d'être considérés comme incompetents, ivres ou puérils.

Les rencontres au cours de l'intervention ont été vécues comme un lieu sécuritaire pour les participants afin de communiquer des expériences liées à la maladie et à la vie quotidienne. La confiance, la reconnaissance, le respect et la connaissance ont été décrits comme des éléments importants lors du processus de collaboration.

Tous les participants ont exprimé l'importance d'avoir une personne disponible pour les aider à exprimer leurs pensées et sentiments ainsi qu'à communiquer à leur sujet. Participer à l'intervention les a aidés à gérer les tensions affectives et cognitives en communiquant avec un professionnel. Même celui avec le handicap expressif le plus sévère a répondu que le fait de s'exprimer est ce qu'il a le plus apprécié durant l'intervention.

Les participants ont apprécié que leurs réactions soient reconnues comme « normales » en communiquant sur ces sujets au cours des rencontres, ce qui leur a donné un peu de confiance et d'ordre dans une situation autrement confuse. Ils se sentent compris en ce qui concerne leur langage compromis et leur situation de survivant d'un AVC aphasique.

Les participants ont vu des difficultés durables et l'incertitude quant à la durée et aux résultats de la réadaptation qui ont menacé la confiance et les perspectives d'avenir.

Malgré leur aphasie, les participants ont éprouvé le sentiment de parler.

L'apport des connaissances (acquérir ou informations sur leurs droits...) lors des séances est un aspect important pour chacun des participants, pour faire face à la situation. Les limites liées à l'élocution, à la lecture et à l'écriture sont difficiles pour les participants pour obtenir des informations dans le système de santé par eux-mêmes.

Les participants ont perçu l'intervention comme un complément important aux autres services reçus.

À la fin de l'intervention tous les participants sauf un ont décrit leur situation de vie positivement. Le seul participant ne décrivant pas sa situation positive a subi une attaque effrayante d'épilepsie. La détresse psychologique et l'anxiété ont été réactivées et la lutte contre les effets secondaires des médicaments a affecté toute sa situation de vie.

À partir du T1 jusqu'au suivi, les déclarations autoévaluées des participants sur les instruments varient. Le score total mesuré par SAQOL-39 s'est amélioré chez six des participants et diminué chez un des participants. Ce participant a dû être hospitalisé avec une suspicion d'un nouvel AVC ce qui a retardé son rétablissement. La fatigue et le manque d'énergie expliquent la plupart des changements dans ce sujet, ce qui a peut-être influencé les autres scores.

Lors du T1, tous les participants exceptés un, étaient hospitalisés à l'hôpital ou dans une unité de réadaptation, donc dans un milieu sécuritaire où ils ont accès à des professionnels. À ce moment-là, ils sont tous optimistes sauf un participant qui a vécu un profond chagrin dû à la perte d'un ami proche.

Une ou plusieurs complications médicales ont eu un impact négatif sur le processus de rétablissement. Deux participants ont subi des crises d'épilepsie, trois participants ont été hospitalisés suite à des symptômes d'un nouvel AVC et un participant a subi une fracture de la hanche suite à une chute. Des événements difficiles de la vie familiale ou professionnelle sont survenus dans trois cas.

	<p>Les informations obtenues par diverses sources de données se complètent et donnent une image nuancée des expériences des participants sur leur processus de rétablissement et leur bien-être psychosocial subjectif pendant et après l'intervention.</p>
<p><b>Discussion</b></p> <p>Interprétation des résultats</p>	<p>Il n'y a pas d'autres études comprenant des interventions similaires en soins infirmiers psychosociaux adaptés aux survivants d'un AVC atteint d'aphasie selon les chercheurs. L'intervention a été vécue par les participants comme une importante source de soutien pendant le processus d'adaptation. Cela a favorisé leur sentiment de bien-être psychosocial en facilitant leur expression lorsqu'ils ont parlé d'eux-mêmes et de leurs expériences dans une nouvelle situation de vie. Elle a également fourni une aide psychologique en termes de soutien affectif, cognitif et motivationnel durant le parcours exigeant et difficile du rétablissement. L'apport d'information a également été relevé comme un aspect important de la participation au programme d'intervention. Ces éléments sont documentés comme des éléments clés d'un processus de rétablissement réussi dans d'autres études.</p> <p>L'intervention a été conçue afin de permettre aux participants d'améliorer leur expérience afin de parler et de partager leurs histoires. La narration des récits est généralement considérée comme essentielle à la compréhension de soi ainsi qu'à la création de sens. L'acte de raconter et de partager des histoires sur les expériences vécues avec la maladie est généralement reconnu et considéré comme une partie importante du processus de rétablissement après l'AVC. Les personnes souffrant d'aphasie suite à un AVC ont besoin de soutien pour raconter leurs histoires, être écoutées et interagir socialement malgré les options limitées de l'expression.</p> <p>La méthode conversation assistée pour adultes atteints d'aphasie met en évidence la responsabilité et les compétences du partenaire de conversation non aphasique pour faciliter les conversations avec les personnes atteintes d'aphasie.</p> <p>La formation des partenaires est efficace pour améliorer les activités de communication et la participation lorsque les personnes atteintes d'aphasie interagissent avec des partenaires de communication formés. Il est important que les infirmières puissent communiquer des informations sur l'aphasie et son évolution au patient ainsi qu'à sa famille.</p> <p>L'échange de connaissances personnelles et professionnelles basé sur les expériences de vie réelles contextualisées des participants a constitué la base du partenariat de collaboration active entre l'infirmière</p>

	<p>d'intervention et les participants. D'après les fondements théoriques de cette intervention, la compétence professionnelle (infirmière) et la compétence personnelle (participant) sont considérées comme différentes, mais tout aussi importantes et sont complémentaires par les connaissances échangées durant le dialogue et la participation active mutuelle.</p> <p>Les changements dans les scores de la SAQOL-39 tendent à demeurer les mêmes entre T2 et T3, mais il y a eu une légère diminution pour certains items. Cela peut être associé à l'absence de séances d'intervention pendant cette période car plusieurs des participants n'avaient plus de partenaires de conversation. La réduction des niveaux d'énergie pour maintenir les liens sociaux a conduit à l'isolement social. Le soutien social et l'interaction sociale avec les autres sont reconnus comme essentiels à la perception sensorielle, à l'image de soi et à l'adaptation identitaire, qui sont menacés dans la PWA. Le soutien social a été identifié comme un facteur critique dans la réussite de la vie avec l'aphasie. Il a également été signalé des associations entre le manque de soutien social et la détresse psychologique dans la PWA.</p> <p>La triangulation des données provenant de plusieurs sources dans cette étude a permis aux chercheurs de comprendre le sens des expressions recueillis grâce à l'observation des patients, les entrevues et les instruments cliniques. La participation au programme d'intervention a été exprimée par les participants comme une contribution importante à leur bien-être psychosocial au cours de la première année suivant l'AVC.</p>
Forces et limites	<p>Forces :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Collecte de données pendant l'intervention ainsi que pendant les trois temps-séances de suivi</li> <li>- La triangulation des données et les méthodes désignées</li> <li>- Constatations tirées des notes de journal, des entrevues et des instruments cliniques normalisés ont fourni une quantité importante de données provenant d'un groupe dont la production de parole était réduite.</li> <li>- Toujours la même infirmière lors des rencontres et des entrevues (maximiser l'infos, confiance, conception longitudinale)</li> <li>- Enregistrements vidéo</li> <li>- Résultats comparables à d'autres études</li> </ul>

	<p>Limites :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pas toujours en mesure de s'exprimer comme ils le souhaitent</li> <li>- Une seule femme comme participante</li> <li>- Petit groupe donc pas de généralisation</li> <li>- Les proches ne sont pas inclus dans cette intervention</li> </ul>
Conséquences et recommandations	<p>Les thérapies reçues par d'autres professionnels de la santé sont importantes. Des recherches plus approfondies sont nécessaires pour explorer l'interaction entre les différents services.</p> <p>Tester cette intervention sur un contexte plus large.</p>
Commentaires	<p>La méthode utilisée par les chercheurs est concluante et les participants ont pu s'exprimer sur celle-ci. Les chercheurs se sont vraiment adaptés aux participants ce qui a également permis de récolter un maximum d'informations. L'utilisation d'échelles est intéressante.</p>

Références :

Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

## Grille de lecture critique d'un article scientifique

## Approche qualitative

Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
<b>Références complètes</b>	Bronken, B. A., Kirkevold, M., Martinsen, R., Wyller, T. B., & Kvigne, K. (2012). Psychosocial Well-Being in Persons with Aphasia Participating in a Nursing Intervention after Stroke. <i>Nursing Research and Practice</i> , 2012, 1-14. <a href="https://doi.org/10.1155/2012/568242">https://doi.org/10.1155/2012/568242</a> [Traduction libre]				
<b>Titre</b>	Précise-t-il clairement les concepts et la population à l'étude ?	X			La population est clairement définie dans le titre. La population concerne les personnes atteintes d'aphasie après un AVC ainsi que des interventions infirmières.
<b>Résumé</b>	Synthétise-t-il clairement les grandes lignes de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?		X		Le résultat ainsi que la discussion ne sont pas mentionnés dans le résumé.
<b>Introduction</b> Problème de recherche	Le problème ou phénomène à l'étude est-il clairement formulé et placé en contexte ?		X		On ne connaît pas le lieu exact du contexte où l'étude est menée. La population atteinte d'aphasie est souvent exclue des études en raison des barrières communicatives, en dehors du domaine de l'orthophonie.
Recension des écrits	Présente-t-elle l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème étudié ?	X			Il est clairement mentionné qu'il y a très peu d'études menées sur les interventions infirmières et les personnes atteintes d'aphasie.



Cadre théorique ou conceptuel	La base philosophique/le cadre conceptuel/le cadre théorique sont-ils définis ?		X		Le cadre théorique ou conceptuel n'est pas défini.
Question de recherche/buts	La question de recherche/les buts sont-ils clairement formulés ?	X			À la fin de l'introduction, les objectifs de l'étude sont clairement cités. Cette étude permet d'explorer comment les participants souffrant d'aphasie ont vécu la participation à l'intervention et son impact sur leur processus de rétablissement et leur bien-être psychosocial pendant et après l'intervention.
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	Le devis de recherche est-il explicite ?	X			Oui, il est clairement nommé. Il s'agit d'un devis qualitatif.
	Y'a-t-il une adéquation entre le devis de recherche et le phénomène/problème à l'étude ?	X			La qualité des données recueillis des personnes aphasiques est pertinente car il n'y a pas beaucoup de recherches du fait des barrières communicatives.
Population, échantillon et contexte	La population à l'étude est-elle définie de façon précise ?	X			Oui, ils ont pris 7 (1 femme et 6 hommes) participants sur 25 ayant subis un AVC au cours des douze semaines précédentes et doit être âgée de plus de 18 ans.
	L'échantillon est-il décrit de façon détaillée ?	X			Il est clairement indiqué à partir de combien de temps suite l'AVC ils ont pu adhérer à l'étude ainsi que le sexe et leur âge.

Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
Méthode de collecte des données	Les méthodes de collecte des données sont-elles explicites (où, quand, avec qui, saturation, enregistrement, transcription) ?	X			Tout est détaillé, le lieu, comment ils procèdent, le nombre d'entretien nécessaire. Au total trois entretiens de suivi individuel à deux semaines, six et douze mois de l'intervention. Tout est enregistré par vidéo. Toutes les interventions ont été faites avec la même infirmière. Celle-ci a pris des notes après chaque rencontre.
Déroulement de l'étude	Le déroulement de l'étude est-il décrit clairement ?	X			Les différentes phases sont précises. Introduction, matériels et méthodes, les expériences des participants de participer à l'intervention et son impact perçu sur leur processus de rétablissement. Les participants ont exprimé la perception de leur bien-être psychosocial et de leur vie avant, pendant et après l'intervention, discussion, conclusion, conflits d'intérêt et les références sont présents.
Considérations éthiques	A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?	X			Oui, ils ont même fait passer les besoins cliniques avant ceux de l'étude.
Résultats	L'analyse des données est-elle détaillée ?	X			Oui, sous les sous-titres, les expériences des participants à l'intervention et son impact perçu sur leur processus de rétablissement. Les participants ont exprimé la perception de leur bien-être psychosocial et

Traitement/ Analyse des données					de leur vie situation avant, pendant et après l'intervention.
	Des moyens pour assurer la rigueur scientifique et la crédibilité des données ont-ils été utilisés ?			X	Il n'y a pas de moyen nommé concernant la crédibilité sauf les enregistrements vidéo.
Présentation des résultats	Le résumé des résultats est-il compréhensible et contient-il des extraits rapportés (verbatim) ?	X			Le résumé est clair et court. Il y a des verbatims pertinents tout au long des résultats.
	Les thèmes ou les modèles représentent-ils de façon logique le phénomène ?	X			Les thèmes ont été séparés en deux sections principales contenant des sous chapitres.
	L'auteur a-t-il fait évaluer les données aux participants ou par des experts ?		X		L'évaluation des données par des experts ou par les participants eux-mêmes n'est pas mentionnée dans les résultats.
<b>Discussion</b>  Interprétation des résultats	Les principaux résultats sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures ?	X			D'après les chercheurs, il n'y a pas d'interventions similaires en soins infirmiers.
	Soulève-t-on la question de la transférabilité des conclusions ?	X			L'échange de connaissances et d'informations sont également été soulignées comme des aspects importants de la participation au programme d'intervention.

Conséquences et recommandations	Les chercheurs présentent-ils des conséquences/recommandations pour la pratique et les recherches futures ?	X			Les thérapies reçues par d'autres professionnels de la santé sont importantes. Des recherches plus approfondies sont nécessaires pour explorer l'interaction entre les différents services, d'après les chercheurs. Ils recommandent également de tester cette intervention sur un contexte plus large.
<b>Éléments du rapport</b>	<b>Questions</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>Peu clair</b>	<b>Commentaires</b>
<b>Questions générales</b> Présentation	L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			Oui, tout est bien délimité et l'article est bien compréhensible et pertinent.
Commentaires :	La structure de cet article est claire dans son ensemble et contient également l'avis des patients par des citations.				

Références :

Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

### Grille de résumé d'un article scientifique

#### Approche qualitative

Éléments du rapport	Contenu de l'article
<b>Références complètes</b>	Morris, M. A., Clayman, M. L., Peters, K. J., Leppin, A. L., & LeBlanc, A. (2015). Patient-centered communication strategies for patients with aphasia: Discrepancies between what patients want and what physicians do. <i>Disability and Health Journal</i> , 8(2), 208-215. <a href="https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2014.09.007">https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2014.09.007</a> [Traduction libre]
<b>Introduction</b>  Problème de recherche	<p>La communication centrée sur le patient est un modèle recommandé pour engager les patients dans toutes conversations axées sur les soins de santé en obtenant leur point de vue, en comprenant leurs contextes psychosociaux, en s'assurant qu'ils comprennent leurs problèmes médicaux ainsi que les options de traitements, tout en les impliquant dans le processus décisionnel.</p> <p>Pour arriver à une communication centrée sur le patient, les médecins sont encouragés à utiliser des stratégies et des comportements de communication, telles qu'être réceptif aux questions des patients et leur fournir des éclaircissements au besoin, se pencher en avant et diriger le langage corporel vers le patient, et parler de manière simple pour favoriser la compréhension.</p> <p>En général, de nombreuses personnes atteintes d'aphasie ont besoin de temps supplémentaire pour communiquer et tirer profit de la communication avec l'aide des partenaires et en utilisant des stratégies de communication telles que les gestes ainsi que de parler avec des phrases courtes. Les stratégies de communication peuvent améliorer la participation d'un patient dans une conversation en aidant potentiellement le personnel soignant à l'engagement des patients atteints d'aphasie dans des soins centrés sur le patient.</p>

Recension des écrits	Les chercheurs ont référencé plusieurs recherches qui ont démontrées que la communication est problématique entre les personnes aphasiques et les soignants.
Cadre théorique ou conceptuel	Patient centered care -> soins centrés sur le patient
Question de recherche/buts	Le but de cette recherche est de définir la préférence des patients et des médecins quant aux stratégies de communication centrées sur le patient puis d'évaluer l'utilisation des stratégies identifiées au cours des rencontres cliniques observées.
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	C'est une étude à méthodes qualitatives multiples.
Population, échantillon et contexte	<p>Les chercheurs ont distribué des dépliants à environ 35 groupes de soutien aux victimes d'un AVC. Les groupes de soutien comprennent des survivants de l'AVC ainsi que leur compagnon.</p> <p>Les participants admissibles doivent avoir reçu un diagnostic d'aphasie depuis au moins un an et avoir eu deux ou plus de rencontres médicales ambulatoires programmées dans un délai de six mois.</p> <p>Les chercheurs ont exprimé une préférence pour un spécialiste et une visite de soins primaires par patient mais cela n'a pas été un critère d'exclusion à l'étude. Il n'y a pas de restriction quant au type ou à la gravité de l'aphasie mais les patients n'ayant plus leur capacité de discernement ou leur responsabilité légale ou qui ne pouvaient plus donner leur consentement ont été exclus. Ils n'ont pas évalué de manière formelle la sévérité ou le type d'aphasie mais ont créé trois groupes à partir de niveau d'expression verbale du patient.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Patient niveau 1 : ne peut parler qu'en un ou deux mots</li> <li>- Patient niveau 2 : peut parler en phrases courtes et en expressions courtes</li> <li>- Patient niveau 3 : peut produire des phrases multiples à un moment de la conversation</li> </ul>

	<p>Deux membres de la recherche dont un orthophoniste agréé ont passé en revue l'équipe d'orthophonie, les vidéos et ont regroupé les patients de façon indépendante dans ces trois catégories. L'accord sur l'affectation des patients aux catégories est de 100%.</p> <p>Les chercheurs ont limité le nombre d'inscriptions des patients qui ont généralement amené un compagnon car lors de la recherche qualitative antérieure, les patients avaient relevé le rôle des compagnons comme stratégie de communication. Les chercheurs ont inclus tous les types de compagnons et les relations interpersonnelles.</p> <p>Treize patients et quatorze compagnons ont été enregistrés lors des deux rencontres cliniques. Douze patients ont effectué deux rencontres cliniques et un seul patient n'en a effectué qu'une seule. Cela donne un total de 25 rencontres cliniques enregistrées sur vidéo.</p>
Méthode de collecte des données	<p>Les données recueillies par les experts comprennent des rencontres cliniques enregistrées sur vidéo, des entrevues post-rencontres avec le patient ainsi que leur compagnon et des questionnaires à l'intention des médecins après la rencontre.</p> <p>Les chercheurs ont utilisé une approche séquentielle pour l'analyse des données, en débutant l'analyse des données d'entrevues et du questionnaire. Des thèmes identifiés ont servi à éclairer l'analyse du contenu de l'enregistrement vidéo lors des rencontres cliniques.</p>
Déroulement de l'étude	<p>Avant chaque rencontre, un membre de l'équipe de recherche a préparé la salle avec la caméra. Lors de l'entretien, le médecin, le compagnon ou même le patient peut arrêter ou couvrir la caméra.</p> <p>Toutes les entrevues ont eu lieu à un endroit pratique pour le patient et son compagnon. Après chaque rencontre, les chercheurs ont engagé des patients et leurs compagnons dans des entrevues d'élicitation vidéo. La durée est d'environ une heure. Durant l'interview vidéo, un interviewer utilise l'enregistrement vidéo de la rencontre clinique des participants pour faciliter la conversation. Les chercheurs ont voulu explorer les perceptions des patients et des compagnons de communication pendant la rencontre clinique et ont choisi cette méthode pour plusieurs raisons :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Le fait de regarder l'enregistrement vidéo a diminué l'effet de biais de rappel et a permis aux participants de montrer des exemples précis dans la rencontre qui illustrent leurs perceptions.</li> </ul>

- La vidéo a servi d'aide visuelle pour faciliter la génération de la langue pour le patient atteint d'aphasie.

L'interviewer, le patient et le compagnon ont visionné ensemble la vidéo de la rencontre clinique, en s'arrêtant périodiquement pour discuter des perceptions de la qualité de la communication au cours de chaque segment vidéo. Les chercheurs ont demandé au patient et à son compagnon de commenter ce qui s'est bien passé et ce qui ne s'est pas bien passé pendant le segment et comment la communication pourrait être améliorée. Toutes les entrevues ont été menées par un orthophoniste formé à la communication de soutien et aux méthodes pour engager les patients atteints d'aphasie dans les conversations, et / ou un assistant formé ayant une vaste expérience de travail avec des patients handicapés. Les stratégies spécifiques que les chercheurs ont utilisées pour confirmer leur compréhension de la communication des patients incluent : répéter ce qu'ils comprennent par rapport à ce que le patient a communiqué, écrire des mots clés, engager le compagnon comme « interprète » et utiliser des captures d'écran de la vidéo enregistrement comme aide visuelle pour la vérification. Toutes les interviews ont été enregistrées sur vidéo et retranscrites textuellement pour les analyser par la suite.

Les médecins ont dû remplir un court questionnaire après la rencontre et remettre celui-ci aux chercheurs. Le questionnaire est composé de questions ouvertes et fermées sur les données démographiques et les impressions des médecins concernant l'interaction de communication avec le participant à l'étude et la communication en général avec les patients aphasiques.

Les chercheurs ont commencé par mener une analyse thématique inductive des entrevues vidéos. Deux des chercheurs qui ont mené les entrevues, ont lu de façon indépendante toutes les transcriptions. Tous les chercheurs se sont ensuite rencontrés pour discuter des impressions générales et d'un schéma de codage possible avec des définitions de code et des directives d'application. Grâce à un processus itératif, tous les chercheurs ont indépendamment codé plusieurs transcriptions à la fois, en adaptant et en ajoutant au codage si nécessaire, et en réconciliant les divergences par consensus jusqu'à ce qu'un ensemble final de codes soit convenu et appliqué à toutes les transcriptions. Les chercheurs ont ensuite entré les transcriptions codées dans NVivo. Dans l'analyse des transcriptions codées, trois thèmes de stratégie de communication centré sur le patient ont émergé :

- Stratégies appréciées par les patients et les compagnons



	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Stratégies utilisées par les patients et les compagnons</li> <li>- Stratégies utilisées par les patients et les compagnons en dehors de la rencontre clinique</li> </ul> <p>Ensuite, les chercheurs ont fait une analyse descriptive des réponses au questionnaire des médecins. Les médecins ont énuméré les stratégies de communication qu'ils ont utilisées ou pourraient utiliser avec les patients aphasiques dans deux des questions ouvertes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- « Citez trois choses qui vous ont permis, ainsi qu'au patient aphasique, de communiquer efficacement pendant le rendez-vous ».</li> <li>- « Pensez-vous pouvoir agir comme médecin pour faciliter la communication avec les patients aphasiques ? »</li> </ul> <p>[Traduction libre]</p> <p>Les chercheurs ont utilisé les réponses pour dresser une liste de stratégies de communication identifiées par les médecins.</p> <p>Durant les entrevues avec les patients et les accompagnateurs ainsi qu'en utilisant les questionnaires des médecins, tous les participants ont discuté et énuméré les stratégies de communication que les médecins pouvaient ou devraient utiliser. En utilisant les stratégies rapportées, les chercheurs ont ensuite mené une analyse de contenu et codé les stratégies de communication utilisées par les médecins lors des rencontres cliniques enregistrées. Deux des membres de l'équipe de recherche ont codé indépendamment 20% des vidéos, puis ont calculé les pourcentages d'accord de fidélité inter-juges.</p>
<p>Considérations éthiques</p>	<p>Cette étude a été approuvée par l'Institutional Review Board of Northwestern de l'université de Chicago aux USA.</p> <p>Les patients et leurs compagnons intéressés par l'étude ont reçu par courrier ou par mail leur formulaire de consentement. Les documents ont été signés lors de la première rencontre.</p> <p>Les chercheurs ont demandé l'autorisation de filmer les rencontres avec les médecins directement aux médecins.</p>

<p><b>Résultats</b></p> <p>Traitement/ Analyse des données</p>	<p>Tous les patients et les compagnons ont rempli et retourner les questionnaires (n = 25) et 21 médecins (84%) ont retourné le questionnaire. 34% des médecins ont décliné leur participation comme pour raison : d'être mal à l'aise avec l'enregistrement vidéo de la rencontre et de ne pas avoir le temps de participer. La plupart des participants ont rapporté une expérience positive de communication avec leurs médecins et, lorsque les chercheurs leur ont demandé, ils ont hautement apprécié le style de communication de leurs médecins. Les trois principaux thèmes de l'analyse sont les stratégies de communication des patients et des compagnons observés et appréciés, les stratégies qu'ils n'observaient pas, mais que les médecins voulaient utiliser et les stratégies habituellement utilisées en dehors de la rencontre clinique. L'échantillon de l'étude est petit et les chercheurs n'ont donc pas pu évaluer les différences en fonction des données démographiques du patient, du compagnon ou du médecin. Les stratégies discutées sont cohérentes chez les participants à travers les rencontres et entre les participants. Aucun participant ne souhaite un comportement qu'un autre croyait inapproprié ou n'appréciait pas.</p>
<p>Présentation des résultats</p>	<p>Stratégies de communication observées et appréciées</p> <p>Lors de l'examen des vidéos, les patients et les compagnons ont souligné que plusieurs comportements de communication avec les médecins favorisent une communication efficace. Les participants ont apprécié lorsque le médecin a adressé des commentaires et des questions directement au patient en se tournant pour parler avec le compagnon seulement en cas de besoin. Comme l'a déclaré un compagnon en visionnant l'enregistrement : « Il [médecin] lui parle directement [patient] et avec respect. Il est [patient] respecté et apprécié et je pense qu'il se sent affirmé » (compagnon du patient 12). De plus, les patients ont apprécié les médecins parlant lentement et utilisant un langage qu'ils peuvent comprendre. Un collègue a noté dans un enregistrement vidéo : « Je pense qu'il [le médecin] a posé des questions assez lentement et assez clairement pour que je [le patient] réponde » (compagnon du patient 12). Les patients et les compagnons ont vu favorablement des cas où les médecins ont donné plus de temps au patient pour répondre à des questions ou faire des déclarations. Une collègue a déclaré dans sa description du médecin : « Je pense que le médecin fait un excellent travail en lui parlant [patient] et en ayant la patience d'écouter. Il [le médecin] ne l'expulse jamais [patient]. [.] il passe toujours [.] du temps adéquat » (compagnon du patient 5). Plusieurs patients et compagnons ont également apprécié le fait que les médecins maintiennent un contact visuel et utilisent le langage corporel qui indiquent qu'ils sont présents et intéressés par ce que le patient communique.</p>

Lorsqu'on lui a demandé de décrire ce qu'il apprécie au sujet du style de communication de son médecin, un patient a fourni la description suivante du contact visuel du médecin pendant que le patient parle : " Patient : il [le patient passe la main sur son visage] parle tout le temps [le patient passe la main sur son visage et pointe le visage du médecin sur l'écran de l'ordinateur] Son visage.

Compagnon : Il est [médecin] là, il est présent. Droite ? Patient : Droit. » (Compagnon et patient 5).

Stratégies de communication non désirées et désirées mais non observées.

Les comportements et les stratégies que les patients et les compagnons voient défavorables sont en accord avec les stratégies discutées dans le premier thème. Les patients et les compagnons sont devenus frustrés lorsque les médecins parlent trop vite ou utilisent un langage inutilement complexe. Certains patients et compagnons croient que le médecin ne donne pas assez de temps au patient pour s'exprimer. Comme l'a ressorti une compagne au sujet de son épouse : « Ils ne semblent pas prendre le temps d'essayer de lui parler ou de comprendre ce qui se passe » (compagnon du patient 8). Plusieurs participants ont rapporté que les médecins comptent trop sur les compagnons pour communiquer et ainsi ignorent le patient. Une collègue a déclaré au sujet du gastro-entérologue de sa sœur : « Il ne lui a pas adressé de questions [.] il est juste très irrespectueux » (compagnon du patient 11). Concernant les vidéos, les patients et les compagnons ont également souligné que les médecins ne maintiennent pas de contact visuel. Plusieurs des participants ont noté que les médecins n'utilisent que rarement des gestes ou des aides visuelles. Ils ont également souligné qu'aucun des médecins n'a consigné d'informations clés au cours de la rencontre clinique. Lorsque les chercheurs leur ont posé la question, aucun des patients ou des compagnons n'a déclaré avoir discuté de stratégies de communication avec leur médecin ou les médecins qui se sont renseignés sur les stratégies désirées. Plusieurs compagnons ont rapporté que leur but est simplement de "passer à travers" la rencontre, s'attendant à ce que le patient ne comprenne pas tout ce que le médecin a dit, et qu'ensuite il ou elle aurait besoin d'expliquer ce qui a été discuté avec le patient.

Stratégies généralement utilisées en dehors de la rencontre clinique

Le dernier thème concerne les stratégies que les compagnons et autres partenaires de communication utilisent avec les patients en dehors des rencontres cliniques. Encore une fois, celles-ci sont semblables aux stratégies

discutées dans les deux thèmes précédents, avec les participants parlant le plus souvent d'" écrire des mots clés " et " utiliser des gestes. " un exemple de description d'un compagnon écrivant des mots clés pour faciliter une conversation avec son mari : « nous écrivons des choses pour lui souvent tu sais, euh, quand tu ne sais pas de quoi je parle, je vais l'écrire. Tu sais comme si j'essayais de parler de ce film d'Obama que je veux voir [. ] Je parlais d'autre chose et puis j'ai commencé à parler de la chose Obama. [. Il ne savait pas de quoi je parlais, parce que vous ne pouvez pas toujours changer de sujet très rapidement, alors quand je l'ai écrit, [. » (Compagnon du patient 2) Les stratégies supplémentaires utilisées en dehors des rencontres cliniques par les patients et les compagnons incluent le fait que les partenaires de communication maintiennent un contact visuel, utilisent des gestes, parlent lentement, se répètent si nécessaire, et donnent au patient le temps de communiquer. Un compagnon a ajouté qu'il utilise un langage fermé et spécifique pour faciliter la communication avec son frère. " J'utilise quelques questions ouvertes, mais j'utilise aussi plus de questions plus spécifiques avec lui, parce que je pense qu'avec lui, quand vous communiquez, vous devez être plus précis " (compagnon de patient 8).

#### Questionnaire médecin

Les médecins ont rapporté des stratégies similaires qu'ils ont utilisées lors de la rencontre clinique enregistrée sur vidéo et ce qu'ils pourraient utiliser lors de futures rencontres cliniques avec des patients atteints d'aphasie. La majorité des stratégies ressorties par les 21 médecins se répartissent en six catégories :

- Utiliser le compagnon pour faciliter la communication
- Prendre plus de temps avec le patient
- Lire le langage corporel des patients et maintenir un contact visuel
- Avoir une relation établie avec le patient
- Utilisant des questions fermées
- Parler lentement et simplement

Aucun des médecins n'a mentionné utiliser des aides visuelles ou des gestes, ou écrire des mots clés comme stratégies qu'ils ont utilisé avec le patient durant l'étude. Trois des médecins ont signalé qu'ils pourraient utiliser des

aides visuelles, comme par exemple un tableau de communication lors de futures rencontres avec des patients atteints d'aphasie.

#### Enregistrement vidéo des rencontres cliniques

Les comportements retenus pour l'analyse du contenu ont été basés sur une comparaison des stratégies décrites lors des entrevues faites avec les participants et dans les questionnaires rendus des médecins. Trois stratégies ont été discutées de manière cohérente dans les entrevues avec les patients et les compagnons et ont été soulignées comme des stratégies importantes pour une communication efficace :

- Écrire des mots clés
- Utiliser des aides visuelles
- Utiliser des gestes

Ces stratégies, n'ont cependant pas été mentionnées dans les réponses au questionnaire des médecins ou ont été mentionnées seulement comme des stratégies possibles à considérer lors de futures rencontres avec des patients atteints d'aphasie. En raison des divergences entre les patients, les compagnons ainsi que les médecins, les stratégies retenues pour l'analyse du contenu des enregistrements vidéo sont :

- Écrire des mots clés
- Utiliser des aides visuelles
- Utiliser gestes.

Les pourcentages d'accord pour les deux chercheurs effectuant l'analyse du contenu étaient de 83% d'accord sur le nombre de gestes que les médecins utilisent et 100% d'accord sur la fréquence avec laquelle un médecin a noté un mot clé ou utiliser une aide visuelle. Aucun des médecins n'a écrit de mots clés, comme stratégie pour faciliter la communication avec le patient, pendant la rencontre clinique dans l'une des 25 visites enregistrées. Plusieurs participants ont dit avoir reçu un résumé de la rencontre clinique, bien que cela n'a pas été capturé dans les enregistrements vidéo. Seulement deux médecins ont utilisé une aide visuelle pendant la rencontre. Le médecin a

	<p>utilisé une image de l'œil du patient sur un écran d'ordinateur pour ainsi l'aider à expliquer la santé actuelle de l'œil. Bien que ce médecin utilise une aide visuelle, il n'a pas mentionné cela comme une stratégie utilisée avec le patient ou pourrait utiliser avec d'autres patients souffrant d'aphasie.</p> <p>Les chercheurs ont défini les « gestes » comme un geste de la main significatif qui a augmenté ou améliorer la communication. Par exemple, lorsque l'on dit « comment se sent votre estomac ? » Ou lorsque l'on pointe une table d'examen en disant « veuillez-vous asseoir ici ». Le nombre de gestes utilisés par les médecins lors d'une rencontre clinique varie de 0 à 74 ; avec une moyenne de treize gestes et un mode de six gestes par rencontre clinique. Les chercheurs ont enregistré deux rencontres cliniques par patient, ils ont calculé le nombre de gestes utilisés chez les mêmes patients, mais à travers les deux médecins différents. La différence moyenne dans le nombre de gestes utilisés au cours des deux rencontres pour chaque patient était de 20 avec une gamme de 174. Ce qui veut dire que pour chaque patient, un médecin a utilisé en moyenne vingt gestes de plus ou de moins que l'autre médecin du patient, ce qui indique un manque de forte corrélation intra-patient. Ces résultats sont consistants lorsqu'on tient compte de la variation de la durée de la rencontre.</p>
<p><b>Discussion</b></p> <p>Interprétation des résultats</p>	<p>Dans cette étude, patients, compagnons et médecins ont identifié des stratégies clés qui ont contribué à la communication centrée sur le patient telles que fournir au patient l'opportunité de parler, éviter d'interrompre le patient, accorder au patient une attention totale et adapter l'information présentée au niveau de compréhension du patient. Ces stratégies sont communément enseignées dans le cadre du programme de communication médecin-patient durant leur formation de médecine, suggérant que ces stratégies de communication universelles devraient être utilisées avec tous les patients, indépendamment des capacités. En plus de ces stratégies « standard », les patients et les compagnons de cette étude ont discuté des stratégies de communication qu'ils croient essentielles pour le patient atteint d'aphasie, y compris l'écriture de mots clés et l'utilisation de gestes et d'aides visuelles. Les patients atteints d'aphasie dans cette recherche citent des comportements similaires désirés de leurs médecins. Dans les questionnaires des médecins, un seul médecin les a énumérés comme des comportements qu'il a utilisés avec les participants à l'étude, et peu les ont cités comme des stratégies qu'ils pourraient utiliser à l'avenir pour des patients aphasiques. Comparant les gestes utilisés par deux médecins différents interagissant avec le même patient et compagnon lors de deux rencontres différentes, la fréquence des gestes utilisés semble être indépendante de la</p>

capacité de communication du patient et de la durée de la rencontre, indiquant que l'utilisation des gestes est motivée par le style de communication des médecins. Alors que le nombre optimal de gestes est inconnu, la grande variation dans la fréquence des gestes suggère que certains médecins ont pu intentionnellement employer les gestes comme moyen de communication. Il est également possible que les médecins qui ont utilisé peu de gestes lors d'une rencontre clinique n'utilisent pas spécifiquement les gestes comme une méthode significative pour eux afin d'engager le patient dans la communication. L'utilisation incohérente et peu fréquente par les médecins de ces stratégies de communication clés suggère qu'ils ne sont peut-être pas conscients de la valeur de ces stratégies ou de la meilleure façon de les intégrer dans leur style de communication avec des patients aphasiques.

Les chercheurs ainsi que les professionnels de la réadaptation préconisent depuis fort longtemps la formation des partenaires de communication et des personnes aphasiques à l'utilisation des stratégies de communication. Des programmes comme la Conversation assistée pour adultes souffrant d'aphasie, ont été développés pour former les partenaires de communication à utiliser des stratégies comme écrire des mots clés, fournir des options de choix écrites ou encore dessiner et utiliser des aides visuelles. Les partenaires de communication généralement ciblés dans ces formations sont les conjoints et les soignants, avec une étude centrée sur les étudiants en médecine. Ils ont évalué l'efficacité d'un programme basé sur les principes du SCA pour former les étudiants en médecine à utiliser des stratégies de communication adaptées avec les patients aphasiques. Les auteurs ont constaté que les étudiants ayant reçu cette formation ont des scores plus élevés concernant la communication centrée sur le patient, y compris un meilleur rapport et une exploration accrue des problèmes des patients, et une amélioration globale du patient. Ceci démontre que les programmes de formation pour les prestataires ont le potentiel d'affecter positivement la communication centrée sur le patient pour les patients souffrant d'aphasie. Bien que l'utilisation de stratégies de communication axées sur le patient et les soins centrés sur lui ainsi que la qualité des soins nécessite une évaluation plus approfondie, les patients aphasiques et leurs compagnons préfèrent clairement l'utilisation de certains comportements et stratégies et remarquent qu'ils ne sont aucunement présents. Par conséquent, ces stratégies devraient être préconisées afin d'engager et d'améliorer une communication centrée sur le patient avec les patients aphasiques. Les médecins pourraient commencer à identifier ces stratégies en demandant aux patients et à leurs compagnons leurs préférences en matière de communication qui serait ainsi personnalisée. Bien que les stratégies

	<p>discutées lors des entrevues ont été uniformes chez tous les participants à l'étude, chaque patient et chaque compagnon est unique et pourrait bénéficier davantage d'une stratégie que d'une autre. Par exemple, un patient ayant des capacités de lecture limitées pourrait moins bénéficier de l'écriture de mots clés et préférerait que les médecins utilisent des gestes et des aides visuelles basées sur l'image. Une fois qu'un médecin est au courant des stratégies spécifique à utiliser avec ce patient, il devra savoir comment intégrer les stratégies dans son style de communication. Par conséquent, la formation en communication lors de leurs études pour les médecins et les stagiaires devrait inclure des instructions sur les stratégies « spécifiques au handicap ».</p>
Forces et limites	<p>Limites : il s'agit d'une étude pilote, de sorte que le nombre de participants est petit et que toutes les données sont descriptives. Les conclusions sont basées sur l'analyse du contenu et ne peuvent pas atteindre une signification statistique. Aucun médecin n'a participé à plus d'une rencontre, aucune ne décrit les comportements individuels des médecins chez différents patients. Étant donné que le patient et ses compagnons se sont généralement déclarés satisfaits de communiquer avec leur médecin, l'utilisation ou non des différentes stratégies de communication n'est pas claire. Malgré ces limites, il s'agit de la première étude à enregistrer des rencontres cliniques de patients ayant des troubles de la communication. De plus, avec les entrevues des patients et de leurs compagnons ainsi que les questionnaires des médecins, les chercheurs ont pu valider les résultats par triangulation.</p> <p>Le nombre de médecins participant à l'étude n'est pas stipulé.</p>
Conséquences et recommandations	<p>S'engager avec des patients souffrant de troubles de la communication tel que l'aphasie peut représenter un défi pour les médecins. Pour maximiser la communication centrée sur le patient, les médecins doivent non seulement utiliser des stratégies de communication communément préconisées, mais également des stratégies « spécifiques au handicap », comme l'écriture de mots clés et l'utilisation de gestes et d'aides visuelles. Plusieurs des patients et des compagnons ont ressorti le désir d'avoir ces stratégies lorsqu'ils décrivent leurs interactions de communication et qu'ils regardent des enregistrements vidéo de leurs rencontres cliniques. Malheureusement, ces comportements sont incohérents ou ne sont jamais utilisés par les médecins. Des interventions futures sont nécessaires pour former les médecins à poser des questions sur les préférences individuelles de communication des patients et des compagnons,</p>



	puis incorporer les stratégies centrées sur le patient dans leur style de communication. De tels efforts peuvent améliorer la satisfaction des soins et les résultats pour la santé des patients atteints d'aphasie.
Commentaires	La communication des médecins envers les patients aphasiques n'est pas adaptée malgré les stratégies proposées. S'ils suivent une formation durant leurs études, cette communication sera mieux adaptée.

#### Références :

Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

## Grille de lecture critique d'un article scientifique

## Approche qualitative

Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
<b>Références complètes</b>	Morris, M. A., Clayman, M. L., Peters, K. J., Leppin, A. L., & LeBlanc, A. (2015). Patient-centered communication strategies for patients with aphasia: Discrepancies between what patients want and what physicians do. <i>Disability and Health Journal</i> , 8(2), 208-215. <a href="https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2014.09.007">https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2014.09.007</a> [Traduction Libre]				
<b>Titre</b>	Précise-t-il clairement les concepts et la population à l'étude ?	X			Oui, la population à l'étude est explicite, celle-ci se compose de victimes d'un AVC ainsi que de leur compagnon.
<b>Résumé</b>	Synthétise-t-il clairement les grandes lignes de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?	X			Le résumé est composé de paragraphe clairement distinct avec le sous-titre.
<b>Introduction</b> Problème de recherche	Le problème ou phénomène à l'étude est-il clairement formulé et placé en contexte ?		X		Le problème ainsi que le contexte de l'étude n'est pas défini.
Recension des écrits	Présente-t-elle l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème étudié ?			X	Ils parlent en bref d'une étude quantitative. Quatre références sur la problématique de la communication entre patients et soignants sont avancées.

Cadre théorique ou conceptuel	La base philosophique/le cadre conceptuel/le cadre théorique sont-ils définis ?	X			Le cadre de l'étude est le modèle de communication centré sur le patient
Question de recherche/buts	La question de recherche/les buts sont-ils clairement formulés ?	X			Le but de cette recherche est de définir la préférence des patients et des médecins quant aux stratégies de communication centrées sur le patient puis d'évaluer l'utilisation de ces dernières identifiées au cours des rencontres cliniques observées.
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	Le devis de recherche est-il explicite ?	X			Il est clairement nommé, c'est un devis qualitatif.
	Y'a-t-il une adéquation entre le devis de recherche et le phénomène/problème à l'étude ?	X			Oui, c'est la qualité des réponses recueillis qui compte.
Population, échantillon et contexte	La population à l'étude est-elle définie de façon précise ?			X	Il y a des précisions concernant l'exclusion et la non exclusion de certains types de personnes. 13 patients atteints d'aphasie et 14 compagnons. Le nombre de médecins participants à l'étude n'est pas indiqué.
	L'échantillon est-il décrit de façon détaillée ?			X	Il n'y a pas d'indications concernant l'âge, le sexe ou autres informations sur les participants. Ces informations se trouvent dans les résultats sous forme de tableau.

Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
Méthode de collecte des données	Les méthodes de collecte des données sont-elles explicites (où, quand, avec qui, saturation, enregistrement, transcription) ?			X	Il n'y a pas toutes les informations détaillées. Il s'agit d'enregistrement vidéo lors d'une interview entre le médecin, le patient et son compagnon et de questionnaires pour les médecins.
Déroulement de l'étude	Le déroulement de l'étude est-il décrit clairement ?	X			Les étapes sont assez claires.  L'introduction, la méthode avec les concepts de l'étude, les participants à l'étude, la collecte de données, l'analyse qualitative et l'analyse du contenu, les résultats avec le questionnaire du médecin et les enregistrements vidéo, la discussion et la conclusion.
Considérations éthiques	A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?	X			Le déroulement est précis.  Les patients et leurs compagnons intéressés par l'étude ont reçu par courrier ou par mail leurs formulaires de consentement. Les documents ont été signés lors de la première rencontre.  Les chercheurs ont demandé l'autorisation de filmer les rencontres directement aux médecins et chacun des participants pouvaient arrêter la caméra à tout moment.
Résultats	L'analyse des données est-elle détaillée ?	X			Il y a des comparaisons entre les rencontres avec chaque médecin.

Traitement/ Analyse des données	Des moyens pour assurer la rigueur scientifique et la crédibilité des données ont-ils été utilisés ?		X		Non, ils n'ont pas fait relire leurs recueils de données aux principaux intéressés.
Présentation des résultats	Le résumé des résultats est-il compréhensible et contient-il des extraits rapportés (verbatim) ?	X			Les verbatims sont pertinents.
	Les thèmes ou les modèles représentent-ils de façon logique le phénomène ?	X			Les sous-titres reprennent plutôt la méthode utilisée pour la récolte de données plutôt que les résultats obtenus.
	L'auteur a-t-il fait évaluer les données aux participants ou par des experts ?			X	Il est noté que certains participants ont reçu un document par écrit après certaines rencontres mais pas tous, ni à chaque rencontre. Aucune information n'est donnée concernant les experts.
<b>Discussion</b> Interprétation des résultats	Les principaux résultats sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures ?			X	C'est une étude pilote et à la connaissance des chercheurs il n'y a pas d'étude antérieure comme celle-ci.
	Soulève-t-on la question de la transférabilité des conclusions ?		X		La notion de transférabilité n'est pas abordée.
Conséquences et recommandatio ns	Les chercheurs présentent-ils des conséquences/recommandations pour la pratique et les recherches futures ?	X			Concernant la formation des médecins il faudrait inclure des cours sur la communication centrée sur le patient ainsi que des principes de communication et des stratégies.

Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
<b>Questions générales</b> Présentation	L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			L'article est bien structuré.
Commentaires	Cet article est clair et simple de retrouver toutes les informations.				

Références :

Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

### Grille de résumé d'un article scientifique

#### Approche quantitative et mixte

Éléments du rapport	Contenu de l'article
<b>Références complètes</b>	<p>McGilton, K., Sorin-Peters, R., Sidani, S., Rochon, E., Boscart, V., &amp; Fox, M. (2011). Focus on communication : increasing the opportunity for successful staff-patient interactions : <i>Improving staff-patient interactions. International Journal of Older People Nursing</i>, 6(1), 13-24. <a href="https://doi.org/10.1111/j.1748-3743.2010.00210.x">https://doi.org/10.1111/j.1748-3743.2010.00210.x</a> [Traduction libre]</p>
<b>Introduction</b>  Problème de recherche	<p>“Même si l'AVC est l'une des principales causes de décès au Canada, plus de 80% des victimes d'AVC survivent en Ontario et 20% d'entre elles vivent dans des établissements résidentiels. Au Royaume-Uni, 25% des admissions en soins de longue durée sont des AVC et aux États-Unis, 20,4% des patients dans les établissements de SLD (service de gériatrie) sont des patients victimes d'AVC. Les survivants d'un AVC dans ces milieux vivent généralement avec des limitations physiques importantes et durables et des déficits neurocognitifs, y compris une déficience de la communication. Pour faire connaître leurs besoins, des interactions significatives avec les fournisseurs de soins, tels que les infirmières, sont nécessaires. Jusqu'à 50% des survivants d'AVC ont des troubles de la parole et du langage. Lorsque les patients ne peuvent pas articuler leurs besoins ou ne peuvent pas être compris à la suite d'un accident vasculaire cérébral, la frustration et l'agitation sont des réponses fréquentes des patients. Les symptômes de la dépression, de l'anxiété et de l'agitation sont les conséquences « négligées » de l'AVC. Il existe des preuves que 35% des patients ayant subi un AVC présentent des symptômes cognitifs et comportementaux.” (Traduction libre)</p> <p>Les infirmières n'ont pas les compétences et les aptitudes spécialisées pour communiquer avec leurs patients de manière efficace et n'arrivent pas à comprendre leurs besoins. Toutes les activités du quotidien dans les soins</p>

	nécessitent des interactions entre les professionnels et les patients. Comme ces interactions sont perturbées, cela nuit à la qualité des soins et au bien-être du patient.
Recension des écrits	<p>Une base de recherche en croissance se concentre sur la formation du personnel pour améliorer la communication globale avec les patients en SLD. Les résultats de onze études de cohorte et d'observation ont été examinés et ont démontré que la formation en communication augmente la volonté ainsi que le confort des infirmières à communiquer avec les patients et le respect du personnel envers les patients ainsi qu'elle réduise la frustration chez le personnel infirmier. Il a également été montré que de nouvelles stratégies étaient utilisées après la formation. Cela a permis d'augmenter l'interaction sociale et de diminuer la dépression.</p> <p>Une étude a récemment réalisé un examen des interventions de communication pour le personnel dans les établissements de soins. Six études étaient des essais contrôlés randomisés (ECR) ou quasi-expérimentaux avec des conceptions de groupes de contrôle. Trois études étaient au sujet des troubles comportementaux et des troubles de communication des patients. Les résultats de ces deux études ont montré que les infirmières démontrent une meilleure communication verbale après le test qu'au départ. Les patients ont démontré une réactivité accrue et un contact visuel avec le personnel, ainsi qu'une approbation verbale, une diminution de la colère et de l'agitation au moment du test.</p> <p>Elles contenaient des limites. "Les approches de la formation en communication ont été fondées sur des stratégies linguistiques générales recommandées. Peu d'études ont abordé les stratégies de gestion comportementale tout en mettant l'accent sur les stratégies de communication. Il a été suggéré que le personnel infirmier apprenne des stratégies de communication spécifiques sur la façon de répondre aux patients lorsqu'un problème de comportement survient et que cela peut à son tour influencer l'apparition de perturbations comportementales. Une seule des six études portait sur les patients victimes d'AVC souffrant de troubles de la communication." (Traduction libre)</p> <p>Ils sont partis des limites des études antérieures pour créer le PCCI (Patient Centred Communication Intervention) pour une population touchée par un AVC et sont guidés par le Cadre d'Aphasie pour la mesure des résultats (A-FROM).</p>



Cadre théorique ou conceptuel	<p>Le A-FROM (Kagan et al., 2008) donne le cadre conceptuel de cette étude.</p> <p>Il est largement développé par la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (ICF, Organisation mondiale de la Santé, 2001). Il présente un modèle simple et utile pour comprendre et évaluer le PCCI pour les personnes atteintes d'aphasie et sur leur communication. "Vivre avec des déficiences de communication peut être considéré comme résultant, à tout moment, de l'interaction de plusieurs composantes, y compris la participation à la vie, l'environnement de communication, la gravité des problèmes de communication, les caractéristiques personnelles et l'expérience de la communication. Chaque composante influence et est influencée par les interactions mutuelles qui se produisent avec tous les autres composants du modèle." (Traduction libre)</p>
Hypothèses/question de recherche/buts	<p>Le but est d'évaluer les effets et la faisabilité de l'intervention PCCI avant une grande étude.</p> <p>Objectifs plus précis : " (1) évaluer dans quelle mesure le personnel infirmier met en œuvre les plans de soins de communication ; (2) identifier les perceptions du personnel de l'intervention ; (3) explorer les changements dans les perceptions des patients concernant les soins relationnels et le fonctionnement psychosocial des infirmières ; et (4) explorer les changements dans les connaissances et l'attitude des infirmières à l'égard de la communication avec les patients" (traduction libre)</p>
<b>Méthodes</b>  Devis de recherche	Le devis est mixte.
Population, échantillon et contexte	<p>Les participants à l'étude contiennent des patients ayant subi un AVC et leur personnel infirmier. Les patients sont sélectionnés selon les critères suivants: "(i) diagnostic confirmé d'un accident vasculaire cérébral; (ii) a montré une difficulté à être compris par les autres tel qu'identifié par un membre du personnel; (iii) affecté à au moins un membre du personnel qui a consenti à participer; (iv) utilisé l'anglais avant l'AVC; et (v) sont cognitivement capables de répondre aux questions identifiées par le score de rappel (RS), qui est calculé sur l'information obtenue à partir du RAI-MDS 2.0 (RAI User's Manual, 1999). D'après Schnelle et al. (2005), un RS&gt; 2 indique que</p>

	<p>le patient a la capacité cognitive de consentir et de remplir un questionnaire d'auto-évaluation. Les membres de la famille ont été invités à participer lorsque les patients avaient besoin de soutien pendant les évaluations. Il y avait trente patients dans l'unité, et parmi ceux-ci, neuf ont été identifiés par le personnel comme ayant des problèmes de communication. Tous ces patients sont inscrits à l'étude. Les infirmières sont admissibles si elles prodiguent des soins directs et qu'elles travaillent à temps partiel ou à temps plein. Dix-huit membres du personnel sur trente ont accepté de participer, ce qui représente un taux d'acceptation de 70%. La raison principale pour laquelle le personnel refuse de participer à l'étude est qu'il travaille de nuit ou de manière occasionnelle. Tout le personnel a terminé le post-test. Sept participants ont assisté à la séance du groupe de discussion." (Traduction libre)</p> <p>L'étude s'est déroulée dans une unité de soins continus spécialisée pour les AVC, en Ontario, Canada.</p> <p>Les données ont été recueillies en 2008.</p>
Méthode de collecte des données et instruments de mesure	<p>Un test a été effectué un mois avant et deux mois après l'intervention PCCI et est complété par une discussion avec les infirmières afin d'identifier la perception de l'intervention</p>
Déroulement de l'étude	<p>Développement de plans de communication individualisés</p> <p>"L'information pour les plans de communication individualisés a été dérivée de trois sources : (1) SLP a évalué les capacités langagières et cognitives de chaque patient au départ. Les troubles du langage (Boston Diagnostic Aphasia Examination-3- abrégé), la déficience visuo-spatiale (Birmingham Object Recognition Battery), la négligence visuelle (test de Bell) et la déficience cognitive (Mini-Mental State Examination) ont été évalués. (2) On a demandé à l'infirmière qui s'occupe du patient de remplir le Questionnaire d'évaluation de la communication de Montréal (MECQ-LTC, Bowles et coll., 2001). Le MECQ-LTC évalue les approches actuelles utilisées par le personnel pour communiquer avec ses patients et les situations de communication problématiques identifiées par le personnel (Genereux et al., 2004). (3) L'orthophoniste (c'est-à-dire l'orthophoniste qui a réalisé l'intervention</p>

dans cette étude) a obtenu des informations sur les préférences de conversation des patients à partir de discussions avec les membres de la famille et le personnel de l'unité. Sur la base de ces informations, le SLP a développé un plan de communication individualisé d'une page pour chaque patient. (Traduction libre)

#### Atelier

Le personnel a participé à une journée d'atelier donnée par les deux premiers co-auteurs. L'atelier porte sur les thèmes suivants : "(i) Gestion de la communication : le personnel infirmier a été formé pour utiliser des stratégies de communication favorisant la capacité de communication du patient, reconnues et révélées par le niveau de compétence du patient. Des démonstrations vidéo et des occasions pour le personnel infirmier de pratiquer les stratégies de communication dans des jeux de rôle structurés sont fournies pendant l'atelier. (ii) Gestion comportementale : cette composante implique l'utilisation du REAP (la manipulation de l'environnement, les soins axés sur les capacités et la personnalité) (Traduction libre).

On enseigne au personnel que tous les comportements ont une signification et, dans de nombreux cas, qu'ils ne sont pas nécessairement liés à la pathologie, mais représentent souvent des besoins non satisfaits (par exemple physique, psychologique / émotionnel, social et environnemental). Le modèle comprend les éléments suivants :

- La capacité du personnel à bien se comprendre en tant que composante essentielle des interactions entre le personnel infirmier et les patients
- La théorie de l'environnement-personne plaide pour la nécessité d'une synergie entre la personne et l'environnement
- Les soins centrés sur les capacités impliquent un personnel focalisé sur les capacités retenues des patients
- La capacité des personnes ayant un AVC à communiquer est influencée par leur orientation spatiale
- Leur ouïe et leur vision ainsi leur niveau de communication déficient et au fait de traiter la personne comme un être humain unique ce qui implique de se familiariser avec l'individu et d'acquérir des connaissances sur la vie d'une personne.

#### Système de soutien du personnel

Suite à l'atelier, le personnel de SLP a soutenu le PCCI dans la pratique quotidienne durant deux heures par semaine au cours de la période d'intervention. Ils observaient l'interaction du personnel avec les patients, en donnant des commentaires, et en enseignant des stratégies interactionnelles spécifiques avec les patients, qui figuraient dans le plan de communication.

#### Échantillon et réponse

Neuf patients ont correspondu aux critères. Dix-huit membres du personnel ont participé, représentant un taux d'acceptation de 70 %. Sept participants ont assisté à la séance de groupe de discussion.

#### Variables et mesures

Les données démographiques recueillies auprès des patients et des infirmières.

Le système d'observation a rapporté des données sur le nombre de stratégies requises et fournies pendant l'interaction. Il a indiqué un score reflétant l'écart entre le nombre de stratégies requises et celles réellement données.

#### Perceptions du personnel quant à l'intervention

Deux groupes de discussion ont été organisés avec des participants du personnel infirmier afin d'identifier leur perception de l'intervention. Un assistant de recherche à animer ses discussions. Ses questions portent sur: "(i) le programme de formation, en termes de pertinence de son contenu par rapport à la pratique et l'efficacité des stratégies d'apprentissage pour améliorer la compréhension des interactions significatives avec les patients; (ii) le plan individualisé de communication avec les patients, en termes de pertinence et d'utilité pour améliorer l'interaction et la facilité de mise en œuvre; et (iii) les facteurs qui ont facilité ou entravé les interactions avec le patient et les avantages supplémentaires du PCCI." (Traduction libre)

	<p>Résultats patients</p> <p>La qualité de vie des patients a été évaluée grâce à l'Échelle de qualité de vie de l'aphasie (SAQOL). La dépression a été évaluée par l'Échelle de dépression gériatrique.</p> <p>Les patients ont été invités à noter l'infirmière qui s'est occupé d'eux le plus souvent. Deux échelles ont été utilisées pour évaluer les interactions des infirmières avec les patients. L'échelle des soins relationnels (ECS) a été utilisée pour mesurer la satisfaction des patients à l'égard des soins relationnels des infirmières. La perception globale de la proximité de la relation infirmière-patient a été mesurée par l'échelle visuelle analogique du patient.</p> <p>Résultats du personnel infirmier</p> <p>Les attitudes des infirmières ont été mesurées à l'aide du Questionnaire sur la déficience de la communication (CIQ). La connaissance des infirmières a été mesurée à l'aide de l'échelle de dégradation de la communication. La perception globale de la proximité de la relation entre personnel-patient a été mesurée avec le VAS Close Provider, un EVA variant entre relation très proche prestataire-patient et "relation pas du tout proche".</p>
Considérations éthiques	<p>Le comité de recherche et d'éthique de l'établissement a approuvé l'étude. La participation n'est pas obligatoire, un consentement écrit des patients et des soignants est demandé. Les données sont confidentielles et les participants peuvent se retirer de l'étude à tout moment.</p>
<b>Résultats</b> Traitement/Analyse des données	<p>"Des statistiques descriptives sont utilisées pour caractériser le profil des participants et la moyenne de toutes les variables mesurées avant et après le test. Toutes les analyses statistiques sont effectuées à l'aide du logiciel statistique pour les sciences sociales (SPSS) version 15.0. Pour explorer les changements dans le personnel infirmier et les résultats des patients, des tests sont utilisés pour comparer les moyennes de chaque groupe avant et après le test. Pour déterminer dans quelle mesure le personnel infirmier a mis en œuvre le PCCI, les interactions dyades sont observées directement à l'aide de la liste de contrôle d'observation individualisée. Le score total pour la liste de contrôle d'observation est calculé en obtenant le pourcentage de stratégies mises en œuvre sur le nombre total de stratégies de communication prédéterminées pour un patient particulier. Pour identifier la perception de l'intervention par le personnel, les réponses qualitatives du personnel obtenues des deux groupes</p>

	de discussion sont transcrites textuellement et le contenu a été analysé selon l'approche décrite par Morse et Field (1995). Les transcriptions sont croisées avec les bande audio pour l'exactitude et l'exhaustivité. Les données sont analysées en utilisant un processus ligne par ligne pour le codage. Le chercheur principal et l'autre chercheur se sont rencontrés pour discuter et parvenir à un consensus sur le système de codage.” (Traduction libre)
Présentation des résultats	<p>Les résultats obtenus montrent que lors du pré-test avant l'instauration du PCCI, les infirmières utilisent 85% des stratégies suggérées dans la liste du plan de communication. Alors que lors du post-test, suite au PCCI, elles réalisent 76% de ces stratégies. Le personnel remarque avoir de nombreuses lacunes dans le domaine des déficiences de communication et des stratégies de soutien de cette dernière. De ce fait, ils rapportent avoir apprécié acquérir de nouvelles compétences en la matière. Grâce à cet enrichissement, une diminution de l'agitation, l'anxiété de plusieurs patients ainsi que la frustration des deux interlocuteurs sont mises en avant. Les infirmières éprouvent davantage de facilité à comprendre les besoins du patient et de ce fait, sont moins soucieuses lorsqu'elles fournissent des soins. Elles mentionnent également, un gain de temps grâce au PCCI et une amélioration de la prise en charge dans la continuité. En effet, lorsqu'un nouveau collaborateur prend en charge le patient, il a accès au PCCI qui l'oriente dans sa prise en charge et au sujet des stratégies de communication. De plus, le PCCI permet de mieux comprendre les patients et d'en apprendre plus sur eux, ce qui entraîne moins de résistance et augmente le bien-être de tout le monde.</p> <p>Malgré l'augmentation des aptitudes de communication et des connaissances de l'aphasie du personnel soignant, aucune différence statistiquement significative n'est constatée entre le test pré- et le post-test au sujet de la relation et de la facilité de prestation de soin telle que perçue par les infirmières. Par ailleurs, les attitudes de communication des infirmières se sont significativement améliorées après le PCCI (<math>p &lt; 0.007</math>), ainsi que leurs connaissances de l'aphasie après le workshop (<math>p &lt; 0.002</math>). De plus, malgré l'amélioration de la communication et de la relation entre les deux interlocuteurs (<math>p &lt; 0.041</math>), le bien-être psychosocial n'augmente pas (<math>p &lt; 0.601</math>) et la dépression ne diminue pas (<math>p &lt; 0.848</math>) chez la personne aphasique. Il est indiqué que le contact prolongé et répétitif entre deux interlocuteurs ainsi que l'utilisation d'images améliorent la compréhension mutuelle. De plus, il est nécessaire d'être attentif aux intérêts et aux objectifs des patients, de ne pas les interrompre tout en laissant au patient, le temps nécessaire pour s'exprimer. Le personnel affirme que le support des images améliore la</p>

	<p>compréhension mutuelle. Ils ont pu comprendre que l'agitation de leur patient n'est pas toujours synonyme de démence et ils se concentrent depuis sur une stratégie pour l'aider. Ils ont pris conscience de l'importance d'une prise en charge individualisée du patient et de l'essai de nouvelles approches. Les patients perçoivent que les infirmières sont capables de communiquer plus efficacement (<math>p &lt; 0.024</math>). De plus, ils éprouvent avoir été capable de mieux communiquer (<math>p &lt; 0.037</math>).</p>
<p><b>Discussion</b></p> <p>Interprétation des résultats</p>	<p>Cette étude pilote a démontré la faisabilité car il y a des taux de réponse élevés chez les infirmières (70%) et les patients (100%). Il est observé que les infirmières mettent en œuvre les stratégies interactionnelles dans leur pratique. De plus, l'utilité des stratégies de communication a été validée. La formation s'est montrée bénéfique.</p> <p>L'absence d'effet de l'intervention sur la facilité perçue de soigner au fil du temps est contraire à l'attente initiale des auteurs. Les constatations des groupes de discussion ne correspondent pas à un changement dans les relations plus étroites ou la facilité de prestation de soins du point de vue du personnel. La raison peut être en lien avec la limite des tests de fiabilité et de validité de la facilité de l'échelle des soins.</p> <p>Une augmentation statistiquement significative a été observée dans la perception par les patients des soins relationnels du personnel, de leur capacité à communiquer avec lui et de la proximité de leur relation avec ce dernier. Cette constatation suggère que le PCCI a amélioré la proximité perçue de la relation entre les patients et le personnel infirmier. Aucun travail antérieur n'a trouvé de changement dans la perception que les patients ont de leurs soins au fil du temps, à la suite d'une intervention visant à améliorer l'interaction.</p> <p>“Les conclusions des séances des groupes de discussion ont permis de comprendre comment l'intervention est efficace pour les personnes ayant une déficience de la communication vivant en CCC. Améliorer l'environnement de communication en ciblant des stratégies visant à améliorer les connaissances et les compétences du personnel, a offert plus de possibilités pour la participation des patients à une véritable conversation et à leurs soins. Le personnel a constaté que l'éducation les a aidés à actualiser leurs connaissances et à acquérir de nouvelles compétences et a indiqué que les stratégies de communication sont très utiles. Des conversations constructives s'ensuivent lorsque le personnel a eu les connaissances, aptitudes et attitudes requises pour prendre soin des personnes ayant une déficience de la communication. En enseignant au personnel des stratégies de</p>

	<p>communication personnalisées adaptées aux déficiences de communication de la personne (images et gestes), les patients ont pu comprendre le personnel infirmier et être compris. Malgré divers niveaux et types de déficience, les infirmières ont parlé de la nécessité d'individualiser les interventions et leurs approches. L'identité personnelle, les attitudes et les sentiments des patients ont été influencés lorsqu'ils se sentent plus proches de leurs infirmières et ont une meilleure perception de leur qualité de vie. Les résultats qualitatifs ont également mis en évidence les avantages supplémentaires de patients moins frustrés et agités au cours des discussions qui facilitent la prestation de soins. Ces résultats supplémentaires observés par les infirmières fournissent de l'information sur de nouveaux résultats à examiner dans une étude plus vaste." (Traduction libre)</p>
Forces et limites	<p>"Ce plan d'étude n'inclut pas de groupe de contrôle pour tester cette intervention, ce qui peut influencer la validité interne des résultats. La taille de l'échantillon est faible malgré la majorité du personnel à temps plein et tous les résidents de l'échantillon qui ont accepté de participer à l'étude. Les résultats de l'étude indiquent que l'intervention est faisable et potentiellement efficace, malgré la petite taille de l'échantillon. De plus, l'étude a été menée auprès d'infirmières autorisées et d'infirmières auxiliaires autorisées au CCC. Les auteurs sont conscients que la plupart des membres du personnel qui dispensent des soins dans ces milieux sont des préposés aux services de soutien à la personne. » (Traduction libre)</p>
Conséquences et recommandations	<p>"Implication pour la pratique :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les infirmières collaborant avec SLP pour fournir des évaluations cognitives et linguistiques complètes des patients sont essentielles lors du développement d'une communication sur mesure des plans.</li> <li>• Enseigner au personnel des stratégies de communication spécifiques des patients peuvent nécessiter un encadrement au chevet du patient par un personnel crédible.</li> <li>• L'approche de la formation du personnel devrait inclure la reconnaissance de leur expertise, leur engagement dans l'apprentissage interactif et l'offre de possibilités d'exercer leurs compétences.</li> </ul>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'organisation d'un atelier d'une journée pour le personnel est bénéfique, car le personnel de divers quarts peut assister et apprendre les uns des autres, ce qui permet d'assurer la cohérence dans la mise en œuvre du plan de communication et éventuellement la continuité des soins.” (Traduction libre)</li> </ul>
Commentaires	Article très intéressant. Il démontre de nombreuses stratégies en lien avec notre cadre théorique.

#### Références :

Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

### Grille de lecture critique d'un article scientifique

#### Approche quantitative et mixte

Eléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
<b>Références complètes</b>	McGilton, K., Sorin-Peters, R., Sidani, S., Rochon, E., Boscart, V., & Fox, M. (2011). Focus on communication : increasing the opportunity for successful staff-patient interactions : <i>Improving staff-patient interactions. International Journal of Older People Nursing</i> , 6(1), 13-24. <a href="https://doi.org/10.1111/j.1748-3743.2010.00210.x">https://doi.org/10.1111/j.1748-3743.2010.00210.x</a> [Traduction libre]				
<b>Titre</b>	Précise-t-il clairement le problème/les concepts/la population à l'étude ?			X	Oui, cependant, aucun concept et aucune précision n'est donné au sujet de la cause du problème de communication et de la population à l'étude.
<b>Résumé</b>	Synthétise-t-il clairement les parties principales de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?	X			Chaque partie est présente dans cet article.
<b>Introduction</b> Problème de recherche	Le problème ou phénomène à l'étude est-il clairement formulé et situé dans un contexte ?	X			Le problème est clairement énoncé. Il s'agit du manque de connaissance des infirmières pour une prise en charge optimale des patients aphasiques.

Recension des écrits	Fournit-elle une synthèse de l'état des connaissances sur le sujet en se basant sur des travaux de recherche antérieurs ?	X			Plusieurs études antérieures sont citées et développées. Elles convergent ensuite vers l'étude elle-même, car cette dernière s'est inspirée des études antérieures pour créer le PCCI.
Cadre théorique ou conceptuel	Les principales théories et concepts sont-ils définis ?	X			Oui, il s'agit du A-FROM (Kagan et al., 2008) qui est développé à partir de la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (ICF, Organisation mondiale de la Santé, 2001).
Hypothèses/question de recherche/buts	Les hypothèses/question de recherche/buts sont-ils clairement formulés ?	X			Toutes sont clairement formulées. Son but est d'évaluer les effets et la faisabilité de l'intervention PCCI avant une grande étude.
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	Le devis de recherche est-il explicité ?			X	Certaines données ont été récoltées qualitativement avant d'être codées. Ainsi, des données quantitatives sont présentes dans les résultats.
Population, échantillon et contexte	La population à l'étude est-elle définie de façon précise ?	X			Oui, leurs caractéristiques sont précisées. Les patients doivent : être diagnostiqué et confirmé d'un accident vasculaire cérébral, montré une difficulté à être compris par les autres tel qu'identifié par un membre du personnel ; être affecté à au moins un membre du personnel qui a consenti à participer à l'étude, parler l'anglais

					avant l'AVC et être cognitivement capables de répondre aux questions identifiées.  Les dix-huit infirmières sélectionnées doivent prodiguer des soins directs et travailler à temps plein ou partiel.
	L'échantillon est-il décrit de façon détaillée ?	X			L'échantillon est décrit de façon détaillée. Il est composé de neuf patients participant à l'étude ainsi que dix-huit infirmières.
	La taille de l'échantillon est-elle Justifiée sur une base statistique ?		X		Aucune base statistique n'est présente.
<b>Eléments du rapport</b>	<b>Questions</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>Peu Clair</b>	<b>Commentaires</b>
Méthode de collecte des données et instruments de mesure	Les instruments de collecte des données sont-ils décrits clairement ?			X	De nombreux modèles et échelles sont citées avec le but de leur utilisation sans pour autant être décrite plus précisément.
	Sont-ils en lien avec les variables à mesurer ?	X			Ils sont en lien. Ils calculent la dépression et le bien être psychosocial.
Déroulement de l'étude	La procédure de recherche est-elle décrite clairement ?	X			Toute la procédure est décrite étape par étape et clairement.

Considérations éthiques	A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants ?	X			Oui un comité de recherche et d'éthique de l'établissement a approuvé l'étude. La participation est volontaire et anonyme.
<b>Résultats</b> Traitement/Analyse des données	Des analyses statistiques sont-elles entreprises pour répondre à chacune des questions et/ou vérifier chaque hypothèse ?	X			Des analyses sont entreprises. Les transcriptions sont croisées avec les bandes audio pour l'exactitude. Un processus, ligne par ligne, a été utilisé pour le codage. Les chercheurs se sont rencontrés pour déterminer le codage.
Présentation des résultats	Les résultats sont-ils présentés de manière claire (résumé narratif, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			Tableau 1 : Exemple de plan de communication individualisé pour un patient Tableau 2 : Caractéristiques de base du personnel infirmier Tableau 3 : Caractéristiques de base des patients Tableau 4 : Comparaison des scores moyens des variables de résultats pour le personnel infirmier et leurs patients avant et après l'intervention
<b>Discussion</b> Interprétation des résultats	Les principaux résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre théorique ou conceptuel ?	X			Ils sont interprétés avec le cadre théorique A-FROM
	Sont-ils interprétés au regard des études antérieures ?		X		Les résultats ne sont pas interprétés au regard des études antérieures.

	Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			Ils citent leurs limites. Ils n'incluent pas de groupe de contrôle pour tester l'intervention. L'échantillon est faible.
	Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?		X		Aucune généralisation des conclusions n'est abordée.
Conséquences et recommandations	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique ?			X	Il n'en traite pas.
	Font-ils des recommandations pour les travaux de recherche futurs ?	X			Ils font des recommandations. La collaboration des infirmières est essentielle. Il est nécessaire de leur fournir un encadrement au chevet du patient. les compétences du personnel devraient être reconnues. La journée d'atelier est importante.
<b>Questions générales</b> Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			La structure de l'article est respectée, le processus de recherche et la problématique sont bien expliqués. Les résultats sont bien présentés.
Commentaires :	Article bien structuré et clair. Très détaillé lors de l'explication du déroulement de leur étude. Petite population.				

Références :

Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

## Grille de résumé d'un article scientifique

## Approche quantitative et mixte

Éléments du rapport	Contenu de l'article
<b>Références complètes</b>	Mallet, K. H., Shamloul, R. M., Corbett, D., Finestone, H. M., Hatcher, S., Lumsden, J., ... Dowlathshahi, D. (2016). RecoverNow: Feasibility of a Mobile Tablet-Based Rehabilitation Intervention to Treat Post-Stroke Communication Deficits in the Acute Care Setting. <i>PLOS ONE</i> , 11(12). <a href="https://doi.org/10.1371/journal.pone.0167950">https://doi.org/10.1371/journal.pone.0167950</a> [Traduction libre]
<b>Introduction</b> Problème de recherche	<p>“Les troubles de la communication sont fréquents après un AVC. Environ 40 % des patients ayant reçu un diagnostic d'AVC souffriront d'aphasie ; une orthophonie intensive est recommandée afin de maximiser les chances de guérison. L'instauration précoce d'un traitement de l'aphasie après un AVC améliore les résultats de communication, et ces améliorations peuvent persister pendant au moins douze mois. La réadaptation de la parole et du langage devrait idéalement commencer au moment de l'hospitalisation aiguë. Malheureusement, au Canada, l'accès à l'orthophonie est souvent retardé en raison de l'indisponibilité des services de réadaptation en temps opportun : en 2014, seulement 16 % des Canadiens victimes d'un AVC ont eu accès à la réadaptation en milieu hospitalier, et seulement 50 % d'entre eux ont eu accès à des centres de réadaptation dans les deux semaines suivant l'AVC.” (Traduction libre)</p> <p>“Durant ces deux premières semaines de soins, les patients passent plus de 60 % de leur temps inactifs et seuls. Les experts en réadaptation dans les centres de soins actifs peuvent utiliser ce temps d'arrêt comme une occasion de tirer parti des technologies de plates-formes mobiles existantes programmées avec des applications d'orthophonie et de fournir des interventions en temps opportun. Il existe des obstacles potentiels à l'introduction de technologies de plates-formes mobiles dans le contexte de l'AVC aigu, y compris des facteurs liés aux patients comme la gravité de l'AVC et les déficits qui en résultent (p. ex. vision, hémiparésie, négligence), des obstacles</p>

	liés à l'intervention comme la complexité des applications matérielles ou logicielles et des obstacles liés au système, comme un accès sans fil fiable et sécurisé à l'hôpital. De plus, les évaluations de l'orthophoniste (SLP) sont cruciales pour identifier les patients qui peuvent le mieux bénéficier des interventions d'orthophonie. Pourtant, les orthophonistes ne sont pas systématiquement consultés pour les évaluations au moment de l'admission des patients ; une vérification quinquennale à l'hôpital canadien a révélé que plus du tiers des patients qui ont reçu leur congé d'aphasie n'ont pas reçu d'évaluation ou de traitement orthophonique au cours des soins de courte durée. Malgré ces obstacles potentiels, les chercheurs ont émis l'hypothèse qu'il serait possible d'amorcer une thérapie de communication en utilisant la technologie des plateformes mobiles dans le contexte des soins de courte durée. Ils ont cherché à vérifier la faisabilité de l'utilisation de comprimés mobiles dans le contexte des soins de courte durée pour administrer l'orthophonie aux patients hospitalisés à la suite d'un AVC aigu." (Traduction libre)
Recension des écrits	“Une étude de Cochrane a mis en évidence des améliorations significatives de la communication fonctionnelle, de la compréhension de la lecture et de la fonction du langage expressif chez les patients victimes d'un AVC, comparativement à ceux qui ne l'ont pas fait. Des études en cours testent la faisabilité de l'utilisation d'appareils mobiles pour la réadaptation post-AVC, et des études préliminaires appuient leur rôle dans le traitement ambulatoire de l'aphasie. Une étude qualitative récente suggère que les survivants d'AVC ont trouvé ces interventions utiles et acceptables. Bien que des appareils mobiles ont été introduits dans le contexte des soins de courte durée pour promouvoir l'éducation et la participation des patients, il n'y a pas eu d'études utilisant les technologies de plates-formes mobiles pour la thérapie par la communication, en particulier dans les quatorze premiers jours suivant l'AVC” (traduction libre)
Cadre théorique ou conceptuel	Aucun cadre théorique ou conceptuel n'est abordé
Hypothèses/question de recherche/buts	Le premier objectif est de tester le taux de recrutement, le taux d'adhésion, le taux de maintien en poste, les écarts par rapport au protocole et l'acceptabilité de l'introduction d'une thérapie orthophonique mobile auprès de



	patients aphasique suite à un AVC. Le deuxième objectif est de décrire les obstacles rencontrés au niveau de l'intervention, du patient et du système.
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	Le devis est quantitatif.
Population, échantillon et contexte	<p>Les patients admis en service de neurologie à l'Hôpital d'Ottawa étaient recrutés s'ils avaient :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Des troubles de la communication légers à modérés dans l'un ou l'autre des domaines suivants : la parole, le langage et/ou la communication cognitive</li> <li>2) Une note de 1 sur les paramètres Meilleure langue et/ou dysarthrie du score NIHSS (National Institute of Health Stroke Score).</li> </ol> <p>Les critères d'exclusion sont les suivants :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Des troubles de la parole, du langage ou cognitifs préexistants (comme la démence)</li> <li>2) Une maladie grave qui empêcherait d'exécuter les tâches requises de l'étude sur la tablette (p. ex., tumeur maligne au stade terminal, SLA)</li> <li>3) Des déficits de compréhension graves (incapacité de suivre des consignes simples en une étape ou de répondre de façon fiable à des questions oui/non)</li> <li>4) Incapacité d'exécuter des tâches en anglais.</li> </ol> <p>Durant six mois (décembre 2014 - juin 2015), 143 patients ont été hospitalisés pour un AVC et 73 d'entre eux souffraient d'aphasie. Suite à la mise en commun des critères, 29 patients ont été exclus. Sur les 44 restants, neuf ont été transférés dans un autre établissement et cinq ont été omis. Par conséquent, 30 sur les 44 personnes admissibles (taux de recrutement de 68 %) sont inscrites à l'étude.</p>

Méthode de collecte des données et instruments de mesure	<p>Les patients ont été évalués neurologiquement pour tout problème de communication à l'aide d'évaluations neurologiques et de communication standard. Les patients souffrant d'un trouble de la parole, du langage ou de la communication cognitive ont reçu une consultation d'un orthophoniste expérimenté pendant leur séjour aigu à l'hôpital. Le contact initial avec l'orthophoniste comprend : le consentement à l'évaluation, une évaluation initiale, le suivi de la prestation de counseling, d'éducation et d'exercices appropriés à leur déficit de communication.</p> <p>“Cette évaluation SLP a duré entre trente et soixante minutes et a nécessité l'utilisation d'outils d'évaluation couramment utilisés à la discrétion du thérapeute, notamment : Western Aphasia Battery±Revised Bedside (Bedside WAB), Western Aphasia Battery±Revised (WAB-R), Boston Diagnostic Aphasia Examination± 3rd Ed. (BDAE-3), Boston Naming Test± 2nd Ed. (BNT), Ross Information Processing Assessment±Second Edition (RIPA-2), Oral-Motor and Speech Assessments from The Source for Dysarthria± 2nd Ed., 2010. Si un patient satisfait tous les critères d'inclusion, le SLP lui a offert une tablette mobile et le coordonnateur de la recherche l'a inscrit à l'étude.” (Traduction libre)</p>
Déroulement de l'étude	<p>Les données démographiques, les renseignements sur l'éducation et les connaissances informatiques antérieures du patient sont récoltées. Ils ont reçu un Apple Air contenant des applications jugées appropriées pour la thérapie orthophonique, choisies par le SLP pour cibler les déficits de communication identifiés par l'évaluation des communications.</p> <p>Le patient et ses proches ont été informés durant un maximum de quinze minutes sur l'utilisation de la tablette et ont eu un suivi de dix minutes les jours de la semaine pour répondre à leurs éventuelles questions sur son fonctionnement. De plus, le coordonnateur de recherche a, tous les jours de la semaine, noté le temps d'utilisation et le type d'aide demandé.</p> <p>“Les recommandations canadiennes pour les pratiques exemplaires en réadaptation de l'AVC indiquent que les patients devraient recevoir un minimum de trois heures de thérapie spécifique, cinq jours par semaine, administrée par l'équipe interprofessionnelle. Par conséquent, les chercheurs ont recommandé que le patient passe au moins une heure de thérapie par jour sur la tablette tout au long de son séjour en soins. Les patients</p>

	ont accès au Wi-Fi, mais l'accès à des applications autres que les applications d'étude est restreint" (traduction libre)
Considérations éthiques	“Le Comité d'éthique de la recherche du Réseau des sciences de la santé d'Ottawa a validé cette étude. Les patients ont été recrutés sur la base d'une dispense de consentement (aucun consentement écrit ou verbal n'était requis) fondée sur l'intervention d'orthophonie convenant à la norme de soins cliniques de l'Ordre des audiologistes et des orthophonistes de l'Ontario et conforme à l'Énoncé de politique n°2 des trois conseils sur l'éthique de la recherche avec des êtres humains (article 3.7). L'étude a été menée conformément aux principes énoncés dans la Déclaration d'Helsinki.” (Traduction libre)
<b>Résultats</b> Traitement/Analyse des données	“Le principal résultat est la faisabilité, mesurée en fonction du taux de recrutement (nombre de patients recrutés/nombre total de patients répondant aux critères de l'étude), du respect du protocole (interaction avec l'appareil mobile pendant une heure en moyenne par jour), du taux de rétention (nombre de patients continuant d'utiliser le comprimé mobile jusqu'au moment du congé), des écarts par rapport au protocole et de l'acceptabilité sur une échelle de Likert de cinq points. Le respect du protocole est mesuré à l'aide des données d'utilisation du système iOS ; un coordonnateur de l'étude vérifie chaque jour l'utilisation du dispositif. Les écarts par rapport au protocole sont définis comme tout changement imprévu par rapport au protocole approuvé. Ils sont surveillés et consignés par le coordonnateur de recherche, désignés et examinés régulièrement par le chercheur principal afin de déterminer leur incidence globale sur l'étude, conformément aux exigences du comité d'éthique de la recherche. L'échelle de Likert a deux ancres, une option <sup>a</sup> extrêmement <sup>o</sup> positive d'un côté et une option <sup>a</sup> pas du tout <sup>o</sup> négative de l'autre côté. L'objectif secondaire est de décrire les obstacles rencontrés au niveau de l'intervention, du patient et du système. Des statistiques descriptives sont fournies et exprimées sous forme de médianes avec des intervalles interquartiles (IQR)”. (Traduction libre)
Présentation des résultats	“Le taux de rétention, d'observance, d'écart au protocole et d'acceptabilité dans les hôpitaux est de 97 % (29/30). Un patient a refusé de continuer parce qu'il trouve difficile de travailler avec la technologie mobile. La durée médiane du séjour en soins actifs est de 19,5 jours (10,25 ± 24,75), et la durée médiane du séjour en soins actifs est de dix jours (5 ± 14,75). Les patients ont interagi avec la tablette pendant 149,8 minutes/jour en

moyenne, et 25/30 (83 %) ont été en mesure d'achever en moyenne le traitement recommandé une heure par jour. La majorité de l'activité (86,3 %) s'est déroulée entre midi et vingt h. Les patients 3,8 et 17 passent en moyenne plus de 5 heures par jour sur l'appareil mobile. Le patient 3 est un comptable âgé de soixante ans, qui a une légère aphasie réceptive, une dysarthrie modérée et une expérience moyenne en informatique. Le patient huit est un ingénieur de 55 ans avec des déficits d'expression modérés à sévères et une expérience informatique au-dessus de la moyenne. Tous deux sont extrêmement motivés pour améliorer leurs fonctions langagières et ont exprimé le désir de travailler sur la tablette. Le patient 17 est un mécanicien de 61 ans avec des troubles du langage réceptifs et expressifs légers à modérés. Il n'a jamais utilisé auparavant une tablette mobile et se décrit comme un débutant avec des ordinateurs. Dans la mesure du possible, il a utilisé la tablette, souvent dans différentes régions de l'unité d'AVC. Inversement, le patient dix est un employé retraité de 73 ans qui travaillait à l'épicerie et qui a une légère flaccidité. Il a utilisé le comprimé minimal pour les exercices de motricité orale et les sons de la parole. De même, le patient dix-huit est un vendeur d'automobiles de 57 ans qui présente des déficits modérés de réceptivité et d'expression langagière et qui trouve difficile d'utiliser le comprimé ; l'évaluation neuropsychologique subséquente a révélé une déficience cognitive. Le patient 24 est un récepteur de journaux à la retraite âgé de 72 ans souffrant d'aphasie réceptive légère à modérée et d'aphasie expressive modérée. Il n'a utilisé le comprimé que pendant 7 minutes, puis il a cessé et s'est retiré de l'étude, déclarant qu'il se sent trop fatigué pour participer à l'étude. Les écarts de protocole comprennent la perte d'un chargeur, et un patient a quitté l'hôpital avec la tablette mobile et le chargeur qui ont été récupérés par l'équipe de recherche. La majorité des patients (23/25, 92 %) ont classé le comprimé mobile comme 3/5 (modérément pratique) ou mieux dans l'enquête sur la commodité de l'iPad." (Traduction libre)

Trois niveaux de barrières au cours de la phase d'exécution de cette étude ont été rencontrés :

1. Gêne de parler en public avec le comprimé mobile, ce qui a été résolu à l'aide d'un casque d'écoute. Certains patients ont eu besoin de plus de temps et de soutien familial pour comprendre l'intervention.
2. Difficulté d'ouvrir les boîtes des tablettes en raison d'un déficit du contrôle de la motricité fine ; les chercheurs ont trouvé une solution de remplacement qui a résolu ce problème.

	<ol style="list-style-type: none"> <li>3. Nécessité de désinfecter la tablette, l'étui et le chargeur entre les utilisateurs pour satisfaire aux exigences de la prévention des infections dans les hôpitaux. Pour ce faire, l'utilisation de lingettes d'alcool ou de peroxyde d'hydrogène approuvées par l'hôpital.</li> <li>4. Accès au Wi-Fi incohérent, a été résolu à l'aide d'un serveur spécialisé en technologie de l'information (TI). La sécurité de la TI a également soulevé des préoccupations, ce qui a nécessité une évaluation indépendante pour assurer la protection de la vie privée des patients et la sécurité du réseau sans fil et des serveurs de l'Hôpital.</li> <li>5. Les patients qui se présentent avec un déficit de communication au moment de l'admission, n'ont pas nécessairement une consultation orthophonique précoce, ce qui a contribué au fait que cinq patients admissibles n'ont pas participé à l'étude.</li> </ol>
<b>Discussion</b>  Interprétation des résultats	<p>Malgré les données probantes et les recommandations en matière de réadaptation précoce, les patients victimes d'un AVC sont souvent inactifs et seuls pendant leur hospitalisation en soins de courte durée : dans les quatorze jours qui suivent un AVC, les patients passent plus de 50 % de leur temps au lit et 60 % de leur temps seuls. Ces soins aigus permettent des interventions de réadaptation ciblées en utilisant des technologies de plates-formes mobiles qui peuvent être utilisées sans supervision ou du personnel de soins de santé supplémentaire. On peut soutenir que les thérapies de communication sont particulièrement bien adaptées à ce paradigme, car elles peuvent être administrées au lit avec un risque minimal de blessure et/ou de chute. La présente étude a évalué la faisabilité d'offrir une thérapie de communication mobile sous forme de comprimés aux patients en soins de courte durée immédiatement après un AVC. Conformément aux recommandations canadiennes pour les pratiques exemplaires en matière de soins de l'AVC, les chercheurs ont demandé aux patients d'interagir avec l'appareil mobile pendant au moins une heure par jour pendant leur période d'arrêt ; en moyenne, les patients ont plus que doublé cette recommandation. Les chercheurs ont constaté qu'il est possible pour les patients d'utiliser des comprimés mobiles pour la thérapie de communication dans le contexte des soins de courte durée immédiatement après un AVC. En effet, de nombreux patients ont exprimé le désir d'avoir un rôle plus actif dans leur traitement et ont dépassé le minimum recommandé d'une heure. Les chercheurs proposent donc qu'il est possible de lancer un essai clinique évaluant l'efficacité d'une thérapie de communication basée sur les comprimés mobiles dans le contexte des soins. Ils fournissent des données de base sur le</p>

	<p>recrutement, la rétention et l'observance pour éclairer sa conception. Bien qu'une thérapie de communication précoce et intensive est recommandée pour les patients victimes d'un AVC, les données probantes à l'appui de l'utilisation de la technologie mobile à cet égard sont limitées. Les tablettes mobiles ont le potentiel de maintenir et d'augmenter les capacités de communication dans le cadre domestique, avec des rapports publiés qui soutiennent leur facilité d'utilisation. Des études pilotes suggèrent que les interventions basées sur les comprimés peuvent compléter la thérapie du langage et la thérapie cognitive chez les patients souffrant de troubles de communication post-AVC. Cependant, ces premières études ont appliqué des interventions sur les appareils mobiles entre un mois et 178 mois après l'AVC ; d'après les connaissances des chercheurs, cette étude est la première à cibler spécifiquement le séjour hospitalier de quatorze jours en soins précoces. Alors que la moitié de des patients ont commencé une thérapie de communication au cours de la première semaine, le traitement devrait idéalement commencer plus tôt pour optimiser la période critique de récupération post-AVC. Quelques facteurs peuvent avoir mené à l'inscription médiane de 6,8 jours : le SLP n'a pas toujours été consulté immédiatement au moment de l'admission, l'admission pendant les fins de semaine ou les jours fériés a entraîné des retards dans l'évaluation, et des déficits subtils de communication ont peut-être été négligés au départ en raison de l'accent mis sur les déficits de motricité et de marche. De plus, cinq patients répondant aux critères d'inclusion ont été oubliés en raison de leur congé précoce, ce qui donne à penser que des consultations plus constantes auprès de l'orthophoniste auraient pu améliorer le taux de recrutement.</p> <p>Les barrières rencontrées durant l'étude peuvent être classées en trois niveaux : patient, intervention et système.</p>
Forces et limites	<p>Aucune évaluation n'est faite au long terme par respect du protocole de traitement. Aucun moyen n'est mis en place pour savoir si les patients continueront d'utiliser l'outil lorsqu'ils retourneront au domicile.</p> <p>De plus, ils n'ont pas testé la faisabilité d'un tel outil dans tous les établissements de santé afin que le patient puisse transiter entre les différents lieux de soins nécessaires sans interrompre son traitement d'orthophonie mobile en matière de sécurité des TI, ce qui nécessitera une collaboration entre les services de TI afin d'assurer une transition sans heurts avec un minimum d'interruption du protocole de traitement.</p>

	<p>Également, ils n'ont pas pu exclure les données d'utilisation employées pour des applications hors étude préchargées sur l'appareil (Horloge, Contacts, Calendrier, Conseils, Rappels, Cartes, Notes et Paramètres).</p> <p>Finalement, l'étude n'a pas abordé l'efficacité de l'intervention d'un point de vu de l'amélioration de la communication du patient car ils cherchaient à connaître la faisabilité du programme.</p>
Conséquences et recommandations	Il est nécessaire de réaliser d'autres études pour aborder ces points afin d'établir l'efficacité de la thérapie de réadaptation post-AVC fondée sur des plates-formes mobiles.
Commentaires	Article intéressant. Interventions précurseur dans le domaine. Petit échantillon

#### Références :

Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

## Grille de lecture critique d'un article scientifique

## Approche quantitative et mixte

Eléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
<b>Références complètes</b>	Mallet, K. H., Shamloul, R. M., Corbett, D., Finestone, H. M., Hatcher, S., Lumsden, J., ... Dowlathshahi, D. (2016). RecoverNow: Feasibility of a Mobile Tablet-Based Rehabilitation Intervention to Treat Post-Stroke Communication Deficits in the Acute Care Setting. <i>PLOS ONE</i> , 11(12). <a href="https://doi.org/10.1371/journal.pone.0167950">https://doi.org/10.1371/journal.pone.0167950</a> [Traduction libre]				
<b>Titre</b>	Précise-t-il clairement le problème/les concepts/la population à l'étude ?			X	Le problème et la population à l'étude sont abordés. Cependant, aucun concept n'est mentionné.
<b>Résumé</b>	Synthétise-t-il clairement les parties principales de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?	X			Chaque partie est clairement synthétisée.
<b>Introduction</b> Problème de recherche	Le problème ou phénomène à l'étude est-il clairement formulé et situé dans un contexte ?	X			Le problème à l'étude est formulé de manière claire et situé dans un contexte. Le manque d'orthophonie auprès des patients aphasiques suite à un AVC est très faible, mais pourtant important à la rééducation du langage.



Recension des écrits	Fournit-elle une synthèse de l'état des connaissances sur le sujet en se basant sur des travaux de recherche antérieurs ?	X			Plusieurs études sont présentées afin de faire un état des connaissances, mais il n'y a pas eu d'étude sur le même sujet que celle-ci.
Cadre théorique ou conceptuel	Les principales théories et concepts sont-ils définis ?		X		Non, aucune théorie et aucun concept n'est défini.
Hypothèses/question de recherche/buts	Les hypothèses/question de recherche/buts sont-ils clairement formulés ?	X			Elles sont bien formulées. Les buts sont de tester le taux de recrutement, le taux d'adhésion, le taux de maintien en poste, les écarts par rapport au protocole et l'acceptabilité de l'introduction d'une thérapie orthophonique mobile auprès de patients aphasique suite à un AVC ainsi que de décrire les obstacles rencontrés au niveau de l'intervention, du patient et du système.
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	Le devis de recherche est-il explicité ?		X		Au vu des résultats en pourcentage, le devis est quantitatif est utilisé.
Population, échantillon et contexte	La population à l'étude est-elle définie de façon précise ?	X			La population est définie de manière précise. Il s'agit de 30 patients aphasiques.
	L'échantillon est-il décrit de façon détaillée ?	X			Des données sont précisées sur leur état de santé et les caractéristiques liées à leur aphasie. Mais, également sur les données démographiques de ces derniers.

	La taille de l'échantillon est-elle justifiée sur une base statistique ?		X		Aucune justification de la taille de l'échantillon n'est réalisée.
<b>Eléments du rapport</b>	<b>Questions</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>Peu Clair</b>	<b>Commentaires</b>
Méthode de collecte des données et instruments de mesure	Les instruments de collecte des données sont-ils décrits clairement ?	X			Ils sont clairement décrits. Il s'agit de nombreux outils d'évaluation ainsi que la visite du chercheur.
	Sont-ils en lien avec les variables à mesurer ?	X			Oui, ils sont en lien. Ils répondent à la question de recherche.
Déroulement de l'étude	La procédure de recherche est-elle décrite clairement ?	X			La procédure de recherche est bien détaillée et claire. Il s'agit de la distribution de la tablette et l'explication de son fonctionnement et d'un suivi pour répondre aux questions. Le coordinateur récolte chaque semaine les heures d'utilisation de la tablette et les difficultés rencontrées.
Considérations éthiques	A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants ?	X			Des mesures ont été prises afin de préserver les droits du patient. Le comité d'éthique de la recherche du réseau des sciences de la santé d'Ottawa a validé l'étude.
<b>Résultats</b> Traitement/Analyse des données	Des analyses statistiques sont-elles entreprises pour répondre à chacune des questions et/ou vérifier chaque hypothèse ?	X			Des analyses statistiques ont été entreprises pour répondre à chaque question.

Présentation des résultats	Les résultats sont-ils présentés de manière claire (résumé narratif, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			Plusieurs tableaux sont présents.
<b>Discussion</b> Interprétation des résultats	Les principaux résultats sont-ils interprétés à—en fonction du cadre théorique ou conceptuel ?		X		Aucun cadre conceptuel n'est abordé.
	Sont-ils interprétés au regard des études antérieures ?	X			Ils sont interprétés. Ils démontrent que les autres études ont réalisé une intervention plus tard après l'AVC.
	Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			Plusieurs limites sont présentées. Aucune évaluation n'est faite au long terme. Le patient ne pouvait pas changer de service en gardant la tablette. Certaines applications de la tablette n'ont pas pu être supprimées. L'efficacité de l'intervention n'a pas été évaluée.
	Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?		X		Ils mentionnent que malgré que l'étude démontre une amélioration, il est nécessaire de réaliser d'autres études sur le sujet.
Conséquences et recommandations	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique ?			X	Les chercheurs ne traitent pas des conséquences cliniques.
	Font-ils des recommandations pour les travaux de recherche futurs ?	X			Il est nécessaire de tenir compte des limites de cette étude pour de futures recherches.

<b>Questions générales</b> Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			La structure est correcte et l'article est compréhensible.
Commentaires :	Intéressant, innovateur. Ne répond pas vraiment à la question de recherche du travail de Bachelor, mais démontre une manière de rendre le patient autonome dans sa rééducation et offre une solution pour éviter qu'il reste inactif.				

Références :

Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

### Grille de résumé d'un article scientifique

#### Approche quantitative et mixte

Eléments du rapport	Contenu de l'article
<b>Références complètes</b>	Silva Souza, R. C. & Moura Arcuri, E. A. (2014). Communication Strategies Of The Nursing Team In The Aphasia After Cerebrovascular Accident. <i>Revista da Escola de Enfermagem da USP</i> , 48(2), 292-298. <a href="https://doi.org/10.1590/S0080-6234201400002000014">https://doi.org/10.1590/S0080-6234201400002000014</a> [Traduction libre]
<b>Introduction</b> Problème de recherche	Cette étude vise à décrire les stratégies de communication des infirmiers rapportées lors d'entretien et utilisées auprès des patients aphasiques suite à un AVC.
Recension des écrits	<p>L'accident vasculaire cérébral (AVC) est une maladie chronique. Son incidence est aujourd'hui élevée et constitue un problème important de santé publique. Les données du profil épidémiologique estiment qu'en 2015, l'AVC touchait 6,3 millions de personnes dans le monde, avec un impact majeur sur les coûts des soins de la santé. La maladie provoque des séquelles cognitives, motrices, de communication et émotionnelles, qui ont des répercussions sur divers aspects de la vie des personnes touchées et impliquent également leur famille. L'aphasie est un trouble de communication qui touche l'usage et la compréhension du langage. 21 à 38% des patients ayant subi un AVC souffrent d'aphasie. Elle est souvent associée à la dépression, en influençant négativement les activités de la vie quotidienne et de l'autonomie, pour lesquelles la communication est essentielle.</p> <p>La communication avec les patients aphasiques est essentielle au niveau des soins et va influencer positivement les relations entre les professionnels, les patients et la famille.</p>

	Les infirmières sont souvent auprès des personnes ayant subi un AVC pour leur prodiguer des soins. Mais, il y a de nombreuses difficultés. La communication entre le patient aphasique et l'infirmière est inexpressive, sans empathie. Ainsi, l'utilisation de stratégies de communication appropriées va favoriser la sécurité et la satisfaction. Les patients aphasiques sont vulnérables car ils ne peuvent pas exprimer leurs besoins.
Cadre théorique ou conceptuel	Aucun cadre théorique ou conceptuel n'est présent.
Hypothèses/question de recherche/buts	Quelles sont les stratégies de communication utilisées et rapportées par le personnel infirmier dans les soins auprès des patients aphasiques après un AVC ?
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	Le devis de recherche est mixte.
Population, échantillon et contexte	27 sujets (six infirmières, onze techniciens et dix infirmières auxiliaires) qui représentent 69 % du personnel infirmier des unités participant à l'étude. Ces professionnels travaillent directement auprès des patients qui ont accepté de participer à l'étude. Les professionnels en vacances, en congé maladie ou qui ne travaillent pas dans les soins sont exclus.
Méthode de collecte des données et instruments de mesure	Après la signature du consentement, des entretiens individuels ont été fixés avec l'infirmière et le chercheur, pour récolter les stratégies connues par les infirmières sur la communication avec les aphasiques. Ensuite, ces dernières ont été observées au chevet du patient durant les soins. Les données ont été récoltées dans les unités de soins neurologiques de l'hôpital général de São Paulo.
Déroulement de l'étude	Le premier auteur de l'étude a réalisé la collecte des données en deux phases : 1 <sup>er</sup> - Entretiens semi-structurés avec chaque sujet dans une place réservée à la clinique de neurologie, à un moment préalablement programmé pendant leurs heures de travail. Les chercheurs ont utilisé un formulaire qui

	<p>contient des données démographiques et professionnelles, ainsi que des questions fermées et ouvertes sur les stratégies.</p> <p>2e- "Les mêmes sujets ont été observés lors des soins infirmiers. Un journal de terrain est utilisé, ainsi que le scénario de référence préparé par le chercheur, qui comprend les aspects clés des stratégies à suivre. L'observation est faite principalement le matin, lorsque la plupart des soins infirmiers sont dispensés. Les stratégies de communication et les attitudes des participants durant ces soins sont consignées dans le journal de campagne." (Traduction libre)</p>
Considérations éthiques	"L'étude a été validée par le Comité d'éthique et de recherche avec le protocole numéro 505-09." (Traduction libre)
<b>Résultats</b> Traitement/Analyse des données	Les données sont organisées en variables qualitatives. Elles sont ensuite analysées statistiquement en variables quantitatives par le test exact de Fisher.
Présentation des résultats	<p>Caractéristiques sociodémographiques</p> <p>"L'âge moyen des 27 participants à l'étude est de 34 ans <math>\pm</math> 8,4 ans et 55,2 % de l'échantillon est inférieur à 35 ans. Parmi ceux-ci, 55,5 % ont plus de cinq ans d'expérience avec des patients ayant subi un AVC. En ce qui concerne le temps écoulé depuis l'obtention du diplôme, il est en moyenne de 7,8 ans <math>\pm</math> 6,0 et le temps consacré aux soins des patients souffrant d'AVC est de 4,8 ans <math>\pm</math> 3,7." (Traduction libre)</p> <p>"L'étude montre qu'il n'y a aucune différence significative entre les stratégies du personnel ayant une plus longue expérience professionnelle. Cependant, elle démontre qu'il y a une différence entre les stratégies rapportées lors des entretiens et celles observées au chevet du patient. Les interventions prédominantes réalisées par les infirmières lors de la communication durant les soins sont la communication verbale (<math>p &lt; 0.151</math>), l'utilisation du papier et du stylo (<math>p &lt; 0.119</math>), la prodigation de soins (<math>p &lt; 0.111</math>) ainsi que l'observation des patients (<math>p &lt; 0.111</math>). Toutes ces stratégies sont marginalement significatives. 100% du personnel interrogé a indiqué se servir de geste. Les infirmières techniciennes</p>

	<p>et les infirmières assistantes ont également rapporté la communication non verbale (<math>p &lt; 0.414</math>), un tableau (<math>p &lt; 0.45</math>), l'alphabet (<math>p &lt; 0.38</math>), le dessin, des termes facilement compréhensibles (<math>p &lt; 0.732</math>) et la proximité (<math>p &lt; 0.47</math>). L'unique stratégie significative ressortie de l'étude est le touché (<math>p &lt; 0.079</math>). Le papier et le stylo sont mentionnés uniquement par le personnel moins expérimenté. La différence entre les stratégies rapportées lors des entretiens ou celles observées durant la pratique est importante : la proximité est rapportée à 3.7% et observée à 96%, la communication verbale est mentionnée à 33.3% et observée à 100% et les gestes sont nommés à 100%, mais ne sont observés qu'à 40.7%. Il y a une grande connaissance de certaines pratiques, alors que d'autres, sont totalement ignorées. Les soins prodigués sont automatiques et donnent retour à peu d'initiatives de communication de la part des patients. Ainsi, la communication entre les patients souffrant d'aphasie et le personnel n'est pas optimale, en lien avec la réticence des soignants à apprendre de nouvelles stratégies de communication.</p> <p>” (Traduction libre)</p>
<p><b>Discussion</b></p> <p>Interprétation des résultats</p>	<p>Les stratégies les plus citées sont : les gestes, la communication verbale et le papier et le stylo, avec respectivement 100 %, 54,5 % et 50 %. Les stratégies les plus observées sont : la communication verbale, le toucher et la proximité. La stratégie des gestes a un rôle important dans le décodage des messages reçus lors d'interactions professionnelles ou personnelles. Le personnel devrait être guidé quant à leur importance pour faciliter la compréhension entre les soignants et les patients.</p> <p>L'expression corporelle et les manifestations corporelles sont des éléments essentiels de communication. Dans une étude menée sur l'importance de la communication non verbale, les gestes et l'expression faciale sont les symboles les plus fréquemment mentionnés dans les relations humaines. D'autres auteurs affirment que la communication tacesics (toucher) est la stratégie la plus utilisée dans la communication avec les patients, ce qui est cohérent avec leur observation.</p> <p>La documentation démontre qu'il n'y a pas de lien entre l'expérience professionnelle et de meilleurs résultats de communication. Mais, des preuves confirment que l'expérience facilite la communication</p>



avec les personnes handicapées. Les auteurs se demandent si la communication est une compétence qui n'est pas suffisamment développée et/ou exigée dans les cours de formation du domaine de la santé. Cette situation est en évolution car un développement de ce type de compétence professionnelle est actuellement en développement, en lien avec la demande de relations appropriées avec les personnes dans leurs différents contextes de vie. Certaines infirmières de l'étude, (minorité) ont réalisé une spécialisation.

“La communication proxémique présente dans toutes les interactions observées chez les sujets de l'étude a été signalée par les étudiantes en sciences infirmières comme la principale influence de la communication non verbale pendant les soins. L'utilisation majeure de ce type de communication se justifie par la nécessité pour le personnel infirmier d'approcher les patients. C'est un élément essentiel de la relation interpersonnelle dans le processus thérapeutique. Cependant, il faut tenir compte du fait que le soin observé peut être biaisé par l'évaluation de cette variable. La façon dont les professionnels occupent l'espace qui appartient aux patients exige d'eux qu'ils aient les connaissances nécessaires pour éviter que les patients ne se sentent envahis.

La communication tactile est présente dans toutes les activités observées et s'est également produite parce qu'elle est liée à la mise en œuvre des procédures. Ce type de communication implique l'utilisation des mains et si elle est correctement utilisée, elle permet une prise en charge plus humanisée. Comme déjà cité dans cette étude, l'utilisation de cette communication pendant les soins peut être classée comme le toucher instrumental parce qu'il s'agit du type de toucher requis pour le développement des techniques, et non pour objectiver d'autres fins. Ce fait implique que les professionnels ont mis en œuvre la ressource sans prendre conscience de son importance et de son indication sur la relation patient-professionnel, ce qui est en accord avec l'étude qui a observé la prédominance du toucher, efficace et affective. Les auteurs de l'étude susmentionnée ont attesté que les professionnelles en soins infirmiers doivent comprendre que le processus de soins est aussi une forme de communication non verbale. Malgré ces données, dans une autre étude d'observation, une

	<p>constatation est faite, que les praticiens sont conscients de l'importance du toucher pour fournir des soins de qualité, contrairement aux constatations de cette recherche, où moins d'un cinquième des sujets en ont fait état." (Traduction libre)</p> <p>“Les différences observées entre les données issues des entrevues semi-structurées et de l'observation sur le terrain peuvent être liées au fait que la communication verbale n'est pas essentielle dans la conception des professionnels et aussi parce qu'ils n'ont pas de connaissances fondées sur la communication, puisqu'ils ont dit ne pas avoir reçu ce contenu particulier au cours de leur perfectionnement professionnel. Dans une étude récente sur les facteurs qui influencent la communication entre les patients ayant une déficience de communication et les professionnels de la santé, les connaissances sur la question et les habiletés de communication sont mentionnées. Par conséquent, le manque d'intérêt et de connaissance des stratégies de communication non verbale rend impossible l'établissement d'une communication efficace avec ces patients.</p> <p>Ces aspects sont importants car la complexité imposée par la prise en charge des patients aphasiques implique un soutien aux professionnels. Ces professionnels ont besoin d'une attention particulière de la part des établissements universitaires et des établissements de soins de santé lorsqu'ils font face à des situations difficiles dans la prestation des soins. La connaissance et le développement des compétences sont nécessaires dans ces situations, ainsi que le soutien et l'existence de politiques et de processus institutionnels. Il est essentiel d'offrir un environnement propice à la communication thérapeutique associée à la formation, à l'implication de la famille, à un environnement physique approprié et aux attitudes des professionnels pour établir une communication adéquate. Une recherche menée auprès de personnes aphasiques a montré qu'elles communiquent mieux avec des professionnels convenablement formés.” (Traduction libre)</p>
Forces et limites	<p>Cette étude démontre des limites qui ont pu modifier les résultats. La première est que le chercheur ne fait pas partie de l'équipe infirmière étudiée, ce qui a pu influencer la collecte des données durant la période d'observation. Bien que les objectifs de l'étude sont très clairs pour les participants et qu'ils</p>

	<p>semblent sûrs et apparemment disponibles dans les réponses pendant l'entretien, ils semblent aussi dérangés par le fait d'être observés. Cela peut les avoir amenés à ne pas utiliser les ressources qu'ils utilisent habituellement dans leur pratique quotidienne.</p> <p>Malgré les limites citées ci-dessus, cette étude permet de réfléchir sur le rôle des professionnelles en soins infirmiers face au manque d'instruction sur les techniques de communication. La difficulté à communiquer avec les patients atteints d'aphasie après un AVC reflète le manque de programmes de formations et d'éducatons pour les professionnels de la santé.</p>
Conséquences et recommandations	<p>Il est suggéré que d'autres études soient effectuées, y compris l'observation de l'interaction entre le professionnel et le patient au moment de l'aiguillage pour les examens, la préparation au congé et d'autres situations inhabituelles. En plus des études avec une plus grande disponibilité de temps des chercheurs et une association des difficultés avec le degré de blessure, le déficit neurologique, le type d'aphasie et l'évaluation de l'état émotionnel du patient après le CVA doivent être réalisées. Bien qu'elle est considérée comme un outil de base des soins infirmiers, la communication doit être considérée comme une capacité à développer par les infirmières, peu importe leur domaine d'expertise. Grâce à cette capacité, il est possible d'identifier, de comprendre et de contribuer à résoudre les problèmes des patients et de leurs familles.</p>
Commentaires	<p>Echantillon limité, pistes intéressantes. Met en lumière le manque de techniques et de formation de communication du personnel soignant. Ajoute d'autres éléments importants lors de la discussion comme les proches aidants.</p>

Références :

Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

### Grille de lecture critique d'un article scientifique

#### Approche quantitative et mixte

Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
<b>Références complètes</b>	Silva Souza, R. C. & Moura Arcuri, E. A. (2014). Communication Strategies Of The Nursing Team In The Aphasia After Cerebrovascular Accident. <i>Revista da Escola de Enfermagem da USP</i> , 48(2), 292-298. <a href="https://doi.org/10.1590/S0080-6234201400002000014">https://doi.org/10.1590/S0080-6234201400002000014</a> [Traduction libre]				
<b>Titre</b>	Précise-t-il clairement le problème/les concepts/la population à l'étude ?			X	Communication strategies of the nursing team in the aphasia after cerebrovascular accident. En français : Stratégies de communication de l'équipe soignante lors d'aphasie suite à un accident vasculaire cérébral.  Cela précise le problème et le sujet, cependant, aucun concept n'est abordé.
<b>Résumé</b>	Synthétise-t-il clairement les parties principales de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?	X			Chaque partie est clairement synthétisée dans l'étude.

<b>Introduction</b> Problème de recherche	Le problème ou phénomène à l'étude est-il clairement formulé et situé dans un contexte ?			X	Le problème de l'aphasie et plus particulièrement la difficulté pour les infirmières de prendre en charge des patients souffrant d'aphasie de manière optimale sont abordés. Cependant, aucun contexte, ni période de temps post AVC ne sont donnés.
Recension des écrits	Fournit-elle une synthèse de l'état des connaissances sur le sujet en se basant sur des travaux de recherche antérieurs ?			X	Elle présente bien le sujet, mais ne démontre pas réellement les résultats d'études antérieures
Cadre théorique ou conceptuel	Les principales théories et concepts sont-ils définis ?		X		Aucun concept ou théorie ne sont définis.
Hypothèses/question de recherche/buts	Les hypothèses/question de recherche/buts sont-ils clairement formulés ?	X			Cette étude vise à décrire les stratégies de communication utilisées et rapportées par les membres du personnel infirmier dans les soins aux patients après l'AVC.
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	Le devis de recherche est-il explicité ?	X			Une étude transversale considérée comme mixte parce que les données enregistrées dans le journal de campagne sont qualitatives et catégorisées, quantifiées et traitées quantitativement.

Population, échantillon et contexte	La population à l'étude est-elle définie de façon précise ?	X			Elle est définie de manière précise. Les données démographiques et professionnels sont récoltées.
	L'échantillon est-il décrit de façon détaillée ?	X			"L'échantillon est composé de 27 sujets (six infirmières, onze techniciens et dix infirmières auxiliaires) qui représentent 69 % du personnel infirmier des unités où l'étude est réalisée. Des professionnels travaillant dans le domaine des soins, directement au contact avec les patients, ont accepté de participer à l'étude ont été inclus. Les personnes qui sont en vacances, en congé de maladie ou qui exercent des activités administratives sont exclues. " (Traduction libre)
	La taille de l'échantillon est-elle justifiée sur une base statistique ?		X		Aucune justification n'est réalisée sur une base statistique.
<b>Éléments du rapport</b>	<b>Questions</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>Peu Clair</b>	<b>Commentaires</b>
Méthode de collecte des données et	Les instruments de collecte des données sont-ils décrits clairement ?				Les étapes de la collecte de données sont bien expliquées. Cependant, aucun renseignement n'est donné sur le test de Fisher.

instruments de mesure	Sont-ils en lien avec les variables à mesurer ?	X			On s'aperçoit que les personnes observées et interrogées sont censées pour le recueil de données et l'analysé.
Déroulement de l'étude	La procédure de recherche est-elle décrite clairement ?			X	Le questionnaire et plus de précisions sur ce qui va être observé lors de la matinée avec les professionnels n'est pas mentionné.
Considérations éthiques	A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants ?			X	L'étude est approuvée par le Comité d'éthique et de recherche avec le protocole numéro 505-09.
<b>Résultats</b> Traitement/Analyse des données	Des analyses statistiques sont-elles entreprises pour répondre à chacune des questions et/ou vérifier chaque hypothèse ?			X	Les statistiques restent très vagues et manquent de transparence et sont difficiles à comprendre dans le tableau.
Présentation des résultats	Les résultats sont-ils présentés de manière claire (résumé narratif, tableaux, graphiques, etc.) ?			X	Deux tableaux et un graphique montrent les stratégies de communication des infirmières. Cependant, ils manquent de clarté. On peine à comprendre le niveau de formation des "nurse assistant" et des "nurse technician".  Le dernier graphique démontre les stratégies rapportées et les stratégies observées. Cependant, les items sont

					pour certains très vagues ou peu compréhensibles.
<b>Discussion</b> Interprétation des résultats	Les principaux résultats sont-ils interprétés à—en fonction du cadre théorique ou conceptuel ?		X		Aucun cadre théorique ou conceptuel n'est présent.
	Sont-ils interprétés au regard des études antérieures ?	X			Une comparaison avec les études antérieures est réalisée.
	Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			Ils font part de plusieurs limites.
	Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?		X		La généralisation des conclusions n'est pas abordée.
Conséquences et recommandations	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique ?		X		Les conséquences de l'étude sur la pratique clinique ne sont pas abordées.
	Font-ils des recommandations pour les travaux de recherche futurs ?	X			Des recommandations pour le futur sont faites. Réaliser des études avec une plus grande disponibilité du chercheur. L'étude devrait tenir compte des degrés de déficience des patients.
<b>Questions générales</b>	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour		X		La structure est bonne cependant plusieurs éléments sont absents.



Présentation	se prêter à une analyse critique minutieuse ?				
Commentaires :	Petite échantillon, résultats peu clairs. L'étude démontre le manque de connaissances des infirmières.				

#### Références :

Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

**Annexe C**

## Grille résumée de tous les articles scientifiques

Auteur et date	But de l'étude	Devis échantillon et	Interventions proposées	Résultats
McGilton « Focus on communication: increasing the opportunity for successful staff-patient interactions », en français : « Mettre l'accent sur la communication: accroître les possibilités d'interactions réussies entre le personnel et	Tester la faisabilité de l'intervention de PCCI avant une grande étude pour évaluer ses effets. Les objectifs spécifiques sont les suivants : (1) évaluer dans quelle mesure le personnel infirmier met en œuvre les plans de soins de communication ; (2) identifier les perceptions du personnel de	Neuf patients souffrant de troubles de la communication  Dix-huit membres du personnel  Devis mixte	- Orthophoniste pour le développement des plans de communication  - Atelier pour les infirmières - Système de soutien pour le personnel infirmier - Qualité de vie mesurée par SAQOL - évaluer la dépression - évaluer l'infirmière sur une échelle relationnelle par le patient - Utilisations de photos	Grâce à l'acquisition de nouvelles compétences du personnel infirmier : - Moins d'agitation et d'anxiété du personnel et des patients - Moins de frustration - Plus de facilité à comprendre les besoins du patient - Personnel moins soucieux pour les soins - Gain de temps avec le plan de communication - Amélioration de la prise en charge du patient dans la continuité - Meilleure communication et relation entre les infirmières et les patients mais n'a pas influencé le bien-être psychosocial, ni la dépression - Suite au programme, il y a eu une

le patient. » 2011	l'intervention ; (3) explorer les changements dans les perceptions des patients concernant les soins relationnels et le fonctionnement psychosocial des infirmières ; et (4) explorer les changements dans les connaissances et l'attitude des infirmières à l'égard de la communication avec les patients.		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Agitation n'est pas égal à démence</li> <li>- Plan mis en place par l'orthophoniste mais entrevue individualisée</li> <li>- Laisser le temps au patient</li> </ul>	augmentation significative des aptitudes de communication du personnel soignant ainsi que leurs connaissances sur l'aphasie, suite à l'atelier. Cependant aucune différence statistiquement significative n'a été constatée entre le test pré- et post-test sur la relation étroite avec les patients et la facilité de prestation de soins telle que perçue par les infirmières.
Bronken, B. A., & Kirkevold, M. (2013). Between the Lines: Generating	Le but premier de l'intervention est le soutien psychosocial et la promotion du bien-être psychosocial. Le 2 <sup>ème</sup> but est	Devis qualitatif  25 patients souffrant d'aphasie modérée à sévère suite à un AVC.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Importance pour le patient d'être perçu par son interlocuteur comme un adulte intelligent. Ne pas être jugé</li> <li>-Créer un climat de</li> </ul>	<p>Le fait d'être longtemps en contact avec le même interlocuteur aide à la compréhension mutuelle.</p> <p>Poser plusieurs questions pour obtenir des informations est nécessaire.</p> <p>Être attentif aux intérêts et aux objectifs des</p>

<p>Good Qualitative Data in Studies Involving Persons With Aphasia. <i>Advances in Nursing Science</i>, 36(2),</p>	<p>d'évaluer l'utilité et l'acceptabilité de l'intervention clinique et complexe (car cette étude représente une phase exploratrice et d'évaluation du développement de l'intervention).</p> <p>Le but de l'article est également de maximiser la génération de données chez les personnes aphasiques sur la base des expériences.</p>		<p>confiance</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Importance de l'encourager et de soutenir le patient aphasique</li> <li>- Nécessité d'utiliser des facilitateurs lors de la discussion (langage corporel, images, matériaux, échelles graduées, visages)</li> <li>- Interlocuteur attentif, écoute active, interpréter de façon créative</li> <li>- Démarrer la discussion avec une question ouverte et en cas de difficulté de la personne aphasique, reposer une question fermée sur le même sujet afin de l'aider et éviter la frustration</li> <li>- L'interlocuteur doit</li> </ul>	<p>participants sans les interrompre et éviter de perturber le flux de la parole, mais terminer l'interview avant que le participant soit épuisé.</p>
--	--	--	--	---

			<p>agir comme une source commémorative : aide le patient à se souvenir et à garder le fil de ses pensées</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Implication des partenaires de collaboration pour apprendre à communiquer</li> <li>-Prendre en compte la fatigue rapide des patients aphasiques lors d'une discussion. Faire des pauses</li> <li>- Nécessité d'un questionnement continu pour être capable d'améliorer l'élaboration et la réflexion sur un sujet</li> </ul>	
« RecoverNow: Feasibility of a Mobile Tablet-	Le principal objectif de faisabilité consiste à évaluer le taux de	Devis quantitatif	- Utilisation de la tablette	<p>Un participant a abandonné l'étude car il était difficile pour lui d'utiliser la tablette.</p> <p>Le temps moyen d'utilisation de l'application est</p>

<p>Based Rehabilitation Intervention to Treat Post-Stroke Communication Deficits in the Acute Care Setting » en français : RecoverNow : faisabilité d'une intervention de réadaptation mobile (smartphone) pour traiter les déficits de communication post-AVC dans le contexte des soins de</p>	<p>recrutement, le taux d'adhésion, le taux de maintien en poste, les écarts par rapport au protocole et l'acceptabilité de l'intervention. Le deuxième objectif est de décrire les obstacles rencontrés au niveau de l'intervention, du patient et du système.</p>	<p>29 participants</p>		<p>de 149.8 minutes par jour.</p> <p>Ce dispositif a permis de rendre les patients plus autonomes dans leur rééducation et a éviter qu'ils restent inactifs.</p>
--	---	------------------------	--	--

courte durée				
<p>Bronken, B. A., Kirkevold, M., Martinsen, R., Wyller, T. B., &amp; Kvigne, K. (2012). Psychosocial Well-Being in Persons with Aphasia Participating in a Nursing Intervention after Stroke. <i>Nursing Research and Practice</i>, 2012,</p>	<p>Les objectifs de cette étude sont d'explorer comment les participants souffrant d'aphasie ont vécu la participation à l'intervention et son impact sur leur processus de rétablissement et leur bien-être psychosocial pendant et après l'intervention.</p>	<p>Devis qualitatif</p> <p>Sept personnes atteintes d'aphasie modérée à sévère ayant subi un AVC au cours des douze semaines précédentes</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- triangulation : mise en commun des vidéos filmées durant les entretiens, des notes prises par l'infirmière après chaque entretien et des données récoltées grâce aux instruments</li> <li>- Chaque rencontre se base sur des feuilles de travail élaborées sur des sujets décrits comme difficiles dans la littérature sur l'AVC. Les principes de la méthode « conversations assistées pour adultes atteints d'aphasie » sont utilisés afin de faciliter les conversations.</li> <li>- L'intervention est un processus individuel qui est axé sur le dialogue, la</li> </ul>	<p>Le temps de parole et l'attention accordés aux conséquences psychosociales de l'AVC et de l'aphasie sont soulignés par les participants comme étant importants car la plupart d'entre eux n'ont pas d'interlocuteur dans leur environnement naturel, étant capable de comprendre leur situation et leur état.</p> <p>Plusieurs des participants ont mentionné avoir des difficultés à amorcer une conversation et ne pas savoir de quoi parler ou comment s'exprimer.</p> <p>Plusieurs des participants ont exprimé qu'ils sont embarrassés au sujet de leur handicap linguistique à l'extérieur des interventions car ils ont peur d'être considérés comme incompetents, ivres ou puérils.</p> <p>Les rencontres au cours de l'intervention sont vécues comme un lieu sécuritaire pour les participants afin de communiquer des expériences liées à la maladie et à la vie quotidienne. La confiance, la reconnaissance, le respect et la connaissance sont décrits comme des éléments importants lors du processus de collaboration.</p>



			<p>collaboration ainsi que sur la résolution de problèmes entre le survivant de l'AVC et l'infirmière.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- L'intervention comporte quatre dimensions du bien être psychosocial qui sont menacées par l'AVC</li> <li>- L'auto détermination guidée est employé afin d'aider les participants à développer de nouvelles compétences de vie pour faire face aux conséquences psychosociales de l'AVC.</li> <li>- Les notes contiennent des dialogues, des activités et des interactions, l'utilisation des feuilles de travail et des ressources de communication, le</li> </ul>	<p>Tous les participants ont exprimé l'importance d'avoir une personne disponible pour les aider à exprimer leurs pensées et sentiments ainsi qu'à communiquer.</p> <p>Les participants ont apprécié que leurs réactions soient reconnues comme « normales » en communiquant sur ces sujets au cours des rencontres, ce qui leur a donné un peu de confiance et d'ordre dans une situation autrement confuse. Ils se sentent compris en ce qui concerne leur langage compromis et leur situation de survivant d'un AVC aphasique.</p> <p>Malgré leur aphasie, les participants ont éprouvé le sentiment de parler.</p> <p>L'apport des connaissances (acquérir ou informations sur leurs droits...) lors des séances est un aspect important pour chacun des participants, pour faire face à la situation. Les limites liées à l'élocution, à la lecture et à l'écriture compliquent l'obtention d'informations dans le système de santé par eux-mêmes.</p> <p>Les participants ont perçu l'intervention comme un complément important aux autres services reçus.</p>
--	--	--	--	---

			<p>contexte, la durée et les réflexions.</p> <p>- Un partenariat durable entre les participants et l'infirmière a permis de co-construire et d'encadrer progressivement leurs histoires, qui ont pu être partagées, développées et discutées au fil du temps</p>	
--	--	--	--	--

<p>Silva et Arcuri</p> <p>Communication strategies of the nursing team in the aphasia after cerebrovascular accident. En français : Stratégies de communication de l'équipe soignante lors d'aphasie suite à un accident vasculaire cérébral.</p>	<p>Vise à identifier les stratégies de communication utilisées et rapportées par le personnel infirmier dans les soins auprès des patients aphasiques suite à un AVC.</p>	<p>Devis mixte</p> <p>27 sujets dont six infirmières, onze techniciens et dix infirmières auxiliaires</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gestuelles</li> <li>- Toucher</li> <li>- Stylo- papier</li> <li>- Communication verbale</li> </ul>	<p>On peut voir que les stratégies rapportées par les participants en fonction de la durée de l'expérience professionnelle n'ont montré aucune différence significative entre les plus et moins expérimentés. Dans les deux groupes, le toucher a atteint les fréquences les plus élevées, ayant été rapporté par tous les répondants.</p> <p>Il attire l'attention sur le fait que l'utilisation du stylo, du papier et du dessin ne sont signalés que par des personnes moins expérimentées, atteignant un tiers d'entre elles.</p> <p>La communication efficace entre les patients qui ont subi un AVC et le personnel soignant n'est souvent pas atteinte en raison de la résistance des professionnels à apprendre de nouvelles méthodes plus efficaces.</p> <p>Parmi les stratégies observées, la communication verbale, le toucher et la proximité sont les plus fréquents. La stratégie des gestes, la plus souvent rapportée par les participants, n'est pas fréquente pendant les soins, avec un pourcentage de 40,7 %. Ces gestes jouent un rôle important dans le décodage des messages reçus lors d'interactions professionnelles ou personnelles, et le personnel devrait être guidé</p>
---	---	---	---	--

				quant à leur importance afin de faciliter la compréhension entre les soignants et les patients.
--	--	--	--	---

<p>Morris, M. A., Clayman, M. L., Peters, K. J., Leppin, A. L., &amp; LeBlanc, A. (2015). Patient-centered communication strategies for patients with aphasia: Discrepancies between what patients want and what physicians do. <i>Disability and Health Journal</i>, 8(2), 208-215. <a href="https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2014.09.007">https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2014.09.007</a></p>	<p>Le but de cette recherche est de définir la préférence des patients et des médecins au sujet des stratégies de communication centrées sur le patient. Puis, d'évaluer l'utilisation des stratégies identifiées au cours des rencontres cliniques observées.</p>	<p>Devis qualitatif multiple</p> <p>13 patients et 14 compagnons</p>	<p>Les données recueillies par les experts comprennent des rencontres cliniques enregistrées sur vidéo, des entrevues post-rencontres avec le patient ainsi que leur compagnon et des questionnaires à l'intention des médecins après la rencontre.</p> <p>La vidéo a servi d'aide visuelle pour faciliter la venue du langage, pour le patient atteint d'aphasie.</p> <p>Les stratégies spécifiques que les chercheurs ont utilisées pour confirmer leur compréhension de la communication des patients incluent :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Répéter ce qu'ils comprenaient par rapport aux dires</li> </ul>	<p>Les participants ont apprécié lorsque le médecin a adressé des commentaires et des questions directement au patient, en se tournant pour parler avec le compagnon seulement en cas de besoin.</p> <p>Les patients ont apprécié les médecins parlant lentement et utilisant un langage qu'ils peuvent comprendre.</p> <p>Les patients et les compagnons ont vu favorablement des cas où les médecins ont donné plus de temps au patient pour répondre à des questions ou faire des déclarations.</p> <p>Plusieurs patients et compagnons ont également apprécié le fait que les médecins maintiennent un contact visuel et utilisent le langage corporel, ce qui indique qu'ils sont présents et intéressés par ce que le patient communique.</p> <p>Plusieurs des participants ont noté que les médecins n'utilisent que rarement des gestes ou des aides visuelles. Ils ont également souligné qu'aucun des médecins n'a consigné d'information clé au cours de la rencontre clinique. Lorsque les chercheurs leur ont posé la question, aucun des patients ou des compagnons n'a déclaré avoir</p>
--	--	--	--	---

			<p>du patient</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Écrire des mots clés</li> <li>- Engager le compagnon comme « interprète »</li> <li>- Utiliser des captures d'écran de la vidéo enregistrement comme aide visuelle pour la vérification.</li> </ul>	<p>discuté de stratégies de communication avec leur médecin ou les médecins qui se sont renseignés sur les stratégies désirées.</p> <p>Le dernier thème concerne les stratégies que les compagnons et autres partenaires de communication utilisent avec les patients en dehors des rencontres cliniques :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Écrire des mots clés</li> <li>- Utiliser des gestes</li> <li>- Contact visuel</li> <li>- Utiliser des gestes</li> <li>- Parler lentement</li> <li>- Se répéter si nécessaire</li> <li>- Donner au patient le temps de communiquer</li> </ul> <p>La majorité des stratégies ressorties par les 21 médecins se répartissent en six catégories :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Utiliser le compagnon pour faciliter la communication</li> <li>- Prendre plus de temps et être patient</li> <li>- Lire le langage corporel des patients et maintenir un contact visuel</li> <li>- Avoir une relation établie avec le patient</li> </ul>
--	--	--	---	--

				<ul style="list-style-type: none"><li>- Utiliser des questions fermées</li><li>- Parler lentement et simplement</li></ul> <p>Aucun des médecins n'a mentionné utiliser des aides visuelles ou des gestes, ou écrire des mots clés comme stratégies utilisées avec le patient durant l'étude. Trois des médecins ont signalé qu'ils pourraient utiliser des aides visuelles, comme par exemple un tableau de communication lors de futures rencontres avec des patients atteints d'aphasie.</p> <p>En raison des divergences entre les patients, les compagnons ainsi que les médecins, les stratégies retenues pour l'analyse du contenu des enregistrements vidéo étaient :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- écrire des mots clés</li><li>- Utiliser des aides visuelles</li><li>- Utiliser gestes.</li></ul>
--	--	--	--	---

**Annexe D**



## Grille résumée des interventions

Interventions	Noms – auteurs des articles					
	McGilton et al.	Mallet et al.	Silva Souza & Moura Arcuri	Morris et al.	Bronken et al.	Bronken & Kirkevold
Programmes testés	<p><b>PCCI:</b></p> <p>Augmente la facilité de compréhension par les infirmières. Ils sont moins soucieux lors des soins. Gain de temps, amélioration prise en charge dans la continuité</p>	<p><b>RecoverNow</b></p>			<p><b>Rencontres basées sur la conversation assistée pour adultes atteints d'aphasie, avec une infirmière</b></p> <p>Ces rencontres sont vécues par les patients comme sécuritaires afin de communiquer</p>	<p><b>Intervention sur le soutien et la promotion du bien-être psychosocial</b></p>

					<p>des expériences liées à la maladie et à la vie quotidienne.</p> <p>Elle offre un interlocuteur capable d'entendre sans jugement et plein de ressources.</p> <p>Les patients apprécient être reconnus comme une personne normale. Permet d'augmenter leur confiance en eux. Ils se sentent compris. Malgré leur aphasie, ils éprouvent le</p>	
--	--	--	--	--	---	--

					sentiment de parler.	
Filmer les entrevues avec le patient				<p>Explorer les perceptions du patient et de leur proche sans avoir à remémorer oralement les événements précédents</p> <p>Facilite la formation du langage chez le patient. Lui permet de commenter les éléments positifs et négatifs dans la communication et comment améliorer celle-ci.</p>	Capter les expressions verbales et non verbales	

Fournir une tablette au patient contenant des applications appropriées pour la thérapie d'orthophonie en soins aigus et soutenir le patient dans sa démarche		<p>X</p> <p>Aide à donner une thérapie plus immédiate et intensive dans le but d'éviter que les patients restent seuls et inactifs.</p> <p>Participe à rendre acteur le patient dans sa réadaptation.</p>				
Être doté de personnel ayant une plus grande expérience de la communication.			Aucune différence significative entre les stratégies employées par le personnel ayant une plus longue expérience			

			professionnelle			
Atelier afin d'approfondir les connaissances sur la gestion de la communication et la gestion comportementale	<p><input checked="" type="checkbox"/> Diminue l'agitation, l'anxiété du patient.</p> <p>Diminue la frustration du patient et du personnel de soin.</p> <p>Aucune différence statistiquement significative pré et post-test au sujet de la relation et de la facilité de la prestation de soin.</p>					
Avoir un soutien régulier au chevet du patient et des commentaires et des stratégies par un	<input checked="" type="checkbox"/>					

mentor						
Évaluer la qualité de vie grâce à l'échelle SAQOL et la dépression grâce à l'échelle de dépression gériatrique	X L'amélioration de la communication et de la relation entre les deux interlocuteurs n'ont pas augmenté le bien-être psychosocial, ni diminuer la dépression					
Utiliser le langage corporel et les gestes	X		Utiliser des gestes à 100% dans la pratique	X Lire le langage corporel du patient		X
Utiliser le toucher			Est absent au chevet des patients même s'il est rapporté dans les stratégies			

			utilisées			
Utiliser la communication verbale			Utilisé à 54.5% dans la pratique			
Utiliser des images	X					X
Utiliser différents matériaux			Stylo et papier : Utilisé à 50%, mais ne sont signalés que par des personnes moins expérimentées	Aide visuelle		X Papier stylo Horloges, calendrier, lettre de l'alphabet, chiffres, signe oui et non
Utiliser des échelles	X					X
Utiliser des mots-clés				X		X

Utiliser un rythme de parole lent				X et simple		
Garder le contact visuel				X		
Laisser le temps au patient	X			X	Montre de l'importance pour les patients pour améliorer la communication	
Considérer comme une personne à part entière ayant des ressources	X				X	X
Ne pas juger	X				X	X
Etablir un climat de confiance	X			X	X	X
Encourager et	X				X	X



soutenir au quotidien						
Être attentif	X					X Est nécessaire
Pratiquer l'écoute active	X					X
Interpréter de manière créative les réponses du patient en l'aidant à garder le fil de ses pensées	X					X
Démarrer par une question ouverte et reposer une question fermée sur le même sujet.  Poser plusieurs questions dans le but d'obtenir des informations	X Améliore la compréhension mutuelle			X		X Est nécessaire

Poser des questions courtes						X Engendre une plus grande facilité à répondre
Répéter les informations plusieurs fois				X		
Prendre en compte la fatigue						X Nécessaire
Initier les différents personnels à la communication	X					
Prendre en compte que l'agitation n'est pas synonyme de démence	X					
Contact prolongé	X					X

et répétitif entre deux interlocuteurs	Améliore la compréhension mutuelle					Aide à la compréhension mutuelle et maximise la qualité et la pertinence des données
Tenir compte des objectifs et des intérêts du patient	X					
Être doté en personnel ayant une plus grande expérience de la communication			Aucune différence significative entre les stratégies par le personnel ayant une plus longue expérience professionnelle			
Agir comme un participant ouvert et intéressé qui guide les conversations						X

sans les diriger						
Prendre plus de temps avec le patient				X		
Ne pas interrompre et éviter le perturber le flux de paroles						X Nécessaire
Intégrer le proche				<p>Est employé comme interprète afin de confirmer leur compréhension.</p> <p>Les patients relèvent leur proche comme une stratégie de communication</p>		<p>X</p> <p>Fournit également des informations pertinentes qui améliorent la capacité à comprendre les expressions des participants</p>

**Annexe E**

## Thèmes mis en avant

Filmer les entrevues	Morris et al., Bronken et al.
<b>Langage corporel et gestes</b>	McGilton et al., Silva Souza & Moura Arcuri, Morris et al., Bronken & Kirkevold
Images	McGilton et al., Bronken & Kirkevold
<b>Matériaux : stylo, papier, aide-visuelle, horloge, calendrier, lettre alphabet, chiffres, signe oui-non</b>	McGilton et al., Silva Souza & Moura Arcuri, Morris et al., Bronken & Kirkevold
Échelles	McGilton et al., Bronken & Kirkevold
Laisser le temps	McGilton et al., Morris et al., Bronken et al.
Considérer comme une personne à part entière ayant des ressources	McGilton et al., Bronken & Kirkevold, Bronken et al.
Ne pas juger	McGilton et al., Bronken & Kirkevold, Bronken et al.
<b>Établir un climat de confiance</b>	McGilton et al., Bronken & Kirkevold, Bronken et al., Morris et al.

Encourager et soutenir au quotidien	McGilton et al., Bronken & Kirkevold, Bronken et al.
Être attentif	McGilton et al., Bronken & Kirkevold
Écoute active	McGilton et al., Bronken & Kirkevold
Interpréter les réponses, garder le fil	McGilton et al., Bronken & Kirkevold
Question ouverte puis fermée, poser plusieurs questions dans le but d'obtenir des informations	McGilton et al., Bronken & Kirkevold, Morris et al.
Prendre en compte la fatigue	McGilton et al., Bronken & Kirkevold
Contact prolongé et répétitif entre deux interlocuteurs	McGilton et al., Bronken & Kirkevold
Intégrer le proche	Morris et al., Bronken & Kirkevold

- Langage corporel et gestes : centré sur le patient,
- Matériaux : stylo, papier, aide-visuelle, horloge, calendrier, lettre alphabet, chiffres, signe oui-non : partenariat, centré sur le patient
- Établir un climat de confiance : lien avec le partenariat, centré sur le patient et qualité de vie ces 3 interventions ressortent dans 4 études.
- Connaissances du professionnel incluant les différents matériaux (matériaux : stylo, papier, aide-visuelle, horloge, calendrier, lettre alphabet, chiffres, signe oui-non)
- Proche
- Atouts relationnels