

Tables des matières

Résumé	ii
Liste des tableaux.....	v
Remerciements	vi
Introduction.....	1
Problématique	3
Epidémiologie et prévalence de la démence.....	3
La démence.....	5
Les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence	8
Dépistage des troubles comportements et psychologiques ..	10
La douleur.....	11
Lien avec la démence	13
Dépistage de la douleur	14
Question de recherche	17
Objectifs	17
Cadre théorique.....	18
Sciences infirmières.....	19
Métoparadigme infirmier	19
Théorie / Aspects théoriques	20
Postulats.....	20
Paradigme/école des pensées :.....	21
Définition des méta-concepts.....	22
Concepts	23
La qualité de vie.....	23
La bientraitance	23
La dignité	24
Méthode	26
Argumentation et choix du devis	27
Méthode de recherche.....	27
Résultats	34
Les propriétés de la méthodologie des articles retenus	35
Catégorisation des résultats	37

Les comportements liés à la douleur.....	37
Les comportements liés à la démence.....	40
L'évaluation avec différentes échelles.....	41
Les échelles d'évaluations de la douleur.....	41
Les échelles d'évaluations des comportements/agitations	42
L'impact sur la qualité de vie.....	43
Discussion	44
Réponse à la question de recherche	45
Interprétation des résultats	47
Enjeux pour la pratique.....	50
Pistes et recommandations pour le futur.....	50
Forces et limites	52
Conclusion.....	53
Déclaration d'authenticité.....	55
Références	57
Appendices A	61
Appendice B	88
Appendice C	90
Appendice D	95
Appendice E	98

Liste des tableaux

Tableau 1: Tableau explicatif de la recherche	28
Tableau 2 : Tableau des critères d'inclusions et exclusions	30

Remerciements

Nous remercions notre directrice de travail de Bachelor, Madame Ariane Kapps qui nous a guidées tout au long de l'élaboration de cette revue de littérature, en nous partageant son expérience des sciences infirmières.

Nous adressons nos chaleureux remerciements aux personnes qui ont pris le temps de lire et d'apporter des corrections à notre travail : Sylvie Werro, Frédérique Michel et Christel Pillonel.

Introduction

Les auteures ont choisi d'approfondir ce sujet, car elles travaillent depuis plusieurs années en tant qu'aides-soignantes les weekends et les vacances scolaires dans des établissements médico-sociaux (EMS). A travers leurs expériences, elles ont pu constater la difficulté d'évaluer la douleur chez les résidents atteints de démence modérée à sévère. La cause est que les comportements sont souvent mis sur le compte de la démence et non interprétés pour un comportement dû à la douleur. Cette problématique n'est pas assez abordée dans la pratique infirmière.

Cependant, le personnel soignant arrive-t-il à aborder cette problématique ? Néanmoins, la douleur est subjective à chacun, ce qui peut rendre l'évaluation de la douleur difficile. Pourtant, il existe de nombreuses échelles pour évaluer la douleur.

Cela interroge les auteures quant au rôle infirmier à adopter pour offrir des soins de qualité à un résident, qui ne peut pas forcément verbaliser ce qu'il ressent ou a besoin. La qualité de vie chez les résidents est primordiale pour un accompagnement avec bientraitance.

Etant donné la croissance de la population des personnes âgées démentes, ce sujet touche l'ensemble des EMS (OFS, 2019).

Cette revue de littérature contient différentes parties. En premier lieu, une description de la problématique sur le sujet sera exposée et une question de recherche en découlera. Dans un second temps, les différents concepts et la théorie du *Human Caring* de Jean Watson seront décrits et mis en lien avec la thématique. Ensuite, la méthodologie de ce travail sera explicitée avec les différentes étapes, ainsi que les critères d'inclusions et exclusions des articles retenus. La méthode de synthèse des données est décrite. Les résultats des articles sélectionnés seront exposés et critiqués. Pour conclure ce travail de Bachelor, les forces et limites de celui-ci seront nommées et des recommandations seront proposées.

Problématique

Dans ce chapitre, les auteures exposent les thématiques autour de la personne âgée : en particulier les résidents souffrant de démence, les comportements liés à la démence et la douleur. Des facteurs pouvant péjorer la qualité de vie des résidents si ceux-ci ne sont pas pris en charge correctement par le personnel infirmier.

Epidémiologie et prévalence de la démence

En Suisse, la population subit un vieillissement démographique en raison des progrès médicaux et de l'augmentation de l'espérance de vie. La proportion de personnes âgées résidant en Suisse ne fait que d'accroître. En 2017, les personnes âgées de 65 ans et plus représentent 1.6 millions sur 8.4 millions de la population Suisse (OFS, 2017).

L'avancement dans l'âge est un des facteurs de risque dans le développement de maladies chroniques. « La démence constitue un problème majeur chez les personnes âgées » (OBSAN, 2015, p.19). Selon OFSP (2018), les personnes atteintes de démence en Suisse se dénombrent à un total de 148'000. Chaque année près de 28'100 nouveaux cas sont diagnostiqués. Selon certaines estimations, en 2040, la Suisse comptera 300'000 personnes atteintes de démence (OFS, 2015). Parmi les personnes âgées de 65 ans et plus, 9% d'entre eux sont atteints de la maladie d'Alzheimer ou une autre forme de démence (corps de Lewy, vasculaire et fronto-temporale), puis ce chiffre passe à 41% pour les 90 ans et plus (Alzheimer.ch, 2015). Cela illustre la tendance que les personnes viennent de plus en plus âgées et peuvent être atteintes de démence en Suisse. Selon l'OBSAN (2015, p.19), « cette évolution, cruelle pour les personnes touchées, soumet le personnel soignant et la collectivité dans son ensemble à un important défi ».

Selon l'OFS (2015), « Les démences sont le motif principal du besoin des soins chez les personnes âgées et la 3^{ème} cause de décès en Suisse ». Au vu de leurs pathologies, certains ainés seront institutionnalisés. Ces personnes représentent 70 à 80% des résidents en EMS (Voyer, P. 2013).

Actuellement, il existe un écart important entre les besoins en matière de prévention, de traitement et de prise en charge de la démence et les prestations effectivement assurées. La démence est sous-diagnostiquée partout dans le monde et lorsqu'elle est diagnostiquée, c'est en général à un stade relativement avancé. [...] Le fait que cette maladie soit méconnue et mal comprise entraîne souvent une stigmatisation et fait obstacle au diagnostic et aux soins (OMS, 2017, p.5).

Il est important de mentionner que les prestations de soins apportées aux personnes démentes génèrent un certain coût. Selon des estimations, en 2017, cela représente un budget d'environ 9.7 milliards de francs suisse (Alzheimer.ch, 2017).

La démence est une problématique de santé mondiale et actuelle. Voici ce que décrète l'OMS (2019) :

L'OMS considère la démence comme une priorité de santé publique. En mai 2017, l'Assemblée mondiale de la Santé a approuvé le *Plan mondial d'action de santé publique contre la démence 2017-2025*. Ce plan propose un schéma directeur complet de l'action à mener à l'intention des responsables de l'élaboration des politiques, des partenaires nationaux, régionaux et internationaux et de l'OMS, dans les domaines suivants :

- Faire connaître la démence et mettre en place des initiatives visant à améliorer la manière dont la démence est perçue ;
- Réduire le risque de démence ;
- Le diagnostic, le traitement et la prise en charge de la maladie ;

- La recherche et l'innovation ;
- Le soutien aux aidants.

Les données épidémiologiques citées ci-dessus démontrent qu'en général les soins apportés aux personnes démentes ne sont pas adaptés. Les causes émises sont une méconnaissance de cette maladie et de sa prise en soin. Cela montre l'importance d'effectuer des travaux de recherches sur ce sujet, afin que les infirmières puissent offrir des soins de qualités en se basant sur des données probantes. A travers ce travail de Bachelor, les auteures espèrent promouvoir un impact clinique pour une prise en charge optimale et adaptée des résidents atteints de démence.

La démence

La démence est un terme générique pour un certain nombre de maladies qui associent la perte de mémoire au dysfonctionnement d'au moins une des fonctions mentales telles que la parole, le mouvement, la reconnaissance, la planification et/ou l'action (OFS, 2015).

La démence est ou peut être accompagnée par un déficit comme : problème de langage, incapacité de jugement, de raisonnement, etc. L'ensemble de ces déficits cognitifs touchent les capacités de la personne à s'exprimer sur ces besoins, désirs et opinions. De ce fait, la qualité de vie est touchée, car la personne a de la difficulté à exprimer aux soignants ce qu'elle ressent comme par exemple : la douleur, la faim, la soif (Voyer, P. 2013).

A l'heure actuelle, les démences sont un des problèmes neurologiques les plus fréquents chez les personnes âgées. Il existe 4 démences principales :

1. Type Alzheimer : « est caractérisée par l'association d'une amnésie hippocampique à des troubles cognitifs instrumentaux (langage, praxies,

gnosies) témoignant d'une atteinte corticale d'évolution progressive retentissant sur le comportement et l'autonomie (HAS, 2011, p.13). Cette forme de démence touche environ 60 à 70% des patients (OMS, 2019).

2. Démence à corps de Lewy : est causée par une accumulation de protéines qui se développent à l'intérieur des cellules nerveuse (OMS, 2019). Elle se distingue par des troubles cognitifs fluctuants centrés sur les fonctions exécutives et/ou des troubles visuo-spatiaux, ainsi que par des symptômes parkinsoniens (HAS, 2011, p.14).

3. Démence fronto-temporale : est provoquée par une dégénérescence des lobes frontaux du cerveau (OMS, 2019). Elle se caractérise par des troubles du comportement inauguraux (apathie, désinhibition) (HAS, 2011, p.14).

4. Démence vasculaire : Elle est dû à des lésions cérébro-vasculaires et dégénératives (HAS, 2011). Selon la HAS (2011, p.13), « cette démence provoque des troubles neuropsychologiques prédominant sur les fonctions exécutives et comportementales (apathies, hyperémotivité et irritabilité) ».

Selon l'OMS (2019), « les frontières entre les différentes formes de démences ne sont pas nettes et les formes mixtes sont fréquentes ». De plus, en 2019, aucun traitement permet de guérir de la démence ou de ralentir son évolution. Contrairement aux idées reçues, les facteurs de risque ne sont pas seulement liés à un âge avancé. Le mode de vie influence le développement de ces démences, tels que la sédentarité, l'obésité, une mauvaise alimentation, le tabagisme, le diabète de type 2, l'hypertension dès la quarantaine, ainsi que l'usage nocif de l'alcool. D'autres facteurs de risques sont modifiables comprenant la dépression, l'isolement social, un faible niveau d'instructions, ainsi qu'une absence d'activité cognitive (OMS, 2019).

Ces démences affectent la qualité de vie et l'autonomie chez les résidents (Voyer, P. 2013). La qualité de vie est un concept à prendre en compte par les soignants. Ce concept sera développé dans le chapitre « Concept » plus en détail. Selon Sager, C. & all (2018, p.74), « la qualité de vie s'intéresse à l'intégration de la personne malade dans sa vie quotidienne à ce qu'elle ressent, son bien-être et à l'interaction de la maladie avec ce bien-être ». « Afin de l'obtenir, [...] un ratio soignant en institution suffisant est nécessaire. La formation du personnel intervenant auprès de ces patients est essentielle » (HAS, 2011, p.18). Selon l'Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM, 2018),

Des conditions de vie objectives telles que la santé physique, l'autonomie, la participation à la vie de la société, l'organisation sensée du quotidien, l'expérience du respect et de l'estime, la possibilité d'exercer des activités quotidiennes et de bonnes conditions de logements sont des préalables importants pour une bonne qualité de vie des personnes démentes. Mais en définitive, la qualité de vie ne résulte pas de ces conditions de vie objectives en elles-mêmes mais de leur appréciation subjective. Un aménagement du milieu de vie axé sur les besoins individuels et centrés sur la personne est donc décisif chez les personnes atteintes de démence. [...] Si la patiente ne peut plus s'exprimer, un accompagnement attentif est nécessaire pour lui permettre d'accéder au présent vécu. Cela requiert non seulement une observation attentive mais aussi de l'empathie.

D'après l'ASSM (2018), la qualité de vie du résident est influencée par la qualité des soins reçus. Les infirmières doivent reconnaître le patient atteint de démence tout d'abord comme un être humain. « La prise en charge doit être orientée selon la biographie de la personne démente tout en étant adaptée à sa situation de vie actuelle avec les compétences restantes. [Cela] permet ainsi à la personne démente de conserver ses habitudes, de prendre des décisions et de se sentir acceptée et

estimée ». Les soignants doivent avoir une attitude bienveillante auprès des résidents atteints de démence.

Etant donné la prévalence notable des démences chez les aînés, il est fondamental que l'infirmière en connaisse les diverses manifestations cliniques et assume ses différents rôles auprès de la personne atteinte et de ses proches, ceci au sein de l'équipe interdisciplinaire. En particulier, elle doit veiller au respect de la dignité humaine de la personne, à l'usage optimal des médicaments, et prévenir la détérioration précipitée des capacités cognitives. Enfin, elle doit s'assurer que les besoins de base et les besoins complexes de la personne soit satisfaits de manière optimale (Voyer, P. 2013).

Les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence

Ce sous-chapitre est inspiré de Voyer, P. (2013). Les symptômes comportementaux et psychologique de la démence (SCPD) atteints 90% des personnes âgées. Les SCPD comportent différents troubles chez les personnes âgées atteints de démences, comme : l'anxiété, la dépression, les hallucinations, l'errance, l'agitation et l'agressivité.

Chez la personne atteinte d'une démence, plusieurs besoins constituent des défis cliniques pour les infirmières, les soignants et l'équipe interdisciplinaire. La qualité des soins infirmiers prodigués dépend grandement de leurs compréhensions de la maladie. Ainsi, il est crucial que l'infirmière connaisse bien les caractéristiques des démences pour bien comprendre les aînés, leurs comportements et pouvoir élaborer des plans thérapeutiques infirmiers adaptés. De plus, le milieu clinique doit s'adapter aux besoins de ces aînés.

L'infirmière a des rôles fondamentaux auprès des personnes âgées atteints de démence, ceci dans le but de prodiguer des soins de qualité. Selon l'ASI (2007), « la qualité des soins répond à trois impératifs professionnels et moraux :

- Donner des soins professionnels, en favorisant les principes éthiques, tels que l'autonomie et la bienfaisance.
- Donner des soins sécuritaires, en incluant les principes éthiques, comme la bienfaisance et la non-malfaisance.
- Donner des soins équitables, en appliquant le principe éthique de la justice ».

Le conseil international des infirmières a élaboré un code déontologique du CII pour la profession infirmière, afin d'écrire les responsabilités essentielles des infirmières. Les auteures abordent quelques éléments de ce code. Cela permettra de guider le rôle infirmier à travers un cadre déontologique qui respectent les valeurs et les besoins des personnes malades. Ce code peut donc être transposé pour les soins auprès des personnes âgées démentes.

Selon Conseil international des infirmières (CII, 2012), l'infirmière a la responsabilité de donner des soins infirmiers aux personnes qui en ont besoin. [...] L'infirmière assume le rôle de maintenir à jour ses connaissances professionnelles pour une formation continue. [...] L'infirmière assume l'application des normes acceptables à l'exercice clinique, à la gestion, à la recherche et à l'enseignement des soins infirmiers. [...] L'infirmière entretient avec ses collègues du secteur infirmier et d'autres domaines, des rapports de collaboration empreints de respect.

Les personnes âgées démentes sont une population fragile, car elles sont à risque de perdre leur capacité de discernement (ASSM, 2018). Des lois sur la profession de la santé existent, afin de respecter la dignité et les droits fondamentaux de chacun, même lorsque la personne âgée démente est dans l'incapacité de s'exprimer. Il est donc important que les infirmières respectent les

lois fédérales en vigueur sur les professions de la santé en Suisse. Les auteures exposent quelques lois fédérales sur les professions de la santé (LPSan) :

- *Article 4 de la Loi fédérale sur les professions de la santé*(LPSan) du 30 septembre 2016* : les responsabilités en tant qu'infirmier et infirmière en Suisse :
 - a. Assumer leurs responsabilités envers l'individu, la société et l'environnement et observer à cet égard les principes éthiques reconnus
 - b. Reconnaître leurs propres forces et faiblesses et respecter les limites de leur activité
 - c. Respecter le droit à l'autodétermination des patients ou des clients
 - d. Nouer une relation professionnelle adaptée aux circonstances avec les patients ou les clients et leurs proches
- *Article 16 de la Loi fédérale sur les professions de la santé*(LPSan) du 30 septembre 2016* : les devoirs professionnels :
 - a. Exercer leur activité avec soin et conscience professionnelle ;
 - b. Approfondir et développer leurs compétences de façon continue tout au long de la vie ;
 - d. Respecter les droits des patients ou des clients ;
 - f. Observer le secret professionnel conformément aux dispositions applicables ;
 - h. Défendre, dans leur collaboration avec d'autres professions de la santé, exclusivement les intérêts des patients ou des clients indépendamment des avantages financiers.

Dépistage des troubles comportements et psychologiques

L'inventaire d'agitation de Cohen-Mansfield (CMAI) permet de tracer un profil complet des comportements de la personne atteinte d'une démence durant une observation de deux semaines. Elle évalue 29 comportements selon une échelle en 7 points. Le point 7 signifie que la personne à manifester un comportement plusieurs fois par heures (en Appendice A).

Tandis que l'inventaire neuropsychiatrique de Cummings (NPI) permet de noter la fréquence, la gravité et le retentissement des SCPD. Elle évalue les symptômes psychologiques de la démence (en Appendice A).

La douleur

La douleur se définit selon l'Association internationale pour l'étude de la douleur (IASP) comme

Une sensation et une expérience émotionnelle désagréable en réponse à une atteinte tissulaire réelle ou potentielle ou décrites en ces termes. [...] L'expérience constitue par essence ce qu'un individu peut éprouver par lui-même. Le caractère individuel et subjectif du ressenti en fait un événement difficile à transmettre et à faire partager. Le patient est le seul expert de sa douleur. [...] Il est important de signaler l'absence de corrélation anatomoclinique. Cela signifie qu'il n'y pas de relation proportionnelle entre l'intensité de la plainte d'un patient et le degré d'atteinte lésionnelle. [...] Il est primordial que le soignant soi animé par une neutralité bienveillante, plus justifiée que jamais devant toute expression de douleur (IASP cité dans Chauffour-Ader, C. & all 2009).

Afin de prodiguer des soins adaptés dans le soulagement de la douleur des patients, les infirmières doivent avant tout comprendre le mécanisme et reconnaître les signes. Pour mesurer l'intensité et vérifier l'évolution de la douleur, il est nécessaire que le personnel soignant sache utiliser les outils pour évaluer celle-ci. De ce fait, les soignants pourront donc traiter de manière efficace la douleur à l'aide de traitements pharmacologiques et non-pharmacologiques (Voyer, P., 2013). Selon Voyer, P. (2013, p.377), « les douleurs sont souvent classées selon les mécanismes physiopathologiques qui les provoquent ». Selon Voyer, P. (2013), la douleur peut donc être soit :

- *Douleur nociceptive* : Cette douleur est provoquée par des lésions des tissus périphériques qui induisent une exacerbation des influx douloureux

dans le système nerveux. Elle survient lors des brûlures, des traumatismes, certaines pathologies et des suites d'une intervention chirurgicale.

- *Douleur viscérale* : Celle-ci n'est pas forcément provoquée par des lésions tissulaires mais plutôt par des infections abdominales, des tumeurs, des ischémies myocardiques, des pancréatiques, etc.
- *Douleur neuropathique* : Elle survient lors des lésions du système nerveux, soit au niveau périphérique (lésion d'un nerf, zona, etc.), soit au niveau central (traumatisme médullaire, infarctus cérébral).
- *Douleurs mixtes* : Selon la science pour la santé (Inserm, 2016) : « les douleurs mixtes associent une composante inflammatoire et une composante neuropathique, comme dans les lombo-sciatiques. Ces douleurs sont souvent rencontrées dans le cadre de cancers ou après une chirurgie ».
- *Douleur psychogène* : Cette douleur intervient lors de phénomènes psychiques (rupture, deuil) qui accentue la sensation douloureuse, avec aucune lésion apparente.

De plus, la douleur peut être classée selon deux types :

- *Aiguë* : une douleur brève, diminuée et soulagée avec les traitements (exemples : infarctus du myocarde, fracture du col du fémur).
- *Chronique* : une douleur persistante d'au moins plus de 3 mois, peut être soulagée mais résiste aux traitements (exemples : rhumatisme, fibromyalgie) (Voyer, P., 2013).
- *Le comportement douloureux* : « constitue l'ensemble des manifestations verbales et non verbales observables chez la personne qui souffre ; il s'agit de mots ou vocalisations, des expressions faciales, des postures ou autres attitudes, donnant un aperçu de l'expérience personnelle de la douleur » (HUG, 2017).

La douleur est un phénomène complexe. Selon les événements et l'individu, les causes, les conséquences, les mécanismes et les ressentis sont différents et propre à chacun, ce qui rend l'évaluation difficile.

Lien avec la démence

Les personnes âgées atteints de démences expriment leurs douleurs de multiples façons, comme par des comportements ou des signes non-verbaux : « expressions du visage, verbalisations ou vocalisations, mouvements du corps, modifications des comportements dans les interactions sociales et changements de l'état mental » (Voyer, P., 2013, p.381).

« Les recherches ont montré que les personnes atteintes de déficits cognitifs expriment moins leur douleur que celles qui en sont exemptes, d'où l'importance d'une observation minutieuse et régulière de leur état » (Voyer, P., 2013, p.381).

Les infirmiers observent les perturbations de l'humeur, des mouvements, du sommeil, des modifications des expressions faciales ou des gémissements pour reconnaître la douleur. Ils doivent être capable de différencier les manifestations de la douleur et de la démence (Voyer, P., 2013).

Normalement, la douleur devrait être évaluée par une échelle d'observation. Néanmoins, leur application peut être un défi, car estimer la douleur ne dépend pas seulement de l'observation et de la communication avec le patient, mais aussi avec le savoir des soignants et leur habilité à réaliser un diagnostic précis. Par conséquent, la douleur est sous-diagnostiquée et sous-traitée. C'est pourquoi, la douleur devrait être mieux évaluée pour favoriser la qualité de vie du patient, en prévention de l'agitation et en réduction des médicaments psychotiques (Nowak, T., & all, 2018).

Selon l'OMS (2019), « les personnes atteintes de démence sont souvent privées des libertés et des droits fondamentaux. Dans de nombreux pays, les services de

gériatries et de soins intensifs font largement usage de contrainte physiques et chimiques, même quand des dispositions réglementaires sont en vigueur pour faire respecter le droit des personnes à la liberté et au choix. ».

Selon Sale, E. & all (2017, p.3), la maladie d'Alzheimer et les affections dégénératives apparentées sont vulnérables aux douleurs plus par les difficultés de communication que par l'augmentation de fréquence par rapport à une population âgée normale. [...] Toutes les pathologies démentielles modifient la mémorisation aussi bien autobiographique (mémoire épisodique) que culturelle générale (mémoire sémantique) si bien que le récit douloureux de ces patients sera doublement affecté.

Dépistage de la douleur

Il est donc important que les infirmières évaluent la douleur à l'aide de différentes échelles, afin d'apporter les soins nécessaires pour contribuer à améliorer la qualité de vie des résidents atteints de démence. Les auteures n'aborderont pas les échelles type auto-évaluation tel que l'Echelle Visuelle Analogique (EVA), car celles-ci ne sont pas adaptées à la population étudiée dans ce travail.

Après la lecture des différents articles (Malara, A., & all, 2016. ; Lautenbacher, S., & all, 2016. ; Nowak T., & all, 2018. ; Husebo, B., & all, 2014 ; Agit, A., & all, 2018. ; Hyochol, A., & all, 2015), les auteures relèvent plusieurs échelles type hétéroévaluation permettant d'évaluer efficacement la douleur chez les personnes âgées atteintes de démences. Ces échelles permettent d'évaluer les douleurs, mesurer l'intensité, les aspects et le retentissement sur le comportement. (Sala E., & Laurent, B. (2017). Selon Sala,E., & Laurent,B., (2017), pour les patients atteints de démences, les échelles d'auto-évaluations sont utilisables jusqu'à un certain stade, car selon l'évolution de la maladie, le patient n'est plus capable de communiquer ou de comprendre les échelles d'auto-évaluation. Il est nécessaire d'utiliser des échelles d'hétéroévaluation, afin d'évaluer efficacement la douleur des personnes démentes.

Ci-dessous les auteures présentent les échelles et elles se trouveront en Appendice

A :

- DOLOPLUS-2 : Selon HUG (2017), « c'est une échelle comportementale d'hétéro-évaluation de la douleur pour les patients âgés non communicant ». Elle évite une sous-estimation de la douleur, en permettant de dépister, de quantifier, et de suivre l'évolution de la douleur du patient » (HUG, 2017). D'après Sala,E., & Laurent,B., (2017), elle comporte 10 items noté de 0 à 3 et intègre 3 dimensions représentant l'intensité de la douleur :

- Retentissement somatique : plaintes, positions antalgiques, protection de zones, mimique, sommeil
- Retentissement psychomoteur : toilette et/ou habillage, mouvements
- Retentissement psychosocial : communication, vie sociale, troubles du comportement.

- PAINAD : D'après Todd. B., & all (2012) [Traduction libre], c'est un outil d'hétéro-évaluation basé sur l'observation avec 5 items cotés de 0 à 10. L'échelle permet d'évaluer la douleur chez les patients âgés atteints de démence ne déclarant pas eux-mêmes celle-ci. Ces 5 indicateurs à l'évaluation sont : la respiration, les vocalisations négatives, l'expression faciale, le langage corporel et la consolabilité.

- ECPA-2 : « C'est une échelle comportementale d'hétéro-évaluation de la douleur chez la personne âgée non communicante » (HUG, 2016). Elle comprend 8 items cotés de 0 à 32, regroupé en 2 dimensions :

- Observation avant les soins : expressions du visage, positions spontanées, mouvements, relations à autrui (Sala, E., & all, 2017).

- Observation pendant les soins : anticipation anxieuse, réactions pendant la mobilisation, réactions pendant les soins portant sur la zone douloureuse et plaintes pendant les soins. (Sala, E., & all, 2017).
- DS-DAT : Selon Doucet, T. (2011), l'échelle de l'évaluation de l'inconfort pour les personnes atteintes d'Alzheimer permet d'évaluer les comportements qui peuvent être en lien avec soit la douleur et/ou un besoin non-satisfait. L'évaluation est faite à l'aide de plusieurs indicateurs de comportements qui sont : respiration bruyante, vocalise négative, manque de contenu facial, manque de corps détendu, langage corporel tendu et signaux d'impatience.
- MOBID-2 : D'après Husebo, B., & all (2014) [Traduction libre], l'échelle de la douleur (Mobilisation-Observation-Comportement-Intensité-Démence-2) est un outil de gestion de la douleur évaluée par les infirmières pour les patients atteints de démence. Cette échelle a été développée pour observer les comportements liés à la douleur. Elle s'utilise en deux étapes :
 1. L'évaluation de la douleur présumée au repos et avec des mouvements guidés normalisés (ensemble de mouvement des articulations, afin de capturer la douleur liée au mouvement).
 2. L'observation au fil du temps des comportements douloureux liés aux organes internes, à la tête et à la peau, en localisation la douleur sur les dessins douloureux et en évaluant l'intensité.

Question de recherche

À la suite des différentes explications, les auteures décident de formuler leur question de recherche comme suit :

Quel est le rôle de l'infirmière auprès des personnes âgées démentes présentant des comportements douloureux en EMS ?

Objectifs

Le but de cette revue de littérature est d'identifier le rôle infirmier auprès des résidents atteints de démence qui manifestent des signes de douleur.

Un deuxième but est d'identifier les différents comportements liés à la douleur et/ou liés à la démence. Ainsi les interventions infirmières permettront d'offrir une qualité de vie digne à chacun.

Le dernier but est d'appliquer une méthodologie singulière dans un temps limité.

Cadre théorique

Le choix de la théorie du *Humain caring* de Jean Watson a été une évidence pour les auteures pour cette problématique. La philosophie de soin est adaptée à notre population, car « le caring signifie aussi faciliter et soutenir la personne en respectant ses valeurs, ses croyances, son mode de vie et sa culture » (Pepin, Kérouac & Ducharme, 2010, p.70). Cette théorie permet d'ancrer le travail de Bachelor au sein de la discipline infirmière. Ceci dans le but d'inscrire le travail dans un cadre de référence permettant l'analyse des résultats, ainsi que la possibilité d'illustrer leurs pertinences dans une perspective infirmière.

Dans ce chapitre, les auteures abordent quelques fondements de la discipline en tant que sciences infirmières, afin de mettre en parallèle la théorie du *Humain caring* de Jean Watson.

Sciences infirmières

La recherche en soins infirmiers est un processus scientifique qui valide et affine les connaissances existantes et génère de nouvelles connaissances qui directement et indirectement influence la pratique infirmière. La recherche en soins infirmiers est la base de la construction de l'EBP pour les soins (Brown, 2014).

La pratique des soins infirmiers implique une interaction constante avec les savoirs produits par la recherche et par l'expérience clinique des professionnels. « Il est essentiel de confronter ces pratiques aux nouvelles connaissances et preuves scientifiques apportées par des publications de plus en plus abondantes » (Dubois, 2011).

Les sciences infirmières permettent de baser sa pratique sur des résultats probants (EBN). L'EBN est « l'intégration des meilleures résultats scientifiques dans l'expertise clinique et les valeurs des patients afin de faciliter la prise de décision. » (Dicenso et al., 2005, p.4).

Métabaradigme infirmier

Dès 1859, les 4 grands concepts appliqués aux soins infirmiers, soins, personne, santé et environnement étaient présents dans les écrits de Florence Nightingale. Ils ont été repris plus tard par Fawcett (1984) sous forme de métabaradigme infirmier. Le métabaradigme,

dans la définition que lui donne Kuhn (1977), constitue l'armature d'une discipline. Il est formé par les concepts essentiels (notions), dits concepts structurants, à partir desquels se développe la discipline. Autrement dit, si le paradigme peut évoluer avec les recherches, la pression sociale, il le fait à l'intérieur d'un métaparadigme qui est le garant de la discipline. Il lui donne une perspective unique, oriente la façon de prioriser les phénomènes et assure sa stabilité (Formarier, M. 2012).

Selon Kérouac, S. & all (2010), le métaparadigme contient 3 paradigmes qui sont : catégorisation, intégration et transformation. Les auteures développent ci-dessous le paradigme de la transformation, car la théorie de Jean Watson s'y inscrit.

D'après Kérouac, S. & all (2010), dans le cadre de ce paradigme [de la transformation], les savoirs infirmiers influencent significativement non seulement la pratique des infirmières, mais aussi celles des autres professionnelles ; c'est la période dite « transformative » qui se développe présentement de plus en plus.

Théorie / Aspects théoriques

Postulats

[L'approche de Jean Watson] est existentielle, car elle tient compte de la globalité de la personne, de son expérience à un moment donné. Elle est aussi phénoménologique, car elle conçoit la personne dans un champ phénoménal unique, subjectif et métaphysique : il s'agit de trouver la signification de son existence, de ses expériences, d'augmenter le contrôle de soi et de développer son potentiel. Le « Caring » est orienté vers le recouvrement et le maintien de la santé, ainsi que le soutien en fin de vie ou l'accompagnement à la mort. En ce sens, il s'oppose au « curing », c'est-à-dire aux soins prodigués en vue de la guérison, ou orientés vers la maladie (Kérouac, S. & all, 2010).

Selon Jean Watson cité dans Kérouac, S. & al (2010), les 10 facteurs « caratifs » du caring développent les science infirmières et orientent la pratique. Les

facteurs sont : 1) Développement d'un système de valeurs humanistes. 2) Prise en compte et le soutien des représentations en matière de santé et d'espoir. 3) Reconnaissance et le développement de l'expression de la dimension émotionnelle de soi et de l'autre. 4) Développement d'une relation d'aide et de confiance. 5) Expression des sentiments positifs et négatifs. 6) Utilisation systématique de la démarche clinique infirmière et des diagnostics infirmiers. 7) Enseignement et apprentissage. 8) Création d'un environnement physique, émotionnel, intellectuel, existentiel et socioculturel. 9) Prise en compte des besoins humains et l'assistance dans leurs satisfactions. 10) Prise en compte des mécanismes d'adaptation de la personne.

Selon Cara,C & O'Reilly,L. (2008), essentiellement basée sur des valeurs humanistes de respect, de collaboration et d'unicité, l'intervention des professionnels inspirée de l'approche du « caring » se fera dans le respect incontesté de la dignité humaine de la personne et de sa famille.

Paradigme/école des pensées :

Créée en 1979, la théorie de soin de Watson est fondée sur l'école de pensée du caring (Kérouac, S. 2010). Elle se situe dans le paradigme de la transformation. Selon Kérouac, S. (2010)

Les théoriciennes de l'école du caring admettent que les infirmières peuvent améliorer la qualité des soins si elles reconnaissent le potentiel de soin de tout être humain et si elles intègrent des connaissances liées à des dimensions telles que la spiritualité et la culture.

Les travaux de Jean Watson sont inspirés par les recherches de Carl Rogers avec sa vision d'une relation transpersonnelle empreinte de cohérence, de chaleur humaine et d'empathie (Kérouac, S., 2010).

Selon Watson (1997,1999a), cité dans Kérouac, S. (2010):

La personne est un « être-dans-le-monde » qui perçoit des choses, qui vit des expériences et qui est en continuité dans le temps et dans l'espace. Les trois sphères de l'« être-dans-le-monde », l'âme, le corps et l'esprit, sont influencées par un changement de la perception de soi.

Définition des méta-concepts (Selon Neves,C. and all, 2008) (Appendice B) :

- *Personne* : Entité vivante, qui est plus qu'un être purement physique ou spirituel, qui évolue dans son environnement, avec une expérience unique et subjective, des émotions, des souvenirs, des aspirations qui concourent à la perception de sa vie, à une conception singulière de la réalité et à une façon propre d'être dans le monde. Personne ne pouvant être complètement comprise, même si l'empathie aide à se rapprocher de ce but : son vécu étant singulier, c'est la réalité phénoménologique qui peut être approchée. Personne pouvant croître au travers du sens qu'elle construit à partir de ses expériences.
- *Santé* : Unité et harmonie, dans un environnement donné, entre le corps, l'âme et l'esprit.
- *Environnement* : Réalité interne (biophysique, mentale et spirituelle) et réalité externe de la personne.
- *Soins Infirmiers* : Art et science humaine du *caring*, ancré dans un idéal moral altruiste : préserver l'humanité dans les soins de santé. Alliage d'une rigueur scientifique qui s'inspire des sciences de la vie, mais aussi des sciences humaines et des qualités humaines. Processus interpersonnel qui vise la promotion de l'harmonie entre 3 pôles (corps, mental, esprit). Leur mise en œuvre nécessite la mobilisation de 10 facteurs de soins appelés facteurs caratifs. Au terme du processus, les 2 protagonistes (patient et infirmière) bénéficient potentiellement d'une croissance personnelle. L'infirmière doit acquérir la connaissance de soi et de ses talents : intellectuels, créativité, imagination, sensibilité.

Les auteures trouvent que la théorie du *Humain caring* est adaptée pour la prise en soin des personnes âgées démentes. Cela permet de respecter la qualité de vie à chacun grâce à une compréhension de l'humain.

Concepts

La qualité de vie

Selon l'OMS (1994) cité dans Formarier, M. (2012), « la qualité de vie est la perception qu'à un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes ».

Selon Cella cité dans Formarier, M. (2012), « la qualité de vie englobe 2 composantes fondamentales : subjectivité et multidimensionnalité. La subjectivité fait référence au fait que la qualité de vie ne peut être comprise que dans la perspective du patient. La multidimensionnalité fait référence à la prise en compte d'un large éventail d'éléments comprenant le bien-être physique, fonctionnel, émotionnel et social ».

La bientraitance

Selon Quinom (2005) cité dans Formarier, M. (2012), la bientraitance est une notion positive, ce n'est pas seulement le contraire de maltraiter ; cela va beaucoup plus loin. « C'est un état d'esprit, une exigence éthique de la relation soignant-soigné. Il s'agit de donner au soigné la possibilité d'exister avec tout ce qu'il est. »

Selon l'Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des Etablissements Sociaux et Médico-sociaux (ANESM) cité dans Formarier, M. (2012),

La bientraitance est une culture inspirant les actions individuelles et les relations collectives au sein d'un établissement ou d'un service. Elle vise à promouvoir le bien-être

de l'usager en gardant présent à l'esprit le risque de maltraitance [...] Elle trouve ses fondements dans le respect de la personne, de sa dignité et de sa singularité. Il s'agit d'une culture partagée au sein de laquelle les sensibilités individuelles, les spécificités de parcours et de besoins, doivent pouvoir s'exprimer et trouver une réponse [...] elle se doit de répondre aux besoins fondamentaux des usagers de la manière la plus individualisée et personnalisée possible.

La dignité

Selon Hegel, cité dans Formarier, M. (2012) : « Je ne suis pas humain si je ne suis pas reconnu comme tel par autrui. Le secret de ma dignité se trouve dans le regard qu'autrui porte sur moi. »

« La dignité ne peut se désolidariser du mot respect, respect de soi et d'autrui et par là même du concept de personne, ce dernier associé à l'adjectif humaine lui donne tout son sens » (Formarier, M. 2012).

Les attributs sont :

- le concept de dignité ne peut se substituer au respect de la vie, au respect de soi et de celui d'autrui (le respect ici étant un sentiment moral inconditionnel, rationnel et universel) ;
- le concept de personne est étroitement associé de par la valeur absolue, inaliénable, intrinsèque et universalisable chez l'homme de par sa nature humaine (nous rencontrons une personne et non une maladie) ;
- la reconnaissance de l'autre et de son humanité (phénoménologie de l'esprit) mobilise la conscience et la loi morales dans la relation à l'autre d'où la notion de devoir, de responsabilité sans réciprocité (cette notion est particulièrement importante lors de vulnérabilité et de sollicitude dans la dimension du soin) ; enfin, le principe d'autonomie demeure fondamental et reste étroitement lié au respect de la dignité

quelle que soit la nature, l'état de la personne ou l'accomplissement de ses actes (Formarier, M. 2012).

Selon l'ASSM (2018), « la dignité est inhérente à l'homme et son respect est un droit fondamental ». Le personnel soignant doit considérer le patient dans sa globalité et tenir compte de sa vulnérabilité. De même, il doit prodiguer des soins avec respect, empathie et patience. D'après Voyer, P., (2013) « une communication quotidienne, non seulement fait partie du respect de la dignité de la personne, mais contribue également à son bien-être ».

Lors de la recherche des articles, les auteures veillent à ce que les interventions infirmières touchent ces 3 concepts. Ces concepts font partis des principes éthiques infirmier qui sont : respect de la dignité, de l'autonomie, de la capacité de discernement, de la qualité de vie et du respect. Les concepts sont complémentaires les uns avec les autres. Les personnes âgées démentes n'ont plus forcément leurs capacités à exprimer leurs ressentis. De ce fait, leurs besoins peuvent être négligés, ce qui impact la qualité de vie, la bientraitance et la dignité. C'est pourquoi le rôle infirmier est essentielle auprès de chaque résident (ASSM, 2018).

Méthode

Ce chapitre illustre la méthode de recherche à travers laquelle les auteures ont sélectionné 6 articles scientifiques. Les critères d'inclusions et d'exclusions sont définis par la suite. A travers une discussion sur la synthèse des résultats des articles, cela permettra de répondre à la question établie dans cette revue littéraire.

Argumentation et choix du devis

Les exigences demandées sont respectées tout au long de la réalisation de ce travail de Bachelor. Selon le centre d'aide à la rédaction des travaux universitaires d'Ottawa (2014), « une revue de littérature est le survol et l'évaluation critique d'un ensemble d'ouvrages liés à une question de recherche ».

Méthode de recherche

La recherche des articles scientifiques est basée sur la méthode PICo. Celle-ci sert à cibler la thématique de recherche à travers les différentes bases de données scientifiques, dans le but de répondre à la question de recherche. Le PICo se présente ainsi (Boukar.,F.(Communication personnelle [Présentation PowerPoint], 13.11.2018) :

P Population : Personnes âgées de plus de 65 ans atteints de démence modérée à sévère

I Phénomène d'Intérêt/ intervention : la répercussion de la douleur sur les comportements / l'évaluation infirmière

Co Contexte : En établissement médico-social

Les articles ont été sélectionnés sur les bases de données : PubMed et Cinahl. PubMed est une base de données spécifique aux sciences biomédicales, tandis que Cinahl est orientée vers les sciences infirmières.

Pour réaliser une recherche d'articles pertinentes, les auteures ont sélectionnées soit des MeSH Terms (PubMed) soit des mots clés (Cinahl) à partir de la problématique de recherche. Voici ci-dessous un tableau explicatif :

Tableau 1: Tableau explicatif de la recherche

En Français	Cinahl (mots clés)	PubMed (MeSH Terms)
Démence	Dementia	Dementia
Personne âgée	Aged OR Elderly	Aged
Douleur	Pain	Pain
Gestion de la douleur	Pain Management	
Soins infirmiers	-	Nursing Home
Evaluation infirmière	Nursing assessment	-
EMS	Residential Facilities OR Nursing Home Residents OR Care Homes OR Residential Care	Residential Facilities

Au début de la recherche, les auteures voulaient cibler leur travail sur la maladie d'Alzheimer. Néanmoins, après avoir réalisées diverses combinaisons avec « Alzheimer Disease » au lieu de « Dementia » sur différentes bases de données, elles se sont rendu compte qu'un trop grand nombre d'articles apparaissaient. De plus, dans la plupart des articles, les chercheurs abordaient la maladie d'Alzheimer, ainsi que les autres démences.

C'est pourquoi, après réflexion, les auteures ont changé la problématique, afin de cibler sur les démences en général. Les auteures ont réalisé 2 stratégies différentes

en utilisant soit les MeSH terms soit les mots clés ci-dessus. Ces combinaisons ont permis d'affiner les recherches, afin d'obtenir des articles pertinents pour répondre à la problématique de recherche.

La base de données PubMed a fait ressortir 65'410 articles avec le MeSH Term « dementia » en tenant compte du filtre de limite de date (articles depuis 2009). En ajoutant « aged », le nombre diminue à 28'309, puis combiné avec « pain », le nombre est réduit à 300. Pour réduire ce nombre, le MeSH Term « residential facilities » est ajouté, 90 articles sont mis en avant. Enfin, en additionnant le MeSH Term « nursing home », le total des articles est à 81. En ne sélectionnant que les publications de type articles scientifiques avec un grade de niveau I, les auteures ont pu retenir 9 articles pour une lecture approfondie. Après avoir appliqué les critères d'exclusions cités ci-dessous, 3 articles sont sélectionnés pour l'analyse.

Sur Cinahl, le mot clé « dementia » fait apparaître 53'497 articles. En appliquant une limite de temps de -10 ans (articles publiés depuis 2009), cette même recherche fait ressortir 36'364 articles. En y ajoutant « aged OR elderly », 17'197 articles sont trouvés. Ensuite, en juxtaposant le mots clé « pain », 590 articles sont mis en lumière. A la suite de cette combinaison, en additionnant « nursing assessment », le nombre d'articles se réduit à 174. Pour réduire le nombre d'articles, « residential care OR nursing home OR long terme care » est greffé à l'équation, 127 articles se dégagent. Afin de cibler la recherche, « pain management » est appliqué et 47 articles se démarquent. Pour finir, un filtre de langue est ajouté « English », ce qui réduit à 46 articles. Après parcours de ces articles, 10 sont retenus pour la lecture, car les 36 autres publications ne sont pas de haut niveaux de grade I et de type articles scientifiques. Ensuite, après applications des critères (cités ci-dessous), 3 articles sont sélectionnés.

Une analyse est effectuée pour sélectionner les 6 articles pertinents sur les différentes bases de données PubMed et Cinahl. Les auteures ont retiré les articles scientifiques constitués avec des niveaux de preuve faible, les articles des pays non-européens avec l'exception d'un article des Etats-Unis, un contexte hospitalier, ainsi que les articles ne parlant pas de la démence et de la douleur.

Le tableau suivant illustre les critères d'inclusions et d'exclusions. Cela a permis d'affiner la thématique des auteures.

Tableau 2 : Tableau des critères d'inclusions et exclusions

Inclusion	Exclusion
• Démence • Douleur • EMS • Personnes âgées	• Pathologie trop spécifique (Alzheimer) • Autre domaine (hôpital) • Articles + de 10 ans • Pays hors Europe et Etats-Unis

Par la suite, les six articles sont synthétisés grâce aux grilles de résumé et de lecture critique en Appendice C. Le processus de recherche est explicité avec le diagramme de flux en Appendice C, ainsi que les différentes étapes par lesquelles les auteurs ont effectué leur sélection finale.

Résumés des articles retenus

L'article Nowak (2018) est basé sur un échantillon de 96 résidents avec une déficience cognitive modérée et sévère, se situant à Wielkopolska en Pologne. Le but de cet article vise à évaluer le traitement analgésique chez les résidents ayant une déficience cognitive et de définir la relation entre la douleur et les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence. Cette étude suggère que la

douleur est une importante cause sous-jacente des troubles du comportement chez les sujets âgés atteints de démence. Cet article démontre une corrélation positive entre la douleur évaluée par l'échelle Abbey et l'agitation mesurée par Cohen Mansfield. Cet article permet aux infirmières de constater qu'une mauvaise gestion de la douleur, entraîne un facteur potentiel d'agitation et de comportements perturbateurs. Donc cela montre l'importance qu'elles appliquent les échelles adaptées.

Concernant l'article Lautenbacher (2016), est une étude élaborée en Allemagne dans 79 établissements médico-sociaux avec une participation de 284 résidents atteints de démence modéré à sévère. Cette étude comprenait un questionnaire et deux évaluations générales de la douleur. Le but de cette étude vise à évaluer la douleur chez les résidents atteints de démences avancées sur les comportements observables liés à la douleur comme les expressions faciales. Cet article souligne l'importance d'une hétéro-évaluation chez les résidents non communiquant. Il est donc recommandé que les infirmières observent les expressions faciales pour la déduction de la douleur chez les résidents atteints de démence.

Pour ce qui est de l'article de Malara (2016), 233 résidents ont participé à l'étude d'observation prospective. Cette étude porte sur la prévalence de la douleur chez les résidents atteints de démence dans un EMS en Calabre, situé en Italie. Cet article évalue l'association entre la douleur, l'humeur et les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence. La corrélation entre le diagnostic de la douleur évaluée par PAINAD et les symptômes dépressifs évalués par l'échelle de Cornell a démontré une différence statistique significative. Cette étude confirme que l'auto-évaluation n'est pas suffisante pour évaluer la douleur chez les personnes âgées atteintes de démence. D'où l'importance du rôle infirmier dans l'évaluation de la

douleur. Une douleur non-traitée adéquatement peut causer la dépression, l'agitation et l'agressivité chez les patients atteints de démence.

Quant à l'article Husebo, B.S., & al (2014), 352 résidents atteints de démence modérée à sévère dans 60 EMS de Norvège ont été sélectionnés pour participer à cette étude de devis type quantitatif. Cette étude a pour but de déterminer s'il y a une association entre la douleur et l'agitation chez les personnes démentes à un stade modéré à sévère. Ainsi que d'examiner quels comportements agités spécifiques répondraient au traitement individualisé de la douleur et améliorent le score global du CMAI. Cette étude confirme que certains comportements sont liés à la douleur tels que l'agitation général et que d'autres sont liés à la démence comme la déambulation. Ces comportements douloureux surviennent, car les personnes démentes n'arrivent plus à exprimer verbalement leurs douleurs. L'article démontre l'importance du rôle des infirmières dans la prise en charge de ces résidents présentant des comportements type douloureux, à l'aide de l'évaluation comportementale avec l'échelle du CMAI.

L'article Hyochol A., & al (2015) est de devis de type quantitatif. Il est basé sur un échantillon de 71'227 résidents, dont 36'880 patients arrivant à reporter leurs douleurs et 34'347 n'y arrivant pas. Ces résidents sont âgés de 65 ans et plus et ont un diagnostic médical de la maladie d'Alzheimer ou d'autres démences (corps de Lewy, fronto-temporal et vasculaire). Cette étude est réalisée dans 13'894 EMS des États-Unis en Floride. Les chercheurs se sont basés sur le modèle des comportements compromis par la démence dictée par les besoins (NBD). Le but est d'examiner la relation entre la douleur et les symptômes comportementaux agressifs chez les résidents qui déclarent par eux-mêmes la douleur et ceux dont la douleur est mesurée par les soignants. Les résultats de cette étude suggèrent que la gestion efficace de la douleur reste un besoin non satisfait chez les résidents d'EMS, en particulier pour

ceux n'arrivant pas à s'exprimer. L'expression de la douleur chez les résidents atteints de démence peut se présenter sous forme d'agressions verbales et physiques. Cette article démontre l'importance de l'évaluation infirmière de la douleur chez les patients déments, afin d'offrir une meilleure gestion de la douleur et de diminuer le risque de ces symptômes comportementaux.

Pour finir, l'article Agit., & al (2018) élaboré en Turquie, a un échantillonnage de 72 résidents atteints de démences type Alzheimer, Corps de Lewy, vasculaire et frontaux-temporales, à des stades modérés à sévères. Cet article est de type quantitatif, car il aborde diverses évaluations d'échelles. Son but est d'évaluer l'efficacité des instruments de traitement de la douleur autodéclarés et d'évaluations objectifs pour les résidents atteints de démence en EMS. L'objectif est de fournir des preuves sur les implications cliniques de la douleur en examinant sa relation avec les symptômes neuropsychiatriques. Cet article souligne le fait que la douleur est présente chez les personnes atteintes de démence et qu'ils ne sont généralement pas capables de l'exprimer, en particulier à un stade sévère. Les échelles d'évaluations objectives de la douleur doivent être systématiquement utilisés par le personnel soignant infirmier, afin de diminuer les symptômes neuropsychiatriques et gériatriques. Ces instruments recommandés sont PADE, PAINAD et DS-DAT.

Résultats

Ce chapitre contient les propriétés de la méthodologie des articles retenus et les résultats des 6 articles sélectionnés. La lecture et l'analyse des articles a permis de catégoriser différentes thématiques : la relation entre la douleur et les comportements, l'évaluation avec différentes échelles et l'impact sur la qualité de vie.

Les propriétés de la méthodologie des articles retenus

Les 6 articles retenus dans cette revue de littérature sont de devis quantitatifs de types longitudinaux. Dans tous les articles (Malara, A., & al, 2016. ; Lautenbacher, S., & all, 2016. ; Nowak T., & al, 2018. ; Husebo, B., & al, 2014 ; Agit, A., & al, 2018. ; Hyochol, A., & al, 2015), la population étudiée est représentée par des résidents atteints de démence modérée à sévère et vivant dans un EMS. L'échantillonnage varie entre chaque étude : 284 résidents (Lautenbacher, S., & al, 2016), 96 résidents (Nowak T., & all, 2018), 233 résidents (Malara, A., & all, 2016), 352 résidents (Husebo, B., & al), 71'227 résidents (Hyochol, A., & al, 2015) et 75 résidents (Agit, A., & al, 2018). Chaque étude répond à notre problématique en abordant les thématiques citées ci-dessus.

Les études sélectionnées ont été menées dans divers pays. Les auteures ont appliqué des critères d'inclusions en ne choisissant que des pays développés (Allemagne, Pologne, Italie, Norvège, Turquie et Etats-Unis). L'accès aux services de santé est accessible à tous et ce sont des pays offrant un niveau de vie confortable (L'internaute). L'analyse des résultats sera donc cohérente et les interventions infirmières pourront être transposées à la Suisse. L'ensemble des articles a été publié en Anglais. Les dates de publications des articles sont de 2014 à 2018, respectant les critères d'inclusions (2009-2019). La population dans chaque article est âgée de 65 ans et plus. Les considérations éthiques sont prises en compte pour tous les articles, car elles sont approuvées par le comité d'éthique de la région. Pour deux

articles (Nowak T., & all, 2018. ; Husebo, B., & all, 2014), une lettre explicative aux résidents et aux représentants légaux, ainsi qu'un consentement éclairé par écrit sont réalisés. Quatre articles (Malara, A., & all, 2016. ; Nowak T., & all, 2018. ; Husebo, B., & all, 2014 ; Agit, A., & all, 2018.) utilisent l'inventaire d'agitation de Cohen-Mansfield (CMAI) comme critères d'évaluations des comportements. Cet inventaire se compose de 29 items évaluant les comportements et quantifié de 1 à 7 points. Trois études (Malara, A., & all, 2016. ; Husebo, B., & all, 2014 ; Agit, A., & all, 2018) évaluent les symptômes neuropsychiatriques à l'aide de l'Inventaire Neuropsychiatrique, comportant 12 items. Divers variables ont été mesurées à l'aide du MDS, telles que la douleur, les comportements agressifs et les variables explicatives (n= 1 : Hyochol, A., & al, 2015). Tous les articles évaluent la douleur à l'aide de divers outils comme :

- PAINAD : un outil d'évaluation utilisé chez les personnes atteints de troubles cognitifs modéré à sévère, scoré de 0 à 10 (n=2 : Malara, A., & all, 2016 ; Agit, A., & all, 2018).
- PADE : une échelle adaptée pour les personnes atteintes de démence composée de 24 items et DS-DAT une échelle d'inconfort pour les démences comprenant 9 items (n=1 : Agit, A., & all, 2018).
- Abbey : une échelle pour les personnes démentes non-communicantes. Elle est composée de 6 items noté de 0 à 3 (n=1 : Nowak T., & all, 2018).
- L'Echelle des visages avec 13 descripteurs qui s'utilisent lors des soins douloureux et adaptée pour les personnes démentes non-communicantes (n=1 : Lautenbacher, S., & all, 2016).

Les limites ressorties de ces 4 articles (Malara, A., & al, 2016. ; & all, 2016. ; Nowak T., & al, 2018. ; Husebo, B., & al, 2014 ; Agit, A., & al, 2018.) sont la taille de

l'échantillonnage, néanmoins les résultats analysés sont en général significatifs. Pour un autre article (Hyochol, A., & al, 2015), la limite est que les données proviennent du MDS et donc il manque des facteurs individuels. La limite de cet article (Lautenbacher, S., & all, 2016) indique qu'il n'y a aucune mesure objective de la douleur, car ce sont les infirmières qui estiment l'intensité de la douleur.

Catégorisation des résultats

A la suite de la lecture approfondie et l'analyse des articles, des thématiques se distinguent et permettent de catégoriser les résultats en trois chapitres composés de sous-points.

- **La relation entre la douleur et les comportements**
 - **Comportements liés à la douleur**
 - **Comportements liés à la démence**
- **L'évaluation avec différentes échelles**
 - **Les échelles d'évaluations de la douleur**
 - **Les échelles d'évaluations des comportements/agitations**
- **L'impact sur la qualité de vie**

La relation entre la douleur et les comportements

Ce chapitre regroupe les différents comportements liés à la douleur et/ou liés à la démence, permettant de déterminer le rôle infirmier auprès des personnes âgées démentes en EMS.

Les comportements liés à la douleur

Les six articles (Malara, A., & al, 2016. ; Nowak T., & al, 2018. ; Husebo, B., & al, 2014 ; Hyochol, A., & al, 2015 ; Agit, A., & al, 2018) abordent les différents comportements liés à la douleur. Ces résultats permettent aux infirmières de mieux

interpréter les comportements, ainsi que de différencier les symptômes comportementaux liés à la démence ou liés à la douleur. Une meilleure compréhension des symptômes permet à l'équipe soignante de proposer une prescription efficace. Par conséquent, cela aura un impact positif sur la qualité de vie de la personne soignée.

Nowak, T., & al (2018) souligne qu'une mauvaise gestion de la douleur entraîne un facteur potentiel d'agitation et de comportements perturbateurs. Les personnes âgées souffrant de troubles cognitifs peuvent manifester la douleur par des comportements perturbateurs. Les troubles du comportement liés à la douleur peuvent être mal interprétés et considérés comme des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD). Ce qui conduit à la prescription excessive et inappropriée de médicaments psychotropes. Cette étude démontre une corrélation positive entre la douleur évaluée par l'échelle ABBEY et l'agitation mesurée par l'inventaire Cohen-Mansfields (CMAI), $p=0,0001$ ce qui est statistiquement très significative.

Husebo, B.S., & al (2014) approuve également que les résidents atteints de démence expriment leurs douleurs à l'aide de certains comportements inappropriés. Dans cette étude, les chercheurs ont établi un StepWise Protocol of the Treatment of Pain (SPTP) pendant 8 semaines. C'est un schéma établi où les résidents du groupe d'intervention ont reçu des traitements antalgiques. Les comportements ont été évalués à l'aide du CMAI pour le groupe d'intervention et le groupe contrôle ne recevant pas de traitement. Après instauration du traitement, il a été prouvé que les items du comportement agité verbalement du CMAI étaient statistiquement diminués avec une $p<0.01$. Cette statistique démontre une valeur significative. De plus, certains comportements ont de même diminués grâce à l'antalgie :

- Très significatif : agitation général avec $p=0.001$, se plaindre avec $p=0.001$ et négativisme avec $p<0.01$.
- Significatif : répéter les phrases avec $p=0.026$, arpenter avec $p=0.026$, constamment en demande d'attention avec $p=0.034$ et agressions verbales avec $p=0.043$.

Malara, A. & al (2016) renforcent que les comportements tels que les plaintes verbales, les vocalisations négatives, les soupirs, les gémissements, l'agitation, les pleurs, les grimaces, les mouvements, les frottements, la force, la raideur, l'errance, le discours verbal inapproprié et les agressions peuvent être considérés comme des signes de douleurs. Une corrélation est démontrée entre la présence de la douleur évaluée par PAINAD et les symptômes dépressifs évalué par Cornell avec une p value de 0.05. Cette statistique démontre une valeur significative.

Hyochol, A., & al (2015) confirment aussi qu'il existe une relation entre les comportements et la douleur. Dans l'étude, un groupe de personne démente arrivant à reporter la douleur et un groupe de personne démente n'arrivant pas à reporter leur douleur ont été étudiés. Après analyse du MDS 3.0, les chercheurs concluent que l'auto-évaluation de la douleur était associée positivement à des symptômes agressifs verbaux (OR ajusté = 1.09, IC 95% [1.03,1.16]). Dans l'analyse multivariée ajustée pour les variables explicatives, la relation entre la douleur et les symptômes comportementaux physiquement agressifs était essentiellement inchangée (AOR = 1,05, IC 95% [0.96,1.15]). Tandis que pour les résidents atteints de démence ne pouvant pas exprimer leur douleur, la relation entre la douleur et les symptômes comportementaux agressifs verbaux était associée positivement (OR non ajusté = 1.30, IC 95% [1.24,1.36] et (AOR=1.23, IC 95% [1.17,1.29]. De plus, les symptômes d'agression physique sont associés positivement dans le modèle non ajusté (OR non

ajusté = 1.22, IC 95% [1.17,1.27] et dans le modèle ajusté (AOR=1.20, IC 95% [1.14,1.26].

Lautenbacher, S., & all (2016) appuie qu'une douleur non traitée entraîne souvent un comportement difficile. Cette article se penche sur une échelle des visages, composés de 13 descripteurs à observer pendant les soins douloureux. Certains éléments des expressions faciales ont été évalués dans plus de la moitié des 79 EMS en Allemagne. L'item « désapprouvant » était présent à 60%, les « yeux plissés » à 51% et « l'air effrayé » à 54%. Cet article a remarqué que l'expression de la douleur et l'intensité de celle-ci ont une corrélation positive, soit avec une p value à 0.001, ce qui indique une valeur statistiquement très significative.

Agit, A., & al, (2018) fait valoir qu'il existe un lien entre la dépression et l'immobilité d'une personne démente et le fait qu'elle ressent de la douleur. Les scores plus élevés d'échelles d'évaluation de la douleur spécifique à la démence étaient significativement associés à la dépression (p =0.02 pour l'échelle PADE, p=0.01 pour PAINAD et p =0.02 pour DS-DAT), montrant la présence de douleur dans l'expression de la démence. Des scores plus élevés dans toutes les échelles d'évaluation de la douleur étaient associés à l'immobilité pour les échelles MMSE, MNA-SF et Katz.

Les comportements liés à la démence

Deux des 6 articles (Malara, A., & al, 2016. ; Husebo, B., & al, 2014) différencient explicitement les comportements liés à la démence. Ces indicateurs perturbent l'évaluation de la douleur auprès des personnes démentes. Le personnel soignant a peut-être tendance à regrouper tous les comportements sous l'influence de la démence. Néanmoins, selon les chercheurs, seulement certains items des comportements sont spécifiques à la démence.

Husebo, B. S., & al (2014) a mis en corrélation l'instauration d'un protocole d'antalgie et la diminution des comportements perturbateurs évalués sur le CMAI. Certains items n'ont pas été modifiés avec l'instauration de ce traitement. Les chercheurs ont conclu que ces comportements sont plutôt liés à la démence tels que frapper, donner des coups de pied, gratter, déambuler, pousser, tomber intentionnellement et les avances physiques sexuels.

Malara, A. & al (2016) démontre que les comportements tels que les plaintes verbales, les vocalisations négatives, les soupirs, les gémissements, l'agitation, les pleurs, les grimaces, les mouvements, les frottements, la force, la raideur, l'errance, le discours verbal inapproprié et les agressions peuvent être considérés comme des signes de douleurs, mais chez les patients présentant une déficience cognitive, ces signes peuvent être pris pour des symptômes psychologiques et comportementaux de démence (SCPD). Cette étude prouve une relation entre la douleur et les SCPD avec une p value de 0.05, ce qui est significatif.

L'évaluation avec différentes échelles

Ce chapitre regroupe les échelles d'évaluations de la douleur et des comportements/agitations. L'évaluation est importante, afin de pouvoir cibler le traitement. Les infirmières peuvent évaluer les signes douloureux ou comportementaux avec des échelles scientifiquement prouvées.

Les échelles d'évaluations de la douleur

Agit, A., & al, (2018) démontre le fait que les échelles de la douleur basées sur l'expression verbale, tel que Wong-Baker Face Pain Scale (WBFACES), étaient significativement plus élevées chez les patients déclarant une douleur. Les scores des échelles de douleur spécifique à la démence, à savoir PADE, PAINDAD et DS-DAT, étaient similaires entre les groupes déclarent la douleur et ne la déclarant pas.

Ceci est une preuve de la présence de douleur même quand ils ne l'ont pas déclaré. Les scores de PADE, PAINAD et DS-DAT étaient significativement plus élevés au stade sévère, montrant la présence de douleur avec $p < 0.001$. Le nombre de patients déclarant une douleur était plus faible aux stades modérés et sévères qu'aux stades précoces (précoces : 48.7%, modéré 22,2% et sévère 27.3%).

Malara, A. & al (2016) est un article qui utilise l'échelle PAINAD. C'est un outil d'observation utilisé chez les personnes atteintes de troubles cognitifs modérés ou sévères. La prévalence de la douleur évaluée par PAINAD chez les personnes âgées de l'étude était de 51,8% dont 34,9% avec une douleur légère, 15,7% de douleur modérée et 1,2% avec des douleurs sévères.

Nowak, T., & al (2018) souligne que l'échelle de la douleur Abbey (APS) est conçue pour aider l'évaluation de la douleur chez les résidents qui ne sont pas capables d'exprimer clairement leurs besoins. L'échelle se compose de 6 parties décrivant le comportement du patient : la vocalisation, l'expression du visage, le changement dans le langage du corps, le changement de comportement, modifications physiologiques et les changements physiques. Le score maximum est de 18 points ; un score de 14 et plus se réfère à une douleur sévère, 8 à 13 points signifie une douleur modérée, 3-7 points une douleur légère et 0 à 2 points correspond à aucune douleur. L'APS a été jugé satisfaisante.

Les échelles d'évaluations des comportements/agitations

Nowak, T., & al (2018) évalue l'agitation de la population sélectionnée à l'aide de l'inventaire Cohen-Mansfield Agitation (CMAI). Ce dernier évalue 29 comportements caractéristiques de l'agitation. Chaque élément est évalué sur une échelle de 7 points de fréquence (1=pas présent, 7=plusieurs fois par heure). Les résultats finaux vont

de 29 à 203 points. Le CMAI est une mesure valide d'agitation dans les EMS pour les personnes démentes.

L'impact sur la qualité de vie

La méconnaissance par le personnel soignant sur les différents comportements douloureux peut amener à une mauvaise évaluation de la situation. Le résident ne bénéficiera pas des soins et des traitements adaptés pour lui. Le laissant donc avec une douleur incompressible, ainsi qu'une possible qualité de vie péjorée.

Hyochol, A., & al (2015) indique que parmi les patients souffrant de douleur, une absence de médicament contre la douleur était associée aux résidents des EMS qui ne pouvaient pas s'auto-déclarer douloureux (AOR = 1.29, IC 95% [1.12,1.55]. Dans l'analyse ajustée, les probabilités de ne pas recevoir d'analgésiques étaient significativement plus élevées chez les hommes (AOR=1.40, IC à 95% [1.27,1.55] et chez ceux présentant une déficience cognitive grave (AOR = 1.56, IC 95% [1.38,1.76].

Malara, A. & al (2016) cite que les symptômes comportementaux psychologiques de la démence touchent 80 à 85% des personnes atteintes de démence. Cela augmente les coûts des soins ainsi que le fardeau et la dépression du soignant. La qualité de vie des soignants et des résidents va diminuer, car les soins ne sont pas adaptés.

Discussion

Dans ce chapitre, le lien entre le cadre théorique et les résultats sont explicités. Dans un premier temps, les auteures répondent à la question de recherche puis interprètent les résultats des recherches. Ensuite, elles défendent leur positionnement professionnel quant à l'évaluation des comportements auprès des personnes âgées démentes, dans le but d'offrir une qualité de vie digne à chacun. Pour terminer, les diverses recommandations et pistes de recherches futures sont abordées, ainsi que les forces et les limites de cette revue de littérature.

Réponse à la question de recherche

Grâce à une analyse critique des résultats, les auteures répondent à la question de recherche qui est « Quel est le rôle de l'infirmière auprès des personnes âgées démentes présentant des comportements douloureux en EMS ? ».

Tout d'abord, l'objectif des auteures était d'identifier les différents comportements liés à la douleur et/ou liés à la démence, dans le but d'offrir une meilleure gestion de la douleur. Suite à la synthèse des résultats, il est démontré que la démence porte atteinte à la capacité d'interpréter et de verbaliser l'expérience de la douleur. Les sujets souffrant de troubles cognitifs peuvent manifester leurs douleurs par des comportements perturbateurs (Nowak, T., & al, 2018). D'après, Hyochol, A., & al (2015) démontrent que les patients atteints de démence et ne pouvant pas exprimer leurs douleurs sont moins susceptibles de recevoir un traitement anti-douleur adéquat, ce qui augmente le risque d'agression physique et verbal. En effet, comme le souligne Husebo, B.S., & al (2014), certains comportements d'agitation sont probablement reliés à une douleur physique et que ceux-ci répondraient aux antalgiques. Tandis que certains symptômes agressifs non affectés par le traitement de la douleur sont davantage liés aux comportements liés à la démence qu'à la douleur. De plus, Malara, A., & al (2016) confirme une corrélation positive entre la douleur, l'agressivité et

l'agitation. Si la douleur n'est pas traitée, elle peut conduire à un comportement agité. Cet article met en évidence le fait qu'une personne âgée souffrant d'une douleur non traitée, elle présenterait un risque accru de développer un comportement agressif. D'après Husebo, B.S., & al (2014), dans cette étude, les chercheurs appuient le fait que certains comportements agressifs sont spécifiques à la douleur et répondent à un traitement antalgique. Cela a pu être constaté via des statistiques qui montraient une diminution significative de certains items du CMAI. Ces comportements sont : agitation générale, se plaindre, négativisme, répéter des phrases et des questions, être constamment en demande d'attention, insulter et les agressions verbales.

Après la synthèse des résultats, les auteures remarquent une corrélation positive entre certains comportements agressifs et la douleur. Cela démontre que les personnes âgées démentes expriment leurs douleurs avec des comportements. Il est important que le rôle infirmier s'investit dans l'observation de la douleur, afin de pouvoir identifier la cause de ce comportement. Voyer, P. (2013) cite les comportements liés à la démence et liés à la douleur. Le tableau est en Appendice D.

Pour évaluer ces comportements, il est nécessaire que les soignants utilisent des échelles. Comme le précise Malara, A., (2016), les instruments d'auto-évaluations ne sont pas suffisants pour évaluer la douleur chez les personnes âgées atteintes de démence. De même, Hyochol, A., & al (2015) relèvent aussi que les résidents d'EMS atteints de démence ont besoin d'évaluations complètes de la douleur à l'aide des échelles comportementaux de la douleur évalué par un soignant. Agit, A., & al (2018) précisent que l'utilisation des outils d'auto-évaluations pour évaluer la douleur chez les personnes démentes n'est pas envisageable en raison de leur capacité de communication gravement altérée et de la perte de leur capacité à signaler la douleur

verbalement. Par conséquent, l'équipe soignant doit utiliser les échelles d'évaluations de la douleur développées pour la démence, telles que PAINAD, PAD et DS-DAT.

Les auteures observent l'importance d'évaluer la douleur à l'aide d'échelles adaptées pour les personnes âgées démentes non communicantes. Ces outils doivent être basés sur des données probantes. Selon Malara, A., & al (2016), l'évaluation des comportements est essentielle pour traiter la réelle cause de la douleur dans la démence. Cela pourrait résoudre la problématique du comportement et améliorer la qualité de vie du résident. D'après Agit, A., & al (2018), la non-gestion efficace de la douleur a un impact sur la qualité de vie des résidents. La douleur peut exacerber les symptômes neuropsychiatriques et conduire à une prescription inappropriée de médicaments antipsychotiques, plutôt que des médicaments analgésiques, masquant les symptômes liés à la douleur. Par conséquent, cela empêche un traitement adéquat de la douleur.

Interprétation des résultats

Les auteures constatent après l'analyse des 6 articles que la douleur est sous-évaluée et sous-traitée chez les patients atteints de démence. Statistiquement, les personnes âgées démentes reçoivent moins d'antalgiques que ceux du même âge sans démence.

Les conséquences d'une mauvaise prise en charge de la douleur peuvent avoir des effets indésirables, tels que la diminution de la qualité de vie et la persistance et/ou l'augmentation des troubles du comportement. Les résidents atteints de démence expriment leurs douleurs par des troubles du comportement. Pour les infirmières, il est essentiel de différencier les troubles du comportements liés à la démence et/ou liés à la douleur. Pour ce faire, l'équipe soignante doit utiliser des échelles adaptées pour évaluer les comportements.

Pour appuyer les résultats obtenus, les auteures les mettent en perspective avec la littérature Suisse. Selon l'Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM, 2018),

En raison d'une diminution des facultés cognitives [des résidents atteints de démence], l'autodétermination et le soulagement des symptômes sont plus difficiles à atteindre dans le traitement au quotidien. [...] Les troubles du comportements liés à la maladie peuvent perturber la communication avec les personnes concernées et rendre leur prise en charge difficile.

D'après l'ASSM (2018), « Les personnes démentes font partie des groupes à risques concernés par une insuffisance et/ou une inégalité de traitement dans le système de santé. » Les causes sont le manque de décisions thérapeutiques en équipe interdisciplinaire et la volonté de réduire les coûts. Les résidents atteints de démences sont des patients vulnérables qui ne peuvent plus se défendre, à cause de leur incapacité à exprimer verbalement leurs besoins. Ils sont parfois victime d'excès de traitements, c'est-à-dire que les prescriptions sont inadaptées à leur besoin. [Les soignants] « devraient sans cesse se poser la question de savoir si, dans leurs actions, ce sont bien les besoins et les désirs de la personne traitée qui sont mis au premier plan et non pas les leurs. » Les patients déments expriment leurs douleurs par des comportements ; les soignants doivent avoir des connaissances et compétences spécifiques, dans le but d'évaluer ces comportements. Comme les patients déments ne sont pas toujours en mesure de verbaliser la douleur, celle-ci n'est pas assez identifiée et traitée. Il est important que les infirmières utilisent les instruments EBN et adaptés pour l'observation et l'évaluation de ces comportements. C'est un rôle important dans la prise en soin des résidents atteints de démence. (ASSM, 2018) « En cas de suspicion fondée de douleur, [l'équipe interdisciplinaire

doit] mettre en place une thérapie de la douleur et observer parallèlement si une amélioration se produit au niveau du comportement » (ASSM, 2018).

Les auteures ont également analysé l'article de l'ASI (La douleur en EMS : une réalité à bannir, 2018), afin d'appuyer les résultats des 6 articles ci-dessus. Une étude ProQuas a été réalisée dans plusieurs EMS Suisse. Il en est ressorti que pour une prise en charge efficace de la douleur, il est important pour les infirmières d'avoir une relation de confiance avec les résidents et la connaissance de leur parcours de vie.

Selon l'ASI (2018), « L'analyse systématique des entretiens a révélé trois aspects centraux : l'attitude face à la douleur, les connaissances spécialisées et la communication au sein de l'équipe. »

Cet article recommande aux infirmières d'avoir des connaissances spécialisées dans le domaine de l'évaluation de la douleur et de communiquer avec l'équipe interdisciplinaire. Cet article souligne que de nombreux résidents gardent la douleur pour eux, car ils pensent que celle-ci est liée au vieillissement (ASI, 2018).

Il est à noter qu'une douleur est propre à chacun, c'est pourquoi l'infirmière a la responsabilité d'examiner attentivement les résidents et de discuter avec eux. Les personnes âgées démentes non communicante impliquent une difficulté supplémentaire aux infirmières pour l'évaluation de la douleur. L'échelle ECPA est très efficace car elle permet d'observer le langage corporel, les expressions du visage et les bruits émis avant et pendant les soins de bases (ASI, 2018).

Les résultats dans la littérature Suisse (l'ASSM 2018, l'ASI 2018) confirment les résultats relatés dans les articles sélectionnés dans ce Travail de Bachelor. Au vu des résultats significatifs des différents articles, cela permettra aux auteures et aux professionnels de la santé de pouvoir pérenniser cette problématique.

Enjeux pour la pratique

Le rôle infirmier est primordial auprès des personnes âgées démentes, en particulier, la population démente non communicante. Les infirmières, en connaissant les différents comportements et en utilisant les échelles adaptées pour les résidents déments, pourront offrir des soins de qualité et spécifiques à ceux-ci. Un des rôles capital de l'infirmière est la notion d'advocacy. Selon Phaneuf (2013), [l'infirmière doit] « être le défenseur des personnes parmi les plus faibles de notre société, celles qui sont souvent sans voix, peut sembler aller de soi, mais la réalité n'est pas si simple ». Cela confère à l'infirmière de défendre les intérêts de son résident auprès de l'équipe interdisciplinaire. Ceci dans le but de proposer des traitements adaptés et efficaces. Toutes ces actions permettront à la personne soignée de recevoir des soins individuels et personnalisés ; puisque celles-ci seront basées sur les concepts clés des rôles fondamentaux de l'infirmière, tels que le respect de la dignité, la bientraitance et promouvoir la santé.

Pistes et recommandations pour le futur

Les auteures remarquent tout au long de leurs recherches qu'il existe un certain nombres d'études traitant la douleur auprès des résidents atteints de démence en EMS. Nonobstant, elles relèvent la difficulté de l'évaluation de la douleur chez les personnes démentes non communicantes. La plupart des études ont émise une relation positive entre le changement de comportement et la présence d'une douleur. Néanmoins, peu d'études analysent les changements de comportements en faisant une distinction entre la démence et la douleur.

Les auteures remarquent certaines lacunes au sein de la population des soignants en EMS. Le manque de connaissance de la démence, ainsi qu'une utilisation appropriée des échelles font défaut. Afin de prodiguer des soins de qualité, il serait

bénéfique de proposer une formation spécialisée sur la démence et la douleur aux infirmières, dans le but de reconnaître les comportements et de savoir interpréter les échelles. C'est pourquoi, les auteures ont sélectionné diverses échelles probantes à utiliser auprès des personnes démentes et/ou non communicantes. Ces outils sont : CMAI, PAINAD, DS-DAT, NPI, les 13 descripteurs du visage, MOBID, ECPA et ABBEY. Au vu des résultats significatifs de ces échelles, les auteures les recommandent auprès de cette population et incitent leur application dans les établissements médico-sociaux.

Il serait intéressant que les chercheurs réalisent des études sur les causes/conséquences des psychotropes et antalgiques auprès des résidents déments ; ainsi que d'étudier les différents troubles du comportement pour pouvoir déterminer s'ils sont liés à la douleur et/ou la démence, dans le but de prescrire des traitements adaptés. De plus, il serait important de rechercher les bénéfices des traitements non-pharmacologiques, tels que la distraction, la relaxation, l'acupuncture, les huiles essentielles, l'aromathérapie, les massages, la kinesthésie etc. Pour finir, l'ASI (2018) souligne l'importance de la présence des proches aidants dans la prise en soin du résident, car ce sont les personnes qui connaissent le mieux la personne soignée. Ils sont donc primordiaux, car ils transmettent les informations nécessaires à la continuité des soins, tels que la volonté présumée, les habitudes, les souhaits que désiraient les résidents avant d'être dément (ASSM, 2018). Il serait intéressant que les scientifiques abordent les proches aidants dans des prochaines études, comme une ressource dans la compréhension des comportements.

Forces et limites

Lors de l'initiation de ce travail de Bachelor, les auteures avaient ciblé la recherche sur la maladie d'Alzheimer. Elles se sont rendues compte que les articles ne ciblaient pas que la maladie d'Alzheimer mais l'ensemble des types de démence. C'est pourquoi les auteures ont dû faire plusieurs réflexions, afin de reformuler la population du PICO. Lors de la première recherche d'articles scientifiques, elles n'ont pas été attentives à effectuer une méthodologie rigoureuse. Lorsque les auteures ont participé au cours sur « Le processus de recherche et ses étapes dans le TB », elles se sont remises en question. Elles ont donc recommencé depuis le début les recherches d'articles, ce qui a pris du temps. Un article scientifique comprenait des statistiques inconnues aux auteures. Toutefois, elles ont trouvé les ressources pour accéder à la compréhension de ces statistiques.

Concernant les forces de ce travail de Bachelor, les articles sélectionnés ont démontré une corrélation entre eux par rapport aux résultats. De même, tous les articles avaient les mêmes caractéristiques, c'est-à-dire : dans un EMS d'un pays développé, avec des personnes âgées démentes de modérés à sévères douloureuses et l'interprétation du rôle infirmier. Grâce à une méthodologie réflexive et rigoureuse, les résultats sont semblables. Tous les résultats sélectionnés sont statistiquement significatifs, ce qui donne une force à ce travail. Le partage des connaissances et compétences des auteures ont permis de réaliser ce travail avec sérieux et motivation.

Rapport-Gratuit.com

Conclusion

Le but de ce travail était d'identifier le rôle infirmier auprès des résidents atteints de démence qui manifestent des signes de douleurs, afin d'offrir une qualité de vie digne à chacun.

Les auteures soulèvent l'importance du rôle infirmier dans la prise en soins des personnes démentes. Les infirmières doivent défendre les résidents et prodiguer des soins centrés sur leurs besoins. La théorie de Jean Watson permet de guider les actions infirmières en considérant la personne dans sa globalité. Il est donc important d'évaluer les différents troubles du comportement liés à la démence et/ou à la douleur, car ceux-ci peuvent influencer la qualité de vie.

L'élaboration de ce travail a permis aux auteures de mettre l'accent sur cette population vulnérable, dont la douleur est souvent sous-évaluée et sous-traitée. L'évaluation de la douleur de manière rigoureuse auprès des résidents atteints de démence est importante. C'est un rôle essentiel de l'infirmière, puisqu'une démence peut avoir comme conséquence, par exemple, une incapacité à verbaliser leurs ressentis. Le bénéfice de ce travail en tant que futurs professionnels de la santé a été de se rendre compte de l'importance du rôle infirmier en EMS. En vue de la diversité des types de démence, il est compliqué de comprendre une personne démente dans son ensemble. En s'appropriant les différentes échelles comportementales et d'évaluations de la douleur, les infirmières pourront mieux cibler les réels besoins des résidents.

Selon Nowak, T., (2018), les troubles du comportement liés à la douleur peuvent être mal interprétés comme des SCPD, ce qui conduit à la prescription excessive et inappropriée des médicaments psychotropes. Ceux-ci provoquent des effets secondaires graves. Est-ce qu'une meilleure gestion de la douleur en utilisant des analgésiques pourrait-elle réduire l'utilisation inutile des psychotropes ?

Déclaration d'authenticité

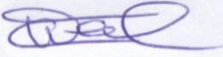
Déclaration d'authenticité

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

Fribourg, le 05.07.2019 

Lieu, date et signature

Fribourg, le 05.07.2019 

Références

- Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM). (2018). *Prise en charge et traitement des personnes atteintes de démence*. Repéré à https://www.samw.ch/dam/jcr:389a7c7c-316e-4615-badb05b5255a5302/directives_assm_demence.pdf.
- Agit, A., Balci, C., Yavuz, B. B., Cankurtaran, E., Kuyumcu, M. E., Halil, M., ... Cankurtaran, M. (2018). An Iceberg Phenomenon in Dementia: Pain. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 31(4), 186-193. <https://doi.org/10.1177/0891988718785765>
- Ahn, H., Garvan, C., & Lyon, D. (2015). Pain and Aggression in Nursing Home Residents With Dementia: Minimum Data Set 3.0 Analysis. *Nursing Research*, 64(4), 256-263. <https://doi.org/10.1097/NNR.0000000000000099>
- Association suisse des infirmières et infirmiers (ASI). (2007). *Position éthique 2 : Responsabilité et qualité dans les soins infirmiers*. Repéré à <https://www.sbk.ch/fr/sujets-infirmiers/ethique-et-soins-infirmiers>
- Boukar.,F.(Communication personnelle [Présentation PowerPoint], 13.11.2018), Le processus de recherche et ses étapes dans le travail de Bachelor.
- Centre d'aide à la rédaction des travaux universitaires d'Ottawa (CARTU). (2014). *Revue de littérature*. Repéré à https://sass.uottawa.ca/sites/sass.uottawa.ca/files/revue_de_litterature.pdf
- Chauffour-Ader, C., & Daydé, M.-C. (2009). *Petit précis de la douleur: Comprendre, évaluer, traiter, accompagner*. (S.l.) : Lamarre.
- Condéfaction suisse. (2017) *Loi fédérale sur les professions de la santé*(LPSan)*. Repéré à <https://www.admin.ch/opc/fr/federal-gazette/2016/7383.pdf>
- Daydé, M.-C., Chauffour-Ader, C., & Wary, B. (2012). *Comprendre et soulager la douleur* (2e édition). Rueil-Malmaison : Editions Lamarre.
- Des chiffres et des faits sur les démences. (n.d.). Repéré à <https://www.alzheimer-schweiz.ch/fr/les-demences/article/des-chiffres-et-des-faits-sur-les-demences/>
- Douleur. (n.d.). *Inserm - La science pour la santé*. Repéré à <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/douleur>
- Formarier, M., & Jovic, L. (2012a). *La base conceptuelle des soins infirmiers*. (S.l.) : Association de recherche en soins infirmiers. Repéré à <https://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-39.htm?contenu=resume>
- Formarier, M., & Jovic, L. (2012b). *Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*. Toulouse (109 rue Negreneys 31200) : Association de recherche en soins infirmiers (ARSI). Repéré à <http://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134.htm>

- Husebo, B. S., Ballard, C., Cohen-Mansfield, J., Seifert, R., & Aarsland, D. (2014). The Response of Agitated Behavior to Pain Management in Persons with Dementia. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 22(7), 708-717. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2012.12.006>
- Husebo, B., Ostelo, R., & Strand, L. (2014). The MOBID-2 pain scale: Reliability and responsiveness to pain in patients with dementia. *European Journal of Pain* (London, England), 18(10), 1419-1430. <https://doi.org/10.1002/ejp.507>
- IASP Terminology - IASP. (n.d.). Repéré à <https://www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1698#Pain>
- Kérouac, S. (2010). *La pensée infirmière*. (S.I.): (s.n.). Repéré à <https://www.amazon.fr/pens%C3%A9e-infirmi%C3%A8re-Suzanne-K%C3%A9rouac/dp/2765026742>
- La démence. (n.d.-a). Repéré à <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
- La démence. (n.d.-b). Repéré à <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
- La douleur en EMS: Une réalité à bannir. (n.d.). Repéré à <https://www.sbk.ch/fr/publications/revue-soins-infirmiers/numero-actuel/11/2018-la-douleur-en-ems-une-realite-a-bannir>
- La population de la Suisse en 2017 | Publication. (n.d.). Repéré à <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/catalogues-banques-donnees/publications.assetdetail.6606497.html>
- Lautenbacher, S., Sampson, E. L., Pähl, S., & Kunz, M. (2016). Which Facial Descriptors Do Care Home Nurses Use to Infer Whether a Person with Dementia Is in Pain? *Pain Medicine*, pnw281. <https://doi.org/10.1093/pm/pnw281>
- Malara, A., De Biase, G. A., Bettarini, F., Ceravolo, F., Di Cello, S., Garo, M., ... Rispoli, V. (2016). Pain Assessment in Elderly with Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia. *Journal of Alzheimer's Disease*, 50(4), 1217-1225. <https://doi.org/10.3233/JAD-150808>
- Neves, C., Malaquin-Pavan, É., Debout, C., & Orem, D. (2008). de soins, caractéristiques, 6.
- Nowak, T., Neumann-Podczaska, A., Deskur-Śmielecka, E., Styszyński, A., & Wieczorowska-Tobis, K. (2018). Pain as a challenge in nursing home residents with behavioral and psychological symptoms of dementia. *Clinical Interventions in Aging*, Volume 13, 1045-1051. <https://doi.org/10.2147/CIA.S157246>
- OFSP, O. fédéral de la santé publique. (n.d.-a). Faits et chiffres : Démence. Repéré à <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/zahlen-und-statistiken/zahlen-fakten-demenz.html>

OFSP, O. fédéral de la santé publique. (n.d.-b). Faits et chiffres : Démence. Repéré à <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/zahlen-und-statistiken/zahlen-fakten-demenz.html>

Office de la statistique, O. fédéral de la. (n.d.-a). Santé des personnes âgées. Repéré à <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiken/gesundheit/gesundheitszustand/alter.html>

Office de la statistique, O. fédéral de la. (n.d.-b). Vieillissement de la population. Repéré à <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiken/bevoelkerung/alterung.html>

Organisation mondiale de la santé (OMS). (2016). *Démence : Rapport du Secrétariat*. Repéré à http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB139/B139_3-fr.pdf.

Organisation mondiale de la santé (OMS). (2017). *Projet de plan mondial d'action de santé publique contre la démence*. Repéré à https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA70/A70_28-fr.pdf

Pays développé : Définition simple et facile du dictionnaire. (n.d.). Repéré à <https://www.linternaute.fr/dictionnaire/fr/definition/pays-developpe/>

Phaneuf, M. (n.d.). Le concept d'advocacy en soins infirmiers, 13.

Péoc'h, N. (2011). Bientraitance et éthique du care... Similitudes et différences autour d'une recension des écrits scientifiques. *Recherche en soins infirmiers*, 105(2), 4. <https://doi.org/10.3917/rsi.105.0004>

Precis de chronicité et soins dans la durée - broché - SAGER TINGUELY/WEBER, Livre tous les livres à la Fnac. (n.d.). Repéré à https://www.fr.fnac.ch/a12679950/SAGER-TINGUELY-WEBER-Precis-de-chronicite-et-soins-dans-la-duree?origin=SEA_GOOGL&gclid=CjwKCAjwuqfoBRAEEiwAZErCshG-9dOJ94cJmG0q667a3B9x2jVuNpWR0lvErVZcZkLYa_B1eKBTxxoCxJ0QAvD_BwE&gclidsrc=aw.ds

Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie - Philippe Voyer - Payot. (n.d.). Repéré à https://www.payot.ch/Detail/soins_infirmiers_aux_aines_en_perte_dautonomie-philippe_voyer-9782761346429

Yumpu.com. (n.d.). telecharger-lechelle-ecpa-neurocoop. *yumpu.com*. Repéré à <https://www.yumpu.com/fr/document/view/17430856/telecharger-lechelle-ecpa-neurocoop>

Zürich, P. I., 8032. (n.d.). Capacité de discernement et capacité d'exercer les droits civils - Pro Infirmis. Repéré à <https://www.proinfirmis.ch/fr/guide-juridique/protection-de-ladulte/capacite-de-discernement-et-capacite-dexercer-les-droits-civils.html>

Appendices A

Les outils d'évaluations de l'agitation et la douleur :

CMAI

NPI

Doloplus

PAINAD

ECPA-2

DS-DAT

MOBID-2

ABBEY



Name: _____ Dates: From _____ to _____

Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI)¹ – Short

Instructions: For each of the behaviours below, check the rating that indicates the average frequency of occurrence over the last 2 weeks.

	1 -	2 - Less than once a	3 - Once or twice a	4 - Several times a	5 - Once or twice a day	6 - Several times a	7 - Several times a
Physical / Aggressive							
1. Hitting (including self)	1	2	3	4	5	6	7
2. Kicking	1	2	3	4	5	6	7
3. Grabbing onto people	1	2	3	4	5	6	7
4. Pushing	1	2	3	4	5	6	7
5. Throwing things	1	2	3	4	5	6	7
6. Biting	1	2	3	4	5	6	7
7. Scratching	1	2	3	4	5	6	7
8. Spitting	1	2	3	4	5	6	7
9. Hurting self or others	1	2	3	4	5	6	7
10. Tearing things or destroying property	1	2	3	4	5	6	7
11. Making physical sexual advances	1	2	3	4	5	6	7
Physical / Non-Aggressive							
12. Pace, aimless wandering	1	2	3	4	5	6	7
13. Inappropriate dress or disrobing	1	2	3	4	5	6	7
14. Trying to get to a different place	1	2	3	4	5	6	7
15. Intentional falling	1	2	3	4	5	6	7
16. Eating / drinking inappropriate substance	1	2	3	4	5	6	7
17. Handling things inappropriately	1	2	3	4	5	6	7
18. Hiding things	1	2	3	4	5	6	7
19. Hoarding things	1	2	3	4	5	6	7
20. Performing repetitive mannerisms	1	2	3	4	5	6	7
21. General restlessness	1	2	3	4	5	6	7
Verbal / Aggressive							
22. Screaming	1	2	3	4	5	6	7
23. Making verbal sexual advances	1	2	3	4	5	6	7
24. Cursing or verbal aggression	1	2	3	4	5	6	7
Verbal / Non-aggressive							
25. Repetitive sentences or questions	1	2	3	4	5	6	7
26. Strange noises (weird laughter or crying)	1	2	3	4	5	6	7
27. Complaining	1	2	3	4	5	6	7
28. Negativism	1	2	3	4	5	6	7
29. Constant unwarranted request for attention or help	1	2	3	4	5	6	7

Signature: _____

Date: _____

NPI-NH

1

Twin no _____

©JL Cummings, 1994

Informant:

Interviewer Number: _____

Name: _____ Informant Number: _____

Telephone: _____

What is your job?

- ☐ Aide
- ☐ Undernurse
- ☐ Nurse
- ☐ Other _____

What shift do you usually work?

- ☐ Day/Night (schedule)
- ☐ Days only
- ☐ Nights only
- ☐ Other _____

How familiar are you with XX?

- ☐ Contact person for proband
- ☐ Very familiar, sees daily
- ☐ Somewhat familiar, sees often but not daily
- ☐ Not very familiar, dispenses meds only or has minimal interaction with XX

How long have you worked with XX? _____ months/ _____ years**Observations of Informant:***Level of Motivation:*

- ☐ High, interested
- ☐ Moderate, required some probing
- ☐ Low, seemed reluctant, gave little thought

Accuracy of Information Provided:

- ☐ No reason to doubt accuracy of information
- ☐ Informant appeared to minimize/deny deficits
- ☐ Informant appeared to exaggerate deficits
- ☐ Other-describe: _____

Reason not asked:

1. Did not ask according to instructions
2. Not applicable (e.g., due to twin's physical condition)
3. Refused
4. Time pressure due to informant limiting time for interview
5. Other reason – write why

Delusions

3 Not applicable_____

Does XX have beliefs that you know are not true? For example, saying that people are trying to harm him/her or steal from him/her. Has s/he said that family members or staff are not who they say they are or that his/her spouse is having an affair? Has s/he had any other unusual beliefs?

	1	2	3
	NO (go to next page)	DON'T KNOW	YES (proceed with subquestions)
	Yes	No	Don't Know Not asked
1. Does XX believe that s/he is in danger, that others are planning to hurt him/her or have been hurting him/her?	1	2	3
2. Does XX believe that others are stealing from him/her?	1	2	3
3. Does XX believe that his/her spouse is having an affair?	1	2	3
4. Does XX believe that his/her family, staff members or others are not who they claim to be?	1	2	3
5. Does XX believe that television or magazine figures are actually present in the room? [Does s/he try to talk or interact with them?]	1	2	3
6. Does s/he believe any other unusual things that I haven't asked about?	1	2	3

Comments: _____

- Frequency:**
- 1 Occasionally – less than once per week
 - 2 Often – about once per week
 - 3 Frequently – several times per week but less than every day
 - 4 Very frequently – once or more per day
 - 5 Not Asked

- Severity:**
- 1 Mild – delusions present but seem harmless and do not upset XX that much
 - 2 Moderate – delusions are stressful and upsetting to XX and cause unusual or strange behavior
 - 3 Marked – delusions are very stressful and upsetting to XX and cause a major amount of unusual or strange behavior
 - 4 Not asked

Hallucinations

3 Not applicable _____

Does XX have hallucinations – meaning does s/he see, hear or experience things that are not present? [If yes, ask for an example to determine if in fact it is a hallucination.] Does XX talk to people who are not there?

- 1 NO (go to next page)
- 2 DON'T KNOW
- 3 YES (proceed with subquestions)

Don't

	Yes	No	Not asked
1. Does XX act as if s/he hears voices or describe hearing voices?	1	2	3
2. Does XX talk to people who are not there?	1	2	3
3. Does XX see things that are not present or act like s/he sees things that are not present (people, animals, lights, etc.)?	1	2	3
4. Does XX smell things that others cannot smell?	1	2	3
5. Does XX describe feeling things on his/her skin or act like s/he is feeling things crawling or touching him/her?	1	2	3
6. Does XX say or act like s/he tastes things that are not present?	1	2	3
7. Does XX describe any other unusual sensory experiences?	1	2	3

Comments: _____

Frequency:

- 1 Occasionally- less than once per week
- 2 Often- about once per week
- 3 Frequently- several times per week but less than every day
- 4 Very Frequently- once or more per day
- 5 Not asked

Severity:

- 1 Mild – hallucinations are present but harmless and do not upset XX that much
- 2 Moderate – hallucinations are stressful and upsetting to XX and cause unusual or strange behavior
- 3 Marked – hallucinations are very stressful and upsetting to XX and cause a major amount of unusual or strange behavior [PRN medications may be required to control them]

Agitation/Aggression

3 Not applicable_____

Does XX have periods when s/he refuses to let people help him/her? Is s/he hard to handle? Is s/he noisy or uncooperative? Does s/he attempt to hurt or hit others?

- 1 NO (go to next page)
- 2 DON'T KNOW
- 3 YES (proceed with subquestions)

	Don't Know/ Not asked		
	Yes	No	
1. Does XX get upset when people are trying to care for him/her or resist activities such as bathing or changing clothes?	1	2	3
2. Does XX always want things his/her own way?	1	2	3
3. Is XX uncooperative, resistive to help from others?	1	2	3
4. Does XX have any other behaviors that make him/her hard to handle?	1	2	3
5. Does XX shout, make loud noises, or swear angrily?	1	2	3
6. Does XX slam doors, kick furniture, throw things?	1	2	3
7. Does XX attempt to hurt or hit others?	1	2	3
8. Does XX have any other aggressive or agitated behaviors?	1	2	3

Comments: _____

Frequency:

- 1 Occasionally- less than once per week
- 2 Often- about once per week
- 3 Frequently- several times per week but less than every day
- 4 Very Frequently- once or more per day
- 5 Not asked

Severity:

- 1 Mild – behavior is stressful for XX but can be controlled by the caregiver
- 2 Moderate – behaviors are stressful for XX and are difficult to control
- 3 Marked – agitation is very stressful or upsetting to XX and is very difficult or impossible to control; there is a possibility s/he may injure him/herself and medications are often required

Depression/Dysphoria

3 Not applicable_____

Does XX seem sad or depressed? Does s/he say that s/he feels sad or depressed? Does s/he cry at times?

	1 NO (got to next page)	2 DON'T KNOW	3 YES (proceed with subquestions)	Yes	No	Don't Know/ Not asked
1. Does XX cry at times?				1	2	3
2. Does XX say or act like s/he is depressed?				1	2	3
3. Does XX put him/herself down or say that s/he feels like a failure?				1	2	3
4. Does XX say that s/he is a bad person or deserves to be punished?				1	2	3
5. Does XX seem very discouraged or say that s/he has no future?				1	2	3
6. Does XX say s/he is a burden to the family or that the family would be better off without him/her?				1	2	3
7. Does XX talk about wanting to die or about killing him/herself?				1	2	3
8. Does XX show any other signs of depression or sadness?				1	2	3

Comments: _____

Frequency:	1 Occasionally- less than once per week
	2 Often- about once per week
	3 Frequently- several times per week but less than every day
	4 Very Frequently- essentially continuously present
	5 Not asked
Severity:	1 Mild - depression is stressful for XX but will usually change with the help of a caregiver
	2 Moderate – depression is stressful for XX and is difficult to change by the caregiver
	3 Marked – depression is very upsetting and stressful for XX and is very difficult or impossible to change

Anxiety

3 Not applicable_____

Is XX very nervous, worried, or frightened for no reason? Does s/he seem very tense or unable to relax? Is s/he afraid to be apart from you or from others that s/he trusts?

- 1 NO (go to next page)
- 2 DON'T KNOW
- 3 YES (proceed with subquestions)

	Don't Know/ Yes No Not asked		
1. Does XX say that s/he is worried about planned events such as appointments or family visits?	1	2	3
2. Does XX have periods of feeling shaky, unable to relax, or feeling very tense?	1	2	3
3. Does XX have periods of [or complain of] shortness of breath, gasping, or sighing for no reason other than being nervous?	1	2	3
4. Does XX complain of butterflies in his/her stomach, or of racing or pounding of the heart because of being nervous [Symptoms not explained by ill health]?	1	2	3
5. Does XX avoid certain places or situations that make him/her more nervous such as meeting with friends or participating in ward activities?	1	2	3
6. Does XX become nervous and upset when separated from you or from others that s/he trusts? [Does s/he cling to you to keep from being separated?]	1	2	3
7. Does XX show any other signs of anxiety?	1	2	3

Comments: _____

- Frequency:**
- 1 Occasionally- less than once per week
 - 2 Often- about once per week
 - 3 Frequently- several times per week but less than every day
 - 4 Very Frequently- once or more per day
 - 5 Not asked
- Severity:**
- 1 Mild – anxiety is stressful for XX but will usually change with the help of the caregiver
 - 2 Moderate – anxiety is stressful for XX and is difficult to change by the caregiver
 - 3 Marked – anxiety is very upsetting and stressful for XX and is very difficult or impossible to change

Elation/Euphoria

3 Not applicable _____

Does XX seem too cheerful or too happy for no reason? I don't mean the normal happiness, but, for example, laughing at things that others do not find funny.

- 1 NO (go to next page)
- 2 DON'T KNOW
- 3 YES (proceed with subquestions)

	Don't Know/ Yes No Not asked		
1. Does XX appear to feel too good or to be too happy?	1	2	3
2. Does XX find humor and laugh at things that others do not find funny?	1	2	3
3. Does XX seem to have a childish sense of humor with a tendency to giggle or laugh inappropriately (such as when something unfortunate happens to others)?	1	2	3
4. Does XX tell jokes or say things that are not funny to others but seem funny him/her?	1	2	3 to
5. Does XX play childish games such as pinching or playing "keep away" for the it?	1	2	3 fun of
6. Does XX show any other signs of feeling too good or being too happy?	1	2	3

Comments: _____

- Frequency:**
- 1 Occasionally- less than once per week
 - 2 Often- about once per week
 - 3 Frequently- several times per week but less than every day
 - 4 Very Frequently- essentially continuously present
 - 5 Not asked

- Severity:**
- 1 Mild – XX is too happy at times
 - 2 Moderate – XX is too happy at times and this sometimes causes strange behavior
 - 3 Marked – XX is almost always too happy and finds nearly everything to be funny
 - 4 Not asked

Apathy/Indifference

3 Not applicable _____

Does XX sit quietly without paying attention to things going on around him/her? Has s/he lost interest in doing things or lack motivation for participating in activities? Is it difficult to involve him/her in conversation or in group activities?

- 1 NO (go to next page)
- 2 DON'T KNOW
- 3 YES (proceed with subquestions)

Don't
Know/ Yes No
Not asked

- | | | | |
|---|---|---|---|
| 1. Has XX lost interest in the world around him/her? | 1 | 2 | 3 |
| 2. Does XX fail to start conversations? [score only if conversation is possible] | 1 | 2 | 3 |
| 3. Does XX fail to show emotional reactions that would be expected (happiness over the visit of a friend or family member, interest in the news or sports, etc.)? | 1 | 2 | 3 |
| 4. Has XX lost interest in friends and family members? | 1 | 2 | 3 |
| 5. Is XX less enthusiastic about his/her usual interests? | 1 | 2 | 3 |
| 6. Does XX sit quietly without paying attention to things going on around him/her? | 1 | 2 | 3 |
| 7. Does XX show any other signs that s/he doesn't care about doing new things? | 1 | 2 | 3 |

Comments: _____

Frequency:

- 1 Occasionally- less than once per week
- 2 Often- about once per week
- 3 Frequently- several times per week but less than every day
- 4 Very Frequently- nearly always present
- 5 Not asked

Severity:

- 1 Mild – XX has a loss of interest in things at times, but this causes little change in his/her behavior or participation in activities
- 2 Moderate – XX has a major loss of interest in things which can only be changed by powerful events such as visits from close relatives or family members
- 3 Marked – XX has completely lost interest and motivation
- 4 Not asked

Disinhibition

3 Not applicable_____

Does XX do or say things that are not usually done or said in public? Does s/he seem to act impulsively without thinking? Does s/he say things that are insensitive or hurt people's feelings?

1 NO (go to next page)

2 DON'T KNOW

3 YES (proceed with subquestions)

Don't Know/

Yes No Not asked

1. Does XX act impulsively without thinking of the consequences?	1	2	3
2. Does XX talk to total strangers as if s/he knew them?	1	2	3
3. Does XX say things to people that are insensitive or hurt their feelings?	1	2	3
4. Does XX say crude things or make inappropriate sexual remarks?	1	2	3
5. Does XX talk openly about very personal or private matters not usually discussed in public?	1	2	3
6. Does XX fondle, touch or hug others in a way that is not appropriate?	1	2	3
7. Does XX show any other signs of loss of control of his/her impulses?	1	2	3

Comments: _____

Frequency:

1 Occasionally- less than once per week

2 Often- about once per week

3 Frequently- several times per week but less than every day

4 Very Frequently- essentially continuously present

5 Not asked

Severity:

1 Mild – XX acts impulsively at times, but behavior is not difficult to change by the caregivers

2 Moderate – XX is very impulsive and this behavior is difficult to change by the caregiver

3 Marked – XX is almost always impulsive and this behavior is nearly impossible

Irritability/Lability

3 Not

applicable_____

Does XX get easily irritated or disturbed? Are his/her moods very changeable? Is s/he extremely impatient?

- 1 NO (go to next page)
- 2 DON'T KNOW
- 3 YES (proceed with subquestions)

D

on't
Know
/ Yes
No
Not
asked

- | | | | |
|--|---|---|---|
| 1. Does XX have a bad temper, flying "off the handle" easily over little things? | 1 | 2 | 3 |
| 2. Does XX rapidly change moods from one to another, being fine one minute and angry the next? | 1 | 2 | 3 |
| 3. Does XX have sudden flashes of anger? | 1 | 2 | |
| 4. Is XX impatient, having trouble coping with delays or waiting for planned activities or other things? | 1 | 2 | |
| 5. Is XX easily irritated? | 1 | 2 | |
| 6. Does XX argue or is s/he difficult to get along with? | 1 | 2 | |
| 7. Does XX show any other signs of irritability? | 1 | 2 | |

Comments: _____

Frequency:

- 1 Occasionally- less than once per week
- 2 Often- about once per week
- 3 Frequently- several times per week but less than every day
- 4 Very Frequently- essentially continuously present
- 5 Not asked

Severity:

- 1 Mild – XX is irritable at times but behavior is not difficult to change caregiver
- 2 Moderate – XX is very irritable and this behavior is difficult for the c change

Depression/Dysphoria

3 Not applicable_____

Does XX seem sad or depressed? Does s/he say that s/he feels sad or depressed? Does s/he cry at times?

- 1 NO (got to next page)
- 2 DON'T KNOW
- 3 YES (proceed with subquestions)

	Yes	No	Don't Know/ Not asked
1. Does XX cry at times?	1	2	3
2. Does XX say or act like s/he is depressed?	1	2	3
3. Does XX put him/herself down or say that s/he feels like a failure?	1	2	3
4. Does XX say that s/he is a bad person or deserves to be punished?	1	2	3
5. Does XX seem very discouraged or say that s/he has no future?	1	2	3
6. Does XX say s/he is a burden to the family or that the family would be better off without him/her?	1	2	3
7. Does XX talk about wanting to die or about killing him/herself?	1	2	3
8. Does XX show any other signs of depression or sadness?	1	2	3

Comments: _____

Frequency:

- 1 Occasionally- less than once per week
- 2 Often- about once per week
- 3 Frequently- several times per week but less than every day
- 4 Very Frequently- essentially continuously present
- 5 Not asked

Severity:

- 1 Mild - depression is stressful for XX but will usually change with the help of a caregiver
- 2 Moderate – depression is stressful for XX and is difficult to change by the caregiver
- 3 Marked – depression is very upsetting and stressful for XX and is very difficult or impossible to change

Anxiety

3 Not applicable_____

Is XX very nervous, worried, or frightened for no reason? Does s/he seem very tense or unable to relax? Is s/he afraid to be apart from you or from others that s/he trusts?

- 1 NO (go to next page)
- 2 DON'T KNOW
- 3 YES (proceed with subquestions)

	Don't Know/ Yes No Not asked		
1. Does XX say that s/he is worried about planned events such as appointments or family visits?	1	2	3
2. Does XX have periods of feeling shaky, unable to relax, or feeling very tense?	1	2	3
3. Does XX have periods of [or complain of] shortness of breath, gasping, or sighing for no reason other than being nervous?	1	2	3
4. Does XX complain of butterflies in his/her stomach, or of racing or pounding of the heart because of being nervous [Symptoms not explained by ill health]?	1	2	3
5. Does XX avoid certain places or situations that make him/her more nervous such as meeting with friends or participating in ward activities?	1	2	3
6. Does XX become nervous and upset when separated from you or from others that s/he trusts? [Does s/he cling to you to keep from being separated?]	1	2	3
7. Does XX show any other signs of anxiety?	1	2	3

Comments: _____

- Frequency:**
- 1 Occasionally- less than once per week
 - 2 Often- about once per week
 - 3 Frequently- several times per week but less than every day
 - 4 Very Frequently- once or more per day
 - 5 Not asked
- Severity:**
- 1 Mild – anxiety is stressful for XX but will usually change with the help of the caregiver
 - 2 Moderate – anxiety is stressful for XX and is difficult to change by the caregiver
 - 3 Marked – anxiety is very upsetting and stressful for XX and is very difficult or impossible to change

Elation/Euphoria

3 Not applicable_____

Does XX seem too cheerful or too happy for no reason? I don't mean the normal happiness, but, for example, laughing at things that others do not find funny.

- 1 NO (go to next page)
- 2 DON'T KNOW
- 3 YES (proceed with subquestions)

	Don't Know/ Yes No Not asked		
1. Does XX appear to feel too good or to be too happy?	1	2	3
2. Does XX find humor and laugh at things that others do not find funny?	1	2	3
3. Does XX seem to have a childish sense of humor with a tendency to giggle or laugh inappropriately (such as when something unfortunate happens to others)?	1	2	3
4. Does XX tell jokes or say things that are not funny to others but seem funny him/her?	1	2	3 to
5. Does XX play childish games such as pinching or playing "keep away" for the it?	1	2	3 fun of
6. Does XX show any other signs of feeling too good or being too happy?	1	2	3

Comments: _____

- Frequency:**
- 1 Occasionally- less than once per week
 - 2 Often- about once per week
 - 3 Frequently- several times per week but less than every day
 - 4 Very Frequently- essentially continuously present
 - 5 Not asked

- Severity:**
- 1 Mild – XX is too happy at times
 - 2 Moderate – XX is too happy at times and this sometimes causes strange behavior
 - 3 Marked – XX is almost always too happy and finds nearly everything to be funny
 - 4 Not asked

Apathy/Indifference

3 Not applicable_____

Does XX sit quietly without paying attention to things going on around him/her? Has s/he lost interest in doing things or lack motivation for participating in activities? Is it difficult to involve him/her in conversation or in group activities?

- 1 NO (go to next page)
- 2 DON'T KNOW
- 3 YES (proceed with subquestions)

	Don't Know/ Yes No Not asked		
1. Has XX lost interest in the world around him/her?	1	2	3
2. Does XX fail to start conversations? [score only if conversation is possible]	1	2	3
3. Does XX fail to show emotional reactions that would be expected (happiness over the visit of a friend or family member, interest in the news or sports, etc.)?	1	2	3
4. Has XX lost interest in friends and family members?	1	2	3
5. Is XX less enthusiastic about his/her usual interests?	1	2	3
6. Does XX sit quietly without paying attention to things going on around him/her?	1	2	3
7. Does XX show any other signs that s/he doesn't care about doing new things?	1	2	3

Comments: _____

Frequency:

- 1 Occasionally- less than once per week
- 2 Often- about once per week
- 3 Frequently- several times per week but less than every day
- 4 Very Frequently- nearly always present
- 5 Not asked

Severity:

- 1 Mild – XX has a loss of interest in things at times, but this causes little change in his/her behavior or participation in activities
- 2 Moderate – XX has a major loss of interest in things which can only be changed by powerful events such as visits from close relatives or family members
- 3 Marked – XX has completely lost interest and motivation
- 4 Not asked

Disinhibition

3 Not applicable_____

Does XX do or say things that are not usually done or said in public? Does s/he seem to act impulsively without thinking? Does s/he say things that are insensitive or hurt people's feelings?

	1	2	3
	NO (go to next page)		
	DON'T KNOW		
	YES (proceed with subquestions)		
	Yes	No	Don't Know/ Not asked
1. Does XX act impulsively without thinking of the consequences?	1	2	3
2. Does XX talk to total strangers as if s/he knew them?	1	2	3
3. Does XX say things to people that are insensitive or hurt their feelings?	1	2	3
4. Does XX say crude things or make inappropriate sexual remarks?	1	2	3
5. Does XX talk openly about very personal or private matters not usually discussed in public?	1	2	3
6. Does XX fondle, touch or hug others in a way that is not appropriate?	1	2	3
7. Does XX show any other signs of loss of control of his/her impulses?	1	2	3

Comments: _____

Frequency:

- 1 Occasionally- less than once per week
- 2 Often- about once per week
- 3 Frequently- several times per week but less than every day
- 4 Very Frequently- essentially continuously present
- 5 Not asked

Severity:

- 1 Mild – XX acts impulsively at times, but behavior is not difficult to change by the caregivers
- 2 Moderate – XX is very impulsive and this behavior is difficult to change by the caregiver
- 3 Marked – XX is almost always impulsive and this behavior is nearly impossible

Irritability/Lability

3 Not applicable_____

Does XX get easily irritated or disturbed? Are his/her moods very changeable? Is s/he extremely impatient?

- 1 NO (go to next page)
- 2 DON'T KNOW
- 3 YES (proceed with subquestions)

	Don't Know/ Yes	No Not asked
1. Does XX have a bad temper, flying "off the handle" easily over little things?	1	2 3
2. Does XX rapidly change moods from one to another, being fine one minute and angry the next?	1	2 3
3. Does XX have sudden flashes of anger?	1	2 3
4. Is XX impatient, having trouble coping with delays or waiting for planned activities or other things?	1	2 3
5. Is XX easily irritated?	1	2 3
6. Does XX argue or is s/he difficult to get along with?	1	2 3
7. Does XX show any other signs of irritability?	1	2 3

Comments: _____

Frequency:

- 1 Occasionally- less than once per week
- 2 Often- about once per week
- 3 Frequently- several times per week but less than every day
- 4 Very Frequently- essentially continuously present
- 5 Not asked

Severity:

- 1 Mild – XX is irritable at times but behavior is not difficult to change by the caregiver
- 2 Moderate – XX is very irritable and this behavior is difficult for the caregiver to change
- 3 Marked – XX is almost always irritable and this behavior is nearly impossible

Aberrant Motor Behavior

3 Not applicable_____

Does XX have repetitive activities or “habits” that s/he performs over and over such as pacing, wheeling back and forth, picking at things, or winding string? [Do not include simple tremors or tongue movements.]

- 1 NO (go to next page)
- 2 DON'T KNOW
- 3 YES (proceed with subquestions)

	Don't Know/ Yes No Not asked		
1. Does XX pace or wheel around the facility with no reason?	1	2	3
2. Does XX open or unpack drawers or closets over and over?	1	2	3
3. Does XX repeatedly put on and take off clothing?	1	2	3
4. Does XX engage in repetitive activities such as handling buttons, picking wrapping string, moving bed sheets, etc.?	1	2	3
5. Does XX have repetitive activities or “habits” that s/he performs over and over?	1	2	3

Comments: _____

Frequency:

- 1 Occasionally- less than once per week
- 2 Often- about once per week
- 3 Frequently- several times per week but less than every day
- 4 Very Frequently- essentially continuously present
- 5 Not asked

Severity:

- 1 Mild – XX has repetitive behaviors at times, but does not change daily activities
- 2 Moderate – repetitive behaviors of XX are very noticeable but can be controlled with help from the caregiver
- 3 Marked – repetitive behaviors are very noticeable and upsetting to XX and are difficult or impossible to control by the caregiver

Sleep

3 Not applicable_____

This group of questions should be directed only to caregivers who work the night shift and observe the residents directly or have acceptable knowledge (e.g., receive regular morning report) of XX's night-time activities. If the informant is not knowledgeable about XX's night-time behavior, mark Not Applicable.

Does XX have difficulty sleeping (do not count as present if s/he simply gets up once or twice per night only to go to the bathroom and falls back asleep immediately)? Is s/he awake at night? Does s/he wander at night, get dressed, or go into others' rooms?

- 1 NO (go to next page)
- 2 DON'T KNOW
- 3 YES (proceed with subquestions)

Don't
Know/ Yes No
Not asked

- | | | | |
|---|---|---|---|
| 1. Does XX have difficulty falling asleep? | 1 | 2 | 3 |
| 2. Does XX get up during the night (do not count if s/he gets up once or twice per night only to go to the bathroom and falls back asleep immediately)? | 1 | 2 | 3 |
| 3. Does XX wander, pace, or get involved in inappropriate activities at night? | 1 | 2 | 3 |
| 4. Does XX wake up at night, dress, and plan to go out thinking that it is morning and time to start the day? | 1 | 2 | 3 |
| 5. Does XX wake up too early in the morning (before other residents)? | 1 | 2 | 3 |
| 6. Does XX have any other night-time behavior that we haven't talked about? | 1 | 2 | 3 |

Comments: _____

Frequency: 1 Occasionally- less than once per week

2 Often- about once per week

3 Frequently- several times per week but less than every day

4 Very Frequently- once or more per day (every night)

5 Not asked

Severity: 1 Mild – night-time behaviors are present but they are not too stressful for XX

2 Moderate – night-time behaviors are present and disturb others in the nursing home; more than one type of night-time behavior may be present

3 Marked – night-time behaviors are present and XX is very disturbed during the night

Appetite and Eating Disorders

3 Not applicable _____

Does XX have an extremely good or poor appetite, changes in weight, or unusual eating habits (mark as Not Applicable if XX is incapacitated and has to be fed)? Has there been any change in type of food s/he prefers?

- 1 NO (go to next page)
- 2 DON'T KNOW
- 3 YES (proceed with subquestions)

	Yes	No	Don't Know/ Not asked
1. Does XX have a poor appetite?	1	2	3
2. Does XX have an unusually good appetite?	1	2	3
3. Has XX lost weight?	1	2	3
4. Has XX gained weight?	1	2	3
5. Does XX have unusual eating behavior such as putting too much food in his/her mouth at once?	1	2	3
6. Has XX had a change in the kind of food s/he likes such as eating too many sweets or other specific types of food?	1	2	3
7. Has XX developed eating behaviors such as eating exactly the same types of food each day or eating the food in exactly the same order?	1	2	3
8. Have there been any other changes in appetite or eating that I haven't asked about?	1	2	3

Comments: _____

Frequency:

- 1 Occasionally- less than once per week
- 2 Often-about once per week
- 3 Frequently- several times per week but less than every day
- 4 Very Frequently- once or more per day or continuously
- 5 Not asked

Severity:

- 1 Mild – changes in appetite or eating are present but have not led to changes in weight and are not disturbing
- 2 Moderate – changes in appetite or eating are present and cause minor changes in weight
- 3 Marked – obvious changes in appetite or eating are present and cause changes in weight, are abnormal or upset XX
- 4 Not asked

Echelle DOLOPLUS 2 : observation comportementale de la douleur chez la personne âgée non communicante

Nom, Prénom :

Mois / Année :

Jours :

RENTENTISSEMENT SOMATIQUE							
PLAINTES SOMATIQUES							
➤ Pas de plainte		0	0	0	0	0	0
➤ Plaintes uniquement à la sollicitation		1	1	1	1	1	1
➤ Plaintes spontanées occasionnelles		2	2	2	2	2	2
➤ Plaintes spontanées continues		3	3	3	3	3	3
POSITIONS ANTALGIQUES AU REPOS							
➤ Pas de position antalgique		0	0	0	0	0	0
➤ Le sujet évite certaines positions de façon occasionnelle		1	1	1	1	1	1
➤ Position antalgique permanente et efficace		2	2	2	2	2	2
➤ Position antalgique permanente inefficace		3	3	3	3	3	3
PROTECTION DE ZONES DOULOUREUSES							
➤ Pas de protection		0	0	0	0	0	0
➤ Protection à la sollicitation n'empêchant pas la poursuite de l'examen ou des soins		1	1	1	1	1	1
➤ Protection à la sollicitation empêchant tout examen ou soins		2	2	2	2	2	2
➤ Protection au repos, en l'absence de toute sollicitation		3	3	3	3	3	3
MIMIQUE							
➤ Mimique habituelle		0	0	0	0	0	0
➤ Mimique semblant exprimer la douleur à la sollicitation		1	1	1	1	1	1
➤ Mimique semblant exprimer la douleur en l'absence de toute sollicitation		2	2	2	2	2	2
➤ Mimique inexpressive en permanence et de manière inhabituelle (atone, figée, regard vide)		3	3	3	3	3	3
SOMMEIL							
➤ Sommeil habituel		0	0	0	0	0	0
➤ Difficultés d'endormissement		1	1	1	1	1	1
➤ Réveils fréquents (agitation motrice)		2	2	2	2	2	2
➤ Insomnie avec retentissement sur les phases d'éveil		3	3	3	3	3	3
RENTENTISSEMENT PSYCHOMOTEUR							
TOILETTE ET/OU HABILLAGE							
➤ Possibilités habituelles inchangées		0	0	0	0	0	0
➤ Possibilités habituelles peu diminuées (précautionneux mais complet)		1	1	1	1	1	1
➤ Possibilités habituelles très diminuées, toilette et/ou habillage étant difficiles et partiels		2	2	2	2	2	2
➤ Toilette et/ou habillage impossibles, le malade exprimant son opposition à toute tentative		3	3	3	3	3	3
MOUVEMENTS							
➤ Possibilités habituelles inchangées		0	0	0	0	0	0
➤ Possibilités habituelles actives limitées (le malade évite certains mouvements, diminue son périmètre de marche)		1	1	1	1	1	1
➤ Possibilités habituelles actives et passives limitées (même aidé, le malade diminue ses mouvements)		2	2	2	2	2	2
➤ Mouvement impossible, toute mobilisation entraînant une opposition		3	3	3	3	3	3

RENTENTISSEMENT PSYCHOSOCIAL							
COMMUNICATION							
➤ Inchangée		0	0	0	0	0	0
➤ Intensifiée (la personne attire l'attention de manière inhabituelle)		1	1	1	1	1	1
➤ Diminuée (La personne s'isole)		2	2	2	2	2	2
➤ Absence ou refus de toute communication		3	3	3	3	3	3
VIE SOCIALE							
➤ Participation habituelle aux différentes activités (repas, animations, ateliers thérapeutiques)		0	0	0	0	0	0
➤ Participation aux différentes activités uniquement à la sollicitation		1	1	1	1	1	1
➤ Refus partiel de participation aux différentes activités		2	2	2	2	2	2
➤ Refus de toute vie sociale		3	3	3	3	3	3
TROUBLES DU COMPORTEMENT							
➤ Comportement habituel		0	0	0	0	0	0
➤ Troubles du comportement à la sollicitation et itératif		1	1	1	1	1	1
➤ Troubles du comportement à la sollicitation et permanent		2	2	2	2	2	2
➤ Troubles du comportement permanent (en dehors de toute sollicitation)		3	3	3	3	3	3
Score							

Pain Assessment IN Advanced Dementia

PAINAD

	0	1	2	Score
Breathing Independent of vocalization	Normal	Occasional labored breathing. Short period of hyperventilation	Noisy labored breathing. Long period of hyperventilation. Cheyne-stokes respirations	
Negative Vocalization	None	Occasional moan or groan. Low level speech with a negative or disapproving quality	Repeated troubled calling out. Loud moaning or groaning. Crying	
Facial expression	Smiling, or inexpressive	Sad. Frightened. Frown	Facial grimacing	
Body Language	Relaxed	Tense. Distressed pacing. Fidgeting	Rigid. Fists clenched, Knees pulled up. Pulling or pushing away. Striking out	
Consolability	No need to console	Distracted or reassured by voice or touch	Unable to console, distract or reassure	
TOTAL				

This material prepared by the Geriatric Research Education Clinical Center, is provided by the Iowa Foundation for Medical Care, the Medicare Quality Improvement Organization for Iowa, was prepared by McIsaac, under contract with the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS), an agency of the U.S. Department of Health and Human Services. The contents presented do not necessarily reflect CMS policy.

**ÉVALUATION COMPORTEMENTALE
DE LA DOULEUR
CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE**

Échelle ECPA

I - OBSERVATION AVANT LES SOINS

1/ EXPRESSION DU VISAGE : REGARD ET MIMIQUE

Visage détendu	0
Visage soucieux	1
Le sujet grimace de temps en temps	2
Regard effrayé et/ou visage crispé	3
Expression complètement figée	4

2/ POSITION SPONTANÉE au repos (recherche d'une attitude ou position antalgique)

Aucune position antalgique	0
Le sujet évite une position	1
Le sujet choisit une position antalgique	2
Le sujet recherche sans succès une position antalgique	3
Le sujet reste immobile comme cloué par la douleur	4

3/ MOUVEMENTS (OU MOBILITÉ) DU PATIENT (hors et/ou dans le lit)

Le sujet bouge ou ne bouge pas comme d'habitude*	0
Le sujet bouge comme d'habitude* mais évite certains mouvements	1
Lenteur, rareté des mouvements contrairement à son habitude*	2
Immobilité contrairement à son habitude*	3
Absence de mouvement** ou forte agitation contrairement à son habitude*	4

* se référer au(x) jour(s) précédent(s) ** ou prostration

N.B. : les états végétatifs correspondent à des patients ne pouvant être évalués par cette échelle

4/ RELATION À AUTRUI

Il s'agit de toute relation, quel qu'en soit le type : regard, geste, expression...	
Même type de contact que d'habitude*	0
Contact plus difficile à établir que d'habitude*	1
Évite la relation contrairement à l'habitude*	2
Absence de tout contact contrairement à l'habitude*	3
Indifférence totale contrairement à l'habitude*	4

* se référer au(x) jour(s) précédent(s)

II - OBSERVATION PENDANT LES SOINS

5/ Anticipation ANXIEUSE aux soins

Le sujet ne montre pas d'anxiété	0
Angoisse du regard, impression de peur	1
Sujet agité	2
Sujet agressif	3
Cris, soupirs, gémissements	4

6/ Réactions pendant la MOBILISATION

Le sujet se laisse mobiliser ou se mobilise sans y accorder une attention particulière	0
Le sujet a un regard attentif et semble craindre la mobilisation et les soins	1
Le sujet retient de la main ou guide les gestes lors de la mobilisation ou des soins	2
Le sujet adopte une position antalgique lors de la mobilisation ou des soins	3
Le sujet s'oppose à la mobilisation ou aux soins	4

7/ Réactions pendant les SOINS des ZONES DOULOUREUSES

Aucune réaction pendant les soins	0
Réaction pendant les soins, sans plus	1
Réaction au TOUCHER des zones douloureuses	2
Réaction à l'EFFLEUREMENT des zones douloureuses	3
L'approche des zones est impossible	4

8/ PLAINTES exprimées PENDANT le soin

Le sujet ne se plaint pas	0
Le sujet se plaint si le soignant s'adresse à lui	1
Le sujet se plaint dès la présence du soignant	2
Le sujet gémit ou pleure silencieusement de façon spontanée	3
Le sujet crie ou se plaint violemment de façon spontanée	4

PATIENT

NOM : Prénom : Sexe : Âge :

Date : Service :
Heure : Nom du Cotateur :

SCORE

Discomfort Scale - Dementia of Alzheimer Type (DS-DAT)

Nederlandse versie

© EMGO Instituut, VU medisch centrum, 1997. Aangepaste versie 2008.

Tijdstip begin observatieperiode:

Positie: liggend / zittend / staand / lopend /

Beperking: (bv. onrustband, houding waarin de patiënt niet kan bewegen)

Waarnemingen tijdens de 5 minuten observatietijd:

Item met criteria	Score (zet een kruisje in de kolom die van toepassing is) ¹				
	Geen	Minimaal	Matig	Extreem	Nvt
a. Hoorbaar/luidruchtig ademen ² Niet goed klinkende bijgeluiden bij in- of uitademing; de ademhaling lijkt inspannend, moeizaam of afmattend; de ademhaling klinkt luid, krassend of hijgend; moeite met ademen of krachtig pogen een goede gasuitwisseling te bereiken; episodische uitbarstingen van snel ademen of hyperventilatie.					
b. Negatief stemgebruik ² Geluiden of spraak met een negatief of afkeurend karakter; gedempte laagtonige geluiden zoals constant met een keelklank mompelen; monotoon of getemperd geluid of geluid van variërende toonhoogte met een duidelijk onplezierige klank; geluid met een hogere snelheid dan een gesprek, of aanhoudend geluid als bij steunen of kreunen; steeds dezelfde woorden op een treurige toon herhalen; gekwetstheid of pijn uitdrukken.					
c. Tevreden gelaatsuitdrukking Gezicht ziet er aangenaam, kalm uit; rustig, op zijn/haar gemak of sereen; ontspannen gezichtsuitdrukking met ontspannen, niet op elkaar geklemde kaken; over het geheel genomen een vredige uitdrukking.					
d. Bedroefde gelaatsuitdrukking Gekweld kijkend gezicht; ziet er gepijnigd, zorgelijk/bedrukt, verloren of eenzaam uit; bedroefd voorkomen; schuldige blik met diepliggende, glansloze ogen; tranen; huilen.					
e. Angstige gelaatsuitdrukking Bang, bezorgd kijkend gezicht; gehinderde, angstige, of ongeruste uitdrukking; verschrikt uiterlijk met open ogen en een smekend gezicht.					
f. Gefronst gelaat Gezicht ziet er gespannen uit; strenge of norse blikken; ontstemde blik met gefronste wenkbrauwen en plooiën in het voorhoofd; mondhoeken naar beneden.					
g. Ontspannen lichaamstaal Gemakkelijke, open houding; ligt er rustig bij, eventueel "genesteld" of uitgestrekt; spieren lijken normaal gespannen en gewrichten staan niet onder spanning; inactieve, luie of "relaxte" uitdrukking; aanblik van "lekker niks doen"; nonchalant.					
h. Gespannen lichaamstaal Extremiteten vertonen spanning; wringen van de handen, gebalde vuisten, of strak opgetrokken knieën; lichaamshouding ziet er gespannen en inflexibel uit.					
i. Zenuwachtige bewegingen/bewegingsonrust Rusteloze, ongeduldige bewegingen; wriemelen, nerveus handelen; lijkt weg te willen van een pijnlijk gebied; krachtig aanraken van, trekken aan, of wrijven over lichaamsdelen.					

¹Zie instructieblad voor scoringsmethode

²Wanneer u er niet zeker van bent of een geluid respiratoir of vocaal van oorsprong is, maak dan een keuze uit beide items. Scoor dus maar één van beide.

MOBID-2 Pain Scale

MOBILIZATION - OBSERVATION - BEHAVIOUR - INTENSITY - DEMENTIA

Patient's name: _____

Date: _____

Time: _____

Unit: _____

Pay attention to the patient's pain behaviour during morning care. Observe the patient before you start mobilization. Explain clearly what is going to happen. Guide the patient carefully through the activities 1-5. Reverse the movement immediately if pain behaviour is perceived. Rate your observation after each activity:

Pain Behaviour

Tick the boxes for Pain noises, Facial expression and Defence, whenever you observed such pain behaviour



Pain noises
Ouch!
Groaning
Gasping
Screaming



Facial expression
Grimacing
Frowning
Tightening mouth
Closing eyes



Defence
Freezing
Guarding
Pushing
Crouching

Pain Intensity

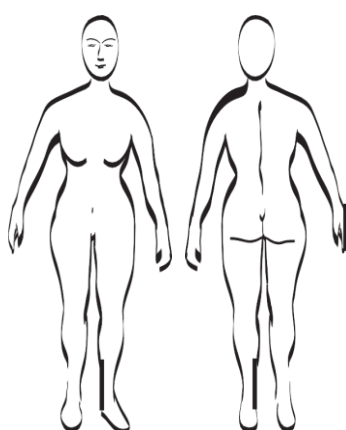
Based on pain behaviour, rate the pain intensity with a cross on the lines (0-10)

	YOU MAY TICK SEVERAL BOXES FOR EACH ACTIVITY			HOW INTENSE DO YOU REGARD THE PAIN TO BE? 0 is no pain and 10 is as bad as it possibly could be
1. Guide to open both hands, one hand at a time	☐	☐	☐	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
2. Guide to stretch both arms towards head, one arm at a time	☐	☐	☐	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
3. Guide to stretch and bend both knees and hips, one leg at a time	☐	☐	☐	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
4. Guide to turn in bed to both sides	☐	☐	☐	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
5. Guide to sit at the bedside	☐	☐	☐	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Did you observe, today or in the last days (one week), that the patient expressed pain behaviour related to head, internal organs and/or skin, which may be caused by a disease, wound, infection and/or injury?

Pain Behaviour

Make one or more cross/es on the pain drawing (front and back), according to observed pain behaviour (Pain noises, Facial expression and Defence)



Pain Intensity

Based on pain behaviour, rate the pain intensity with a cross on the lines (0-10)

	HOW INTENSE DO YOU REGARD THE PAIN TO BE? 0 is no pain and 10 is as bad as it possibly could be
6. Head, mouth, neck	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
7. Heart, lung, chest wall	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
8. Abdomen	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
9. Pelvis, genital organs	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
10. Skin	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Based on all observations, rate the patient's overall pain intensity

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Abbey Pain Scale															
Name of resident _____															
<i>For measurement of pain in people with dementia who cannot verbalise</i>															
How to use scale: While observing the resident, score questions 1 to 6															
Name/designation of person completing the scale _____															
Date _____	Time _____														
Latest pain relief given was _____		at _____		hours											
Q1 Vocalisation eg. whimpering, groaning, crying Absent 0 Mild 1 Moderate 2 Severe 3															
Q2 Facial expression eg. looking tense, frowning, grimacing, looking frightened Absent 0 Mild 1 Moderate 2 Severe 3															
Q3 Change in body language eg. fidgeting, rocking, guarding part of body, withdrawn Absent 0 Mild 1 Moderate 2 Severe 3															
Q4 Behavioural change eg. increased confusion, refusing to eat, alteration in usual patterns Absent 0 Mild 1 Moderate 2 Severe 3															
Q5 Physiological change eg. temperature, pulse or blood pressure outside of normal limits, perspiring Absent 0 Mild 1 Moderate 2 Severe 3															
Q6 Physical changes eg. skin tears, pressure areas, arthritis, contractures, previous injuries Absent 0 Mild 1 Moderate 2 Severe 3															
Add scores for 1–6 and record here			Total pain score												
Now tick the box that matches the total pain score Finally, tick the box that matches the type of pain <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="padding: 5px;">0–2 No pain</td> <td style="padding: 5px;">3–7 Mild</td> <td style="padding: 5px;">8–13 Moderate</td> <td style="padding: 5px;">14+ Severe</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="padding: 5px;">Chronic</td> <td style="padding: 5px;">Acute</td> <td style="padding: 5px;">Acute on chronic</td> </tr> </table> </td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>					0–2 No pain	3–7 Mild	8–13 Moderate	14+ Severe	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="padding: 5px;">Chronic</td> <td style="padding: 5px;">Acute</td> <td style="padding: 5px;">Acute on chronic</td> </tr> </table>		Chronic	Acute	Acute on chronic		
0–2 No pain	3–7 Mild	8–13 Moderate	14+ Severe												
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="padding: 5px;">Chronic</td> <td style="padding: 5px;">Acute</td> <td style="padding: 5px;">Acute on chronic</td> </tr> </table>		Chronic	Acute	Acute on chronic											
Chronic	Acute	Acute on chronic													

Appendice B

La grille sur les méta-concepts

ÉCOLE DU CARING

Jean Watson				
	«Être-dans-le-monde» en continuité dans le temps et dans l'espace ; corps, âme et esprit dont l'expérience constitue un champ phénoménal unique.	Monde physique ou matériel et monde mystérieux, spirituel et existentiel ; forces de l'univers et environnement immédiat de la personne.	Perception d'être uni avec ce qui est ; harmonie du corps, de l'âme et de l'esprit.	Art et science humaine du caring ; idéal moral et processus transpersonnel qui visent la promotion de l'harmonie corps-âme-esprit en utilisant dix processus de caritas cliniques.
				• Soins, idéal moral • Intentionnalité • Relation transpersonnelle • Facteurs de caring ou processus de caritas cliniques

Appendice C

Grilles méthodologiques
Diagramme de flux

Critères

Inclusion	Exclusion
• Démence • Douleur • EMS • Personnes âgées • Europe + USA	• Pathologie trop spécifique (Alzheimer) • Autre domaine (hôpital) • Articles + de 10 ans • Pays hors Europe + USA

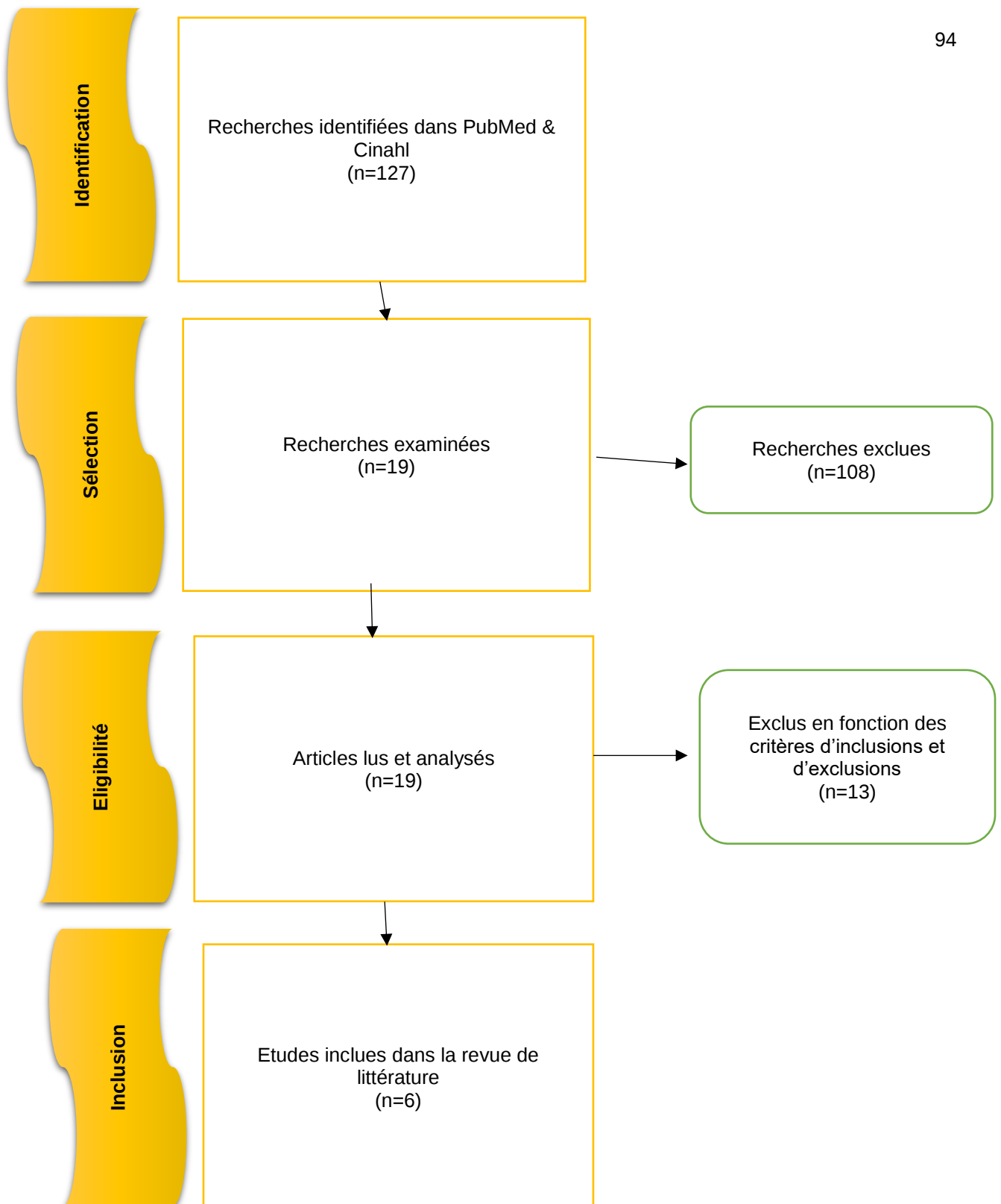
MeSH Terms	PUBMED
Dementia/ - 10 ans	65'410
Dementia + aged/ - 10 ans	28'309
Dementia + aged + pain/ - 10ans	300
Dementia + aged + pain + residential facilities/ -10ans	90
Dementia + aged + pain + residential facilities + nursing home/ - 10 ans	81

Mots clés	Cinahl
Dementia	53'497
Dementia/ - 10 ans < 2009-2019>	36'364
Dementia + aged OR elderly/ - 10 ans	17'197
Dementia + aged OR elderly + pain /-10 ans	590
Dementia + aged OR elderly, + pain + nursing assessment / -10 ans	174
Dementia + aged OR elderly, + pain + nursing assessment + care homes OR residential care OR nursing home OR long terme care / -10 ans	127
Dementia + aged OR elderly, + pain + nursing assessment + care homes OR residential care	47

OR nursing home OR long terme care + pain management / -10 ans	
Dementia + aged OR elderly, + pain + nursing assessment + care homes OR residential care OR nursing home OR long terme care + pain management / -10 ans / in English	46

Equations Et filtres	Base de données	Résultat s	Raisons exclusions	Articles retenus pour lecture	Raisons exclusions	Articles retenus pour analyse
[Dementia] AND [aged] AND [pain] AND [residential facilities] AND [nursing home]	Pubmed	81	Pas de niveaux d'un article scientifiques	9	Hors EU + USA Contexte hospitalier Autres sujets que la démence Pathologie trop spécifique à la maladie d'Alzheimer	1. Pain as a challenge in nursing home residents with behavioral and psychological symptoms of dementia (Nowak, 2018) 2. Which facial descriptors do care home nurses use to infer whether a person with dementia is in pain (Lautenbacher, 2016) 3. Pain assessment in elderly with behavioral and psychological symptoms of dementia (Malara, 2016)

[Dementia] (AND) [aged OR elderly] (AND) [pain (AND) [nursing assessment] (AND) [care homes OR residential care OR nursing home] (AND) [pain management] / Limiters : Published Date : 2009- 2019 (AND) English	Cinahl	46	Pas de niveaux d'un article scientifique	10	Hors EU + USA Contexte hospitalier Autres sujets que la démence Pathologie trop spécifique à la maladie d'Alzheimer	1. An Icerberg Phenomenon in Dementia : Pain (Agit, 2018) 2. The Response of Agitated Behavior to Pain Management in Persons with Dementia (Husebo, 2014) 3. Pain and Aggression in Nursing Home Residents With Dementia (Hyochol, 2015)
--	--------	----	---	----	---	--



Appendice D

Voyer.P :

Classification des symptômes comportementaux de la démence
Manifestations possibles de la douleur

Tableau 27.2 Classification des symptômes comportementaux de la démence

Comportements d'agitation physique non agressifs

- Commettre des gestes indécents
- S'emparer des objets des autres
- Uriner ou déféquer de façon inappropriée
- Cogner des objets sans les briser
- S'habiller de façon incorrecte
- S'isoler
- Négliger son hygiène
- Manger la nourriture des autres
- Faire des gestes insultants, mais pas obscènes
- Ne pas suivre les directives
- Mettre dans sa bouche des objets inappropriés

Comportements d'agitation physique agressifs

- Briser des objets
- Tordre des objets
- Pincer
- Griffier
- Donner des coups de coude
- Mordre
- Donner des coups de pied
- Frapper les autres

Comportements d'agitation verbale non agressifs

- Parler constamment
- Répéter des phrases ou des mots

Comportements d'agitation verbale agressifs

- Utiliser un langage indécent ou blasphématoire
- Crier ou hurler
- Menacer de blesser les autres

- Faire des avances sexuelles
- Cracher sa médication
- Adopter des comportements sexuels inappropriés
- Cracher sans atteindre les autres
- Faire les cent pas
- Égarer les objets
- Se déshabiller
- Refuser de boire ou de manger
- Lancer des objets ou des aliments
- Déambuler de façon inappropriée
- Avoir une activité motrice excessive

- S'automutiller
- Cracher sur les autres
- Bousculer les autres
- Empoigner les autres
- Voler les objets des autres
- Posséder un objet pour blesser les autres
- Utiliser un objet pour frapper les autres

- Émettre des sons répétitifs

- Menacer de s'automutiller
- Utiliser un langage hostile, accusateur envers les autres

Tableau 23.2 Manifestations possibles de la douleur

Catégories	Exemples
Signes physiologiques	• Augmentation de la pression artérielle, du rythme cardiaque, de la fréquence respiratoire • Dilatation pupillaire • Hypersudation
Faciès	• Grimaces • Crispations du visage • Faciès rougeâtre ou pâle • Pincement des lèvres • Froncement des sourcils
Comportements verbaux	• Cris ou gémissements inhabituels, permanents, à la mobilisation, après la mobilisation • Difficultés d'élocution • Diminution du timbre de la voix, hausse du ton • Mutisme ou langage incompréhensible • Demandes répétées • Bavardage incessant
Comportements non verbaux	• Agitation ou immobilité • Pleurs, larmes • Frottement du site douloureux • Changement de position au toucher • Mouvements de protection des régions douloureuses • Mouvements de résistance
Paramètres cliniques	• Perturbations du sommeil • Troubles de l'appétit • Fatigue • Constipation • Nausées et vomissements • Transpiration • Ralentissement psychomoteur

Appendice E

Le résumé des 6 articles

Les grilles résumés et critiques des 6 articles

Auteur/titre/année	Objectif ou QDR	Devis/Participants	Contexte	Méthode/outils	Intervention/procédure	Résultats	Quel intérêt pour le sujet
Malara, A., De Biase, G. A., Bettarini, F., Ceravolo, F., Di Cello, S., Garo, M., ... Rispoli, V. (2016). Pain Assessment in Elderly with Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia. <i>Journal of Alzheimer's Disease</i> , 50(4), 1217-1225. https://doi.org/10.3233/JAD-150808	Définir la prévalence de la douleur chez les personnes atteintes de démence dans les EMS à l'aide d'échelles d'outils d'auto-notification et d'observation, et en particulier d'étudier la relation entre la douleur et les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence.	233 patients avec une déficience cognitive légère à sévère avec d'autres patient sans démence	EMS en Italie	Evaluation de la douleur avec l'échelle numérique pour les patients avec une légère déficience cognitive et une autre échelle de la douleur dans la démence avancée (PAINAD) et pour l'agitation, l'échelle de Cohen-Mans	Evaluation de la douleur par des échelles suivants l'avancée de la démence.	L'analyse des données a montré une corrélation statistiquement significative entre le diagnostic de la douleur et les symptômes dépressifs	Confirme l'importance d'un outil d'évaluation de la douleur chez les patients avec des troubles cognitifs car les douleurs non traitées peuvent entraîner dépression, agitation et agressivité envers autrui.
Lautenbacher, S., Sampson, E. L., Pähl, S., & Kunz, M. (2016). Which Facial Descriptors Do Care Home Nurses Use to Infer Whether a Person with Dementia Is in Pain? <i>Pain Medicine</i> , pnw281. https://doi.org/10.1093/pm/pnw281	Evaluer la douleur chez les personnes atteintes de démence avancée repose sur les comportements de douleur observables comme les expressions faciales, mouvement du corps.	366 EMS avec des résidents atteints de démence à différent niveau	79 EMS ont participé avec un total de 284 évaluations en Allemagne	Un questionnaire avec les descripteurs du visage à été envoyé aux EMS. Evalué par les infirmiers.	Essaie de l'échelle des visages par les infirmières des EMS en Allemagne	L'utilisation de l'échelle descripteur du visage a été très pertinent pour détecter la douleur chez les personnes démentes	L'importance d'une échelle hétéroévaluation du visage pour les personnes démentes non communicante
Nowak, T., Neumann-Podczaska, A., Deskur-Śmielecka, E., Styszyński, A., & Wieczorowska-Tobis, K. (2018). Pain as a challenge in nursing home residents with behavioral and psychological symptoms of dementia. <i>Clinical Interventions in Aging</i> , Volume	D'évaluer les traitements analgésiques chez les résidents ayant une déficience cognitive et de définir la relation entre la douleur et	96 patients avec une déficience cognitive sévère	2 EMS en Pologne	Evaluation de la douleur avec l'échelle Abbey et l'échelle Cohen-Mansfield pour l'agitation	Evaluation des activités de la vie quotidienne, de la douleur et de l'agitation par des infirmiers formés et avec des échelles	Les analgésiques ont été consommés par 33 personnes au quotidien et 7 personnes en cas de besoin	La douleur peut être une importante cause sous-jacente des troubles du comportement chez les personnes atteintes de démence. Afin de

13, 1045-1051. https://doi.org/10.2147/CIA.S157246	les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence						réduire les fréquences des troubles du comportements et éviter l'utilisation excessive de calmants, l'évaluation de la douleur est essentielle.
Husebo, B. S., Ballard, C., Cohen-Mansfield, J., Seifert, R., & Aarsland, D. (2014). The response of agitated behavior to pain management in persons with dementia. <i>American Journal of Geriatric Psychiatry</i> , 22(7), 708-717. https://doi.org/10.1016/j.jagp.2012.12.006	De déterminer s'il y a une association entre la douleur et une agitation chez les personnes démentes. Examiner quels comportements agités spécifiques répondrait au traitement individualisé de la douleur.	352 patients atteints de démence (diagnostic selon le DSM-IV ainsi qu'évaluer avec le FAST, MMSE) moyenne à sévère de 65 ans et plus	18 EMS de Norvège dans 5 municipalités différentes	Evaluation de l'agitation à l'aide de l'échelle Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI) et évaluation de la douleur avec l'échelle Abbey. Etude d'octobre 2009 à juin 2010.	Le groupe intervention a reçu un traitement individuel de la douleur quotidienne avec de l'acétaminophène, de la morphine ou patch transdermique de buprénorphine ou prégabaline.	Certains troubles du comportement répondent au traitement de la douleur. Ces comportements devraient donc conduire à une évaluation de la douleur et le traitement de la douleur. Les auteurs supposent que certains troubles sont liés au fait que le patient ressent de la douleur et ne peut s'exprimer, et que d'autres troubles qui ne s'atténuent pas avec les antalgiques tels que la déambulation est plutôt liée à la démence.	Cette étude montre le fait que traiter la douleur chez les patients atteints de démence peut réduire leur trouble, car ceux-ci sont liés à la douleur et non pas à la démence. Les auteurs relevaient aussi le fait que les psychotiques peuvent provoquer des effets secondaires importants chez ces patients. Cela montre donc qu'il est important d'évaluer la douleur et de donner la médication appropriée pour chaque patient
Agit, A., Balci, C., Yavuz, B. B., Cankurtaran, E., Kuyumcu, M. E., Halil, M., ... Cankurtaran, M. (2018).	Evaluer l'efficacité des outils d'évaluation de la	75 patients atteints de démence	2 EMS, le lieu ??	Utilisation de Cohen-Mansfield et	Evaluation de l'impact de la démence sur les AVQ, douleur,	Les scores des échelles d'évaluation	Cela montre qu'il est important d'évaluer la douleur chez les

An Iceberg Phenomenon in Dementia: Pain. <i>Journal of Geriatric Psychiatry & Neurology</i>, 31(4), 186-193. https://doi.org/10.1177/0891988718785765	douleur (auto-évaluation vs hétéro-évaluation) pour les résidents atteints de démence. Fournir des preuves d'observations sur la nature et les implications de la douleur à différents stades de la démence. Déterminer les implications cliniques de la douleur en examinant sa relation avec les symptômes neuropsychiatriques, la performance dans les AVQ et les syndromes gériatriques.	(diagnostic selon le DSM-IV), de 65 ans et plus. Plus de 93.3% avec une maladie d'Alzheimer et 6.7% avec démence vasculaire. Stade léger = 32%, stade moyen = 24%, stade sévère = 44%		Neuropsychiatric Inventory pour évaluer les symptômes psychiques et l'agitation, utilisation d'échelle pour évaluer les AVQ avec Katz, MMSE ; IADL, MNA-SF. Evaluation de la douleur avec PAINAD, DS-DAT pour les type Alzheimer	agitation avec des échelles sélectionnées et adaptées	spécifique pour l'Alzheimer, PAINAD et le DS-DAT, sont identiques entre les groupes déclarants et ne déclarant pas la douleur. Cela montre une évidence que ces patients déments n'arrivant pas à exprimer verbalement une douleur, qu'ils en ont. Les relations entre douleur et syndrome gériatriques ont été démontré tels que la dépression, l'immobilité. Les syndromes psychotiques sont d'origines multifactorielles. Un des facteurs déclenchent est le sous-diagnostic et sous-traitement de la douleur. L'impact de la douleur sur les patients peut avoir comme conséquence une diminution du status	patients atteints de démence à l'aide d'échelle adaptées et que cela soit fait systématiquement. Les patients déments ont de la difficulté à exprimer verbalement leur douleur et cela se traduit par des troubles du comportement. Ce sous-diagnostic de la douleur peut impacter la vie du résident et diminuer sa qualité de vie.
--	---	--	--	---	--	--	---

						fonctionnel et nutritionnel.	
Hyochol Ahn, Garvan, C., & Lyon, D. (2015). Pain and Aggression in Nursing Home Residents With Dementia. <i>Nursing Research</i>, 64(4), 256-263. https://doi.org/10.1097/NNR.0000000000000099	L'objectif de cette étude était d'examiner la relation entre douleur et agression chez les résidents qui déclaraient eux-mêmes la douleur et chez ceux dont la douleur était mesurée par l'évaluation des comportements liés à la douleur par le personnel.	Résidents atteints de démence avec diagnostic d'Alzheimer ou autre démence, 65 ans et plus. Etude de plus de 71227 cas dans 13894 EMS en Floride.	ou	Adaptation du Need-driven Dementia-compromised Behavior pour guider l'étude. Le MDS a été utilisé pour une évaluation régulière des résidents. Seconde analyse des données du MDS 3.0 pour examiner la relation entre la douleur et les comportements agressifs. Données collectées entre juin et mars 2012.	La douleur a été mesurée en utilisant l'évaluation de la douleur Pain Assessment Interview pour les patients communicants ou par l'équipe soignant en utilisant l'échelle Pain Behavior Scale pour ceux qui n'arrive pas communiquer.	Pour les patients atteints de démence non-communicant/rapportant la douleur : la douleur est associée avec des agressions verbales et physiques. Pour les patients arrivant à communiquer, la douleur est associée avec des agressions verbales seulement. Les patients atteints de démence ont significativement une réduction de leur capacité à exprimer clairement leur douleur. Avoir une attitude centrée sur le patient, permet à l'infirmière d'intervenir de manière appropriée dans la réduction de la douleur en détectant et évaluant la douleur chez ces patients.	Cela prouve que les patients atteints de démence et ayant de la difficulté à exprimer sa douleur, aura des comportements agressifs verbalement et/ou psychiquement. Ces résidents n'arrivant pas à s'exprimer sont ceux qui ont le plus de risque d'être sous-traités et donc augmenter le risque d'agression physique. (45.6% des patients déments qui n'arrivent pas à verbaliser leur douleur ont des traitements antalgiques) L'importance de l'utilisation d'échelle de détection de la douleur chez ces patients déments, afin d'adapter leur traitement.

Grille de résumé d'un article scientifique
Approche quantitative et mixte

Eléments du rapport	Contenu de l'article
Références complètes	Nowak, T., Neumann-Podczaska, A., Deskur-Śmielecka, E., Styszyński, A., & Wieczorowska-Tobis, K. (2018). Pain as a challenge in nursing home residents with behavioral and psychological symptoms of dementia. <i>Clinical Interventions in Aging, Volume 13</i> , 1045-1051. https://doi.org/10.2147/CIA.S157246
Introduction Problème de recherche	Il y a environ 24,3 millions de personnes dans le monde qui souffre de démence. Avec l'augmentation de la vieillesse, ce chiffre devrait augmenter à 115 millions en 2050. On estime 30 à 40% des personnes souffrent de douleur modérée à sévère chaque jour. La démence est souvent accompagnée avec des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence. Tels que le trouble de la perception, le changement d'humeur et de comportement. Chez ces patients, les échelles d'observation de la douleur doivent être utilisées. C'est un défi d'estimer la douleur chez les personnes démentes car chaque observation par un membre du personnel soignant va être différente. En conséquence, la douleur chez les personnes âgées atteintes de démence est souvent sous-diagnostiquée et donc insuffisamment traitée. Ce qui mène à cette étude : « Le challenge des infirmiers sur l'évaluation de la douleur chez les résidents atteints de démence et de symptômes comportementaux ».
Recension des écrits	L'application d'échelle d'évaluation de la douleur est rare chez les résidents atteints de démence. Cette étude évalue le traitement analgésique chez les résidents ayant une déficience cognitive et de définir la relation entre la douleur et les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence.
Cadre théorique ou conceptuel	Aucun cadre théorique présent
Hypothèses/question de recherche/buts	Le but de cette étude vise à évaluer le traitement analgésique chez les résidents ayant une déficience cognitive et de définir la relation entre la douleur et les symptômes comportementaux et psychologique de la démence.
Méthodes Devis de recherche	C'est une étude avec un devis mixte parce que la variable étudiée sont quantifiables.
Population, échantillon et contexte	Etude réalisée dans 2 EMS à Wielkopolska en Pologne auprès de 96 résidents avec une déficience modérée et sévère. La douleur a été évaluée avec l'échelle Abbey et l'agitation avec l'inventaire Cohen-Mansfield Agitation. Le groupe est composé de 96 résidents, dont 78 femmes. L'âge moyen des sujets est de 84 ans et seulement 18 personnes sont âgées de 65-74 ans
Méthode de collecte des données et instruments de mesure	Évalué avec l'échelle de douleur Abbey et évaluation de l'agitation avec Cohen-Mansfield Agitation. Les infirmières ont évalué les activités de la vie quotidienne, la douleur et l'agitation chez les résidents. Ensuite, ils ont analysé les dossiers médicaux liés à la prescription de médicaments. Ils ont évalué l'autonomie du résident grâce à l'échelle ADL par l'indice Barthel. Les scores vont de 0 à 100, avec des scores plus faibles indiquant une incapacité fonctionnelle. Les sujets reçoivent des

		scores selon leurs besoins pour accomplir des tâches. Pour les fonctions cognitives ont été évaluées avec le score Abbreviated Mental Test. Le test se compose de 10 questions et marqué avec 1 point. Un score supérieur à 6 points implique une cognition normale, 4-6 points la présence d'une déficience cognitive modérée et de 0 à 3 points entraîne une grave déficience cognitive. AMTS est un outil d'évaluation cognitive valide et peut être utilisé pour le dépistage de la démence. L'évaluation de la douleur a été réalisée par des infirmières formées à l'échelle de douleurs Abbey (APS). L'instrument est conçu pour aider à l'évaluation de la douleur chez les résidents qui sont incapables d'exprimer clairement leurs besoins. L'échelle se compose de 6 parties décrivant le comportement du patient : Vocalisation, l'expression du visage, changement dans le langage du corps, le changement de comportement, modifications physiologiques et les changements physiques. Le score maximum est de 18 points, un score de 14 et plus se réfère à une douleur sévère, 8-13 points une douleur modérée, 3-7 points une douleur légère et 0-2 correspond à aucune douleur. L'APS a été jugé satisfaisante. L'évaluation de l'agitation a été évaluée par l'inventaire de Cohen-Mansfield Agitation. Evalue 29 comportements caractéristiques de l'agitation. Cela démontre une corrélation entre le comportement, la démence et la douleur. Il y a eu une analyse de la pharmacothérapie utilisée. Elle a été divisée en 3 catégories : utilisation régulière, au besoin et leurs combinaisons.
Déroulement de l'étude		La recherche a été menée dans deux établissements dans la région de Wielkopolska en Pologne. (Population à 3,489 millions en 2017). Tous les résidents sont âgés de 65 ans et plus et diagnostiqué avec une déficience cognitive. Seules les personnes avec une déficience cognitive modérée ont participé. L'évaluation des activités de la vie quotidienne, la douleur et l'agitation ont été effectuées et évaluées par des infirmières formées ayant une connaissance du résident. Par la suite, les dossiers médicaux liés à la prescription des médicaments ont été analysés.
Considérations éthiques		Tous les sujets ont donné leur consentement éclairé par écrit après avoir reçu une explication sur la nature de l'étude.
Résultats Traitement/Analyse des données		Le test de Shapiro-Wilk et le test de Mann-Whitney a été appliqué. La différence entre les groupes a été évaluée par le test de Fisher en raison de la petite taille d'échantillon. La corrélation entre l'APS (échelle de douleurs) et CMAI (agitation) a été analysé avec le coefficient de corrélation de Spearman en obtenant un p value à 0.0001 ce qui est très significatif. La signification statistique a été fixée à p. 0.05 pour toutes les analyses, considéré comme significatif.
Présentation des résultats		Le groupe est composé de 96 résidents, dont 78 femmes. L'âge moyen des sujets est de 84 ans et seulement 18 personnes sont âgées de 65-74 ans. Le nombre moyen de médicaments consommés par les sujets a été de 5,5. Seulement 1 personne n'a pas reçu de traitement et 13 personnes ont reçu plus de 10 médicaments. Les médicaments sédatifs ont été consommés par 63 des sujets, dont 25 avaient plus de 1 médicament avec un effet sédatif, 1 personne a même reçu 4 médicaments sédatifs à la fois. Les benzodiazépines ont été consommées par 26 personnes, les neuroleptiques par 45 personnes. 3 personnes ont eu des douleurs sévères et ont été traité avec de faibles doses d'analgésiques. En outre, seulement 2 résidents ont reçu un traitement régulier avec des combinaisons de médicaments à partir de différentes étapes de l'échelle analgésique. La relation entre les troubles de la douleur et du comportement a été trouvé entre les résultats obtenus par les participants à l'APS et le CMAI = p value à 0.0001. Ce qui annonce une relation très significative
Discussion Interprétation des résultats		La douleur chez les sujets atteints de démence est un problème difficile car ils sont incapables d'exprimer la douleur de façon typique. L'étude nous fait constater que parmi les résidents ayant une déficience cognitive modérée et sévère, seulement 30% ont été traités avec des analgésiques. Comme la démence porte atteinte à la capacité d'interpréter et de verbaliser l'expérience de la douleur, les sujets souffrant de troubles cognitifs peuvent manifester la douleur par des comportements perturbateurs. L'étude démontre une corrélation positive entre la douleur évaluée par l'APS et l'agitation mesurée par CMAI. Les troubles du comportement liés à la douleur peuvent être mal interprétés comme des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence, ce qui conduit à la prescription excessive et inappropriée de médicaments psychotropes. Ces médicaments ont été associés au risque accru de

	décès, de chutes, de fractures ou de cognitions affaiblies. L'étude suppose qu'une mauvaise gestion de la douleur entraîne un facteur potentiel d'agitation et comportement perturbateurs.
Forces et limites	Limite : Le groupe a analysé était relativement faible, n'a pas pris en compte d'autres causes potentielles de comportements perturbateurs tels que la constipation, la dépression ou le délire. Force : le groupe est non-sélectif
Conséquences et recommandations	L'évaluation de la douleur chez les sujets atteints de déficience cognitive semble être un processus difficile. Il existe des preuves qu'une approche systémique de la gestion de la douleur en utilisant des analgésiques pour réduire efficacement l'agitation des résidents atteints de démence. Cela peut être une stratégie efficace pour réduire l'utilisation inutile des médicaments psychotropes. Cette étude suggère que la douleur est une importante cause sous-jacente des troubles du comportement chez les sujets âgés atteints de démence.
Commentaires	Cette étude a été soutenu par le financement du Centra national des sciences (Cracovie, Pologne). Egaleme nt approuvé par le Comité bioéthiques de l'Université Karol Marcinkowski des sciences médicales à Poznan, en Pologne.

Références :

Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3^{ème} 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
Références complètes	Nowak, T., Neumann-Podczaska, A., Deskur-Śmielecka, E., Styszyński, A., & Wieczorowska-Tobis, K. (2018). Pain as a challenge in nursing home residents with behavioral and psychological symptoms of dementia. <i>Clinical Interventions in Aging, Volume 13</i> , 1045-1051. https://doi.org/10.2147/CIA.S157246				
Titre	Précise-t-il clairement le problème/les concepts/la population à l'étude ?	X			Oui car avec le titre, le problème est ciblé et incite le lecteur de lire cette étude
Résumé	Synthétise-t-il clairement les parties principales de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?	X			Oui, la première page synthétise les parties principales de la recherche
Introduction Problème de recherche	Le problème ou phénomène à l'étude est-il clairement formulé et situé dans un contexte ?			X	L'étude est bien formulée et le contexte y est, il manque cependant depuis combien de temps les résidents sont dans l'EMS
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			Dans la rubrique « discussion », cela est bien expliqué et développé
Cadre théorique ou conceptuel	Les principales théories et concepts sont-ils définis ? Y-a-t-il une théorie infirmière ?		X		Aucune théorie, aucun concept est définis
Hypothèses/question de recherche/buts	Les hypothèses, question de recherche et buts sont-ils clairement formulés ?			X	Il y a seulement le but de l'étude : Le but de cette étude vise à évaluer le traitement analgésique chez les résidents ayant une déficience cognitive et de définir la relation entre la douleur et les symptômes comportementaux et psychologique de la démence.
Méthodes Devis de recherche	Le devis de recherche est-il explicité ? Si non, qu'en diriez-vous ?			X	Le devis de recherche est noté mais il manque une explication du choix de ce devis
Population, échantillon et contexte	La population à l'étude est-elle définie de façon précise ?	X			La population est définie de façon précise, avec le stade de la démence des résidents
	L'échantillon est-il décrit de façon détaillée ?	X			L'échantillon est détaillé en notant le nombre de femmes et d'hommes

	La taille de l'échantillon est-elle justifiée sur une base statistique ?	X			Oui, un tableau avec des statistiques a été effectué démontrant une moyenne et une p value pour l'analyse des données.
Eléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu Clair	Commentaires
Méthode de collecte des données et instruments de mesure	Les instruments de collecte des données sont-ils décrits clairement ?	X			L'instrument de mesure de la douleur avec l'échelle Abbey a été définis et décrit. Tout comme l'échelle cognitive et de l'évaluation de l'agitation.
	Sont-ils en lien avec les variables à mesurer ?	X			Cette étude explique le choix des échelles utilisés et comment ils sont mesurés les résultats obtenus.
Déroulement de l'étude	La procédure de recherche est-elle décrite clairement, pas à pas ?	X			L'étude suit une procédure claire et précise avec les différents items.
Considérations éthiques	A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants?	X			Tous les sujets ont donné leur consentement éclairé par écrit après avoir reçu des explications de la nature de l'étude
Résultats Traitement/Analyse des données	Des analyses statistiques sont-elles entreprises pour répondre à chacune des questions et/ou vérifier chaque hypothèse ?	X			L'analyse statistique est développée pour chaque question et quelques hypothèses ont été émis
Présentation des résultats	Les résultats sont-ils présentés de manière claire (résumé narratif, tableaux, graphiques, etc.) ?			X	Les résultats sont démontrés par un résumé narratif, un petit graphique et un tableau. Pour ma part, il manque des tableaux pour analyser les statistiques et les p values sont présentes que pour 3 caractéristiques. Ce qui n'est pas significatif pour chaque critère d'évaluation.
Discussion Interprétation des résultats	Les principaux résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre théorique ou conceptuel ?		X		Car il n'y aucun cadre théorique ou conceptuel annoncé
	Sont-ils interprétés au regard des études antérieures ?	X			Il y a une étude rétrospective antérieure pour le traitement de la douleur chez les résidents en EMS et présente les différents résultats obtenus.
	Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			Il y a un paragraphe sur les limites de cette étude en expliquant les limites
	Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?	X			Ils répondent à la question de recherche et pose des suggestions pour continuer cette évaluation des douleurs chez les résidents atteints de démence.

Conséquences et recommandations	Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique ?			X	L'évaluation de la douleur chez les sujets atteints de déficience cognitive semble être un processus difficile. Il existe des preuves qu'une approche systémique de la gestion de la douleur en utilisant des analgésiques pour réduire efficacement l'agitation des résidents atteints de démence. Cela peut être une stratégie efficace pour réduire l'utilisation inutile des médicaments psychotropes
	Font-ils des recommandations pour les travaux de recherche futurs ?			X	Cette étude suggère que la douleur est une importante cause sous-jacente des troubles du comportement chez les sujets âgés atteints de démence. Mais ne présentent pas explicitement des recommandations.
Questions générales Présentation	L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			Oui, l'étude est divisée en plusieurs parties bien distincte : introduction, déroulement de l'étude, analyse, résultats, discussions, limites et conclusion.
Commentaires :	Cette étude a été soutenu par le financement du Centra national des sciences (Cracovie, Pologne). Egaleme nt approuvé par le Comité bioéthiques de l'Université Karol Marcinkowski des sciences médicales à Poznan, en Pologne.				

Références :

Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3^{ème} 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
Références complètes	Malara, A., De Biase, G. A., Bettarini, F., Ceravolo, F., Di Cello, S., Garo, M., ... Rispoli, V. (2016). Pain Assessment in Elderly with Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia. <i>Journal of Alzheimer's Disease</i> , 50(4), 1217-1225. https://doi.org/10.3233/JAD-150808
Introduction Problème de recherche	La prévalence de la douleur chronique varie entre 20% à 50% chez les personnes âgées. 60% des résidents ont un diagnostic de maladie d'Alzheimer ou d'autres démences. En Europe, une étude a montré que 37.6% des patients présentaient une déficience cognitive légère ou modérée, 30,5% une déficience cognitive sévère et 27,5% une déficience comportementale. Environ 78% des patients résidant en Italie ont souffert d'une détérioration cognitive et de degrés différents. 52% d'entre eux sont atteints de démence sévère. La démence complique l'évaluation de la douleur car elle nuit à la mémoire et à la communication verbale. Les comportements tels que les plaintes verbales, les vocalisations négatives, les soupirs, les gémissements, l'agitation, les pleurs, les grimaces, les mouvements, les frottements, la force, la raideur, l'errance, le discours verbal inapproprié et les agressions peuvent être considérés comme des signes de douleurs, mais chez les patients présentant une déficience cognitive, ces signes peuvent être pris pour des symptômes psychologiques et comportementaux de démence (SCPD). Etant donné que les SCPD peuvent faire l'objet d'une évaluation de la douleur, l'identification de la douleur chez les personnes atteintes de démence devient encore plus importante. En fait, les causes des SCPD sont très complexes et multifactorielles et l'expression des besoins non satisfaits, comme la douleur. Les SCPD peuvent toucher jusqu'à 80 à 85% des personnes atteintes de démence et cela augmente le coût de soins ainsi que le fardeau et la dépression du soignant, ce qui diminue la qualité de vie.
Recension des écrits	L'étude porte sur la prévalence de la douleur chez les personnes atteintes de démences dans un EMS en Calabre (Italie). Evalue l'association entre la douleur, l'humeur et les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence.
Cadre théorique ou conceptuel	Il n'y a aucun cadre théorique ou conceptuel présent dans cette étude.
Hypothèses/question de recherche/buts	Définir la prévalence de la douleur chez les personnes atteintes de démence dans les EMS à l'aide d'échelles. En particulier d'étudier la relation entre la douleur et les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence.
Méthodes Devis de recherche	C'est une étude avec un devis quantitatif car les variables sont quantifiables.
Population, échantillon et contexte	Une étude d'observation prospective a été réalisée sur 233 patients. L'évaluation de la douleur a été effectuée à l'aide d'outils d'autoévaluation. Par exemple l'échelle d'évaluation numérique pour les patients présentant une déficience cognitive moyenne à sévère. L'humeur a été évalué à l'aide de l'échelle CSDD : Cornell Scale for Depression in dementia. Tandis que les problèmes comportementaux ont été évalué par le biais de Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI) et Neuropsychiatric inventory (NPI).

Méthode de collecte des données et instruments de mesure	Un échantillon de 233 résidents, 150 femmes et 83 hommes a été soumis à une évaluation multidimensionnelle et multidisciplinaire.
Déroulement de l'étude	Le diagnostic de la douleur chronique a été posé selon la CIM9-CM. L'évaluation cognitive a été réalisée à l'aide du mini-examen d'état mental (MMSE) de Folstein. Selon MMSE, les patients présentent des troubles cognitifs sévères, modérés ou légers sur des scores allant de 0-10, 11-20 ou 21-23. L'état fonctionnel a été évalué à l'aide de l'échelle d'activité de la vie quotidienne et de l'indice de Barthel dans les deux échelles, un score inférieur indique un état fonctionnel inférieur. La comorbidité a été examinée au moyen de l'indice de gravité et de l'indice de comorbidité complexe selon l'échelle d'évaluation des maladies cumulatives dans laquelle le score le plus élevé indique une comorbidité supérieure. L'état affectif a été évalué à l'aide de l'échelle de Cornell pour la dépression dans la démence, un score élevé >9 indique un état dépressif. L'échelle se compose de 19 items ; les symptômes dépressifs sont regroupés en 5 catégories principales : les signes liés à l'humeur, trouble du comportement, signes physiques. L'évaluation de la douleur a été effectuée au moyen de l'échelle d'autoévaluation numérique pour les patients sans déficience cognitive ou légères. Le score était de 0 aucune douleur, 1-3 légères, 4-6 modéré et 7-10 sévère. PAINAD est un outil d'observation qui a été utilisé chez les personnes atteints de troubles cognitifs modérés ou sévères. Le score de PAINAD est de 0-1 pas de douleur, 2-4 léger, 5-7 modéré et 7-10 sévère. Les troubles comportementaux ont été subdivisés comme suit : légers (1-48), modérés (49-96) et graves (97-100) selon le score total de l'inventaire neuropsychiatrique (NPI). Douze symptômes neuropsychiatriques ont été pris en compte : délires, dépression, hallucinations, agitation/agression, anxiété, euphorie/exaltation, apathie/indifférence, désinhibition, irritabilité, troubles moteurs, trouble de l'appétit et sommeil.
Considérations éthiques	Un consentement éclairé pour l'utilisation des données personnelles et les soins quotidiens. Le protocole standard a été soumis au comité d'éthique locale pour l'approbation.
Résultats Traitement/Analyse des données	La corrélation entre le diagnostic de la douleur et les symptômes dépressifs a montré une différence statistique significative. Il y a une aussi une corrélation entre la présence de la douleur évaluée par PAINAD et les symptômes dépressifs évalué par Cornell avec une p value de 0.05.
Présentation des résultats	La prévalence de la douleur évaluée par PAINAD était de 51,8% dont 34,9% avec une légère douleur, 15,7% de douleur modérée et 1,2% de douleur sévère. Tandis que 48,2% des résidents n'ont pas signaler de douleur. Certaines personnes ont indiqué le type de la douleur soit 36,5% des douleurs musculo-squelettiques, 9,5% douleurs mixtes et 4,5% des douleurs neuropathiques et psychogènes. Parmi les résidents, 47% prenaient des médicaments contre la douleur tels que 36,1% prenaient des benzodiazépines, 47,5% des neuroleptiques et 31,5% des antidépresseurs. L'évaluation avec l'échelle de Cornell a démontré que 62,8% présentait des symptômes dépressifs.
Discussion Interprétation des résultats	Pour les résidents atteints de démence, la douleur est souvent ignorée ou sous-traitée. Cette douleur sous-traitée a été observée aux trois stades de la maladie d'Alzheimer et dans tous les sous-types de démence. Dans cette étude, la prévalence de la douleur était presque le double chez les patients atteints de démence par rapport à ceux sans démence. Les principaux obstacles de la prise en charge de la douleur des résidents atteints de démence sont l'absence d'une évaluation de la douleur et une documentation inappropriée. L'observation du comportement chez les personnes atteintes de déficiences cognitive modéré et sévère est nécessaire pour mesurer la douleur. Il n'est pas controversé que la douleur puisse apparaître comme un trouble du comportement, mais on ne sait toujours pas quel type particulier de SCPD est le plus susceptible d'être associé à la douleur. Il y a une corrélation positive entre la douleur, l'agressivité et l'agitation. La douleur si elle n'est pas traitée peut conduire à un comportement agité. La personne âgée souffrant d'une douleur plus

	élevée présentait un risque accru de développer une agressivité. La présente étude confirme que les instruments d'auto-évaluation ne sont pas suffisants pour évaluer la douleur chez les personnes âgées atteintes de démence. Il existe une relation étroite entre la douleur et les SCPD chez les patients atteints de démence. La douleur chronique peut causer la dépression, l'agitation et l'agressivité chez les résidents atteints de démence si elle n'est pas traitée adéquatement.
Forces et limites	Forces : Aucune force n'est relevée dans cette étude. Limites : la population inscrite à cette étude. L'étude s'arrête au niveau régional et pourrait être étendue au niveau national afin de faire des directives spécifiques pour une meilleure évaluation de la douleur.
Conséquences et recommandations	Cette étude confirme que l'autoévaluation n'est pas suffisante pour évaluer la douleur chez les personnes âgées atteintes de démence. Si la douleur n'est pas traitée adéquatement cette douleur chronique peut causer la dépression, l'agitation et l'agressivité chez les patients atteints de démence.
Commentaires	Des recherches plus poussées sont nécessaires pour clarifier les paramètres physiopathologiques exacts. Les mécanismes sous-jacents au comportement et de la douleur. Enfin, la capacité à identifier et à traiter la réelle cause de la douleur dans la démence peut résoudre la problématique du comportement et améliorer la qualité de vie.

Références :

Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3^{ème} 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

	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
Références complètes	Malara, A., De Biase, G. A., Bettarini, F., Ceravolo, F., Di Cello, S., Garo, M., ... Rispoli, V. (2016). Pain Assessment in Elderly with Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia. <i>Journal of Alzheimer's Disease</i> , 50(4), 1217-1225. https://doi.org/10.3233/JAD-150808				
Titre	Précise-t-il clairement le problème/les concepts/la population à l'étude ?	X			La page de titre décrit les éléments essentiels pour inciter le lecteur à lire cet article.
Résumé	Synthétise-t-il clairement les parties principales de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?	X			Oui, la première page synthétise les parties principales de la recherche
Introduction Problème de recherche	Le problème ou phénomène à l'étude est-il clairement formulé et situé dans un contexte ?			X	L'étude est bien formulée et située dans un contexte EMS, cependant il manque l'âge des résidents ayant participé à l'étude
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		Il ne cite aucune étude antérieurs ormis un travail sur la conséquence d'une dépression et la douleur au niveau du cortex.
Cadre théorique ou conceptuel	Les principales théories et concepts sont-ils définis ? Y-a-t-il une théorie infirmière ?		X		Aucune théorie, aucun concept est défini
Hypothèses/question de recherche/buts	Les hypothèses, question de recherche et buts sont-ils clairement formulés ?			X	Il n'y a que le but de l'étude : porte sur la prévalence de la douleur chez les personnes atteintes de démences dans un EMS en Calabre (Italie). Evalue l'association entre la douleur, l'humeur et les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence.
Méthodes Devis de recherche	Le devis de recherche est-il explicité ? Si non, qu'en diriez-vous ?			X	Le devis de recherche est noté mais il manque une explication du choix de ce devis
Population, échantillon et contexte	La population à l'étude est-elle définie de façon précise ?	X			La population est définie de façon précise, avec le stade de la démence des résidents.
	L'échantillon est-il décrit de façon détaillée ?	X			Oui, il précise le nombre de femmes et hommes ayant participé à l'étude.
	La taille de l'échantillon est-elle justifiée sur une base statistique ?	X			Un tableau avec des statistiques est présent et développé dans les paragraphes suivants.

Eléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu Clair	Commentaires
Méthode de collecte des données et instruments de mesure	Les instruments de collecte des données sont-ils décrits clairement ?	X			Tous les instruments de collecte des données sont décrits précisément.
	Sont-ils en lien avec les variables à mesurer ?	X			Oui car cette étude souhaite évaluer la douleur des résidents atteints de démence modéré à sévère. Et évalue l'association entre la douleur et les symptômes comportementaux.
Déroulement de l'étude	La procédure de recherche est-elle décrite clairement, pas à pas ?			X	Il manque un fil conducteur tout le long de l'article pour éviter de se perdre dans la lecture.
Considérations éthiques	A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants ?	X			Un consentement éclairé pour l'utilisation des données personnelles et les soins quotidiens. Le protocole standard a été soumis au comité d'éthique locale pour l'approbation.
Résultats Traitement/Analyse des données	Des analyses statistiques sont-elles entreprises pour répondre à chacune des questions et/ou vérifier chaque hypothèse ?	X			L'analyse statistique est développée pour chaque item sous forme de graphique et de p value.
Présentation des résultats	Les résultats sont-ils présentés de manière claire (résumé narratif, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			Les résultats sont démontrés par un résumé narratif, 3 tableaux et 4 graphiques résumant les résultats obtenus pour chaque analyse.
Discussion Interprétation des résultats	Les principaux résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre théorique ou conceptuel ?		X		Car il n'y a aucun cadre théorique ou conceptuel annoncé
	Sont-ils interprétés au regard des études antérieures ?		X		Cette étude n'en parle pas, dommage pour la comparaison des résultats.
	Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X		X	Oui, les limites sont émises mais il manque un titre « limites » pour faciliter la lecture. Cependant, aucune force est décrite dans cet article.
	Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?	X			Cette étude confirme que l'autoévaluation n'est pas suffisante pour évaluer la douleur chez les personnes âgées atteintes de démence. Si la douleur n'est pas traitée adéquatement cette douleur chronique peut causer la dépression, l'agitation et l'agressivité chez les patients atteints de démence.

Conséquences et recommandations	Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique ?			X	Il recommande des recherches supplémentaires.
	Font-ils des recommandations pour les travaux de recherche futurs ?	X			Des recherches plus poussées sont nécessaires pour clarifier les paramètres physiopathologiques exacts. Les mécanismes sous-jacents au comportement et de la douleur. Enfin, la capacité à identifier et à traiter la réelle cause de la douleur dans la démence peut résoudre la problématique du comportement et améliorer la qualité de vie.
Questions générales Présentation	L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			Oui, l'étude est en général bien décrite avec plusieurs parties distinctes : introduction, déroulement de l'étude, résultats, discussions, remerciement.
Commentaires :	A la fin de l'article, on trouve tous les EMS de la région Calabre ayant participé dans cette étude.				

Références :

Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3^{ème} 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
Références complètes	Lautenbacher, S., Sampson, E. L., Pähl, S., & Kunz, M. (2016). Which Facial Descriptors Do Care Home Nurses Use to Infer Whether a Person with Dementia Is in Pain? <i>Pain Medicine</i> , pnw281. https://doi.org/10.1093/pm/pnw281
Introduction Problème de recherche	La prévalence de la démence et de l'augmentation de la douleur est souvent liée à l'âge. La croissance rapide de la population âgée a comme conséquence une augmentation considérable de la douleur et des déficiences cognitives. Dû au manque des capacités verbales des personnes atteintes de démence, il est difficile à ces personnes de s'autoévaluer leurs douleurs. Compte tenu de la difficulté à l'auto-évaluation de la douleur chez ces résidents atteints de démence, la douleur est négligée et non traitée. Cette douleur non traitée entraîne souvent un comportement difficile.
Recension des écrits	Le personnel soignant se sent souvent impuissants pour évaluer la douleur chez les résidents atteints de démence, car cette douleur est une expérience unique à chacun. Ils ont donc étudié l'évaluation de la douleur sur les fonctionnalités des expressions faciales des résidents.
Cadre théorique ou conceptuel	Il n'y a aucun cadre théorique ou conceptuel présent dans cette étude.
Hypothèses/question de recherche/buts	Cette étude vise à évaluer la douleur chez les résidents atteints de démences avancées sur les comportements observables liés à la douleur comme les expressions faciales.
Méthodes Devis de recherche	C'est une étude avec un devis quantitatif, car les variables sont quantifiables, basées sur la cotation d'échelles.
Population, échantillon et contexte	79 EMS ont participé avec un total de 284 évaluations de la douleur chez les résidents atteints de démence modéré à sévère. Des EMS situé en Allemagne. Cette étude s'est déroulée de février à mars 2013.
Méthode de collecte des données et instruments de mesure	Eléments descripteurs du visage à partir d'outils utilisé pour évaluer la douleur chez les personnes démentes. L'étude comprenait aussi un questionnaire et deux évaluations générales de la douleur. Voici les échelles recommandées : ABBAYE, CNPI, DS-DAT, DOLOPLUS 2, EPCE, MOBID.2 ECHELLE PAIN, NOPPAIN, PACSLAC, PAINAD, PADE, PAINE. Au total, 13 descripteurs du visage ont été retenus : Regard vide, air triste, visage pâle, lèvres serrées, plissant les yeux, renfrognés, soulevant la lèvre supérieure, fermer les yeux, air tendu, bouche ouverte, en larmes, désintéressé, peur.
Déroulement de l'étude	Les infirmières ont rempli un questionnaire évaluant la douleur dans les situations de tous les jours dans un EMS. Les personnes atteintes de démence au repos présentent souvent des indicateurs de douleurs moins observables que pendant les actes de la vie quotidienne. Dans le questionnaire, une lettre de motivation informe les participants à un développement d'un outil pour évaluer la douleur chez les personnes atteintes de démence. En particulier pour les personnes qui ne sont plus en mesure de signaler la douleur. C'est pourquoi cette étude se penche sur une échelle des visages, avec 13 descripteurs à observer pendant les soins

	douloureux. Il y a 4 catégories de douleur : pas du tout, léger, modéré ou beaucoup. Il faut également noter dans quelle situation les expressions faciales ont été remarqué. Les infirmières avaient le choix entre : lavage, habiller, transfert, traitement des plaies, mobilisation et autres. Pour finir, les infirmières doivent donner deux estimations globales de la douleur subie au cours des soins sur deux échelles de catégorie Fourpoint. Une première note d'expression et une seconde pour l'intensité de la douleur. Cela souligne à la fois l'aspect d'observation et l'aspect déductif de l'évaluation globale de la douleur.
Considérations éthiques	Le protocole d'étude a été approuvé par le comité d'éthique de l'université de Bamberg.
Résultats Traitement/Analyse des données	Les descripteurs du visage ont été divisés en quatre catégories afin de faire une analyse pour les statistiques. (Cognition, état émotionnel, réaction autonome et anatomie)
Présentation des résultats	Sur les 366 EMS, 79 établissements ont retourné le questionnaire soit un taux de réponse à 22%. Les infirmières ont une moyenne de 14 ans de travail, plus de 85% ont été formés comme infirmière de soins aux personnes âgées. En ce concerne les résidents, la plupart atteints de démence avancée dont une moyenne de 6.2 sur l'échelle mondiale de détérioration (GDS). Cette échelle établit une distinction entre sept étapes, à l'étape 7 de la GDS indique l'étape la plus sévère du déclin cognitif. Les observations de l'expression du visage ont été évaluées le plus souvent pendant le lavage, le transfert et la mobilisation. Pour l'intensité de la douleur observée est en moyenne modérés. L'activité « traitement des plaies » déclenche des hautes estimations de la douleur. L'étude a remarqué que l'expression de la douleur et l'intensité de la douleur ont une corrélation ensemble (p value = 0.001). Certains éléments des expressions faciales ont été évalué plus de la moitié dans les 79 homes. L'item « désapprouvant (60%) », « yeux plissés (51%), « air effrayé (54%) ». Les personnes atteintes de démence est très difficile en raison de la difficulté avec le manque d'auto-évaluation. L'observation du comportement de la personne est essentielle. Les individus observés souffrent de démence modérée à sévère, la plupart des femmes et dans des situations de soins quotidiens. Plus de 60% ont reçu des médicaments de la douleur.
Discussion Interprétation des résultats	L'évaluation de la douleur chez les personnes atteintes de démence est très difficile en raison du manque d'auto-évaluation. Dans cette étude, ils ont utilisé un questionnaire pour identifier les observations des expressions faciales. Chaque résident souffrant de démence éprouve des intensités différentes de douleurs. C'est uniquement les infirmières qui ont fait partie de cette étude. Les résidents évalués souffrent de démence modérée à sévère et la plupart des femmes. Plus de 60% de personnes ont reçu des médicaments antalgiques.
Forces et limites	Il y a plusieurs limites dans cette étude, on ne peut pas rapporter les évaluations de l'expression du visage à une mesure objective de la douleur des résidents. Les estimations de l'intensité de la douleur sont fournies par les infirmières et non sur l'évaluation des autres dimensions pertinentes de la douleur (émotionnel, somatiques, cognitifs). Les forces sont la faisabilité et la validité des approches par l'évaluation des expressions faciales.
Conséquences et recommandations	L'observation des expressions faciales est très pertinente pour la déduction de la douleur chez résidents atteints de démence. Cet article souligne l'importance d'une hétéro-évaluation chez les résidents non communiquant.
Commentaires	C'est uniquement les infirmières qui ont fait partie de cette étude.

Références :

Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3^{ème} 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
Références complètes	Lautenbacher, S., Sampson, E. L., Pähl, S., & Kunz, M. (2016). Which Facial Descriptors Do Care Home Nurses Use to Infer Whether a Person with Dementia Is in Pain? <i>Pain Medicine</i> , pnw281. https://doi.org/10.1093/pm/pnw281				
Titre	Précise-t-il clairement le problème/les concepts/la population à l'étude ?	X			La page de titre décrit les éléments essentiels pour inciter le lecteur à lire cet article.
Résumé	Synthétise-t-il clairement les parties principales de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?	X			Oui, la première page synthétise les parties principales de la recherche
Introduction Problème de recherche	Le problème ou phénomène à l'étude est-il clairement formulé et situé dans un contexte ?			X	L'étude suit le contexte et est bien formulé. Cependant, il manque l'âge des résidents et depuis combien de temps ils sont dans l'EMS.
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			Dans la rubrique « méthode », il y a une synthèse de tous les articles antérieurs et qu'il se base sur cette étude.
Cadre théorique ou conceptuel	Les principales théories et concepts sont-ils définis ? Y-a-t-il une théorie infirmière ?		X		Aucune théorie, aucun concept est défini
Hypothèses/question de recherche/buts	Les hypothèses, question de recherche et buts sont-ils clairement formulés ?			X	Il n'y a que le but de l'étude : cette étude vise à évaluer la douleur chez les résidents atteints de démences avancées sur les comportements observables liés à la douleur comme les expressions faciales.
Méthodes Devis de recherche	Le devis de recherche est-il explicité ? Si non, qu'en diriez-vous ?			X	Le devis de recherche est noté mais il manque une explication du choix de ce devis
Population, échantillon et contexte	La population à l'étude est-elle définie de façon précise ?	X			La population est définie de façon précise, avec le stade de la démence des résidents.

	L'échantillon est-il décrit de façon détaillée ?			X	Il manque le nombre de femmes et hommes pour l'échantillon
	La taille de l'échantillon est-elle justifiée sur une base statistique ?	X			Un tableau avec des statistiques est présent et développé dans les paragraphes suivants.
Eléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu Clair	Commentaires
Méthode de collecte des données et instruments de mesure	Les instruments de collecte des données sont-ils décrits clairement ?	X			Ils sont décrits clairement. Il manque peut-être une définition de toutes ces échelles annotées, afin que cela soit clair pour le lecteur.
	Sont-ils en lien avec les variables à mesurer ?	X			Oui car cette étude souhaite évaluer la douleur des résidents atteints de démence modéré à sévère.
Déroulement de l'étude	La procédure de recherche est-elle décrite clairement, pas à pas ?	X			L'étude suit une procédure claire et précise avec les différents items d'expression du visage et les résultats obtenus.
Considérations éthiques	A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants ?	X			Il a été approuvé par le comité d'éthique d'Allemagne
Résultats Traitement/Analyse des données	Des analyses statistiques sont-elles entreprises pour répondre à chacune des questions et/ou vérifier chaque hypothèse ?	X			L'analyse statistique est développée pour chaque item sous forme de graphique et de p value.
Présentation des résultats	Les résultats sont-ils présentés de manière claire (résumé narratif, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			Les résultats sont démontrés par un résumé narratif, cinq tableaux et 1 graphique résumant les résultats obtenus pour chaque item d'expression faciale.
Discussion Interprétation des résultats	Les principaux résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre théorique ou conceptuel ?		X		Car il n'y a aucun cadre théorique ou conceptuel annoncé
	Sont-ils interprétés au regard des études antérieures ?	X			Ils ont étudié 15 études antérieures pour comparer les résultats obtenus.
	Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X		X	Oui, les limites sont émises mais il manque un titre « limites » pour faciliter la lecture
	Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?	X			Ils répondent à la question de recherche et pose des suggestions pour continuer cette évaluation des douleurs chez les résidents atteints de démence.

Conséquences et recommandations	Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique ?			X	L'observation des expressions faciales est très pertinente pour la déduction de la douleur chez résidents atteints de démence. Cet article souligne l'importance d'une hétéro-évaluation chez les résidents non communiquant.
	Font-ils des recommandations pour les travaux de recherche futurs ?	X			Il recommande une formation continue sur la douleur pour les infirmières et le développement d'outils d'observation de la douleur.
Questions générales Présentation	L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			Oui, l'étude est divisée en plusieurs parties bien distincte : introduction, déroulement de l'étude, analyse, résultats, discussions, limites et conclusion.
Commentaires :	Etude sur l'évaluation de la douleur par les expressions faciales uniquement évalué par des infirmières.				

Références :

Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3^{ème} 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
Références complètes	Agit, A., Balci, C., Yavuz, B. B., Cankurtaran, E., Kuyumcu, M. E., Halil, M., ... Cankurtaran, M. (2018). An Iceberg Phenomenon in Dementia: Pain. <i>Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology</i> , 31(4), 186-193. https://doi.org/10.1177/0891988718785765
Introduction Problème de recherche	Un phénomène d'iceberg dans la démence : la douleur
Recension des écrits	La douleur est un problème courant chez les personnes âgées et a des conséquences importantes. La forte prévalence de la douleur chez les personnes âgées vivant dans la collectivité et les pensionnaires de maisons de soins infirmiers atteints de démence n'est pas surprenante, étant donné que l'âge avancé est un facteur de risque de développer à la fois la démence et la douleur. La démence est un syndrome clinique qui conduit progressivement à une détérioration des capacités cognitives et à un fonctionnement quotidien normal. En raison du déclin progressif de l'état cognitif et fonctionnel, caractéristique de la maladie, le traitement et les soins du patient posent un défi considérable au fil du temps. L'incapacité de communiquer avec des patients atteints de démence augmente parallèlement à la gravité de la maladie en raison de problèmes de communication verbale et d'aphasie. Cela entraîne des besoins insatisfaits des patients, tels que la douleur, qui est souvent sous-estimée et sous-traitée chez les personnes atteintes de démence. Bien que la prise en charge de la douleur soit l'une des caractéristiques des soins palliatifs, elle est généralement sous-estimée chez les patients atteints de démence avancée résidant dans un foyer de soins. La prise en charge sous-optimale de la douleur chez les résidents d'EMS atteints de démence affecte négativement la qualité de vie et est associée à une dégradation du fonctionnement cognitif et à l'apparition de symptômes neuropsychiatriques. Des symptômes tels que l'agitation et l'agression peuvent conduire à une institutionnalisation ou à une prescription inappropriée de médicaments antipsychotiques. Par conséquent, une évaluation précise et un traitement adéquat de la douleur sont essentiels pour les personnes atteintes de démence. L'évaluation de la douleur peut être compliquée car elle est basée sur la perception de l'individu et sa façon de l'exprimer. La mesure de la douleur est donc un défi pour les cliniciens ou les soignants, en particulier aux stades avancés de la démence en raison de la perte de communication verbale. Par conséquent, l'évaluation de la douleur doit être effectuée à l'aide d'une échelle spécialement conçue pour les patients atteints de démence.
Cadre théorique ou conceptuel	Aucun cadre théorique présent.
Hypothèses/question de recherche/buts	Le but de cette étude était d'évaluer l'efficacité des instruments de traitement de la douleur autodéclarés et des outils d'évaluations objectives de la douleur développés pour la démence chez les résidents d'EMS atteints de démence. Leur objectif était de fournir des preuves d'observation sur la nature et les implications de la douleur à différents stades de la démence, y compris au stade avancé. Un autre objectif était de déterminer les implications cliniques de la douleur en examinant sa relation avec les symptômes neuropsychiatriques, la performance dans les activités de la vie quotidienne et les syndromes gériatriques. Les chercheurs voulaient souligner l'importance de la douleur et du choix du bon outil d'évaluation dans un groupe de patients qui sont parfois négligés, mais principalement touchés.

Méthodes Devis de recherche	Le devis de recherche est de type quantitatif, car les chercheurs évaluent des variables via des instruments de mesure de la douleur.
Population, échantillon et contexte	Etude réalisée dans 2 EMS d'Europe en Turquie, avec 75 résidents atteints de démence à différent stade (diagnostic via le DSM-IV), âgée de 65 ans et plus. Plus de 93% des patients avec une maladie d'Alzheimer, 6.7% avec une démence vasculaire. Stade léger à 32%, stade moyen à 24% et stade sévère à 44%, l'âge moyen était de 81,1 (7,0) et 46,7% (n = 35) étaient des femmes.
Méthode de collecte des données et instruments de mesure	Plusieurs échelles ont été utilisées pour la collecte des données. L'agitation et les symptômes psychiques sont évalués avec les échelles de Cohen-Mansfield (CMAI) et la Neuropsychiatric Inventory. Les activités de base de la vie quotidienne sont évaluées avec l'échelle de Katz (BADL), ainsi que les activités instrumentales avec l'échelle de Lawton Brody des échelles de la vie quotidienne (IADL). Le MMSE est utilisé pour évaluer les fonctions cognitives/mentales. La statut nutritionnel évalué avec l'échelle MNA-SF. L'échelle de dépression gériatrique de Yesavage pour évaluer la dépression. Des syndromes gériatriques comprenant dépression, incontinence, chutes et malnutrition ont été diagnostiqués. L'évaluation de la douleur est réalisée avec diverses échelles tels : - Evaluation de la douleur dans la démence avancée avec PAINAD (comprend 5 comportements de douleur : respiration indépendante de la vocalisation, vocalisation négative, langage corporel, expression du visage et confort. Chaque comportement est évalué de 0 à 2 en fonction de la gravité du comportement présenté, et les évaluations sont additionnées pour un score total compris entre 0 et 10. L'outil dispose d'un guide décrivant les éléments et les procédures de notation.) - Échelle d'inconfort pour les démences de type Alzheimer avec L'échelle DS-DAT [comprend 9 éléments (2 positifs et 7 négatifs): respiration bruyante, vocalisation négative, expression faciale contenue, expression faciale triste, expression faciale effrayée, froncement de sourcil, langage corporel détendu, langage corporel tendu et agitation. Après 5 minutes d'observation, chacun des 9 éléments est évalué indépendamment sur une échelle de 0 (aucun inconfort observé) à 3 (haut niveau d'inconfort). Le score total varie de 0 à 27.] - Évaluation de la douleur chez les personnes âgées atteintes de démence (PADE) : Cet outil a 3 sections avec un total de 24 éléments. La première partie évalue les composants physiques, y compris l'expression faciale observable, la posture et le schéma respiratoire. L'intensité de la douleur est la deuxième composante. La troisième composante comprend l'évaluation des activités de la vie quotidienne (habillement, alimentation et transfert du lit au fauteuil roulant). Le score total peut aller de 0 à 96; des scores plus faibles sont associés à un comportement plus fonctionnel et à moins de douleur.
Déroulement de l'étude	Les patients étaient questionnés s'ils avaient mal. Si la réponse était oui, il leur a été demandé : la localisation et le type de douleur, les facteurs affectant l'intensité de la douleur et à l'utilisation d'analgésiques, y compris les médicaments et les médicaments complémentaires. Pour évaluer objectivement la douleur, des échelles d'évaluation de la douleur ont été utilisées. À cette fin, différentes échelles de la douleur ont été utilisées : l'échelle d'évaluation numérique (NS), l'échelle d'évaluation de la douleur des faces de Wong-Baker (WBFACES), l'évaluation de la douleur dans la démence avancée (PAINAD), l'échelle de l'inconfort de la démence de type Alzheimer (DS-DAT) et l'évaluation de la douleur de ses échelles de démence chez les personnes âgées (PADE). Les patients étaient tenus de ne prendre aucun analgésique 4 heures avant d'évaluer la douleur avec ces échelles. Le soignant doit s'occuper au minimum au moins 20h par semaine du patient et doit être capable de donner des informations fiables sur les fonctionnalités du patient, pour pouvoir évaluer les douleurs.

Considérations éthiques	L'étude a été approuvée par le comité d'éthique local.
Résultats Traitement/Analyse des données	Les données ont été enregistrées sur la base de données SPSS 15.0. Des analyses descriptives ont été effectuées et les variables catégorielles ont été présentées sous forme de nombres et de pourcentages, les variables continues distribuées normales sous forme de moyenne et d'écart type et les variables continues asymétriques sous forme de médiane (minimum – maximum). Les analyses de corrélation entre les variables continues ont été effectuées par des analyses de corrélation de Pearson ou de Spearman, le cas échéant. Pour la comparaison entre les groupes, le test χ^2 a été utilisé pour les variables qualitatives et le test t, l'analyse de la variance, le test U de Mann-Whitney ou le test de Kruskal-Wallis ont été utilisés, le cas échéant. Une valeur de $p < 0,05$ a été considérée comme statistiquement significative.
Présentation des résultats	Le nombre de patients déclarant une douleur était de 23 sur 75. Les échelles de douleur basées sur l'expression verbale, telles que NS et WBFACES, étaient significativement plus élevées chez les patients déclarant une douleur. Les scores des échelles de douleur spécifiques à la maladie d'Alzheimer, à savoir PADE, PAINAD et DS-DAT, étaient similaires entre les groupes déclarant la douleur et ne déclarant pas la douleur. Ces résultats montrent que les patients ne déclarant pas la douleur avaient un score similaire à ceux déclarant avoir de la douleur. Ceci est une preuve de la présence de douleur même quand ils ne l'ont pas déclaré. Le nombre de patients déclarant une douleur était plus faible aux stades modéré et sévère qu'aux stades précoces (stade précoce : 48,7% ; stade modéré : 22,2% ; stade sévère : 27,3%). Les résultats de NS et de WBFACES ne différaient pas entre ces stades ($p = .12$ et $p = .23$, respectivement ; tableau 3). Cependant, les scores de PADE, PAINAD et DS-DAT étaient significativement plus élevés au stade sévère, montrant la présence de douleur ($P < 0,001$). La présence de douleur n'a pas pu être détectée en interrogeant ou en appliquant des échelles d'évaluation de la douleur standard aux stades avancés, mais elle a été démontrée à l'aide d'échelles d'évaluation de la douleur spécifiques à la démence. La relation entre la douleur et les syndromes gériatriques a également été évaluée. La douleur était associée à l'immobilité, à la dépression, au MMSE, au MNA-SF et aux AVQ de Katz. Des scores plus élevés dans toutes les échelles d'évaluation de la douleur étaient associés à l'immobilité. Des scores plus élevés d'échelles d'évaluation de la douleur spécifique à la démence (PADE, PAINAD et DS-DAT) étaient significativement associés à la dépression ($P = 0,02$ pour PADE, $P = 0,01$ pour PAINAD et $P = 0,02$ pour DS-DAT), montrant la présence de douleur dans la dépression.
Discussion Interprétation des résultats	Les résultats de cette étude indiquent que la douleur peut facilement être négligée chez les patients atteints de démence, même si elle a des conséquences cliniques importantes. La prise en charge de la douleur est l'une des caractéristiques des soins palliatifs à ne pas négliger, en particulier chez les patients atteints de démence, qui ont une capacité réduite à exprimer leur douleur ou leur souffrance. Dans cette étude, bien que le pourcentage de patients déclarant une douleur soit plus faible aux stades modéré et sévère de la démence qu'aux stades précoces, les scores de PADE, PAINAD et DS-DAT étaient significativement plus élevés aux stades sévères, montrant la présence de douleur. De plus, les scores de MMSE, MNA-SF et Katz BADL étaient corrélés négativement aux scores PADE, PAINAD et DS-DAT. Dans les syndromes gériatriques, la dépression était associée de manière significative aux scores PADE, PAINAD et DS-DAT. Cependant, cette relation n'a pas été observée entre les échelles de douleur basées sur l'expression verbale (NS et WBFACES) et la dépression. Ces résultats démontrent que la douleur n'est pas rare chez les patients atteints de démence, même si l'auto-déclaration est considérée comme la norme de référence pour l'évaluation de la douleur en raison de la subjectivité de la douleur. Cette option n'est pas envisageable chez les personnes âgées atteintes de démence en raison de leur capacité de communication gravement altérée.

	au stade avancé de la démence et de la perte de leur capacité à signaler la douleur verbalement. Par conséquent, les échelles d'évaluation de la douleur développées pour la démence doivent être utilisées. En plus du déclin cognitif, la démence peut être accompagnée de symptômes neuropsychiatriques, tels que la dépression, l'agressivité, l'agitation, l'alimentation et les troubles de l'appétit. On sait que l'étiologie de ces symptômes est multifactorielle et repose sur des modifications anatomiques, chimiques et transmissives du cerveau et / ou liées à des besoins non satisfaits. L'un des facteurs de déclenchement importants de ces symptômes peut être une douleur non diagnostiquée et / ou non traitée. La corrélation entre la douleur et la dépression, connue sous le nom de « dyade douleur-dépression », est bien évaluée dans la littérature. En dépit de l'absence d'étiologie claire, on sait que ces conditions coexistent, s'exacerbent mutuellement et partagent des voies de signalisation communes. Le PADE, PAINAD et DS-DAT étaient significativement associés à la dépression, ce qui confirme la persistance de la dyade douleur – dépression chez les résidents d'EMS pour personnes âgées atteints de démence. La dépression est un syndrome gériatrique sur lequel il convient de mettre l'accent car elle provoque la progression de la maladie chez les patients atteints de démence. De ce point de vue, un résultat important est que la douleur chez les patients atteints de démence est liée à la dépression. Ce résultat souligne l'importance de l'évaluation de la douleur en termes de qualité de vie et de progression de la démence. En outre, une association significative entre la dépression et l'IPN a été mise en évidence, montrant que les personnes dépressives avaient présenté davantage de symptômes neuropsychiatriques. Il est bien connu que la douleur chronique peut exacerber les symptômes neuropsychiatriques et conduire à une prescription inappropriée de médicaments antipsychotiques, plutôt que des médicaments analgésiques, masquant les symptômes liés à la douleur et empêchant par conséquent un traitement adéquat de la douleur chez les patients atteints de démence. Une autre découverte de cette étude a été l'impact de la douleur sur l'état fonctionnel et nutritionnel des patients. L'évaluation de la douleur chez les personnes âgées démentes, PAINAD et DS-DAT avait une corrélation négative significative avec les scores IADL, BADL et MNA, ce qui signifie que les patients souffrant de douleur présentaient une altération fonctionnelle et un statut nutritionnel plus mauvais. Les cliniciens ne devraient pas se satisfaire de la gestion de la douleur, qui peut être considérée comme la partie visible de l'iceberg. le tableau clinique doit être complété par une évaluation gériatrique complète concernant l'association entre la douleur et d'autres syndromes gériatriques. Les concepts théoriques de « douleur totale » ou « douleur multidimensionnelle » sont bien acceptés dans la littérature sur les soins palliatifs. Cette étude peut être utile pour renforcer la présence des concepts de « douleur totale » ou « douleur multidimensionnelle », même chez les individus incapables d'exprimer verbalement ou même non verbalement la totalité de leur douleur ou de leur souffrance.
Forces et limites	Forces : L'une des forces de notre étude réside dans l'évaluation de diverses échelles d'évaluation de la douleur et de leurs associations avec tous les syndromes gériatriques ainsi qu'avec les résultats des tests d'évaluation gériatrique complets dans le même contexte. Cette évaluation nous permet d'obtenir un avis complet sur l'importance et les conséquences de la douleur dans la démence. Les autres forces sont une étude multicentrique et la majorité des patients sont au stade sévère de la démence. Limites : La corrélation entre les scores de PADE et NPI, ceux-ci n'étaient pas statistiquement significatif. Cette différence peut être expliquée par une erreur statistique de type 2 en raison de la taille relativement petite de l'échantillon. Le plan d'observation n'a pas permis de tirer une conclusion définitive et, en raison de l'inclusion des résidents en maison de retraite, nos résultats ne peuvent être

	généralisés à l'ensemble de la population gériatrique. S'agissant d'une étude transversale, la causalité n'a pas pu être déterminée. En outre, en raison de la conception de l'étude, il n'a pas été possible de comparer les échelles de douleur conçues pour les patients atteints de démence.
Conséquences et recommandations	De futures études sont nécessaires pour mettre l'accent sur une évaluation complète et multidimensionnelle avec une approche interdisciplinaire afin d'améliorer la qualité des soins de la démence, des soins palliatifs et de la gestion de la douleur chez les patients institutionnalisés atteints de démence. Les futures études menées dans différents contextes sont nécessaires pour souligner davantage l'importance de cette relation. En outre, les futures études visant à fournir des preuves d'observation sur la nature complexe / multiforme de la douleur dans les démences avancées fourniraient des preuves plus solides de l'expression de l'utilité des échelles de douleur objectives et bien étudiées pour les patients atteints de démence. La sous-évaluation de la douleur chez les patients atteints de démence mal communicants entraîne une sous-détection et un traitement insuffisant de la douleur. Les résultats de cette étude confirment que l'auto-déclaration seule n'est pas suffisante pour évaluer la douleur chez les patients atteints de démence. Par conséquent, les échelles d'évaluation de la douleur objectives développées pour les patients atteints de démence doivent être utilisées. Cette étude met en évidence l'influence négative de la douleur sur la dépression, la fonctionnalité, nutrition et cognition. Bien qu'il soit difficile d'évaluer la douleur chez les résidents d'EMS atteints de démence, il est essentiel de prendre en charge de manière adéquate la douleur, en tenant compte du lien entre douleur et dépression et de la performance dans les activités de la vie quotidienne. En conséquence, on peut suggérer que les cliniciens des EMS et des soins palliatifs devraient être vigilants dans l'évaluation et le traitement de la douleur, en particulier chez les patients atteints de démence. L'évaluation de la douleur devrait faire partie de l'évaluation et de la gestion quotidienne. Une bonne gestion de la douleur peut avoir un impact sur les syndromes gériatriques, ainsi que sur la qualité de vie, même dans les cas de démence avancée.
Commentaires	Cet article souligne le fait que la douleur n'est pas rare chez les patients atteints de démence, mais qu'ils ne sont généralement pas capables de l'exprimer, en particulier au stade sévère. Par conséquent, les échelles d'évaluations objectives de la douleur développée pour les patients atteints de démence doivent être systématiquement utilisées par le personnel soignant. De même, les soignants doivent être attentifs au fait que la douleur chez ces résidents déments peut provoquer des symptômes gériatriques tels que la dépression, la dénutrition, le déclin cognitif et fonctionnel.

Références :

Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3^{ème} 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
Références complètes	Agit, A., Balci, C., Yavuz, B. B., Cankurtaran, E., Kuyumcu, M. E., Halil, M., ... Cankurtaran, M. (2018). An Iceberg Phenomenon in Dementia: Pain. Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology, 31(4), 186-193. https://doi.org/10.1177/0891988718785765				
Titre	Précise-t-il clairement le problème/les concepts/la population à l'étude ?	x			Le titre contient le problème et la population à l'étude : un phénomène d'iceberg dans la démence, la douleur.
Résumé	Synthétise-t-il clairement les parties principales de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?	x			Le résumé est clair et synthétique : il comprend le contexte, les méthodes, les résultats et la conclusion. Le résumé donne un aperçu de contenu de l'article.
Introduction Problème de recherche	Le problème ou phénomène à l'étude est-il clairement formulé et situé dans un contexte ?	x			Le problème de recherche est clairement formulé et situé dans un contexte : la douleur nuit gravement à la qualité de vie et peut augmenter la progression de la démence. L'évaluation de la douleur réalisée en prenant l'anamnèse du patient n'est pas assez fiable pour les résidents déments.
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			La synthèse des connaissances est exposée et les chercheurs se basent sur des précédents travaux. En raison du déclin cognitif chez les patients déments, ils n'arrivent plus à s'exprimer, et cela entraîne des besoins insatisfaits comme la non gestion de la douleur.
Cadre théorique ou conceptuel	Les principales théories et concepts sont-ils définis ? Y-a-t-il une théorie infirmière ?			x	Les auteurs n'explicitent pas clairement de concepts, néanmoins je retrouve les concepts/modèles de qualité de vie et des besoins.
Hypothèses/question de recherche/buts	Les hypothèses, question de recherche et buts sont-ils clairement formulés ?	x			Les chercheurs formulent clairement des hypothèses et des buts : évaluer l'efficacité des outils d'auto-hétéro-évaluation de la douleur, évaluer l'implication de la douleur en examinant sa relation avec les symptômes neuropsychiatriques.
Méthodes Devis de recherche	Le devis de recherche est-il explicité ? Si non, qu'en diriez-vous ?		x		Je pense que le devis de recherche est de type quantitatif, car les chercheurs évaluent des hypothèses et variables chiffrables. Les données sont quantifiées à l'aide de plusieurs échelles.
Population, échantillon et contexte	La population à l'étude est-elle définie de façon précise ?	x			La population est définie de manière précise. Ce sont des résidents atteints de démence (diagnostic du DSM-IV), résidents dans un EMS d'Europe.
	L'échantillon est-il décrit de façon détaillée ?	x			L'échantillonnage représente 75 résidents de 2 EMS de Turquie, incluant des démences de type Alzheimer et autres et à des stades

					légers à sévères, l'âge moyen était de 81,1 (7,0) et 46,7% (n = 35) étaient des femmes.
	La taille de l'échantillon est-elle justifiée sur une base statistique ?		x		La taille de l'échantillon n'est pas justifiée sur une base statistique, néanmoins 75 résidents sont inclus dans cette étude.
Eléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu Clair	Commentaires
Méthode de collecte des données et instruments de mesure	Les instruments de collecte des données sont-ils décrits clairement ?	x			Les outils de collecte de données sont décrit en détail pour chaque variable évaluée.
	Sont-ils en lien avec les variables à mesurer ?	x			Les variables sont en liens avec les outils utilisées : comme par exemples : la douleur avec différentes échelles (PAINAD, DS-DAT, PADE, NS, etc), ainsi que l'agitation et symptômes psychiatriques avec CMAI et Neuropsychiatric Inventory.
Déroulement de l'étude	La procédure de recherche est-elle décrite clairement, pas à pas ?			x	La procédure explicitée est: les patients sont questionnés s'ils ont de la douleur, l'intensité et la localisation et pour évaluer objectivement différentes échelles sont utilisées. La procédure n'est pas très clair. Pour les patients où le soignant doit évaluer avec PAINAD par exemple = hétéroévaluation, comment cela se passe ?
Considérations éthiques	A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants?			x	Il est seulement dit que l'étude a été approuvé par un comité d'éthique local. Mais il n'est pas précisé s'il y a eu des consentements éclairés ou autres mesures prises.
Résultats Traitement/Analyse des données	Des analyses statistiques sont-elles entreprises pour répondre à chacune des questions et/ou vérifier chaque hypothèse ?	x			Chaque hypothèse/question a été évaluée à l'aide de statistique tels que : analyses descriptives pour les variables catégorielles, analyses de corrélation entre des variables continues, etc.
Présentation des résultats	Les résultats sont-ils présentés de manière claire (résumé narratif, tableaux, graphiques, etc.) ?	x			Chaque résultat est présenté sous formes de tableaux. Ceux-ci sont clairs et synthétiques.
Discussion Interprétation des résultats	Les principaux résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre théorique ou conceptuel ?			x	Aucun cadre théorique ou conceptuel n'est explicité, pourtant dans la discussion les auteurs abordent les concepts théoriques de « douleur totale » ou « douleur multidimensionnelle » et que cette étude peut être utile pour renforcer la présence de ces concepts, même chez les individus incapables d'exprimer verbalement ou même non verbalement la totalité de leur douleur ou de leur souffrance.
	Sont-ils interprétés au regard des études antérieures ?	x			Les chercheurs interprètent leurs résultats selon d'autres études : par exemple le lien entre la douleur et la dépression, et mis en relation avec le concepts de la dyade-douleur-dépression vu dans d'autres littératures.

	Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	x			Oui les chercheurs rendent compte de limites. La limite principale est la taille petite de l'échantillonnage qui est de 75 résidents. Cela peut expliquer pourquoi certains résultats n'étaient pas significatifs.
	Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?	x			Les chercheurs abordent la question de la généralisation des conclusions en disant qu'ils ne peuvent pas généraliser leur conclusion concernant des résultats pour des patients âgées dément à toute une population gériatrique.
Conséquences et recommandations	Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique ?	x			Les conséquences pour la pratique clinique sont d'évaluer systématiquement la douleur chez les personnes démentes à l'aide de différentes échelles adaptées, afin d'éviter des impacts négatives de la douleur sur ces patients.
	Font-ils des recommandations pour les travaux de recherche futurs ?	x			Des futures études sont nécessaires pour mettre l'accent sur une évaluation complète et multidimensionnelle avec une approche interdisciplinaire.
Questions générales 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 par partie et l'écriture de celui-ci facilite l'analyse.
Commentaires :	Dans le texte, ils mentionnent que « pour la gestion de la douleur chez les patients atteints de démence représente un défi pour les médecins et les infirmières dans leurs efforts pour assurer une gestion optimale de la douleur. » Néanmoins, il n'est pas très clair qui évalue la douleur lors de l'explication du déroulement de l'étude.				

Références :

Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3^{ème} 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
Références complètes	Hyochol Ahn, Garvan, C., & Lyon, D. (2015). Pain and Aggression in Nursing Home Residents With Dementia. <i>Nursing Research</i> , 64(4), 256-263. https://doi.org/10.1097/NNR.0000000000000099
Introduction Problème de recherche	La douleur et les agressions chez les résidents d'EMS atteints de démence.
Recension des écrits	La démence réduit considérablement la capacité des patients à exprimer leur douleur. En conséquence, la douleur est souvent sous-déclarée chez ces résidents et ils sont moins susceptibles de recevoir un traitement de la douleur. Ce manque de gestion de la douleur affecte négativement la qualité de vie des résidents atteints de démence et entraîne des conséquences physiologiques et psychologiques indésirables. Des études récentes suggèrent que la douleur peut contribuer à des symptômes comportementaux agressifs chez les résidents atteints de démence. L'approche infirmière centrée sur le patient permet de reconnaître les signaux de douleur inhabituels des résidents qui ne peuvent pas communiquer et à intervenir avec une gestion appropriée pour réduire la douleur. Les infirmières qui sont en 1 ^{er} ligne des soins aux patients, peuvent jouer un rôle vital dans la prévention, l'évaluation et le traitement de la douleur chez les résidents et en particulier ceux qui sont atteints de démence.
Cadre théorique ou conceptuel	Pour guider cette étude sur la relation entre la douleur et les agressions des résidents déments, les auteurs ont adaptés le modèle de comportement compromis par la démence dictée par les besoins (NBD) de Algase et al. comme cadre théorique. Dans le modèle NBD, développé et testé pour les résidents des EMS, les comportements agressifs sont conçus comme une réponse aux besoins insatisfaits des résidents et une expression de leurs besoins. Pour cette étude, les auteurs ont conceptualisé la douleur en tant que facteur proximal pour représenter les conditions dans lesquelles une agression peut survenir. Sur la base de ce modèle, ils ont sélectionné d'autres variables explicatives relatives aux résidents susceptibles d'influencer la relation entre la douleur et l'agressivité. Ces co-variables sont : sévérité de la déficience cognitive, niveau des AVQ, prise d'antalgique, comorbidités et les caractéristiques démographiques.
Hypothèses/question de recherche/buts	Le but de cette étude est d'examiner la relation entre la douleur et les symptômes comportementaux agressifs chez les résidents qui déclarent par eux-mêmes la douleur et ceux dont la douleur est mesurée par l'évaluation des comportements liés à la douleur par le personnel
Méthodes Devis de recherche	C'est une étude réalisée aux Etats-Unis avec un devis quantitatif, car c'est une analyse des données du MDS avec des variables quantifiables. L'échantillonnage comprend 71227 résidents.
Population, échantillon et contexte	Etude réalisée dans 13894 EMS en Floride aux Etats-Unis et avec un échantillonnage de 71227, comprenant 36880 de patients arrivant à reporter leur douleur et 34347 n'y arrivant pas. Ce sont des résidents âgés de 65 ans et plus avec un diagnostic médical documenté de la maladie d'Alzheimer ou d'autres démence. Exclusions pour les patients comateux et recevant des psychoactifs.

Méthode de collecte des données et instruments de mesure	Toutes les variables ont été dérivées de l'ensemble des données du MDS 3.0 pour indiquer les constructions clés de l'étude. Les symptômes comportementaux agressifs étaient les variables de résultat, et la douleur était la variable d'intérêt principal. - Comportements agressifs : les éléments de comportement dans le MDS ont été utilisés pour mesurer la fréquence des symptômes comportementaux agressifs physiques et verbaux au cours des 7 derniers jours. Ces éléments ont été enregistrés sur une échelle ordinale à 4 points. Les agressions physiques étaient définies comme frapper, donner des coups de pieds, pousser, gratter, saisir ou maltraiter sexuellement les autres. L'agression verbale était définie comme menace, hurlement et maudire les autres. - Douleur : a été mesurée par une auto-évaluation pour les résidents pouvant reporter leur douleur ou par une évaluation par les soignants pour ceux ne pouvant pas communiquer. Les mesures de la douleur ont été faites avec une échelle numérique (NRS) ou une échelle verbale (VDS), notifiée sur une échelle ordinale à 4 points pour les résidents communiquant. En revanche, le personnel a utilisé l'échelle de comportement de la douleur MDS pour mesurer la douleur chez les résidents qui ne pouvaient pas exprimer clairement leur douleur. Le MBS-PBS a été calculé en additionnant 4 indicateurs comportementaux de la douleur au cours des 5 derniers jours. Chaque élément a été noté dichotomiquement et le score total MDS-PBS va de 0 à 4, score le plus élevé = une douleur accrue. Echelle validée dans plusieurs études. - D'autres variables explicatives incluaient des comportements agressifs et pouvant obscurcir la relation entre la douleur et les agressions ont été évalués. Celles-ci étaient : la déficience des AVQ, (évaluée avec l'échelle MDS-ADL) la gravité des troubles cognitifs (brève interview, BIMS et MDS-CPS), les comorbidités, les antalgiques et les variables sociodémographiques. (Variables dichotomisées avec 0= non et 1= oui)
Déroulement de l'étude	C'est une seconde analyse des données du MDS 3.0 des EMS. Les données ont été recueillies du 1^{er} janvier 2012 au 31 mars 2012. Les centres de service Medicare et Medicaid étaient le référentiel de données et permettaient d'accéder à l'ensemble des données du MDS à des fins de recherche. Le « Minimum Data Set » (MDS), un outil mandaté par le gouvernement fédéral, guide l'évaluation régulière de tous les résidents. Dans le MDS 3.0, les infirmières coordonnatrices choisissent les mesures de la douleur en fonction de la capacité du résident à déclarer lui-même la douleur. Les résidents qui peuvent parler clairement et évaluer leur douleur utilisent une échelle de notation numérique ou une échelle de descripteur verbal. Le personnel infirmier évalue les indicateurs comportementaux de la douleur chez les personnes atteintes de démence sévère ne pouvant déclarer par eux-mêmes la douleur.
Considérations éthiques	L'approbation de l'étude a été obtenue auprès du comité d'évaluation institutionnelle de l'université affiliée avant le début des travaux.
Résultats Traitement/Analyse des données	Des statistiques descriptives (par exemple, la moyenne et l'écart type) ont été présentées pour les variables numériques, et des distributions de fréquence (par exemple, le nombre et le pourcentage) ont été générées pour les variables catégorielles. La régression logistique a été utilisée pour examiner la relation entre l'agression, la douleur et d'autres variables explicatives. La relation entre douleur et symptômes comportementaux agressifs a été présentée en utilisant un odds ratio (OR) non ajusté pour les relations bivariées et un odds ratio ajusté (AOR) pour les relations multivariées, tout en contrôlant le niveau de dégradation de l'ADL, la sévérité de la déficience cognitive, les comorbidités (cancer, malnutrition, maladies cardiovasculaires et troubles musculosquelettiques), utilisation de médicaments contre la douleur et variables sociodémographiques (âge, sexe et race / ethnie). Des analyses de sensibilité ont été conduites pour ajuster les effets potentiels du regroupement de résidents en modélisant les résultats dichotomisés dans des modèles linéaires hiérarchiques (HLM) en utilisant la procédure GLIMMIX dans SAS avec une distribution binaire et une fonction de lien logis spécifiée. Parmi l'échantillon de résidents d'EMS souffrant de douleur (c'est-à-dire ceux qui ressentaient une douleur au moins modérée, ou un score d'au moins 2 sur le PBS MDS-PBS), une régression logistique a été utilisée pour examiner la relation entre recevoir des analgésiques et les statuts communicatifs des résidents. Les résultats ont été considérés comme statistiquement significatifs avec une valeur p inférieure à 0,05. Les analyses ont été effectuées à l'aide de SPSS version 22 (IBM, Inc., Armonk, NY) et SAS version 9.3 (Cary, NC).

Présentation des résultats	- Parmi les résidents qui ont été en mesure de déclarer eux-mêmes leur douleur (n = 36 880, soit 51.8% des résidents), 32,1% avaient une déficience cognitive grave, 89,6% avaient pris des médicaments contre la douleur, 67,7% présentaient une douleur modérée ou plus intense, 4,3% présentaient des symptômes comportementaux agressifs verbalement et 1,9%, des symptômes comportementaux agressifs physiquement. Relation entre la douleur auto-rapportée et les symptômes comportementaux agressifs : Dans les analyses non ajustées, l'auto-évaluation de la douleur était associée positivement à des symptômes agressifs verbaux (OR ajusté = 1,09, IC 95% [1,03, 1,16]). Dans l'analyse multivariée ajustée pour les variables explicatives (p. Ex. Altérations des AVQ, déficiences cognitives, comorbidités, utilisation de médicaments contre la douleur et variables sociodémographiques), la relation entre la douleur et les symptômes comportementaux agressifs verbalement était essentiellement inchangée (AOR = 1,12, IC 95%). [1.04, 1.18]). Dans des analyses ajustées utilisant l'auto-évaluation de la douleur, les résidents souffrant de douleur plus intense présentaient une probabilité 12% plus élevée de symptômes comportementaux agressifs verbalement que les personnes souffrant de douleur moins intense. Dans les analyses non ajustées, l'auto-déclaration de la douleur était associée à des symptômes comportementaux agressifs physiquement (OR ajusté = 1,02, IC 95% [0,93, 1,12]). Dans l'analyse multivariée ajustée pour les variables explicatives, la relation entre la douleur et les symptômes comportementaux physiquement agressifs était essentiellement inchangée (AOR = 1,05, IC 95% [0,96, 1,15]). - Parmi les autres échantillons de résidents ne pouvant pas exprimer leur douleur (n = 34 347, soit 48.2% des résidents), 74,6% avaient une déficience cognitive grave, 45,6% avaient pris des médicaments contre la douleur, 10,7% présentaient une douleur modérée ou plus intense, 5,9% présentaient des symptômes comportementaux agressifs verbalement et 7,6%, des symptômes comportementaux agressifs physiquement Relation entre la douleur auto-rapportée et les symptômes comportementaux agressifs : Le modèle MDS-PBS (évaluation par les infirmiers avec l'échelle de comportement de la douleur) était associé positivement à des symptômes agressifs verbaux dans le modèle non ajusté (OR non ajusté = 1,30, IC 95% [1,24, 1,36]), ainsi que dans le modèle ajusté (AOR = 1,23, IC 95% [1,17, 1,29]). Dans les analyses ajustées utilisant MDS-PBS, les résidents souffrant de douleur plus intense présentaient une probabilité de survenue de symptômes comportementaux agressifs verbalement 23% supérieure à celle des patients souffrant de douleur moins intense. Le MBS-PBS était également associé positivement à des symptômes d'agression physique dans le modèle non ajusté (OR non ajusté = 1,22, IC 95% [1,17, 1,27]) ainsi que dans le modèle ajusté (AOR = 1,20, 95% IC [1,14, 1,26]). Dans les analyses ajustées utilisant MDS-PBS, les résidents souffrant de douleur plus intense présentaient une probabilité 20% supérieure de symptômes comportementaux physiquement agressifs par rapport à ceux présentant une douleur moins intense. Prédicteurs de l'usage de médicaments contre la douleur : Parmi les patients souffrant de douleur (degré de douleur modéré ou plus sévère dans l'auto-évaluation de la douleur et ≥ 2 dans le PDS MDS), une absence de médicament contre la douleur était associée aux résidents des EMS qui ne pouvaient pas s'auto-déclarer la douleur (AOR = 1,29, IC 95% [1,12, 1,47]). Dans l'analyse ajustée, les probabilités de ne pas recevoir d'analgésique étaient significativement plus élevées chez les hommes (AOR = 1,40, IC à 95% [1,27, 1,55]) et chez ceux présentant une déficience cognitive grave (AOR = 1,56, 95% IC [1,38, 1,76]).
Discussion Interprétation des résultats	Aux États-Unis, dans cet échantillon national représentatif de résidents d'EMS en soins de longue durée, la douleur chez les résidents capables de communiquer était associée positivement à une agression verbale et la douleur chez les résidents qui ne pouvaient pas communiquer était associée positivement à une agression verbale et physique. Ces résultats suggèrent que la douleur a des effets différentiels sur les comportements agressifs, selon que les résidents ont la capacité de déclarer eux-mêmes la douleur ou non. Une explication est que les résidents qui peuvent verbaliser la douleur sont plus susceptibles de recevoir une prise en charge de la douleur, ce qui réduit le risque d'agression physique. Cependant, les patients qui ne peuvent pas verbaliser la douleur sont moins susceptibles de recevoir un traitement anti-douleur adéquat, ce qui augmente le

	risque d'agression physique. Ces résultats suggèrent également que la douleur continue à être sous-traitée chez les résidents d'EMS atteints de démence, qui sont non verbaux, et que ce sous-traitement peut être associé à des symptômes physiquement agressifs. La plupart des résidents (89,6%) qui étaient en mesure de déclarer eux-mêmes leur douleur avait des médicaments contre la douleur, alors que seulement 45,6% des résidents qui ne pouvaient pas verbaliser la douleur avaient des médicaments pour la douleur. Ces résultats sont cohérents avec les études précédentes, selon lesquelles les personnes atteintes de démence sévère recevaient moins de médicaments contre la douleur (Shega et al., 2007). Ainsi, on peut soutenir qu'un pourcentage plus élevé d'agression physique chez les résidents d'EMS qui ne peuvent pas verbaliser la douleur pourrait être dû à une gestion de la douleur insuffisante. L'auto-évaluation de la douleur, qui est l'évaluation par excellence chez les personnes intactes sur le plan cognitif, n'est pas faisable avec des personnes atteintes de démence grave, car elle nuit à leur capacité de se rappeler, d'interpréter et de réagir à la douleur. Les résidents d'EMS atteints de démence sévère ont plutôt besoin d'évaluations complètes de la douleur, notamment d'indicateurs comportementaux de la douleur, indispensables pour déterminer le niveau et l'orientation du traitement. Ces évaluations doivent être appliquées à fond et suivies d'un traitement de la douleur approprié. Une évaluation incomplète de la douleur peut entraîner un traitement insuffisant de la douleur et augmenter les chances qu'un résident présente des symptômes d'agression physique.
Forces et limites	Forces : L'analyse de sensibilité dans la modélisation HLM ajustée a montré que les relations entre les variables de l'étude restaient les mêmes, indiquant la robustesse des paramètres. Conformément aux conclusions d'études précédentes, nos analyses ont montré que la douleur est associée à des comportements agressifs. En effet, Kunik et al. (2010) ont signalé que la douleur augmentait le risque d'agression chez 215 patients atteints de démence vivant dans la communauté. De même, Norton et al. (2010) ont indiqué que la douleur était associée à des comportements agressifs chez 161 résidents d'EMS atteints de démence, à l'aide d'une analyse secondaire de données prospectives en Alabama. Cependant, ces études précédentes étaient basées sur des échantillons relativement petits et ne contrôlaient pas l'utilisation de médicaments contre la douleur ni ne faisaient de distinction entre l'agression verbale et physique. En revanche, notre étude contrôlait la prise en charge de la douleur, utilisait des données « volumineuses » sur des résidents d'EMS aux États-Unis, mesurait la douleur à l'aide d'une auto-évaluation ou d'une évaluation du personnel (en fonction des capacités de communication des résidents) et différenciait les symptômes de l'agressivité verbale et physique. Limites : Cette étude comportait plusieurs limites. Tout d'abord, il convient de noter que le pourcentage de symptômes comportementaux agressifs dans cette étude était faible par rapport à celui d'autres études. Ainsi, nos résultats peuvent être dus à la prise en charge bien soignée des patients dans les EMS ou à la sous-déclaration des symptômes comportementaux agressifs. Deuxièmement, cette étude était limitée par une analyse secondaire des données d'évaluation des SDM prescrites par le gouvernement fédéral dans les EMS. Étant donné que le plan de l'étude était descriptif et transversal, l'étude ne fournit pas de direction temporelle pour les associations observées entre la douleur et les symptômes comportementaux agressifs. Troisièmement, seules les variables liées aux résidents dans le MDS ont été incluses dans cette étude. Les facteurs individuels non mesurés ou d'autres facteurs qui contribuent aux symptômes comportementaux agressifs (par exemple, la composition et le ratio du personnel, la complexité et les conditions environnementales ambiantes) n'ont pas été inclus. Enfin, il n'y avait pas de différenciation des types ou de la durée des diagnostics de démence dans le MDS, de sorte qu'aucune analyse de sous-groupe n'était possible pour ces variables.
Conséquences et recommandations	Les résultats de cette étude suggèrent que la gestion efficace de la douleur reste un besoin non satisfait chez les résidents d'EMS, en particulier chez ceux qui ne peuvent pas exprimer leur douleur. Par conséquent, les membres du personnel des centres nationaux devraient évaluer la douleur des résidents verbaux et non verbaux afin d'améliorer la gestion de la douleur et de réduire le risque de symptômes comportementaux agressifs. D'autres études avec des conceptions potentielles sont nécessaires pour valider notre conclusion selon laquelle une évaluation et une gestion efficaces de la douleur réduisent les symptômes comportementaux agressifs chez les résidents d'EMS atteints de démence. Cette étude a des implications cliniques importantes. Les centres de santé devraient

	avant tout enseigner aux membres du personnel que les comportements agressifs peuvent être provoqués par divers facteurs, notamment la douleur, pour améliorer la gestion de la douleur des résidents. En outre, le personnel des EMS devrait disposer d'outils adéquats d'évaluation de la douleur et de directives de traitement pour les résidents atteints de démence afin d'améliorer la gestion de la douleur chez cette population. Les résultats de cette étude fournissent également une base pour la recherche future en sciences infirmières.
Commentaires	L'expression de la douleur chez les patients déments peut se présenter sous forme d'agressions verbales (chez tous les patients déments) et physiques (déments non communicants), car cela est leurs manières d'exprimer un besoin non satisfait. Cet article démontre donc l'importance de l'évaluation infirmière de la douleur chez les patients déments communicants ou non, afin d'offrir une meilleure gestion de la douleur et de diminuer le risque de ces symptômes comportementaux. De plus, les EMS doivent enseigner sur ce sujet et proposer des outils adaptés pour évaluer la douleur chez ces résidents.

Références :

Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3^{ème} 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
Références complètes	Hyochol Ahn, Garvan, C., & Lyon, D. (2015). Pain and Aggression in Nursing Home Residents With Dementia. <i>Nursing Research</i> , 64(4), 256-263. https://doi.org/10.1097/NNR.0000000000000099				
Titre	Précise-t-il clairement le problème/les concepts/la population à l'étude ?	x			Le titre contient tout cela, car le phénomène à l'étude est la douleur et les agressions en EMS. Les résidents atteints de démences représente la population.
Résumé	Synthétise-t-il clairement les parties principales de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?	x			Le résumé est synthétique. Il contient le contexte, les objectifs, la méthode, les résultats, ainsi que la discussion. Cela donne un bon ensemble de ce que l'article va contenir.
Introduction Problème de recherche	Le problème ou phénomène à l'étude est-il clairement formulé et situé dans un contexte ?	x			Le problème de recherche est clairement formulé et contextualisé : le lien potentiel entre la douleur et les symptômes comportementaux agressifs chez les résidents atteints de démence en EMS :
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			Une synthèse des connaissances est réalisée et les auteurs se basent sur diverses études pour appuyer leurs dires, exemples : Ahn & Horgas, Kunik et al. Etc. Les récentes études suggèrent que la douleur peut contribuer à des symptômes comportementaux agressifs chez les résidents atteints de démence en EMS :
Cadre théorique ou conceptuel	Les principales théories et concepts sont-ils définis ? Y-a-t-il une théorie infirmière ?	x			Les auteurs se basent sur le modèle de comportement compromis par la démence dictée par les besoins (NBD) de Algase et al. comme cadre théorique. De même, ils mentionnent dans la recension des écrits l'approche infirmière centrée sur le patient.
Hypothèses/question de recherche/buts	Les hypothèses, question de recherche et buts sont-ils clairement formulés ?	x			Ils sont clairement formulés, la question de recherche est d'examiner s'il y a une relation entre la douleur et l'agression chez les résidents déments des EMS qui s'auto-évalue et ceux dont l'évaluation est réalisée par les soignants.
Méthodes Devis de recherche	Le devis de recherche est-il explicité ? Si non, qu'en diriez-vous ?			x	Le devis de recherche n'est pas clairement explicité. Néanmoins, je pense que c'est un devis de type quantitatif au vue de l'échantillonnage (n=71277) et ce sont des données chiffrables qui ont été évaluées.
Population, échantillon et contexte	La population à l'étude est-elle définie de façon précise ?	x			La population est définie de façon pertinente. Ce sont des résidents atteints de démence ou d'Alzheimer et ne prenant pas de psychoactifs.
	L'échantillon est-il décrit de façon détaillée ?	x			C'est un échantillonnage de 71227 résidents atteints de diagnostic médical d'Alzheimer ou autres démences dont 36880 arrivant à reporter

					leur douleur et 34347 n'y parvenant pas, de 65 ans et plus et résidant en EMS.
	La taille de l'échantillon est-elle justifiée sur une base statistique ?			x	La taille de l'échantillon justifiée sur base statistique n'est pas clairement explicitée. Toutefois l'échantillon est important et significatif avec 71'227 résidents pour cette étude.
Eléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu Clair	Commentaires
Méthode de collecte des données et instruments de mesure	Les instruments de collecte des données sont-ils décrits clairement ?	x			Les auteurs ont décrit clairement et en détail tous les outils utilisés de collectes de données pour chaque variable évaluée.
	Sont-ils en lien avec les variables à mesurer ?	x			Les instruments sont clairement en lien avec les variables à mesurer : comportements agressifs → MDS, douleur → NRS/VDS ou MDS-PBS, variables de déficience pour les AVQ → MDS-ADL, déficience cognitive → interview et statut mental BIMS, performance cognitive → MDS-CPS.
Déroulement de l'étude	La procédure de recherche est-elle décrite clairement, pas à pas ?			x	La procédure de recherche est décrite : c'est une seconde analyse du MDS 3.0. Les infirmières sont actrices pour évaluer la douleur et les comportements agressifs et les reportent sur le MDS. Cependant, il n'est pas spécifié la fréquence à laquelle les infirmières récoltent les données (ex. 1x/j) même si la durée de la collecte des données est du 1 ^{er} janvier 2012 au 31 mars 2012.
Considérations éthiques	A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants ?			x	L'étude a été approuvée par un comité d'évaluation institutionnelle de l'université affiliée. Mais il n'a pas été spécifié si les soignants et les résidents ont eu un consentement éclairé, par exemple.
Résultats Traitement/Analyse des données	Des analyses statistiques sont-elles entreprises pour répondre à chacune des questions et/ou vérifier chaque hypothèse ?	x			Oui chaque hypothèse/question a été évaluée à l'aide de statistique comme : statistiques descriptives pour les variables numériques, distributions de fréquence pour les variables catégorielles, la régression logistique pour la relation entre l'agression, la douleur et d'autres variables explicatives. Des analyses de sensibilité ont été faites. Les analyses ont été faites avec SPSS version 22 et SAS version 9.3.
Présentation des résultats	Les résultats sont-ils présentés de manière claire (résumé narratif, tableaux, graphiques, etc.) ?	x			Tous les résultats sont présentés sous forme de tableaux, clairs et synthétiques. Les graphiques statistiques sont clairs et permettent de comprendre les résultats explicités par les auteurs.
Discussion Interprétation des résultats	Les principaux résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre théorique ou conceptuel ?	x			Oui ils sont interprétés en fonction du cadre théorique. Dans le modèle NDB, les comportements agressifs sont conçus comme une réponse aux besoins insatisfaits et une expression de ceux-ci. Les auteurs ont conclu que les résidents n'arrivant pas exprimer la douleur (besoin insatisfait) présentaient des comportements agressifs verbaux et psychiques.

	Sont-ils interprétés au regard des études antérieures ?	x			Les auteurs ont comparé leurs résultats à d'autres études. Ils ont constaté que leurs résultats sont cohérents.
	Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	x			Les chercheurs rendent compte de 4 limites principales : 1. pourcentage des symptômes agressifs faible par rapport à d'autres études, 2. limitée par une analyse secondaire, étude transversale et descriptive ne permettant pas de direction temporelle, 3. seules les variables liées au MDS ont été utilisées, donc les facteurs individuels et d'autres facteurs n'ont pas été pris en compte, 4. Pas de différenciation de type ou de la durée des diagnostics.
	Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?	x			Les chercheurs concluent qu'au vu de leurs résultats et des conclusions d'études précédentes, leurs analyses ont montré que la douleur est associée à des comportements agressifs.
Conséquences et recommandations	Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique ?	x			Le personnel soignant devrait évaluer la douleur des résidents verbaux et non verbaux afin d'améliorer la gestion de la douleur et de réduire le risque de symptômes comportementaux agressifs. Les EMS devraient enseigner aux soignants que les comportements agressifs peuvent être provoqués par divers facteurs comme la douleur. De même, les EMS devraient disposer d'outils adéquats pour évaluer la douleur, ainsi que des protocoles de traitements de la douleur chez les personnes atteintes de démences.
	Font-ils des recommandations pour les travaux de recherche futurs ?	x			D'autres études avec des conceptions potentielles sont nécessaires pour valider leur conclusion selon laquelle une évaluation et une gestion efficaces de la douleur réduisent les symptômes comportementaux agressifs chez les résidents d'EMS atteints de démence.
Questions générales Présentation	L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	x			L'article est structuré et délimité par étape. L'écriture, la syntaxe et le vocabulaire choisis permettent une excellente compréhension de l'article.
Commentaires :	Les chercheurs n'ont pas suffisamment détaillé le déroulement de l'étude. Il manque des explications claires par rapport à quelle fréquence (1x/j ? 1x/semaine ?) les infirmières ont évalué la douleur chez les patients déments. Ainsi qu'à quel moment s'effectue l'évaluation : avant/après la prise des traitements médicamenteux ? Cela peut avoir une incidence sur les résultats de l'évaluation de la douleur.				

Références :

Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3^{ème} 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
Références complètes	Husebo, B. S., Ballard, C., Cohen-Mansfield, J., Seifert, R., & Aarsland, D. (2014). The Response of Agitated Behavior to Pain Management in Persons with Dementia. <i>The American Journal of Geriatric Psychiatry</i> , 22(7), 708-717. https://doi.org/10.1016/j.jagp.2012.12.006
Introduction Problème de recherche	La réponse du comportement agité à la gestion de la douleur chez les personnes atteintes de démence
Recension des écrits	Les troubles du comportement comme l'agression et l'agitation sont fréquents aux résidents atteints de démence en EMS. Bien que la prévalence transversale de ces symptômes psychiatriques soit très variable, 50% des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer présenteront au moins l'un de ces symptômes, et plus de 80% d'entre eux présenteront des symptômes neuropsychiatriques au cours de la démence. Ces symptômes sont souvent angoissants pour les patients qui les ressentent, réduisant la qualité de vie liée à la santé et augmentant le stress et la dépression chez les patients et les professionnels. L'étiologie des troubles du comportement chez les personnes atteintes de démence est inconnue, mais elle est probablement multifactorielle, incluant des modifications neurochimiques et structurales du cerveau, des gènes, des facteurs psychosociaux, des besoins non satisfaits, des maladies physiques et des médicaments. Le traitement de l'agitation est une priorité clinique mais les compétences réduites en communications et les comportements difficiles des patients contribuent à un traitement potentiellement dépourvu de sens et à l'usage généralisé de médicaments type psychotropes. Cela entraîne des événements secondaires graves, une mortalité accrue, une réponse au placebo élevée et une efficacité modeste. Les effets des médicaments psychotropes sur les symptômes neuropsychiatriques dans la démence est faible ou incertaine et le risque d'événements indésirables graves est bien établi. La forte prévalence de la douleur chronique et de son traitement insuffisant constitue un autre défi important pour les patients atteints de démence en EMS. À tout moment, 45-80% des patients souffrent de douleurs causées par des troubles musculosquelettiques, des fractures antérieures et des neuropathies. La douleur sous-traitée a de nombreuses conséquences préjudiciables pouvant affecter le patient, notamment la dépression, le sommeil, les chutes, la malnutrition ou une diminution des activités et de la fonction physique. Toujours subjectif, le rapport sur la douleur dépend de la mémoire, des attentes et des émotions du patient. Des compétences cognitives réduites, tels que la pensée abstraite et les capacités langagières chez les personnes atteintes de démence, sont des facteurs de risque de sous-diagnostic et de non-traitement de la douleur. La plupart des directives de pratique soulignent l'importance de l'évaluation et du traitement de la douleur dans le traitement des symptômes neuropsychiatriques chez les personnes atteintes de démence.
Cadre théorique ou conceptuel	Aucun cadre théorique présent.

Hypothèses/question de recherche/buts	Hypothèses : certaines preuves suggèrent que la douleur peut contribuer à diminuer les troubles du comportement chez les personnes atteintes de démence. Les comportements agités verbalement peuvent constituer une forme de recherche d'aide pour les patients. Le but de cette étude est de déterminer s'il y a une association entre la douleur et l'agitation chez les personnes démentes à un stade modéré à sévère. Ainsi que d'examiner quels comportements agités spécifiques répondrait au traitement individualisé de la douleur et amélioreraient le score global du CMAI.
Méthodes Devis de recherche	Réalisé d'octobre 2009 à juin 2010, cette étude est avec un devis quantitatif, car ils ont réalisé un contrôle randomisé pendant 8 semaines à travers 60 EMS en Europe et auprès de 352 patients atteints de démence.
Population, échantillon et contexte	Etude réalisée dans 60 EMS dans 5 municipalités de l'Ouest de la Norvège, auprès de 352 patients atteints de démence modérée à sévère (diagnostic posé à l'aide du DSM-IV) avec des troubles du comportement cliniquement significatifs avec un score plus élevé ou égal à 39 du CMAI, un score plus élevé de 4 au FAST et un score plus grand que 20 au MMSE. Les patients sont âgés de 65 ans et plus, et résident depuis au moins 4 semaines dans l'EMS.
Méthode de collecte des données et instruments de mesure	C'est un essai contrôlé randomisé en groupe de 8 semaines (période de traitement) avec un suivi supplémentaire de 4 semaines après la fin du traitement. Les groupes ont été assignés au hasard. L'étude a utilisé l'inventaire d'agitation de Cohen-Mansfield (CMAI) comme principal critère d'évaluation, un instrument composé de 29 items destiné à aider les soignants à évaluer la fréquence à laquelle les patients manifestant de l'agitation et autres troubles du comportement. L'évaluation a été réalisée par un assistant de recherche qualifié, sur la base d'un entretien en face-à-face, avec le soignant qui connaît le patient. Les items CMAI sont notés sur une échelle de 1 à 7 points. D'autres instruments ont été utilisés comme l'échelle de la douleur MOBID-2 (échelle spécialisée pour évaluer la douleur chez une personne démente, en évaluant la douleur en observant la mobilisation, le comportement, l'expression du visage et l'intensité), Mini-Mental State Examination (MMSE) pour l'évaluation cognitive, l'échelle FAST pour l'évaluation fonctionnelle, Activity Daily Living (ADL) pour évaluer les AVQ et l'échelle NPI-NH pour l'évaluation des symptômes neuropsychiatriques. En collaboration avec les principaux soignants des patients, 2 assistants de recherche qualifiés ont récupéré des données sur les variables de bases et la liste des médicaments. Les patients, soignants et assistants de recherche n'étaient pas informés de la conception de l'étude et du type d'intervention. Les chercheurs et les infirmiers responsable de l'intervention n'ont pas participé à la collecte de données.
Déroulement de l'étude	Le groupe de recherche, pour chaque patient, était composé d'un anesthésiste et thérapeute de la douleur, un assistant de recherche, le médecin responsable de l'EMS et le principal soignant du patient. Le groupe contrôle a reçu un traitement et des soins habituels. Après avoir pris en compte toutes les informations disponibles sur les maladies, les diagnostics de douleur, le médicament et les résultats d'évaluation, une approche individuelle avec le Stepwise Protocol of the Treatment of Pain (SPTP) a été mise en place, conformément aux recommandations de l'American Geriatrics Society. Selon un schéma prédéfini de 8 semaine par le SPTP et en fonction du traitement médical en cours, tous les patients du groupe d'intervention ont reçu un traitement individuel quotidien contre la douleur avec de l'acétaminophène, de la MO à libération prolongée, de patch transdermique de buprénorphine et/ou de la prégabaline. Les médicaments étaient donnés à 8h, midi et 18h. Si nécessaire, la combinaison de différents médicaments était autorisée ou la posologie était réduite.
Considérations éthiques	Conformément à la législation locale, l'étude a été approuvée par le Comité régional pour l'éthique médicale de la Norvège occidentale et par le comité de révision de chaque institution participante. Le consentement éclairé écrit comprenait une description de la conception de l'étude, des avantages directs et des principaux effets secondaires de l'essai. Tenant compte du fait que même les personnes atteintes de déficience cognitive légère ont une capacité réduite à consentir à la recherche, un consentement éclairé a été obtenu de tous les patients et de tous les aidants ou représentant légal autorisé. Les soignants ont également donné leur consentement pour participer en tant qu'informateurs.

Résultats Traitement/Analyse des données	Les caractéristiques démographiques et cliniques entre les deux groupes au départ ont été comparées en utilisant le test Pearson χ^2 pour les variables catégorielles et le test t pour les variables normales. Le MannWithney U test a été utilisé pour les variables continues distribuées non-normales. L'analyse des statistiques ont été effectuée en utilisant le SPSS 13.0 and R-2.15.2 Les résultats d'analyse suggèrent 4 groupes de facteurs dans lesquels des perturbations comportementales sont présentes : 1. Comportement agressif 2. Comportement physique non-agressif 3. Comportement verbalement agité 4. Se cacher et accumuler
Présentation des résultats	1. Les éléments du groupe de comportement agité verbalement présentaient la plus grande différence après le traitement antalgique avec une $p < 0.001$, suivi par les comportements physiques non agressifs avec $p = 0.008$, et les comportements agressifs avec une $p = 0.037$ qui inclut l'agitation générale et la stimulation. 2. L'efficacité du traitement de la douleur sur le score moyen du CMAI du début à la 8^{ème} semaine : Les résultats ont démontré que les patients qui ont continué avec les soins habituels avaient systématiquement un score du CMAI plus élevé que le groupe d'intervention. L'effet du traitement était significativement différent entre ces groupes, en faveur du traitement de la douleur pour l'agitation générale avec $p = 0.001$, se plaindre avec $p = 0.001$, négativisme avec $p < 0.001$, puis répéter les phrases avec $p = 0.026$, arpenter avec $p = 0.026$, constamment en demande d'attention avec $p = 0.034$, insulter et les agressions verbales avec $p = 0.043$. De plus, ces symptômes d'agitation étaient le plus fréquents dans cet échantillon. 3. Les résultats montrent que les comportements avec une agitation verbale ont diminué beaucoup plus pour le groupe d'intervention que le groupe contrôle.
Discussion Interprétation des résultats	Le traitement individuel de la douleur dans les EMS pour les patients avec une démence modérée à sévère avec des comportements perturbés, améliore le score global de l'agitation évalué par le CMAI. Le groupe de comportement d'agitation verbale relié au facteur 3 du CMAI (requérir à l'attention, répété des phrases et questions, négativisme) ont répondu significativement au StepWise Protocol for the Treatment of Pain. Deux des plus fréquents symptômes d'agitation, une agitation générale et arpenter, ont aussi diminué significativement pour le groupe d'intervention. Ces résultats soulignent que certains comportements d'agitation sont probablement reliés à une douleur physique et que ceux-ci répondent aux antalgiques. De même, l'étude démontre significativement quel impact à la gestion de la douleur sur l'agression. Ces résultats suggèrent que certains symptômes agressifs non affectés par le traitement de la douleur, est davantage liés au comportement lié à la démence qu'au comportement lié à la douleur, pourraient constituer une cible pour d'autres stratégies de gestion.
Forces et limites	Forces : Pour déterminer quel(s) symptôme(s) spécifique(s) sont les plus susceptibles de bénéficier des antalgiques, une 2^{ème} analyse détaillée a été réalisée. Limites : L'effet du traitement antalgique sur chaque item isolé des comportements n'étaient pas toujours statistiquement significatif. Afin de vraiment comprendre les résultats, les auteurs devront examiner ces tendances ainsi que la signification des statistiques, mais il faudrait des échantillons de plus grande taille pour explorer davantage chaque item. Il est possible que le déclin des comportements agités soit causé par les effets secondaires des opioïdes ou prégabaline.
Conséquences et recommandations	Le fait que la plupart de ces comportements répondent à un programme de traitement de la douleur suggère que la douleur, effectivement, a un impact significatif sur les comportements indésirables chez ces patients atteints de démence. Cela démontre l'importance de l'évaluation de la douleur avec différentes techniques chez les patients non-communicants. Ces résultats suggèrent que certains symptômes agressifs non affectés par le traitement de la douleur, et davantage liés au comportement lié à la démence qu'au comportement lié à la douleur, pourraient constituer une cible pour d'autres stratégies de gestion. Cela démontre l'importance de l'évaluation de la douleur avec différentes techniques chez les patients non-communicants. Les recommandations incluent : l'évaluation d'un récent changement de vocalisation, expression du visage et la posture du corps à l'aide de plusieurs échelles. L'AGS (geriatrics society panel on persistent pain in older persons) recommande d'inclure

	l'avantage potentiel de la gestion des changements dans les interactions interpersonnelles, du changement de l'état mental et des changements dans les fonctions par le traitement de la douleur chez les personnes âgées.
Commentaires	Cet article permet de montrer l'importance du rôle des soignants dans la prise en charge de patient atteints de démence présentant des comportements type douloureux. Ceux-ci à cause de leur démence ont des difficultés à exprimer verbalement leur douleur et l'exprime souvent par un comportement agité. Cette étude démontre que certains comportements sont liés à la douleur tandis que d'autres sont souvent liés qu'à la démence. Donc cela pourrait permettre aux soignants d'identifier quel type de comportement à ce patient et donc de pouvoir gérer de manière efficace le traitement en analysant si le comportement est à cause de la douleur ou la démence, tout en utilisant des échelles adaptées.

Références :

Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3^{ème} 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
Références complètes	Husebo, B. S., Ballard, C., Cohen-Mansfield, J., Seifert, R., & Aarsland, D. (2014). The Response of Agitated Behavior to Pain Management in Persons with Dementia. <i>The American Journal of Geriatric Psychiatry</i> , 22(7), 708-717. https://doi.org/10.1016/j.jagp.2012.12.006				
Titre	Précise-t-il clairement le problème/les concepts/la population à l'étude ?	x			Le titre contient le problème, car il traite de la réponse de l'agitation avec le management de la douleur. Dans le titre, le concept est la gestion de la douleur et la population à l'étude sont les personnes atteintes de démence.
Résumé	Synthétise-t-il clairement les parties principales de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?	x			Le résumé est synthétique. Le problème est clairement énoncé : les troubles du comportement et la douleur sont fréquents en EMS. La méthode est donnée : un contrôle randomisé avec 60 EMS et 352 patients, incluant un groupe contrôle et d'intervention. Les résultats principaux sont éclairés tels que le groupe avec un comportement verbalement agité a montré le plus grand changement significatif. La discussion est abordée dans la conclusion.
Introduction Problème de recherche	Le problème ou phénomène à l'étude est-il clairement formulé et situé dans un contexte ?	x			Le problème de recherche est clairement formulé : les comportements sont multifactoriels, 50% des patients avec démence dans les EMS l'expérimentent. Les compétences réduites en communications et les comportements contribuent à un traitement dépourvu de sens et un usage généralisé de psychotrope.
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			L'introduction contient une synthèse de l'état des connaissances, car il est émis qu'il y a une certaine évidence que la douleur contribue aux troubles du comportement chez les personnes démentes. Plusieurs études ouvertes et études de cas ont investigués cette hypothèse.
Cadre théorique ou conceptuel	Les principales théories et concepts sont-ils définis ? Y-a-t-il une théorie infirmière ?		x		L'étude n'évoque pas l'utilisation de théories infirmières.
Hypothèses/question de recherche/buts	Les hypothèses, question de recherche et buts sont-ils clairement formulés ?	x			Ils sont clairement formulés, les hypothèses sont que le traitement de la douleur aurait une réduction de l'agitation chez les patients atteints de démence modérée à sévère. Les buts sont de déterminer s'il y a une association entre la douleur et l'agitation et d'examiner quels comportements y réagit.
Méthodes Devis de recherche	Le devis de recherche est-il explicité ? Si non, qu'en diriez-vous ?			x	Le devis de recherche n'est pas clairement spécifié. Je pense qu'il est de devis quantitatif, car c'est une étude qui utilise un contrôle randomisé pendant 8 semaines, 60 EMS et 352 résidents. Les mesures évaluées sont quantifiées.
Population, échantillon et contexte	La population à l'étude est-elle définie de façon précise ?	x			La population est définie de façon pertinente, ce sont des résidents atteints de démence modérée à sévère avec des troubles du comportement déterminer par des scores de plusieurs échelles/tests, résidant depuis au moins 4 semaines dans un EMS de Norvège et ayant 65 ans et plus.

	L'échantillon est-il décrit de façon détaillée ?	x			L'échantillon est détaillé, ce sont 352 résidents atteints de démence qui ont été choisis au hasard. 177 ont dans le groupe contrôle et 175 dans le groupe intervention. Les caractéristiques démographiques et cliniques des 2 groupes ont été comparées avec le Pearson x2 test.
	La taille de l'échantillon est-elle Justifiée sur une base statistique ?			x	L'échantillon est représentatif, car il contient 352 résidents. Un test statistique avec Pearson x2 a été réalisé pour les variables catégoriques, néanmoins il n'est pas écrit explicitement une justification de la taille.
Eléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu Clair	Commentaires
Méthode de collecte des données et instruments de mesure	Les instruments de collecte des données sont-ils décrits clairement ?	x			L'outil de collecte de données est principalement le CMAI avec 29 items et ceux-ci évalués de 1 à 7 points, dans le but d'aider les soignants à évaluer la fréquence à laquelle les patients en EMS manifestent de l'agitation et d'autres troubles du comportement.
	Sont-ils en lien avec les variables à mesurer ?	x			Oui ils sont en lien et évalués statistiquement à l'aide du MannWithney U test pour les variables continues distribuées non-normales.
Déroulement de l'étude	La procédure de recherche est-elle décrite clairement, pas à pas ?	x			Oui la procédure est décrite pas à pas : 2 chercheurs spécialisées ont questionné les soignants principaux des résidents, une interview en face-à-face de 10-15 minutes.
Considérations éthiques	A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants ?	x			Les considérations ont été prises en compte, de plus comme la population est atteinte de démence, donc pas en toute capacité de discernement, les auteurs ont réalisé un consentement éclairé avec aussi les représentants légaux. L'étude a été éprouvée par le Comité régional pour l'éthique médicale de Norvège-
Résultats Traitement/Analyse des données	Des analyses statistiques sont-elles entreprises pour répondre à chacune des questions et/ou vérifier chaque hypothèse ?	x			Oui, les 2 groupes ont été comparés avec le test Pearson x2, le test t pour les variables normales. Pour évaluer les comportements classés en item du CMAI, ils ont été évalués à l'aide du MannWithney U test.
Présentation des résultats	Les résultats sont-ils présentés de manière claire (résumé narratif, tableaux, graphiques, etc.) ?	x			Les résultats sont présentés sous forme de tableau ou graphique, ce sont-ci sont clairs et pertinents. Ils ont été réalisés pour chaque résultat.
Discussion Interprétation des résultats	Les principaux résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre théorique ou conceptuel ?		x		Non, car il n'y a pas de cadre théorique explicite.
	Sont-ils interprétés au regard des études antérieures ?	x			Oui, car les auteurs parlent d'une précédente étude dans 200 habitations communautaires de personnes âgées : cette étude suggère que les comportements verbalement agressifs sont prédits par la douleur. De même que dans une autre étude de 408 résidents, que la douleur est parfois exprimée par l'agitation et autres difficultés psychiques.
	Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	x			Les limites sont clairement explicitées : parfois l'effet de l'antalgique n'était pas statistiquement significatif. Il faudrait un échantillonnage de plus

					grande taille. Il est possible que la diminution de l'agitation soit causée par les effets secondaires des opioïdes.
	Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?	x			Les auteurs suggèrent que le fait que la plupart des comportements répondent à la gestion de la douleur, c'est que la douleur a un impact significatif sur les comportements indésirables chez les résidents atteints de démence.
Conséquences et recommandations	Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique ?	x			Les conséquences sont abordées : qu'il est important d'évaluer la douleur avec différentes techniques d'outils d'évaluations chez les patients déments. Inclure l'avantage potentiel de la gestion de la douleur et la reconnaissance des changements de symptômes chez les patients déments.
	Font-ils des recommandations pour les travaux de recherche futurs ?	x			Des futures recherches devront utiliser une taille d'échantillon plus grande, afin de mieux comprendre les résultats et pouvoir différencier quel comportement répond ou non à la douleur.
Questions générales 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 écrit et structuré par étape. La lecture est compréhensible et se prête à une analyse critique minutieuse.
Commentaires :	Je remarque qu'à la fin de l'article, 2 auteurs ont des associations avec des compagnies tels que Novartis, Janssen, Bristol-Myers Squibb etc. Ces compagnies sont des groupes pharmaceutiques. Est-ce que cela a un impact sur l'approche et le choix de traitement ? Les auteurs parlent des soignants principaux : quel statut ont-ils ? Sont-ils des infirmiers ? Qui évaluent la douleur ? Et qui donnent les traitements antalgiques ? Par rapport aux résultats de l'étude dans le « Table 3 » : j'ai l'impression que les auteurs se sont plutôt basés sur les p values pour donner les résultats. En analysant le tableau, je compare les résultats du groupe contrôle et du groupe intervention en regardant le coefficient du début et après la semaine 8 (coefficient par rapport au CMAI noté de 1 à 7), ainsi que la différence d'évolution/involution. Je remarque que les résultats vraiment significatifs sont : agitation général (Différence entre le début et la semaine 8 est de 0.1 pour le contrôle à 0.8 pour le groupe intervention), et le négativisme (-0.1 contrôle et 0.6 pour intervention) : ce qui montre une différence de presque 1 points. Le reste des résultats avec une p value significatifs montrent de légers changements dans les items du CMAI.				

Références :

Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

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

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