

Tables des matières

Résumé	ii
Liste des tableaux.....	v
Liste des figures	vi
Remerciements	vii
Introduction.....	2
Problématique	3
Epidémiologie	3
Démences et maladie d'Alzheimer.....	4
Soins bucco-dentaires : conséquences et barrières	6
Question de recherche	7
Objectifs	7
Cadre théorique	9
Théorie / Aspects théoriques	10
Concepts	11
Méthode	14
Devis de recherche.....	15
Base de données consultées.....	16
Critères d'inclusion et d'exclusion	17
Filtres utilisés.....	18
Stratégies de recherche.....	18
Procédure d'analyse	18
Procédure d'évaluation	19
Résultats	20
Description des études	21
Présentation des résultats	22
Perceptions des soignants vis-à-vis des soins bucco-dentaires.....	30
Stratégies	31
Education	33
Comportements de résistance	34
Approche centrée sur la personne	35
Discussion	36
Education	37

Stratégies – Protocoles.....	38
Comportements de résistance et approche centrée personne	39
Leadership infirmier	41
Conclusion.....	42
Recommandations.....	43
Forces et limites du travail	43
Références	44
Appendice A	48
Appendice B	50
Appendice C	52
Appendice D	57
Appendice E	125

Liste des tableaux

Tableau 1 Résumé PICO et mots-clés.....	16
---	----

Liste des figures

Figure 1. Schéma de l'évolution de la maladie d'Alzheimer sur le cerveau. (Dubuc, n.d.)	5
Figure 2. Diagramme de flux. (Adapté selon Moher D., Liberati A., Tetzlaff J., Altman D.G. & The PRISMA Group (2009)).....	19

Remerciements

Nous tenons à remercier tout particulièrement notre directrice de ce travail de Bachelor, Madame Ariane Kapps. Son soutien, sa disponibilité et ses conseils nous ont permis de réaliser ce travail avec assiduité.

Nous sommes reconnaissantes envers les professeures Madame Falta Boukar et Madame Tania Cara-Nova pour leurs apports théoriques et leurs conseils.

Nous remercions également Madame Anne Progin et Madame Nathalie Perritaz pour la relecture de ce travail.

Introduction

Ce travail s'inscrit dans la thématique suivante : la santé buccodentaire des personnes en perte d'autonomie : identification des barrières et facilitateurs aux soins d'hygiène dentaire.

Problématique

Epidémiologie

L'association suisse d'Alzheimer fait état du nombre de personnes atteintes de démences en Suisse. En effet, en 2018, elles seraient plus de 151'000 à souffrir de démences (Alzheimer Suisse, 2018). L'Observatoire Suisse de la Santé (OBSAN, 2015) estime qu'en 2030, jusqu'à 190'000 personnes pourraient être atteintes de démences en Suisse. Selon Prince et al. (2015), la démence atteignait dans le monde 46.8 millions de personnes et ils estiment que ce chiffre va augmenter à plus de 74.7 millions en 2030. En 2017, 53.8 personnes pour mille personnes âgées de plus de 65 ans ont eu recours à des soins de longue durée dans le canton de Fribourg (OBSAN, 2018). Les personnes âgées institutionnalisées sont généralement polymédiquées à cause de multiples comorbidités. Elles présentent alors un déclin physique et cognitif important. Le taux de dépendance s'élève alors à 50% en institution (Zenthöfer, Cabrera, Rammelsberg, & Hassel, 2016). De plus, quatre personnes institutionnalisées sur dix présentent une démence (Alzheimer Suisse, 2014 ; Kaeser, & Storni, 2012). Il est aussi mentionné qu'une proportion de personnes âgées n'ont pas de diagnostic de démences mais présentent un déclin cognitif ($>11\%$) (Hoben et al., 2017).

Démences et maladie d'Alzheimer

Il existe différents types de démences ; elles peuvent être dégénératives ou vasculaires. La démence dégénérative comprend 3 types principaux : la maladie d'Alzheimer (50 à 70% des cas), la démence frontotemporale (5 à 25% des cas) ou la démence à corps de Levy (20% des cas) (Voyer, 2013, pp.51-82). La maladie d'Alzheimer est la première cause de démences et touche 10 à 15% des personnes âgées de plus de 65 ans ; ce taux augmente de 20% pour les personnes âgées de plus de 80 ans. La maladie peut engendrer des troubles du comportement. De plus, le déclin physique et cognitif causés par l'évolution de la maladie augmentent la dépendance de la personne et l'empêche d'effectuer ses activités de la vie quotidienne (AVQ) (Kocaelli, Yaltirik, Yargic, & Özbas, 2002). En effet, dans la maladie d'Alzheimer, on constate une aggravation progressive de la mémoire et d'autres fonctions cognitives, sans altération de la conscience (Voyer, 2013, pp.51-82). La maladie s'accompagne d'un phénomène neurodégénératif qui engendre une dégradation irréversible du système nerveux central. Ce phénomène comprend trois éléments principaux. Tout d'abord, la dégénérescence neurofibrillaire dérègle le fonctionnement des cellules pyramidales du cortex cérébral qui s'atrophie alors de manière plus conséquente par rapport à une personne valide. Deuxièmement, l'évolution de la maladie engendre un élargissement des ventricules qui se trouvent à l'intérieur du cerveau. La figure n° 1 représente un schéma des effets de la maladie sur le cerveau. Finalement, la maladie d'Alzheimer affecte les neurones utilisant l'acétylcholine comme neurotransmetteur, ce qui entraîne alors un ralentissement des facultés cognitives (Dubuc, n.d.).

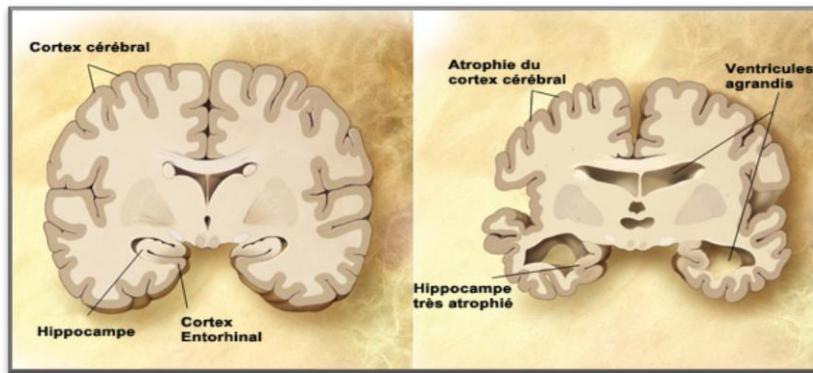


Figure 1. Schéma de l'évolution de la maladie d'Alzheimer sur le cerveau. (Dubuc, n.d.)

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 2019), la maladie d'Alzheimer comprend trois stades. Le premier stade dure entre trois et cinq ans et engendre des troubles mnésiques (orientation dans le temps et l'espace) et des signes d'aphasie (Alzheimer Suisse, n.d. ; Dubuc, n.d. ; OMS, 2019). Le deuxième stade de la maladie est accompagné de troubles mnésiques plus importants : difficulté dans la compréhension du langage et désorientation spatio-temporelle importante. Le comportement de la personne change et elle devient de plus en plus tributaire d'assistance et de conseils (Alzheimer Suisse, n.d.). Au dernier stade de la maladie, la confusion est telle que la personne perd son autonomie (Dubuc, n.d.). Des symptômes physiques (troubles de la marche et de l'équilibre) et des difficultés de communication (incapacité à trouver les mots pour s'exprimer) apparaissent en plus de la perte de mémoire conséquente (Alzheimer Suisse, n.d.).

Les critères du diagnostic de la maladie d'Alzheimer s'établissent à l'aide d'un examen clinique (comme le *Mini Mental State Examen* (MMSE)). Au moins deux déficits doivent être présents : aphasie, apraxie, agnosie et/ou un déficit dans les fonctions exécutives (planification, organisation). Trois éléments permettent d'appuyer le diagnostic de la maladie : la détérioration progressive des fonctions

cognitives (langage, praxie, gnosie), la perturbation des AVQ et du comportement ainsi que les antécédents familiaux. Suite à l'analyse de ces critères, le diagnostic est probable mais ne peut être confirmé seulement qu'à l'aide d'une preuve histopathologique par autopsie (Voyer, 2013, pp.51-82).

Soins bucco-dentaires : conséquences et barrières

Zenthöfer et al. (2016) démontrent l'existence de barrières aux soins bucco-dentaires chez les personnes âgées de plus de 65 ans. Ces barrières peuvent être : un accès aux soins limité, une modification de la perception de la personne âgée quant à ses besoins bucodentaires, un manque de connaissances et de temps pour l'hygiène buccale par les soignants ou un comportement agressif et/ou non-compliant de la personne âgée (particulièrement chez la personne démente) (Zenthöfer et al., 2016). En effet, chez les personnes âgées démentes, le déclin physique et cognitif, les oubliés fréquents du soin par le résident ou ses proches, ses capacités d'adaptation diminuées, l'absence de sensibilité au niveau buccal sont des aspects qui entravent la réalisation des soins bucco-dentaires (Kocaelli et al., 2002). De plus, deux tiers des personnes âgées institutionnalisées n'utilisent les services dentaires qu'en cas de problèmes. Le suivi dentaire auprès des personnes âgées est irrégulier et le dentiste n'est contacté qu'en cas de péjoration de l'état bucco-dentaire (Albrecht, Kupfer, Reissmann, Mühlhauser, & Köpke, 2016). Par ailleurs, les prothèses dentaires ont beaucoup évolué au cours de ces dernières années, ce qui diminue alors l'extraction dentaire totale chez les personnes âgées. Par conséquent, elles gardent leurs propres dents plus longtemps, ce qui complexifie les soins bucco-dentaires. En effet, les soignants doivent faire face aux implants et prothèses dentaires sophistiquées des résidents, ainsi qu'à une usure dentaire plus importante (van der Putten, De Visschere, van der Maarel-Wierink, Vanobbergen, & Schols, 2013).

Ces barrières peuvent engendrer une mauvaise hygiène bucco-dentaire. Les conséquences pour les résidents sont nombreuses : caries (44%-76% des résidents), gingivites (66%-74%), parodontites (32%), prothèses amovibles, augmentation du risque de malnutrition, diminution de la qualité de vie, corrélation avec des problèmes médicaux (infections, pneumonie, ...) (Hoben et al., 2017 ; Schwindling, Krisam, Hassel, Rammelsberg, & Zenthöfer, 2018). Hoben et al (2017) ont relevé d'autres conséquences comme : la diminution de l'estime de soi, une haleine forte, des dents manquantes et des douleurs (3.4%-8%) des résidents. Ces conséquences augmentent alors les coûts de la santé et diminuent la longévité des personnes âgées.

Question de recherche

Ces différentes connaissances relèvent une problématique centrale sur la prise en charge des soins bucco-dentaires chez des personnes démentes. La question suivante se pose : quelles sont les interventions infirmières permettant d'intégrer dans la pratique les comportements de résistance aux soins des personnes âgées institutionnalisées atteintes d'une démence de type Alzheimer afin d'améliorer leur hygiène bucco-dentaire ?

Objectifs

Ce travail repose sur différents objectifs comme la mise en lumière de l'efficacité des facilitateurs des soins bucco-dentaires chez les personnes atteintes d'Alzheimer institutionnalisées lors de la prise en charge infirmière. De plus, il est nécessaire de définir et développer le rôle infirmier dans un établissement médico-social (EMS) afin de fournir des soins de qualité. Le dernier objectif de ce travail a pour but de

développer certaines interventions infirmières à travers la théorie de soins du *Caring* et les concepts d'humanitude et d'approche centrée sur la personne.

Cadre théorique

Dans cette section, les différents aspects théoriques et concepts seront développés.

Théorie / Aspects théoriques

Le cadre de référence de ce travail se base sur la théorie de soins du *Caring* développée par Jean Watson en 1979. Cadette d'une famille de 8 enfants, elle est née en 1940 en Virginie où elle a grandi. Elle a obtenu son baccalauréat en sciences infirmières et psychologie, une maîtrise en soins infirmiers psychiatriques et santé mentale, puis un doctorat en psychologique de l'éducation et counseling de l'Université du Colorado. Elle est par la suite devenue professeure à l'Ecole des sciences infirmières de l'Université du Colorado et a publié d'innombrables travaux décrivant sa théorie du *Human Caring*. Celle-ci permet d'humaniser les soins de l'infirmière. Durant toute sa carrière, elle s'est montrée très investie pour le transfert des savoirs en soins infirmiers au sein de différents pays et universités (Alligood, 2014, pp. 79-81).

Sa théorie s'appuie sur le processus du *Care* qui se définit comme un processus de devenir pour le patient et l'infirmière impliquant ainsi la volonté de chaque participant (2002, cité dans Meleis, 2011, p.171). Les patients et les infirmières sont des humains en devenir qui coexistent de manière commune selon un rythme constitué. Ils se retrouvent dans un même environnement où leurs actions sont réfléchies afin de partager leurs responsabilités. [traduction libre] (Meleis, 2011, pp.171-172) De plus, différents concepts majeurs dont les dix facteurs caratifs constituent sa théorie. Watson les a développés en « processus caritas » qui permettent d'élargir ces concepts à une dimension spirituelle et aux aspects d'amour et de *Caring*. [traduction libre] (Alligood, 2014, pp.79-81) Le terme caritas, provenant latin, définit un élément précieux et fragile qu'il faut chérir. Par ces processus caritas,

Watson voulait exprimer une connexion fondée sur la pratique des soins infirmiers, la théorie du *Caring* et le concept universel d'amour (cité dans DiNapoli, Nelson, Turkel, & Watson, 2010, pp.15-16). Les facteurs caratifs, qui ne seront pas présentés dans ce travail, ainsi que les dix processus caritas guident la pratique infirmière et permettent de fonder une démarche soignante s'intéressant aux expériences humaines (voir Appendice B) (Cara & O'Reilly, 2008).

La relation de *Caring* transpersonnelle est un autre concept majeur de la théorie de Watson et se définit comme une forme de connexion entre l'infirmière et le patient s'appuyant sur des valeurs humanistes. « Le but de cette relation est de protéger, améliorer et préserver la dignité humaine, l'intégralité et l'harmonie de la personne soignée » (Cara & O'Reilly, 2008, p.39). Le point fort de ce concept vise à comprendre la signification propre au patient quant à la représentation de sa santé et d'en tenir compte lors des soins (Cara & O'Reilly, 2008).

Chez le résident dément, il est difficile de comprendre sa propre signification des soins bucco-dentaires en raison de son déclin cognitif important. Cependant, la théorie permettra d'intégrer les proches, afin de mieux connaître ses expériences passées. Chaque moment d'interaction entre l'infirmière et la personne soignée est un moment de *Caring* soit un moment d'échange d'humain à humain. Cette théorie serait alors optimale dans une institution, car les infirmières sont régulièrement auprès des résidents (Cara & O'Reilly, 2008).

Concepts

Notre travail se base également sur deux concepts qui sont le concept d'humanitude et celui de l'approche centrée sur la personne. Ces deux concepts s'intègrent dans la théorie du *Caring* de Jean Watson de 1979.

Le concept d'humanitude a émergé dans les soins en 1989 grâce à Lucien Mias, un gériatre français. Ce concept a été défini par Albert Jacquard (généticien et philosophe français) en 1987 comme étant « l'ensemble des cadeaux d'évolution que les humains se sont faits les uns aux autres au cours des générations, depuis qu'ils ont conscience d'être, et qu'ils peuvent se faire encore en un enrichissement sans limites » (Jacquard, 1987). A partir de ce concept, en 1995, Gineste-Marescotti ont développé une philosophie de soins qui regroupe différents thèmes dont le *Caring*. Ils la définissent comme « l'ensemble des particularités qui permet à l'homme de se reconnaître dans son espèce, l'humanité, et de reconnaître un autre homme comme faisant partie de l'humanité » (cité dans Formarier, & Jovic, 2012, pp. 312-313). Le choix de ce concept est pertinent pour ce travail, car il regroupe des aspects de la théorie de soins du *Caring*, comme l'authenticité de chacun et l'apport de bénéfices mutuels entre chaque participant lors de la relation. Bien que la philosophie de soins de l'humanitude ne soit pas développée dans ce travail, elle porte un intérêt à ce travail. En effet, ses trois composantes (regard, parole et toucher) permettent d'approcher de manière plus humaine une personne âgée atteinte de démence, dans le but d'éviter qu'elle ne se sente agressée par les soins. En effet, chez les personnes démentes, les comportements d'agitation pathologique (opposition verbale ou physique) entravent régulièrement les soins, ce qui augmente alors leur sentiment d'insécurité et la non-compliance aux soins (Gineste, Marescotti, & Pellissier, 2008, pp. 42-55).

Le concept « personne centrée » est le deuxième concept choisi pour ce travail. Il regroupe plusieurs dénominations comme le patient ou client centré et soins individualisés. Il est défini par Kitwood (1997) comme étant un état ou un statut d'être humain conféré par les autres dans un contexte de relations sociales. En 2004, McCormack complète ce concept en lui attribuant quatre caractéristiques qui sont :

être en relation (exister au travers de relations avec les autres), faire partie de la société (les personnes sont des êtres sociaux), être dans un contexte (la personnalité de chacun s'articule autour du contexte) et être avec soi-même (la perception de soi découle de la reconnaissance, du respect et de la confiance accordée). Ce concept rejoint la théorie de soins du *Caring* de Watson développée en 1979 car les relations humaines se construisent sur des processus interpersonnels. En effet, dans la pratique infirmière, ce concept permet d'établir des relations basées sur le respect mutuel, la reconnaissance de chacun et le partage des savoirs collectifs avec les patients, leur entourage et/ou les professionnels. [traduction libre] (McCormack & McCance, 2010, p. 26-32) Chez les personnes démentes, cette approche est bénéfique car elle permet de préserver leur personnalité en les considérant comme des êtres à part entière. Cependant, cette approche nécessite une formation spécifique et l'apport de connaissances pour les soignants, sinon quoi les résultats ne sont pas concluants (Oppert, O'Keeffe, & Duong, 2018). Une autre étude démontre que l'enseignement et la supervision de cette méthode de soins permet de diminuer significativement l'agitation chez les personnes âgées démentes (Chenoweth et al., 2009). Il est alors judicieux d'utiliser ce concept dans ce travail.

Méthode

Dans ce travail, les stratégies de recherches d'articles scientifiques sont présentées dans l'appendice B. La sélection d'articles s'est basée sur des critères d'inclusion et d'exclusion. L'utilisation des mesh terms et des descripteurs CINHAL présentés dans le tableau n°1 sur les sites de PubMed et CINHAL a démontré l'adéquation de ces mots-clés en lien avec la thématique du travail.

Devis de recherche

Ce travail est une revue de littérature non-systématique. Elle se définit comme un processus d'analyse et de synthèse de travaux antérieurs, afin d'effectuer un résumé des savoirs sur un sujet spécifique. Des évaluations critiques de plusieurs recherches et de théories relatives à ce sujet sont nécessaires. [traduction libre] (Coughlan, Ryan, & Cronin, 2013, p.7) Cette revue de littérature non-systématique est composé de six articles scientifiques issus de différentes bases de données. Ces articles permettent de répondre à la question PICO de ce travail, tout en s'articulant autour de la théorie de soins du *Caring* et des concepts d'humanitude et de « personne centrée ». La question PICO est la suivante : « Quelles sont les interventions infirmières permettant d'appréhender les comportements de résistance chez les personnes âgées institutionnalisées atteintes d'une démence de type Alzheimer, afin d'améliorer leur hygiène buccodentaire ? »

- P : Personnes âgées institutionnalisées atteintes d'une démence de type Alzheimer
- I : Interventions infirmières permettant d'appréhender les troubles du comportement
- C : Dans les établissements médico-sociaux (EMS)
- O : Afin d'améliorer l'hygiène buccal

Base de données consultées

Les différents articles sélectionnés ont été trouvés sur les bases de données suivantes : CINAHL et PubMed. Ces différents sites ont été choisis en fonction de différents critères. La base de données CINHAL a été sélectionnée car elle contient des articles scientifiques spécifiques à la profession d'infirmier, tandis que PubMed contient quant à lui toutes les références de la littérature biomédicale. Plusieurs descripteurs et mesh term ont été utilisés afin de sélectionner les articles pertinents. Il est alors important de préciser que le terme « *Patient-centered care* » fait référence à notre concept « personne centrée ». Ce terme permet d'élargir les possibilités d'interventions et alors le nombre d'articles pertinents. De plus, le terme « *nursing assistants* » a permis de cibler les soignants qui effectuent les activités de la vie quotidienne auprès d'une personne âgée démente. Cet aspect permet alors d'enrichir ce travail grâce à un angle de délégation et de partage de responsabilités.

Tableau 1

Résumé PICO et mots-clés

PICO	P	I	C	O
Synonymes, termes reliés en français	Personnes âgées Personnes souffrant d'Alzheimer Personnes démentes	Interventions infirmières Interventions sur les troubles du comportement Infirmières	Institutions Homes EMS Soins de longue durée Résidences	Soins bucco-dentaires Hygiène bucco-dentaire Santé dentaire
Synonymes, termes reliés en anglais	Elderly Aged Institutionalized elderly people Dementia Alzheimer's disease	Nursing interventions Nurses Education Patient centered Behavioral disorders	Nursing home Long term care Residential care	Oral care Dental health Oral hygiene Dental hygiene Dental care Mouth care

		Nursing assistants Communication		
Descripteurs CINAHL	Aged Dementia Alzheimer's disease	Nursing interventions Nurses Education Patient centered care Behavioral symptoms Nursing assistants Communication	Nursing homes Long term care Residential care	Oral hygiene Dental hygiene Activities of daily living Mouth care
Termes MESH de PubMed	Aged Aged, 80 and over Dementia Alzheimer disease	Nursing Nurses Education Patient-centered care Behavioral symptoms Nursing assistants Communication Treatment refusal	Nursing homes Long-term care Residential facilities	Oral hygiene Oral health Oral health education Oral hygiene education Dental care Activities of daily living

Critères d'inclusion et d'exclusion

La sélection d'articles s'est basée sur des critères d'inclusion et d'exclusion. Les critères d'inclusion comprenaient l'état cognitif de l'individu (démences ou maladie d'Alzheimer), l'âge (personnes âgées de plus de 65 ans) et le milieu de vie (institution, établissement médico-social (EMS)). De plus, l'article devait cibler la réalisation de soins bucco-dentaires auprès de ces individus. Pour l'un des articles sélectionnés, ce

critère s'est étendu aux activités de la vie quotidienne (AVQ). Les critères d'exclusion concernaient les méta-analyses et les études pilotes.

Filtres utilisés

Pour sélectionner les articles, des filtres ont été utilisés sur les deux bases de données. Ils comprenaient la langue (anglais) et la date de publication (entre 2009 et 2019).

Stratégies de recherche

De mars à mai 2019, la sélection d'articles a été réalisée à l'aide d'équations de recherches qui sont présentées en appendice C. Sur la base de données PubMed, plusieurs mesh term ont été utilisés, alors que sur la base de données CINHAL, les descripteurs CINHAL ont permis la sélection d'articles. Les équations de recherches ciblaient dans un premier temps les interventions utiles à la pratique infirmière, puis, dans un deuxième temps, visaient le cadre conceptuel de ce travail. De plus, les articles discutant des perceptions et de l'éducation du personnel soignant ont été choisis afin d'orienter cet écrit.

Procédure d'analyse

Les articles sélectionnés grâce aux équations de recherche ont été analysés en fonction de plusieurs caractéristiques. Premièrement, les doublons observés n'ont pas été considérés dans la recherche. Par la suite, les critères d'inclusion et d'exclusion ont été pris en compte lors de la lecture des titres et des résumés. Finalement, une lecture approfondie des articles présélectionnés a permis de les valider. La procédure d'analyse des articles est résumée par le diagramme de flux.

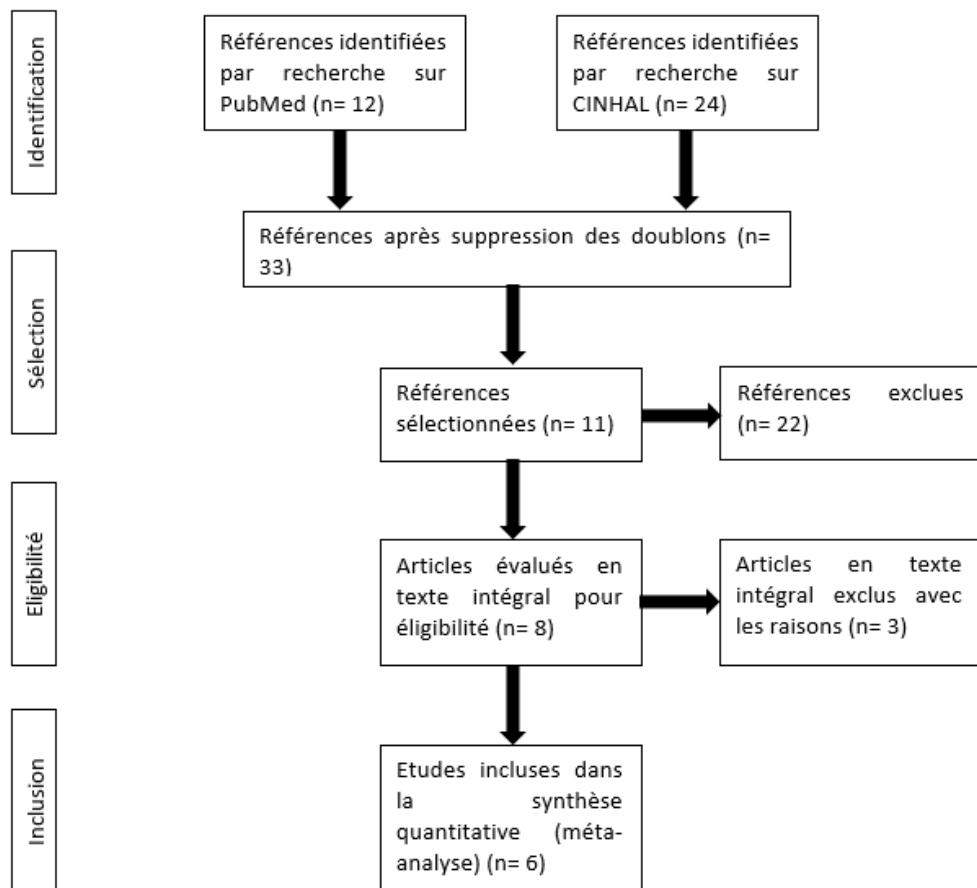


Figure 2. Diagramme de flux. (Adapté selon Moher D., Liberati A., Tetzlaff J., Altman D.G. & The PRISMA Group (2009)).

Procédure d'évaluation

Les six articles sélectionnés ont été évalués à l'aide d'une grille de résumé et d'une grille de lecture critique. Ces différentes grilles ont permis de relever les résultats significatifs de chaque étude, ainsi que les aspects pertinents pour ce travail. De plus, la grille de lecture critique a justifié la qualité et validité des articles. Les grilles de chaque article sont présentées dans l'appendice D.

Résultats

Ce chapitre fait état des résultats récoltés et analysés à partir des six articles retenus pour répondre à la question de ce travail : « Quelles sont les interventions infirmières permettant d'appréhender les comportements de résistance chez les personnes âgées institutionnalisées atteintes d'une démence de type Alzheimer, afin d'améliorer leur hygiène bucodentaire ? ». Dans un premier temps, les études seront décrites puis, les principaux résultats seront présentés. Finalement, cinq thématiques mentionnées à plusieurs reprises dans les articles analysés seront mises en lumière.

Description des études

Quatre études sélectionnées pour ce travail sont des devis quantitatifs : deux études contrôlées randomisées (Jablonski et al., 2018 ; Zenthofer et al., 2016), une étude expérimentale avant-après (Sloane et al., 2013) et une étude d'observation transversale (Wilson, Rochon, Mihailidis, & Leonard, 2013). De plus, une étude de devis qualitatif (Sonde, Emami, Kiljunen, & Nordenram, 2011) et une autre de devis mixte avec des résultats quantitatifs descriptifs (Dobbs, Hobday, Roker, Kaas, & Molinari, 2018) ont aussi été choisies. Trois études se sont déroulées aux Etats-Unis (Dobbs et al., 2018 ; Jablonski et al., 2018 ; Sloane et al., 2013) alors que les autres ont été réalisés en Allemagne (Zenthofer et al., 2016), en Suède (Sonde et al., 2011) et au Canada (Wilson et al., 2013). Chaque article analysé est paru entre 2011 et 2018 et respecte les critères d'inclusion et d'exclusion. Tous parlaient en anglais des soins bucco-dentaires (Jablonski et al., 2018 ; Sloane et al., 2013 ; Sonde et al., 2011 ; Wilson et al., 2013 ; Zenthofer et al., 2016) ou des AVQ (Dobbs et al., 2018). La population interrogée dans plusieurs études concernait des personnes âgées de plus de 65 ans qui résidaient dans un EMS et leurs soignants (aides-infirmières, infirmières) (Jablonski et al., 2018 ; Sloane et al., 2013 ; Wilson et al., 2013 ; Zenthofer et al., 2016). Cependant, dans deux articles, la population ne concernait

que les soignants âgés entre 21 ans et 60 ans travaillant dans différents EMS (Dobbs et al., 2018 ; Sonde et al., 2011). Chaque étude respecte des considérations éthiques dictées par des comités institutionnels (Dobbs et al., 2018 ; Jablonski et al., 2018 ; Sloane et al., 2013 ; Sonde et al., 2011 ; Wilson et al., 2013 ; Zenthoefer et al., 2016). Les auteurs de quatre articles ont obtenu le consentement légal de chaque participant (Jablonski et al., 2018 ; Sloane et al., 2013 ; Wilson et al., 2013 ; Zenthoefer et al., 2016). Par l'analyse de ces articles, cinq thématiques principales sont mises en lumière : la perception des soignants vis-à-vis des soins bucco-dentaires, les stratégies mises en place, l'éducation des soignants, les comportements de résistance et l'approche centrée sur la personne. Celles-ci permettent de répondre à la question PICO de ce travail.

Présentation des résultats

Sonde et al. (2011), ont élaboré une étude qualitative d'un bon niveau de preuves afin de définir le rôle des soignants dans la prise en charge des résidents atteints d'Alzheimer et de décrire les perceptions et raisonnements de l'équipe soignante sur les soins bucco-dentaires. Pour cette étude, neuf soignants puis quatre infirmières diplômées ont été interviewés. Lors d'un premier échange en groupe, trois thèmes sont ressortis : l'art de prodiguer des soins, les obstacles rencontrés et les stratégies pour y faire face. Le premier thème s'articulait sur l'intégrité des résidents et leur bien-être ainsi que sur l'importance des connaissances des diverses démences. Les principales barrières citées par les soignants sont le manque de temps et le refus des résidents. Ce manque de temps entraînait les soignants à réaliser eux-mêmes les soins, privant ainsi le résident de son autonomie. De plus, cette conséquence générait une frustration pour le soignant. Trois propositions de stratégies ont été émises : la patience, la réalisation du soin avec aide ou l'abandon avec documentation de celui-

ci. Les quatre infirmières interviewées ont ressorti deux thèmes principaux : le partage des responsabilités et les frontières entre la santé et les soins réalisés. Les résultats de l'étude ont démontré que la responsabilité des soins bucco-dentaires devait être clarifiée auprès des infirmières. Les aides-infirmières participaient à la réalisation des soins et l'évaluation de l'état buccal des résidents. Les infirmières ont reporté que la responsabilité de ces soins est alors partagée, mais qu'en cas de péjoration, elles se sentaient responsables de la situation. Trois principales problématiques sont ressorties : la responsabilité des soignants, l'absence de protocoles pour l'hygiène buccale et l'absence de lignes directrices pour le partage interdisciplinaire d'informations. Cet article a été retenu car il apporte le point de vue des soignants sur les soins bucco-dentaires (Sonde et al., 2011).

Wilson et al. (2013) ont mené une étude afin de relever les stratégies de communication utilisées avec des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer (stade modéré à sévère) durant les soins bucco-dentaires. L'échantillon a été sélectionné à l'aide d'une procédure d'échantillonnage dirigée, non-aléatoire et fondée sur des critères de sélection. Au total, la sélection de l'échantillon a permis de faire participer, dans deux EMS de Toronto, 13 résidents déments et 15 soignantes. Plusieurs variables ont alors été évaluées : l'état cognitif des résidents à l'aide du Mini Mental State Examen (MMSE) et le statut fonctionnel des résidents grâce à *l'Alzheimer's Disease Cooperative Study - Activities of Daily Living Inventory - Severe Impairment Version* (ADCS-ALD-SIV). Un protocole commun expliquant les neuf étapes du brossage de dents a été fourni aux soignants sans enseignement spécifique. Les enregistrements vidéo réalisés ont permis de relever les différentes techniques de communication utilisées par les soignants. Celles-ci ont été regroupées en trois catégories : les stratégies de communication axées sur la tâche (85%), les stratégies sociales (10%) et les autres (5%). Les résultats obtenus ont démontré que

les stratégies ne différaient pas beaucoup selon le stade d'Alzheimer. Cependant, les soignants prenant en charge les résidents avec un stade sévère de la maladie utilisaient significativement plus, par rapport à un stade modéré de la maladie, la paraphrase ($p=.006$), leur prénom ($p=.001$), les stratégies non-verbales ($p=.001$) ainsi que la technique de répondre à leurs besoins ($p=.001$). Les stratégies relevées fréquemment chez les soignants s'occupant des résidents avec un stade modéré de la maladie étaient : l'utilisation d'une seule proposition à la fois (40.4%), l'utilisation de questions fermées (15.7%), la paraphrase (8.2%), l'utilisation de deux propositions (6.7%) avec la recherche de vérification (6.2%) et l'encouragement (6.2%). Les auteurs ont aussi évalué l'exécution de la tâche. Finalement, 67% des participants ont pu accomplir totalement la tâche, 23% l'ont accomplie de manière partielle, alors qu'uniquement 10% n'ont pas réussi à le faire. Le stade de la maladie n'influençait pas la réussite de la tâche de manière significative ($p=.183$). Une corrélation significative ($p=.038$) entre le taux d'accomplissement de la tâche et les encouragements chez les résidents présentant un niveau modéré d'Alzheimer a été calculée. Pour ceux présentant un niveau sévère de la maladie, une corrélation significative ($p=.018$) entre le taux de réussite et la technique de recentrer le patient a été relevée. Cet article présentait néanmoins des limites : la taille de l'échantillon restreinte, l'exclusion des résidents présentant des comportements de résistance aux soins, l'absence d'évaluation de l'ouïe, de la vue et de la praxie qui pouvaient influencer la réalisation de la tâche et les enregistrements vidéo. Cette étude a un niveau de preuves intermédiaire, car elle comporte un certain nombre de biais important pour la réalisation de l'étude, ainsi qu'un échantillon de petite taille. Malgré ces limites, les auteurs ont remarqué que les soignants utilisaient diverses techniques de communication et les adaptaient en fonction du stade d'Alzheimer et des comportements du résident, afin de favoriser ses capacités. Cette étude a alors

permis de relever de nombreuses stratégies de communication fréquemment utilisées par les soignants qui permettent ainsi d'améliorer la participation et l'indépendance du résident (Wilson et al., 2013).

Une autre étude visait à déterminer l'efficacité des mesures de prévention enseignées et réalisées par le personnel soignant ainsi que la mise en place de bains à ultrasons pour le nettoyage des prothèses dentaires (Zenthofer et al., 2016). Ces interventions, facilement réalisables, ont été effectuées par des soignants auprès de résidents atteints ou non de démences. En effet, l'échantillon comprenait 187 personnes âgées résidant dans 14 EMS différents. Ces derniers ont été répartis de manière aléatoire pour former un groupe d'interventions ($n=8$) et un groupe contrôle ($n=6$). Deux outils ont par la suite été utilisés pour évaluer le niveau cognitif et le degré de dépendance des résidents : le MMSE et l'indice de Barthel. Quatre outils ont permis d'évaluer l'efficacité des interventions sur leur hygiène bucco-dentaire : l'indice de saignements gingivaux (GBI), l'indice du contrôle de plaques (PCR), l'indice d'hygiène dentaire des prothèses (DHI) et l'indice parodontal communautaire des besoins thérapeutiques (CPITN). Les interventions comprenaient deux axes : l'éducation du personnel soignant ainsi que la mise en place de techniques et de protocoles de soins bucco-dentaires. Après six mois, le groupe d'interventions a démontré une amélioration significative ($p<.001$) pour le PCR et pour le DHI comparativement au groupe témoin. Cependant, la réalisation des soins bucco-dentaires par les soignants n'a pas été évaluée, ce qui pourrait alors modifier les résultats de l'étude. L'hygiène bucco-dentaire de chaque participant dément ou non s'est améliorée significativement ($p<.05$). Cependant, les auteurs ont remarqué une plus faible amélioration chez les participants déments, résultat qui n'est pas significatif ($p=.053$). Les personnes âgées dépendantes ont démontré une amélioration significative ($p<.001$) dans le DHI. Les participants de cette étude présentaient des



troubles cognitifs plus importants que dans d'autres études, cependant, les résultats obtenus sont comparables. Toutefois, il est utile de relever le temps mis à disposition des soignants ainsi que leurs connaissances et leur attitude à l'égard des soins bucco-dentaires. Ces trois composantes peuvent influencer l'efficacité des interventions. L'étude est cependant d'un fort niveau de preuves, car les protocoles et outils utilisés ont permis de répondre à l'hypothèse de départ. Cet article permet alors d'approfondir l'intérêt de l'éducation des soignants et fait état de solutions pour améliorer la santé bucco-dentaire des personnes institutionnalisées souffrant de démences (Zenthofer et al., 2016).

Selon une étude de Jablonski et al. (2018), la prévention ou la diminution des comportements de résistance aux soins pourrait faciliter l'accès à la cavité buccale des résidents déments (stades modérés à sévères) et dépendants afin de réaliser les soins dentaires. Le but de cette étude était d'évaluer, durant trois semaines, l'efficacité de l'intervention *Managing Oral Hygiene Using Threat* (MOUTH) qui se définit comme une approche non-pharmacologique basée sur des techniques relationnelles. L'échantillon a été sélectionné selon des critères afin de constituer aléatoirement un groupe d'interventions ($n=55$) et un groupe de contrôle ($n=46$). Au total, 101 personnes âgées institutionnalisées dans neuf EMS de différentes régions ont participé à l'étude. Les interventions du programme MOUTH, facilement accessibles et réalisables, se basent sur trois axes : des protocoles de soins bucco-dentaires issus de données probantes, la reconnaissance des comportements de résistance aux soins et des stratégies fondées sur la perception des menaces quant à ces soins. Pour évaluer l'efficacité du programme, les chercheurs ont utilisé différents outils : *l'Oral Health Assessment Tool* (OHAT) et l'échelle révisée de résistance aux soins (RCT-r). Le premier permet d'évaluer l'hygiène buccale à l'aide d'items observés par des infirmiers. Le deuxième vise à identifier l'occurrence et

l'intensité des comportements de résistance aux soins. Le MMSE et le *Global Deterioration Scale* ont permis de déterminer l'état cognitif des résidents. Le statut fonctionnel a été évalué à l'aide du *Katz Activities of Daily Living*. Dans le groupe d'interventions, les résidents ont pu effectuer complètement le soin de manière significative ($p=.0305$; $FDR=.0714$). Le groupe d'interventions obtenait l'accord du résident ($p=.0357$) et terminait le soin ($p=.00305$; $FDR=.0714$) de manière statistiquement plus significative que le groupe témoin. En effet, les stratégies fournies par le programme augmentaient de deux fois la probabilité d'obtenir son accord (OR 2.1) et d'effectuer et terminer le soin (OR 2.04) par rapport au groupe témoin. Cependant, ils n'ont pas toujours pu recevoir ces soins à cause de leur refus, de leur indisponibilité ou de leur somnolence. Une différence de moyennes dans l'intensité des comportements de résistance entre le groupe d'interventions et le groupe contrôle est remarquable. Cependant ce résultat n'est pas significatif ($p=.1433$; $FDR=.215$). De plus, la fréquence des comportements n'a également pas diminué de manière significative ($p=.8837$, $FDR=.8837$). Au niveau de l'état buccal, l'OHAT n'a pas mesuré de changements significatifs ($p=.2961$; $FDR=.3553$) suite à l'instauration d'un protocole. Cependant, il se peut que cet outil limite le dépistage d'accumulation de plaques et d'inflammation gingivale, car il est normalement utilisé pour reconnaître des problèmes dentaires non-spécifiques. De plus, la durée des soins bucco-dentaires dans le groupe d'interventions a augmenté significativement ($p<.0001$; $FDR=.0006$), passant à plus de quatre minutes. Ces interventions devraient être testées auprès de résidents atteints de dysphagie et avec des soignants ne faisant pas partie du personnel de recherche de cette étude. Cet article a cependant été retenu, car son niveau de preuves est très élevé. De plus, il propose des stratégies pour appréhender les comportements de résistance des résidents déments lors des soins bucco-dentaires (Jablonski et al., 2018).

Une autre étude visait l'amélioration de l'hygiène buccale des résidents déments ou non, à l'aide d'une approche centrée sur la personne et de techniques issues de données probantes (Sloane et al., 2013). L'échantillon de cette étude comprenait alors 97 personnes âgées résident dans trois EMS de Caroline du Nord. Les interventions réalisées durant 8 semaines étaient basées sur deux axes : l'éducation des aides-infirmières et l'apport de protocoles. Différentes techniques d'approche centrée sur la personne ont été enseignées au personnel soignant. Quatre outils ont permis d'évaluer l'état buccal des résidents : le *Plaque Index for Long-Term Care* (PI-LTC) qui mesurait la quantité de plaques dentaires, le *Gingival Index for Long-Term Care* (GI-LTC) qui déterminait l'inflammation des gencives, le *Denture Plaque Index* (DPI) qui évaluait la quantité de plaques dentaires présentes sur les dentiers et le *Minimum Data Set* (MDS) qui observait la présence ou non de gencives enflammées ou présentant des saignements. De plus, les observations des soignants quant à la mastication, la déglutition ou les modifications alimentaires ont été prises en compte. La réalisation des soins a été enregistrée et évaluée grâce au *Mouth Care Task Completion Form* (MC-TCF). Les techniques enseignées aux aides-infirmières ont permis d'améliorer l'efficacité du brossage des dents, notamment sur les surfaces internes des dents ($p<.001$) et les espaces interdentaires ($p<.001$). Ceci se traduit par des résultats significatifs pour trois des outils : PI-LTC ($p<.001$), GI-LTC ($p=.001$) et DPI ($p=.04$). Les résultats du MDS n'étaient pas significatifs pour l'inflammation de la gencive ($p=.96$) et pour la consommation de nourriture ($p=.55$). Comme cet outil ne pouvait pas évaluer correctement les modifications de l'état buccal, les auteurs ont mentionné l'importance d'avoir du personnel formé et entraîné à détecter les changements au niveau de la cavité buccale. La relation entre la régularité des soins et l'amélioration des résultats dans le GI-LTC était significative pour les surfaces linguales des dents de 0.36 ($p=.01$) et de 0.45 ($p>.001$) pour les surfaces buccales

des dents. Les corrélations avec les résultats du PI-LTC étaient de 0.34 ($p=.01$) pour les surfaces linguales des dents et de 0.37 ($p=.002$) pour les surfaces buccales des dents. Cependant, la corrélation entre la régularité des soins et l'amélioration des scores du DPI pour la surface inférieure (-0.18 ; $p=.56$) et supérieure (0.14 ; $p=.67$) du dentier n'était pas significative. Bien que les résultats soient positifs, les soins bucco-dentaires n'ont pas été réalisés quotidiennement, notamment à cause de la rotation et de l'absentéisme du personnel soignant. La fréquence de la réalisation de ces soins est remise en question par les auteurs car la durée des soins a augmenté très significativement ($p<.001$), passant à plus de six minutes pour réaliser ce soin. Cette étude est d'un niveau de preuves fort, car les instruments utilisés permettent de répondre à l'hypothèse de départ. De plus, la taille de l'échantillon permet d'apporter des statistiques adéquates. Cette étude a démontré l'efficacité de protocoles et de stratégies pour les soins bucco-dentaires chez les personnes démentes (Sloane et al., 2013).

Dobbs et al. (2018) ont désiré évaluer l'implantation du programme en ligne CARES (*Care Assess Respond Evaluate Share*) qui est destiné aux aides-infirmières. Ce programme, spécifique aux AVQ des résidents atteints de démences, est une approche centrée sur la personne. L'échantillon de l'étude a été sélectionné à partir de participants issus d'une étude plus grande. Au total, 48 aides-soignantes qui travaillaient dans dix EMS différents ont évalué le programme à l'aide d'une échelle de Likert et de questions ouvertes. Les aides-infirmières qui ont suivi le programme, ont relevé l'intérêt de ce programme ($M=4.31$). De plus, il leur a permis d'améliorer leur compréhension et perception des démences ($M=4.23$). Les participants ont relevé le côté interactif du programme, et appréciaient ses différents aspects : des supports visuels relatant des exemples concrets et la possibilité de suivre le programme à domicile. De plus, ce programme leur a permis de favoriser la

réalisation de soins individualisés ainsi que d'améliorer la communication avec les résidents. Les aides-infirmières ont relevé certains aspects négatifs du programme : des vidéos monotones et de longue durée ainsi que la difficulté de réaliser l'approche dans la pratique à cause du manque de temps et de la faible dotation en personnel. Finalement, certaines soignantes pensaient que ce programme serait plus utile aux nouvelles aides-infirmières, alors que d'autres mentionnaient l'utilité du programme pour chaque soignant. Les limites de l'étude concernaient l'échantillon, car il comprenait principalement des aides-infirmières travaillant depuis longtemps dans l'établissement. De plus, l'absence d'une population hispanique et la sélection d'établissements favorisant l'éducation ont pu biaiser l'étude. La question du temps et de la réalité des soins en fonction du nombre de résidents à prendre en charge pour le soignant se posaient également. Cette étude est d'un niveau fort de preuves, car elle répond à l'hypothèse de départ. Les auteurs ont souligné que le programme a permis de différencier les connaissances et la compréhension de l'approche centrée sur la personne (Dobbs et al., 2018).

Perceptions des soignants vis-à-vis des soins bucco-dentaires

Dans l'étude de Sonde et al. (2011), les infirmières et les aides-soignantes interviewées reconnaissaient les bénéfices d'une bonne hygiène bucco-dentaire, car elle contribue au bien-être du résident. Les infirmières mettaient l'accent sur l'importance d'avoir des connaissances sur la maladie d'Alzheimer et les démences sous-jacentes pour pouvoir effectuer correctement ces soins. Pour ce faire, elles exprimaient aussi la nécessité de considérer le résident comme un individu à part entière. De plus, certaines aides-infirmières ont exprimé qu'un manque de connaissances sur l'hygiène dentaire favorisait un dégoût plus important pour la réalisation de ces soins (Sonde et al., 2011). Il est démontré que l'implantation de

programmes d'éducation améliore les connaissances et la compréhension des aides-soignantes dans les soins quotidiens effectués auprès des personnes démentes (Dobbs et al., 2018). Dans l'étude de Sonde et al. (2011), les soignants ont exprimé un manque de communication avec les proches-aidants sur les habitudes de vie antérieures du résident. Cet aspect est aussi mentionné dans l'étude de Dobbs et al. (2018) ; les soignants désiraient intégrer le point de vue des proches-aidants dans les programmes d'éducation. Une meilleure communication entre les soignants, les proches-aidants et les résidents permettrait d'améliorer les soins bucco-dentaires (Zenthofer et al., 2016). Pour ce faire, plusieurs auteurs ont suggéré que la mise en place d'un outil d'évaluation commun, comme le guide révisé de l'évaluation orale (ROAG), faciliterait la communication entre les divers intervenants et favoriserait la qualité et le suivi du soin (Sonde et al., 2011 ; Zenthofer et al., 2016).

Stratégies

Dans différentes études, les auteurs ont mentionné plusieurs protocoles dentaires (Jablonski et al., 2018 ; Sloane et al., 2013 ; Zenthofer et al., 2016). Sloane et al. (2013) ont utilisé deux protocoles en fonction de l'état dentaire du résident. Le protocole de soins dentaires comprenait : le lavage des dents avec une brosse à dents douce et une solution de gluconate chlorhexidine 0.12% sans alcool prescrite par un médecin, l'utilisation de compresses de gazes imbibées de chlorhexidine 0.12% entourées autour du doigt du soignant afin de nettoyer les gencives, l'utilisation d'une brosse interdentaire trempée dans une solution de chlorhexidine 0.12% et l'application de fluor de sodium 1.1% sur la surface des dents prescrit par un médecin. Ce produit était appliqué en petite quantité à l'aide d'un coton-tige. Les dentiers ou prothèses partielles devaient être nettoyés avec une brosse à dents douce sous l'eau courante. Les gencives étaient aussi nettoyées à l'aide de compresses de gazes

imbibées de chlorhexidine 0.12% et entourées autour du doigt du soignant. Après six semaines d'interventions, la chlorhexidine 0.12% était remplacée par de l'eau, une solution de rinçage sans alcool ou du dentifrice (Sloane et al., 2013). Jablonski et al. (2018) utilisaient aussi des protocoles dentaires dans leur étude. Ceux-ci comprenaient le brossage de chaque surface dentaire et du dos de la langue à l'aide d'une pâte dentaire au fluor ainsi que l'utilisation d'une brosse interdentaire pour nettoyer les espaces interdentaux. Par ailleurs, ils mentionnaient l'importance du rinçage de la bouche avec une solution antimicrobienne non-alcoolique (chlorure de cétylpyridinium à 0.07%). Les produits nécessaires étaient fournis aux résidents en fonction de leur état buccal (port de prothèses ou non). En effet, les participants dentés ont reçu des brosses à dents souples et manuelles, des brosses interdentaires en plastique, du dentifrice contenant du fluor, un rince-bouche antibactérien sans alcool et un baume à lèvres. Les résidents porteurs d'une prothèse dentaire totale ont reçu des brosses à dents souples et manuelles, de la pâte de nettoyage, des brosses pour les prothèses dentaires et un baume à lèvres. Les participants partiellement édentés ont reçu les deux kits (Jablonski et al., 2018). Dans l'étude de Zenthofer et al. (2016), plusieurs instruments d'évaluation ont été utilisés par un dentiste afin d'évaluer l'hygiène bucco-dentaire des résidents. L'indice du contrôle de plaques (PCR) a été calculé en comptant le nombre de sites dentaires étant toujours teintées par un produit après rinçage. Pour calculer l'indice des saignements gingivaux (GBI), une sonde parodontale a été introduite entre les dents des résidents, puis le dentiste a compté le nombre de sites de saignements. L'indice d'hygiène dentaire des prothèses (DHI) a aussi été évalué en teintant les prothèses avec un indicateur de plaques. Après rinçage, le dentiste a compté le nombre de plaques toujours teintées à l'aide d'une lampe de polymérisation (Zenthofer et al., 2016).

Education

L'éducation est un aspect central dans plusieurs articles analysés. Différents auteurs démontrent que les protocoles et stratégies de communication permettent de combler le manque de connaissances et de compréhension des soignants face aux soins bucco-dentaires et aux personnes démentes (Sloane et al., 2013 ; Sonde et al., 2011 ; Zenthoefer et al., 2016). Sloane et al. (2013) ont relevé le bénéfice de spécialiser les aides-infirmières aux soins bucco-dentaires, car cela leur permettrait d'augmenter le niveau global des compétences de l'équipe. Par ailleurs, cette spécialisation favoriserait la motivation des autres aides-infirmières tout en limitant les coûts financiers (Sloane et al., 2013).

La plupart des auteurs ont décrit leur manière d'éduquer le personnel soignant (Dobbs et al., 2018 ; Sloane et al., 2013 ; Zenthoefer et al., 2016). Cependant, l'enseignement des stratégies du programme MOUTH n'a pas été mentionné dans l'étude de Jablonski et al. (2018), car les prestataires de soins étaient des assistants de recherche formés à l'utilisation de celles-ci. Dans deux études analysées, les auteurs ont eu recours à des professionnels (dentistes, hygiénistes, psychologue gériatrique). A l'aide d'apports théoriques, d'observations et de supervisions, ils ont soutenu les soignants lors de la réalisation des soins bucco-dentaires (Sloane et al., 2013 ; Zenthoefer et al., 2016). Les spécialistes et les soignants ont utilisé l'approche d'égal à égal pour résoudre les difficultés rencontrées (Sloane et al., 2013). Le programme d'éducation, proposé lors de l'étude de Zenthoefer et al. (2016), se déroulait sur deux jours et comprenait une présentation PowerPoint des différentes modifications, des pathologies de la cavité buccale et ses traitements ; un CD récapitulatif leur a été donné à la fin. Dans l'étude de Sloane et al. (2013), les cours enseignés aux soignants traitaient en plus des soins auprès des personnes démentes et des programmes de soins individualisés. De plus, un entraînement de ces

stratégies de soins était proposé aux soignants (Sloane et al., 2013). Dans l'étude de Zenthoefer et al. (2016), plusieurs techniques leur ont aussi été enseignées grâce à un film et à un entraînement sur des modèles de différents types de prothèses dentaires (manipulation et utilisation des bains à ultrasons, techniques d'utilisation de brosses interdentaires et de rince-bouche). Dobbs et al. (2018) ont quant à eux proposé l'apport de connaissances aux soignants via le programme informatique CARES pouvant s'effectuer à domicile. Ils ont alors pu démontrer l'intérêt du personnel soignant pour son utilisation (Dobbs et al., 2018).

Comportements de résistance

Plusieurs auteurs ont mentionné que les personnes âgées démentes pouvaient développer des comportements de résistance aux soins qui peuvent entraver les soins bucco-dentaires et ainsi péjorer leur état général (Dobbs et al., 2018 ; Jablonski et al., 2018 ; Sloane et al., 2013 ; Sonde et al., 2011 ; Zenthoefer et al., 2016). De plus, Zenthoefer et al. (2016) ont relevé qu'une péjoration de leur état cognitif et moteur peut d'autant plus entraver la réalisation de ces soins. Jablonski et al. (2018) ont proposé le programme MOUTH qui fournissait aux soignants des stratégies permettant d'atténuer ces comportements : l'établissement d'un rapport face à face avec une attitude calme, la nécessité d'effectuer le soin bucco-dentaire devant un évier et un miroir, l'importance de ne pas infantiliser le résident et de le faire participer, l'utilisation de mimes, l'explication étapes par étapes et la distraction. De plus, la technique du transfert de mains permettait au soignant de guider le résident en lui tenant la main. Le soignant pouvait aussi commencer le soin et par la suite, donner la brosse à dents au résident afin qu'il puisse effectuer seul ce soin. En cas d'augmentation des comportements de résistance, un deuxième soignant pouvait intervenir et prendre le relai. Finalement, avant chaque soin, le soignant devait obtenir

l'accord du participant (Jablonski et al., 2018). D'autres soignants ont discuté des actions à réaliser lors de résistance aux soins : avoir de la patience, réaliser le soin avec de l'aide ou abandonner et noter ce fait dans le dossier du patient (Sloane et al., 2013).

Approche centrée sur la personne

Suite aux comportements de résistance présents chez les personnes démentes, des auteurs ont mentionné l'efficacité et l'intérêt d'utiliser une approche centrée sur la personne (Dobbs et al., 2018 ; Sloane et al., 2013). Pour ce faire, des stratégies issues de ce concept ont été enseignées aux soignants : la création d'un lien relationnel avant le soin, l'importance d'adapter l'environnement de la personne, l'utilisation d'une approche calme et constante en se basant sur un contact visuel, des mouvements lents et un toucher doux, la nécessité d'expliquer le soin avant de le réaliser et l'utilisation du réconfort verbal. Les soignants ont appris à s'adapter au degré de dépendance du résident et à ses désirs, tout en ajustant leur temps de travail (Sloane et al., 2013). Le programme CARES, basé sur ce concept, permet d'apporter aux soignants une nouvelle vision de l'approche centrée sur la personne (Appendice E). En effet, ce programme a pour but de créer une connexion avec le résident, d'évaluer le problème et d'y répondre de manière adéquate, ainsi que d'évaluer les réponses du personnel et de partager les résultats obtenus avec le reste de l'équipe. Les auteurs pensaient qu'il permettrait à chaque soignant d'être à jour dans les informations. De plus, ils ont remarqué qu'une meilleure compréhension de l'approche favoriserait son intégration dans la pratique (Dobbs et al., 2018).

Discussion

Les différentes thématiques seront approfondies et regroupées dans cette partie. De plus, une nouvelle thématique sur le leadership sera discutée. Toutes les stratégies relevées par les auteurs visent à favoriser le bien-être des résidents déments ainsi qu'à améliorer la satisfaction du personnel soignant (Dobbs et al., 2018 ; Jablonski et al., 2018 ; Sloane et al., 2013 ; Sonde et al., 2011 ; Wilson et al., 2013 ; Zenthofer et al., 2016). Ces aspects rejoignent ainsi la théorie du *Caring* (Alligood, 2014, pp.79-81).

Education

L'éducation des soignants quant aux soins bucco-dentaires des personnes démentes a été prouvée comme nécessaire par plusieurs auteurs (Dobbs et al., 2018 ; Sloane et al., 2013 ; Zenthofer et al., 2016). L'éducation des soignants leur permet d'avoir une vision holistique du résident, ce qui rejoint le concept d'humanitude (Formarier & Jovic, 2012, pp. 312-313 ; Sonde et al., 2011). En effet, l'éducation permet d'apporter des connaissances aux soignants sur les démences et les comportements de résistance aux soins, les enjeux d'une bonne hygiène buccale, les différents protocoles de soins existants et les outils d'évaluation de l'état buccal (Dobbs et al., 2018 ; Sloane et al., 2013 ; Zenthofer et al., 2016). Ces différents aspects peuvent être enseignés efficacement grâce à des cours, des entraînements et des supervisions (Sloane et al., 2013 ; Zenthofer et al., 2016). Dobbs et al. (2018) ont démontré l'efficacité du programme CARES, qui intègre des stratégies d'approche centrée sur la personne, favorisant un autre aspect de l'éducation des soignants (Appendice E). Jablonski et al. (2018) et Sloane et al. (2011) enseignent également cette approche. Elle permettrait de minimiser les frustrations ressenties par les soignants lorsqu'ils ne peuvent pas prendre en charge correctement les résidents déments (Wilson et al., 2013). En effet, l'approche centrée sur la personne, enseignée

à l'aide d'un programme informatique, renforce la confiance des soignants dans la prise en charge globale d'une personne démente (Dobbs et al., 2018). L'approche d'égal à égal rejoint aussi ce concept ainsi que celui de l'humanitude, car elle permettrait de gérer au sein de l'équipe les différentes problématiques rencontrées par les soignants lors des soins (Formarier & Jovic, 2012, pp. 312-313; Sloane et al., 2013,). De plus, il reste encore à déterminer les coûts engendrés par un programme informatique ou par des cours et supervisions donnés par différents professionnels aux soignants (Dobbs et al., 2018 ; Sloane et al., 2013 ; Zenthofer et al., 2016). Cependant, l'éducation des aides-soignantes permettrait de renforcer leur confiance en elles et d'améliorer les compétences globales de l'équipe (Sloane et al., 2013).

Stratégies – Protocoles

Sonde et al. (2011) ont relevé l'absence de protocoles pour l'hygiène buccale et des lacunes quant à l'éducation des infirmières sur ce soin. Pour les auteurs, il serait important que des professionnels dentaires fournissent des instructions sur ces soins à l'équipe soignante. De plus, ils relèvent la nécessité de l'implantation d'un outil permettant d'évaluer l'état buccal des résidents (Sonde et al., 2011). Lors d'une étude réalisée par Sloane et al. (2013), les auteurs ont utilisé deux protocoles issus de données probantes en fonction de l'état dentaire du résident. Le protocole de soins dentaires et celui des prothèses dentaires comprenaient chacun des produits prescrits par un médecin, comme la chlorhexidine (Sloane et al., 2013). L'utilisation de cette solution est controversée. En effet, l'étude de Jablonski et al. (2018) a évoqué la nécessité de disposer d'un ordre médical pour ce produit, et a relevé le développement de bactéries multi-résistantes (Jablonski et al., 2018). La littérature recommande pourtant son utilisation à un faible dosage, car il diminue significativement les plaques dentaires et l'inflammation gingivale tout en minimisant

ses effets secondaires (James et al., 2017 ; Van Strydonck, Slot, Van der Velden, & Van der Weijden, 2012). Plusieurs auteurs ont aussi recommandé l'utilisation de brosses interdentaires (Jablonski et al., 2018 ; Sloane et al., 2013 ; Zenthofer et al., 2016). Sloane et al. (2013) ont observé que le nettoyage interdentaire n'était pas régulièrement pratiqué par les soignants. L'utilisation de pâte au fluor est recommandée par plusieurs auteurs (Jablonski et al., 2018 ; Sloane et al., 2013). Jablonski et al. (2018) l'ont également utilisée pour le nettoyage du dos de la langue. De plus, Zenthofer et al. (2016) ont recommandé l'utilisation de bains à ultrasons pour le nettoyage des prothèses dentaires.

Pour les auteurs, l'implantation de protocoles dentaires communs et d'un outil d'évaluation commun permettrait d'assurer la continuité des soins au sein de l'équipe soignante (Sonde et al., 2011). Le guide révisé d'évaluation orale (ROAG) est proposé dans plusieurs études (Sonde et al., 2011 ; Zenthofer et al., 2016). Une étude a démontré sa validité et sa reproductibilité (Ribeiro, Ferreira, Vargas, & e Ferreira, 2014). En effet, ce test est rapide à reproduire et peu coûteux. De plus, les critères évalués sont spécifiques et permettent facilement de détecter les modifications de l'état buccal. Ce guide évalue huit catégories : la voix, les lèvres, la salive, la mastication, la muqueuse buccale, la langue, les gencives et la dentition. Chaque item est coté entre un et trois ; un score élevé représente une altération de l'état buccal (Ribeiro et al., 2014).

Comportements de résistance et approche centrée personne

Plusieurs études ont relevé que les comportements de résistance aux soins étaient fréquemment rencontrés chez les personnes démentes (Jablonski et al., 2018 ; Sonde et al., 2011 ; Zenthofer et al., 2016). Par ailleurs, plus la maladie progresse, plus les déficits de communication du résident sont importants (Marchini, Ettinger,

Caprio, & Jucan, 2019). Des stratégies de communication ont alors été relevées par différents auteurs (Dobbs et al., 2018 ; Sloane et al., 2013 ; Wilson et al., 2013). Bien que les résidents présentant des comportements de résistance aient été exclus de l'étude de Wilson et al. (2013), les soignants ont adapté leurs stratégies de communication en fonction du degré de la démence du résident pour favoriser son autonomie. Cet aspect rejoint la théorie du *Caring*, mais pour réaliser des soins individualisés, il faudrait aussi tenir compte des habitudes de vie des résidents (Prorok, Horgan, & Seitz, 2013). Sonde et al. (2011) ont relevé un manque de communication entre les soignants et les proches-aidants des résidents déments quant à leurs habitudes de vie antérieures. Il est alors nécessaire d'inclure les proches-aidants dans la prise en charge des résidents, notamment pour les soins bucco-dentaires (Marchini et al., 2019 ; Prorok et al., 2013). La technique d'encouragements et celle de recentrer le résident sur le soin, intègrent la théorie du *Caring*, grâce à la relation transpersonnelle, à la création d'un environnement soutenant et à la valorisation de ses capacités et compétences. En effet, ces techniques favorisent la création d'une relation de confiance et d'aide avec lui et soutiennent ainsi les caractéristiques de l'humanitude (Alligood, 2014, pp.79-81 ; Gineste et al., 2008, pp.42-55). Dobbs et al. (2018) et Sloane et al. (2011) ont mentionné des stratégies basées sur l'approche centrée sur la personne qui permettent d'appréhender le résident dans son entier. Ces techniques sont à nouveau en lien avec le concept d'humanitude (Formarier & Jovic, 2012, pp. 312-313). Jablonski et al. (2018) ont mis en avant des stratégies d'approche visant la réduction de la perception des menaces engendrées par les comportements de résistance. Ces stratégies rejoignent la théorie de soin et les différents concepts utilisés dans ce travail. En effet, leur but n'est pas de diminuer les comportements de résistance, mais de permettre aux soignants de travailler avec ces comportements (Jablonski et al.,

2018). Cela permet alors aux soignants de considérer le résident dans sa globalité même lorsqu'il refuse un soin (Alligood, 2014 ; Cara & O'Reilly, 2008, pp.39 ; Formarier & Jovic, 2012, pp.312-313).

Leadership infirmier

Selon l'art. 7c de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS, 1995), en Suisse, les soins bucco-dentaires sont définis comme étant un AVQ. Ce soin de base est fréquemment délégué aux aides-infirmières, ce qui nécessite la compétence de leadership infirmier. Ce rôle permettrait en plus de mettre en place de nombreuses interventions proposées par les auteurs. En effet, pour pouvoir implanter les stratégies d'approche centrée sur la personne et les protocoles dentaires mentionnés, le leader se doit de réaliser un enseignement aux soignants à travers les encouragements et l'autonomisation, tout en leur apportant des connaissances (Institut Atlantique d'Aménagement du Territoire [IAAT], 2005).

Plusieurs articles relèvent que la mise en place de nouveaux protocoles et de stratégies bucco-dentaires augmentent le temps prévu pour réaliser ces soins (Dobbs et al., 2018 ; Jablonski et al., 2018 ; Sloane et al., 2013 ; Zenthofer et al., 2016). Par ailleurs, dans différentes études, l'hygiène bucco-dentaire des résidents avait tendance à s'améliorer malgré la réalisation irrégulière du soin causée par différentes barrières (Jablonski et al., 2018 ; Sloane et al., 2013). Jablonski et al. (2018) ont suggéré que la qualité du soin primait sur la fréquence de celui-ci. C'est pourquoi, la régularité des soins bucco-dentaires reste une question en suspens pour différents auteurs (Jablonski et al., 2018 ; Sloane et al., 2013).

Conclusion

Recommandations

Ce travail a mis en avant différents protocoles dentaires, stratégies basées sur l'approche centrée sur la personne, stratégies de gestion des comportements de résistance, l'utilisation d'un outil d'évaluation commun et l'intégration des proches. Ces éléments assurent un meilleur suivi des soins bucco-dentaires et une meilleure prise en charge globale des résidents déments grâce à des concepts humains. Pour ce faire, l'éducation de l'équipe réalisée en interdisciplinarité permet de renforcer ses compétences globales et de clarifier la responsabilité de chacun. De plus, l'apport de connaissances augmente la satisfaction des soignants qui offrent ainsi des soins de qualité dans le respect de l'autre. Tous ces aspects contribuent alors au bien-être de tous. Pour assurer des soins bucco-dentaires de qualité, il est nécessaire d'accorder du temps au résident. De nos jours, comment offrir ce temps aux personnes démentes et vulnérables avec une dotation en diminution ?

Forces et limites du travail

La limite principale de ce travail est qu'il se soit porté sur l'analyse d'uniquement six articles. Cependant, le niveau de preuves de chaque article s'est avéré être d'un niveau intermédiaire à un niveau élevé. De plus, ils dataient de moins de dix ans. Bien que les comportements de résistance soient un aspect principal dans ce travail, seule l'étude de Jablonski et al. (2018) centrait sa recherche sur ceux-ci. Les autres études ont malgré tout mentionné que ces comportements étaient une barrière aux soins bucco-dentaires. Les articles retenus pour ce travail sont de devis différents, ce qui a permis d'apporter une vision plus large et pluridisciplinaire pour la prise en charge des soins bucco-dentaires chez les personnes démentes. Cependant, la fréquence de ces soins et les coûts engendrés par l'éducation sont des questions en suspens.

Références

Art. 7c de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins du 29 septembre 1995 (=OPAS ; RS832.112.3)

- Albrecht, M., Kupfer, R., Reissmann, D. R., Mühlhauser, I., & Köpke, S. (2016). Oral health educational interventions for nursing home staff and residents. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. doi: 10.1002/14651858.CD010535.pub2
- Alligood, M. R. (Ed.). (2014). *Nursing theorists and their work* (8 edition). St. Louis, Missouri : Elsevier.
- Alzheimer Suisse. (2014). Personnes atteintes de démence dans les EMS suisses : des défis multiples. Association Alzheimer Suisse. Repéré à https://www.alzheimer-schweiz.ch/fileadmin/dam/Alzheimer_Schweiz/fr/Publikationen-Produkte/Faits_et_chiffres/demence-ems.pdf
- Alzheimer Suisse. (2018). Les démences en Suisse 2018 - Faits et chiffres. Association Alzheimer Suisse. Repéré à https://www.alzheimer-schweiz.ch/fileadmin/dam/Alzheimer_Schweiz/fr/Publikationen-Produkte/Faits_et_chiffres/2018-CH-fait-chiffres.pdf
- Alzheimer Suisse. (n.d.). Alzheimer: Causes et symptômes. *Alzheimer Suisse*. Repéré à <https://www.alzheimer-schweiz.ch/fr/les-demences/news-detail/alzheimer-causes-et-symptomes/>
- Cara, C., & O'Reilly, L. (2008). S'approprier la théorie du Human Caring de Jean Watson par la pratique réflexive lors d'une situation clinique. *Recherche en soins infirmiers*, 95(4), 37. doi: 10.3917/rsi.095.0037
- Chenoweth, L., King, M. T., Jeon, Y.-H., Brodaty, H., Stein-Parbury, J., Norman, R., ... Luscombe, G. (2009). Caring for Aged Dementia Care Resident Study (CADRES) of person-centred care, dementia-care mapping, and usual care in dementia: A cluster-randomised trial. *The Lancet Neurology*, 8(4), 317-325. doi: 10.1016/S1474-4422(09)70045-6
- Coughlan, M., Ryan, F., & Cronin, P. (2013). *Doing a literature review in nursing, health and social care*. Los Angeles : SAGE.
- DiNapoli, P. P., Nelson, J., Turkel, M., & Watson, J. (2010). Measuring the Caritas Processes: Caring Factor Survey. *International Journal of Human Caring*, 14(3), 15-20. doi: 10.20467/1091-5710.14.3.15
- Dobbs, D., Hobday, J., Roker, R., Kaas, M. J., & Molinari, V. (2018). Certified nursing assistants' perspectives of the CARES® activities of daily living dementia care program. *Applied Nursing Research*, 39, 244-248. doi: 10.1016/j.apnr.2017.11.016
- Dubuc, B. (n.d.). LE CERVEAU À TOUS LES NIVEAUX! *Le cerveau à tous les niveaux!* Repéré à http://lecerveau.mcgill.ca/flash/d/d_08/d_08_cr/d_08_cr_alz/d_08_cr_alz.htm
- Formarier, M., & Jovic, L. (2012). *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>
- Gineste, Y., Marescotti, R., & Pellissier, J. (2008). L'humanitude dans les soins. *Recherche en soins infirmiers*, N° 94(3), 42-55.
- Hobday, J. V. (2019). HealthCare Interactive Online Dementia Care Training and Certification Programs. *Health Care Interactive*. Repéré à <https://www.hcinteractive.com/1>

- Hobday, J. V., Savik, K., Smith, S., & Gaugler, J. E. (2010). Feasibility of Internet Training for Care Staff of Residents with Dementia: The CARES® Program. *Journal of gerontological nursing*, 36(4), 13-21. doi: 10.3928/00989134-20100302-01
- Hoben, M., Kent, A., Kobagi, N., Huynh, K. T., Clarke, A., & Yoon, M. N. (2017). Effective strategies to motivate nursing home residents in oral care and to prevent or reduce responsive behaviors to oral care: A systematic review. *PloS One*, 12(6), e0178913. doi: 10.1371/journal.pone.0178913
- Institut Atlantique d'Aménagement du Territoire. (2005). Guide méthodologique du travail en commun. Repéré à https://www.facilitations.org/wp-content/uploads/2014/02/guide_methodo_complet.pdf
- Jablonski, R. A., Kolanowski, A. M., Azuero, A., Winstead, V., Jones-Townsend, C., & Geisinger, M. L. (2018). Randomised clinical trial: Efficacy of strategies to provide oral hygiene activities to nursing home residents with dementia who resist mouth care. *Gerodontology*, 35(4), 365-375. doi: 10.1111/ger.12357
- Jacquard, A. (1992). *Cinq milliards d'hommes dans un vaisseau*. Paris : Seuil.
- James, P., Worthington, H. V., Parnell, C., Harding, M., Lamont, T., Cheung, A., ... Riley, P. (2017). Chlorhexidine mouthrinse as an adjunctive treatment for gingival health. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. doi: 10.1002/14651858.CD008676.pub2
- Kaeser, M., & Storni, M. (2012). *Santé des personnes âgées vivant en établissement médico-social: Enquête sur la santé des personnes âgées dans les institutions 2008/09*. Neuchâtel : Office fédéral de la statistique.
- Kocaelli, H., Yaltirik, M., Yargic, L. I., & Özbasi, H. (2002). Alzheimer's disease and dental management. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology*, 93(5), 521-524. doi: 10.1067/moe.2002.123538
- Marchini, L., Ettinger, R., Caprio, T., & Jucan, A. (2019). Oral health care for patients with Alzheimer's disease: An update. *Special Care in Dentistry*, 39(3), 262-273. doi: 10.1111/scd.12375
- McCormack, B., & McCance, T. (2010). *Person-centred nursing: Theory and practice*. Chichester, West Sussex : Blackwell Pub.
- Meleis, A. I. (2011). *Theoretical nursing: Development and progress* (Fifth Edition). Philadelphia : Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Observatoire Suisse de la Santé (Éd.). (2015). *La santé en Suisse – le point sur les maladies chroniques: Rapport national sur la santé 2015* (1. éd). Bern : Hogrefe.
- Observatoire Suisse de la Santé. (2018). Taux de recours aux EMS. *Observatoire Suisse de la Santé*. Repéré à <https://www.obsan.admin.ch/fr/indicateurs/taux-de-recours-aux-ems>
- Oppert, M. L., O'Keeffe, V. J., & Duong, D. (2018). Knowledge, facilitators and barriers to the practice of person-centred care in aged care workers: A qualitative study. *Geriatric Nursing*, 39(6), 683-688. doi: /10.1016/j.gerinurse.2018.05.004
- Organisation Mondiale de la Santé. (2019). La démence. *Organisation mondiale de la Santé*. Repéré à <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
- Prorok, J. C., Horgan, S., & Seitz, D. P. (2013). Health care experiences of people with dementia and their caregivers: A meta-ethnographic analysis of qualitative studies. *Canadian Medical Association Journal*, 185(14), E669-E680. doi: 10.1503/cmaj.121795

- Ribeiro, M. T. F., Ferreira, R. C., Vargas, A. M. D., & e Ferreira, E. F. (2014). Validity and reproducibility of the revised oral assessment guide applied by community health workers. *Gerodontology*, 31(2), 101-110. doi: 10.1111/ger.12014
- Schwindling, F. S., Krisam, J., Hassel, A. J., Rammelsberg, P., & Zenthöfer, A. (2018). Long-term success of oral health intervention among care-dependent institutionalized seniors: Findings from a controlled clinical trial. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 46(2), 109-117. doi: 10.1111/cdoe.12335
- Sloane, P. D., Zimmerman, S., Chen, X., Barrick, A. L., Poole, P., Reed, D., ... Cohen, L. W. (2013). Effect of a Person-Centered Mouth Care Intervention on Care Processes and Outcomes in Three Nursing Homes. *Journal of the American Geriatrics Society*, 61(7), 1158-1163. doi: 10.1111/jgs.12317
- Sonde, L., Emami, A., Kiljunen, H., & Nordenram, G. (2011). Care providers' perceptions of the importance of oral care and its performance within everyday caregiving for nursing home residents with dementia: Care providers' perceptions of oral care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25(1), 92-99. doi: 10.1111/j.1471-6712.2010.00795.x
- van der Putten, G.-J., De Visschere, L., van der Maarel-Wierink, C., Vanobbergen, J., & Schols, J. (2013). The importance of oral health in (frail) elderly people – a review. *European Geriatric Medicine*, 4(5), 339-344. doi: 10.1016/j.eurger.2013.07.007
- Van Strydonck, D. A. C., Slot, D. E., Van der Velden, U., & Van der Weijden, F. (2012). Effect of a chlorhexidine mouthrinse on plaque, gingival inflammation and staining in gingivitis patients: A systematic review. *Journal of Clinical Periodontology*, 39(11), 1042-1055. doi: 10.1111/j.1600-051X.2012.01883.x
- Voyer, P. (2013). *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie*. Saint-Laurent, Québec : ERPI.
- Watson, J. (1979, reprinted in 1985 by University Press of Colorado). *Nursing: the philosophy and science of caring*. Boston: Little, Brown. [Translated into French.]
- Wilson, R., Rochon, E., Mihailidis, A., & Leonard, C. (2013). Quantitative analysis of formal caregivers' use of communication strategies while assisting individuals with moderate and severe Alzheimer's disease during oral care. *Journal of Communication Disorders*, 46(3), 249-263. doi: 10.1016/j.jcomdis.2013.01.004
- Zenthöfer, A., Meyer-Kühling, I., Hufeland, A.-L., Schröder, J., Cabrera, T., Baumgart, D., ... Hassel, A. (2016). Carers' education improves oral health of older people suffering from dementia - results of an intervention study. *Clinical Interventions in Aging*, Volume 11, 1755-1762. doi: 10.2147/CIA.S118330
- Zenthöfer, A., Cabrera, T., Rammelsberg, P., & Hassel, A. J. (2016). Improving oral health of institutionalized older people with diagnosed dementia. *Aging & Mental Health*, 20(3), 303-308. doi: 10.1080/13607863.2015.1008986

Appendice A

Déclaration d'authenticité

Déclaration d'authenticité

Nous, Margaux Perritaz et Céline Progin, 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.

Fribourg, le 11 juillet 2019



Fribourg, le 11 juillet 2019



Appendice B

Facteurs caractifs et processus caritas

Facteurs caratifs et processus caritas de Jean Watson

Facteurs caratifs	Processus caritas
1. « Formation d'un système de valeurs humanistes et altruistes »	1. Pratique de l'amour et de la gentillesse
2. « Suggestion de l'espoir et de la foi »	2. Authenticité et utilisation du système de croyance
3. « Entretien de la sensibilité personnelle et celle des autres »	3. Utilisation des pratiques et des croyances spirituelles
4. « Développement d'une relation de <i>Caring</i> humain, d'aide et de confiance »	4. Développement et entretien de cette relation de manière authentique
5. « Promotion et acceptation de l'expression de sentiments positifs et négatifs »	5. Etre présent et soutenir l'expression des sentiments grâce à une cohérence avec son soi interne
6. « Utilisation systématique de la créativité dans le processus de <i>Caring</i> afin de résoudre des problèmes »	6. Développement de solutions créatives grâce à ses savoirs et sa personne
7. « Promotion de l'apprentissage et de l'enseignement transpersonnel »	7. Engagement dans l'apprentissage et l'enseignement au même titre que l'autre pour rester dans le cadre d'apprentissage
8. « Création d'un environnement protecteur, soutenant et/ou disciplinaire au niveau mental, physique, sociétal et spirituel »	8. Création d'un environnement de guérison qui touche tous les niveaux
9. « Satisfaction lors de l'apport d'aide pour répondre aux besoins de l'autre »	9. Apport d'aide permet de se sentir en accord avec soi-même
10. « Acceptation de l'existence de forces existentielles, phénoménologiques et spirituelles »	10. Permettre à l'autre de croire à des miracles

Source: Alligood, M. R. (Ed.). (2014). Nursing theorists and their work (8 edition). St. Louis, Missouri : Elsevier.

Appendice C

Tableau présentant les équations de recherches

Tableau présentant les équations de recherche

Equation de recherche et filtres	Base de données	Résultats	Articles retenus pour la lecture	Raisons des exclusions	Articles retenus pour l'analyse
Nursing homes or long-term facilities or care home AND Mouth care or oral hygiene or oral care AND dementia or alzheimers disease Filtre 10 ans	CINHAL	6	2	Protocole de revues systématiques	Jablonski, R. A., Kolanowski, A. M., Azuero, A., Winstead, V., Jones-Townsend, C., & Geisinger, M. L. (2018). Randomised clinical trial: Efficacy of strategies to provide oral hygiene activities to nursing home residents with dementia who resist mouth care. <i>Gerodontology</i> , 35(4), 365-375. https://doi.org/10.1111/ger.12357
Nursing homes or long-term facilities or care home AND Mouth care or oral hygiene or oral care AND Education	CINHAL	16	3	Les personnes qui ne pouvaient pas communiquer, ne pouvaient pas non plus participer à l'étude. L'article ne ciblait pas les	Sloane, P. D., Zimmerman, S., Chen, X., Barrick, A. L., Poole, P., Reed, D., ... Cohen, L. W. (2013). Effect of a Person-Centered Mouth Care Intervention on Care Processes and Outcomes in Three Nursing Homes. <i>Journal of the American Geriatrics Society</i> , 61(7), 1158-1163. https://doi.org/10.1111/jgs.12317

Filtres 10 ans, anglais				personnes démentes.	
Alzheimer's disease or dementia AND Caregivers or family members or relatives or informal caregivers AND Oral health or oral hygiene or dental health or dental care or oral care Filtre 10 ans	CINHAL	1	1	-	Wilson, R., Rochon, E., Mihailidis, A., & Leonard, C. (2013). Quantitative analysis of formal caregivers' use of communication strategies while assisting individuals with moderate and severe Alzheimer's disease during oral care. <i>Journal of Communication Disorders</i> , 46(3), 249-263. https://doi.org/10.1016/j.jcomdis.2013.01.004
Nursing assistants and assistants AND Activities of daily living AND Dementia or alzheimers disease	CINHAL	1	1	-	Dobbs, D., Hobday, J., Roker, R., Kaas, M. J., & Molinari, V. (2018). Certified nursing assistants' perspectives of the CARES® activities of daily living dementia care program. <i>Applied Nursing Research</i> , 39, 244-248. https://doi.org/10.1016/j.apnr.2017.11.016

AND Education Filtre 10 ans					
"aged"[MeSH Terms] AND "aged, 80 and over"[MeSH Terms] AND "dementia"[MeSH Terms] AND "oral health"[MeSH Terms] AND "oral hygiene"[MeSH Terms] AND "nursing homes"[MeSH Terms] Filtre 10 ans	PubMed	8	2	Les deux études se questionnaient sur l'éducation des soignants quant aux soins bucco-dentaires chez les personnes atteintes de démence, cependant le 2 ^{ème} article était moins complet.	Zenthofer, A., Meyer-Kühling, I., Hufeland, A.-L., Schröder, J., Cabrera, T., Baumgart, D., ... Hassel, A. (2016). Carers' education improves oral health of older people suffering from dementia – results of an intervention study. <i>Clinical Interventions in Aging</i> , Volume 11, 1755-1762. https://doi.org/10.2147/CIA.S118330

“caregivers” [MeSH Terms]) AND “nursing homes” [MeSH Terms]) AND “oral hygiene” [MeSH Terms]) AND “dementia” [MeSH Terms]) Filtre 10 ans	PubMed	4	2	Doublon.	Sonde, L., Emami, A., Kiljunen, H., & Nordenram, G. (2011). Care providers' perceptions of the importance of oral care and its performance within everyday caregiving for nursing home residents with dementia: Care providers' perceptions of oral care. <i>Scandinavian Journal of Caring Sciences</i> , 25(1), 92-99. https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2010.00795.x
---	--------	---	---	----------	--

Appendice D

Grilles de résumé et de lecture

Grilles de lecture et de résumé de Dobbs et al. (2018)

Eléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
Références complètes	Dobbs, D., Hobday, J., Roker, R., Kaas, M. J., & Molinari, V. (2018). Certified nursing assistants' perspectives of the CARES® activities of daily living dementia care program. <i>Applied Nursing Research</i> , 39, 244248. doi :10.1016/j.apnr.2017.11.016				
Titre	Précise-t-il clairement le problème/les concepts/la population à l'étude ?	X			Le titre précise qu'il s'agit des perceptions des aides-soignantes quant à un programme informatique de soins pour les activités de la vie quotidienne (AVQ) chez les personnes atteintes d'une démence.
Résumé	Synthétise-t-il clairement les parties principales de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?	X			Les différentes parties sont explicitées dans le résumé.
Introduction Problème de recherche	Le problème ou phénomène à l'étude est-il clairement formulé et situé dans un contexte ?	X			La problématique est mise en avant grâce à la synthèse de l'état des connaissances actuelles. La littérature fait état de la prolifération et de l'efficacité des programmes de formation en ligne pour le personnel soignant. L'étude cherche à connaître la satisfaction des soignants quant à l'utilisation d'un programme en ligne CARES (« Connect, Assess, Respond, Evaluate, Share »). Ce programme démontre de plus en plus d'évidences sur son efficacité et sur l'amélioration de la gestion des troubles du comportement chez les résidents.
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			Le contexte est bien détaillé avec la situation actuelle des aides-soignantes et l'intérêt pour elles de recevoir un programme d'éducation sur la prise en charge des AVQ de personnes atteintes de démences.
Cadre théorique ou conceptuel	Les principales théories et concepts sont-ils définis ?	X			Le programme CARES s'inscrit dans une approche centrée sur le patient qui comprend : « Connect, Assess, Respond, Evaluate, Share ». C'est-à-dire, connecter, évaluer le problème, y répondre, évaluer les réponses du personnel et partager avec les autres professionnels. Le programme est construit sur un modèle théorique du

					stress et apporte un cadre pour l'éducation des soignants.
Hypothèses/question de recherche/buts	Les hypothèses/question de recherche/buts sont-ils clairement formulés ?	X			Cette étude évalue la mise en place d'un programme de formation en ligne qui applique le processus CARES spécifiquement lors des AVQ pour les personnes atteintes de démences.
Méthodes Devis de recherche	Le devis de recherche est-il explicité ?	X			Cette étude mixte fait partie d'une plus grande étude contrôlée randomisée fondée par la National Institute of Aging.
Population, échantillon et contexte	La population à l'étude est-elle définie de façon précise ?	X			La population comprend 48 aides-soignantes travaillant dans 10 homes différents situés dans six états d'Amérique. Elles font aussi parties d'une autre plus grande étude qui est une étude contrôlée randomisée.
	L'échantillon est-il décrit de façon détaillée ?			X	Les caractéristiques de l'échantillon sont peu décrites : il s'agit de 48 infirmières travaillant dans 10 homes des États-Unis. Certaines caractéristiques sont écrites dans la partie des résultats (âge, ethnie, années de travail). Il est possible que le reste des critères d'inclusion et d'exclusion se trouve dans la plus grande étude citée plus haut.
	La taille de l'échantillon est-elle justifiée sur une base statistique ?		X		Il n'est pas précisé dans le texte que l'échantillon est justifié sur une base statistique.
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 participants devaient répondre à un questionnaire comprenant : - 9 questions descriptives - 5 questions ouvertes Les participants ont pu répondre aux questions descriptives grâce à l'échelle de Likert.
	Sont-ils en lien avec les variables à mesurer ?	X			Les questions visent à comprendre la perception des soignants vis-à-vis du programme CARES. Elles sont donc en lien avec les variables à mesurer.

Déroulement de l'étude	La procédure de recherche est-elle décrite clairement ?	X			Les données qualitatives ont été recueillies de février à novembre 2014 ; temps durant lequel les participants ont répondu aux questions en ligne.
Considérations éthiques	A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants ?	X			L'étude a été approuvée par le « Human Subjects Institutional Review Board » de l'université de Minnesota.
Résultats Traitement/Analyse des données	Des analyses statistiques sont-elles entreprises pour répondre à chacune des questions et/ou vérifier chaque hypothèse ?	X			Des moyennes avec écarts-types et pourcentages sont détaillés pour établir les réponses quantitatives. Pour les questions ouvertes, les résultats ont été analysés par deux analystes à l'aide d'un programme Atlas.ti Version 9.
Présentation des résultats	Les résultats sont-ils présentés de manière claire (résumé narratif, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			Les résultats sont détaillés sous forme de texte. Les résultats descriptifs sont présentés sous forme de tableaux ainsi que les thématiques ressorties des réponses aux questions ouvertes. Pour la 1 ^{ère} série de questions, la majeure partie des participants sont d'accord, voire tout à fait d'accord, avec les 9 items. Ils estiment avoir de meilleures connaissances et une meilleure compréhension des démences. Les résultats des questions ouvertes rejoignent les réponses obtenues lors de la première série de questions.
Discussion Interprétation des résultats	Les principaux résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre théorique ou conceptuel ?	X			Les résultats démontrent la distinction entre comprendre et connaître les démences. Ceux qui ont amélioré leur compréhension de l'approche centrée sur le patient sont plus sujets à l'intégrer dans leur pratique future et à proposer une nouvelle manière de prendre soins.
	Sont-ils interprétés au regard des études antérieures ?	X			Plusieurs études antérieures sont utilisées afin d'argumenter les résultats obtenus sur la différence entre la compréhension et la connaissance ainsi que sur le temps adéquat des vidéos afin de favoriser la concentration des participants.
	Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			Les auteurs décrivent trois différentes limites de l'échantillon dans cette étude. L'utilisation du programme est vue de manière positive par les

					soignants, cependant, suite aux résultats obtenus, des améliorations sont à effectuer, notamment au niveau de la durée du programme, de la durée des vidéos et de l'interactivité du programme. L'utilisation des stratégies proposées par le programme reste délicate dans la pratique car elle nécessite du temps et une dotation du personnel adéquate.
	Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?		X		Cette étude apporte des informations valables sur les perceptions des aides-soignantes certifiées sur les programmes en ligne. Grâce à leurs réponses, ils pourront être améliorés et adaptés aux besoins des aides-soignantes.
Conséquences et recommandations	Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique ?	X			Cette étude permet de démontrer l'intérêt d'un programme en ligne pour favoriser chez les aides-soignantes l'apprentissage d'une approche centrée sur la personne avec les résidents atteints de démences. Elle apporte ainsi une technique d'enseignement adéquate et réalisable pour le personnel soignant.
	Font-ils des recommandations pour les travaux de recherche futurs ?	X			Plusieurs recommandations sont écrites dans le texte. Les auteurs mentionnent la nécessité d'approfondir certains aspects comme : l'impact de la différence entre comprendre et connaître la démence dans la pratique, l'échantillon avec plus de différences culturelles et le temps d'une prise en charge centrée sur la personne avec plus de résidents à sa charge.
Questions générales Présentation	L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?			X	La présentation des résultats n'est pas structurée de manière pertinente pour une lecture rapide. Il faut approfondir cette partie pour comprendre les résultats.
Commentaires :	Cet article permet de démontrer l'apport d'un programme en ligne chez les aides-soignantes pour leur transmettre une meilleure compréhension de l'approche centrée sur la personne inclut dans un programme CARES. Il n'est pas explicité si ce nom de programme est en lien avec le Caring de Jean Watson.				

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.

Éléments du rapport	Contenu de l'article
Références complètes	Dobbs, D., Hobday, J., Roker, R., Kaas, M. J., & Molinari, V. (2018). Certified nursing assistants' perspectives of the CARES® activities of daily living dementia care program. <i>Applied Nursing Research</i> , 39, 244248. doi :10.1016/j.apnr.2017.11.016
Introduction Problème de recherche	Les entraînements en ligne sont efficaces car ils permettent d'améliorer l'auto-efficacité, les attitudes et le savoir du personnel dans les établissements médico-sociaux (EMS). Le programme CARES (« Connect, Assess, Respond, Evaluate, Share ») est un programme en ligne pour les soignants qui démontre de plus en plus d'évidences sur son efficacité et la gestion des troubles du comportement chez les résidents.
Recension des écrits	<p>Les aides-infirmières certifiées (certified nursins assistants) ne reçoivent aux États-Unis que deux semaines de formations avec un salaire de 10\$/heure mais sont responsables d'environ 8 à 10 résidents par matinée. Ces résidents présentent souvent des comorbidités d'ordre cognitifs et physiques avec des troubles du comportement dus à un stade avancé de démence. Les aides-infirmières doivent travailler avec cette population malgré une formation moindre. Les conséquences de ce travail avec cette population sont une résilience diminuée au niveau émotionnel et physique pouvant mener à une dépression et un stress constant. Les aides-infirmières déplorent également le manque de préparation et de confiance en soi pour réaliser des soins centrés sur la personne à des résidents atteints de démence.</p> <p>Des revues de littératures de 1990 à 2004 et de 1995 à 2009 recommandent des interventions d'entraînement du personnel pour les soins chez les personnes démentes. Cela apporterait un gain de temps, une meilleure attitude de l'équipe et une amélioration des soins réalisés auprès des résidents. De plus, une éducation des soignants améliorera les relations entre le personnel, les résidents et leur famille. Les aides-infirmières nécessitent donc une formation continue afin de maintenir une qualité des soins dans les EMS.</p>
Cadre théorique ou conceptuel	<p>L'approche centrée sur le patient permet d'améliorer la satisfaction au travail des aides et de diminuer des troubles du comportement chez les résidents atteints de démences. En effet, cela permet d'améliorer les connaissances des soignants sur les symptômes de la démence et d'améliorer leur approche des soins.</p> <p>Le programme de soins CARES est construit sur un modèle théorique du stress et apporte un cadre pour l'éducation des soignants ; la diminution de la cognition et celles des fonctions du résident produisent du stress pour les soignants. Apporter une éducation aux soignants permet alors de diminuer leur stress et d'améliorer leur stratégie de coping, la réserve de résilience et leur compétence.</p>
Hypothèses/question de recherche/buts	Cette étude évalue l'implantation de programme en ligne CARES spécifiquement pour les activités de la vie quotidienne (AVQ) chez les résidents atteints d'une démence.
Méthodes Devis de recherche	Cette étude mixte fait partie d'une plus grande étude contrôlée randomisée fondée par la National Institute of Aging.
Population, échantillon et contexte	L'échantillon comprend 48 aides-infirmières certifiées (n=48) travaillant dans 10 établissements situés dans 6 états d'Amérique (Maine (ME), Montana (MT), North Dakota (ND), Winsconsin (WI), Maryland (MN), Missouri (MO)). Les données qualitatives ont été récoltées de février à novembre 2014.

Méthode de collecte des données et instruments de mesure	Les participants ont dû compléter en ligne l'échelle de Likert pour 9 aspects du programme et répondre à 5 questions ouvertes sur le programme.
Déroulement de l'étude	<p>Les participants devaient compléter une échelle de Likert et répondre à des questions ouvertes sur le programme CARES. Ce programme de 10 modules décrit et illustre une approche systématique de soins centrés sur le patient. Il vise à créer une connexion avec les résidents, évaluer le problème et y répondre de manière appropriée, évaluer les réponses du personnel et partager les résultats de l'évaluation avec les autres membres de l'équipe pour permettre à tous les soignants d'être à jour dans les informations.</p> <p>Les participants devaient donner leur avis sur 9 aspects du programme. Ils cotaient leur réponse grâce à une échelle allant de 1 (totalement en désaccord) à 5 (totalement d'accord) :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. L'amélioration de la confiance dans ses compétences 2. L'apport de nouvelles idées sur la manière de réaliser les soins auprès de personnes démentes 3. L'appréciation d'apprendre avec un programme en ligne par rapport à une approche face à face 4. Une meilleure compréhension sur le changement de pensées vis-à-vis des démences après l'apprentissage avec le programme CARES 5. L'amélioration de la confiance dans la communication avec une personne démente 6. L'amélioration de la confiance dans les soins réalisés auprès d'une personne démente 7. Le contenu d'un nombre correct d'informations du programme CARES 8. La clarté des directives pour l'utilisation du programme 9. Le programme internet a retenu mon intérêt <p>Une approche analytique a été utilisée pour analyser les réponses aux 5 questions ouvertes :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Qu'avez-vous préféré dans ce programme ? 2. Que diriez-vous si vous recommandiez ce programme à quelqu'un ? 3. Qu'avez-vous le moins aimé dans ce programme ? 4. En quoi ce programme est utile pour les soins des résidents ? 5. Que suggérez-vous pour améliorer ce programme ?
Considérations éthiques	L'étude a été approuvée par le « Human Subjects Institutional Review Board » de l'université de Minnesota.
Résultats Traitement/Analyse des données	Les résultats quantitatifs sont des résultats descriptifs établis à l'aide de moyennes et d'écart-type. Les résultats qualitatifs ont été codés indépendamment par deux analystes dans un programme Atlas.ti Version 9. La fiabilité des résultats est de 90% car les chercheurs ont eu 8 désaccords de codage. Ces désaccords ont été discutés jusqu'à ce qu'ils trouvent ensemble un consensus.
Présentation des résultats	L'échantillon comprend 90% de femmes, d'un âge moyen de 41,6 ans. La majorité (83%) sont blancs, 10% sont noirs et 6% asiatiques. 52% sont divorcés, veufs ou célibataires. Les années de travail sont en moyenne de 14 ans et les années de travail avec des personnes présentant des troubles de mémoire ou une démence est de 13,7 ans. 42% ont été formés au collège, avec une formation professionnelle ou un degré similaire ; 46% ont été formés uniquement au niveau secondaire alors que le reste n'a pas fait l'école secondaire.

Pour la première série de questions, la majeure partie des participants sont d'accord, voire tout à fait d'accord, avec les 9 items (les moyennes des résultats sont présentées dans un tableau descriptif). La moyenne la plus élevée est pour l'intérêt porté au programme (moyenne : 4.31) puis pour l'amélioration de la compréhension sur le changement de pensées vis-à-vis des démences après l'apprentissage avec le programme CARES (moyenne : 4.23).

Les chercheurs ont codé les résultats des questions qualitatives selon différentes thématiques.

Question 1 et 2 : Qu'est-ce qui vous a le plus plu dans cette formation ? Que diriez-vous si vous recommandiez le programme ?

Les thèmes mis en évidence suite aux réponses à ces deux questions se ressemblent. Les auteurs ont alors établi un total de 8 thèmes :

1. Amélioration de la compréhension : le programme a permis à certains de mieux comprendre le processus de démences, ainsi que le sens de leur métier.
2. Format du programme : l'aspect interactif et en ligne du programme a plu.
3. Contenu : il s'agit de l'aspect le plus relevé dans les résultats (14x). Il contient notamment des vidéos, des aides visuelles montrant des résidents déments dans les différentes étapes de la maladie et l'utilisation du programme dans les AVQ.
4. Exemple de la vie réelle : les soignants apprécient les vidéos d'exemples de la vie réelle du personnel fournissant des soins aux résidents déments. De plus, beaucoup ont mis en évidence l'utilité des conseils apportés lors des séquences vidéo expliquant l'expérience d'un soignant et les conseils qu'il peut donner.
5. Amélioration du savoir
6. Facilité d'utilisation : les participants apprécient pouvoir s'entraîner à la maison, au calme et suivre leur propre rythme.
7. Amélioration de la confiance
8. Public cible : certains participants pensent que le programme est utile pour les nouveaux employés et les autres pour toutes les aides-infirmières.

Question 3 : Qu'est-ce qui vous a le moins plu dans cette formation ?

Quatre thèmes sont ressortis suite à cette question :

1. Rien : seulement 8 participants n'ont rien à reprocher au programme
2. Contenu : l'aspect du programme le plus relevé comme négatif (12x). Les vidéos sont monotones, répétitives et trop nombreuses. Des problèmes techniques en lien avec les vidéos en sont également la cause.
3. Irréalisable : certaines vidéos et matériels d'entraînements ne sont pas réalisables selon certains soignants.
4. Durée : certains jugeaient le programme trop long.

Question 4 : En quoi ce programme est utile pour prendre soin des résidents ?

Quatre thèmes ont été abordés suite à cette question :

1. Amélioration de la compréhension : les soignants ont mentionné à plusieurs reprises qu'ils comprenaient mieux les stades de la maladie d'Alzheimer, les ressentis des résidents déments, et cela les aidait à faire preuve de plus de compassion envers les résidents. Ce thème a été relevé 16 fois.
2. Amélioration du savoir : sur les nouveaux concepts ou idées.
3. Application de l'approche du programme CARES : les participants connaissent la meilleure approche à réaliser auprès des résidents en fonction des situations observées.

	<p>4. Application aux soins quotidiens/amélioration des performances : ralentir le rythme, utiliser le programme pour les activités compliquées.</p> <p>Question 5 : Quelles suggestions pourriez-vous faire pour améliorer ce programme ?</p> <p>Cinq thèmes sont ressortis suite à cette question :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Rien : 9 participants n'ont rien à signaler. 2. Durée : 9 personnes recommandent des vidéos plus courtes et une personne suggère un cadre pour la longueur des vidéos. 3. Contenu : ils recommandent plus de contenus interactifs, moins de vidéos, plus d'humour et plus de points de vue des familles. 4. Problèmes techniques : ils recommandent de réparer les bugs internet des vidéos. 5. Plus d'exemples réalistes : certains soignants ont souligné l'incapacité de réaliser cette approche quotidiennement. En effet, les soignants expliquent qu'ils doivent prendre en charge 10 résidents et effectuer les soins de base auprès de ces personnes dans un laps de temps restreint. Ils pensent que la durée impartie aux soins est trop limitée pour leur permettre de réaliser cette approche.
Discussion Interprétation des résultats	<p>L'échantillon a une vision très positive de ce programme internet. Les aspects positifs de ce programme pour les AVQ sont les soins individualisés et la communication avec les résidents. Cependant il faudrait tenir compte de la réalité des soins en fonction du nombre de résidents que le soignant doit prendre en charge. Il faut alors pouvoir répondre à la question suivante : y-a-t-il suffisamment de temps à disposition pour réaliser des soins centrés sur la personne comme démontré dans les vidéos du programme ?</p> <p>Cette étude met l'accent sur la différence de notions entre « connaissances » et « compréhension », ce qui est souvent confondu par les étudiants. Ils associent « savoir » à « comprendre », qui se distingue par l'aspect d'appréhender, de le recueillir dans sa pratique. On remarque que ceux qui ont amélioré leur compréhension de l'approche centrée sur le patient vont l'intégrer dans leur pratique future et proposer de nouvelle manière de prendre soins. Il faudrait réaliser d'autres études pour démontrer si ceux qui ont uniquement acquis des savoirs vont changer leurs attitudes dans leur pratique future.</p>
Forces et limites	<p>Bien que l'échantillon soit géographiquement varié, il comprend uniquement des établissements qui ont voulu proposer ce programme à son personnel. Cela consiste un biais à cette étude, car en favorisant l'éducation dans ces établissements, les aides-infirmières voient alors l'éducation comme un aspect positif à leur travail. De plus, l'échantillon comprend principalement des aides-infirmières qui travaillent depuis de longues années dans les établissements. D'autres études devraient prendre en compte de jeunes aides-infirmières pour comparer leur degré de confiance en soi et de savoirs après le programme CARES.</p> <p>Enfin, l'échantillon ne comprend pas la population hispanique : il serait important de les intégrer afin de comprendre les barrières culturelles et de langages qui pourraient être problématiques.</p>
Conséquences et recommandations	<p>Les participants ont émis des recommandations au niveau des problèmes techniques (actuellement résolus), du contenu et de la durée de chaque module, permettant d'améliorer le programme. Celui-ci va prendre en compte ces remarques et s'adapter avec un contenu plus interactif et moins de vidéos. Les chercheurs vont adapter le temps des vidéos pour qu'elles durent 5 à 7 minutes afin de s'adapter aux recommandations de la littérature, cependant ils ne peuvent pas diminuer la durée des modules. Ce temps leur permet de répondre aux exigences des unités d'éducation. La littérature reste peu claire sur la durée adéquate pour satisfaire entièrement les utilisateurs de l'enseignement en ligne.</p>

	Cette étude apporte cependant des informations valables sur les perceptions des aides-infirmières certifiées sur les programmes en ligne. De plus, leurs perceptions vont permettre d'améliorer les programmes de formation en ligne pour les aides-infirmières et l'expérience éducative en ligne des soignants.
Commentaires	Cette étude permet d'apporter le point de vue des aides-infirmières diplômées sur la manière adaptée d'enseigner au personnel soignant des techniques centrées sur la personne et sur la manière de prendre soin des personnes atteintes de démences. Ce programme permet d'apporter une aide réalisable et efficace aux aides dans leur prise en charge avec les personnes démentes.

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.

Grilles de lecture et de résumé de Jablonski et al. (2018)

Eléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
Références complètes	Jablonski, R. A., Kolanowski, A. M., Azuero, A., Winstead, V., Jones-Townsend, C., & Geisinger, M. L. (2018). Randomised clinical trial: Efficacy of strategies to provide oral hygiene activities to nursing home residents with dementia who resist mouth care. <i>Gerodontology</i> , 35(4), 365-375. doi:10.1111/ger.12357				
Titre	Précise-t-il clairement le problème/les concepts/la population à l'étude ?	X			La résistance des résidents présentant une démence lors des soins bucco-dentaires est la problématique principale. Le concept n'est pas explicité.
Résumé	Synthétise-t-il clairement les parties principales de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?	X			Les objectifs de l'étude, le contexte, la méthode et le matériel, les résultats, et la conclusion sont détaillés. Les résultats de l'étude suggèrent que cette intervention facilite les soins bucco-dentaires chez les personnes atteintes de démences. La prise en charge de la résistance aux soins est plus réaliste que la réduction ou l'éradication de celle-ci.
Introduction Problème de recherche	Le problème ou phénomène à l'étude est-il clairement formulé et situé dans un contexte ?	X			Les résistances aux soins chez les personnes démentes dans les institutions sont les barrières les plus importantes des soins bucco-dentaires selon le personnel soignant. De plus, ils disent ne pas recevoir suffisamment de supervisions ainsi que d'enseignements afin de prévenir et de gérer ce genre de comportements. C'est pourquoi, les soins bucco-dentaires sont souvent omis, engendrant de nombreuses problématiques pour cette population. En effet, une mauvaise hygiène buccale peut entraîner l'accumulation de plaques bactériennes sur les dents ou les prothèses dentaires. De plus, ces plaques engendrent à leur tour des caries, des maladies parodontales, mais aussi des complications (pneumonie, maladies vasculaires, polyarthrite rhumatoïde, cancer, obésité ou diabète).
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 littérature actuelle explique les problèmes que peuvent engendrer une mauvaise hygiène bucco-dentaire chez les personnes âgées démentes. De plus, plusieurs études relatent la prévalence élevée des comportements de résistance aux soins chez cette population, pénalisant ainsi leur hygiène buccale.

Cadre théorique ou conceptuel	Les principales théories et concepts sont-ils définis ?	X			Les chercheurs ne citent pas de théorie de soins ni de concept.
Hypothèses/question de recherche/buts	Les hypothèses/question de recherche/buts sont-ils clairement formulés ?	X			L'hypothèse de recherche ainsi que le but de l'étude sont mis en lien. Le but de cette étude est de tester l'efficacité de l'intervention MOUTH (Managing Oral Hygiene Using Threat Reduction) qui est une approche non-pharmacologique basée sur des techniques relationnelles. Les résultats de soins recherchés sont la réduction de l'occurrence et de l'intensité des comportements de résistance aux soins, ainsi que l'amélioration de l'hygiène bucco-dentaire des résidents déments. Les auteurs cherchent aussi à mesurer la durée et l'accomplissement des soins bucco-dentaires.
Méthodes Devis de recherche	Le devis de recherche est-il explicité ?	X			Il s'agit d'une étude contrôlée randomisée. Le devis de recherche de l'étude est quantitatif.
Population, échantillon et contexte	La population à l'étude est-elle définie de façon précise ?	X			L'étude cite les différents sites d'interventions avec le type de prévalence de la population, ainsi que les critères d'inclusion pour l'échantillon. Les neuf établissements ont été sélectionnés grâce à un échantillonnage de convenance. Quatre d'entre eux étaient situés dans le nord-est des Etats-Unis et se trouvaient principalement en campagne. Les cinq autres étaient situés dans le sud-est des Etats-Unis près de villes. Les résidents pouvaient participer à l'étude s'ils répondait aux critères suivants : avoir 55 ans ou plus, avoir au moins 2 dents côtes-à-côtes pour évaluer le nettoyage interdentaire ou avoir des prothèses dentaires complètes, présenter un diagnostic médical de démence et présenter de la résistance aux soins. Au total 101 résidents ont participé à l'étude.
	L'échantillon est-il décrit de façon détaillée ?	X			Les caractéristiques de l'échantillon sont présentées sous forme de tableau.
	La taille de l'échantillon est-elle justifiée sur une base statistique ?	X			L'étude explicite le besoin d'un certain nombre de participant afin d'obtenir une taille significative pour les tailles d'effet (Cohen's d). Cependant, les auteurs ne mentionnent pas avoir justifié la taille de la population choisie selon une base de statistiques.
Eléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu Clair	Commentaires
Méthode de collecte des données et	Les instruments de collecte des données sont-ils décrits clairement ?	X			Les auteurs ont récolté les données à l'aide de différents outils. Les dossiers médicaux des résidents et les entrevues ont permis de

instruments de mesure				<p>définir leur état fonctionnel et de récolter des données démographiques (âge, sexe) L'utilisation du Mini Mental State Examination (MMSE) a permis de définir le degré d'atteinte cognitive des résidents. Le Charlson Comorbidity Index (l'indice de comorbidités de Charlson) a permis d'évaluer les comorbidités des résidents. L'échelle révisée de résistance aux soins (RTCr) avec l'ajout de deux items ainsi que le Oral Health Assessment Tool (OHAT) ont été utilisés pour mesurer les résultats de soins recherchés.</p> <p>Des tests de fiabilité inter- et intra-juge ont été calculés.</p>
Sont-ils en lien avec les variables à mesurer ?		X		<p>Quatre résultats de soin sont attendus dans cette étude, ils sont directement mis en lien avec l'outil de mesure pour les évaluer. Les quatre résultats de soins sont : l'occurrence (présence ou non) et l'intensité des comportements de résistance aux soins (CRB), l'évaluation de l'hygiène buccale, la durée des soins bucco-dentaires et l'achèvement des soins bucco-dentaires.</p>
Déroulement de l'étude	La procédure de recherche est-elle décrite clairement ?	X		<p>Toute la procédure est détaillée en plusieurs sous-chapitres qui comprend le contenu du programme MOUTH ainsi que les mesures des différents résultats recherchés. L'intervention MOUTH comporte trois caractéristiques : la réalisation de soins bucco-dentaires basée sur des données probantes, l'utilisation d'un protocole pour les résidents ayant toujours leurs propres dents ou des prothèses dentaires, et la reconnaissance et mise en place de stratégies pour diminuer la résistance aux soins. Différents matériels ont été utilisés pour réaliser les soins de bouche. Ces stratégies comprenaient l'établissement d'une relation avec le résident (regard dans les yeux, attitude calme), la réalisation des soins bucco-dentaires devant un évier en face d'un miroir (mobilise la mémoire procédurale) et laisser le soignant commencer les soins puis laisser le résident le terminer. Les soins bucco-dentaires ont été réalisés par des assistants de recherche répartis aléatoirement entre le groupe contrôle et le groupe expérimental.</p>

Considérations éthiques	A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants?	X			Les représentants légaux des résidents déments ont signé le consentement éclairé pour les résidents atteints de démences. Par la suite, les données ont été anonymisées et les participants répartis de manière aléatoire. De plus, les soignants demandaient au résident son accord verbal ou non-verbal avant le début de l'étude et avant chaque soin de bouche. Cette étude a été approuvée par l'institution Review Board de l'Université de Pennsylvanie et celle de l'Université de l'Alabama de Birmingham.
Résultats Traitement/Analyse des données	Des analyses statistiques sont-elles entreprises pour répondre à chacune des questions et/ou vérifier chaque hypothèse ?	X			Des tailles d'effets (Cohen's d) ont été calculées pour chaque mesure initiale et pour les outcomes. Ils ont appliqué le principe d'analyse à l'intention de traiter (intention-to-treat) pour les différents résultats. Plusieurs analyses statistiques ont été effectuées : des modèles de mesures mixtes linéaires et linéaires généralisés. Les tailles d'effets, les p-value ainsi que les taux de fausses découvertes (FDR) maintenus à 10% sont calculés pour la durée des soins bucco-dentaires, la présence des CRB, l'intensité des CRB et les scores OHAT. Pour la durée des soins bucco-dentaires et de l'OHAT, les analyses sont effectuées à l'aide de scores linéaires mixtes autorisant des variables de mesures répétées sur les mêmes participants et ceux vivant dans les mêmes institutions. La taille d'effet de l'intervention (Cohen's d) est calculée en utilisant l'écart-type estimé à partir des données de la semaine de référence uniquement. Pour l'outil RTCr, la fiabilité inter-juge a été calculée (corrélation intra-classe) et pour l'outil OHAT, la fiabilité intra-juge (corrélation intra-classe) a été calculée.
Présentation des résultats	Les résultats sont-ils présentés de manière claire (résumé narratif, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			Les résultats sont détaillés selon les résultats à analyser et présentés sous forme de tableaux et de graphiques. Ils ont calculé les mesures pour les quatre résultats recherchés.
Discussion Interprétation des résultats	Les principaux résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre théorique ou conceptuel ?		X		Les résultats obtenus grâce à cette étude permettent de dire que l'intensité des comportements de résistance avait tendance à diminuer dans le groupe d'interventions. De plus, les résidents de ce groupe ont reçu des soins bucco-dentaires de plus longue durée et étaient deux fois plus susceptibles de recevoir des soins complets que les résidents du groupe témoin. L'amélioration de l'hygiène

				buccale était plus importante dans le groupe d'interventions, mais elle n'était cependant pas significative. La technique MOUTH a cependant permis de mettre en place des protocoles comportementaux facilement réalisables pour les soignants. De plus, les produits utilisés lors de l'intervention sont disponible en vente libre. Les soignants ont été formés à reconnaître les cas légers de résistances aux soins et à mettre en place des techniques de désescalade
	Sont-ils interprétés au regard des études antérieures ?	X		Les auteurs mettent en lien plusieurs aspects des résultats avec des études antérieures : l'utilisation d'autres outils de mesures plus précis, l'avantage du programme MOUTH qui est accessible à tous sans besoin d'ordonnance du médecin, l'importance de reconnaître les comportements de résistance aux soins et d'avoir l'accord d'effectuer le soin dentaire. Les auteurs décrivent un manque de recherches en ce qui concerne les stratégies que les soignants peuvent utiliser pour réaliser des soins bucco-dentaires auprès de personnes démentes. Ils mentionnent une autre étude pour confirmer que l'élimination complète de la plaque dentaire est suffisante pour prévenir l'inflammation gingivale, si elle est réalisée toutes les 48h.
	Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X		Des limites sont néanmoins présentes dans ce texte. En effet, cette étude exclut les personnes atteintes de dysphagie. De plus, les auteurs n'ont pas mesuré la plaque dentaire. Une autre limite concerne l'utilisation de l'outil OHAT. Il est possible qu'il ne soit pas suffisamment sensible pour identifier l'accumulation de plaques et l'inflammation des gencives. L'utilisation d'un outil plus sensible à ces problèmes permettrait d'évaluer plus précisément l'impact des modifications de l'hygiène buccale.
	Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?	X		Cette étude s'est réalisée auprès de neuf établissements de taille, de géographie, de propriétés et de modes de remboursements différents. Cela aide à la généralisation des résultats.
Conséquences et recommandations	Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique ?	X		Les résultats obtenus permettent de mentionner que l'une des implications cliniques importantes concerne la qualité du soin. En effet, la qualité du soin semble plus importante que la fréquence à laquelle il est réalisé. Certains participants n'ont pas reçu les soins

				bucco-dentaires deux fois par jour à cause de l'impossibilité du soignant à réaliser ce soin. Malgré cela, l'hygiène bucco-dentaire s'est améliorée.
	Font-ils des recommandations pour les travaux de recherche futurs ?	X		Pour les études futures, les auteurs mentionnent qu'il faudrait utiliser un outil permettant d'évaluer complètement la santé et l'hygiène bucco-dentaire des résidents. Par la suite, il faudra aussi prendre en compte les personnes atteintes de dysphagie, car elles représentent 40% des résidents des EMS. Le but ultime serait de déterminer quelle est la fréquence optimale pour la réalisation des soins bucco-dentaires, permettant de diminuer les plaques dentaires, mais aussi de minimiser la prévalence de comportements résistants.
Questions générales Présentation	L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X		Oui.
Commentaires :	Les différentes stratégies proposées dans cette étude sont utiles à notre travail. De plus, il est important de relever que les chercheurs n'ont pas forcé le soin et qu'ils demandaient systématiquement jusqu'à trois fois l'accord du résident. En outre, cette étude soulève la question de la fréquence des soins bucco-dentaire. Une étude antérieure a prouvé que l'élimination de plaques toutes les 48h est efficace.			

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.

Éléments du rapport	Contenu de l'article
Références complètes	Jablonski, R. A., Kolanowski, A. M., Azuero, A., Winstead, V., Jones-Townsend, C., & Geisinger, M. L. (2018). Randomised clinical trial: Efficacy of strategies to provide oral hygiene activities to nursing home residents with dementia who resist mouth care. <i>Gerodontology</i> , 35(4), 365-375. doi:10.1111/ger.12357
Introduction Problème de recherche	La barrière aux soins bucco-dentaires la plus reportée par les soignants est les comportements de résistance et de refus de soins (CRB) des personnes atteintes de démence. Les soignants évitent de faire les soins bucco-dentaires pour ne pas être confronté à des comportements de résistance car ils ne reçoivent pas suffisamment d'enseignements et de supervisions pour gérer cette problématique.

Recension des écrits	<p>L'hygiène buccale permet de mieux gérer les infections car sinon il en découle une accumulation de plaques autant sur les dents que sur les dentiers. L'augmentation de ces plaques permettent à plusieurs espèces de bactéries anaérobiques et pathologiques de proliférer à l'intérieur de la surface des dents. De plus, les plaques augmentent les risques d'avoir des caries, des maladies péri-dentales, des pneumonies à infections nosocomiales et des problèmes systémiques (artériosclérose, polyarthrite rhumatoïde, cancer, obésité, diabète et glycémie irrégulière). La méthode la plus efficace pour éliminer ces plaques est le débridement mécanique.</p> <p>Les comportements de résistance se définissent comme un refus de recevoir une quelconque aide ou activité de soins. Ces comportements sont alors perçus par les autres comme étant une résistance aux soins. La prévalence de ces comportements chez les personnes démentes institutionnalisées est de 63,4% et augmente en fonction de la sévérité de la démence. De plus, ces comportements augmentent le risque d'une détérioration de l'état bucco-dentaire.</p>
Cadre théorique ou conceptuel	Il n'est pas défini clairement dans cette étude. Cependant le programme MOUTH (Managing Oral Hygiene Using Threat Reduction) se base sur la réduction de la perception des menaces pour diminuer les comportements de résistance lors des soins bucco-dentaires.
Hypothèses/question de recherche/buts	L'hypothèse émise par les chercheurs est que la prévention ou la diminution de ces comportements améliorait la capacité à accéder à la cavité buccale et compléter le soin dentaire. C'est pourquoi, le but de l'étude est de tester l'efficacité d'un programme de soins bucco-dentaires appelé MOUTH, une approche non-pharmacologique qui compare un groupe témoin à un groupe recevant des interventions basées sur des techniques relationnelles. Ce programme est réalisé chez les résidents atteints d'une démence présentant des comportements de résistance et qui se base sur les 4 résultats suivants : la diminution de l'apparition et l'intensité des comportements de résistance, l'amélioration de la santé bucco-dentaire, la durée des soins bucco-dentaires ainsi que l'achèvement du soin.
Méthodes Devis de recherche	Il s'agit d'un devis quantitatif. Dans cette étude contrôlée randomisée, les participants ont été repartis aléatoirement en un groupe contrôle (n=46) et un groupe d'interventions (n=55) à l'aide d'un ordinateur.
Population, échantillon et contexte	<p>Les participants ont été choisis entre 9 établissements médico-sociaux (EMS) des États-Unis : 4 EMS dans la région nord-ouest avec la prévalence d'une population plus rurale et 5 EMS dans le sud-est qui présentent une majorité de personnes issues de population urbaine. Au total, 101 résidents ont participé à l'étude. Les participants ont été évalués par les chercheurs une fois leur consentement donné. Ils devaient répondre à certains critères : être âgé de plus de 55 ans, avoir une dentition avec au moins 2 dents adjacentes pour l'évaluation du soin inter-dentaire ou être édenté mais présentant un dentier sur au moins une arcade (mandibulaire ou maxillaire), être diagnostiqué avec un type de démences, être capable de tenir une brosse à dents, être identifié par le personnel soignant ou selon les dernières observations documentées comme résistant aux soins bucco-dentaires.</p> <p>L'échantillon devait au minimum contenir 80 participants pour que l'effet des interventions (Cohen's d) soit de 0.29 (p=0.05), avec des 42 mesures répétées par individu et une corrélation intraclasse de 0,2.</p>
Méthode de collecte des données et instruments de mesure	<p>Le statut fonctionnel (Katz Activities of Daily Living), le degré de démence, (Global Deterioration Scale), le degré de déficience cognitive (Mini-Mental State Examination – MMSE), les comorbidités (Charlson Co-morbidity Index) et les données démographiques (âge, genre et durée dans l'institution) sont les échelles utilisées pour déterminer les caractéristiques de l'échantillon.</p> <p>Les mesures des résultats de soins sont basées sur plusieurs outils qui ont été validés de manière statistique à l'aide de la corrélation intra-classe (statistique descriptive).</p>

	<p>Le principe d'analyse en intention de traiter (« intention-to-treat ») a été utilisé, c'est-à-dire que chaque observation de soins de bouche (réalisés ou non) est prise en compte dans l'analyse de statistiques.</p> <p>Pour les résultats primaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'occurrence (présence ou non) et l'intensité des CRB sont obtenues à partir de l'échelle révisée de résistance aux soins (RTC-r) puis opérationnalisées comme un indicateur binaire pour l'occurrence et comme un score numérique pour l'intensité. Le RTC-r est une modification de l'échelle originale de résistance aux soins pour la démence de type Alzheimer. C'est un instrument en 13 points utilisé pour identifier les CRB spécifiques et leur intensité. Le score d'intensité est obtenu en pondérant les comportements de la manière suivante : les comportements classés comme légers sont additionnés et multipliés par 1, les comportements classés comme modérés sont additionnés et multipliés par 2 et les comportements classés comme extrêmes sont additionnés et multipliés par 3. Tous les scores sont ensuite additionnés pour donner le score d'intensité. La fiabilité inter-juge est estimée à 0,87 (corrélation intra-classe) ($p < 0,001$) sur les 2328 observations de soins bucco-dentaires. - L'évaluation de l'hygiène buccale a été évaluée à l'aide de l'outil mis au point spécialement pour les résidents : Oral Health Assessment Tool (OHAT). Il se compose de 8 items avec un score allant de 0 (sain) à 2 (malsain). Les notes globales peuvent varier de 0 à 16. Six items sont des résultats infirmiers de la santé buccodentaire : la présence de douleur, l'apparence des lèvres, de la langue, des gencives et des tissus, de la salive et de la propreté bucco-dentaire globale. Les deux autres items sont : l'état des dents naturelles (cariées, cassées ou usées) et l'état des prothèses dentaires (ajustement lâche, dents cassées ou zones cassées). Les cavités buccales des participants sont évaluées avant l'étude comme données préliminaires puis hebdomadairement pendant 5 semaines. Le chercheur principal a formé une infirmière diplômée à évaluer l'état bucco-dentaire. Cette dernière a rendu anonyme les membres du groupe qui ont mené les évaluations buccales. Le coefficient de corrélation intra-classe est de 0,744 pour la fiabilité de l'intra-juge. <p>Pour les résultats secondaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La durée des soins bucco-dentaires est mesurée à l'aide d'un <u>chronomètre</u> puis enregistrée dans le RTC-r. - L'achèvement des soins bucco-dentaires est opérationnalisé comme réponse dichotomique à l'item « Soins de la bouche terminés » ajouté à la RTC-r. Pour les participants dentés, les soins bucco-dentaires sont considérés comme terminés si toutes les dents sont brossées et les surfaces inter-dentaires nettoyées (à l'aide des brosses inter-dentaires). Si le rince-bouche n'est pas utilisé pour des raisons de sécurité (par exemple si certains participants le boivent), les soins bucco-dentaires sont quand même considérés comme complets. Pour les participants édentés, les soins bucco-dentaires sont considérés comme terminés si la prothèse est retirée de la bouche et nettoyée. Après les soins buccaux du soir, elle est laissée dans une coupelle avec de l'eau propre et fraîche et n'est réintroduite dans la bouche que pendant le soin du matin. Pour les personnes édentées partiellement, les soins bucco-dentaires sont considérés comme complets si les conditions susmentionnées sont respectées tant pour la dentition naturelle que pour les prothèses dentaires amovibles.
Déroulement de l'étude	Au début de l'étude, les données descriptives ont été récoltées à partir des dossiers médicaux et de recueils de données auprès des résidents. Les évaluations bucco-dentaires ont été conduites à l'aveugle pour le groupe test et le groupe contrôle durant toute l'étude par un membre de l'équipe de recherche. Les participants dans chaque institution ont été répartis aléatoirement par les 2 auteurs entre

chaque groupe à l'aide d'un programme générant un chiffre aléatoire. Tous les résultats ont été évalués par un assistant de recherche entraîné qui ne savait pas quel groupe lui était assigné. 89 assistants de recherche ont réalisé les soins bucco-dentaires (47 dans le groupe expérimentale et 42 dans le groupe contrôle). Les assistants de recherche étaient des étudiants infirmiers en 3^{ème} et 4^{ème} année, des étudiants en santé public, des étudiants en kinésiologie et des aides-infirmières diplômées. L'anonymat a été effectué par les membres entraînés de l'équipe de recherche. L'évaluation des CRB ont été attribuée soit à un membre de l'équipe de recherche soit à un prestataire de soins expérimental. 10% de tous les soins ont été observés par un membre de l'équipe de recherche afin de vérifier l'unique utilisation des stratégies du programme sans partage des informations entre les deux groupes.

Chaque participant est observé pendant une semaine, deux fois par jour durant les soins bucco-dentaires sans interventions afin de fournir les données préliminaires. A partir du 8^{ème} jour, les participants ont reçu les soins bucco-dentaires deux fois par jour pendant 3 semaines par les assistants de recherche entraînés. Les 2 groupes ont reçu un protocole basé sur des évidences. Chaque surface de dents et du dos de la langue doivent être brossée à l'aide d'une brosse à dents et d'une pâte dentaire au fluor. Les espaces inter-dentaux sont lavés avec une brosse inter-dentaire. Les participants doivent ensuite rincer et cracher une solution antimicrobienne non-alcoolique (chlorure de cétylpypyridinium à 0.07%). Le groupe expérimental recevait, en plus, les interventions relationnelles du programme MOUTH. Ce dernier est fondé sur : des données probantes de protocoles de soins bucco-dentaires pour les personnes âgées ayant une dentition naturelle ou des prothèses dentaires, la reconnaissance des CRB et la mise en place de stratégies visant à réduire la perception de menaces pendant la prestation des soins bucco-dentaires. Ce programme est conçu comme une « boîte à outils » de stratégies, fondées sur la neurobiologie de la réduction des menaces, visant à prévenir et à réduire les CRB. Ces stratégies comprennent :

- L'établissement d'un rapport avec le résident yeux dans les yeux avec un comportement agréable et calme.
- L'accomplissement des soins buccaux devant un évier et devant un miroir (pour accéder à des souvenirs procéduraux ou implicites).
- L'évitement d'un langage infantilisant.
- L'initiation des soins buccaux pour laisser ensuite le résident terminer la tâche.
- L'explication par des signes, des gestes ou des pantomimes.
- L'explication étape par étape avec des phrases courtes.
- La distraction.
- La transition en demandant au résident de tenir la brosse à dents pendant les soins buccaux.
- Le sauvetage : un autre soignant effectue le soin en cas d'escalade des CRB.
- Le transfert des mains, qui implique soit que le résident place sa main sur celle du soignant, soit que ce dernier guide doucement les mains du résident.

Les chercheurs ont fourni un équipement à chaque résident en fonction de leur état buccal (édenté ou non). Les personnes dentées ont reçu des brosses à dents souples et manuelles, des brosses inter-dentaires en plastique, du dentifrice contenant du fluor, un rince-bouche antibactérien sans alcool et un baume à lèvres. Les résidents ayant une prothèse dentaire totale ont reçu des brosses à dents souples et manuelles, de la pâte de nettoyage pour prothèses dentaires, des brosses pour prothèses dentaires et un baume à lèvres. Ceux qui sont partiellement édentés ont reçu les deux kits.

	Les prestataires expérimentaux des soins bucco-dentaires sont formés à reconnaître les cas légers de CRB et à mettre en œuvre des stratégies visant à prévenir toute escalade de comportements de résistance en choisissant par essais-erreurs les meilleures interventions. Les auteurs ont utilisé des checklists afin de déterminer quelle intervention a été utilisée pendant les soins du groupe expérimental. L'accord du participant devait être obtenu pour pratiquer le soin. Les prestataires expérimentaux ne pouvaient pas demander l'accord du résident plus de 3 fois. Si le participant refusait, le soin était considéré comme « non pratiqué, pas d'accord ».
Considérations éthiques	Le personnel soignant de chaque EMS a dû demander au représentant thérapeutique légal le consentement pour chaque participant potentiel. L'étude a reçu l'approbation de l'Institutional Review Board (États-Unis) de la Pennsylvania State University et de l'Institutional Review Board (États-Unis) de l'Université de l'Alabama de Birmingham.
Résultats Traitement/Analyse des données	<p>Des tailles d'effets (Cohen's d) ont été calculés pour chaque mesure initial et pour les outcomes.</p> <p>Tout d'abord, les résidents sélectionnés ont aléatoirement été répartis au niveau individuel, ce qui a réduit la taille d'effet du site des EMS en tant que variable confondante. Les <u>caractéristiques</u> des participants ont été calculées par groupe d'étude afin de vérifier l'uniformité des variables initiales, c'est pourquoi une caractéristique (le nombre de mois en institution) n'a pas été prise en compte dans les calculs. Sa taille d'effet est de 0,47. Les données initiales comprenaient 4 706 cas de tentatives de soins bucco-dentaires (1 155 dans la semaine initiale et 3551 dans les semaines d'interventions). Au cours de la semaine d'interventions, 82,3% des résidents ont consenti à effectuer les soins bucco-dentaires et les soignants ont pu terminer le soin dans 2869 cas (80,1%). Au total, seulement 13 % des résidents ont refusé le soin. Dans 87 cas (2 %), les soins bucco-dentaires ont été amorcés et ont présentés des comportements de résistance aux soins. 3998 soins bucco-dentaires au total ont été utilisés pour l'analyse des CRB. Le principe d'analyse en intention de traiter a été utilisé pour les analyses, et, par conséquent, les ensembles de données analytiques comprenaient des données provenant des 3998 soins bucco-dentaires.</p> <p>Pour l'accord et l'achèvement des soins bucco-dentaires, des modèles de mesures linéaires mixtes ont été utilisés pour analyser les divergences entre les groupes pendant les semaines d'interventions.</p> <p>Les résultats pour la durée des soins bucco-dentaires, de l'occurrence des CRB (indicateur binaire), de l'intensité des CRB (scores pondérés) et les scores OHAT sont présentés sous forme de taille d'effets. Pour la durée des soins bucco-dentaires et de l'OHAT, les analyses sont effectuées à l'aide de scores linéaires mixtes autorisant des variables de mesures répétées sur les mêmes participants et ceux vivant dans les mêmes institutions. Les tailles d'effet sont calculées en utilisant l'écart-type des données de la semaine de référence uniquement.</p> <p>L'occurrence des CRB a d'abord été examinée graphiquement. Les auteurs ont constaté une incohérence dans le résultat, c'est pourquoi d'autres analyses ont été effectuées. Les comportements de résistance ont alors été analysés selon deux volets avec des modèles mixtes linéaires généralisés. La première composante est la probabilité d'occurrence des résistantes, que le score soit nul ou non. En effet, plus la durée de l'évaluation des soins bucco-dentaires est longue, plus la probabilité est élevée d'observer des comportements de résistance. La deuxième analyse comprend seulement les cas de soins bucco-dentaires avec résistance pour saisir l'intensité de ces comportements, et pour s'adapter à la durée des soins bucco-dentaires. La taille d'effet de l'intervention a été examinée du point de vue de : sa pertinence (c.-à-d. sa taille), de ses avantages (si le signe ou l'orientation de l'effet suggérait un avantage pour le groupe d'interventions) et de l'importance des tests d'hypothèses nulles.</p>

	<p>La taille d'effet (Cohen's d) de magnitude 0,3 a été considérée comme suffisamment importante pour être cliniquement pertinent, correspondant au point médian de l'intervalle entre une petite ($d = 0,2$) et une moyenne ($d = 0,5$) taille de l'effet. Les tests de signification multiple sur les résultats de l'étude ont été effectués à l'aide du taux de fausses découvertes (FDR) qui est maintenu à 10 % ; c'est-à-dire qu'une FDR inférieur à 0,1 est significatif.</p>
Présentation des résultats	<p>109 résidents sont inscrits ; 101 sont répartis aléatoirement, 100 fournissent des données d'analyse et 91 complètent la période d'interventions de trois semaines. La majorité (77,0 %) est composée de femmes et de Blancs (85,0 %). Les résidents sont atteints d'une démence modérée à grave (avec un score en moyenne de 6.98 sur 30 dans le MMSE) et dépendent d'autres personnes pour leurs soins (avec un score en moyenne de 9.53 sur 18 dans le Katz Index of ADLs). Les résidents du groupe expérimental résident dans un EMS depuis 11 mois supplémentaires par rapport au groupe témoin, ce qui est statistiquement significatif ($d=0,47$; $p=0,22$).</p> <p><u>1^{er} résultat de soins - l'achèvement des soins bucco-dentaires :</u></p> <p>L'achèvement des soins est statistiquement significatif pour le groupe expérimental ($p = 0,0305$ et FDR = 0,0714). On constate en effet une différence de 11% entre les deux groupes (0,85 pour le groupe expérimental et 0,74 pour le groupe contrôle). Les résidents du groupe expérimental ont donc deux fois plus de chances de terminer les soins bucco-dentaires (OR = 2,04). Cependant, les participants n'ont pas tous reçu des soins bucco-dentaires à chaque séance à cause de leur refus, de leur indisponibilité et de leur somnolence. De plus, les prestataires de soins expérimentaux devaient obtenir l'accord du résident pour réaliser le soin. Les résidents du groupe expérimental ont deux fois plus de chances de donner leur consentement aux soins bucco-dentaires que les résidents du groupe témoin (OR = 2,1). Ce résultat est statistiquement significatif ($p=0,0357$ et FDR=0,0714).</p> <p><u>2^{ème} résultat de soins - la durée des soins bucco-dentaires :</u></p> <p>Au départ, le temps moyen consacré aux soins de bouche entre les deux groupes était d'environ 2,6 minutes. Au cours des semaines d'interventions, le temps consacré aux soins de bouche a augmenté dans les deux groupes d'étude, passant à plus de 4 minutes. Cependant, la différence de moyennes de temps entre les deux groupes était de 0,72 minutes. Ce résultat est statistiquement significatif ($p<0,0001$ et FDR=0,0006) ce qui démontre une augmentation significative de la durée des soins bucco-dentaires dans le groupe expérimental.</p> <p><u>3^{ème} résultat de soins - les comportements de résistance aux soins :</u></p> <p>Pendant la première semaine, environ 47 % de CRB sont présents pendant les soins bucco-dentaires du groupe expérimental et 53% pour le groupe témoin. Au cours des semaines d'interventions, la présence des cas de CRB a augmenté dans les deux groupes à des niveaux similaires. La différence n'est donc pas significative ($p = 0,8837$ et FDR = 0,8837).</p> <p>Au départ, le groupe expérimental présentait une intensité des CRB (moyenne : 6,3) légèrement supérieure à celle du groupe témoin (moyenne : 4,84). Bien que les résultats montrent une tendance bénéfique des interventions MOUTH par rapport au groupe contrôle (différence de moyenne pour le groupe expérimental de 1,39 alors que pour le groupe contrôle, elle est de 0,42), l'intensité des CRB du groupe expérimental n'a pas diminué au cours des semaines de manière significative par rapport au groupe contrôle ($p=0,1433$ et FDR=0,215).</p> <p><u>4^{ème} résultat de soins - la santé bucco-dentaire :</u></p>

	Les résultats de l'OHAT utilisé pour mesurer l'amélioration de l'hygiène buccale ont augmenté dans les deux groupes depuis les résultats initiaux. Cependant, malgré une amélioration légèrement plus importante dans le groupe expérimental, les résultats ne sont pas significatifs ($p=0,2961$ et FDR 0,3553).
Discussion Interprétation des résultats	<p>La fréquence des CRB a augmenté dans les deux groupes, tandis que l'intensité des comportements avait tendance à diminuer dans le groupe expérimental. Les participants du groupe expérimental ont bénéficié de soins bucco-dentaires de plus longue durée et étaient deux fois plus susceptibles de recevoir des soins bucco-dentaires complets que les patients des participants du groupe témoin. La santé bucco-dentaire, présentée sous forme de scores OHAT, a montré d'importantes améliorations cliniques pour les deux groupes. Bien que le groupe expérimental ait présenté un changement plus important dans les scores moyens lors de la période de suivi de trois semaines, le changement était de faible ampleur et non significatif sur le plan statistique. Cette constatation peut refléter le fait que les soins bucco-dentaires peuvent être une faible priorité dans les EMS et que le recours à d'autres techniques de soins bucco-dentaires, comme les écouvillons de chlorhexidine oraux ne sont peut-être pas être idéaux.</p> <p>L'un des points forts de cette étude est la validité écologique de l'intervention du MOUTH. En effet, les techniques et les protocoles comportementaux sont faciles à mettre en œuvre et seulement des produits de soins bucco-dentaires en vente libre et facilement accessibles ont été utilisés. Bien que d'autres études démontrent l'intérêt de la chlorhexidine et de produits fluorés pour améliorer les soins buccaux, leur utilisation peut être problématique car les infirmières diplômées ne sont pas autorisées à fournir ces substances aux résidents sans ordre médical. De plus, l'utilisation chronique de ces produits peut contribuer à la formation sur la plaque dentaire de bactéries multi-résistantes aux médicaments. La plaque dentaire n'a pas été mesurée dans cette étude bien qu'elle puisse fournir des mesures plus quantifiables et plus fiables sur l'efficacité des interventions.</p> <p>Cette étude représente le premier essai clinique randomisé d'une intervention non pharmacologique visant à réduire les CRB pendant les soins bucco-dentaires et à améliorer les résultats de la santé bucco-dentaire. L'inclusion de participants atteints à la fois de démences et de CRB est une nouveauté. En effet, d'habitude, les chercheurs excluent de leurs études cette population. De plus, cette étude cherche à combler les lacunes de littérature concernant les stratégies de soins utiles pour dispenser des soins buccodentaires aux personnes atteintes de démences résidant dans des EMS. Les soignants qui ont reçu la formation sur les stratégies comportementales du MOUTH avaient deux fois plus de chances d'obtenir l'accord et la coopération des résidents. Les prestataires de soins des 2 groupes ont été entraînés à proposer le soin en disant : « Venez avec moi pour vous brosser les dents ou vous nettoyer les prothèses dentaires ». Si le résident répondait "Non" ou "Je viens de me brosser les dents", les soignants du groupe contrôle répétaient la question jusqu'à deux fois. A contrario, les soignants du groupe expérimental ont utilisé les mêmes stratégies que pour diminuer les CRB. Par exemple, si le résident répondait négativement lors de la première tentative, ils utilisaient immédiatement des stratégies spécifiques du programme MOUTH, telles que l'établissement d'un rapport (par exemple, "Ce pull bleu est tellement joli sur vous"), en utilisant des gestes et des mimes, ou en entrant dans la réalité du résident (par exemple, lors de l'interaction avec un avocat à la retraite, "Je sais que vous vous êtes déjà brossé les dents, mais le juge attend dans son cabinet."). Ces stratégies ont joué un rôle déterminant dans l'obtention de l'accord des résidents et de leur coopération.</p> <p>Les soignants du groupe expérimental ont été formés à reconnaître les CRB les plus légers et à mettre en œuvre des stratégies de prévention de montée en escalade. Ces conclusions sont appuyées par une autre étude de Volicer et ses collègues. Ils ont observé que les cliniciens qui n'étaient pas au courant des présentations plus légères de CRB ont souvent involontairement créé des situations où</p>

	les CRB dégénéraient en comportement combatif. Ces constatations suggèrent fortement que la gestion des CRB et non leur prévention ou leur réduction, se traduit par le succès de la mise en œuvre des soins d'hygiène bucco-dentaire chez les personnes atteintes de démence.
Forces et limites	L'utilisation d'établissements dont la taille, la géographie, la propriété et les modes de remboursement différaient a contribué à la généralisation des résultats. Toutefois, le recours à du personnel de recherche pour effectuer les soins bucco-dentaires pour soutenir la validité interne de l'étude a compromis la validité externe de celle-ci. Cette étude excluait les personnes atteintes de dysphagie. Une autre limite était l'utilisation de l'OHAT pour quantifier la santé bucco-dentaire. Cet outil, bien que reconnu, a été conçu à l'origine pour être utilisé dans des établissements de soins de longue durée comme outil de dépistage des problèmes dentaires. Cependant il se peut qu'il ne soit pas suffisamment efficace pour identifier les changements uniquement liés à l'accumulation de plaque et à l'inflammation gingivale. De plus, deux de ses items ne sont pas liés aux soins buccaux réguliers (l'état des dents naturelles et l'état de la ou des prothèses). D'autres études ont utilisé la plaque et les indices gingivaux pour mesurer les niveaux de contrôle de l'hygiène buccale et la gingivite.
Conséquences et recommandations	L'une des implications cliniques importantes de cette étude est que la qualité des soins bucco-dentaires peut être plus importante que la fréquence des soins bucco-dentaires. Aucun résident n'a reçu des soins bucco-dentaires deux fois par jour pendant toute la durée de l'étude. Pourtant, la santé buccodentaire s'est améliorée dans les deux groupes. Malgré des lignes directrices de pratique qui recommandent un minimum de deux soins buccaux par jour, aucune donnée empirique ne démontre la dose optimale de soins buccaux-dentaires. Dans une étude expérimentale, les données suggèrent que l'élimination complète de la plaque dentaire toutes les 48 heures est suffisante pour prévenir le développement de l'inflammation gingivale. Cependant la plaque peut se développer plus rapidement aux endroits présentant une inflammation. Il est possible que la fréquence des soins bucco-dentaires puisse augmenter le nombre de CRB, car les patients peuvent se souvenir d'une expérience antérieure négative. Pour de futures études, il serait avantageux d'utiliser d'autres mesures de santé buccodentaire qui fourniraient plus de détails sur les changements positifs ou négatifs et qui apporteraient une évaluation plus quantitative de l'hygiène buccodentaire. L'utilisation de l'indice des plaques dentaires et l'indice gingival permettrait une évaluation plus précise de l'impact des modifications de l'hygiène bucco-dentaire. De futurs travaux devraient à présent tester des protocoles de soins bucco-dentaires adaptés aux personnes atteintes de dysphagie (40 % des résidents des EMS) et déterminer le nombre optimal de soins bucco-dentaires qui réduirait la plaque dentaire, tout en gardant une même efficacité sur la minimisation des refus et des escalades de résistances aux soins. L'intervention du MOUTH doit être évaluée avec du personnel soignant formé à l'utilisation quotidienne du programme. L'équipe de recherche a déjà reçu les fonds pour mettre en place une telle étude grâce aux centres de Medicare et des services Medicaid dans 7 établissements médico-sociaux (EMS) dans le centre de l'Alabama. Ils utiliseront une caméra intra-buccale pour évaluer les changements de plaques dentaires. Ils testeront également cet outil dans des appartements protégés qui remplacent de plus en plus les EMS dans le but de déterminer quelles composantes du programme MOUTH affecte de façon optimale la santé dentaire de leurs résidents.
Commentaires	

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.

Grilles de lecture et de résumé de Sloane et al. (2013)

Eléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
Références complètes	Sloane, P. D., Zimmerman, S., Chen, X., Barrick, A. L., Poole, P., Reed, D., ... Cohen, L. W. (2013). Effect of a Person-Centered Mouth Care Intervention on Care Processes and Outcomes in Three Nursing Homes. <i>Journal of the American Geriatrics Society</i> , 61(7), 1158-1163. https://doi.org/10.1111/jgs.12317				
Titre	Précise-t-il clairement le problème/les concepts/la population à l'étude ?	X			Le concept d'approche centrée sur la personne, l'effet des interventions bucco-dentaires selon ce concept ainsi que la population sont explicités dans le titre.
Résumé	Synthétise-t-il clairement les parties principales de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?	X			Le résumé prend en compte les différents points principaux de manière synthétique.
Introduction Problème de recherche	Le problème ou phénomène à l'étude est-il clairement formulé et situé dans un contexte ?	X			La problématique est explicitée : les pratiques de soins sont largement peu connues des aides-infirmières (CNA), des infirmières et autres professionnels de la santé. De plus, de nombreuses barrières sont présentes lors des soins bucco-dentaires, comme le manque de temps, de connaissances et d'aides. Le personnel soignant ne connaît pas les avancées dans les pratiques de soins et les nouveaux produits ; ils ne sont pas intéressés par ce soin, jugé banal et sans importance.
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 se base sur des travaux de recherches antérieures et démontre un manque de réalisation des soins bucco-dentaires auprès des personnes âgées institutionnalisées, alors que les conséquences de la non-réalisation de ces soins sont importantes (pneumonie par aspiration, diabète, maladies cardiovasculaires, diminution de l'estime de soi, du confort et de la qualité de vie, ...).
Cadre théorique ou conceptuel	Les principales théories et concepts sont-ils définis ?		X		Le concept d'approche centrée sur la personne est cité uniquement dans le titre de l'article et dans le but de la recherche mais n'est pas développé ni défini. Cependant quelques interventions basées sur ce concept sont décrites.

Hypothèses/question de recherche/buts	Les hypothèses/question de recherche/buts sont-ils clairement formulés ?	X			Il s'agit d'une étude qui cherche à développer et tester une approche centrée sur la personne, issue de données probantes afin d'améliorer l'hygiène buccale dans des établissements médico-sociaux (EMS).
Méthodes Devis de recherche	Le devis de recherche est-il explicité ?	X			Le devis de l'étude est quantitatif. De plus, son design est une étude expérimentale avant-après avec groupe unique sur 8 semaines ainsi qu'un suivi de 6 mois sur un des sites de l'étude.
Population, échantillon et contexte	La population à l'étude est-elle définie de façon précise ?	X			La population est définie avec des critères d'inclusion et d'exclusion. Les participants n'étaient pas supposés décéder dans les 6 mois et devaient avoir leurs dents naturelles ou une prothèse dentaires (critères d'inclusion). Cependant, s'ils présentaient une problématique jugée urgente par un dentiste, des antécédents de valve cardiaque artificielle, une endocardite, une transplantation cardiaque, un remplacement total de joints et/ou un problème cardiaque récurrent, ils ne pouvaient pas participer à l'étude. Au total 97 résidents répondait aux critères ; ils provenaient de trois EMS de Caroline du Nord. Ils recevaient des soins médicaux et souffraient de démences. Il n'est pas précisé de quel type de démence souffraient les participants. Cependant trois statuts cognitifs sont précisés dans les caractéristiques des participants : intact, moyen et modéré à sévère.
	L'échantillon est-il décrit de façon détaillée ?	X			Les données de l'échantillon sont décrites dans un tableau.
	La taille de l'échantillon est-elle justifiée sur une base statistique ?		X		Il n'y a pas de justifications statistiques de l'échantillon.
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			Un paragraphe décrit les six outils utilisés pour mesurer les résultats (la description détaillée se trouve dans la grille résumée).
	Sont-ils en lien avec les variables à mesurer ?	X			Les instruments de mesures sont directement en lien avec les résultats que les auteurs cherchent à observer car les instruments mesurent : 1. L'indice de plaque sur des soins à long terme (PI-LTC) 2. L'indice de gencives sur des soins à long terme (GI-LTC)

						<p>3. L'indice de plaques sur les dentiers (DPI) 4. Le Minimum Data Set (MDS) 5. Un programme informatique « Mouth Care Task Completion Form » pour évaluer les performances enregistrées en vidéos. 6. Les observations des soignants</p> <p>Les résultats des outils de mesures servent directement à analyser l'efficacité des interventions.</p>
Déroulement de l'étude	La procédure de recherche est-elle décrite clairement ?	X				<p>Le déroulement des interventions est décrit et les protocoles sont détaillés. Les aides-infirmières ont reçu une formation par un hygiéniste dentaire et un psychologue spécialisé en gériatrie. Elles ont ensuite été suivies et supervisées quotidiennement pendant deux semaines puis à raison de quelques heures par semaine.</p>
Considérations éthiques	A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants ?	X				<p>L'étude a été approuvé par le comité d'examen institutionnel de l'Université de Caroline du Nord à Chapel Hill. L'article cite également le consentement des patients comme considération éthique.</p>
Résultats Traitement/Analyse des données	Des analyses statistiques sont-elles entreprises pour répondre à chacune des questions et/ou vérifier chaque hypothèse ?	X				<p>Des statistiques descriptives, des fréquences, des moyennes et des écarts-types ont été calculées. Le nombre d'interventions a également été calculé; de plus, des modèles linéaires fixes ont été estimés afin de tester si les changements de résultats mesurés variaient en fonction du nombre de soins reçus.</p>
Présentation des résultats	Les résultats sont-ils présentés de manière claire (résumé narratif, tableaux, graphiques, etc.) ?	X				<p>Les résultats sont présentés de manière narrative mais également sous forme de tableaux.</p>
Discussion Interprétation des résultats	Les principaux résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre théorique ou conceptuel ?			X		<p>Les auteurs mentionnent que l'approche centrée sur la personne permet d'améliorer de manière significative les différents points mesurés lors de l'intervention. Cependant, ils ne précisent pas quel type d'intervention est le plus efficace (approche centrée sur la personne, guidelines, protocole, supervision des aides, ...). De plus, les auteurs n'ont pas interprété les résultats en fonction du statut cognitif des participants.</p>
	Sont-ils interprétés au regard des études antérieures ?	X				<p>Les résultats sont comparés et intégrés à la littérature déjà existante.</p>

	Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			Les différentes limites de l'étude ainsi que les questionnements qui en découlent sont détaillés. Les soins bucco-dentaires n'ont pas pu être réalisés quotidiennement à cause notamment de l'absentéisme et de la rotation du personnel soignant ; situations qui arrivent fréquemment dans les équipes soignantes.
	Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?		X		L'article décrit les bénéfices et les apports de l'étude ainsi que les barrières présentes. Cependant, elle ne parle pas des savoirs transférables dans la pratique.
Conséquences et recommandations	Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique ?	X			L'article décrit les barrières qu'un tel programme pourrait rencontrer. Le manque de temps des soignants pour la réalisation de ces soins est mentionné.
	Font-ils des recommandations pour les travaux de recherche futurs ?	X			Les recommandations sont en lien avec les limites de l'étude. De plus, les auteurs relatent l'importance d'approfondir le sujet si l'on aimerait pouvoir trouver quelle approche possède le meilleur rapport qualité-prix.
Questions générales Présentation	L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			Oui.
Commentaires :					

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.

Eléments du rapport	Contenu de l'article
Références complètes	Sloane, P. D., Zimmerman, S., Chen, X., Barrick, A. L., Poole, P., Reed, D., ... Cohen, L. W. (2013). Effect of a Person-Centered Mouth Care Intervention on Care Processes and Outcomes in Three Nursing Homes. <i>Journal of the American Geriatrics Society</i> , 61(7), 1158-1163. https://doi.org/10.1111/jgs.12317
Introduction Problème de recherche	Il existe un certain nombre de barrières aux soins bucco-dentaires qui empêchent la réalisation de soins bucco-dentaires

Recension des écrits	<p>L'hygiène buccale est l'un des soins les plus négligés dans les établissements médico-sociaux (EMS) comme démontré dans des études antérieures. Cependant, de nombreuses études prouvent qu'une bonne hygiène buccale diminue les risques d'aspiration au niveau pulmonaire, améliore le contrôle du diabète, l'estime de soi, le confort et la qualité de vie et permettrait de diminuer les maladies cardio-vasculaires.</p> <p>Les aides-infirmières diplômées (certified nursing assistants) sont les premières responsables des soins bucco-dentaires dans les EMS. Certaines barrières limitent ces soins comme : le manque d'entraînement et d'aides, la pression du temps, la perception que les soins bucco-dentaires ne soient pas importants, le désintérêt de la tâche et la peur de la résistance des résidents. Le développement de soins plus compliqués dû aux avancées dans les pratiques de soins et dans les produits est largement méconnu chez le personnel soignant.</p>
Cadre théorique ou conceptuel	Le concept utilisé dans cet article est l'approche centrée sur le patient.
Hypothèses/question de recherche/buts	Cette étude cherche à améliorer l'hygiène buccale dans les EMS à l'aide d'une approche centrée sur la personne et de techniques issues de données probantes.
Méthodes Devis de recherche	Il s'agit d'un devis quantitatif avec étude expérimentale avant-après d'un groupe unique sur 8 semaines ainsi qu'un suivi de 6 mois sur un des sites de l'étude
Population, échantillon et contexte	<p>L'échantillon de l'étude est composé de 97 résidents répondant aux critères de sélection de l'étude. Les résidents proviennent de trois EMS de Caroline du Nord ; ils présentent trois degrés de démences et reçoivent des soins médicaux.</p> <p>Les critères d'inclusion de l'étude sont les suivants : les résidents ne sont pas supposés décéder dans les 6 mois, ils doivent avoir soit des dents naturelles soit des prothèses dentaires. Les critères d'exclusion regroupent : une problématique dentaire jugée urgente par un dentiste, des antécédents de valve cardiaque artificielle, une endocardite, une transplantation cardiaque, un remplacement total de joint et/ou un problème cardiaque requérant des antibiotiques en prophylaxie</p>
Méthode de collecte des données et instruments de mesure	<p>Différents outils de mesures ont été utilisés pour évaluer l'efficacité des interventions :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Plaque Index for Long-Term Care (PI-LTC) : mesure la quantité de plaques dentaires sur les dents divisées en 12 segments avec un score de 0 (pas de plaques) à 3 (plaques recouvrant plus de deux tiers des dents). 2. Gingival Index for Long-Term Care (GI-LTC) : mesure l'inflammation des gencives sur 6 segments avec un score de 0 (pas d'inflammation) à 3 (inflammation sévère). 3. Denture Plaque Index (DPI) : mesure la quantité de plaques au niveau des dentiers sur tous les quadrants de chaque dent avec un score de 0 (absence de plaque) à 4 (présence de plaques épaisses). Le score est évalué après avoir placé la prothèse dentaire pendant 30 secondes dans une solution de dissolution puis l'avoir rincée sous de l'eau tiède pendant 15 secondes. 4. Minimum Data Set (MDS) version 3.0 : l'un des items mesure la présence ou l'absence de gencives enflammées ou qui saignent. 5. Mouth Care Task Completion Form (MC-TCF) : évalue les performances enregistrées en vidéo des soignants. Les vidéos ont été anonymisées, puis codées en utilisant le softwar « Observer ». 6. Les observations des soignants sur : les problèmes de mastication, de déglutition, le pourcentage de nourriture ingurgitée aux trois repas, les modifications alimentaires et les changements de poids.

	<p>Les caractéristiques des participants ont été prises dans les dossiers médicaux des EMS. Les données ont été enregistrées d'août 2010 à juin 2011. Un dentiste gériatrique a récolté les données d'évaluation de l'hygiène dentaire alors que les autres données ont été recueillies par des assistants de recherche entraînés.</p>
<p>Déroulement de l'étude</p>	<p>Un hygiéniste dentaire et un psychologue gériatrique ont donné des cours et des consultations sur les différents sites de l'étude. La première partie des cours étaient des séminaires sur les pathologies dentaires, les soins chez les personnes démentes, des programmes de soins individualisés et des entraînements des compétences. Les spécialistes ont effectué des soins sur les différents sites d'interventions et résolu les difficultés grâce à un travail d'équipe selon une approche « égal à égal ». Les soignants ont été supervisés tous les deux jours pendant deux semaines, puis petit à petit, ils ont diminué ces supervisions à quelques heures par semaine. Le protocole de soins dentaire proposé était le suivant :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les dents sont lavées avec une brosse à dents douce et une solution de gluconate chlorhexidine 0.12% sans alcool (sous OM). - La gencive est nettoyée grâce à des compresses de gazes imbibées de chlorhexidine autour des doigts du soignant. - Une brosse inter-dentale trempée dans une solution de chlorhexidine est utilisée. - Une pâte de fluor de sodium 1.1% (sous OM) est appliquée en petite quantité sur la surface des dents à l'aide d'un coton-tige. Le résident ne doit ni boire ni manger durant 30 minutes après l'application. <p>Le protocole pour les dentiers ou prothèses partielles est légèrement différent :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les dents sont nettoyées avec une brosse à dent douce sous l'eau courante. - La gencive est nettoyée grâce à des compresses de gazes imbibées de chlorhexidine autour des doigts du soignant. <p>Après 6 semaines, la chlorhexidine est remplacée soit avec de l'eau, une solution de rinçage avec polymères sans alcool ou un dentifrice.</p> <p>Les attitudes centrées sur la personne enseignées au personnel sont les suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Créer un lien avant le soin - Ajuster l'environnement physique - Approcher d'une manière calme et constante le résident - Utiliser le contact visuel, des mouvements lents, un toucher doux - Expliquer le soin avant de l'effectuer - Réconforter verbalement le résident - Adapter le degré d'assistance aux capacités et aux désirs de l'individu - Avoir une flexibilité temporelle <p>Sur l'un des sites, la période d'étude s'est prolongée de 6 mois afin d'obtenir des informations préliminaires sur les résultats à long terme. Un formateur est venu rendre visite mensuellement au personnel soignant des EMS et il était disponible pour des consultations téléphoniques.</p>
<p>Considérations éthiques</p>	<p>L'étude a été approuvée par le comité d'examen institutionnel de l'Université de Caroline du Nord à Chapel Hill. L'article cite également le consentement des patients comme considération éthique.</p>

Résultats Traitement/Analyse des données	<p>Les données ont été analysées à l'aide de statistiques descriptives, de fréquences, de moyennes et d'écart-types. Des modèles mixtes ont été utilisés pour déterminer si les moyennes des scores des résultats post-interventionnels obtenus ont été significativement différentes des valeurs initiales. L'effet aléatoire concerne le résident et les effets fixes concernent la période (données de base, 8 semaines de suivi et 6 mois de suivi), les EMS et l'interaction des EMS avec les périodes. Le résident permet, en étant une valeur aléatoire, d'ajuster les différentes mesures sur chaque résident alors que les effets fixes pour la période permettent de tester le changement dans les résultats post-interventionnels.</p> <p>Le nombre d'interventions a été calculé dans les enregistrements des aides-infirmières afin de tester si le changement dans les résultats de soins dentaires variait en fonction des soins reçus. Les modèles mixtes linéaires ont été estimés avec des effets fixes pour la période et l'interaction de la période avec le nombre d'interventions réalisées.</p>
Présentation des résultats	<p>Les caractéristiques des patients sont présentées sous forme de tableau : toutes les aides-infirmières diplômées étaient des femmes, avec des âges et des années de travail variables entre les EMS. La moyenne d'âge des résidents était de 79 ans avec 75% de femmes ; 33% des résidents présentaient une démence de type moyenne. 52% présentaient une démence modérée à sévère et 60% étaient totalement dépendants dans les soins bucco-dentaires en début d'étude.</p> <p>La différence pour le nettoyage de la surface externe des dents était moindre : 90% de la surface était nettoyée avant et après les interventions. Cependant pour ce qui est de la surface intérieure, une différence très significative a été calculée sur la surface supérieure interne (33% à 80% après les interventions, $p<0.001$). Le nettoyage inter-dentaire qui ne se faisait jamais avant les interventions a augmenté jusqu'à être présent à 80% pour la mâchoire supérieure et à 91% pour la mâchoire inférieure, ce qui représente un résultat très significatif pour les deux ($p<0.001$). Le temps de soins bucco-dentaires a augmenté de 3,2 à 6,7 minutes de manière très significative ($p<0.001$).</p> <p>Au niveau des indicateurs, les résultats ont été significatifs pour le PI-LTC ($p<0.001$), le DPI ($p=0.04$) et le GI-LTC ($p=0.001$). Au niveau du MDS, les résultats n'étaient pas significatifs pour l'item de l'inflammation de la gencive ($p=0.96$) ainsi que pour la consommation de nourriture ($p=0.55$).</p> <p>La relation entre les résultats de l'hygiène buccale et de la régularité des soins dentaires a également été mesurée à l'aide de corrélations entre la régularité des soins et l'amélioration des résultats des différents items des outils de mesures. La relation entre la régularité des soins et l'amélioration des résultats dans le GI-LTC étaient pour les surfaces linguales des dents de 0.36 ($p=0.01$) et de 0.45 ($p>0.001$) pour les surfaces buccales des dents. Les corrélations avec les résultats du PI-LTC étaient de 0.34 ($p=0.01$) pour les surfaces linguales des dents et de 0.37 ($p=0.002$) pour les surfaces buccales des dents. Un seul des résultats n'était pas significatif : il s'agissait de la corrélation entre la régularité des soins et l'amélioration des scores du DPI.</p>
Discussion Interprétation des résultats	<p>Cette étude a permis de démontrer l'importance de soins centrés sur la personne en utilisant des produits et des techniques de soins bucco-dentaires issus de données probantes. Au début de l'étude, le lavage de certaines parties des dents ne se faisait pas ; les soins bucco-dentaires prenaient alors moins de temps. Effectivement, après les interventions, la durée des soins dentaires est passée de 3,5 à 6,7 minutes, ce qui peut engendrer un frein dans la pratique. Un autre aspect de cette étude a relevé la nécessité d'avoir du personnel entraîné à détecter les changements au niveau de la cavité buccale. L'outil MDS ne peut le faire correctement. Cette nécessité est d'autant plus importante pour la qualité de l'évaluation des changements bucco-dentaires ainsi que pour les assurances de santé.</p>

	<p>Même avec les conditions de l'étude, l'hygiène dentaire n'a pas pu être effectuée quotidiennement. Plusieurs facteurs comme le refus du résident ou l'absence des aides-infirmières étaient des obstacles aux soins. La barrière principale provenait des aides-infirmières diplômées. En effet, les soins prodigés n'étaient pas constants ; l'absentéisme des aides-infirmières et la rotation du personnel en étaient les principales causes. Aux vues du temps pris pour l'hygiène buccale, la question amenée par les auteurs est la suivante : est-ce nécessaire de donner des soins bucco-dentaires aux résidents quotidiennement ? Bien que cette étude n'ait pas pour but de répondre à cette question, les corrélations effectuées ont permis de suggérer certaines pistes de réponses. Les dentiers n'auraient pas besoin d'être lavés minutieusement chaque jour. Cependant, les experts recommandent de les rincer et de les laisser tremper au minimum 4 heures dans de l'eau afin de prévenir la détérioration des gencives. Afin de diminuer au maximum les plaques dentaires et les inflammations de la gencive, il faudrait tout de même effectuer des soins quotidiens. D'autres études sont nécessaires pour déterminer la fréquence et l'intensité des soins nécessaires pour réduire les risques d'aspiration pulmonaire et améliorer les résultats de soins : c'est-à-dire un meilleur ratio coût/bénéfice.</p> <p>L'étude a décidé de spécialiser deux aides-infirmières. Cette décision a été prise en fonction des études antérieures qui ont démontré qu'une soignante spécialisée dans les soins bucco-dentaires fournissait de meilleurs soins. De plus, cette décision s'est appuyée sur le fait que la prise en charge d'une personne présentant des troubles cognitifs et du comportement nécessite des connaissances particulières. Au-delà des besoins cliniques, le fait d'avoir une aide-infirmière formée à ces soins permettrait d'améliorer la motivation des autres aides-infirmières. Ce rôle peu coûteux diminuerait également les hospitalisations causées par une pneumonie, conséquence d'une mauvaise hygiène buccale. Cependant, plusieurs barrières existent comme la compartimentation des coûts dans le système de paiement ainsi que la réticence des directeurs d'EMS et des politiciens à fragmenter les services. D'autres études sont nécessaires afin de déterminer quelle approche permet le meilleur ratio coût/bénéfices dans les soins bucco-dentaires.</p>
Forces et limites	<p>Le choix de former une aide-infirmière a permis de confirmer l'intérêt vis-à-vis de ce rôle dans l'amélioration des soins. Cela a présenté plusieurs bénéfices, explicités plus haut. Cependant, cette étude comporte aussi des limites. En effet, les soins bucco-dentaires n'ont pas pu être réalisés quotidiennement ; l'absentéisme et la rotation du personnel en étaient la cause principale.</p> <p>De plus, deux questions restent à clarifier : « À quelle fréquence faut-il réaliser un lavage rigoureux des dents afin de diminuer l'aspiration pulmonaire et améliorer les autres résultats de soins ? » et « À quelle intensité et fréquence, les soins dentaires produisent le meilleure ratio coûts-bénéfices ? ».</p>
Conséquences et recommandations	<p>Cette étude démontre que l'approche centrée sur la personne associée à l'utilisation de produits et de techniques issue des données probantes peut améliorer de manière significative les résultats au niveau des indicateurs bucco-dentaires. Bien que le MDS ne puisse pas détecter de manière significative les changements cliniques, il est important de l'expliquer à un soignant et de l'utiliser car il permet d'assurer la qualité du suivi.</p> <p>Une question ressort sur la nécessité de réaliser les soins bucco-dentaires quotidiennement. Cette question se pose à cause du temps que demande la réalisation de ce soin. Il est suggéré que les prothèses dentaires soient rincées et immergées pendant au minimum 4 heures par jour afin de maintenir une bonne santé pour les gencives. De plus, les auteurs décrivent que la réalisation des soins bucco-dentaires quotidiens permet de réduire au maximum l'apparition de plaques dentaires et de gingivites.</p> <p>Il est important d'avoir des soignantes spécialisées dans les soins dentaires afin d'augmenter le niveau global de compétences de l'équipe soignante.</p>

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.

Grilles de lecture et de résumé de Sonde et al. (2011)

Eléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
Références complètes	Sonde, L., Emami, A., Kiljunen, H., & Nordenram, G. (2011). Care providers' perceptions of the importance of oral care and its performance within everyday caregiving for nursing home residents with dementia: Care providers' perceptions of oral care. Scandinavian Journal of Caring Sciences, 25(1), 92-99. Doi : 10.1111/j.1471-6712.2010.00795.x				
Titre	Précise-t-il clairement les concepts et la population à l'étude ?	X			Le titre précise la population choisie, soit les membres de l'équipe soignante qui effectuent des soins bucco-dentaires quotidiennement chez des personnes âgées institutionnalisées atteintes de démences.
Résumé	Synthétise-t-il clairement les grandes lignes de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?	X			Le résumé nous permet de comprendre le but de l'étude qui est de découvrir les perceptions du personnel soignant par rapport aux soins bucco-dentaires chez les personnes âgées atteintes de démence ainsi que de décrire leur rôle. La méthode, les résultats et la discussion sont mentionnés dans le résumé, ce qui permet de comprendre les grandes lignes de l'article et son contenu.
Introduction Problème de recherche	Le problème ou phénomène à l'étude est-il clairement formulé et placé en contexte ?	X			Le problème de l'étude est lié au vieillissement de la population et à ses conséquences sur les soins bucco-dentaires. En effet, ces soins deviennent de plus en plus importants, car l'extraction dentaire totale se fait de moins en moins alors que la restauration des dents naturelles s'effectue de plus en plus. De plus, les personnes âgées développent de plus en plus de démence.
Recension des écrits	Présente-t-elle l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème étudié ?	X			Les auteurs mentionnent différentes études tout au long du travail. La littérature fait état que les soins bucco-dentaires sont souvent négligés dans les institutions, ce qui engendre des conséquences néfastes pour la santé et le bien-être du résident. De plus, la réalisation de ces soins se complique à cause de différents facteurs (manque d'observance du traitement, faible priorité de ces soins accordée par les soignants, ...). Le manque de temps, de

					personnel et de volonté, ainsi que les refus des résidents rendent ces soins difficiles.
Cadre théorique ou conceptuel	La base philosophique/le cadre conceptuel/le cadre théorique sont-ils définis ?		X		Le cadre conceptuel n'est pas mentionné dans cet article. Cependant, certains résultats laissent entendre un aspect de caring.
Question de recherche/buts	La question de recherche/les buts sont-ils clairement formulés ?	X			L'objectif de cette étude est mentionné à la fin de l'introduction. Le but était de décrire le rôle des prestataires de soins dans la prise en charge de la maladie d'Alzheimer. De plus, l'étude visait à comprendre les perceptions et raisonnements des infirmières quant aux soins bucco-dentaires.
Méthodes Devis de recherche	Le devis de recherche est-il explicité ?	X			Le devis de recherche qualitatif est mentionné dans le texte. L'étude s'intéresse aux perceptions des soignants quant aux soins bucco-dentaires.
	Y'a-t-il une adéquation entre le devis de recherche et le phénomène/problème à l'étude ?	X			Le devis de recherche est justifié dans cet article, car le but de l'article était de comprendre ce que les soignants pensaient des soins bucco-dentaires. Les auteurs ont alors pu comprendre la vision des soignants par rapport à ces soins, mais aussi les problèmes qui en découlent (partage de responsabilité peu clair).
Population, échantillon et contexte	La population à l'étude est-elle définie de façon précise ?	X			Deux groupes de soignants ont été interrogés ; les participants venaient de 4 établissements médico-sociaux (EMS) situés à Stockholm. Le 1 ^{er} groupe comprenait neuf soignants (infirmières diplômées, aides-soignants) travaillant depuis au moins un an avec des personnes âgées atteintes de démences. Le 2 ^{ème} groupe ne comprenait que quatre infirmières diplômées des quatre EMS.
	L'échantillon est-il décrit de façon détaillée ?	X			Les personnes interviewées étaient d'âges différents mais travaillaient toutes avec des personnes âgées institutionnalisées atteintes de démence. Les caractéristiques des participants ont été résumées dans un tableau (nombre d'années d'expériences dans les soins, nombre d'années d'expériences avec les personnes âgées

				démentes ou non, âge, nom du titre professionnel et genre).
Méthode de collecte des données	Les méthodes de collecte des données sont-elles explicites (où, quand, avec qui, saturation, enregistrement, transcription) ?	X		Deux sous-études ont été réalisées pour répondre aux objectifs de l'étude. L'un des auteurs a réalisé les interviews avec l'aide d'une infirmière spécialisée dans la prise en charge de patients démentis mais ne travaillant pas dans l'un des quatre EMS retenu pour l'étude. L'interview, sous forme de dialogue, des participants de la 1 ^{ère} sous-étude avait pour but de comprendre leur perception et l'importance qu'ils donnaient aux soins bucco-dentaires. La 2 ^{ème} sous-étude avait pour but de recueillir les informations concernant le partage de la responsabilité des soins bucco-dentaires entre les infirmières et les soignants. Chaque interview des deux sous-études a été enregistrée puis retranscrite.
Déroulement de l'étude	Le déroulement de l'étude est-il décrit clairement ?		X	Il n'est pas mentionné dans cet article quand l'étude a été réalisée. Les informations sur le déroulement ne sont pas complètes ; le but, le genre de questions et les participants sont mentionnés, mais les questions posées ne sont pas mentionnées. Une fois les interviews réalisées et retranscrites, les auteurs les ont catégorisées en plusieurs thématiques. Elles sont présentées dans un tableau.
Considérations éthiques	A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?	X		Les interviews étaient toutes anonymes. L'étude a été approuvée par le comité d'éthique local car elle est conforme aux normes de la déclaration d'Helsinki. De plus, le comité d'éthique de l'Institut Karolinska de Stockholm l'a aussi approuvée.
Résultats Traitement/ Analyse des données	L'analyse des données est-elle détaillée ?	X		Les résultats de l'analyse des entretiens réalisés et retranscrits de la 1 ^{ère} sous-étude ont permis de relever trois thèmes principaux : art de prodiguer des soins, barrières et les stratégies de traitement. Les trois thèmes sont par la suite détaillés.

					Les résultats de la 2 ^{ème} sous-étude se portaient sur les déclarations des infirmières diplômées concernant les effets des soins bucco-dentaires, mais aussi la responsabilité et l'information nécessaire à ces soins. Ces thèmes sont détaillés dans le paragraphe.
Présentation des résultats	Des moyens pour assurer la rigueur scientifique et la crédibilité des données ont-ils été utilisés ?	X			Les données des deux sous-études ont été analysées au moyen d'une analyse qualitative du contenu selon les critères de Graneheim et de la Lundman.
	Le résumé des résultats est-il compréhensible et contient-il des extraits rapportés (verbatim) ?	X			Le paragraphe des résultats ne comprend pas de citations, mais les extraits rapportés sont présentés dans un tableau.
	Les thèmes ou les modèles représentent-ils de façon logique le phénomène ?	X			Les résultats mentionnés dans cet article sont en lien avec la problématique qui est le vieillissement de la population et les soins bucco-dentaires qui en découlent. Les résultats permettent au lecteur de se rendre compte de l'importance de ces soins, mais aussi des barrières, des stratégies et du partage de la responsabilité qui en découlent.
	L'auteur a-t-il fait évaluer les données aux participants ou par des experts ?			X	Il n'est pas mentionné que les auteurs ont fait évaluer les données par les participants ou les experts. Cependant, ces données répondent aux critères de Graneheim et Lundman.
Discussion Interprétation des résultats	Les principaux résultats sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures ?	X			Les auteurs mentionnent dans ce paragraphe que les soins bucco-dentaires sont nécessaires pour les personnes atteintes de démence, étant donné les effets néfastes d'une mauvaise hygiène buccale rapportés par d'autres études. Le maintien d'une bonne hygiène bucco-dentaire est discuté et est problématique dans plusieurs pays selon la littérature. Plusieurs études abordent la responsabilité et la nécessité de réaliser ces soins. De plus, l'utilisation d'un outil d'évaluation est rapportée. Les chercheurs ont constaté un manque de guidelines dans ce domaine.
	Soulève-t-on la question de la transférabilité des conclusions ?	X			Cette étude a permis de mettre en évidence que l'utilisation d'un outil d'évaluation de l'hygiène bucco-

					dentaire pourrait être utilisé par les infirmières (Revised Oral Assessment Guide ROAG).
Conséquences et recommandations	Les chercheurs présentent-ils des conséquences/recommandations pour la pratique et les recherches futures ?	X			<p>Les auteurs préconisent une mise en place de protocoles communs pour pouvoir assurer la qualité des soins bucco-dentaires.</p> <p>L'utilisation d'un outil d'évaluation de l'hygiène bucco-dentaire est recommandée, afin de quantifier l'état bucco-dentaire des résidents et de fournir des informations aux autres professionnels permettant ainsi d'assurer le suivi des soins.</p> <p>Les conclusions tirées par l'étude peuvent être considérées comme un point de départ pour les recherches futures.</p>
Eléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
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 permet au lecteur de mieux comprendre la perception de plusieurs soignants quant à ces soins. Il est structuré et permet une analyse détaillée.
Commentaires :	Cet article nous permet de cibler les problématiques possibles au sein d'une équipe. La responsabilité des soins bucco-dentaires n'est pas toujours claire pour les soignants. De plus, des barrières sont mises en évidence comme le manque de temps et de connaissances quant à ces soins. Le partage de la responsabilité de ces soins est aussi une barrière à leur réalisation. Comparativement aux autres articles retenus, celui-ci nous donne un autre point de vue des aspects qui freinent la qualité des soins bucco-dentaires chez les personnes démentes.				

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.

Eléments du rapport	Contenu de l'article
----------------------------	-----------------------------

Références complètes	Sonde, L., Emami, A., Kiljunen, H., & Nordenram, G. (2011). Care providers' perceptions of the importance of oral care and its performance within everyday caregiving for nursing home residents with dementia: Care providers' perceptions of oral care. <i>Scandinavian Journal of Caring Sciences</i> , 25(1), 92-99. Doi : 10.1111/j.1471-6712.2010.00795.x
Introduction Problème de recherche	En Suède, la population âgée devient de plus en plus importante. L'amélioration des conditions de vie ont un impact sur leurs perceptions de la santé et leurs comportements. Ceci se traduit aussi au niveau bucco-dentaire ; l'extraction dentaire totale se fait de moins en moins et la proportion de personnes âgées ayant toujours leurs dents naturelles restaurées avec des couronnes ou implants augmente. Ceci nécessite de maintenir une hygiène dentaire tout au long de la vie mais cela nécessite aussi d'avoir une hygiène bucco-dentaire adéquate. Les soins bucco-dentaires réalisés dans les institutions sont généralement compliqués en raison du nombre de prévalence de la maladie d'Alzheimer ou autres troubles cognitifs chez les résidents.
Recension des écrits	Beaucoup de personnes âgées deviennent dépendantes et ont recours à des soins, ce qui peut être un risque pour leur hygiène dentaire s'ils ne sont pas effectués. Plusieurs études ont démontré que les soins bucco-dentaires sont souvent négligés par les soignants. La négligence de ces soins peut engendrer des répercussions sur la capacité de manger, le changement de poids, la nutrition, les problèmes de comportements, d'apparence et d'interactions sociales. Le maintien d'une bonne hygiène bucco-dentaire pour les personnes âgées démentes est nécessaire pour assurer leur qualité de vie, mais aussi pour répondre à leurs besoins et pour prévenir les infections et maladies bucco-dentaires. Dans les institutions, le niveau de démence modérée ou sévère des résidents peut avoir un effet délétère sur leur santé ; la réalisation des soins bucco-dentaires se complique à cause de différents facteurs (manque d'observance du traitement, faible priorité de ces soins accordée par les soignants, ...). Le manque de temps, de personnel et de volonté, ainsi que les refus des résidents rendent la réalisation de ces soins difficiles. Les participants de cette étude sont des soignants travaillant dans des unités spécialisées dans la démence d'Alzheimer. Les unités étaient situées dans quatre quartiers différents de la vie de Stockholm. Les membres de l'équipe ont été informés oralement et par écrit du sujet de l'étude et de la façon dont elle allait être réalisée.
Cadre théorique ou conceptuel	Le cadre théorique ou conceptuel n'est pas clairement explicité dans cet article. Cependant, la qualité des soins est un concept sous-entendu. De plus, les résultats obtenus sur les perceptions des soignants laissent entendre une vision de caring.
Question de recherche/buts	L'objectif de cet article était de décrire le rôle des prestataires de soins dans la prise en charge de la maladie d'Alzheimer, ainsi que la perception et le raisonnement découlant des soins bucco-dentaires des infirmières en lien avec leurs responsabilités et la vie quotidienne des résidents.

Méthodes Devis de recherche	C'est une étude qualitative car elle s'intéresse à la perception des soignants quant à la réalisation des soins bucco-dentaires chez les résidents institutionnalisés en Suède. Des interviews ont été réalisées auprès de soignants des différentes institutions.
Population, échantillon et contexte	Deux groupes ont été formés. Dans la 1 ^{er} sous-groupe, l'échantillon comprenait 9 personnes qui travaillaient depuis au moins un an avec des personnes âgées démentes. Ces personnes avaient un poste différent dans l'institution (infirmière diplômée, aide-infirmière). Dans le 2 ^{ème} sous-groupe, une personne de chaque unité à décider de participer ; au total, quatre infirmières diplômées ont participé à la 2 ^{ème} discussion. Le personnel, qui a décidé de participer à l'étude, a été informé oralement et par écrit du but de l'étude et de la façon dont elle serait menée. La participation du personnel soignant était volontaire ; chacun pouvait sans autre se retirer de l'étude à tout moment, sans devoir se justifier.
Méthode de collecte des données	Deux sous-groupes ont été formés et étudiés indépendamment pour pouvoir saisir tous les objectifs. Dans le 1 ^{er} sous-groupe, une discussion avec les prestataires de soins a été réalisée ; dans le 2 ^{ème} sous-groupe, un entretien avec les infirmières diplômées des différentes zones de la ville de Stockholm a été effectué. L'un des auteurs a procédé aux interviews des participants avec l'aide d'une infirmière diplômée spécialisée dans la prise en charge des patients déments. Cette infirmière n'avait aucun lien avec les résidents des institutions sélectionnées pour l'étude.
Déroulement de l'étude	Le but de 1 ^{er} sous-groupe était d'examiner les perceptions et le raisonnement des prestataires de soins quant à l'importance des soins bucco-dentaires. Les données de cette sous-étude ont été recueillies lors de discussions en groupe. Cette méthode a été jugée appropriée pour pouvoir étudier les points de vue et les opinions des participants. Les entrevues ont été enregistrées et retranscrites pour l'analyse ; l'interviewer a mené les entretiens sous une forme de dialogue ; il les a encouragés à partager leurs perceptions, sentiments et points de vue sur le sens de l'hygiène bucco-dentaire, ainsi que leurs expériences et connaissances sur ce thème. Le but du 2 ^{ème} sous-groupe était d'éclairer la façon dont les infirmières diplômées raisonnaient par rapport à leurs responsabilités lors des soins bucco-dentaires quotidiens. Pour se faire, des entrevues semi-structurées ont été réalisées avec les quatre infirmières diplômées. Ces interviews ont été réalisées à un moment donné et à un endroit déterminé par l'intervieweur. Chaque entrevue a été enregistrée et retranscrite par la suite. Une fois les interviews réalisées et retranscrites, les auteurs les ont relues phrase par phrase et ont souligné ce qui était le plus pertinent pour leur étude. Dans le 1 ^{er} sous-groupe, les résultats ont été classés en sous-thèmes (respect de la personne, bien-être des résidents, savoirs sur la démence, manque de temps, refus des patients, comment réaliser les soins ?) avec les expressions les plus

	<p>marquantes pour pouvoir les classer ensuite dans trois thèmes principaux (art de prendre soins, barrières, stratégies pour le traitement).</p> <p>Dans le 2^{ème} sous-groupe, les sous-thèmes mentionnés par les infirmières étaient : les effets positifs ou négatifs de l'hygiène bucco-dentaire, la réalisation des soins, le partage de la responsabilité, les limites de ces soins, la routine, la communication entre les infirmières, les autres soignants et les résidents. Ces sous-thèmes étaient reliés à des thèmes principaux qui étaient : le prendre soin, la responsabilité de ces soins, l'information.</p>
Considérations éthiques	<p>L'étude a été approuvée par le comité d'éthique local car elle est conforme aux normes de la déclaration d'Helsinki, ainsi que par le comité d'éthique de l'Institut Karolinska à Stockholm.</p>
Résultats Traitement/ Analyse des données	<p>Les données des deux sous-études ont été analysées au moyen d'une analyse qualitative du contenu selon les critères de Graneheim et de la Lundman. Les entrevues retranscrites ont été lues et analysées pour relever ce qui était pertinent pour le but de cette étude.</p> <p>Les expressions ou déclarations remarquées dans les entretiens retranscrits ont pu être classées selon des sous-thèmes qui étaient directement reliés aux thèmes principaux (cités ci-dessus).</p>
Présentation des résultats	<p>Les résultats présentés concernaient en premier lieu le 1^{er} sous-groupe.</p> <p>L'analyse des textes a relevé trois thèmes importants qui sont : l'art de prodiguer des soins, les obstacles rencontrés et les stratégies pour y remédier.</p> <p>Le thème de l'art de prodiguer des soins a été discuté sous trois angles principaux : l'intégrité des patients, leur bien-être et les connaissances du personnel sur la démence. Les soignants ont mentionné que l'intégrité du patient implique de voir le patient comme une personne ; ils avaient alors une vision holistique des soins de la vie quotidienne (soins bucco-dentaires compris). Une bonne hygiène bucco-dentaire contribue au bien-être de l'individu, aspect central de ce thème. Les personnes interviewées ont aussi mis l'accent sur l'importance de bien connaître la maladie d'Alzheimer et les démences sous-jacentes ; des exemples de la manière dont ils ont adapté leurs actions suivant les symptômes et handicaps de la maladie, ont été donnés.</p> <p>Les résultats ont démontré des obstacles à la réalisation des soins bucco-dentaires. Les obstacles relatés par les soignants ont pu être classés en deux sous-thèmes : le temps limité et le refus des patients. Les soignants ont relaté qu'il était difficile d'aider les personnes qui sont lentes et qu'il leur fallait du temps pour bien les comprendre. Ils ont expliqué que, par manque de temps, ils préféraient prendre la relève au fur et à mesure du soin, au lieu de laisser le patient le réaliser soi-même. Ils ont souligné que ce manque de temps entraînait une frustration pour eux, car ils étaient dans l'incapacité d'accomplir leur devoir dans le calme. Les stratégies utilisées lors d'un refus d'un résident ont alors été discutées en groupe. Certaines personnes disaient qu'il ne fallait pas abandonner, mais plutôt persuader le résident à réaliser le soin.</p>

	<p>D'autres personnes préféreraient abandonner lorsqu'ils rencontraient une grande résistance. Des stratégies ont alors été proposées lors des discussions. La prise en charge du résident par deux soignants a été mentionnée, ainsi que l'utilisation de moyens de protections lors de l'ouverture de la bouche du résident pour éviter la morsure. Mais beaucoup estimaient que lorsqu'un patient refusait les soins, il ne fallait pas insister et le documenter. Trois stratégies sont alors ressorties des discussions : avoir de la patience pour essayer d'assurer l'hygiène bucco-dentaire, réaliser le soin avec de l'aide ou abandonner et noter ce fait dans le dossier du patient.</p> <p>Les résultats du 2^{ème} sous-groupe sont aussi présentés.</p> <p>Les déclarations des quatre infirmières diplômées concernaient les effets de l'hygiène bucco-dentaire et la manière dont les soins devraient être pratiqués. Les infirmières ont reconnu qu'une bonne hygiène bucco-dentaire était importante pour la nutrition du patient, la communication et l'appétit. Elles savaient qu'une mauvaise hygiène pouvait avoir des effets néfastes sur la santé. Pour elles, une cavité buccale saine et indolore participait alors au bien-être du résident.</p> <p>Le thème de la responsabilité lors des soins bucco-dentaires se divisait en deux sous-thèmes : le partage des responsabilités et les frontières entre la santé et les soins réalisés.</p> <p>Le partage de la responsabilité différait entre les infirmières. Certaines personnes estimaient que l'hygiène bucco-dentaire faisait partie des soins de base et qu'ils étaient de la responsabilité du soignant qui effectue le soin. D'autres infirmières estimaient qu'elles étaient les seules à pouvoir effectuer les soins car elles étaient chargées de donner les instructions. Chaque soignant a déclaré que lorsqu'il recevait un rapport d'une infirmière diplômée en ce qui concerne les soins bucco-dentaires, il inspectait la cavité buccale du résident.</p> <p>Plusieurs infirmières ont reporté la responsabilité de chaque soignant quant à la réalisation des soins bucco-dentaires et de son évaluation. En cas de détérioration de l'hygiène buccale, il était de la responsabilité du soignant d'informer l'infirmière, créant ainsi un lien de confiance entre les deux professionnels. Cependant, les infirmières gardaient un sentiment de responsabilité lorsque les résidents présentaient une maladie buccale ou un risque d'en développer.</p> <p>Le thème de l'information abordé lors des rencontres était divisé en deux thèmes : la routine et la communication. Les infirmières responsables pensaient que les proches aidants des résidents devaient les informer de leurs habitudes au niveau des soins bucco-dentaires et leur dire quels produits ils utilisaient. Cependant, elles mentionnaient que ces informations n'étaient échangées seulement qu'en cas de problèmes.</p> <p>Les infirmières pensaient qu'elles pourraient informer les résidents sur l'importance des soins bucco-dentaires et agender des rendez-vous réguliers chez le dentiste (consultation gratuite au home pour un examen dentaire et des conseils) lors de leur institutionnalisation.</p>
Discussion Interprétation des résultats	<p>Les résultats relevés ont permis de remarquer que le personnel interviewé était bien informé de l'importance d'une bonne hygiène bucco-dentaire pour la santé et le bien-être des résidents. Ils semblaient au courant des conséquences qui</p>

pouvaient survenir chez les personnes âgées démentes t ont déclaré qu'ils utilisaient différentes stratégies en cas de problèmes.

Les auteurs ont effectué trois constatations suite aux discussions : la définition de la responsabilité des soignants qui réalisaient les soins bucco-dentaires quotidiens, l'absence de lignes directrices pour l'hygiène buccale et l'absence de lignes directrices pour le partage d'informations entre les différents professionnels.

Les auteurs relatent qu'un manque de connaissances sur l'hygiène bucco-dentaire engendre des répercussions néfastes sur la santé bucco-dentaire des personnes âgées démentes institutionnalisées. Le maintien d'une bonne hygiène dentaire semble problématique dans différents pays à cause de différents aspects : moins d'attrait pour la réalisation de ces soins, une charge de travail importante, un manque de ressources et de savoirs pour réaliser ces soins, ainsi qu'un manque de coopération des résidents.

L'étude a révélé que la responsabilité de ces soins devait être clarifiée. Les infirmières ne pensaient pas être les seules responsables des soins bucco-dentaires. Elles estimaient que la responsabilité de ces soins était répartie entre les différents professionnels, car elles n'étaient pas les seules à effectuer les soins bucco-dentaires. Cependant, elles relevaient que l'observation des symptômes d'une maladie bucco-dentaire, la responsabilité de la diagnostiquer ou d'élaborer des solutions, étaient des tâches confiées aux infirmières.

En Suède, la responsabilité des soins généraux dispensées dans les EMS est régie par la Loi sur le service social (Social Services Act) tandis que les soins infirmiers le sont par le Conseil médical du Canada (Medical Services Act). Les auteurs pensent que la confusion entre ces deux services pourrait être une explication des différentes opinions sur la responsabilité des membres de l'équipe.

D'autres études ont mentionné que dans la plupart des établissements, les infirmières participaient d'avantage aux évaluations bucco-dentaires des résidents, alors que ces soins étaient généralement réalisés par d'autres membres de l'équipe soignante.

Dans cette étude suédoise, les auteurs ont relevé que les aides-soignants, qui avaient moins de connaissances sur l'hygiène bucco-dentaire, trouvaient que les soins bucco-dentaires étaient plus répugnantes à réaliser que d'autres activités de la vie quotidienne (AVQ).

Les personnes interviewées lors de cette étude ont fait état d'un manque de régularité dans la prestation de ces soins. Aucun instrument n'était utilisé pour évaluer le suivi bucco-dentaire des résidents ; le miroir buccal, instrument fréquemment utilisé pour évaluer l'hygiène dentaire dans des études antérieures, n'était pas utilisé dans cette étude. L'utilisation d'un outil d'évaluation permettrait d'évaluer l'état de la bouche des résidents, mais aussi d'améliorer la communication entre les différents soignants. Par exemple, aux Etats-Unis, les infirmières doivent évaluer l'état bucco-dentaire des nouveaux résidents admis à l'aide du guide révisé de l'évaluation buccale (Revised Oral Assessment Guide ROAG).

	L'absence de protocoles concernant les soins bucco-dentaires a aussi été identifiée dans d'autres études. Il faudra alors effectuer un travail dans ce domaine pour assurer la qualité des soins.
Forces et limites	<p>Plusieurs études confirment que l'utilisation d'un outil d'évaluation commun par le personnel soignant permettrait de quantifier l'état buccal des résidents et permettrait de fournir des informations aux autres professionnels.</p> <p>De plus, dans cette étude, la définition des rôles et la responsabilité de chaque membre de l'équipe manquaient de clarté pour l'équipe soignante. Une étude antérieure a souligné le même problème aux Etats-Unis. Cependant, d'autres études ont relaté que les prestations de soins bucco-dentaires dans les EMS étaient souvent du domaine et de la responsabilité des aides-infirmières.</p> <p>Plusieurs études ont démontré qu'il était important de soutenir et d'encourager le personnel soignant à fournir des soins dentaires continus. De plus, une séance de formation pour les soignants a permis d'améliorer leurs attitudes et comportements lors de la réalisation des bucco-dentaires auprès des résidents. Il est donc important de donner des explications et des conseils à l'équipe soignante.</p>
Conséquences et recommandations	L'importance de l'évaluation de l'hygiène buccale est mentionnée à plusieurs reprises par les auteurs. Un outil d'évaluation commun permettrait alors d'informer les autres membres de l'équipe et d'assurer le suivi et la réalisation des soins chez le résident dément. Les conclusions tirées par cette étude doivent être considérées comme un point de départ pour des recherches futures qui sont nécessaires à la qualité des soins.
Commentaires	

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 et de résumé de Wilson et al. (2013)

Eléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
Références complètes	Wilson, R., Rochon, E., Mihailidis, A., & Leonard, C. (2013). Quantitative analysis of formal caregivers' use of communication strategies while assisting individuals with moderate and severe Alzheimer's disease during oral care. <i>Journal of Communication Disorders</i> , 46(3), 249-263. Doi : 10.1016/j.jcomdis.2013.01.004				
Titre	Précise-t-il clairement le problème/les concepts/la population à l'étude ?	X			Le titre résume la population et le but de cette étude, qui concerne les stratégies de communication utilisées avec les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.
Résumé	Synthétise-t-il clairement les parties principales de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?			X	Le problème de recherche concerne l'augmentation importante du nombre de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ; il n'est pas mentionné dans le résumé. La méthode, les résultats principaux et une brève discussion des résultats sont réalisés dans le résumé. Les différents sous-thème du texte ne sont pas écrits dans le résumé, mais il est facilement compréhensible et permet de se rendre compte des différentes parties de l'étude.
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 concerne l'augmentation de la prévalence de la maladie d'Alzheimer et des nombreuses conséquences qui en découlent comme la détérioration de la mémoire, de l'orientation, du langage, de la vue et de la praxie. La personne devient alors de plus en plus dépendante dans les activités de la vie quotidienne (AVQ). Cet aspect est d'autant plus important chez les personnes malades institutionnalisées, car leur santé est fragile et si les soins bucco-dentaires ne sont pas réalisés correctement, beaucoup de conséquences en découlent (dénutrition, pneumonie par aspiration, maladies cardiovasculaires, diabète, isolement social, diminution de l'estime de soi).
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 littérature actuelle donne des pistes sur les stratégies efficaces de communication à utiliser avec les personnes démentes, mais les auteurs mentionnent qu'il est difficile de savoir lesquelles

					sont réellement utilisées, efficaces et conviennent le mieux aux résidents déments. De plus, les auteurs mentionnent qu'ils ont déjà réalisé une étude pour évaluer les stratégies de communication utilisées avec la même population mais lors du lavage de mains. Ils cherchaient alors à savoir si les résultats obtenus seraient comparables à cette nouvelle étude.
Cadre théorique ou conceptuel	Les principales théories et concepts sont-ils définis ? Y-a-t-il une théorie infirmière ?		X		Le cadre conceptuel n'est pas explicité clairement dans le texte. La qualité des soins est un concept qui est sous-entendu dans ce texte. Cette étude vise à améliorer la qualité des soins en apportant des techniques de communication aux personnes démentes.
Hypothèses/question de recherche/buts	Les hypothèses, question de recherche et buts sont-ils clairement formulés ?	X			Le but de la recherche est mentionné dans l'introduction et est d'évaluer l'utilisation de stratégies de communication qu'utilisent les soignants avec les résidents atteints d'Alzheimer (stade modéré ou sévère) durant le nettoyage des dents. Les auteurs ont émis l'hypothèse que les soignants utiliseraient des stratégies de communication semblables à celles utilisées lors de l'étude réalisée sur le lavage de main. Ces stratégies comprendraient l'instruction directe, la paraphrase, les questions fermées, l'encouragement, l'utilisation du prénom du résident et le pointage d'un objet. De plus, les auteurs pensaient que les soignants adapteraient leur vitesse d'élocution et leurs stratégies de communication en fonction du stade de la maladie d'Alzheimer du résident.
Méthodes Devis de recherche	Le devis de recherche est-il explicité ? Si non, qu'en diriez-vous ?	X			Le devis de recherche de cette étude d'observation transversale est de type quantitatif.
Population, échantillon et contexte	La population à l'étude est-elle définie de façon précise ?	X			Les participants de l'étude (résidents déments et soignants) se trouvaient dans deux établissements de la région de Toronto. Les auteurs ont utilisé la procédure d'échantillonnage dirigée, non-aléatoire et fondée sur des critères de sélections. Cette méthode permet d'accéder à un sous-groupe particulier de la population et d'examiner un phénomène d'intérêt.

	L'échantillon est-il décrit de façon détaillée ?	X			<p>Pour participer à l'étude, les résidents devaient remplir certains critères : inscription du diagnostic de la maladie d'Alzheimer (stade modéré ou sévère) dans le dossier médical, être porteur d'au moins encore une dent naturelle, avoir besoin d'aide pour la réalisation des soins bucco-dentaires, avoir des bonnes connaissances en anglais, être institutionnalisées depuis le même nombre d'années et avoir suivi une durée de scolarité similaire. Si les résidents présentaient une démence non-spécifiée ou autre que celle d'Alzheimer, une dépression, une dépression, une psychose, un alcoolisme ou une toxicomanie, un déficit sensoriel non corrigé ou s'ils étaient devenus agressifs physiquement envers leurs soignants, ils ne pouvaient pas participer à l'étude. Les soignants devaient eux aussi remplir les critères suivants pour pouvoir participer à l'étude : ils devaient parler couramment l'anglais, travailler depuis au moins un an avec des personnes atteintes d'Alzheimer et s'être déjà occupés des résidents participant à l'étude.</p> <p>Au total, 13 résidents déments et 15 soignants ont participé à l'étude.</p> <p>Les participants devaient remplir un grand nombre de critères pour pouvoir participer à l'étude. Cela limite alors la taille de l'échantillon.</p>
	La taille de l'échantillon est-elle justifiée sur une base statistique ?	X			Il n'est pas mentionné dans le texte que la taille de l'échantillon se justifie sur une base statistique.
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	<p>Plusieurs outils ont été utilisés pour récolter les données nécessaires.</p> <p>Le Mini Mental State Examen (MMSE) a permis d'évaluer la gravité de la maladie d'Alzheimer des résidents participant à l'étude.</p> <p>L'inventaire des activités de la vie quotidienne (Alzheimer's Disease Cooperative Study-activities of Daily Living Inventory - Severe Impairment Version (ADCS-ALD)) a permis d'évaluer la capacité fonctionnelle des résidents souffrant d'un stade modéré</p>

					<p>ou sévère d'Alzheimer et ainsi, d'évaluer leurs capacités à effectuer divers AVQ.</p> <p>De plus, les soignants ont classé le niveau de participation de 19 AVQ du résident selon trois catégories : indépendant, avec guidance verbale ou avec aide totale.</p> <p>Chaque soin bucco-dentaire a été enregistré par caméra, afin de pouvoir analyser par la suite les stratégies de communication du soignant.</p>
	Sont-ils en lien avec les variables à mesurer ?		X		<p>Les instruments utilisés sont en lien avec les variables à mesurer. Il est intéressant de classer les résidents selon leur stade de démence (sévère ou modéré), cela permet de voir les différents impacts de la maladie. Il est intéressant d'évaluer la capacité fonctionnelle du résident et son niveau de participation lors du brossage de dents pour pouvoir interpréter correctement les résultats.</p> <p>Les différents instruments ont été utilisés pour récolter diverses données sur les résidents. Cependant, les auteurs n'ont pas effectué de comparaisons entre les données initiales mesurées par ces tests et les résultats de la recherche.</p>
Déroulement de l'étude	La procédure de recherche est-elle décrite clairement, pas à pas ?	X			<p>La procédure de recherche est décrite de manière détaillée. Chaque dyade a été observée durant 6 séances de brossage de dents pendant deux semaines. Les séances ont été filmées. Une affiche décrivant les 9 étapes du brossage de dents a été placée en-dessus de l'évier pour informer les soignants. Cependant, ceux-ci n'ont pas reçu de recommandations ni de directives pour communiquer avec le résident et réaliser le soin. Par la suite, les chercheurs demandaient aux soignants de leur décrire les différentes étapes du brossage de dents et leur façon d'aider les résidents à réaliser ce soin.</p> <p>Des données supplémentaires concernant chaque résident et chaque soignant ont été recueillies.</p>
Considérations éthiques	A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants?	X			<p>Le comité d'éthique de la recherche de l'Université de Toronto et le Programme de réadaptation de ce même institut ont approuvé la réalisation de cette étude. Chaque participant (soignant et résident) a dû signer un consentement éclairé. Pour</p>

					les résidents n'ayant plus leur capacité de discernement, leur tuteur légal a signé le consentement.
Résultats Traitement/Analyse des données	Des analyses statistiques sont-elles entreprises pour répondre à chacune des questions et/ou vérifier chaque hypothèse ?	X			Un service professionnel a retranscrit tous les enregistrements, puis ceux-ci ont été importés dans un logiciel (Systematic Analysis of Language Transcripts, Research Version 9 (SALT RV9)) qui les a codés et analysés de manière approfondie. Les énoncés des soignants ont été quantifiés grâce à un système de Codage d'Observation Multidimensionnelle (MOCS).
Présentation des résultats	Les résultats sont-ils présentés de manière claire (résumé narratif, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			<p>Les résultats sont présentés dans un texte narratif mais aussi sous forme de tableaux.</p> <p>L'outil MOCS a permis de coder les énoncés des soignants et d'établir des pourcentages sur leurs stratégies de communication utilisées : 85% stratégies axées sur les tâches, 10% stratégies sociales et 5% diverses stratégies. Elles sont présentées dans un tableau.</p> <p>Les stratégies de communication les plus utilisées par les soignants lorsqu'ils s'occupaient des résidents déments (niveau modéré ou sévère) ont été classées selon les pourcentages d'utilisation.</p> <p>Au final, 67% des résidents ont pu réaliser entièrement la tâche avec ou sans une assistance partielle.</p>
Discussion Interprétation des résultats	Les principaux résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre théorique ou conceptuel ?			X	Il n'est pas mentionné dans le texte que les résultats sont expliqués en fonction d'un cadre conceptuel ou théorique. Cependant, les auteurs laissent penser que l'utilisation de diverses stratégies de communication pourraient améliorer la qualité des soins et la relation entre le résident et le soignant.
	Sont-ils interprétés au regard des études antérieures ?	X			<p>Les auteurs avaient comme but initial de savoir si les résultats de cette étude seraient comparables à ceux obtenus lors d'une précédente étude se déroulant avec la même population mais lors du lavage de mains. Cette étude leur a alors permis d'observer la similarité des résultats des deux études.</p> <p>La littérature actuelle comprend de la documentation sur les stratégies de communication avec les personnes atteintes</p>

				d'Alzheimer dans différents contextes, mais elle ne donne que peu d'explications sur les stratégies les plus utilisées et les plus efficaces.
	Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X		Les chercheurs mentionnent les limites de cette étude. La 1 ^{ère} limite concerne la taille petite de l'échantillon. La 2 ^{ème} limite concerne la sélection des participants ; elle ne s'est pas faite de manière aléatoire. De plus, l'un des critères d'exclusion des résidents était un déficit sensitif non-corrigé car il pourrait entraver la réalisation du soin. Les auteurs n'ont vérifié que dans le dossier médical si ce déficit était corrigé ou non, aucun test n'a été effectué pour le prouver. Une dernière limite concerne l'enregistrement vidéo des dyades ; les soignants auraient pu modifier leur manière d'effectuer le soin et de communiquer avec le résident.
	Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?	X		La question de la généralisation est abordée, mais les auteurs sont conscients que de futures recherches sont nécessaires pour pouvoir mieux cerner les stratégies de communication sociale et établir des lignes directrices de communication efficaces.
Conséquences et recommandations	Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique ?	X		Ils relatent que l'information des soignants sur ces stratégies permet d'améliorer la participation et l'autonomie du résident dans les AVQ, ainsi que la relation au sein de la dyade. De plus, les auteurs mentionnent que les résultats obtenus sur les stratégies de communication peuvent aider les orthophonistes à justifier les besoins des résidents déments mais peuvent également aider le développement de technologie permettant d'améliorer la communication avec les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.
	Font-ils des recommandations pour les travaux de recherche futurs ?	X		Les auteurs mentionnent que de futures recherches devront être réalisées, afin de mieux cerner les stratégies de communication sociale et d'établir des lignes directrices de communication. Celles-ci permettraient de renforcer les connaissances et compétences des soignants en communication, mais aussi leur satisfaction au travail. En effet, des soignants ont relaté être mécontents lorsqu'ils n'arrivent pas à communiquer avec le résident et à réaliser les soins.

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 très détaillé et passablement long à lire. Il comprend de nombreuses informations qui peuvent compliquer la lecture et perdre le lecteur.
Commentaires :	Cet article est intéressant pour notre travail de Bachelor, car il met l'accent sur la communication avec les résidents atteints d'Alzheimer (niveau modéré ou sévère). Les résultats obtenus nous permettent de proposer plusieurs stratégies de communication. Cependant, les auteurs ne mentionnent pas leur efficacité. Les résultats démontrent que seulement 10% des résidents n'ont pas réussi à réaliser entièrement la tâche. Avec de l'aide, du temps et des stratégies de communication, il est alors possible que le résident dément réussisse à se laver les dents, ce qui améliore alors sa 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.

Eléments du rapport	Contenu de l'article
Références complètes	Wilson, R., Rochon, E., Mihailidis, A., & Leonard, C. (2013). Quantitative analysis of formal caregivers' use of communication strategies while assisting individuals with moderate and severe Alzheimer's disease during oral care. <i>Journal of Communication Disorders</i> , 46(3), 249-263. Doi : 10.1016/j.jcomdis.2013.01.004
Introduction Problème de recherche	En 2010, 35,6 millions de personnes étaient touchées par la maladie d'Alzheimer. Au Canada, 500'000 personnes ont reçu ce diagnostic médical et il est prévu que ce nombre augmente de plus d'un million d'ici 2038, accentuant ainsi la demande d'institutionnalisation. Cette maladie est neurodégénérative et évolutive ; ses répercussions causent des déficiences importantes dans différents domaines : social, professionnel et fonctionnel. De plus, la détérioration de la mémoire, de l'orientation, du langage, de la vue et de la praxie, engendrent une diminution importante des capacités fonctionnelles de la personne qui devient alors de plus en plus dépendante. La communication lors des activités de la vie quotidienne (AVQ) se complique au fur et à mesure de la progression de la maladie, entraînant ainsi du stress pour les soignants. La mauvaise hygiène bucco-dentaire est préoccupante pour les résidents atteints de démence, car leur santé est fragile et ils sont plus à risque de ne pas recevoir correctement ces soins. Une mauvaise hygiène buccale peut entraîner des complications majeures (dénutrition, pneumonie par aspiration, maladies cardiovasculaires, diabète, isolement social, diminution de l'estime de soi).
Recension des écrits	Plusieurs études ont démontré l'efficacité de stratégies de communication utilisées avec les personnes atteintes d'Alzheimer. La littérature mentionne que paraphraser, utiliser des phrases courtes, répéter et donner une seule instruction à la fois sont des stratégies efficaces.

	<p>Dans les institutions, les soignants sont en contact direct avec les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et réalisent auprès d'eux des soins quotidiens. Ils connaissent alors de nombreuses techniques de communication, comme : la communication axée sur les tâches (pertinente lors de l'exécution d'une activité) ou la communication qui met l'accent sur le développement et le maintien social. Cependant, les auteurs mentionnent qu'ils ne savaient pas quelles stratégies réellement utilisées étaient efficaces et convenaient au mieux aux résidents déments. Les auteurs de cette recherche ont précédemment évalué la communication axée sur les tâches avec des résidents souffrant d'Alzheimer lors du lavage des mains. Les résultats de cette étude ont démontré que les soignants utilisaient souvent plusieurs stratégies verbales et non-verbales axées sur les tâches (instructions directes (une question à la fois) avec des questions fermées, des paraphrases, l'utilisation du prénom du résident, l'encouragement). Cette étude comprenait néanmoins des limites, comme le fait que les participants étaient atteints d'Alzheimer à un niveau sévère et que l'évaluation de ces stratégies ne s'est réalisée que lors du lavage de main.</p> <p>De ce fait, les auteurs ont décidé de réaliser une seconde étude pour examiner l'utilisation des mêmes stratégies par les soignants lors du lavage des dents des résidents souffrant d'Alzheimer. Le choix d'évaluer les stratégies de communication lors du brossage des dents s'est fait selon plusieurs raisons qui sont : les difficultés de la réalisation de ce soin auprès des personnes démentes et la nécessité de ce soin pour le bien-être et la santé des résidents. Le temps mis à disposition pour réaliser ce soin est souvent jugé trop restreint par les soignants ; c'est la principale limite de ces soins. L'acquisition de techniques de communication pourraient alors aider le soignant à réaliser ces soins quotidiennement.</p> <p>Grâce aux recherches antérieures des auteurs, ils ont émis l'hypothèse que les soignants utiliseraient des stratégies de communication semblables à celles utilisées lors de l'étude précédente ; selon les auteurs, l'instruction directe, la paraphrase, les questions fermées, l'encouragement, l'utilisation du prénom du résident et le pointage d'un objet, seraient les techniques les plus utilisées par les soignants. De plus, les auteurs pensent que les soignants adapteraient leur rythme de parole lors des soins (vitesse d'élocution plus lente), mais aussi leurs stratégies de communication en fonction du stade de la maladie d'Alzheimer du résident (modéré ou sévère).</p>
Cadre théorique ou conceptuel	Le cadre conceptuel n'est pas mentionné dans le texte. La qualité des soins est un concept qui n'est pas clairement explicité mais sous-entendu dans ce texte. Cette étude vise à améliorer la qualité des soins en apportant des techniques de communication pour les soignants prenant en charge des résidents déments.
Hypothèses/question de recherche/buts	Le but de la recherche est d'examiner l'utilisation de stratégies individuelles de communication avec les personnes atteintes d'Alzheimer (stade modéré à sévère) durant les AVQ, plus précisément lors du nettoyage des dents.
Méthodes Devis de recherche	Cette étude quantitative est une étude d'observation transversale. Cette méthode permet la collecte de données dans un contexte de soins standard dispensés dans un établissement médico-social (EMS). Elle permet alors d'effectuer des généralisations valables.
Population, échantillon et contexte	<p>L'échantillon a été sélectionné à l'aide d'une procédure d'échantillonnage dirigée, non-aléatoire et fondée sur des critères de sélections dans deux établissements de la région de Toronto. Cette procédure permet d'accéder à un sous-groupe particulier de la population et d'examiner un phénomène d'intérêt.</p> <p>La sélection des participants (résidents et soignants) s'est faite selon des critères prédéterminés. Les critères d'inclusion des résidents étaient : inscription du diagnostic de la maladie d'Alzheimer (stade modéré ou sévère) dans le dossier médical, être porteur d'au moins encore une dent naturelle, avoir besoin d'aide pour la réalisation des soins bucco-dentaires et avoir de bonnes connaissances en anglais. De plus, les résidents des deux établissements devaient être institutionnalisés en même temps et avoir suivi le même nombre d'années</p>

	<p>d'études. Les résidents ne pouvaient pas participer à l'étude s'ils présentaient une démence non-spécifiée ou une démence autre que celle d'Alzheimer, une dépression, une psychose, un alcoolisme ou une toxicomanie, un déficit sensoriel non corrigé (pas de port d'appareils auditifs ou de lunettes alors qu'un déficit est mentionné dans leur dossier médical) ou encore s'ils étaient devenus agressifs physiquement envers leurs soignants.</p> <p>En regardant ces critères, les infirmiers et le personnel administratif ont pu identifier les résidents susceptibles de convenir à l'étude dans les deux institutions et leur faire signer un consentement éclairé. Dans le 1^{er} lieu, 7 résidents sur les 119, correspondaient aux critères d'éligibilité et ont été admis pour l'étude. Dans le 2^{ème} lieu, 6 résidents, parmi les 128, ont participé à l'étude.</p> <p>Pour pouvoir participer à l'étude, les soignants devaient parler couramment l'anglais et travailler depuis au moins un an avec des personnes démentes. De plus, ils devaient déjà avoir pris en charge les résidents participant à l'étude.</p> <p>Dans le 1^{er} établissement, les auteurs ont obtenu l'accord de 28 soignants suite à la séance d'informations. Par la suite, trois soignants ont refusé de continuer. Dans le 2^{ème} établissement, les consentements des soignants ont rapidement été obtenus.</p> <p>8 aides-soignants et une infirmière diplômée ont participé dans le 1^{er} établissement, alors que seulement 6 aides-soignants y ont participé dans le 2^{ème} établissement. L'âge moyen des soignants était de 45,4 ans ; c'était des femmes qui avaient 12 ans d'expériences dans les soins. L'âge, le niveau de scolarité et le nombre d'années dans la profession des soignants des deux endroits étaient comparables.</p> <p>Un total de 13 résidents déments et de 15 infirmières spécialisées dans les soins pour personnes atteintes de démences a participé. Une dyade entre les résidents et les infirmières a été réalisée de manière aléatoire pour les six séances de brossage de dents. La taille de cet échantillon est comparable aux recherches antérieures.</p>
Méthode de collecte des données et instruments de mesure	<p>Les données récoltées sur les résidents ont été regroupées en fonction de la gravité de la maladie d'Alzheimer (évaluée grâce au Mini Mental State Examen MMSE). Les scores situés entre 10 et 20 points définissent un stade modéré, alors qu'une note de 10 ou inférieure définit un stade sévère. Le MMSE permet d'évaluer l'orientation, l'attention, le langage et la capacité de lire ou de réaliser une tâche. Il a été choisi pour cette étude car cette échelle est souvent utilisée dans la recherche pour dépister les troubles cognitifs et pour déterminer le niveau de gravité de la maladie d'Alzheimer. Le test Mann-Whiney U a démontré une différence significative entre le score du MMSE modéré ou élevé. Cela a permis de déduire que la capacité fonctionnelle utilisée lors de l'AVQ différait considérablement en fonction de la gravité de la maladie. La capacité fonctionnelle du résident a été mesurée par l'inventaire des activités de la vie quotidienne = Alzheimer's Disease Cooperative Study-Activities of Daily Living Inventory - Severe Impairment Version (ADCS-ALD-SIV). Le niveau de participation du résident dément lors de l'AVQ a été évalué selon trois catégories : indépendant, avec guidance verbale ou avec de l'aide. Le score total variait entre 0 et 54 points ; plus le score était élevé, plus le résident était indépendant.</p>

Déroulement de l'étude	<p>Tous les soignants travaillaient la journée et étaient responsables des soins quotidiens auprès du participant. Sur une période de deux semaines, chaque dyade (soignant-résident) a été observée au cours de 6 soins bucco-dentaires du matin. Les séances ont été filmées, grâce à une caméra portable, et enregistrées par le 1^{er} auteur ou par un assistant de recherche formé. Un diagramme décrivant les 9 étapes du brossage de dents était affiché en-dessus de l'évier. Cette affiche avait pour but de fournir un exemple commun des étapes du brossage des dents pour assurer l'uniformité de la tâche, afin de faciliter les possibilités de communication. Cette affiche permettait de compléter le manque de protocoles des deux institutions.</p> <p>Les auteurs ont demandé aux soignants d'utiliser leurs techniques de communication verbales et non-verbales pour pouvoir effectuer les 9 étapes du soin. Les soignants n'ont pas reçu de recommandations ni de directives sur la façon de communiquer avec les résidents pendant le soin, et ils pouvaient modifier l'ordre des étapes du brossage. Par la suite, les soignants ont expliqué aux chercheurs la procédure du brossage de dents en décrivant les étapes à suivre, ainsi que la manière dont ils aideraient les résidents pour accomplir cette tâche. Les enregistrements ont aussi permis d'évaluer le débit d'élocution des soignants.</p> <p>Des données concernant chaque dyade ont été recueillies. Les soignants ont donné des informations sur leur date de naissance, le nombre d'années d'études et titre professionnel actuel, le nombre d'années de travail, la durée d'exercice dans l'établissement et le nombre total d'années de travail avec les personnes démentes. De plus, ils ont également mentionné s'ils avaient reçu une formation sur les stratégies de communication avec les résidents déments.</p> <p>Des données supplémentaires concernant les résidents ont aussi été recueillies auprès de la famille et du personnel soignant et dans les dossiers médicaux, comme : l'âge, les années d'études, la profession antérieure, le diagnostic clinique de la maladie d'Alzheimer avec si possible la dernière évaluation, l'état dentaire, la durée de la maladie et l'état cognitif.</p>
Considérations éthiques	Les considérations éthiques ont été accordées par le comité d'éthique de la recherche de l'Université de Toronto, ainsi que par le Programme de réadaptation de ce même institut. Les participants (résidents et soignants) ont dû signer un consentement éclairé après avoir reçu des informations écrites et orales. Les tuteurs légaux ont signé le consentement éclairé des résidents qui n'avaient plus leur capacité de discernement. Tous les participants étaient volontaires et savaient qu'ils pouvaient arrêter l'étude à tout moment.
Résultats Traitement/Analyse des données	<p>Tous les enregistrements réalisés ont été retranscrits par écrit grâce à un service professionnel de transcription. De plus, les transcriptions ont été vérifiées par le premier auteur, puis importées dans un logiciel qui les a codées et analysées de manière plus approfondie (logiciel Systematic Analysis of Language Transcripts, Research Version 9 (SALT RV9)). Tous les dialogues enregistrés lors des séances de brossage de dents ont été segmentés en énoncés, selon les règles du SALT RV9.</p> <p>La segmentation des énoncés s'est basée sur la convention des unités phonologiques de SALT. Deux facteurs ont été utilisés : l'intonation ascendante et descendante qui reflétait soit une question ou une déclaration soit la présence ou non d'une pause. La segmentation des énoncés s'est aussi articulée autour du contexte de la tâche et de la réflexion du soignant.</p> <p>Les énoncés des soignants étaient systématiquement quantifiés à l'aide d'un système de codage d'observation multidimensionnelle (MOCS) ; cet outil avait déjà été utilisé lors de la première étude sur le lavage des mains. Les auteurs ont utilisé cet outil pour analyser 525 énoncés (càd le 20% des sessions de nettoyage de dents choisi de manière aléatoire). Les codes du MOCS se basent sur trois caractéristiques : les stratégies de communication axées sur les tâches, les stratégies de communication sociale et l'emploi de diverses stratégies.</p>

	<p>Dans l'approche axée sur les tâches, les stratégies de communication verbales et non-verbales ont été codées ; les stratégies verbales ont été classées en sous-catégories en fonction du nombre de propositions, du type de questions et des répétitions. Les stratégies non-verbales ont été classées selon leur type, soit une stratégie tactile ou visuelle.</p> <p>Chaque séance de brossage de dents a été catégorisée selon : l'achèvement de l'étape par le résident, l'incapacité du résident à réaliser l'étape malgré les instructions du soignant, la réalisation de l'étape par le soignant sans laisser la possibilité au résident de l'effectuer soi-même, la non-réalisation de l'étape ou la non-observance de l'étape. Le taux de réussite des tâches pour chaque dyade a été calculé. Les résultats ont été recueillis à l'aide d'une méthode d'analyse quantitative ; ces résultats ont été analysés grâce au logiciel IBM SPSS Statistics version 20.</p>
Présentation des résultats	<p>Au total, les auteurs ont enregistré 78 séances de brossage de dents, ce qui reproduisait 5,6h de discours. Les soignants ont produit 2627 énoncés, alors que les résidents n'en ont produit que 698. Les énoncés des soignants ont été codés à l'aide de l'outil MOCS qui a permis d'établir les pourcentages suivants : 85% des stratégies étaient axées sur les tâches, 10% sur les stratégies sociales et 5% sur d'autres stratégies.</p> <p>Les résidents atteints de la maladie d'Alzheimer avec un stade modéré ont participé à 36 séances enregistrées de brossage de dents ; les soignants ont produit au total 1074 énoncés lors de ces séances. Les résidents avec un stade sévère d'Alzheimer ont participé à 42 séances enregistrées ; les soignants ont produit un total de 1553 énoncés lors de ces séances. Il n'y avait pas de différences significatives entre le nombre d'énoncés produits par les soignants et par les résidents, la gravité de la maladie et la durée du soin.</p> <p>Les principales stratégies verbales axées sur les tâches utilisées par les soignants avec les résidents atteints d'un stade sévère étaient : l'utilisation d'une seule proposition à la fois (54,1%), l'utilisation du prénom du résident (16,9%), l'encouragement (14,6%), la paraphrase (12,9%) et l'utilisation de questions fermées (12,2%).</p> <p>Les stratégies utilisées par les soignants avec les résidents atteints d'un stade modéré étaient : l'utilisation d'une seule proposition à la fois (40,4%), l'utilisation de questions fermées (15,7%), la paraphrase (8,2%), l'utilisation de deux propositions (6,7%) avec la recherche de vérification (6,2%) et l'encouragement (6,2%). Les soignants avaient tendance à présenter le déroulement de la tâche quelque soit la gravité d'Alzheimer. 78,6% des soignants le faisaient lorsqu'ils prenaient en charge les résidents avec un stade sévère et 66,7% des soignants faisaient de même avec les résidents avec un stade modéré.</p> <p>Les stratégies de communication ne différaient pas beaucoup selon la gravité de la démence. Trois stratégies étaient utilisées lors des soins : remettre au résident l'objet (brosse à dent), guider le résident en le touchant ou encore pointer les objets. Les deux groupes d'interventions utilisaient la technique « d'une seule proposition à la fois » et la « paraphrase ». Cependant, les soignants qui s'occupaient des résidents souffrant d'un niveau sévère d'Alzheimer utilisaient plus souvent la paraphrase et le nom du résident lors des séances ($P=0,006$ et $P=0,001$). De plus, ils répondait plus aux besoins du résident ($P=0,001$) et utilisaient plus des stratégies non-verbales ($P=0,001$).</p> <p>L'unique stratégie significative dans la catégorie « stratégies de communication diverses » était celle de l'assistance complète pour le résident. Elle était plus utilisée chez les résidents avec un niveau sévère de la maladie d'Alzheimer ($P=0,036$).</p> <p>En moyenne, les résidents ont été invités à participer aux soins de bouche à 49% et ils ont alors réalisés environs 46% des étapes du brossage de dents. En effet, prendre la brosse à dent et y mettre le dentifrice dessus, ouvrir et fermer le robinet, étaient des actions</p>

	<p>généralement réalisées par les soignants. Globalement, les soignants ont réalisé environs 46% des étapes du brossage de dents dont 5% ont été omises.</p> <p>L'exécution de la tâche a été évaluée selon trois critères : l'accomplissement de la tâche par le résident (entièrement réussi), l'exécution de la moitié des étapes de la tâche par le résident (partiellement réussie) ou l'incapacité du résident à réaliser la tâche (échouée). L'accomplissement total de la tâche était de 67%. Les résidents ont réussi à réaliser partiellement la tâche à 23% et seulement 10% n'ont pas réussi à l'effectuer.</p> <p>Il n'y avait pas de différences significatives entre le pourcentage de réussite pour les résidents atteints d'un stade modéré d'Alzheimer et ceux atteints d'un stade sévère de cette démence ($P=0,183$).</p> <p>Une analyse supplémentaire a été réalisée pour analyser la corrélation entre le succès de la réalisation de la tâche et les stratégies de communication utilisées. Pour les résidents présentant un niveau modéré d'Alzheimer, une corrélation était significative entre le taux de réussite et les encouragements ($P=0,038$). Pour les résidents présentant un niveau sévère d'Alzheimer, une corrélation était significative entre le taux de réussite de la tâche et l'utilisation de la technique de recentrer le résident ($P=0,018$).</p> <p>Le taux d'élocution des soignants a été évalué, mais n'a pas montré de différences significatives entre les différentes dyades. Chaque soignant a diminué son rythme d'élocution lors du brossage de dents.</p>
<p>Discussion</p> <p>Interprétation des résultats</p>	<p>Le but de cette étude est de comparer l'utilisation de stratégies de communication axées sur les tâches par les soignants prenant en charge des résidents atteints de la maladie d'Alzheimer à différents stades (modéré ou sévère) lors du brossage de dents. Les chercheurs voulaient savoir si les résultats obtenus pour cette étude étaient comparables à l'étude qu'ils avaient menée précédemment et qui se déroulait lors du lavage de mains. De plus, ils ont voulu savoir si les stratégies observées différaient selon le stade de la maladie d'Alzheimer.</p> <p>Dans l'ensemble, les résultats obtenus lors de cette étude appuient les résultats de l'étude antérieure. Les stratégies de communication utilisées par les soignants lors du lavage des dents étaient relativement semblables à celles utilisées lors du lavage de mains.</p> <p>Les stratégies de communication les plus fréquemment utilisées par les soignants s'occupant de résidents à un stade sévère de la maladie étaient : l'utilisation du prénom du résident, l'expression d'une seule information à la fois, la paraphrase et l'utilisation de questions fermées.</p> <p>Les stratégies verbales principalement utilisées lors du lavage dentaire des résidents déments (stade modéré) étaient : l'utilisation d'encouragements, l'appel du résident par son prénom et l'expression d'une seule information à la fois.</p> <p>Les stratégies utilisées étaient semblables malgré le stade de la maladie d'Alzheimer. Il est cependant intéressant de relever que les soignants ont plus souvent eu recours à la conversation sociale lorsqu'ils interagissaient avec des résidents atteints d'Alzheimer à un stade sévère. Cela pourrait expliquer une tendance à discuter davantage avec les résidents nécessitant une aide totale. De plus, les résultats ont démontré que chaque soignant diminuait son rythme d'élocution.</p> <p>Il est aussi ressorti que les soignants qui s'occupaient des résidents déments à un stade sévère utilisaient plus souvent la technique de communication consistant à n'exprimer qu'une seule idée à la fois. Cela pourrait refléter un plus grand besoin d'aide lors des soins chez ces personnes ; la littérature approuve cette constatation. De plus, les stratégies comme l'utilisation de paraphrases, l'appel du résident par son prénom ou l'aide totale étaient également des techniques fréquemment utilisées.</p>

	<p>Des résultats significatifs ont permis de démontrer que les soignants s'occupant des résidents atteints d'Alzheimer à un stade modéré utilisaient plus la communication sociale pour répondre aux demandes et besoins des résidents. Cela pourrait refléter une meilleure capacité d'interaction avec eux.</p> <p>Les auteurs laissent penser que les soignants utilisent différentes techniques de communication en fonction de la gravité de la maladie des résidents et de leurs comportements, afin de tirer profit au maximum de leurs capacités résiduelles. Un exemple est alors donné pour illustrer que les personnes atteintes d'Alzheimer à un niveau modéré maintiennent leur capacité d'attention particulièrement lorsque l'information verbale est soutenue par un élément visuel.</p> <p>Les soignants utilisent de nombreuses stratégies de communication avec le résident dément (stade modéré ou sévère) lors du brossage de dents. Cette constatation laisse penser que les soignants reconnaissent la possibilité que les résidents sont en mesure de leur répondre lors des soins.</p>
Forces et limites	<p>La 1^{ère} limite de cette étude concerne la taille de l'échantillon qui est relativement restreint. Les résultats obtenus sont à considérer avec prudence et de futures recherches seraient à effectuer avec un plus grand échantillon. La 2^{ème} limite concerne la sélection qui ne s'est pas faite de manière aléatoire. De plus, plusieurs évaluations n'ont pas été réalisées auprès des résidents (test de la vue ou de l'ouïe, examen de la praxie). En effet, si ces troubles n'étaient pas corrigés, ils auraient pu influencer la réalisation de la tâche. La dernière limite concerne les enregistrements vidéo. Les soignants ont peut-être modifié leurs comportements et façons de réaliser les soins lorsqu'ils se savaient filmer.</p> <p>Plusieurs stratégies de communication sont mises en évidence par cette étude. Néanmoins, de futures recherches seront nécessaires pour mieux cerner les stratégies de communication sociale et établir des lignes directrices de communication fondées sur des données probantes. Ces résultats pourront aider le développement de la technologie améliorant la communication pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.</p>
Conséquences et recommandations	<p>Les résultats obtenus grâce à cette étude approfondissent les savoirs sur la communication avec les personnes atteintes d'Alzheimer. Informer les soignants sur les stratégies de communication permettrait d'améliorer la participation et l'indépendance du résident dans les AVQ, ainsi que la relation au sein de chaque dyade. Les résultats obtenus pourraient permettre aux soignants d'élaborer des lignes directrices sur la communication ; cela renforcerait leurs compétences et connaissances, ainsi que leur satisfaction au travail. Enfin, ces résultats pourraient justifier l'intérêt d'un travail avec les orthophonistes auprès des résidents déments.</p> <p>Dans l'ensemble, il est démontré que la majorité des résidents, quelque soit le stade de la maladie d'Alzheimer, réussissent à se brosser les dents avec l'aide d'un soignant. De plus, les résultats ont démontré que les soignants utilisaient diverses stratégies de communication axées sur les tâches (verbales et non verbales) ; ces stratégies ne différaient pas en fonction du niveau de gravité de la maladie.</p>
Commentaires	<p>Cette étude propose un certain nombre de stratégies de communication, cependant les auteurs ne mentionnent pas l'efficacité de ces interventions. En effet, les auteurs laissent penser que les soignants adaptent leurs stratégies de communication en fonction de la gravité de la maladie d'Alzheimer et des comportements en découlant, afin de tirer profit au maximum des capacités résiduelles du résident. Au final, les résidents peuvent accomplir la tâche totalement ou partiellement.</p>

- 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.

Grilles de lecture et de résumé de Zenthofer et al. (2016)

Eléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
Références complètes	Zenthofer, A., Meyer-Kühling, I., Hufeland, A.-L., Schröder, J., Cabrera, T., Baumgart, D., ... Hassel, A. (2016). Carers' education improves oral health of older people suffering from dementia - results of an intervention study. <i>Clinical Interventions in Aging</i> , Volume 11, 1755-1762. Doi : 10.2147/CIA.S118330				
Titre	Précise-t-il clairement le problème/les concepts/la population à l'étude ?	X			Le titre précise le thème de l'article soit l'éducation des soignants sur les soins bucco-dentaires pour les personnes atteintes de démences.
Résumé	Synthétise-t-il clairement les parties principales de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?	X			<p>Le résumé est précis et synthétise les différentes parties de la recherche.</p> <p>Le but de l'étude est d'évaluer l'efficacité de l'éducation des soignants sur l'amélioration des soins bucco-dentaires et de l'hygiène des prothèses dentaires des personnes âgées présentant ou non des troubles cognitifs et vivant dans une institution. Les résultats principaux sont explicités dans le résumé. Les auteurs mentionnent alors l'efficacité des interventions mises en place pour améliorer la santé bucco-dentaire des personnes âgées démentes ou non. Ces interventions pourraient être appliquées dans la pratique.</p>
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 explicité. En Europe, le vieillissement de la population entraîne une augmentation de la demande en soins, notamment des soins bucco-dentaires, auprès de cette population. Le manque de littérature à ce sujet est présent et relevé.
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			De nombreuses recherches antérieures sont mentionnées dans l'introduction. La littérature fait état que l'hygiène bucco-dentaire des personnes âgées démentes est plus mauvaise que celle des personnes âgées non-dementes. De plus, plusieurs études ont démontré qu'une mauvaise hygiène bucco-dentaire peut entraîner de nombreuses complications. Ces complications

					peuvent avoir un impact conséquent sur la santé globale de la personne âgée.
Cadre théorique ou conceptuel	Les principales théories et concepts sont-ils définis ? Y-a-t-il une théorie infirmière ?		X		Les principes théoriques et les concepts ne sont pas mentionnés dans cet article. Le concept de la qualité de vie est abordé. Le concept d'éducation n'est pas explicité dans l'étude, mais est sous-entendu.
Hypothèses/question de recherche/buts	Les hypothèses, question de recherche et buts sont-ils clairement formulés ?	X			A la fin de l'introduction, le but de l'étude est clairement mentionné et concerne l'évaluation de l'efficacité de la formation des soignants à l'utilisation de bains à ultrasons pour nettoyer les prothèses dentaires et de techniques pour améliorer l'hygiène bucco-dentaire.
Méthodes Devis de recherche	Le devis de recherche est-il explicité ? Si non, qu'en diriez-vous ?	X			Cette étude est une étude contrôlée randomisée. Le devis de cette étude est quantitatif.
Population, échantillon et contexte	La population à l'étude est-elle définie de façon précise ?	X			La population est clairement mentionnée dans la méthode. L'étude comprenait 14 institutions d'Allemagne qui accueillaient des personnes âgées démentes ou non ; cette étude faisait partie d'un projet de recherche interdisciplinaire soutenu par le ministère fédéral des Affaires sociales de Bade-Wurtemberg. En effet, plusieurs professionnels de différentes institutions ont pris part à ce projet (Departement of prosthetic dentistry, Université d'Heidelberg, Institut de gérontologie et la section de psychiatrie-gériatrique).
	L'échantillon est-il décrit de façon détaillée ?	X			Les critères d'inclusion des résidents sont mentionnés dans ce paragraphe. Il est important de mentionner que les participants devaient signer un consentement éclairé pour pouvoir s'inscrire à l'étude. Les auteurs précisent que les résidents n'ayant plus leur capacité de discernement, devaient faire signer le document à leur tuteur légal pour pouvoir participer à l'étude. Cette notion permet alors au lecteur de comprendre que certains des participants devaient présenter une démence de stade avancé, car ils n'avaient plus leur capacité de discernement.
	La taille de l'échantillon est-elle justifiée sur une base statistique ?		X		La justification de la taille de l'échantillon sur une base de statistique n'est pas mentionnée dans le texte. Les auteurs ont

					choisi de ne pas mentionner la quantité de résidents qu'ils voulaient avoir pour des raisons de sélection scientifique.
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			<p>Plusieurs instruments de collecte de données ont été utilisés pour rassembler les données. Ils sont décrits dans le paragraphe de la méthode.</p> <p>En plus des outils de mesure, les auteurs mentionnent l'utilisation par les soignants du guide révisé de l'évaluation orale (Revised Oral Assessment Guide ROAG), afin d'estimer la santé buccale des résidents.</p>
	Sont-ils en lien avec les variables à mesurer ?	X			<p>Les indices utilisés sont en lien avec le thème et le but de l'étude. L'hygiène bucco-dentaire des résidents a été évaluée grâce à plusieurs outils d'évaluation utilisés par des dentistes. Il était aussi important d'évaluer l'état cognitif et le niveau de dépendance des résidents pour pouvoir comprendre leurs impacts sur les soins bucco-dentaires.</p>
Déroulement de l'étude	La procédure de recherche est-elle décrite clairement, pas à pas ?	X			<p>Plusieurs interventions ont été réalisées dans les différentes institutions durant les 6 mois de l'étude et sont clairement détaillées dans ce paragraphe. La période de réalisation des interventions n'est pas explicitée dans le texte.</p>
Considérations éthiques	A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants?	X			<p>Le comité éthique de l'Université d'Heidelberg a approuvé cette étude.</p>
Résultats Traitement/Analyse des données	Des analyses statistiques sont-elles entreprises pour répondre à chacune des questions et/ou vérifier chaque hypothèse ?	X			<p>Des analyses des résultats ont été réalisées pour pouvoir les présenter sous forme de statistiques.</p> <p>Un modèle de régression linéaire a été utilisé pour analyser ces statistiques ; ce modèle est mis sous forme de tableau. De plus, plusieurs types de statistiques ont été réalisés dans cette étude, comme les moyennes des différents tests réalisés et pourcentages.</p> <p>L'étude a démontré des résultats significatifs pour l'indice de contrôle de plaques (PCR) et l'hygiène des prothèses dentaires (DHI) ($P<0,001$). De plus, les résultats étaient significatifs pour</p>

				les participants du groupe d'interventions qu'ils soient déments ou non, comparativement au groupe témoin ($P<0,5$).
Présentation des résultats	Les résultats sont-ils présentés de manière claire (résumé narratif, tableaux, graphiques, etc.) ?	X		Les résultats ont été présenté sous forme d'un résumé narratif où les auteurs expliquaient chaque analyse des résultats. De plus les résultats ont aussi été présentés sous trois tableaux démontrant ainsi leur P-value.
Discussion Interprétation des résultats	Les principaux résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre théorique ou conceptuel ?	X		Les résultats de l'étude sont explicités et interprétés dans ce paragraphe. Les auteurs remarquent une corrélation entre les résultats obtenus et les concepts sous-entendus. En effet, l'hygiène bucco-dentaire des participants s'est améliorée comparativement aux participants du groupe témoins. Etant donné les complications qu'une mauvaise hygiène bucco-dentaire peut entraîner, les auteurs estiment que leur qualité de vie est améliorée. De plus, les auteurs précisent que l'éducation des soignants quant à ces soins bucco-dentaires améliorent la réalisation de ces soins auprès des résidents, améliorant ainsi leur qualité de vie.
	Sont-ils interprétés au regard des études antérieures ?	X		Dans le texte, les auteurs ont mentionné des études antérieures pour pouvoir faire le lien entre les résultats de cette étude et ceux élaborées par avant.
	Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X		Les auteurs mentionnent plusieurs limites à cette étude, en fonction des résultats et du déroulement des interventions.
	Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?	X		Les auteurs relatent qu'il est important de tenir compte des conditions de base individuelles mesurées par les différents moyens. Les améliorations étaient plus importantes chez les participants présentant des conditions de base moins bonnes.
Conséquences et recommandations	Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique ?	X		Les auteurs mentionnent à nouveau que l'éducation des soignants et la mise en place de bains à ultrasons permettent d'améliorer la santé bucco-dentaire chez les personnes âgées atteintes de démences ou non.
	Font-ils des recommandations pour les travaux de recherche futurs ?	X		Les auteurs mentionnent que des études sont encore à effectuer pour clarifier si les effets positifs seront stables à long terme ou s'il faut maintenir les interventions dans le temps.

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 contient un grand nombre d'informations et la méthode est très détaillée ; toutes les étapes nécessaires avant de commencer l'intervention sont décrites minutieusement. Cet article nous donne des pistes d'interventions pour l'amélioration de la santé bucco-dentaire chez les personnes âgées.
Commentaires :	<p>Les participants de l'étude avaient un score moyen de 15,8 sur le MMSE. Ce score élevé et la notion de représentant légal pour signer le consentement éclairé laissent sous-entendre que les participants présentaient une démence plutôt sévère. Cela pourrait être un biais à l'étude, il pourrait y avoir un fongé entre les personnes âgées démentes et celles non-démentes. De plus, dans la démarche de cette étude, l'infirmière n'avait pas de rôle propre spécifique. Le comité interdisciplinaire qui a mandaté l'étude ne comprenait pas d'infirmière.</p> <p>L'éducation est un concept présent dans cette étude et donne un aspect intéressant pour notre discussion. Nous remarquons que l'éducation des soignants permet l'amélioration des soins bucco-dentaire chez la population de l'étude.</p>				

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.

Eléments du rapport	Contenu de l'article
Références complètes	Zenthofer, A., Meyer-Kühling, I., Hufeland, A.-L., Schröder, J., Cabrera, T., Baumgart, D., ... Hassel, A. (2016). Carers' education improves oral health of older people suffering from dementia - results of an intervention study. <i>Clinical Interventions in Aging</i> , Volume 11, 1755-1762. Doi : 10.2147/CIA.S118330
Introduction Problème de recherche	L'évolution démographique entraîne une augmentation du nombre de personnes âgées, ce qui engendre une augmentation des besoins en soins pour cette population, notamment au niveau des soins bucco-dentaires. Dans la littérature actuelle, l'efficacité de l'éducation des soignants aux soins bucco-dentaires chez les personnes démentes est peu relevée, d'où l'intérêt de cette étude.
Recension des écrits	L'introduction fait état de l'évolution démographique de la population engendrant ainsi le vieillissement de la population. Cette population devient de plus en plus âgée en Europe et nécessite alors de plus en plus de soins.

	<p>La littérature fait état de la présence de nombreux problèmes bucco-dentaires chez cette population, notamment chez les personnes âgées institutionnalisées. En effet, ceux-ci présentent une poly morbidité importante ainsi qu'une polymédication pouvant entraîner des problèmes bucco-dentaires. De plus, les résidents sont à risque de développer une démence ou ils présentent déjà des troubles cognitifs et moteurs qui peuvent aussi diminuer leurs capacités à réaliser leurs soins bucco-dentaires.</p> <p>De nombreuses limites aux soins bucco-dentaires sont relevées par le personnel soignant présent dans les établissements médico-sociaux (EMS) : difficultés pour la réalisation des soins d'hygiène (habillement, toilette, élimination), manque de communication avec les médecins concernant les soins dentaires, manque de connaissances sur les besoins spécifiques à l'hygiène bucco-dentaire chez les personnes âgées. De plus, les troubles du comportement, pouvant survenir chez une personne démente, peuvent à leur tour entraîner la réalisation de ces soins.</p> <p>D'autres études ont démontré que l'hygiène bucco-dentaire était plus mauvaise chez les personnes atteintes de démence. Plus la prévalence des troubles cognitifs et moteurs de la personne âgée est élevée, plus le nombre de caries et la détérioration parodontale étaient relevées et élevées.</p> <p>L'hygiène bucco-dentaire est pourtant nécessaire à la bonne nutrition de la personne. Elle peut cependant avoir un impact néfaste sur la santé du résident si elle n'est pas bien gérée. En effet, les études relatent l'apparition de maladies cardiovasculaires, accidents vasculaires cérébraux, diabète sucré ou de pneumonie lorsque l'hygiène buccale est mauvaise.</p> <p>Plusieurs études ont démontré que l'éducation des résidents et des soignants sur les techniques de brossage de dents ont un effet positif sur l'hygiène bucco-dentaire, notamment sur la diminution de gingivites et la prévalence de stomatites dentaires. De plus, d'autres études ont mis en évidence les effets positifs du nettoyage des dents réalisé par un professionnel ; il réduirait la présence d'agents pathogènes, le nombre de plaques dentaires ainsi que la prévalence de maladies fébriles comme la pneumonie.</p> <p>Il est mentionné que certains auteurs ont tenté d'améliorer les conditions de ces soins dans les institutions en mettant l'accent sur l'autonomie de la personne âgée en leur enseignant des techniques de brossage de dents, ce qui aurait un effet positif sur l'hygiène bucco-dentaire. D'autres études se sont focalisées sur l'effet de l'éducation des soignants.</p>
Cadre théorique ou conceptuel	Le cadre théorique ou conceptuel n'est pas mentionné dans le texte. Cependant, la notion de qualité de vie est mentionnée dans l'étude. De plus, le concept d'éducation est sous-entendu dans cette étude, même s'il n'est pas explicité clairement.
Hypothèses/question de recherche/buts	Le but de cette étude était d'évaluer l'efficacité des mesures de prévention enseignées et réalisées par le personnel soignant ainsi que la mise en place de bains à ultrasons pour nettoyer les prothèses dentaires des résidents déments ou non. Les auteurs ont voulu comparer l'efficacité de ces interventions après six mois d'interventions ; les résultats ont été comparés entre les personnes âgées souffrant ou non de troubles cognitifs et moteurs. Les participants étaient répartis de manière aléatoire dans le groupe d'interventions ou dans le groupe de contrôle.
Méthodes Devis de recherche	Cette étude est une étude contrôlée randomisée. Le devis de recherche de cette étude est quantitatif.

Population, échantillon et contexte	<p>Les critères d'inclusion des participants se basaient sur les dents des résidents (dents naturelles ou porteurs de prothèses dentaires). Chaque participant ne devait pas avoir de retour à domicile prévu durant la période d'interventions de six mois. De plus, le résident qui répondait aux critères devait signer le formulaire de consentement ou le faire signer par son tuteur légal en cas d'incapacité de discernement.</p> <p>277 personnes âgées résidant dans 14 EMS d'Allemagne ont décidé de participer à l'étude. Au final, 187 résidents ont participé à l'étude jusqu'à la fin. Plusieurs résidents ne sont pas allés jusqu'au bout de l'étude pour différentes raisons : 54 personnes ont refusé de se soumettre au Mini Mental state examen (MMSE), 8 avaient déjà participé au programme et 32 ont arrêté le suivi.</p> <p>Les chercheurs ont réparti de manière aléatoire les institutions médicalisées ; huit institutions ont été considérés comme les maisons d'interventions et six comme les maisons de contrôle.</p>
Méthode de collecte des données et instruments de mesure	<p>Avant de pouvoir participer à l'étude, chaque participant a subi un examen dentaire complet, réalisé par deux dentistes qui faisaient partie du département de prosthodontie de l'université d'Heidelberg. Ils ne savaient pas si le résident était résident dans une maison de contrôle ou maison d'interventions.</p> <p>Les participants ont aussi subi une évaluation de leur état cognitif à l'aide du test MMSE (Mini mental state examen) qui comprend différents exercices se portant sur les dimensions, la mémoire à court terme, la langue, les habiletés motrices, la compréhension et les tâches arithmétiques. Les exercices étaient quottés d'un point s'ils étaient réussis mais le résident n'obtenait pas de point s'il n'arrivait pas à y répondre. Un total de 20 points indiquait alors un fonctionnement cognitif normal, alors que des taux plus faibles laissaient penser à un début de démence.</p> <p>Le personnel soignant des différentes institutions a aussi évalué le niveau de dépendance et d'indépendance des personnes âgées grâce à l'indice de Barthel. Cet outil évalue les capacités de la personne à réaliser ses activités de la vie quotidienne (AVQ). Un score de 0 décrit un niveau de dépendance totale, alors qu'un score de 100 indique une indépendance totale. De plus, une récolte de données a été réalisée sur les données démographiques (sexe, maladies, traitements pharmacologiques, dossiers médicaux) des résidents.</p> <p>L'hygiène bucco-dentaire des résidents ne portant pas de prothèses dentaires a été évaluée grâce à l'indice de contrôle de plaques (PCR) et de l'indice des saignements gingivaux (GBI). Le quotient des résultats positifs aux deux tests ont permis d'établir un pourcentage des personnes ayant une mauvaise hygiène dentaire (surfaces dentaires atteintes).</p> <p>Pour calculer l'indice de contrôle de la plaque touchée, les surfaces dentaires ont été teintées avec un produit. Le dentiste a ensuite demandé au résident de se rincer la bouche avec de l'eau puis a compté le nombre de sites dentaires positifs (toujours tâchés).</p> <p>Pour l'indice des saignements gingivaux, une sonde parodontale a été introduite entre les dents ; après 10 secondes, le dentiste a compté le nombre de sites de saignements, puis à diviser ce nombre par le nombre total de surface dentaire.</p> <p>L'indice d'hygiène dentaire des prothèses (DHI) a aussi été évalué. Les prothèses dentaires ont été teintées à l'aide d'un indicateur de plaques. Les prothèses ont été ensuite rincées à l'eau courante et illuminées par une lampe de polymérisation. Les dentistes ont alors pu observer les sites des prothèses dentaires contenant des plaques. Le score variait entre 0% et 100%.</p>
Déroulement de l'étude	<p>Plusieurs interventions ont été réalisées dans les différentes institutions durant les 6 mois de l'étude. Les interventions comprenaient à la fois un programme complet de deux jours d'éducation pour le personnel soignant et la mise en place et explications de l'utilisation des bains à ultrasons pour le nettoyage des prothèses.</p>

	<p>L'éducation du personnel soignant et du proche aidant s'est faite à l'aide d'un PowerPoint qui les informait des modifications et pathologies de la cavité buccale ainsi que des traitements possibles.</p> <p>Le personnel soignant a appris des techniques de brossages de dents, la manipulation de prothèses et l'utilisation des bains à ultrasons, ainsi que l'utilisation de brosses interdentaires et de rince-bouche. Un film sur les soins bucco-dentaires leur a été projeté.</p> <p>Les soignants ont aussi été formés à nettoyer différents types de prothèses dentaires grâce à des modèles de prothèses prévus pour la démonstration.</p> <p>Le personnel soignant a d'abord évalué l'état bucco-dentaire des résidents grâce au guide révisé de l'évaluation orale (ROAG). Ils réalisaient par la suite le nettoyage des prothèses dentaires ou des dents résiduelles naturelles du résident sous la supervision de l'un des dentistes de l'étude. Celui-ci a pu leur donner des conseils.</p> <p>A la fin, chaque participant au programme d'éducation a reçu un CD qui récapitulait le contenu du PowerPoint.</p>
Considérations éthiques	<p>Le ministère fédéral des Affaires sociales de Bade-Wurtemberg en Allemagne a soutenu cette étude, qui faisait partie d'un projet de recherche interdisciplinaire lancé et appuyé par le gouvernement fédéral. Ce projet traite des services médicaux pour les résidents institutionnalisés, de leur qualité de vie et de la qualité de leur environnement. Le comité d'éthique de l'Université d'Heidelberg a approuvé cette étude.</p>
Résultats Traitement/Analyse des données	<p>Toutes les données ont été analysées grâce à l'aide d'un programme informatique (Statistical Package of the Social Sciences 19.0). A l'aide de t-test, les différentes variables analysées lors de cette étude ont été comparées entre les groupes d'interventions et les groupes témoins ainsi qu'entre les résidents atteints ou non de démence.</p>
Présentation des résultats	<p>Les résultats sont présentés sous forme de texte et de tableaux.</p> <p>Au début de l'étude, 277 résidents devaient y participer ; 54 participants ont refusé d'effectuer le test cognitif MMSE et 8 participants n'avaient plus de dents naturelles ni leurs prothèses dentaires (critères indispensables). 32 participants ont décidé d'arrêter le programme au cours de l'intervention. Les données ont alors pu être récoltées sur un total de 187 participants ; 150 participants étaient des femmes. L'âge moyen des participants était de 83,1 ans.</p> <p>Dans le groupe témoin, 48 participants vivaient dans des foyers proches de la ville, alors que 27 vivaient dans des foyers à la campagne. Dans le groupe d'interventions, 94 participants vivaient dans des foyers proches de la ville, alors que 50 vivaient dans des foyers à la campagne. Les participants souffraient en moyenne de 3,4 maladies chroniques et prenaient quotidiennement en moyenne 6,5 médicaments.</p> <p>L'indice moyen de l'indice de Barthel étaient de 49,5 et la moyenne du score du MMSE était de 15,8. Environs 70% des participants portaient des prothèses amovibles, alors que 40% étaient complètement édentés.</p> <p>Lors de l'examen de base pour le groupe d'interventions et de contrôle, l'écart-type moyen était respectivement de 85,7 et 85,0 pour l'indice du contrôle de plaques (PCR), de 49,3 et de 55,8 pour l'indice de saignements gingivaux (GBI), de 84,5 et 82,5 pour l'indice d'hygiène dentaire des prothèses (DHI) et de 3,0 et 2,9 pour l'indice parodontal communautaire des besoins thérapeutiques (CPITN).</p> <p>Après six mois d'interventions, le groupe d'interventions présentait les résultats suivants : l'écart-type de l'indice du contrôle de plaque (PCR) était de 70,1, pour l'indice de saignement gingival (GBI) de 40,2, pour l'indice d'hygiène dentaire des prothèses (DHI) de 57,8 et de 2,9 pour l'indice parodontal communautaire des besoins thérapeutiques (CPITN). Les résultats étaient alors significatifs pour l'indice du contrôle de plaques (PCR) et pour l'indice d'hygiène dentaire des prothèses (DHI) ($P<0,001$).</p>

	<p>Des améliorations significatives ont été démontrées pour le groupe d'interventions, qu'ils soient déments ou non ($P<0,05$). Dans le groupe contrôle, aucun changement significatif n'a été relevé ($P>0,05$). L'analyse de régression multivariée des effets sur les changements induits par les différents indices (PCR, GBI, DHI et CPITN) ont révélé que des conditions de bases mauvaises étaient un indicateur d'amélioration dans ces différents indices ($P<0,001$). De plus, le fait d'être dans le groupe d'interventions a démontré des résultats significatifs pour l'indice de contrôle de plaques (PCR) ($P=0,002$) et l'indice d'hygiène dentaire des prothèses (DHI) ($P<0,001$). L'emplacement des institutions a influé de façon indépendante l'amélioration du l'indice de contrôle de plaques (PCR) ; l'amélioration était moins bonne chez les participants des foyers urbains ($P=0,001$). Les autres critères comme l'âge, le sexe, le nombre de maladies chroniques et le nombre de médicaments pris quotidiennement n'ont pas eu un effet direct sur l'amélioration des indices dentaires ($P>0,05$), bien que l'on ait remarqué une légère tendance d'amélioration plus faible chez les résidents déments ($P=0,053$). L'indice d'hygiène dentaire des prothèses (DHI) s'est considérablement amélioré chez un plus grand nombre de résidents dépendants ($P<0,001$).</p>
Discussion Interprétation des résultats	<p>Les résultats de l'étude ont permis de démontrer que l'état bucco-dentaire des personnes âgées atteintes de démence était détérioré. De plus, cette étude a permis de prouver l'efficacité de l'éducation des soignants ainsi que de l'implantation de bains à ultrasons pour le nettoyage des prothèses dentaires chez les personnes âgées démentes et institutionnalisées. La période d'interventions a duré six mois et a permis de prouver que l'hygiène dentaire évaluée grâce à l'indice de contrôle de plaque (PCR) et l'indice d'hygiène dentaire des prothèses (DHI) s'est améliorée significativement chez le groupe d'interventions, alors qu'il n'y a eu aucune amélioration chez le groupe témoin. Les personnes âgées démentes ont elles aussi pu profiter de ces améliorations. Ces résidents sont particulièrement plus vulnérables, car leur statut immunitaire est fréquemment diminué. En effet, des études antérieures avaient démontré de fortes corrélations entre l'importance du nombre de plaques dentaires et la pneumonie. Grâce aux interventions, ils présentaient moins de plaques dentaires diminuant ainsi le risque d'infection des voies respiratoires. Ces résultats sont comparables à ceux élaborés lors d'études antérieures même si les participants de cette étude présentaient plus de troubles cognitifs.</p>
Forces et limites	<p>Des limites sont présentes dans cette étude. En effet, les interventions n'ont probablement pas changé l'attitude des soignants vis-à-vis de l'hygiène bucco-dentaire. Le temps à disposition des soignants n'était pas assez conséquent pour qu'ils puissent effectuer les procédures adéquates pour l'hygiène bucco-dentaire. Cet effet était encore plus évident dans les institutions proches des villes (amélioration moins bonne $P<0,001$). De plus, le nettoyage dentaire réalisé par les soignants n'a pas été évalué, alors qu'il pourrait avoir un effet considérable sur l'amélioration de l'hygiène dentaire. Il faudrait alors encore réaliser des recherches pour approfondir le sujet. Par la suite, les auteurs mentionnent que les personnes âgées démentes peuvent aussi présenter une résistance aux soins, comportement fréquent chez cette population. 60% des participants étaient atteints de démences plus ou moins graves ; il ne faut alors pas oublier qu'il est possible que leur état cognitif et moteur risquent de se dégrader et de limiter et/ou aggraver les soins bucco-dentaires. Les résultats de l'étude pourraient être biaisés en raison de l'exclusion de 54 participants ; ceux-ci avaient refusé de participer aux tests cognitifs du MMSE.</p>

	<p>De plus, il faut aussi tenir compte du fait que les connaissances des soignants et leurs attitudes à l'égard des soins bucco-dentaires n'ont pas été prises en compte, alors qu'ils pourraient avoir une influence sur l'efficacité des interventions.</p> <p>La force de cette étude concerne les interventions mises en place. Elles permettent de diminuer les plaques dentaires chez les personnes âgées démentes ou non et sont facilement applicables à la pratique.</p>
Conséquences et recommandations	<p>L'éducation du personnel soignant ainsi que la mise en place de bains à ultrasons améliorent la santé bucco-dentaire des résidents (atteints de démences ou non) dans les EMS. Il n'est cependant pas possible de dire si les effets positifs remarqués après six mois d'étude seront stables à long terme ; d'autres études devront être menées afin de pouvoir répondre à cette question.</p> <p>Une meilleure communication entre les soignants, les résidents et leurs proches pourraient être un aspect utile pour améliorer la qualité des soins bucco-dentaires.</p>
Commentaires	

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.

Appendice E

Programme CARES

Programme CARES

Le programme CARES est un programme d'entraînement informatique destiné aux aides-infirmières et au personnel soignant qui leur permet d'acquérir des savoirs sur différentes démences (Alzheimer ou autre). Il vise à développer les pratiques de soins et les résultats obtenus chez les résidents, afin d'améliorer la qualité de soins des soignants travaillant à domicile ou dans un EMS. Ce programme a été développé en 2004 par un expert de la clinique gériatrique, des anciens membres de l'Association Nationale d'Alzheimer aux Etats-Unis, des experts des soins dans la démence, des consultantes infirmières en gériatrie et d'autres professionnels. Le programme CARES comprend trois sections initiales : l'introduction du programme informatique, l'introduction sur la démence et l'introduction sur les comportements de résistance aux soins. Chacune des trois sections est expliquée à l'aide de textes, graphiques ou vidéos. Dans le prototype de base, trois sections spécifiques étaient décrites : la consommation de nourriture et de liquides, la gestion de la douleur des résidents déments et la communication avec eux. Cependant, il a été amélioré depuis et traite maintenant d'autres AVQ. Ce programme est accessible sur internet moyennant un coût financier important (Hobday, 2019 ; Hobday, Savik, Smith, & Gaugler, 2010).