

Table des matières

RÉSUMÉ	I
REMERCIEMENTS	V
1. INTRODUCTION	1
2. PROBLÉMATIQUE	4
2.1 PRÉSENTATION DE LA THÉMATIQUE.....	5
2.2 REVUE EXPLORATOIRE.....	6
2.3 PERTINENCE POUR LES SOINS INFIRMIERS ET ANCRAGE DISCIPLINAIRE.....	16
2.3.1 <i>Concepts du métaparadigme infirmier</i>	16
2.3.2 <i>Savoirs infirmiers</i>	19
3. CONCEPTS ET CHAMP DISCIPLINAIRE INFIRMIER	25
3.1 DÉFINITIONS DES CONCEPTS.....	26
3.2 CADRE THÉORIQUE.....	31
3.2.1 <i>Le paradigme Humaindevenant selon R.R Parse</i>	31
3.2.2 <i>Les concepts du métaparadigme infirmier selon Parse</i>	35
3.2.3 <i>Liens avec la question de recherche</i>	36
4. MÉTHODE	38
4.1 FORMULATION DE LA QUESTION PICOT.....	39
4.2 RECHERCHE DES ARTICLES SUR LES BASES DE DONNÉES	40
4.3 LES CRITÈRES D'INCLUSION / D'EXCLUSION	41
4.4 DÉMARCHÉ DE SÉLECTION DES ARTICLES.....	44
4.4.1 <i>Tableau illustrant les recherches</i>	45
4.4.2 <i>Diagrammes de Flux</i>	47
5. SYNTHÈSE ET RÉSULTATS	49
5.1 RÉSUMÉS DES ARTICLES ANALYSÉS.....	50
5.2 PRÉSENTATION DES RÉSULTATS	67
5.2.1 <i>Liens avec la question de recherche</i>	67
5.2.2 <i>Biais rencontrés et recommandations pour la recherche</i>	71
5.3 RECOMMANDATIONS POUR LA PRATIQUE	73
6. CONCLUSION	77
6.1 LES DIFFICULTÉS ET FACILITÉS RENCONTRÉES	78
6.2 LES APPRENTISSAGES RÉALISÉS	80
6.3 LES LIMITES ET PERSPECTIVES FUTURES.....	81

7. RÉFÉRENCES	83
ARTICLES	84
BIBLIOGRAPHIE.....	86
LES QUINZE ARTICLES SÉLECTIONNÉS	87
RÉFÉRENCES INTERNET	89
CITATION ET IMAGES	91
8. ANNEXES	92
APPENDICE A : CRITÈRES DIAGNOSTIQUES DE LA DÉMENCE	93
APPENDICE B : COMPLÉMENTS SUR LA THÉORIE DE ROGERS	95
APPENDICE C : TABLEAU DES MESH.....	96
APPENDICE D : MINI MENTAL STATE EXAM (MMSE).....	98
APPENDICE E : NEUROPSYCHIATRIC INVENTORY (NPI)	99
APPENDICE F : COHEN-MANSFIELD AGITATION INVENTORY (CMAI)	100
APPENDICE G : GRILLE DE FORTIN ORIGINALE (2010)	101
APPENDICE H : ARTICLES ANALYSÉS SELON LA GRILLE DE FORTIN	104

Liste des illustrations

TABLEAU 1 DONNÉES ÉPISTÉMIOLOGIQUE SUISSE 2014.....	6
TABLEAU 2 QUESTION DE RECHERCHE AVEC LA MÉTHODOLOGIE PICOT (2011).....	39
TABLEAU 3 TABLEAU ILLUSTRANT LES RECHERCHES.....	46
TABLEAU 4 TABLEAU MESH	97

Liste des figures

FIGURE 1 DIAGRAMME DE FLUX (ALTMAN ET AL., 2009) 1 ^{ÈRE} ÉQUATION	47
FIGURE 2 DIAGRAMME DE FLUX (ALTMAN ET AL., 2009) 2 ^{ÈME} ÉQUATION	48

Liste des abréviations

CMAI	Cohen Mansfield Agitation Inventory
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux
EBM	Evidence-Based Medicine
EBN	Evidence-Based Nursing
EBP	Evidence-Based Practice
EMS	Etablissement médico-social
MMSE	Mini-Mental State Exam
NPI-NH	Neuropsychiatric Inventory Nursing Home Version
RCT	Randomized Controlled Trial : essai randomisé contrôlé
SCPD	Symptôme comportemental et psychologique de la démence
TNC	Trouble neurocognitif

1. Introduction

La profession infirmière est vaste et diversifiée. L'infirmière offre des prestations de soins pour des personnes de tous les âges de la vie nécessitant de l'aide en situation de transition. De ce fait, celle-ci utilise des compétences solides développées durant son apprentissage et tout au long de son processus de professionnalisation.

La formation à la He-arc a permis un questionnement réflexif des pratiques cliniques infirmières. La discipline ne cesse d'évoluer dans le sens d'un renforcement du rôle autonome. En effet, les nouveaux atouts de l'infirmière consistent à approcher l'humain de façon holistique en intégrant un examen clinique adapté et en s'appuyant sur des données probantes issues de l'*Evidence-Based Nursing* (EBN). Cette attitude innovante induit un positionnement infirmier argumentable et une collaboration interprofessionnelle efficace qui permet une prise en soins optimale et continue.

Cette prise en soins n'est pas toujours idéale notamment chez la personne âgée, une population en constante augmentation présentant davantage de comorbidités qui complexifient l'accompagnement. Ce phénomène s'accroît particulièrement chez les personnes présentant une démence de par le fait de certains comportements pouvant être perturbateurs et péjorant ainsi leur qualité de vie. Ceci rendant difficile la relation soignant-soigné.

Ce sujet fait l'objet de ce travail de Bachelor sous forme de revue de littérature, structuré de la façon suivante :

- la problématique présentant l'évolution du questionnement afin d'affiner la thématique de départ et de préciser le but recherché par les auteurs de ce travail ;
- ensuite, les concepts mis en lumière dans la problématique sont approfondis et intégrés dans la discipline infirmière à l'aide des concepts du métaparadigme infirmier (Fawcett, 1984, 2005) et des savoirs infirmiers (Carper, 1978) et argumentés grâce à la théorie de l'Humaindevenant de R.R Parse (1998, 2003) ;
- ultérieurement la méthode explicite la démarche de recherche effectuée dans le but d'obtenir des données probantes.
- en lien avec ce processus, une synthèse expose les articles analysés et met en évidence les résultats les plus pertinents et les recommandations pour la pratique clinique.
- les apprentissages réalisés, les difficultés rencontrées, les limites de ce travail et les perspectives de recherche sont présentés dans le chapitre conclusion.

Comme mentionné précédemment, la problématique qui est le cœur de ce travail, est amenée ci-après.

2. Problématique

Dans ce chapitre, les auteures présentent la problématique et le cheminement entrepris qui a conduit au choix du thème de ce travail. Suite à cela, des précisions quant à la question de départ seront données au travers d'une revue exploratoire de littérature.

Ce chapitre va également permettre de réaliser l'ancrage disciplinaire des sciences infirmières en mettant en lien la question de départ avec les concepts du métaparadigme infirmier tels que décrits par Fawcett (1984, 2005) et les savoirs fondamentaux de la discipline définis notamment par Carper (1978).

A la fin de ce chapitre, la question de recherche définitive de ce travail sera présentée.

2.1 Présentation de la thématique

La question de départ qui a été proposée aux membres du groupe est : « Quelles sont les thérapies non médicamenteuses les plus probantes pour le client atteint d'une forme de démence ? ».

L'intérêt de celles-ci pour cette question de départ est survenu lors de leurs expériences personnelles en stage, au cours desquelles les auteures ont été confrontées à la pertinence et l'efficacité des thérapies non médicamenteuses pour atténuer les symptômes de la maladie.

Lors de différentes périodes de formation pratique, les membres du groupe ont observé une présence marquée de démences, majoritairement de type Alzheimer. De plus, il a été constaté que cette pathologie et les symptômes associés engendrent une certaine impuissance et une incompréhension de la part des soignants. Cependant, il a été relevé que plusieurs stratégies et thérapies non médicamenteuses sont utilisées afin de diminuer quelques symptômes dans le but d'améliorer le confort des patients présentant une démence.

2.2 Revue exploratoire

Afin de mieux cerner les problèmes, des données épidémiologiques sont présentées ci-dessous selon l'association Alzheimer Suisse.

Âge	Taux de prévalence		Personnes atteintes de démence	
	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes
30-64	0.07%	0.07%	1'335	1'552
65-69	1.10%	2.20%	2'423	4'557
70-74	3.90%	4.60%	7'094	7'322
75-79	6.70%	5.00%	9'959	5'845
80-84	13.50%	12.10%	16'631	9'845
85-89	22.80%	18.50%	19'090	8'068
90+	34.10%	31.90%	16'566	5'821
TOTAL			73'098	42'810

Tableau 1 Données épidémiologiques suisses 2014

Association Alzheimer Suisse, société et politique. Les données et les chiffres. Repéré à <http://www.alz.ch/index.php/les-donn%C3%A9es-et-les-chiffres.html> , le 09 septembre 2015

Ces chiffres montrent que 116'000 personnes sont atteintes d'Alzheimer ou d'une autre forme de démence en Suisse en 2014. Ceci montre bien l'ampleur de cette pathologie et donne également une idée des enjeux de santé publique qui y sont liés.

De plus, Selon Dartigues, Helmer et Pasquier (2006), « la majorité des cas de démence se rencontre après 65 et même après 75 ou 80 ans. [...] La maladie existe pourtant avant 65 ans, même avant 60 ans ». Attendu que les auteurs du présent travail ont rencontré majoritairement des personnes à partir de 65 ans dans leurs expériences pratiques, c'est cette population qui sera particulièrement ciblée.

Ceci précisé, il est essentiel de brièvement définir les principaux concepts retrouvés dans la question de départ afin d'obtenir une meilleure compréhension du thème dans sa globalité. Ces concepts seront approfondis et précisés dans le chapitre suivant de ce travail.

Outre les données épidémiologiques, il convient tout d'abord de préciser et de mieux définir la démence ainsi que les symptômes les plus souvent rencontrés dans le cadre de ces pathologies. La notion thérapeutique sera également discutée autant pour les approches médicamenteuses que non médicamenteuses. En outre, la nature des interventions infirmières sera également précisée.

S'appuyant sur le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-V, 2015), « la démence renvoie à l'entité nouvellement nommée *trouble neurocognitif majeur (TNC)*, bien que l'usage du terme *démence* ne soit pas exclu dans les sous-types étiologiques où ce terme reste standard » (p.699). Néanmoins, le DSM-V précise que le terme *trouble neurocognitif* est majoritairement employé dans les cas de déficits causés par un traumatisme ou une infection. En revanche le terme *démence* reste privilégié dans les situations de démences dégénératives qui affectent fréquemment les personnes âgées. Il existe plusieurs formes de troubles neurocognitifs majeurs ou légers dont l'étiologie se divise en plusieurs sous-types : « le TNC dû à la maladie d'Alzheimer, le TNC vasculaire, le TNC à Corps de Lewy, le TNC dû à la maladie de Parkinson et le TNC fronto-temporal » (DSM-V, 2015, p.699). Comme cité précédemment, les membres du groupe utilisent le terme *démence* et ont donc décidé de centrer leur travail sur la démence de type Alzheimer car c'est la plus fréquemment rencontrée dans leurs expériences. En outre, selon Fernandes Justus, Ferreira Camargo et Retzlaff (2015), « la maladie d'Alzheimer est la cause la plus fréquente de démence » (p.1).

D'un point de vue général, selon l'association Alzheimer Suisse (2015), la démence peut se définir comme: « un ensemble de symptômes généralement dus à une maladie cérébrale chronique et évolutive qui se manifeste par l'altération de plusieurs fonctions cognitives. »

Les auteures de ce travail reprendront plus en détail la maladie d'Alzheimer dans le chapitre suivant.

Les membres du groupe ont effectué et assemblé plusieurs informations tirées d'articles permettant de guider leur choix par rapport aux symptômes de la maladie d'Alzheimer sur lesquels l'accent sera mis dans ce travail. Ci-après, suivent des notions essentielles de vocabulaire permettant de clarifier la thématique.

Comme indiqué précédemment, les patients souffrant de démence de type Alzheimer présentent plusieurs symptômes dont les principaux sont l'agitation et l'insomnie. Ceci est confirmé par Bédard, Landreville et al. (2007) qui indiquent que :

la détérioration des fonctions cognitives dans les démences sont souvent accompagnées de symptômes de nature comportementale ou psychologique, désignés le plus souvent par l'appellation « symptômes comportementaux et psychologiques de la démence » (SCPD). Les symptômes comportementaux, connus aussi sous le nom de « comportements perturbateurs » ou « agitation », font référence à des comportements inappropriés, répétitifs ou dangereux. Il peut s'agir a) de comportements physiques, tels l'errance, l'intrusion dans des endroits inappropriés, la désinhibition sexuelle ou l'agressivité physique, ou b) de comportements verbaux ou vocaux comme la répétition de mots ou de questions, les demandes constantes d'attention, les cris ou l'agressivité verbale (p. 77).

De plus, selon Onen et Onen (2002), « chez le sujet âgé dément, les réveils, les agitations et les déambulations nocturnes sont fréquemment associés à une détérioration cognitive et fonctionnelle majeure » (p.166).

En outre, d'après Benhamidat, Benoit et al. (2003), « il est maintenant bien établi que les symptômes comportementaux et psychologiques (SCPD) sont des manifestations majeures de la maladie d'Alzheimer » (p.320). Comme le mentionnent les auteurs de ces travaux, ces symptômes sont présents pendant la progression de la pathologie et affectent l'autonomie des personnes atteintes. Ces éléments sont également repris par Vecchierini (2010), pour qui « les troubles de la maladie d'Alzheimer portent d'abord sur les fonctions cognitives, caractérisées par des troubles mnésiques. Puis s'y ajoutent chez 25 à 35 % des sujets des troubles comportementaux, notamment des troubles du sommeil » (p.16). Ce tour d'horizon des symptômes rencontrés montre qu'outre les déficits purement cognitifs, l'insomnie et l'agitation font partie intégrante de problématiques rencontrées auprès de cette population. Ceci est corroboré par les expériences pratiques réalisées par les auteures de cette revue de littérature. Pour ces raisons, le présent travail sera particulièrement orienté autour de ces deux symptômes importants.

Dès lors, une définition et des explications générales de chacun de ces symptômes seront données dans les lignes qui suivent.

Dodd, Janson et al. (2001) cités par Liehr et Smith (2008), indiquent qu' « un symptôme est défini comme une expérience subjective qui reflète les changements dans le fonctionnement bio-psycho-social, les sensations, ou la cognition d'un individu. En revanche, un signe est défini comme étant une anomalie indicative d'une maladie qui est détectable par l'individu ou autrui » (p.145).

Selon Perlemuter et al. (2009) :

L'agitation est définie comme suit : « trouble du comportement, c'est un symptôme complexe qu'il faut absolument restituer dans un contexte clinique afin d'y répondre de la façon la plus adaptée » (p.34).

En outre, Perlemuter et al. (2009) indiquent que « l'insomnie répond à deux critères ; tout d'abord une plainte concernant un mauvais sommeil et en second un retentissement sur la qualité de la forme du lendemain » (p.535).

Les symptômes à présent détaillés, les membres du groupe vont dès lors aborder les thèmes relatifs au positionnement infirmier, à savoir la thérapie et l'intervention.

La thérapie est un concept difficilement définissable car il est présent dans différentes disciplines autres que la science infirmière (psychologie, médecine). Les bases de données scientifiques ont été consultées afin de préciser la notion de thérapie. Ces recherches ont mis en lumière que le terme *thérapie* se rapporte à celui de *thérapeutique* ou *intervention thérapeutique*. En effet, selon Dorenlot (2006), « les interventions non médicamenteuses mises en œuvre auprès des personnes atteintes de pathologies démentielles recouvrent des approches hétéroclites » (p.135). De plus, les membres du groupe se basent sur l'apport de Dorenlot (2006) qui précise que pour prendre en compte l'ensemble des approches non médicamenteuses développées pour les personnes atteintes de pathologies démentielles, les pays anglo-saxons ont effectué un choix sémantique, à savoir, que le terme d'*intervention* est préférentiellement utilisé à celui de *thérapie non médicamenteuse* (p.137).

Selon Fawcett (2005), l'intervention infirmière se définit comme « les actions et les décisions professionnelles de l'infirmière et de ce qui concerne le patient comme un objet de soins infirmiers plutôt que d'un participant en soins infirmiers. Les infirmières agissent en prenant des décisions pratiques qui influent le patient et/ou l'environnement pour amener un changement » (Fawcett, 2005, p.16). [Traduction libre]

Suite à ce qui précède, il a été déterminé que la question de recherche initiale sera modifiée et comprendra la notion plus précise d'intervention thérapeutique plutôt que celle de thérapie qui se veut plus générale.

Le positionnement infirmier étant à présent défini et précisé, il est nécessaire de faire de même pour les aspects du médicament, de médicamenteux et non médicamenteux.

Selon Collin (2002), le terme *médicament* est défini comme cela :

bien qu'outils de traitement ou de soulagement, ayant par définition une action dans et sur le corps, ils peuvent aussi par la même occasion entraîner des changements, des dérèglements physiques et physiologiques estimés imprévus, « *rendre malade* », par le biais principal de leurs effets secondaires (p.147).

Le terme *médicamenteux* quant à lui peut se définir comme suit : « qui a comme posologies normalement utilisées chez l'homme pour la prophylaxie, le diagnostic ou le traitement d'une maladie ou pour la restauration, la correction ou la modification d'une fonction physiologique » (Asseray, Ballereau et al., 2014, p.3).

Les membres du groupe décident de traiter des interventions non médicamenteuses dans ce travail car comme cité précédemment, les médicaments provoquent des effets secondaires. En outre, Onen et Onen, (2002) mentionnent que « les psychotropes sédatifs peuvent altérer la mémoire, plus particulièrement dans la maladie d'Alzheimer, diminuer la vigilance diurne et augmenter le risque de chute » (p.166).

Le terme *non médicamenteux* dans le cas de la maladie d'Alzheimer correspond donc à « la prise en soins sans traitement curatif à savoir différentes thérapies et/ou un accompagnement relationnel thérapeutique » (Gaucher et Ribes, 2011, p.1).

Etant donné que la question de départ a été proposée par un EMS, il convient de préciser exactement le type d'établissement dont il s'agit.

« L'établissement médico-social (EMS) représente le lieu de vie des personnes âgées jusqu'à la fin de leur existence. Le rassemblement d'aînés dans un même espace engendre l'apparition d'une communauté de fait » (Willy, 2008, p.50).

Le dernier sujet à aborder suite à cette scoping review est celui de *probant*. En effet, le terme de *probant* est fort intéressant car il soulève la question fondamentale de la pertinence des savoirs infirmiers et de la recherche en sciences infirmières. En effet, il a été jugé essentiel d'aborder certains termes et concepts associés à *probant* apparaissant à plusieurs reprises dans les nombreuses recherches effectuées. En sciences infirmières, *probant* renvoie à *preuve*, à *données probantes*, à *Evidence-Based Nursing (EBN)* traduit comme la pratique infirmière fondée sur des données probantes. Selon Debout (2012), « la pratique fondée sur les données probantes en facilitant le transfert de savoirs du domaine de la recherche vers celui de la pratique, permettrait l'actualisation des pratiques et serait source d'amélioration de la qualité des soins » (p.13).

L'EBN, concept propre aux soins infirmiers a pris naissance d'après l'*Evidence-Based Medicine (EBM)* propre à la médecine, elle-même déclinée en *Evidence-Based Practice (EBP)* propre à tous les domaines de santé. Une définition de Sackett citée par Debout (2012) est tout à fait transférable à l'EBN :

L'EBM consiste dans l'utilisation consciente, explicite et judicieuse des données probantes (evidence) les meilleures afin de prendre des décisions concernant les soins des patients à un niveau individuel. La pratique de l'EBM implique l'intégration de l'expertise clinique individuelle avec les meilleures données probantes cliniques issues de la recherche systématique (p.15).

Toujours selon Debout, (2012), l'EBN peut être ainsi définie : « Identification et évaluation de travaux de recherche destinés à assister l'infirmière dans sa prise de décision clinique » (p.17). Ceci renvoie au fait que la démarche de la pratique infirmière permet un raisonnement, un jugement, une évaluation et une prise de décisions cliniques basés sur des preuves scientifiques rigoureuses.

Finalement, le terme *probant* a une place prépondérante au sein de la discipline infirmière car, après tout, la méthodologie rigoureuse basée sur des données probantes est l'essence même du déroulement de ce travail de Bachelor.

2.3 Pertinence pour les soins infirmiers et ancrage disciplinaire

2.3.1 Concepts du métaparadigme infirmier

Afin de situer ce travail dans la discipline infirmière, la question de départ sera mise en lien avec les concepts du métaparadigme infirmier tels que définis par Fawcett (1984, 2005). Selon cette auteure, la fonction du métaparadigme amène une certaine unité à la discipline. En particulier, les concepts représentant le sujet principal de la discipline permettent aux membres de cette discipline de communiquer avec d'autres. De plus, les limites imposées par les concepts du métaparadigme aident à identifier les connaissances dans le développement de leurs activités. Le métaparadigme leur permet également de prendre conscience de ce qu'ils font et pourquoi ils le font. De plus, cela permet à l'infirmière d'avoir une ressource théorique pour la guider dans ses interventions et ses décisions.

Selon Fawcett (1984, 2005), le métaparadigme infirmier comprend quatre concepts : à savoir l'être humain, l'environnement, la santé et les soins infirmiers.

Selon l'auteure citée ci-dessus, le premier concept - l'être humain -, « se réfère aux individus, si les individus sont reconnus dans une culture, aussi bien que pour les familles, les communautés et d'autres groupes et participent aux soins infirmiers » (Fawcett, 1984, 2005, chapitre 1, p.6).

[Traduction libre]

La question de recherche concerne les êtres humains souffrant de la maladie d'Alzheimer. Les différents symptômes affectent la personne et son quotidien. Cette maladie amène à une restructuration totale de la vie car elle a une conséquence sur l'estime de soi, l'identité personnelle et les différents rôles sociaux.

Selon Fawcett (1984, 2005), le concept de l'environnement « fait référence aux personnes proches et à l'environnement physique des êtres humains ainsi que les circonstances dans lesquelles les soins ont lieu, ce qui peut aller de maisons privées aux hôpitaux voire même à la société dans son ensemble » (Fawcett, 1984, 2005, chapitre 1, p.6). [Traduction libre]

Les membres du groupe affirment que les symptômes de la maladie d'Alzheimer ont des conséquences sur la vie sociale de la personne incluant la famille, les amis, les soignants ou les autres patients.

« Le concept de la santé se réfère aux processus humains de vie et de mort » (Fawcett, 1984, 2005, chapitre 1, p.6). [Traduction libre]

Ce concept touche principalement la question de départ car il est question de maladie et donc de santé. Même si selon l'Organisation Mondiale de la Santé (1946), « la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas en une absence de maladie ou d'infirmité », le bien-être de la personne est tout de même perturbé.

A l'annonce du diagnostic, la personne va opérer un processus de deuil de sa vie d'avant puis au fur et à mesure que la maladie évolue, elle organisera sa vie selon son état de santé et ses traitements. En effet, les symptômes de la maladie ont un impact important sur son quotidien. C'est la raison pour laquelle il a été décidé pour ce travail de se focaliser sur les thérapies pouvant diminuer ces symptômes en vue d'améliorer le bien-être des personnes atteintes de cette pathologie.

Enfin, le concept soins infirmiers fait référence « aux mesures prises par les infirmières au nom de ou en relation avec les êtres humains, et les buts ou les résultats des actions de soins infirmiers. Les actions de soins infirmiers sont vues comme un processus mutuel entre les participants aux soins et les infirmières. Le processus englobe des activités qui sont souvent désignées comme l'étiquetage, la planification, l'intervention et l'évaluation » (Fawcett, 1984, 2005, chapitre 1, p.6). [Traduction libre]

La question de départ concerne les thérapies non médicamenteuses qui font référence aux traitements et donc aux soins infirmiers. Selon Alzheimer Suisse (2015), pour cette maladie, il n'existe pas de traitement médicamenteux curatif mais seulement des produits pharmacologiques stabilisant l'avancée de la maladie. Comme la pathologie génère de nombreux symptômes invalidants, certains traitements classiques sont administrés pour les contrer. Malheureusement ceux-ci engendrent nombre d'effets secondaires.

L'accompagnement infirmier est essentiel car les soignants jouent le rôle de repère pour les patients dans les institutions. La communication est primordiale pour valider le ressenti de la personne, tout comme il est important de suivre le rythme du patient pour éviter l'apparition de symptômes comme l'angoisse et l'agitation et faire que la personne se sente respectée.

Les concepts du métaparadigme infirmier précisés, la question de départ sera mise en lien avec les savoirs fondamentaux de la discipline infirmière tels que définis par Carper (1978) et Chinn et Kramer (2008).

2.3.2 Savoirs infirmiers

Dès à présent, les membres du groupe se focalisent sur les différents savoirs au sein de la discipline infirmière : le savoir empirique, le savoir esthétique, le savoir éthique et le savoir personnel (Gagnon et al., 2014).

Il est essentiel de lier ces savoirs à la question de recherche car selon Chinn et Kramer (2008) cités par Gagnon et al. (2014) « le savoir infirmier réfère à l'expression de la compréhension qui peut être partagée aux autres et qui reflète ce que les membres d'une collectivité ont retenu comme standards et comme critères leur étant propres » (p.3).

Selon Carper (1978), ils sont au nombre de quatre et le premier cité dans ce travail est le savoir empirique.

Le savoir empirique fait référence et est issu de la recherche et de la démarche scientifique ; il comprend l'observation, l'exploration, la description et l'explication des phénomènes. Il s'agit de connaissances systématiquement organisées qui partent de lois générales et de théories dans le but de décrire, prédire et comprendre la préoccupation de la discipline infirmière (Carper, 1978). En ce qui concerne la question de départ, ce savoir empirique fait référence aux connaissances physiopathologiques de la maladie d'Alzheimer, les recherches sur les différentes thérapies non médicamenteuses, le choix et l'analyse des articles scientifiques. Tout ceci dans le but de trouver des pistes de réflexion pour la pratique infirmière.

Selon Carper (1978), le savoir esthétique fait appel et fait référence aux expressions de type artistique qui découlent des expériences quotidiennes de la discipline. Ce type de savoir fait appel à la créativité et concerne les habiletés souvent acquises par l'expérience. Il comprend également la manière d'envisager la relation et d'apporter de l'aide ou de reconnaître les besoins des individus.

Ce savoir se retrouve dans la question de départ comme étant l'art de se comporter et de communiquer avec une personne présentant une démence de type Alzheimer. L'esthétisme ressort dans la posture qu'a le soignant face au patient : en étant ouvert et disponible pour lui dans toutes les situations mais aussi dans la créativité dont il doit faire preuve pour anticiper les interventions appropriées à des situations souvent difficilement prévisibles.

Selon les membres du groupe, l'empathie fait également partie intégrante du savoir esthétique puisqu'il s'agit d' « une capacité consciente à nous mettre mentalement à la place d'autrui » (Simon, 2009, p.29). Les auteures de ce travail de Bachelor comprennent donc l'empathie comme la capacité de saisir de manière indirecte l'expression des sentiments des autres. Ceci pouvant s'observer à travers l'intensité d'une interaction, constituant une forme d'esthétisme.

Selon Carper (1978), le savoir éthique fait référence aux jugements d'ordre moral que nous pouvons rencontrer dans certaines situations de soins. Ceci concerne ce qui est juste ou faux, ce qui est bon, désirable ou mauvais, ce qui devrait être fait et concerne par conséquent la philosophie mais aussi le code, les valeurs et les normes éthiques. Dans une pathologie comme la maladie d'Alzheimer, il est important de voir la personne comme un être humain malgré sa perte d'identité et participer au maintien de sa dignité.

Bien que la personne perde ses repères dans la proximité des relations, il est essentiel d'apporter une aide dans le respect de la dignité, des envies et des décisions du patient. Le comportement physique et verbal de la personne questionne le sens moral de l'infirmière. Par exemple, un patient souhaitant rentrer chez lui alors que ce n'est pas possible car il a besoin de soins : cela peut être difficile pour l'infirmière de dire non.

De même pour les mesures thérapeutiques utilisées pour les patients : l'infirmière peut être amenée à se demander si c'est bien ou mal de mettre en place des mesures de contention dans certaines situations.

Le savoir personnel correspond au savoir que l'on acquiert par la connaissance de soi et la manière dont l'infirmière se perçoit. La relation à l'autre s'en trouve facilitée et peut devenir thérapeutique. Le savoir personnel favorise aussi l'intégrité du soigné et du soignant (Carper, 1978).

En lien avec la question de départ, il doit être indiqué, par rapport au savoir personnel, que la relation avec le patient éveille des émotions chez le soignant. La maladie d'Alzheimer amène des situations émotionnellement difficiles pour l'infirmière. Si cette dernière a une bonne connaissance d'elle-même, elle sait quelles sont ses limites et elle peut opérer une prise de distance pour éviter que cela ne l'affecte trop.

Le contact et la relation avec l'autre promeut également son propre développement et sa propre actualisation. Selon Chinn et Kramer (2008), cités par Gagnon, Lechasseur et al. (2014), le savoir personnel s'exprime par la congruence, l'authenticité entre l'âme, le corps et l'esprit.

D'autres auteurs ont proposé de nouveaux types de savoirs ; notamment White (1995) cité par Gagnon et al. (2014) avec le savoir sociopolitique qui :

Amène une vision élargie de la relation infirmière-personne en la situant au-delà du contexte de soins consciente du lien qui existe entre la personne et la société ; l'infirmière tient compte des intérêts du public et soulève toute forme d'inégalité sociale qui porterait atteinte à la personne (p.6).

Chinn et Kramer (2008), cités par Gagnon et al. (2014), ajoutent quant à eux le savoir émancipatoire. Celui-ci « correspond à l'examen critique d'une situation de soins ou de travail. Ce savoir se façonne grâce aux croyances et aux valeurs des individus. Ainsi la critique sociopolitique et les enjeux découlant d'une situation s'avèrent importants » (p.6).¹

Dans le but de déterminer une question de recherche pertinente, il a été convenu de réaliser une revue exploratoire dite *scopingreview*. Celle-ci a démontré que la maladie d'Alzheimer était la plus rencontrée et la plus étudiée.

¹ Les auteures de ce travail ont fait le choix de mettre en lien avec la question de départ, essentiellement les quatre savoirs principaux de Carper (1978). Elles ont tout de même tenu à expliquer les savoirs ultérieurement proposés.

De plus, suite aux différentes expériences de stage des membres du groupe dans le domaine de la gériatrie et de la psychogériatrie, il a été observé que la maladie d'Alzheimer était la plus courante et la plus connue par les soignants. Les auteures ont également réalisé des recherches épidémiologiques témoignant de la prévalence de ce type de démence.

Celles-ci ont constaté que les données récoltées concernent la maladie d'Alzheimer et les démences apparentées. En effet, le diagnostic d'Alzheimer se base essentiellement sur la clinique. Etant donné que certains états regroupent des symptômes similaires à la maladie d'Alzheimer mais sans étiologie connue, ils sont regroupés sous le terme de démence de type Alzheimer.

De ce fait, la question de recherche qui servira de fil rouge à l'ensemble de cette revue de littérature est la suivante : « Quelles sont les interventions thérapeutiques non médicamenteuses les plus probantes permettant la diminution ou la stabilisation de symptômes tels que l'agitation et l'insomnie chez les patients atteints de la maladie d'Alzheimer en EMS ? »

Le chapitre suivant permettra de préciser les concepts pertinents dans le cadre de cette question de recherche. Ces concepts sont : la démence, la maladie d'Alzheimer, la thérapie et les symptômes d'agitation et d'insomnie. Une définition du vieillissement primaire sera également apportée.

3. Concepts et champ disciplinaire infirmier

Dans ce chapitre, suite à une première définition, les principaux concepts retenus sont explicités et développés. Ensuite, la théorie de l'Humaindevenant de Rosemarie Rizzo Parse sera appliquée afin de situer la question de recherche dans le champ disciplinaire. Les concepts sont définis ci-après.

3.1 Définitions des concepts

Tout d'abord, il est important de connaître la différence entre le vieillissement cognitif physiologique et le déclin pathologique ; c'est pourquoi une définition de la sénescence est apportée ci-dessous.

Selon Berger et Mailloux-Poirier (2003), le vieillissement a longtemps été vu comme une atteinte pathologique dû « à l'usure de l'organisme et aux séquelles des maladies. » Mais, la sénescence n'est pas une pathologie ; c'est un « processus multifactoriel qui entraîne une détérioration physiologique de l'organisme. » L'étiologie est méconnue mais est en lien avec « des facteurs endogènes et exogènes. » La sénescence est un déclin naturel qui peut amener à une pathologie, mais n'est en aucun cas « synonyme de sénilité, lequel terme désigne une dégénérescence pathologique. » Le signe clinique le plus marquant est la réduction de la « capacité d'adaptation de l'organisme face aux changements de l'environnement » (pp. 123-125).

D'après le DSM-V (2015), les *troubles neurocognitifs (TNC)* correspondent au DSM-IV (2003) à *démence*. Un trouble neurocognitif peut être léger ou majeur et se définit comme suit :

Les critères diagnostiques regroupent un déficit cognitif modeste ou significatif selon le degré de sévérité affectant le fonctionnement cognitif de l'individu. La personne ou une tierce personne se rend compte des perturbations cognitives. Ceci s'observe cliniquement par une perte de l'autonomie nécessitant une aide au quotidien. Ces atteintes cognitives ne sont pas dues à une autre affection mentale ou à « un état confusionnel » (trouble de l'humeur ou trouble psychotique) (pp. 711-712). Les membres du groupe précisent ci-après les critères diagnostiques concernant le TNC dû à la maladie d'Alzheimer étant donné qu'elle est au centre de ce travail.

S'inspirant également du DSM-V (2015), le TNC majeur ou léger dû à la maladie d'Alzheimer correspond en premier lieu aux critères du TNC majeur ou léger explicités précédemment. De plus, le « début est insidieux » et l'altération cognitive est progressive (p.721).

Concernant le TNC léger, il s'agit d'une « maladie d'Alzheimer probable », qui se traduit par la présence d'une « mutation génétique responsable de la maladie d'Alzheimer mise en évidence par les antécédents familiaux. » Dans le cas contraire, le diagnostic est « une maladie d'Alzheimer possible. »

De plus, trois critères doivent être présents : à savoir un déficit évident des fonctions mnésiques et d'apprentissage, un déficit continu et croissant et, pour finir, aucun autre trouble explicitant ce déficit.

Concernant le TNC majeur, le diagnostic est une « maladie d'Alzheimer probable » qui se traduit de la même manière que pour le TNC léger avec en plus la présence des trois critères cités précédemment. Si ce n'est pas le cas, il s'agit alors d'une « maladie d'Alzheimer possible » (pp. 721-722).²

Suite à ces précisions, il est nécessaire de définir les différents symptômes de la maladie d'Alzheimer à savoir l'agitation et l'insomnie pour comprendre l'importance de l'accompagnement d'une personne présentant cette pathologie.

Perlemuter et al. (2009) définissent l'agitation comme :

Un trouble du comportement, c'est un symptôme complexe qu'il faut absolument restituer dans un contexte clinique afin d'y répondre de la façon la plus adaptée. C'est l'expression motrice, plus ou moins turbulente et ordonnée, qui réalise en actes dépourvus de plan réfléchi des pulsions instinctives et affectives variables selon les circonstances pathologiques où on l'observe. (p.34).

² Des compléments sur les critères diagnostiques de la démence et de la démence de type Alzheimer selon le DSM-IV (2003) sont apportés en annexes, en appendice A.

Des précisions sont données par Brown, Candy et al. (2004, 2012) cités par Gold, Qvale et al. (2013) : dans les stades tardifs de la démence, l'agitation est décrite comme le symptôme le plus significatif causant une détresse aux patients et un fardeau pour les soignants (p.667).

[Traduction libre]

Egalement selon Gold et al. (2013) :

Dans une approche centrée sur la personne, l'agitation est l'expression d'un besoin. L'agitation n'est pas décrite comme un aspect du processus de détresse mais est comprise comme une réaction à des besoins psychosociaux insatisfaits et comme un moyen pour exprimer ces besoins (Kitwood, 1997, p.667) et « comme des manières de s'adapter » (Woods, 2001, p.667).
[Traduction libre]

Selon le DSM-V (2015), l'insomnie est une préoccupation concernant « la quantité ou la qualité du sommeil associée à un (ou plusieurs) des symptômes suivants : difficulté d'endormissement, difficulté du maintien du sommeil, réveil matinal précoce » (p.424). De plus, l'altération du sommeil est causée par des bouleversements de la vie de tous les jours qui doit être présente trois nuits par semaine depuis au moins trois mois. Le trouble du sommeil se manifeste dans n'importe quelle condition. L'altération n'est due ni à un autre phénomène physiologique, ni à une substance, ni à une autre affection mentale (p.425).

Selon Perlemuter et al. (2005), l'insomnie est définie comme « une perturbation quantitative et qualitative du sommeil. Il faut en trouver la cause afin de la traiter » (p.535).

Les insomnies sont classées en deux catégories : « les insomnies primaires ou l'insomnie apparaît comme le symptôme unique ou dominant » et les « les insomnies secondaires » (par exemple dues à une substance ou à une maladie) (Perlemuter et al., 2005, p.535). Les symptômes à présent éclairés, il est temps d'explicitier les termes *thérapie* et *intervention*.

Comme mentionné précédemment, le terme de *thérapie* est complexe à définir. Les membres du groupe ont d'ailleurs choisi d'utiliser le mot *intervention thérapeutique* car c'est celui qui est le plus présent dans la littérature scientifique. Néanmoins, les auteures apportent un éclairage sur le sens de ce terme en se basant sur la discipline de la psychologie. En effet, Benoist (2004) met en évidence qu'au sens premier du terme, la thérapie signifie « le soin » (p.23). Cet apport est pertinent pour les sciences infirmières puisqu'il renvoie au *prendre soin* ou traduit par *caring*, concept clé de la discipline infirmière, mis en avant par Jean Watson (1979) en tant que philosophie à part entière.

Cette dernière définit le Caring comme :

Un ensemble de facteurs (qu'elle nomme « facteurs caratifs ») qui fondent une démarche soignante favorisant soit le développement ou le maintien de la santé soit une mort paisible. Ces facteurs caratifs sont étayés à la fois par une philosophie humaniste, qui est la clé de voûte de l'approche soignante, et par un corpus de connaissances scientifiques qui ne cesse de s'accroître. Ils servent de guide structurant pour comprendre le processus thérapeutique interpersonnel qui s'instaure entre l'infirmière et la personne soignée (p.10).

(Watson citée par Bonnet, 1998).

3.2 Cadre théorique

La discipline infirmière est constituée d'une multitude de théories de soins et de modèles conceptuels pour éclairer la pratique infirmière et amener des pistes et des outils d'accompagnement de la personne en situation de soins. Après mûre réflexion et comparaisons avec d'autres théories, les membres du groupe ont décidé d'utiliser le paradigme de l'*Humaindevenant* de Rosemarie Rizzo Parse.

3.2.1 Le paradigme *Humaindevenant* selon R.R Parse

D'après Parse (2014), « le paradigme *Humaindevenant* a émergé en tant qu'une vision du monde unique, distinct de la conceptualisation du métaparadigme et de toutes autres conceptions paradigmatiques » (p.25). Toujours en référence à Parse (2014), il constitue un paradigme à part, en plus de deux autres paradigmes, qui sont : le paradigme de la totalité et le paradigme de la simultanéité. Le paradigme de la simultanéité comprend la théorie de Martha E. Rogers³, science de l'être humain unitaire (1970) dont Parse s'est inspirée. Le paradigme de la totalité regroupe toutes les autres théories de soins. Ce sont notamment des modèles et des concepts concrets qui amènent des outils permettant une mise en application très pragmatique dans la pratique infirmière.

³ En annexes se trouvent les principaux concepts de la théorie de l'être humain unitaire de Martha E. Rogers, qui constituent les fondements de la philosophie de Parse, développée ci-après.

Selon Parse, (1998, 2003) :

Le paradigme de l'*Humaindevenant* définit l'humain unitaire comme un être qui co-participe, avec l'univers, à la création du devenir et qui est entier, ouvert et libre de choisir ses façons de devenir. Ce paradigme contraste avec celui qui considère l'humain comme la somme de ses parties, comme un être déterminé et délimité par des forces telles que la maladie et les pathologies (p.33).

En s'inspirant des écrits de Parse, les soins infirmiers ont longtemps été considérés comme un modèle médical issu des sciences de la nature, amenant une perspective purement curative en termes de traitements et orientations thérapeutiques. Avec l'émergence de l'*Humaindevenant*, Parse, amène une vision du soin en tant qu'accompagnement de l'humain libre de ses choix. « La reconnaissance de la pratique infirmière en tant que discipline à part entière est maintenant légitime » (Parse, 1998, 2003, p.27).

Il s'avère donc que c'est une philosophie qui amène un éclairage certain quant à la santé telle que la personne en situation de soins la définit. De ce fait, il est pertinent de mettre en lien la théorie de l'*Humaindevenant* avec la question de recherche de ce travail.

Tout d'abord il est essentiel d'expliciter les fondements de l'*Humaindevenant* pour pouvoir les mettre en lien avec la question de recherche et les concepts du métaparadigme infirmier selon Fawcett (1984). En effet, les postulats explicités par Parse, c'est-à-dire en *illuminant sens*, en *virant rythmes* et en *inspirant transcendant* permettent de comprendre ce que vit la personne atteinte de démence et de l'accompagner dans sa maladie.

Pour faciliter la compréhension, des explications des différents principes nécessitent d'être données. Concernant le premier principe, *illuminant sens*, il est essentiel de définir le terme de *sens* :

Il apparaît avec le processus humain-univers et renvoie au sens de la vie ou au but de la vie ainsi qu'aux moments significatifs de la vie quotidienne. Les moments significatifs changent avec le vécu de nouvelles expériences ; ce vécu vient renverser les valeurs figurées, en donner un éclairage différent et, ainsi, changer le sens de la vie. Donc, le sens n'est pas statique mais en changement continu ; il présage l'inconnu, les vérités qui, pour le moment, sont encore-à-être (Parse, 1998, 2003, p.57).

Ce principe signifie que :

L'humain, dans un processus ouvert avec l'univers, choisit des façons de devenir en situation et qu'il est responsable de ses choix. Il est touché par les commencements et les fins qui constituent les événements rythmiques de la vie au quotidien. Ces événements sont cocréés alors que l'humain choisit les significations des situations et, au travers de ses choix, les possibilités de son devenir personnel. En choisissant une direction, l'humain renonce aux autres directions ; de cette façon, il est à la fois habilité et limité par les directions qu'il a choisies et par celles qu'il n'a pas choisies (Parse, 1998, 2003, pp.50-51).

Le second principe en *virant rythmes* signifie que :

L'humain vit avec les autres, évoluant de façon mutuelle et cadencée avec l'univers. L'humain, un pattern reconnaissable du processus humain-univers, développe avec ses contemporains les idées de ses prédécesseurs et avance de nouvelles idées pour ses successeurs. L'humain coexiste alors qu'il constitue des patterns rythmiques de relation avec l'univers (Parse, 1998, 2003, p.50).

C'est-à-dire que l'humain vit des rythmes qui lui sont propres et qui changent constamment selon ses propres choix. Ces derniers sont paradoxaux car ce sont des dimensions vécues simultanément. Le soignant dans une perspective *Humaindevenant*, s'accorde à respecter les différents rythmes de la personne. « L'être humain est donc indivisible, imprévisible, toujours changeant » (Parse, 2007, 2011, chapitre 1, p.4).

Le dernier principe *inspirant transcendant* signifie que : « l'humain choisit, avec le processus humain-univers, d'avancer au-delà de la situation actuelle et contextuelle, avec les possibles » (Parse, 1998, 2003, p.52). Le soignant, se positionne de façon à permettre l'évolution ultérieure de la personne telle qu'elle la définit. Ceci se fait en étant présent pour la personne et en posant des questions ouvertes concernant le sens que donne la personne aux événements futurs.

Afin de compléter et pour aider à une meilleure compréhension, les concepts du métaparadigme infirmier seront vus sous l'angle du paradigme de l'*Humaindevenant*. Puis chaque concept sera mis en lien avec la question de recherche de ce travail.

3.2.2 Les concepts du métaparadigme infirmier selon Parse

Avant toute chose, un rappel succinct concernant les concepts du métaparadigme infirmier tels que définis par Fawcett (1984) s'avère nécessaire. Comme cité précédemment, les concepts sont au nombre de quatre ; il s'agit de la personne, de l'environnement, de la santé et du soin infirmier.

Accordé à la vision de la philosophie de Parse (1998, 2003), la personne est *Humaindevenant*, un être humain unitaire libre de choisir un sens à sa vie, qui définit sa santé selon ses valeurs. La personne participe à la création continue de patterns rythmiques de relation avec l'univers. C'est-à-dire que l'être humain est en mouvement continu et infini avec l'univers, qu'il vit à son rythme. L'*Humaindevenant* est donc indivisible, imprévisible et toujours changeant. L'humain est et n'est pas, il existe dans le passé (par ses ancêtres), dans le présent et dans le futur (par ses descendants) (Parse, 1998, 2003).

L'environnement est *Humainunivers* identifié par des patterns coconstituant le devenir dans des échanges simultanés avec la personne. C'est-à-dire que l'univers et l'humain s'influencent mutuellement et continuellement. Tout comme l'*Humaindevenant*, l'environnement est indivisible, imprévisible et toujours changeant (Parse, 1998, 2003).

La santé est Vivant qualité, un processus de devenir reflétant les valeurs prioritaires de la personne. La santé est définie par le sens que la personne lui donne, sous-tendu par ses valeurs prioritaires (Parse, 1998, 2003).

Le soin est une science et un art centré sur l'humain en tant qu'être unitaire en devenir (toujours en développement) et sur la qualité de vie, grâce à la participation qualitative de la personne à travers ses expériences de santé.

3.2.3 Liens avec la question de recherche

Concernant la thématique, la personne souffrant de la maladie d'Alzheimer a besoin de garder une liberté de choix et d'actes malgré sa pathologie. Aux premiers stades de la démence, la personne pourra peut-être expliciter ses envies et ses choix. Aux stades plus avancés, la personne va manifester ses choix par un comportement non verbal. Cette maladie et ses symptômes touchent la dignité de la personne en affectant sa personnalité, l'essence même de ce qu'elle est.

L'environnement, pour une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer est fondamental. En effet, l'entourage et les habitudes de la personne jouent un rôle primordial dans le bien-être et le confort tels que définis par l'humain.

Bien qu'une personne puisse être atteinte de la maladie d'Alzheimer, elle définira sa santé telle qu'elle l'a choisie et agira en fonction, notamment dans le sens de ses valeurs prioritaires. La maladie ne prendra pas une place principale dans la vie de la personne car celle-ci choisira son rythme, même s'il y a une perte d'autonomie.

Le rôle infirmier est d'accompagner la personne en tant qu'être unitaire dans le respect de ses valeurs, de sa dignité et de ses choix, malgré la souffrance. Le soignant s'adapte au rythme de la personne sachant que c'est un être indivisible, imprévisible et toujours changeant. En outre, la famille et l'environnement jouent un rôle important pour le bien-être de la personne. Dès lors, le rôle infirmier est de considérer les proches comme étant eux-mêmes *Humaindevenant*.

4. Méthode

Dans ce chapitre, les membres du groupe cherchent à savoir s'il existe des interventions thérapeutiques non médicamenteuses ayant un effet bénéfique sur la diminution des symptômes de la maladie d'Alzheimer, tous stades confondus. Les symptômes ciblés sont l'agitation et l'insomnie car ce sont ceux qui ont été le plus fréquemment rencontrés dans leur pratique et qui, potentiellement, posent le plus de problèmes. De ce fait, cette démarche est réalisée à l'aide de l'outil PICOT afin de préciser les recherches quant à la population, aux interventions, aux différentes comparaisons et aux résultats.

4.1 Formulation de la question PICOT

P	Patients atteints de la maladie d'Alzheimer. Tous stades confondus. Adultes de plus de 65 ans → Alzheimer tardif.
I	Interventions thérapeutiques non médicamenteuses.
C	Pour ce travail, le critère de comparaison n'est pas fondamentalement pertinent car les auteures ne font pas de comparaison à proprement parlé entre les différents types d'interventions.
O	Les résultats attendus par les auteures sont les interventions qui permettent de diminuer ou stabiliser les symptômes d'agitation ou d'insomnie.
T	Critère non significatif pour cette thématique car effets non mesurables en terme de temps.

Tableau 2 Question de recherche avec la méthodologie PICOT (2011)

4.2 Recherche des articles sur les bases de données

Tout d'abord, les auteures ont listé les mots relatifs à la question de recherche ; ceux-ci ont été introduits sur le site du Grand Dictionnaire Terminologique afin d'obtenir le terme anglophone correspondant le mieux.

Ensuite, les recherches ont été réalisées dans quatre bases de données qui sont : Pubmed, Cinhal, Cochrane et PsychInfo. Chaque base de données possède ses propres descripteurs. Les termes anglophones trouvés précédemment ont donc été entrés dans ces bases de données afin d'obtenir le descripteur correspondant.⁴

Les mots-clés dans les banques de données sont : alzheimer disease, alzheimer's disease, nursing care, intervention, agitation, psychomotor agitation, sleep disorders, pharmacology, pharmacological.

Suite à cela, deux équations de recherche ont été formulées et entrées dans les mêmes quatre bases de données. Etant donné que les descripteurs changent selon la base de données, les équations diffèrent par leur formulation mais le sens reste intact.

⁴ Le tableau détaillé des mots-clés et de leurs descripteurs est présenté en annexes, à l'appendice C.

Les filtres utilisés par les membres du groupe sont : 6 ou 10 years, humans, aged 65+ years, all journals, english language, treatment and prevention. Pour affiner la recherche et réduire le nombre d'articles obtenus sur une base de données en particulier, les auteures ont choisi de sélectionner un item : « disordered population ».

Il a parfois été privilégié de filtrer la recherche selon les cinq dernières années pour diminuer le nombre d'articles trouvés. Les auteures ont lancé une première recherche sans le filtre « full text » mais au vu de la quantité importante d'articles, elles l'ont inclus lorsque cela s'avérait nécessaire.

Les descripteurs et les filtres cités précédemment concernent toutes les bases de données. Afin d'avoir une vue plus détaillée, des diagrammes de flux ont été réalisés.⁵

Afin de choisir les articles de manière pertinente, les auteures ont défini des critères d'inclusion et d'exclusion qui sont détaillés ci-dessous.

4.3 Les critères d'inclusion / d'exclusion

Parmi tous les articles trouvés sur les bases de données grâce aux recherches citées ultérieurement, des critères d'inclusion, tels que les interventions non médicamenteuses, ont été déterminés afin d'affiner la recherche.

⁵ Les diagrammes figurent en page 47 et 48 de ce travail.

Les membres du groupe ont également choisi de préférence des articles spécifiques à la maladie d'Alzheimer, sauf exception ; à savoir, dans les articles parlant de démence au sens général du terme mais avec un accent mis sur un symptôme ou une intervention qui intéressait directement le sujet.

Attendu la richesse de matières sur le sujet, un focus a été mis sur différents types d'interventions classés de la manière suivante : Participation active des patients qui comprend la musicothérapie, l'art-thérapie et la reminiscence thérapie et participation non active des patients (la personne bénéficie d'un soin sans y prendre part activement) comme la luminothérapie, le toucher thérapeutique et l'aromathérapie. Ensuite une dernière classe nommée interventions non pharmacologiques en général.⁶

Etant donné que la question de recherche est de type « intervention » selon la méthodologie PICOT (2011), les auteures ont mis l'accent sur des articles à haut niveau de preuve tels que des méta-analyses et des essais randomisés contrôlés (RCT). Cependant, peu de méta-analyses correspondaient aux critères d'inclusion, c'est pour cette raison que certaines revues systématiques ont été prises en considération dans un second temps.

⁶ Les membres du groupe tiennent à préciser que ce classement est fait de façon subjective à des fins organisationnelles concernant la méthodologie de travail : il n'a donc pas de but comparatif.

Au sujet des critères d'exclusion, les membres du groupe ont enlevé définitivement les articles n'ayant aucun rapport avec la question de recherche (interventions et pathologies totalement différentes) ou ceux concernant uniquement d'autres types de démence, comme la maladie de Parkinson, la démence à corps de Lewy ou les démences vasculaires.

Deuxièmement, ont été exclus tous les articles traitant de la pharmacologie utilisée dans l'accompagnement de la démence de type Alzheimer, comme les inhibiteurs de la cholinestérase et les traitements chirurgicaux.

Troisièmement, les articles présentant une méthodologie peu rigoureuse scientifiquement ont aussi été exclus ; ceux-ci sont : les études de cas simples et les devis de recherches simples qualitatifs. Les articles dont l'échantillon était trop petit (et de ce fait l'effet de l'intervention ne pouvant pas être appliqué sur de plus grandes populations), n'ont également pas été retenus.

Finalement, ont aussi été exclues les recherches conduites dans d'autres établissements que les EMS (comme les hôpitaux). Les articles traitant de symptômes ou pathologies associées tels qu'anxiété, dépression et d'autres troubles cognitifs comme les pertes de mémoire et les aphasies, ont aussi été enlevés.

4.4 Démarche de sélection des articles

Après une première recherche selon les deux équations citées en amont, le nombre d'articles obtenus était de 169, dont 56 pour la première équation et 113 pour la deuxième. Puis les auteures ont lu les buts et mots-clés de ces articles. La sélection a été réduite à 39. Il s'agissait de 21 articles pour la première équation et de 18 articles pour la deuxième. Suite à cela, les articles à double ont été supprimés. Ces derniers étaient au nombre de trois. Un premier tri a été effectué suite à la lecture complète des résumés des différents articles. Ceci a permis d'éliminer quatorze articles qui ne répondaient pas aux critères d'inclusion. Le nombre d'articles s'est donc réduit à 25.

Les membres du groupe ont ensuite réalisé un second tri, en lisant brièvement les 25 articles. Huit ont été éliminés car ils ne correspondaient pas aux critères d'inclusion. Le résultat obtenu est donc de 17 articles.

Suite à la lecture et à l'analyse au travers de la grille de Fortin de ces 17 articles restants, deux ont été enlevés car la méthodologie manquait de rigueur et de justesse.

A noter que tous les articles retenus, cités dans le tableau et les diagrammes de flux (Altman et al., 2009) ci-après, ont été repérés le 28 janvier 2016.

4.4.1 Tableau illustrant les recherches

Base de données	Mots-clés	Filtres	Articles trouvés	But des articles lus	Résumés lus	Articles lus	Raisons d'exclusion	Articles analysés	Articles retenus
Cinahl	Alzheimer disease AND nursing care AND sleep disorders OR agitation	Full text 2005-2015 Aged 65+ years	215	28	8	4	Concerne : pas la maladie d'Alzheimer, pharmacologique, chirurgie, pas d'intervention, concept de communication, réhabilitation, pas bon symptôme (mémoire). Méthodes : étude de cas, témoignage, revue de littérature), Langues (coréen), « n » pas significatif.	4	4
Pubmed	Alzheimer disease AND intervention AND sleep disorders OR psychomotor agitation	Humans 10 years Aged : 65+ years	34	10	5	4	Concerne : pas seulement la démence de type Alzheimer, pas les symptômes présents dans la question de recherche, interventions médicamenteuses ou aucun de lien avec la question de recherche. Méthodes : niveau de preuve pas assez haut (synthèse, étude pilote, simple étude qualitative ou quantitative).	3	3
Cochrane	(Alzheimer Disease and Nursing Care) and (Sleep Disorders or Psychomotor Agitation)	Publication Year from 2005 to 2016, In Cochrane Reviews : all (sinon ça réduit trop : 12 résultats), Other Reviews, Trials and Methods Studies	62: Cochrane Reviews all : 50, Other Reviews : 4, Trials : 8	6	3	2	Concerne : pas la bonne variable (cognition au lieu d'agitation). Méthodes : pas la bonne population, protocole.	2	1
Psychinfo	(Alzheimer's Disease and Intervention) and (Sleep Disorders or Agitation)	All journals, Human, English language, Disordered populations, Treatment & prevention and yr="2010 - 2016") Past three years	217	12	5	4	Concerne : autres démences, autres symptômes, douleur, proches-aidants. Méthodes : protocoles, outils d'évaluation, trop de revues systématiques.	4	3

2ème équation

Cinahl	Alzheimer disease AND nursing care NOT pharmacological	Full text 2005-2015 Aged 65+ years	121	9	4	3	Concerne : pas bons symptômes, participation, cognition ou aucun lien avec la question de recherche. Méthodes : stimulation, pas significative.	1	1
Pubmed	Alzheimer disease AND intervention NOT pharmacology	Humans 10 years Aged : 65+ years	558	44	5	3	Concerne : démence en général et non la maladie d'Alzheimer, interventions médicamenteuses, très médical mais pas en lien avec les soins infirmiers, proches-aidants ou aucun lien avec la question de recherche. Méthodes : bas niveau de preuve (étude de cas).	1	1
Cochrane	(Alzheimer Disease and Nursing Care) not pharmacology	Publication Year from 2005 to 2016 In Cochrane Reviews (Reviews only) Other Reviews Trials and Methods Studies	12 Other Reviews : 4 Trials : 8	4	3	2	Concerne : toutes les démences confondues, médication, inclut l'entourage des patients dans les soins, mesure aussi les effets sur les soignants, pas assez spécifique sur l'agitation ou les troubles du sommeil, fonctions cognitives, qualité de vie à domicile, effets sur la réduction de la contention physique ou les coûts de différentes interventions. Méthodes : trop de variables ne correspondant pas à la question de recherche (état nutritionnel, dépression, troubles du comportement), études qualitatives de l'entourage des patients.	1	1
Psychinfo	(Alzheimer's Disease and Intervention) not (pharmacology)	Full text All journals Human English language Disordered populations Past three years	307	56	6	3	Concerne : fonctions cognitives, interventions autres (ordi), proches-aidants, soignants, douleur, coûts des interventions, Parkinson, médicament, différentes communautés.	1	1

Tableau 3 Tableau illustrant les recherches

4.4.2 Diagrammes de Flux

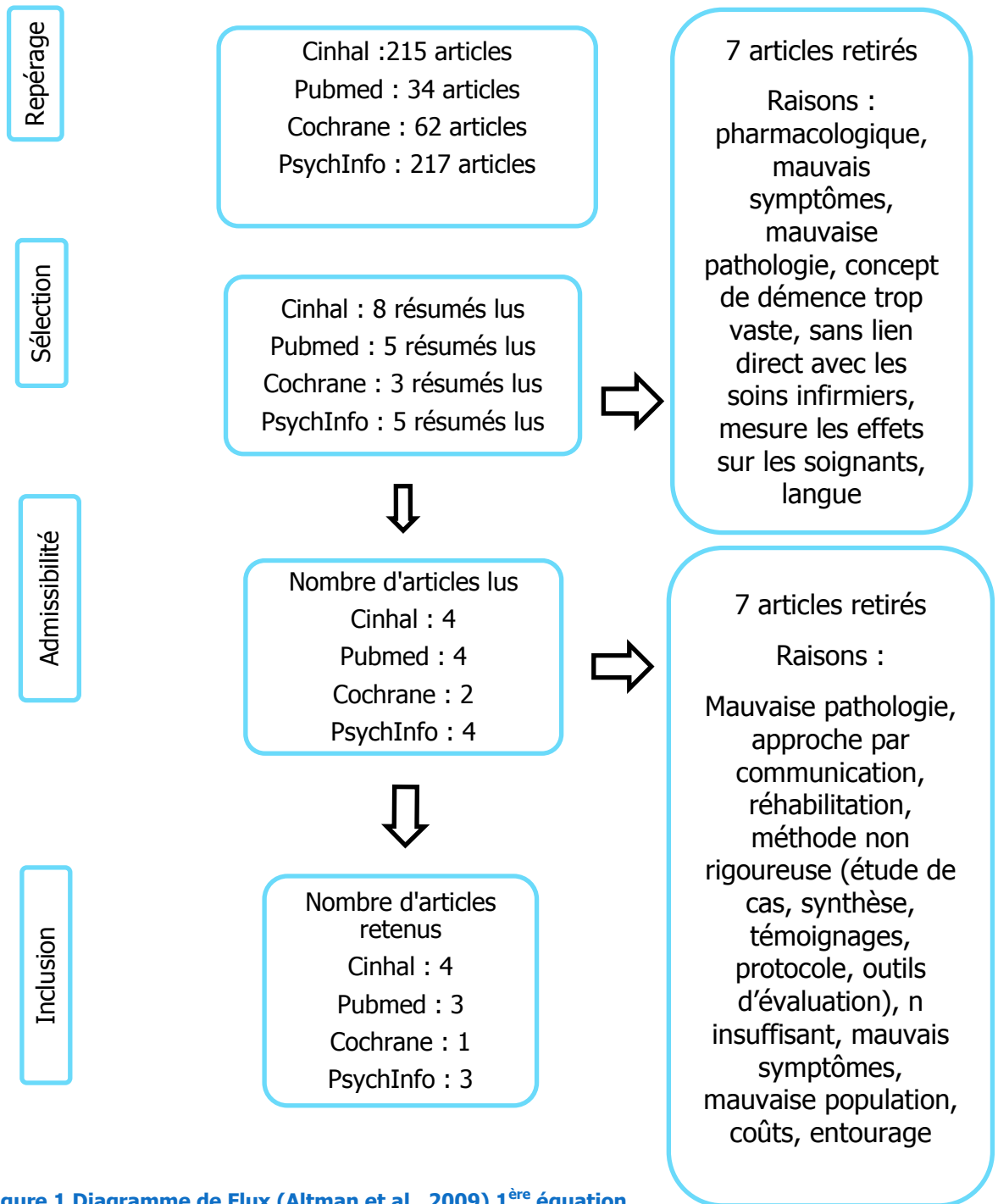


Figure 1 Diagramme de Flux (Altman et al., 2009) 1^{ère} équation

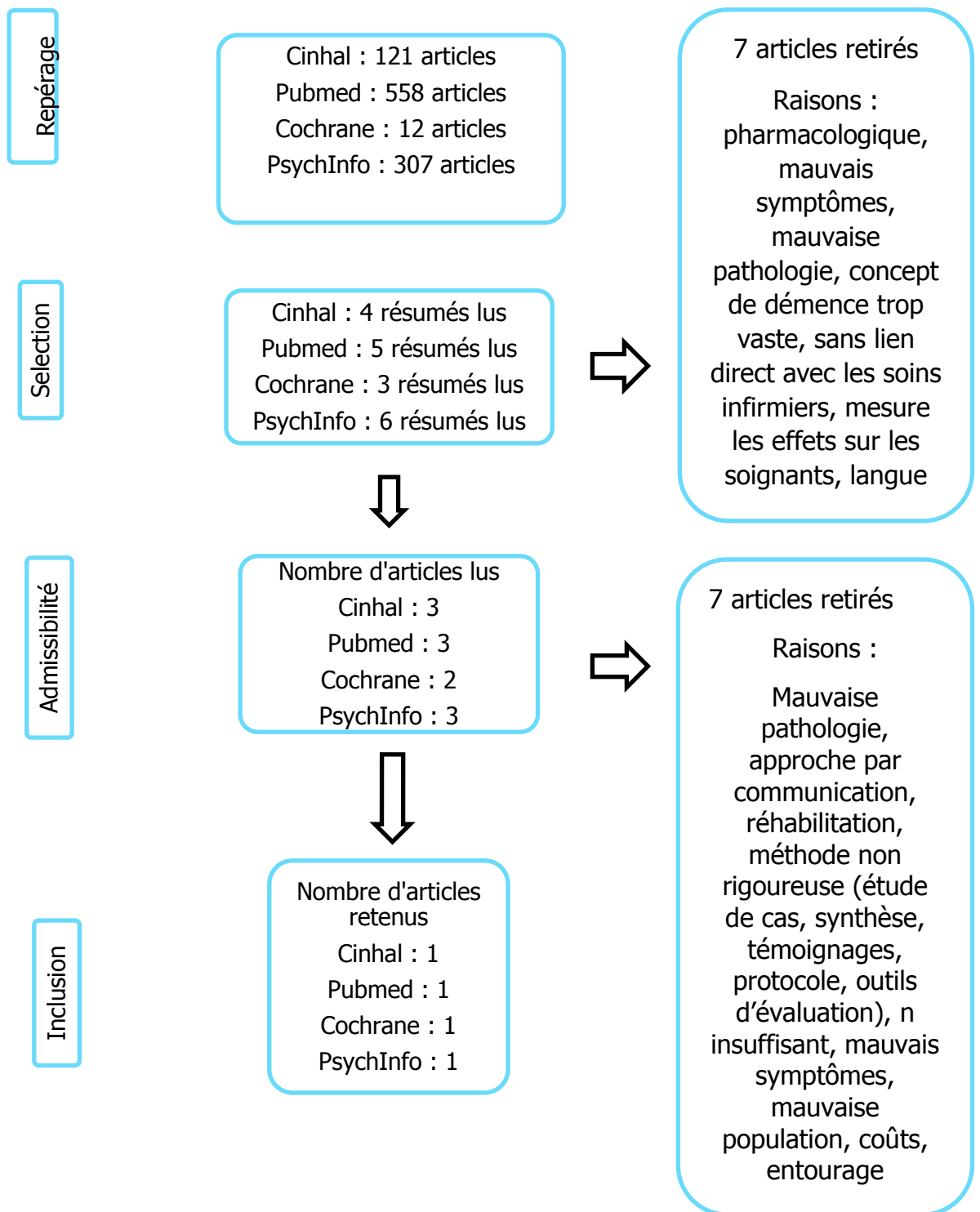


Figure 2 Diagramme de Flux (Altman et al., 2009) 2^{ème} équation

5. Synthèse et résultats

Dans ce chapitre, les auteures de ce travail effectuent une synthèse des résultats des quinze articles sélectionnés afin de présenter les types d'interventions les plus efficaces pour diminuer ou stabiliser les symptômes tels que l'agitation et l'insomnie dans la démence de type Alzheimer. Pour ce faire, les membres du groupe introduisent cette synthèse par un résumé de chaque article. Suite à cela, les résultats seront mis en lien avec la question de recherche. Différents biais seront également exposés et des recommandations pour la pratique seront données pour conclure cette synthèse.

5.1 Résumés des articles analysés

Ici, afin de simplifier la lecture, les auteures présentent les résumés de la manière suivante : participation active (musicothérapie, art-thérapie et réminiscence thérapie) et participation non active (luminothérapie, toucher thérapeutique et aromathérapie). Une méta-analyse regroupant diverses interventions non pharmacologiques est également résumée.⁷

⁷ La grille de Fortin originale (2010) se trouve en annexes, à l'appendice G. Celle-ci servant à simplifier la compréhension de l'analyse des quinze articles qui suivent. Les grilles complétées se trouvent elles, à l'appendice H.

Article n°1 :

Individual music therapy for agitation in dementia : an exploratory randomized controlled trial

Dans un essai croisé randomisé contrôlé, Gold Qvale et Ridder (2013) cherchent à savoir si la musicothérapie individuelle a des effets bénéfiques sur l'agitation, la qualité de vie et sur une diminution de l'utilisation de psychotropes. L'étude se centre sur les personnes présentant une démence modérée à sévère, particulièrement la maladie d'Alzheimer (40%). Au total, 42 patients ont participé à l'étude (n=42). 21 personnes ont bénéficié de la musicothérapie individuelle et 21 de soins standards (groupe contrôle) et inversement pendant six semaines.

Les résultats obtenus sont une augmentation significative de l'agitation pendant les soins standards comparé à une réduction lors de la musicothérapie (IC= 95%, p=0.027). En parallèle, l'utilisation de médication a été augmentée lors des soins standards comparée à la musicothérapie (p=0.02). L'étude peut conclure à un effet cliniquement bénéfique de la musicothérapie individuelle sur ce groupe de personnes.

Article n°2 :*Comparing the Effects of different individualized Music Interventions for elderly Individuals with severe Dementia*

Ando, Sakamoto et Tsutou (2013) ont pour objectif d'évaluer l'effet de la musicothérapie individuelle sur les symptômes comportementaux des personnes âgées souffrant de la maladie d'Alzheimer à un stade avancé. L'étude compte 39 personnes (n=39) répartis en trois groupes : un groupe contrôle, un groupe avec de la musicothérapie passive et un groupe avec de la musicothérapie interactive. Pour évaluer les comportements, des grilles d'observation incluant l'agitation et les perturbations du sommeil ont été remplies grâce aux vidéos des séances. Dans le but de réduire le stress, le rythme cardiaque (RC) et la variabilité de fréquence cardiaque (VFC) ont été mesurés. Ceci tout en séparant l'activité sympathique et parasympathique. Cette étude a utilisé une musique personnalisée (souvenirs heureux) qui semble apporter davantage d'effets positifs.

Les résultats démontrent une réduction du stress ($p=0.001$) amenant une diminution des symptômes comportementaux. Notamment dans le groupe de musicothérapie interactive (RC : $p=0.00$). De plus, l'item d'agitation ($p<0.025$) et les troubles diurnes ($p=0.6$) ont montré un effet positif.

Article n°3 :*Effect of Active Music Therapy and Individualized Listening to Music on Dementia : multi-center randomized controlled*

Baiardi, Bellandi, Gianotti et al. (2015) ont pour but d'évaluer l'efficacité de la musicothérapie active et passive sur les symptômes comportementaux et psychologiques des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. C'est une étude multicentrique randomisée contrôlée qui compare un groupe actif, un passif et un groupe contrôle (recevant des soins standards). Les auteurs ont sélectionné 120 personnes (n=120). Pour évaluer les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (dépression, anxiété, agitation, apathie), la qualité de la vie, le processus relationnel et la réponse comportementale aux stimuli sonores, de nombreuses échelles ont été remplies (ex : Behavioral assessment et NPI). Ces données sont recueillies à trois reprises : avant et après l'intervention et deux mois plus tard.

Certaines échelles ne montrent pas d'effets significatifs entre les groupes (ex : Behavioral assessment). En revanche, d'autres démontrent une amélioration dans tous les groupes (NPI : $p \leq .001$). Globalement, cette échelle relève une réduction des symptômes comportementaux dans le groupe actif (28%), le groupe passif (12%) et le groupe contrôle (21%)⁸.

⁸ Les membres du groupe ont pris la décision de mentionner uniquement les résultats de l'échelle NPI car celle-ci comporte les items en lien avec la question de recherche : l'agitation et l'insomnie.

Article n°4 :*Music therapy for service users with dementia: a critical review of the literature*

Blackburn et Bradschaw (2014) ont réalisé une revue systématique sur la musicothérapie chez les personnes atteintes de démence. Sur les 840 études trouvées sur le sujet, ils ont décidé d'en garder six (RCT). Sur celles-ci, quatre étudient la musicothérapie active et deux étudient la musicothérapie passive. Ces six études testent donc la musicothérapie sur différents symptômes comme la dépression, l'agitation et le fonctionnement cognitif. L'échantillonnage varie entre 18 et 111 participants (N = 411).

Dans leurs résultats, les auteurs ont fait ressortir que la musicothérapie, active ou passive a des effets très positifs sur certains symptômes notamment l'agitation et la dépression. En revanche, la méthodologie est trop pauvre pour amener une conclusion significative.

Article n°5 :*Efficacy of creative arts therapy in treatment of Alzheimer's disease and dementia: A systematic literature review*

Selon Cowl et Gaugler (2014) le but est de déterminer l'efficacité et les bénéfices des thérapies artistiques comprenant les arts visuels, la musique, la comédie ou le mouvement et l'écriture de chansons et poésies pour les patients atteints de la maladie d'Alzheimer ou de démence. Cette revue systématique se base sur 112 articles dont 50 quantitatifs, 49 qualitatifs et 13 mixtes. Les articles ont été cherchés et sélectionnés dans des bases de données et leurs résultats ont été analysés et comparés. L'étude comprend 1699 patients (N=1699), 403 soignants et 94 partenaires de soins de la famille (proches-aidants).

La revue de littérature systématique montre que la majorité des études soutient que l'art-thérapie est efficace comme intervention non pharmacologique supplémentaire pour les patients souffrant de la maladie d'Alzheimer ou de démence. Parmi 15 études quantitatives (dont six RCT), onze études en plus de six études qualitatives ont trouvé que les symptômes comportementaux sont améliorés de façon significative après une intervention d'art-thérapie créative. La musicothérapie semble être également efficace (87.2%). Toutes les études qualitatives ont démontré au moins un phénomène positif. De plus, les études indiquent que l'art-thérapie a un bénéfice potentiel sur les symptômes émotionnels et comportementaux.

Article n°6 :*Art Therapy for Alzheimer's Disease and other Dementias*

Cette revue systématique réalisée par Chancellor, Chatterjee et Duncan (2014) a pour objectif d'examiner le potentiel de l'art-thérapie sur la démence de type Alzheimer. 16 études ont été trouvées sur ce sujet, dont quatre sont des essais randomisés contrôlés. L'échantillonnage de ces quatre RCT varie entre 12 et 45 participants (N=137). Pour chacun de ces essais, le but est de tester l'art-thérapie sur des personnes avec un diagnostic de démence face à un groupe contrôle (ce dernier diffère selon les études). La durée de l'intervention varie également, allant de quinze minutes par jour toutes les semaines, à une heure par jour pendant plusieurs semaines.

Les résultats rapportés sont une diminution de certains comportements perturbateurs de la personne durant l'intervention, contrairement au groupe contrôle. Les personnes sont plus sereines, plus calmes et moins agitées. On note également une diminution de l'apathie et une augmentation de la qualité de vie. De plus, les patients montrent plus de plaisir et sont plus attentifs durant l'art-thérapie que durant l'activité contrôle.

Article n°7 :

A reminiscence program intervention to improve the quality of life of long-term care residents with Alzheimer's disease. A randomized controlled trial

Selon Serrani Azcurra (2012), la réminiscence constitue une alternative souvent citée et étudiée. Cette étude a pour but de montrer l'effet positif de cette intervention sur la qualité de vie des patients souffrant de la maladie d'Alzheimer. L'efficacité de la réminiscence thérapie est testée en utilisant l'histoire de vie, en la partageant avec d'autres personnes, tout en stimulant le résident. Cet article est le résultat d'une étude randomisée contrôlée comportant un groupe d'intervention active, un groupe passif et un groupe contrôle pour un total de 135 patients (n=135) venant de deux EMS différents.

Pour ce faire, des tests ont été remplis, en priorité le Social Engagement Scale (SES) et le Self Reported Quality of Life Scale (SRQoL)⁹, par des personnes qualifiées et indépendantes. Une amélioration significative du SES et du SRQoL au fur et à mesure des tests (pendant l'intervention, douze semaines et six mois après) a été observée. Les patients du groupe actif ont vu une nette amélioration de leur qualité de vie ($p < .001$).

⁹ Les bénéfices sur l'insomnie ne sont pas clairement exposés mais c'est un critère dans certaines échelles utilisées.

Article n°8 :*Increasing Walking and Bright Light Exposure to Improve Sleep in Community-Dwelling Persons with Alzheimer's Disease: Results of a Randomized, Controlled Trial*

Larson, Logsdon, McCurry et al. (2012), au travers d'un essai randomisé contrôlé, ont pour but de tester l'efficacité de la marche, de l'exposition à la lumière et d'une intervention combinée (marche, lumière et éducation au sommeil) sur la qualité du sommeil de personne souffrant de la maladie d'Alzheimer. Les auteurs ont sélectionné 132 patients répartis en quatre groupes (un groupe contrôle) (n=132). Les mesures concernent : le sommeil, le temps d'éveil et d'endormissement rassemblés par enregistrements de l'activité nocturne et par l'échelle *Sleep Disorders Inventory* (SDI), remplie par les soignants.

Les thérapies ont eu un effet plutôt positif sur le sommeil : les patients qui font de la marche ($p < .05$), de la luminothérapie ($p < .04$) et la combinaison des deux ($p < .01$), ont eu une réduction significative du temps de réveil comparé au groupe contrôle. En revanche, il n'y a pas d'amélioration clinique significative au travers de l'outil SDI. Une relation existe entre l'adhérence à l'intervention et l'amélioration sur le sommeil ($p < .05$).

Article n°9 :*Light Treatment for Neuropsychiatric Behaviors in Alzheimer's Disease*

En 2007, Dowling, Graf, Hubbard et Luxenberg cherchent dans une étude randomisée contrôlée les effets bénéfiques sur la présence, la fréquence et la sévérité de comportements neuropsychiatriques de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer dans des institutions de soins. L'intervention est administrée le matin et l'après-midi à 70 résidents de deux institutions de soins (n=70), partagés en différents groupes selon les symptômes (agitation/agression, dépression/dysphorie, etc). Les données sont récoltées au travers du Neuropsychiatric Inventory-Nursing Home (NPI-NH). Les comparaisons concernent les groupes de l'intervention au groupe contrôle (lumière classique intérieure), ainsi qu'une comparaison entre l'intervention du matin et celle de l'après-midi.

Les analyses révèlent des différences significatives parmi plusieurs groupes de symptômes, notamment le groupe agitation qui a démontré une réduction des symptômes corrélée à l'exposition lumineuse ($p=.032$).

Article n°10 :*Foot Massage and Physiological Stress in People with Dementia : A Randomized Controlled Trial*

Barrett, Beattie, Cooke et al. (2014) ont réalisé un essai croisé randomisé contrôlé dans le but de comparer l'effet du massage des pieds à une activité contrôle, qui est une présence silencieuse, sur le stress physiologique (pression sanguine et rythme cardiaque) chez les personnes atteintes de démence. Chaque session (massage des pieds et présence silencieuse) s'est faite de manière individuelle dans la chambre pour apporter de la sécurité et du confort. Les sessions (durée=10min) sont réalisées du lundi au vendredi pendant trois semaines. Tous les participants ont l'opportunité de participer à 15 sessions. Avant et après chaque session, la prise de la tension et du rythme cardiaque se font pour comparer les effets des interventions et découvrir laquelle présente le plus de bénéfice sur le stress physiologique.

Les résultats obtenus suite à cette étude sont les suivants : 53 personnes (n=53) ont participé aux deux sessions et l'on peut remarquer qu'il n'y a pas une différence significative entre les deux sessions. Cependant, le groupe du massage des pieds se distingue significativement en post-intervention concernant la tension artérielle systolique et diastolique en comparaison avec le groupe contrôle ($p < 0.01$). Cette thérapie est donc bénéfique sur la démence, notamment pour diminuer l'agitation.

Article n°11 :*Therapeutic Touch and Agitation in Individuals With Alzheimer's Disease*

Selon Deatrich, Johnston et Hawranik (2015), le but au travers d'une étude expérimentale en simple aveugle est de comparer l'efficacité du toucher thérapeutique (TT, groupe A) avec un groupe placebo (toucher thérapeutique simulé, groupe B) et avec un groupe contrôle (soin habituel, groupe C) sur les comportements perturbateurs chez des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Ces comportements sont divisés en trois catégories : agitation verbale, agressivité physique et agressivité générale. Les groupes sont composés ainsi : groupe A (n=17), groupe B (n=16) et groupe C (n=18).

La méthode consiste en des séances des trois interventions avec différents participants, sur une période de cinq jours, une fois par jour (temps 1-5), une fois 24h après et une fois deux semaines après. D'un point de vue longitudinal, une diminution significative de l'agressivité physique ($p < .001$), de l'agressivité non physique ($p < .0001$) et de l'agitation verbale ($p < .0001$) est observée durant les cinq jours (temps 1-5). Après deux semaines, l'agressivité physique et non physique ont significativement augmenté ($p < .01$) ; en revanche il n'y a aucune différence significative concernant l'agitation verbale ($p = .73$).

Au sujet des résultats, il n'y a pas de différence significative entre les trois groupes au niveau de l'agression physique et de l'agitation verbale ($p=.32$). Par contre, il y a une différence significative pour l'agressivité non physique concernant le groupe TT par rapport aux deux autres groupes ($p<.05$).

Article n°12 :*The effect of therapeutic touch on behavioral symptoms of persons with dementia*

Cette étude randomisée contrôlée en double aveugle de Craven, Whitney et Woods en 2005 a pour but de rechercher l'effet bénéfique du toucher thérapeutique sur la fréquence et l'intensité des symptômes comportementaux de la maladie d'Alzheimer. Les mesures des variables sont observées sur trois groupes (TT, placebo, et contrôle) de 57 résidents de trois institutions de soins, présentant des comportements de démence (n=57). L'intervention est le toucher thérapeutique administré deux fois par jour pendant 5-7 minutes durant trois jours, le matin et l'après-midi. Les mesures ont été prises cliniquement toutes les 20 minutes pendant trois jours en pré-intervention et trois jours en post intervention, en plus de l'intervention elle-même.

Les résultats indiquent une différence significative de la réduction de tous les comportements dans le groupe expérimental comparé au groupe placebo et au groupe contrôle. ($p=.033$ et $p=.036$). Le toucher thérapeutique a donc un effet positif sur les symptômes de ce groupe de personnes.

Article n°13 :*Aromatherapy for Dementia*

Cette revue systématique de la librairie Cochrane réalisée par Buchan, Forrester, Maayan, Orrell, Soares-Weiser et Spector en 2014 a pour but de mesurer l'efficacité de l'aromathérapie pour les personnes atteintes de démence. Sept études randomisées contrôlées avec 428 participants (N=428) ont été incluses dans cette revue suite aux critères d'inclusion et d'exclusion. L'échantillonnage varie entre 18 et 114 participants pour une durée entre trois et douze semaines d'intervention et le type d'intervention varie également d'une étude à l'autre en sachant que, pour chaque étude, il existe un groupe d'aromathérapie et un groupe contrôle.

Les résultats qui en ressortent sont les suivants : deux études relèvent une diminution significative de l'agitation pendant et jusqu'à quatre semaines après l'application de l'aromathérapie. Une amélioration de la qualité de vie selon une échelle spécifique (QOL) est également démontrée.

Article n°14 :

Efficacy of aromatherapy (Lavandula augustifolia) as an intervention for agitated behaviours in Chinese older persons with dementia : a cross-over randomized trial

Dans un essai croisé randomisé contrôlé, Chan, Chiu-wa Lam, Fung-leung Ng et Wan-ki Lin (2007) testent l'efficacité de l'aromathérapie (huile essentielle de lavande) pour la réduction de différents symptômes, notamment l'agitation chez les personnes présentant une démence et en particulier la maladie d'Alzheimer. L'échantillon consiste en septante adultes âgés de différentes institutions de Chine (n=70). Les participants ont été partagés en deux groupes: expérimental (diffusion d'huile essentielle de lavande) et contrôle (diffusion d'huile de tournesol). Chaque intervention dure trois semaines, avec une pause de deux semaines entre les deux et la participation aux sessions est croisée.

Les résultats ont démontré que la lavande a un effet bénéfique sur la réduction des symptômes ($p < .001$). La diffusion d'huile essentielle de lavande peut donc être une alternative efficace pour la réduction de l'agitation; de plus, son application est sécuritaire et familière.

Article n°15 :*Nonpharmacological intervention for agitation in dementia: A systematic review and meta-analysis*

Evans, Guevara et Kong (2016) cherchent au travers d'une revue systématique et méta-analyse à comparer l'efficacité de différentes interventions non médicamenteuses sur la diminution de l'agitation chez des personnes présentant une maladie d'Alzheimer. La méthodologie consiste en une sélection de 14 articles (sept essais randomisés contrôlés et sept essais croisés randomisés contrôlés) (N=586) traitant de différentes interventions non médicamenteuses, enregistrées sur diverses bases de données.

Les résultats ont démontré que les interventions les plus significativement efficaces sur la réduction de l'agitation concernent les thérapies relatives aux sensations, telles que l'aromathérapie, les bains thermaux, la musique calmante et les massages (IC=95%, $p=0.002$). D'autres interventions ont eu des effets moins significatifs, comme le contact social (zoothérapie), les activités (récréationnelles), les modifications environnementales (luminothérapie), la formation des soignants (habiletés techniques), les thérapies combinées et la thérapie comportementale. Finalement, il existe moult interventions pour tenter de réduire l'agitation mais toutes n'ont pas montré de résultats significatifs.

En annexes, dans l'appendice D, les auteures exposent le *Mini-Mental State Exam (MMSE)*, échelle d'évaluation clinique. Le *Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI)* et le *Neuropsychiatric Inventory-Nursing Home (NPI-NH)*, tous deux outils de mesure (fréquemment rencontrés dans les études) et servant à objectiver les symptômes, sont présentés aux appendices E et F.

5.2 Présentation des résultats

5.2.1 Liens avec la question de recherche

Cette revue de littérature a donné aux membres du groupe la possibilité d'explorer diverses interventions. Le but étant de savoir s'il existe des effets positifs et quelles actions sont les plus efficaces au regard de la question de recherche : « Quelles sont les interventions thérapeutiques non médicamenteuses les plus probantes permettant la diminution ou la stabilisation de symptômes tels que l'agitation et l'insomnie chez les patients atteints de la maladie d'Alzheimer en EMS ? ».

Concernant la participation active, les résultats pour la musicothérapie sont positifs. En outre, plusieurs études analysées démontrent une réduction de l'agitation. Cette intervention en général est cliniquement significative lorsqu'elle est comparée à un groupe contrôle (soins standards) comme le soulignent Gold et al. (2013). Certains auteurs ont étayé la littérature en cherchant à comparer la musique active et passive. Entre autres, Ando et al. (2013), tout comme Baiardi et al. (2015), révèlent que la participation active a plus d'efficacité que la participation passive. Au contraire, Blackburn et Bradschaw (2014) ne font ressortir aucune différence entre les deux types de participation au travers de leur revue systématique. Cela dit, un bénéfice de la musicothérapie est présent.

L'art-thérapie, quant à elle, a des effets bénéfiques sur les symptômes perturbateurs (notamment l'agitation) comme le démontrent les deux revues systématiques analysées (Chancellor et al., 2014, Cowl et Gaugler, 2014). L'art-thérapie à proprement parler a un effet positif sur l'agitation selon Chancellor et al. (2014) ; concernant la revue systématique de Cowl et Gaugler (2014), des interventions artistiques autres que l'art (peinture) ont été privilégiées concernant l'agitation (ex : la musicothérapie).

Enfin, les apports concernant la réminiscence thérapie démontrent un bénéfice significatif sur la qualité de vie des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer (Serrani Azcurra, 2012). Cependant, l'agitation et l'insomnie (les deux symptômes étudiés dans ce travail), ne sont pas clairement observées dans cette étude. En effet, plusieurs outils de mesure ont été utilisés mais sans mentionner clairement tous les critères analysés. Il en va de même pour la présentation des résultats. Par exemple, Serrani Azcurra (2012) fait allusion aux comportements perturbateurs en général, sans plus de précisions.¹⁰

A propos de la participation non active, les résultats pour la luminothérapie démontrent des résultats significatifs. Larson et al. 2012, amènent notamment des conclusions intéressantes par rapport à l'efficacité de la luminothérapie sur le sommeil démontrant une réduction de l'insomnie. Dans un même but, Dowling et al. (2007) mettent également en évidence l'effet positif de la luminothérapie sur le sommeil. De plus, ces auteurs apportent des résultats significatifs du bénéfice de cette intervention sur l'agitation.

¹⁰ Comme exposé à la page 9 de ce travail, le terme de comportements perturbateurs est utilisé dans plusieurs écrits pour désigner l'agitation.

Pour le toucher thérapeutique, les apports de deux articles analysés révèlent certains effets significatifs après l'administration de l'intervention. La preuve, d'après Barrett et al. (2014), que le massage des pieds entraîne une réduction de l'agitation est confirmée au travers d'une mesure physiologique du stress (la tension artérielle systolique et diastolique). Dans une même perspective, Craven et al. (2005) soulignent une diminution significative des symptômes comportementaux de la maladie d'Alzheimer. Par ailleurs, ici, le toucher thérapeutique est appliqué de façon générale comme mode de communication. En revanche, une troisième étude de Deatrich et al. (2008) indique un bénéfice du toucher thérapeutique sur les comportements agressifs en particulier mais guère sur l'agitation.

Pour sa part, l'aromathérapie contribue à des résultats forts intéressants dans la réduction des symptômes perturbateurs. En effet, au travers d'un RCT, Chan et al. (2007), démontrent des résultats significatifs par rapport à la diffusion d'huile essentielle de lavande sur l'agitation. Par ailleurs, Buchan et al. (2014) mettent en avant, à l'aide d'une revue systématique, l'efficacité de l'aromathérapie sur certains comportements perturbateurs grâce à deux RCT parmi les sept pris en compte.

De son côté, l'unique article synthétisant plusieurs interventions non médicamenteuses, démontre certains effets bénéfiques. En effet, Evans et al. (2009), mettent en lumière la réduction significative de l'agitation grâce à l'aromathérapie, les bains thermaux, la musique calmante et les massages. En revanche, d'autres interventions ne démontrent pas de bénéfices significatifs comme la zoothérapie, la luminothérapie et la formation des soignants. En regard des quatorze analyses effectuées, les conclusions d'Evans et al. (2009) sont donc intéressantes par rapport à la thématique de ce travail.

5.2.2 Biais rencontrés et recommandations pour la recherche

Les auteures estiment pertinent de présenter les biais rencontrés et les recommandations futures suite à l'analyse des quinze articles sélectionnés.

Les biais observés à plusieurs reprises sont exposés ci-après. Il s'agit notamment d'un échantillonnage trop restreint, des variables trop nombreuses (rendant la récolte de données difficile), un manque de rigueur dans l'expérimentation (ni en simple, ni en double aveugle), une absence d'informations concernant les mesures physiologiques, une mauvaise utilisation et/ou connaissance des outils de mesure, une durée des interventions trop courtes (nombre de sessions et durée dans le temps) et une médication chimique en parallèle influant l'objectivité des symptômes cliniques.

De ce fait, pour la recherche future, les différents auteurs préconisent un échantillon plus large, un affinement des variables, une expérimentation plus rigoureuse, de plus amples informations concernant les mesures physiologiques, une connaissance et une utilisation optimale des outils de mesure de la part des soignants, une augmentation du temps passé auprès des participants et des études longitudinales et, si possible, une absence de modifications du traitement durant l'intervention.¹¹

D'autres biais apparaissent plus spécifiquement. Par exemple, l'unique article concernant la réminiscence (Serrani Azcurra, 2012) décrit peu clairement les critères d'inclusion pour le recrutement des participants. De plus, Cowl et Gaugler (2014), au travers d'une revue systématique sur l'arthérapie, considèrent que leur choix de trois bases de données a pu les empêcher de trouver certaines études. De même, Chan et al. (2007) ont réalisé leur RCT en Chine, ce qui peut questionner les auteures de ce travail par rapport au caractère transférable des résultats dans les pays occidentaux. Dans cet élan, Buchan et al. (2014), Chan et al. (2007), mentionnent le fait que les personnes atteintes de démence peuvent présenter une anosmie (perte de l'odorat), ce qui peut entraver l'efficacité de l'intervention. Ce phénomène se traduit pour toutes les démences de la même manière, sans davantage d'effets concernant la maladie d'Alzheimer.

¹¹ Les membres du groupe ont choisi de ne pas citer tous les auteurs étant donné que ces biais et les recommandations pour la recherche y relatives étaient présents dans de nombreux articles. Ceci dans un but d'alléger le texte.

Les auteures de ce travail relèvent un biais non négligeable : la revue systématique de Buchan et al. (2014) concernant, l'aromathérapie, traite de la démence en général. Néanmoins, malgré cette prise de conscience et la pauvreté des études sur ce sujet, il a été décidé d'inclure cette revue. Un dernier biais est à mettre en avant ; en effet, Evans et al. (2009) regrettent un manque de clarté sur la définition de l'agitation. Ces derniers proposent l'utilisation d'un modèle théorique comme cadre de recherche à l'avenir.

5.3 Recommandations pour la pratique

Attendu que ce travail de Bachelor s'inscrit dans la discipline infirmière, les membres du groupe mettent un point d'honneur à exposer des pistes réflexives pour la pratique clinique.

Concernant la participation active, notamment la musicothérapie, Ando et al. (2013) indiquent qu'elle peut réduire le stress et induire une relaxation. Ils précisent l'importance de la continuité de l'intervention à intervalles réguliers puisque les effets disparaissent après trois semaines. De plus, Blackburn et Bradschaw (2012) indiquent qu'il n'y a aucun risque à utiliser la musicothérapie dans les institutions de soins car c'est une intervention facile d'accès. Par ailleurs, elle ne provoque aucun effet secondaire, contrairement aux traitements pharmacologiques. Gold et al. (2015) préconisent d'établir un plan de soins d'utilisation (durée et nombre de sessions, choix de musique).

Au sujet de l'art-thérapie, il est important de mettre en avant le fait que c'est une intervention qui ne peut pas complètement inverser la progression dégénérative de la maladie d'Alzheimer, mais les preuves existantes et les différents résultats prouvent que l'art-thérapie est efficace pour traiter beaucoup de symptômes comportementaux et émotionnels de la démence de type Alzheimer (Cowl et Gaugler, 2014). De plus, c'est un moyen pouvant fournir un divertissement pour les résidents et une manière de se sociabiliser. Il est également recommandé de pratiquer l'art-thérapie à domicile avec les proches-aidants, ce qui a une capacité de renforcement des relations familiales (Cowl et Gaugler, 2014).

Il faut motiver cette utilisation de l'art-thérapie dans les différentes institutions et établir des méthodes et des conditions optimales pour que cette intervention soit utilisée de la meilleure façon possible, sans obligatoirement faire appel à des art-thérapeutes. Les différentes études démontrent que c'est une intervention avec beaucoup de bénéfices et qui amène à une augmentation de la qualité de vie, qui est peu coûteuse et n'a pas d'effets secondaires.

Afin de terminer cette participation active avec la réminiscence, Serrani Aczurra (2012) recommande l'utilisation de cette intervention mais également de toutes ces approches non pharmacologiques dans la pratique. Les traitements pharmaceutiques ne résolvent pas tous les symptômes et conséquences de la démence. C'est pourquoi, il serait intéressant de pratiquer d'autres alternatives qui ont démontré un certain impact sur la progression de la démence.

Au sujet de la participation non active, dont la luminothérapie, les auteurs avancent un certain bénéfice dans les symptômes cliniques, sans effet secondaire, contrairement aux interventions médicamenteuses. Par contre, cette intervention nécessite du matériel et une assistance de la part des soignants. Il est donc pertinent de se questionner quant aux coûts et à la motivation de la part des institutions à adhérer à cette pratique.

Les apports statistiquement significatifs informent que le toucher thérapeutique est une technique possible à utiliser dans les différentes institutions : il est peu coûteux, non invasif et peut être appris et appliqué rapidement par les soignants, sans qu'ils soient obligatoirement spécialisés dans le domaine.

Concernant l'aromathérapie, c'est une intervention qui peut être facilement appliquée, autant par les soignants que par les patients, car familière, n'engendrant que peu de frais et qui n'a pas d'effets secondaires contrairement aux traitements pharmacologiques. D'un autre point de vue pratique, il serait utile d'informer les soignants quant à l'utilisation desdites interventions, de leur fréquence, à quelle population elles s'adressent et à quel dosage. Pour une observation objective des symptômes cliniques, il faudrait mettre en œuvre ce type d'intervention en supprimant les traitements pharmacologiques administrés en parallèle, si cela est possible.

Evans et al. (2009) concluent que les interventions non pharmacologiques les plus pertinentes à utiliser dans la pratique sont : l'aromathérapie, les bains thermaux, la musique calmante et le massage, car elles sont faciles à appliquer, peu coûteuses et n'occasionnent aucun effet indésirable.

Avant de conclure ce travail, les membres du groupe n'ont pas la prétention d'avoir recensé la totalité des connaissances actuelles sur le sujet. De plus, le but de ce travail n'est pas de créer des protocoles de soins mais plutôt de stimuler une réflexion clinique en vue d'amener une pierre à l'édifice.

6. Conclusion

En guise de conclusion, les difficultés et facilités ayant permis de développer certains apprentissages seront présentées. Les limites, ainsi que des perspectives pour la recherche, seront également exposées.

6.1 Les difficultés et facilités rencontrées

Le vaste sujet a représenté la première difficulté. Effectivement, les concepts de démence, de symptômes et de traitements non pharmacologiques représentent un large éventail d'apports et de connaissances. C'est pourquoi il a été nécessaire d'affiner la question de départ pour faciliter la réalisation de ce travail. Par ailleurs, la mise en route, la direction à prendre et le niveau de preuve requis à l'élaboration de la problématique ont demandé un réajustement important.

Le travail de Bachelor étant construit sur une durée relativement longue, l'organisation d'un plan d'échéances a été difficile (bien qu'essentiel) à mettre en place. De même, sa présence constante à l'esprit des membres du groupe a représenté une préoccupation non négligeable.

En tant que novice dans l'écriture d'un tel travail, la compréhension de la terminologie anglophone spécifique et la grille de Fortin ont exigé une adaptation constante. Puisque les normes en vigueur n'étaient pas habituelles, les auteures ont dû fournir un certain nombre d'efforts et faire preuve de patience.

Outre les éléments contraignants cités en amont, certaines facilités ont été démontrées, illustrées par les critères relatés ci-après.

En premier lieu, l'intérêt certain pour le thème a favorisé une grande motivation à s'investir pleinement dans ce projet.

Or, les membres du groupe étant toutes trois consciencieuses et investies, la volonté de réaliser un travail de qualité était présente. De surcroît, une répartition précise des rôles s'est mise en place naturellement et a été maintenue tout le long du processus. Bien que cette division organisationnelle ait été optimale, les auteures ont choisi de rédiger et d'effectuer les recherches en commun, dans le but de suivre un fil rouge. De même, la bonne entente au sein du groupe a permis une dynamique efficace et agréable. Ceci n'a fait que renforcer une cohésion déjà présente.

Les plages horaires consacrées à ce travail de Bachelor ont également été bénéfiques afin d'adapter l'organisation et de s'y consacrer entièrement.

Une ultime facilité mérite d'être soulignée : la franchise et la clarté des remarques du directeur de travail de Bachelor ont permis aux membres du groupe de comprendre la ligne directrice pour la réalisation de ce projet.

6.2 Les apprentissages réalisés

Cette revue de littérature étant une façon inconnue de travailler, les membres du groupe ont appris progressivement à se l'approprier et à développer leur esprit critique. Par ailleurs, une remise en question permanente a été constatée, tout comme des capacités d'auto-évaluation. Au fil de la rédaction, les auteures ont observé une évolution de la compréhension et de la rigueur d'analyse.

De plus, plusieurs compétences ont pu être améliorées et enrichies, qu'elles soient relationnelles, professionnelles, théoriques et personnelles. D'un point de vue relationnel, il s'agit de la collaboration entre les membres du groupe et celle avec le directeur du travail de Bachelor. Au niveau professionnel, une vision plus précise des thérapeutiques existantes et de leur application a pu être mise en lien avec les nombreux ouvrages et connaissances théoriques découverts. Les ressources personnelles, quant à elles, font référence à l'organisation sur le long terme, à la flexibilité et à l'ouverture d'esprit, ainsi qu'au calme démontré par les auteures.

In fine, l'apprentissage le plus significatif est la persévérance, valeur essentielle pour gérer les émotions et le stress engendrés par l'envie d'accomplir un projet de qualité.

6.3 Les limites et perspectives futures

Au vu de la multiplicité des symptômes existant dans la démence, le choix a été fait de se focaliser sur un nombre précis de signes cliniques, à savoir l'agitation et l'insomnie. Effectivement, il ne faut pas oublier que c'est une thématique étendue dont la littérature offre une multitude d'apports.

Lors de la rédaction, le dernier manuel des critères diagnostiques en psychiatrie a été publié, entraînant des modifications des définitions de la démence, élargissant ainsi la population susceptible d'être diagnostiquée. Dans ces conditions, les résultats des études présentées sont à considérer avec un regard critique, compte tenu d'une possible confusion.

Une dernière limite peut être envisagée concernant l'application de la théorie de l'*Humaindevenant* dans la pratique. Comme cité dans le chapitre des concepts théoriques, son utilisation est tout à fait possible en tant que philosophie et manière d'être dans une posture infirmière. Mais la difficulté réside dans la nécessité et la motivation de tous les intervenants à prendre part à ce changement de paradigme.

Le travail de Bachelor constitue un outil qui offre non seulement des pistes pour la théorie et la pratique clinique mais aussi la possibilité de développer des compétences réflexives dans la posture infirmière. La recherche rigoureuse et les résultats probants apportent une base solide pour permettre à l'infirmière de se positionner et de faire valoir ses prestations de soins.

En parallèle, les nouveaux critères diagnostiques de la démence pourraient conduire à une révision des études antérieures et une actualisation des nouvelles recherches, en limitant les biais scientifiques. Par exemple, l'élargissement de ces critères favoriserait de plus amples échantillons et ainsi les traitements seraient applicables à une population plus précise, dans un souci de santé communautaire.

Cette démarche a amené aux membres du groupe plusieurs pistes de réflexion à envisager pour la discipline et la pratique clinique infirmière en vue d'accompagner la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer de la meilleure manière possible.

*« Accompagner quelqu'un, c'est se placer ni devant, ni derrière, ni à la place.
C'est être à côté. »*

Joseph Templier

7. Références

Articles

Altman, D.G.; Liberati, A., Moher, D. & Tetzlaff, J.,(2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *PLoS Medicine*, 6(7), e1000097. doi:10.1371/journal.pmed.1000097.

Asseray, N., Ballereau, F., Joris-Frasseren, M., Lapeyre-Mestre, M., & Roulet, L. (2014). Iatrogénie médicamenteuse: contribution à l'uniformisation de la terminologie en langue française pour la pratique de soins et la recherche clinique. *Thérapie*, 70(3), 283-292. doi :10.2515/therapie/2014215.

Bédard, A., Landreville, P., Leblanc, V., & Lemay, M. (2007). Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence: liens entre la recherche psychosociale et les politiques. *Canadian Psychology*, 48(2), 77-85. doi :10.1037/cp2007009.

Benhamidat, T., Benoit, M., Bertogliati, C., Brocker, P., Lechowski, L., Robert, P. H., Staccini P. & Tortrat, D. (2003). Symptômes comportementaux et psychologiques dans la maladie d'Alzheimer: résultats de l'étude REAL.FR. *la revue de médecine interne*, 24, 319s-324s.

Benoist, L. (2004). Prendre soin. *Gestalt; Cairn.Info*, 1(26), 23-25. Repéré à <http://www.cairn.info/revue-gestalt-2004-1-page-23.htm>.

Collin, J. (2002). Observance et fonctions symboliques du médicament. *Gérontologie et société*, 4(103), 141-159. doi :10.3917/g.s.103.0141.

Debout, C. (2012). Evidence-Based-Nursing. *Soins*, 57(771), 13-42. doi :10.1016/j.soin.2012.10.010.

Debout, C. (2012). La pratique infirmière fondée sur les preuves. *Soins*, 57 (771), 14-17. doi :10.1016/j.soin.2012.10.006.

- Dorenlot, P. (2006). Démence et interventions non médicamenteuses: revue critique, bilan et perspectives. *Psychologie Neuropsychiatrie Vieillesse*, 4(2), 135-144.
- Fernandes Justus, F., Ferreira Camargo, C. H., & Retzlaff, G. (2015). The Effectiveness of Reality Orientation in The Treatment of Alzheimer's Disease. *American journal of Alzheimer's disease and other dementias*, 1(6), 1-6. doi :10.1177/1533317514568004.
- Gold, C., Gunnhild Gvare, L., Mette O. Ridder, H., & Stige, B. (2013). Individual music therapy for agitation in dementia: an exploratory randomized controlled trial. *Aging and Mental Health*, 17(6), 666-678. doi :10.1080/13607863.2013.790926.
- Gagnon, J., Lechasseur, K., & Milhomme, D. (2014). L'intégration des savoirs infirmiers pour une pratique compétente en soins critiques: quelques pistes de réflexion. *L'infirmière clinicienne*, 11(1), 1-10. Repéré à <http://revue-infirmiereclinicienne.ugr.ca/>, le 26 mai 2016.
- Onen, F., & Onen, S.-H. (2003). Altérations des rythmes du sommeil dans la maladie d'Alzheimer. *la revue de médecine interne*, 24, 165-171.
- Simon E. (2009). Processus de conceptualisation d'empathie. *Recherche en soins infirmiers, Cairn.Info*, 3(98), 28-31. DOI 10.3917/rsi.098.0028.
- Vecchierini, M.-F. (2010). Les troubles du sommeil dans la démence d'Alzheimer et autres démences. *Psychologie Neuropsychiatrie Vieillesse*, 8(1), 15-23. doi :10.1684/pnv.2010.0203.

Bibliographie

- American Psychiatric Association. (2000). *DSM IV-TR: Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. (4^e éd.). Paris : Elsevier Masson.
- American Psychiatric Association. (2015). *DSM-V: Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. (5^e éd.). Paris : Elsevier Masson.
- American Psychiatric Association. (2003). *Mini DSM IV-TR: Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. (2^e éd.). Paris : Elsevier Masson.
- Berger, L., Mailloux-Poirier, D. (2003). *Personnes âgées. Une approche globale. Démarche de soins par besoins*. Québec : Beauchemin.
- Fawcett Jacqueline. (2005). *Contemporary Nursing Knowledge. Analysis and Evaluation of Nursing Models and Theories. Part one* (2^e éd.). Philadelphia : F.A. Davis Company.
- Fineout-Overholt, E. & Melnyk, B (2011). *Evidence-based practice in nursing & healthcare : a guide to best practice*. Philadelphia : Lippincott.
- Fortin, M.-F. (2006). *Fondements et étapes du processus de recherche*. Québec: Chenelière.
- Liehr, P. R., & Smith, M. J. (2008). *Middle Range Theory for Nursing* (2^e éd.). New York : Springer Publishing Company.
- Parse, R. R. (2011). *L'École de pensée de l'Humaindevenant*. Fribourg: Aquilance.
- Parse, R. R. (2003). *L'humain en devenir. Nouvelle approche du soin et de la qualité de vie*. Paris: De Boeck.

Perlemuter G., Perlemuter L., & Quevauvilliers J., (2009). *Dictionnaire médical de l'infirmière* (8^e éd). Paris : Masson.

Watson, J. (1998). *Le Caring. Philosophie et science des soins infirmiers*. Paris: Seli Arslan.

Willy, V. (2008). *Vivre ensemble en EMS. D'une communauté de contrainte à une communauté d'attente*. Fribourg : Saint-Paul Academic Press.

Les quinze articles sélectionnés

Ando, H., Sakamoto, M., & Tsutou, A. (2013). Comparing the effects of different individualized music interventions for elderly individuals with severe dementia. *International Psychogeriatric Association*, 25(5), 775-784. doi :10.1017/S1041610212002256.

Baiardi, P., Bellandi, D., Gianotti, M., Granieri, E., Imbriani, M., Raglio, A., Stramba-Badiale, M., Ubezio, M.-C. & Zancchi, E. (2015). Effect of Active Music Therapy and Individualized Listening to Music on Dementia: A Multicenter Randomized Controlled. *The American Geriatrics Society*, 63(8), 1534-1539. doi :10.1111/jgs.13558.

Barrett, S., Beattie, E., Cooke, M. L., Moyle, W., O'Dwyer, S. T., Shum, D. H. K., & Sung, B. (2014). Foot massage and physiological stress in people with dementia: a randomized controlled trial. *The Journal of alternative and complementary medicine*, 20(4), 305-311. doi :10.1089/acm.2013.0177.

Blackburn, R., & Bradshaw, T. (2014). Music therapy for service users with dementia: a critical review of the literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 21(10), 879-888. doi :10.1111/jpm.12165.

Buchan, L., Forrester, L., Maayan, N., Orrell, M., Soares-Weiser, K., & Spector, A. (2014). Aromatherapy for dementia (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 25(2), 1-60. doi :10.1002/14651858.CD003150.pub2.

- Chan, W., Chiu-wa Lam, L., Fung-Leung Ng, B., & Wan-ki Lin, P. (2007). Efficacy of aromatherapy (*Lavandula angustifolia*) as an intervention for agitated behaviours in Chinese older persons with dementia : a cross-over randomized trial. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 22*, 405-410. doi :10.1002/gps.1688.
- Chancellor, B., Chatterjee, A., & Duncan, A. (2014). Art Therapy for Alzheimer's Disease and Other Dementias. *Journal of Alzheimer's disease, 39* 1-11. doi :10.3233/JAD-131295.
- Cowl, A. L., & Gaugler, J. E. (2014). Efficacy of Creative Arts Therapy in Treatment of Alzheimer's Disease and Dementia: A Systematic Literature Review. *Activities, Adaptation & Aging, 38*(4), 281-330. doi :10.1080/01924788.2014.966547.
- Craven, R. F., Whitney, J., & Woods, D. L. (2005). The effect of therapeutic touch on behavioral symptoms of persons with dementia. *Alternative therapies in Health and Medicine, 11*(1), 66-74. Repéré à <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15712768>.
- Deatrich, J., Hawranik, P., & Johnston, P. (2008). Therapeutic Touch and Agitation in Individuals with Alzheimer's Disease. *Western Journal of Nursing Research, 30*(4), 417-434. doi :10.1177/0193945907305126.
- Dowling, G. A., Graf, C., Hubbard, E. M., & Luxenberg, J. S. (2007). Light Treatment for Neuropsychiatric Behaviors in Alzheimer's Disease. *Western Journal of Nursing Research, 29*(8), 961-75. doi :10.1177/0193945907303083.
- Evans, L. K., Guevara, J. P., & Kong, E. (2009). Nonpharmacological intervention for agitation in dementia : A systematic review and meta-analysis. *Aging and Mental Health, 13*(4), 512-520. doi :10.1080/13607860902774394.

- Gold, C., Gunnhild Gvales, L., Mette O. Ridder, H., & Stige, B. (2013). Individual music therapy for agitation in dementia: an exploratory randomized controlled trial. *Aging and Mental Health, 17*(6), 666-678. doi :10.1080/13607863.2013.790926.
- Larson, E. B., Logsdon, R. G., McCurry, S. M., Pike, K. C., Teri, L., & Vitiello, M. V. (2012). Increasing Walking and Bright Light Exposure to Improve Sleep in Community-Dwelling Persons with Alzheimer's Disease: Results of a Randomized Controlled Trial. *Journal of the American Geriatrics Society, 59*(8), 1393-1402. doi :10.1111/j.1532-5415.2011.03519.x.
- Serrani Azcurra, D. J. L. (2012). A Reminiscence program intervention to improve the quality of life of long-term care residents with Alzheimer's disease. A randomized controlled trial. *Official Journal of the Brazilian Psychiatric Association, 34*(4), 422-433. doi :10.1016/j.rbp.2012.05.008.

Références internet

- Alzheimer's Association (2015). *Les 7 stades de la maladie d'Alzheimer*. Repéré à <http://www.alz.org/fr/stades-de-la-maladie-d-alzheimer.asp>, le 11 août 2015.
- Association Alzheimer Suisse. (2015). *Alzheimer et autres démences*. Repéré à <http://www.alz.ch/index.php/alzheimer-et-autres-demences.html>, le 11 août 2015.
- Association Alzheimer Suisse. (2014). *Société et politique : les données et les chiffres*. Repéré à <http://www.alz.ch/index.php/les-donn%C3%A9es-et-les-chiffres.html>, le 09 septembre 2015.
- Cohen-Mansfield Scale (CMAI)
- Micas M., Ousset P.J. & Vellas B. (1997). *Evaluation des troubles du comportement : Présentation de l'échelle de Cohen Mansfield*. La revue française de psychiatrie et Psychologie médicale, 151-157. Repéré à <http://www.sgca.fr/outils/Echelle%20de%20Cohen%20Mansfield.pdf>, le 17 juin 2016.

Descripteurs Cinahl Complete. Repérés à

<http://web.a.ebscohost.com/ehost/mesh?sid=d9644eda-4731-42b6-add4-e096fdb77c0%40sessionmgr4002&vid=2&hid=4101>, le 17 juin 2016.

Descripteurs Cochrane Library. Repérés à

<http://onlinelibrary.wiley.com/cochranelibrary/search/mesh/quick>, le 17 juin 2016.

Descripteurs Psycinfo et Pubmed. Repérés à

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh>, le 16 juin 2016.

Gaucher, J. & Ribes, G. (2011). Association France Alzheimer. Journée Mondiale Alzheimer. *Les approches thérapeutiques non médicamenteuses*. (p.1). Repéré à

<http://www.francealzheimer.org/sites/default/files/Les%20approches%20therapeutiques%20non%20medicamenteuses.pdf>, le 11 août 2015.

Mini Mental State Exam (MMSE)

American Psychiatric Association. *Mini DSM-IV. Critères diagnostiques*. (1996). (pp.85-88). Paris : Masson. Repéré à <http://cercle-d-excellence-psy.org/OLD/images/MMSE.pdf>, le 17 juin 2016.

Neuropsychiatric Inventory (NPI)

J.L. Cummings. *The Neuropsychiatric Inventory: Comprehensive assessment of psychopathology in dementia*. (1996). Repéré à http://www.cmrr-nice.fr/doc/NPI_complet_fr.pdf, le 17 juin 2016.

Office Québécois de la langue française. *Le grand dictionnaire terminologique*. Repéré à <http://www.granddictionnaire.com/>, le 17 juin 2016.

Organisation mondiale de la santé (1946). *La définition de la santé de l'OMS*. Repéré à <http://www.who.int/about/definition/fr/print.html>, le 26 mai 2016.

Citation et Images

Citation de fin :

Citations Françaises. Joseph Templier. *Accompagner quelqu'un, c'est se placer ni devant, ni derrière, ni à la place. C'est être à côté*. Repéré à <http://www.citations-francaises.fr/citation/Accompagner-quelqu-un-est-se-placer-ni-devant-ni-derriere-ni-la-place-est-etre-cote>, le 28 juin 2016.

Image titre :

Repéré à

<http://us.123rf.com/450wm/lightwise/lightwise1510/lightwise151000010/46714602-m-moire-concept-de-la-perde-et-de-la-maladie-d-alzheimer-surr-el-symbole-patient-comme-un-concept-de.jpg?ver=6>, le 25 mai 2016.

Logo He arc :

Repéré à

http://www.gate24.ch/Uploads/Images/002/978/057/lg_2978057.png?maxwidth=202, le 25 mai 2016.

Logo Hes so :

Repéré à http://www.cas-pibat.ch/images/bandeau_hesso.gif, le 25 mai 2016.

8. Annexes

Appendice A : Critères diagnostiques de la démence

Ci-joint, des explications supplémentaires sont données au sujet de la démence et la démence de type Alzheimer, basées sur le DSM-IV TR (2000).

La démence est donc définie comme cela :

Les troubles de la démence sont caractérisés par l'apparition de déficits multiples (une altération de la mémoire) qui sont dus aux effets physiologiques directs, une affection médicale générale ou à des étiologies multiples (par exemple aux effets combinés d'une maladie cérébro-vasculaire et d'une maladie d'Alzheimer).

(DSM-IV TR, 2000, p.171)

Selon la classification diagnostique du Mini DSM-IV TR (2003), la démence de type Alzheimer se définit en fonction de plusieurs critères :

- A. Apparition de déficits cognitifs multiples, comme en témoignent à la fois :
- (1) une altération de la mémoire (altération de la capacité à apprendre des informations nouvelles ou à se rappeler les informations apprises antérieurement) ;
 - (2) une (ou plusieurs) des perturbations cognitives suivantes :
 - (a) aphasie (perturbation du langage)
 - (b) apraxie (altération de la capacité à réaliser une activité motrice malgré des fonctions motrices intactes)
 - (c) agnosie (impossibilité de reconnaître ou d'identifier des objets malgré des fonctions sensorielles intactes)
 - (d) perturbation des fonctions exécutives (faire des projets, organiser, ordonner dans le temps, avoir une pensée abstraite)

- B. Les déficits cognitifs des critères A1 et A2 sont tous les deux à l'origine d'une altération significative du fonctionnement social ou professionnel et représentent un déclin significatif par rapport aux niveaux de fonctionnements antérieurs.
- C. L'évolution est caractérisée par un début progressif et un déclin cognitif continu.
- D. Les déficits cognitifs des critères A1 et A2 ne sont pas dus :
 - (1) a d'autres affections du système nerveux central qui peuvent entraîner des déficits progressifs de la mémoire et du fonctionnement cognitif (par exemple maladie cérébrovasculaire, maladie de Parkinson, maladie de Huntington, hématome sous-dural, hydrocéphalie à pression normale, tumeur cérébrale)
 - (2) a des affections générales pouvant entraîner une démence (par exemple hypothyroïdie, carence en vitamine B12 ou en folates, pellagre, hypercalcémie, neurosyphilis, infection par le VIH)
 - (3) a des affections induites par une substance
- E. Les déficits ne surviennent pas de façon exclusive au cours de l'évolution d'un délirium
- F. La perturbation n'est pas mieux expliquée par un trouble de l'axe I (par exemple trouble dépressif majeur, Schizophrénie).

Il existe deux différents sous-types à savoir :

- A début précoce : si le début se situe à 65 ans ou avant
- A début tardif : si le début se situe après 65 ans

(Mini DSM-IV TR, 2003, pp.87-89)

Appendice B : Compléments sur la théorie de Rogers

Ci-après sont exposés les postulats mis en avant par Martha E. Rogers et cités par Parse (1998, 2003).

1) Le champ d'énergie :

Rogers (1970) affirme que l'humain unitaire est un champ d'énergie indivisible, que l'unité de l'humain est une réalité : l'humain « constitue un tout unifié possédant [...] une intégrité et manifestant des caractéristiques qui sont plus que la somme de [...] ses parties et différentes d'elles » (p.47). Le champ humain consiste en un processus mutuel avec le champ environnemental. L'étude des humains unitaires signifie alors l'étude de l'entièreté (*wholeness*) de l'humain, dont les caractéristiques émergent au travers un pattern. Le champ d'énergie est infini ; dans un mouvement continu, il constitue l'unité fondamentale du vivant et du non vivant (Rogers, 1992).

2) L'ouverture :

Ce postulat considère l'humain comme un système ouvert, un champ d'énergie contigu à l'environnement. Rogers (1970) nie que l'humain est un système fermé, un état stable et un organisme adaptable. L'humain et l'environnement participent à un processus mutuel qui constitue lui-même un mouvement irréversible vers une plus grande diversité (Rogers, 1990).

3) Le pattern :

Rogers (1992) spécifie que l'humain est reconnaissable au travers un pattern du champ humain. L'humain et l'environnement changent continuellement, mais il existe une continuité dans ce processus de changement constant. Le pattern de l'humain et le pattern de l'environnement sont des expressions rythmiques, des patterns d'ondes, nouveaux et variés. Le pattern du champ d'énergie humain se distingue de celui du champ d'énergie environnemental, et il est perçu comme une onde unique.

4) La pandimensionnalité :

La pandimensionnalité désigne un « domaine non linéaire sans attributs spatiaux ou temporels » (Rogers, 1992, p.29). Rogers croit que l'humain unitaire est un champ d'énergie pandimensionnel, reconnaissable à un pattern rythmique distinct qui change de façon ouverte et irréversible avec le champ environnemental pandimensionnel.

(Rogers citée par Parse, 1998, 2003, pp. 40-41)




Appendice C : Tableau des Mesh

Mots en français	Mots en anglais	Descripteurs Mesh Pubmed et PsychInfo	Descripteurs Mesh Cochrane	Descripteurs Mesh Cinahl
Démence	Dementia	Senil paranoid dementia / dementia / familial dementia	Dementia / senil paranoid dementia	Dementia / dementia presenile / dementia senile / alzheimer disease
Démence de type Alzheimer	Dementia of the Alzheimer Type	->Alzheimer disease	->Alzheimer disease	->dementia
Maladie d'Alzheimer	Alzheimer Disease	Alzheimer sclerosis / Alzheimer syndrome / Alzheimer dementia / Alzheimer-type dementia / Senile dementia / Alzheimer type dementia / Alzheimer type senile dementia / Alzheimer's disease / presenile dementia / presenile Alzheimer dementia / familial Alzheimer disease	Alzheimer disease	->dementia
Therapie	Therapy	Treatment / disease management	Therapeutics Propose : Therapy, Alternativ qui devient : complementary therapies	Alternative therapies / alternative medical systems / medecine herbal / aromatherapy / naturopathy
Traitement	Therapy	Treatment / disease management	Therapeutics	->therapy
Médicamenteux	Medicated	Renvoie à traitement médicamenteux : drug therapy /pharmacotherapy / pharmacologic therapy	No term match	Medication action / medication care / medication treatment
Pharmacologie	Pharmacology	Mode of action / mechanism of action / pharmacologic action / pharmacodynamism	Pharmacology	Pharmacy and pharmacology
Pharmacologique	Pharmacological	Renvoie à : Drug / therapeutic drug / pharmacological processes	Renvoie à : pharmacological Phenomena / pharmacological Processes	Pharmacological et biological treatment
Agitation	Agitation, restlessness,	Agitation psychomotor / psychomotor restlessness / excitment psychomotor / akathisia /	Agitation : no term match, renvoie à : psychomotor Agitation / psychomotor	Agitation / psychomotor agitation / akathisia / psychomotor disorder

	jitteriness	hyperactivity / psychomotor hyperactivity	Disorders Restlessness : no term match, renvoie à: psychomotor Agitation Jitteriness : no term match	
Insomnie	Insomnia, sleeplessness	Insomnia / sleeplessness / sleep disorders / sleep initiation dysfunction / insomnia disorders / chronic insomnia	Sleep Initiation and Maintenance Disorders	Sleep disorders / insomnia
Agressivité	Agressivity, agressiveness	Renvoie à : agression. No term match	No term match	No term match
Intervention	Intervention	Intervention / procedure	Renvoie à : Intervention Studies, Early medical Intervention	Nursing intervention / nursing care / patient care / nursing outcomes
Soins infirmiers	Nursing, nursing care	Nursing care / home care / nursing care management	Nursing, Nursing Care	Nursing practice
Infirmiers/ infirmières	Nurse	Nursing personnel / registered nurse / nurses	Nurses	Nurse / practical nurse
Musicothérapie	Music therapy, musicotherapy	Music therapy	Music Therapy No term match pour musicotherapy	Music Therapy Musicotherapy : no term match
Phytothérapie	Phytotherapy	Herbal therapy / herb therapy / phytotherapy / complementary therapy	Phytotherapy	Medicine, Herbal
Aromathérapie	Aromatherapy	Aromatherapy / aroma therapy / complementary therapy	Aromatherapy	Aromatherapy/Medicine, Herbal
Massage	Massage	Massage therapy / bodyworks / massage / zone therapy / complementary therapy	Massage	Massage/Simple Massage/ Therapeutic Touch

Tableau 4 Tableau MesH

Appendice D : Mini Mental State Exam (MMSE)

Mini Mental State Examination (M.M.S.E.)		Cadre du matériel	
Nom du/de la patient(e) : _____ Date : _____			
Évalué(e) par : _____			
ORIENTATION	<p>Je vais vous poser quelques questions pour apprécier comment fonctionne votre mémoire. Les unes sont très simples, les autres un peu moins. Vous devez répondre du mieux que vous pouvez.</p> <p>Quelle est la date complète d'aujourd'hui ?</p> <p>■ Si la réponse est incorrecte ou incomplète, posez les questions restées sans réponse, dans l'ordre suivant :</p> <p>1. En quelle année sommes-nous ? <input type="text"/> 0 ou 1</p> <p>2. En quelle saison ? <input type="text"/></p> <p>3. En quel mois ? <input type="text"/></p> <p>4. Quel jour du mois ? <input type="text"/> 0 ou 1</p> <p>5. Quel jour de la semaine ? <input type="text"/></p> <p>■ Je vais vous poser maintenant quelques questions sur l'endroit où nous nous trouvons.</p> <p>6. Quel est le nom de l'hôpital où nous sommes ? *</p> <p>7. Dans quelle ville se trouve-t-il ?</p> <p>8. Quel est le nom du département dans lequel est située cette ville ? **</p> <p>9. Dans quelle province ou région est situé ce département ?</p> <p>10. A quel étage sommes-nous ici ?</p>		
APPRENTISSAGE	<p>■ Je vais vous dire 3 mots ; je voudrais que vous me les répétiez et que vous essayiez de les retenir car je vous les redemanderai tout à l'heure.</p> <p>11. Cigare Citron Fauteuil</p> <p>12. Fleur Clé Tulipe</p> <p>13. Porte Ballon Canard</p> <p>Répéter les 3 mots.</p>		
ATTENTION ET CALCUL	<p>■ Voulez-vous compter à partir de 100 en retirant 7 à chaque fois ? *</p> <p>14. 93 <input type="text"/></p> <p>15. 86 <input type="text"/></p> <p>16. 79 <input type="text"/></p> <p>17. 72 <input type="text"/></p> <p>18. 65 <input type="text"/></p> <p>■ Pour tous les sujets, même pour ceux qui ont obtenu le maximum de points, demander : Voulez-vous épeler le mot MONDE à l'envers ** : E D N O M</p>		
RAPPEL	<p>■ Pouvez-vous me dire quels étaient les 3 mots que je vous ai demandés de répéter et de retenir tout à l'heure ?</p> <p>19. Cigare Citron Fauteuil</p> <p>20. Fleur Clé Tulipe</p> <p>21. Porte Ballon Canard</p>		
LANGAGE	<p>■ Montrer un crayon. <input type="text"/> 0 ou 1 ■ Montrer votre montre.</p> <p>22. Quel est le nom de cet objet ? *</p> <p>23. Quel est le nom de cet objet ? ** <input type="text"/></p> <p>24. Écoutez bien et répétez après moi : «PAS DE MAIS, DE SI, NI DE ET» ***</p> <p>■ Poser une feuille de papier sur le bureau, la montrer au sujet en lui disant : «Écoutez bien et faites ce que je vais vous dire :</p> <p>25. Prenez cette feuille de papier avec la main droite,</p> <p>26. Pliez-la en deux,</p> <p>27. Et jetez-la par terre.» **** <input type="text"/></p> <p>■ Tendre au sujet une feuille de papier sur laquelle est écrit en gros caractères : «FERMEZ LES YEUX» et dire au sujet :</p> <p>28. «Faites ce qui est écrit» <input type="text"/></p> <p>■ Tendre au sujet une feuille de papier et un stylo, en disant :</p> <p>29. «Voulez-vous m'écrire une phrase, ce que vous voulez, mais une phrase entière.» ***** <input type="text"/></p>		
PRAXIES CONSTRUCTIVES	<p>■ Tendre au sujet une feuille de papier et lui demander :</p> <p>30. «Voulez-vous recopier ce dessin» <input type="text"/></p>		
		<p>SCORE TOTAL (0 à 30) : <input type="text"/></p>	

Appendice E : Neuropsychiatric Inventory (NPI)

1

INVENTAIRE NEUROPSYCHIATRIQUE NPI

Nom:	Age:	Date de l'évaluation				
Items	NA	Absent	Fréquence	Gravité	F x G	Retentissement
Idées délirantes	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Hallucinations	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Agitation/Agressivité	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Dépression/Dysphorie	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Anxiété	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Exaltation de l'humeur/ Euphorie	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Apathie/Indifférence	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Désinhibition	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Irritabilité/Instabilité De l'humeur	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Comportement moteur aberrant	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Sommeil	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Appétit/Troubles de l'appétit	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5

NA = question inadaptée (non applicable)

F x G = Fréquence x Gravité

The Neuropsychiatric Inventory: Comprehensive assessment of psychopathology in dementia, J.L. Cummings, 1994

Traduction Française P.H.Robert. Centre Mémoire de Ressources et de Recherche - Nice - France 1996

Le NPI est protégé par un copyright.

Appendice F : Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI)

COHEN-MANSFIELD AGITATION INVENTORY - CMAI 29 items version longue

Date :

Nom et prénom du patient :

Nom du référent : (conjoint – enfant – soignant - autre)

Fréquence	0	1	2	3	4	5	6	7
1- Déambule								
2 - S'habille, se déshabille								
3 - Crache (y compris au cours des repas)								
4 -Jure, parle grossièrement								
5 - Recherche constante d'attention ou d'aide								
6 – Répète des questions, des phrases								
7 - Donne des coups (y compris à soi-même)								
8 - Donne des coups de pied								
9 - Cherche à saisir								
10 – Bouscule								
11 - Lance des objets								
12 - Emet des bruits bizarres (rires bizarres ou pleurs)								
13 - Pousse des hurlements								
14 - Mord								
15 - Griffes								
16 - Essaie d'aller ailleurs (fugues)								
17 - Tombe volontairement								
18 – Se plaint								
19 - Est opposant								
20 – Mange/boit des produits non comestibles								
21 - Se blesse ou blesse les autres								
22 – Manipulation non conforme des objets								
23 - Cache les objets								
24 - Amasse les objets								
25 - Déchire les affaires								
26 - Attitude répétitives								
27- Fait des avances sexuelles verbales								
28 - Fait des avances sexuelles ou physiques								
29 - Agitation généralisé								
<i>Sous score</i> TOTAL								

Cotation de la fréquence des 7 jours précédents

- 0 - non évaluable
- 1 - jamais
- 2 - moins d'une fois par semaine à plusieurs fois par jour
- 3 - une à deux fois par semaine
- 4 - quelquefois au cours de la semaine
- 5 - une à deux fois par jour
- 6 - plusieurs fois par jour
- 7 - plusieurs fois par heure

© PJ OUSSET : ousset.pj@chu-toulouse.fr

Version française traduite et validée par Micas M., Ousset PJ, Vellas B.

Référence : Micas M., Ousset PJ, Vellas B. Evaluation des troubles du comportement. présentation de l'échelle de Cohen Mansfield. La Revue Fr. de Psychiatrie et Psychol. Médicale. 1997. : 151-157.

Appendice G : Grille de Fortin originale (2010)

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	<ul style="list-style-type: none"> Le titre précise t'il clairement les concepts clés et la population a l'étude ?
Résumé	<ul style="list-style-type: none"> Le résumé synthétise clairement le résumé de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<ul style="list-style-type: none"> Le problème/phénomène à l'étude est-il clairement formulé et circonscrit ? Que s'agit-il d'étudier ? Le problème/phénomène est-il pertinent /approprié dans le contexte des connaissances actuelles ? Le problème/phénomène a-t-il une signification particulière pour la discipline concernée ? Les postulats sous-jacents à l'étude sont-ils précisés ?
Recension des écrits	<ul style="list-style-type: none"> Une recension a-t-elle été entreprise ? La recension fournit-elle une synthèse de l'état de la question par rapport au problème de recherche ? La recension des écrits vous semble-t-elle présenter une base solide pour l'étude ? L'auteur présente-il l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème à l'étude ? La recension présente t'elle des sources primaires ?
Cadre de recherche	<ul style="list-style-type: none"> Les concepts clés sont-ils mis en évidence et définis sur le plan conceptuel ? Est-il justifié et décrit de façon adéquate ? Est-ce que les concepts clés s'inscrivent-ils dans un cadre de référence ? Est-il lié au but de l'étude ? Les bases philosophiques et théoriques ainsi que la méthode sous-jacente sont-elles explicitées et appropriées à l'étude ?
Buts et question de recherche	<ul style="list-style-type: none"> Le but de l'étude est-il énoncé de façon claire et concise ? Les questions de recherche ou les hypothèses, dont les variables clés et la population à l'étude, sont-elles clairement énoncées ? Les questions de recherche ou les hypothèses reflètent-elles le contenu de la recension des écrits et découlent-elles logiquement du but ? Traitent-elles de l'expérience des participants, des croyances, des valeurs ou des perceptions ? Les variables reflètent-elles les concepts précisés dans le cadre de recherche ? Les questions s'appuient-elles sur des bases philosophiques, sur la méthode de recherche sous-jacente ou sur le cadre

	conceptuel ou théorique ?
METHODE	
Population et échantillon	<ul style="list-style-type: none"> • La population visée est-elle définie de façon précise ? L'échantillon est-il décrit de façon suffisamment détaillée ? la méthode utilisée pour accéder au site ou recruter les participants est-elle appropriée ? • Dans le plan d'échantillonnage, l'auteur a-t-il envisagé des moyens d'accroître la représentativité de l'échantillon ? La méthode d'échantillonnage utilisée a-t-elle permis s'ajouter des renseignements significatifs et d'atteindre les objectifs visés ? Est-elle justifiée sur la base statistique ou par une saturation des données ? • Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminée ? Est-elle justifiée sur une base statistique ?
Considérations éthiques	<ul style="list-style-type: none"> • Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participants sont-ils adéquats ? • L'étude a-t-elle été conçue de manière à minimiser les risques et maximiser les bénéfices pour les participants ?
Devis de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Le devis utilisé permet-il que l'étude atteigne son but ? la méthode de recherche choisie est-elle conciliable avec les outils de collecte des données proposés ? • Le devis fournit-il un moyen d'examiner toutes les questions de recherche ou les hypothèses ? • Le choix du devis permet-il de respecter les critères scientifiques ?(Véracité-applicabilité-consistance-Neutralité) • La méthode de recherche proposée est-elle appropriée à l'étude du problème posé ? • Y a-t-il suffisamment de temps passé sur le terrain et auprès des participants ?
Modes de collectes de données	<ul style="list-style-type: none"> • Les outils de mesure sont-ils clairement décrits et permettent-ils de mesurer les variables ? • Les questions de recherche ont-elles été bien posées ou les observations du phénomène, bien ciblées ? Ont-elles été rigoureusement consignées par la suite ? • L'auteur indique-t-il si les instruments ont été créés pour les besoins de l'étude ou s'ils sont importés ? • La procédure expérimentale est-elle cohérente avec les outils mesurés ?
Conduite de la recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Le processus de collecte des données/enregistrement est-il décrit clairement ? • Les données ont-elles été recueillies de manière à minimiser les biais en faisant appel à du personnel compétent ? • Si l'étude comporte une intervention (variable

	indépendante), celle-ci est-elle clairement décrite et appliquée de façon constante?
Analyse des données	<ul style="list-style-type: none"> • Les méthodes d'analyse sont-elles décrites ? • Les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats sont-ils pris en considération dans les analyses ? • Le résumé des résultats est-il compréhensible et met-il en évidence les extraits rapportés ? • Les thèmes font-ils ressortir adéquatement la signification des données ?
RESULTATS	
Présentation des résultats	<ul style="list-style-type: none"> • Les résultats sont-ils adéquatement présentés à l'aide de tableaux et de figures, graphiques ou modèles ? • Les thèmes ou les modèles sont-ils logiquement associés entre eux afin de bien représenter le phénomène ? • Les résultats sont-ils résumés par un texte narratif ? • L'auteur a-t-il fait évaluer les données par les participants ou par des experts ?
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<ul style="list-style-type: none"> • Les résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre de recherche et pour chacune des questions ou hypothèses ? • Les résultats concordent-ils avec les études antérieures menées sur le même sujet ? Sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures? • L'interprétation et les conclusions sont-elles conformes aux résultats d'analyses ? • Les limites de l'étude ont-elles été définies ? • Les conclusions découlent-elles logiquement des résultats ? • Soulève-t-on la question du caractère transférable des conclusions ?
Conséquences et recommandations	<ul style="list-style-type: none"> • Quelles sont les conséquences des résultats de l'étude pour la discipline ou la pratique clinique ? L'auteur a-t-il précisé les conséquences des résultats ? • L'auteur fait-il des recommandations/applications pour la pratique et les recherches futures ? • Les données sont-elles suffisamment riches pour appuyer les conclusions ?

Appendice H : Articles analysés selon la grille de Fortin

Grille de l'article n°1 :

Gold, C., Qvale, L., Ridder, H. & Stige, B. (2013). Individual music therapy for agitation in dementia : an explorator randomized controlled trial.
Titre
Oui, le titre précise la population (personnes atteintes de démence) et les concepts clés (thérapie musicale individuelle, agitation). Il énonce aussi qu'il s'agit d'un RCT.
Résumé
Oui, le résumé annonce l'objectif, la méthode, les résultats, la conclusion et les mots-clés de l'étude.
INTRODUCTION
Problème de la recherche
<p>Le problème est vite explicité : la démence est en constante hausse notamment dans les EMS et les symptômes comme l'agitation sont problématiques. Une définition de l'agitation est donnée ainsi que des moyens thérapeutiques médicamenteux et de leurs effets délétères. Les auteurs précisent également que l'Alzheimer est la cause la plus fréquente de démence. Les auteurs se posent la question de savoir si des thérapies alternatives ont des effets positifs sur ces symptômes. Il s'agit donc d'étudier l'impact des thérapies musicales sur l'agitation dans les démences.</p> <p>Le phénomène est tout à fait adapté au contexte actuel. Les auteurs se basent par ailleurs sur des pourcentages statistiques relativement récents (2013).</p> <p>Le problème est pertinent pour la discipline infirmière car il a un impact direct sur elle. En effet, les symptômes de la démence diminuent la qualité de vie des personnes qui en sont atteintes mais provoquent également du stress et de l'épuisement auprès des soignants concernés. En terme de postulat, les auteurs se basent sur une approche centrée sur la personne. C'est d'ailleurs à l'aide de celle-ci qu'ils donnent une définition de l'agitation.</p>
Recension des écrits
<p>Une recension des écrits a été entreprise, les auteurs citant des sources primaires faisant état du problème : à savoir les effets non maintenus dans le temps des interventions médicamenteuses face à la démence et le manque de rigueur scientifique quant aux recherches de bénéfice d'interventions non médicamenteuses comme la musicothérapie. C'est pour cela que les auteurs décident de mener un RCT. Cette recension est pertinente, les auteurs citant des études scientifiques tout en relevant les biais à savoir le manque d'une méthodologie de rigueur systématique.</p>

Cadre de recherche

Comme cité précédemment, les auteurs se basent sur une approche centrée sur la personne, tout à fait justifiée en regard de la pathologie en question. Une explication plus précise sur ce qu'est ce genre d'approche pourrait par contre être amenée.

L'approche centrée sur la personne sert de trame de fond à l'étude mais les auteurs n'inscrivent pas les concepts clés dans un cadre théorique spécifique (théorie de soin, approche philosophique). La méthode sous-jacente est explicitée (essai randomisé contrôlé) et les auteurs précisent pourquoi ils l'ont choisie : car les études précédentes manquent de rigueur scientifique.

Buts et question de recherche

Le but de l'étude est clairement énoncé : à savoir la recherche d'effets bénéfiques de la musicothérapie individuelle sur la réduction des symptômes comme l'agitation dans la démence, l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de démence et la réduction de stress causé aux soignants.

La question de recherche est mentionnée mais non énoncée clairement mot pour mot.

Les questions de recherche reflètent le contenu de la recension des écrits et découlent logiquement de l'objectif que les auteurs ont. Par contre, s'agissant d'une étude à devis essentiellement quantitatif, l'expérience des participants, leurs croyances, leurs valeurs ou leurs perceptions ne sont pas prises en compte.

Les variables (agitation, qualité de vie et stress chez les soignants) en question, reflètent clairement les concepts du cadre de recherche.

Les questions ne s'appuient pas sur des bases philosophiques mais sur la méthode de recherche utilisée.

METHODE

Population et échantillon

La population en question pourrait être définie de façon plus précise. En effet, il s'agit de personnes atteintes de démence mais les auteurs ne donnent pas plus de détails.

En revanche, des détails plus précis sont donnés dans le choix de l'échantillon : il est décrit précisément avec des critères d'inclusion et d'exclusion.

La méthode de recrutement utilisée est appropriée. Des échelles de mesure ont été utilisées pour pouvoir se situer correctement dans l'échantillon en terme de score de capacités cognitives (MMSE), d'agitation (CMAI) ou de qualité de vie (ADRQL).

Les auteurs considèrent l'échantillon relativement petit (n= 45) mais rien n'est entrepris pour l'élargir. La méthode d'échantillonnage n'amène pas de renseignements significatifs. Mais elle permet d'atteindre les objectifs visés.

Considérations éthiques

Il n'y a pas de moyens particuliers dont les auteurs font référence pour maintenir les droits des participants. Ici les seules considérations éthiques sont le postulat de l'approche centrée sur la personne sur laquelle les auteurs se basent.

L'étude est conçue de façon à minimiser les risques et maximiser les bénéfices pour les participants car l'objectif est avant tout le bien-être des participants au travers de l'intervention musicale.

Devis de recherche

Le devis quantitatif utilisé permet à l'étude d'atteindre son objectif. La méthode de recherche choisie est en adéquation avec les outils de collecte des données proposés.

Le devis choisi est adéquat par rapport à la question de recherche et permet aux auteurs d'examiner celle-ci de façon rigoureuse.

Le choix du devis permet de respecter les critères scientifiques comme la véracité (rigueur maintenue), l'applicabilité (permet d'appliquer la méthode de recherche), la consistance (résultats significatifs sur l'échantillon et une transférabilité est envisageable) et la neutralité (pas de biais issus des croyances personnelles des chercheurs).

La méthode de recherche est appropriée à l'étude du problème posé (analyse clinique grâce aux différentes échelles car selon le degré d'atteinte de la démence, la personne ne peut pas communiquer).

Le temps passé sur le terrain et auprès des participants aurait pu être plus long (les participants ont reçu une thérapie musicale individuelle de 12 sessions au total : deux fois par semaine pendant six semaines).

Modes de collectes de données

Les outils de mesure sont clairement décrits et permettent de mesurer les variables.

Les observations faites de l'intervention sont ciblées sur la base de critères choisis par les auteurs (observation clinique à l'aide des échelles citées précédemment) et sont rigoureusement consignées.

Les auteurs n'ont pas créé d'outils spécifiques mais ont utilisé des instruments existants déjà (échelles de mesure).

La procédure expérimentale est en adéquation avec les outils utilisés.

Conduite de la recherche

Les auteurs récoltent les données à l'aide des échelles de mesure et les consignent par écrit. Ceci est décrit clairement (après chaque session, le thérapeute qui est intervenu consigne les éléments de l'observation clinique par écrit sur la base d'une grille d'évaluation donnée par les auteurs).

Les données ont été recueillies de façon à minimiser les biais en faisant appel à du personnel compétent (thérapeutes formés en musicothérapie de degré supérieur mais issus d'établissements différents).

L'intervention en question (variable indépendante) est clairement décrite mais non appliquée de façon constante (session de thérapie musicale individuelle mais la forme de la thérapie change : chant, danse, juste écouter la musique).

Analyse des données

Les méthodes d'analyse sont décrites.

Les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats sont pris en considération dans les analyses (par exemple, les différentes formations des thérapeutes ayant des qualifications différentes concernant la démence entraînant une observation clinique différente).

Le résumé des résultats est compréhensible, illustré par un tableau schématique et résume parfaitement la situation.

Les thèmes font ressortir la signification des données.

RESULTATS

Présentation des résultats

Les résultats sont présentés de façon claire à l'aide de tableaux et de figures.

Les thèmes sont associés entre eux afin d'explicitier clairement le phénomène (thème qualité de vie, thème fréquence d'agitation, thème comportements d'agitation perturbateurs et groupe contrôle vs groupe bénéficiant de l'intervention etc.).

Les résultats sont résumés à l'aide d'un texte.

Il n'y a pas d'information par rapport au fait que les auteurs aient fait évaluer les données par les participants ou par des experts. Etant donné que c'est un devis quantitatif, on peut supposer que les données ont été évaluées par des experts.

DISCUSSION

Interprétations des résultats

Les résultats sont interprétés en fonction du cadre de recherche à savoir un devis quantitatif avec comme trame de fond l'approche centrée sur la personne.

Les résultats sont discutés au vue des études antérieures citées dans l'introduction et les résultats concordent entre eux.

L'interprétation des données statistiques et les conclusions sont conformes aux résultats d'analyses obtenus.

Les limites de l'étude sont définies, les auteurs mentionnent que l'échantillon est trop petit et qu'il faudrait effectuer des recherches sur un échantillon plus large pour pouvoir généraliser les résultats sur une plus grande population. Ils mentionnent aussi le fait que les interventions musicales entreprises pour l'étude ont été individuelles alors qu'en réalité elles sont plutôt de l'ordre du collectif dans les différentes institutions de soins ce qui rend les résultats difficilement transférables même si des effets bénéfiques ont été reconnus statistiquement valides.

Conséquences et recommandations

Les auteurs précisent les conséquences des résultats pour la discipline et la pratique: ils sont encourageants car ils démontrent un bénéfice des interventions musicales ($p=0.027$) même si des biais sont présents (taille de l'échantillon, intervention essentiellement individuelle).

Les auteurs avancent aussi des recommandations et applications pour la pratique et les recherches futures, notamment dans le fait qu'il faudrait faire des études longitudinales pour avoir des résultats d'effets à long terme.

Malgré les biais, les données des résultats sont suffisantes pour appuyer les conclusions.

Grille de l'article n°2 :

Ando, H., Sakamoto, M., & Tsutou, A. (2013). **Comparing the effects of different individualized music interventions for elderly individuals with severe dementia.**

Titre

Le titre précise les concepts clés : la musicothérapie individuelle, les personnes âgées et la démence sévère. C'est une comparaison. La population est détaillée par l'âge et le stade avancé de la maladie mais les symptômes étudiés ne sont pas cités.

Résumé

Le résumé est clair et permet une vision globale de l'étude. La discussion n'est pas présente mais la conclusion reprend les éléments importants de ce chapitre.

INTRODUCTION

Problème de la recherche

Le problème est clairement formulé, les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence ont un effet sur les facteurs physiologiques, psychologiques et émotionnels et augmentent le fardeau pour les soins.

La démence touche de nombreuses personnes et leur nombre a été estimé à doubler jusqu'en 2030. De nombreuses études ont étudié l'effet de la musicothérapie active ou passive. Les auteurs en citent certains résultats.

Oui c'est significatif pour la pratique infirmière puisque ces symptômes ont un effet délétère sur les personnes soignées et les soignants.

Recension des écrits

Oui une recension a été effectuée puisque les auteurs parlent de diverses études. Oui car l'état des recherches sur la musicothérapie est exposée.

Les auteurs des études et l'année de parution sont clairement écrits. Un aperçu de l'état des connaissances actuelles est amené.

Non, les sources primaires ne sont pas clairement citées et référencées.

Cadre de recherche

Les concepts clés sont cités et décrits. L'étude ne semble pas s'inscrire dans un cadre de référence ou un plan conceptuel.

Non ils ne s'inscrivent pas clairement dans un cadre de référence. Il n'y pas de bases théoriques clairement citées.

Buts et question de recherche

Le but est énoncé de façon claire mais les symptômes ne sont pas précisés. Il s'agit d'évaluer l'effet de la musicothérapie individuelle active et passive à court et à long terme.

L'hypothèse est clairement formulée mais les détails de la population et les variables sont absentes dans l'introduction. L'étude s'intéresse aux personnes âgées atteintes d'une démence avancée.

Les questions de recherches ont été formulées en lien avec la recension des écrits et les résultats d'anciennes études. Par contre, les auteurs ne traitent pas des valeurs, croyances et perceptions des participants.

Les variables apparaissent et déterminent la question de recherche.

Les questions ne semblent pas s'appuyer sur des bases philosophiques ou sur un cadre conceptuel.

METHODE

Population et échantillon

La population est détaillée avec les critères d'inclusion dans l'étude : atteint d'Alzheimer, stade 3, âgé de 65 ans ou plus, vivant en EMS, ... Les critères et ouvrages de références pour le diagnostic et les stades sont énumérés. Les auteurs ont choisi des patients de quatre homes et d'un établissement spécialisé dans la démence à Kobe City (Japon).

L'échantillon comprend 39 personnes (n=39). Ils n'ont pas cherché à l'agrandir. Le nombre n'a pas été défini pour une raison précise mais il a permis de constitué trois groupes de 13.

Considérations éthiques

Les auteurs ont veillé à garantir les droits des participants. L'étude a été conduite en accord avec la déclaration d'Helsinki.

L'étude a été approuvée et inscrit par le comité de Kobe University Graduate.

Devis de recherche

L'étude compare un groupe contrôle, un groupe avec de la musicothérapie passive et un groupe avec de la musicothérapie interactive. Pour minimiser les biais, les participants étaient affectés au hasard et à l'aveugle.

Le devis le permet puisque chaque participant de chaque groupe va être analysé seul et va pouvoir être comparé.

Le choix du devis respecte les critères scientifiques.

Oui la méthode de recherche proposée est appropriée.

Les auteurs ont analysé les comportements des participants. Ils ont interviewé étroitement chaque participant et leur famille pour sélectionner une musique individuelle reliée à des souvenirs spéciaux.

Modes de collectes de données

Oui les outils de mesure, les tests et les échelles sont clairement décrits et permettent de mesurer les variables. Des constantes telles que le rythme cardiaque et la variabilité de fréquence cardiaque sont récoltées et analysées mais le mode de collecte et d'analyse n'est pas décrit.

Les questions de recherches ont été bien posées. Les sessions ont été filmées et consignées.

Aucun outil n'a été créé pour cette étude. Ils ont utilisé le Face Scale et le BEHAVE-AD.

Oui la procédure expérimentale est cohérente avec les différents outils de mesure.

Conduite de la recherche

En ce qui concerne les tests, la collecte des données est décrite. Elle consiste en partie en l'analyse des vidéos. En ce qui concerne la fréquence cardiaque et la variabilité de fréquence cardiaque, l'enregistrement n'est pas décrit.

Oui les effets ont été évalués par des personnes qui ne savaient pas de quel groupe venaient les patients.

Oui l'étude comporte des interventions qui sont décrites de manière à l'appliquer de façon constante même si la musique utilisée dans le groupe passif n'apparaît pas dans l'article.

Analyse des données
<p>Un paragraphe est consacré à la méthode d'analyse.</p> <p>Oui les variables ont été prises en compte. Différents tests ont été utilisés. Oui le résumé des résultats est compréhensible et est mis en lien avec les chiffres.</p> <p>Les thèmes sont ressortis et ont été expliqués clairement.</p>
RESULTATS
Présentation des résultats
<p>Les résultats sont adéquatement présentés sous forme de trois tableaux et de deux graphiques.</p> <p>Les résultats sont séparés en deux grandes parties : l'effet à court terme et à long terme. Dans les diverses parties, les auteurs ont exposé les résultats par tests.</p> <p>Oui les résultats sont présentés sous forme de texte narratif.</p> <p>Les données sont analysées par six experts de la pratique.</p>
DISCUSSION
Interprétations des résultats
<p>Les résultats sont interprétés pour chaque hypothèse.</p> <p>Oui les résultats concordent avec les études antérieures et leurs résultats sont mis en lien avec les résultats de l'étude présentée.</p> <p>L'interprétation est conforme aux résultats d'analyse.</p> <p>Les limites sont exposées. Les auteurs considèrent un certain nombre de données non étudiées comme limites telles que le temps et la durée optimal pour l'intervention et d'autre moment pour évaluer l'effet (autre que trois semaines après et juste après). Les auteurs considèrent le nombre de participants comme une limite.</p> <p>Oui les conclusions découlent logiquement des résultats.</p> <p>L'étude s'est basée sur la démence avancée en lien avec de nombreuses études qui se centraient sur d'autres stades. Les auteurs ont pu voir que la musicothérapie était transférable à ce stade. Mais les auteurs ne parlent pas de la transférabilité de leurs résultats.</p>
Conséquences et recommandations
<p>Des améliorations ont été observées dans les groupes de musicothérapie active et passive en particulier dans le groupe actif. Cette étude a utilisé une musique personnalisée qui semble apporter davantage d'effets positifs.</p>

Les auteurs indiquent que la musicothérapie passive et active peut réduire le stress et induire une relaxation en précisant l'importance de la continuité de la pratique à intervalles réguliers puisque les effets disparaissent après trois semaines. Pour de futures recherches, les auteurs auraient pris en compte plus de données, augmenter l'échantillon et étudier d'autres stades.

Les données sont riches et appuyées sur des statistiques et permettent d'appuyer la conclusion.

Grille de l'article n°3 :

<p>Baiardi, P., Bellandi, D., Gianotti, M., Granieri, E., Imbriani, M., Raglio, A., Stramba-Badiale, M., Ubezio, M.-C. & Zancchi, E. (2015). Effect of Active Music Therapy and Individualized Listening to Music on Dementia : A Multicenter Randomized Controlled.</p>	
Titre	
	<p>Le titre précise les concepts clés qui sont : la musicothérapie active, l'écoute individuelle de la musique et la démence. C'est une étude multicentrique randomisée contrôlée. Mais la population n'est pas plus détaillée et le symptôme visé n'est pas précisé.</p>
Résumé	
	<p>Le résumé est complet et divisé pour faciliter la lecture. Chaque partie du texte est résumée.</p>
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	
	<p>Le problème de l'étude est clairement formulé, les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence ont un effet dramatique sur les personnes et les soignants.</p> <p>Les traitements non pharmacologiques, comme la musicothérapie, pour réduire ces symptômes chez les personnes démentes ont fait l'objet de nombreuses études. Les auteurs en citent certains résultats.</p> <p>Oui c'est significatif pour la pratique infirmière puisque ces symptômes ont un effet négatif sur les personnes soignées et les soignants.</p>
Recension des écrits	
	<p>Oui une recension a été faite puisque les auteurs parlent de plusieurs études. Oui car l'état des recherches sur le problème est expliqué. Les références des études ne sont pas précisées. Les auteurs présentent l'état des connaissances actuelles.</p>

Non, les sources primaires ne sont pas clairement citées et référencées.
Cadre de recherche
<p>Les concepts clés sont cités et peu détaillés. L'étude ne semble pas s'inscrire dans un cadre de référence ou un plan conceptuel.</p> <p>Non ils ne s'inscrivent pas clairement dans un cadre de référence. Il n'y pas de bases théorique clairement citées.</p>
Buts et question de recherche
<p>Le but est énoncé de façon claire et précise. Il s'agit d'évaluer l'effet de la musicothérapie, l'écoute de musique et les soins standards sur les symptômes comportementaux et psychologiques.</p> <p>Les questions sont clairement énoncées et les détails de la population ainsi que les variantes sont clairement cités.</p> <p>Les questions de recherche ont été formulées en lien avec la recension des écrits et les résultats d'anciennes études. Par contre, les auteurs ne traitent pas des valeurs, croyances et perceptions des participants.</p> <p>Les variables ne semblent pas liées à un cadre théorique.</p> <p>Les questions ne semblent pas s'appuyer sur des bases philosophiques ou sur un cadre conceptuel.</p>
METHODE
Population et échantillon
<p>La population est détaillée et le stade est précisé. Un tableau reprenant différentes caractéristiques de l'échantillon se trouve avec les résultats. Les auteurs ont choisi des personnes de 9 EMS en Italie ce qui minimise les biais.</p> <p>L'échantillon comprend 120 personnes (n=120). Ils n'ont pas cherché à l'agrandir.</p> <p>Le nombre n'a pas été défini pour une raison précise mais il a permis de constitué trois groupes de 40.</p>
Considérations éthiques
<p>Les auteurs ont veillé à garantir les droits des participants.</p> <p>Le comité d'éthique local a approuvé leur protocole d'étude.</p>
Devis de recherche
<p>L'étude randomisée et contrôlée comprend 120 participants et permet d'atteindre son but.</p> <p>Le devis le permet puisque chaque groupe va être analysé seul et va pouvoir être comparé.</p>

Le choix de devis respecte les critères scientifiques.

Oui la méthode de recherche proposée est appropriée.

Les professionnels qui prodiguent l'intervention sur le terrain sont briefés sur le protocole.

Modes de collectes de données

Oui les outils de mesures, tests et échelles sont clairement décrits et permettent de mesurer les variables.

Les questions de recherche ont été bien posées. Les sessions ont été filmées et consignées.

Aucun outil n'a été créé pour cette étude. Ils ont utilisé le MTCL-D, CDR, MMSE, NPI.

Oui la procédure expérimentale est cohérente avec les différents outils de mesure.

Conduite de la recherche

Oui le processus de collecte de données et d'enregistrement est décrit.

Oui du personnel compétent a analysé les évaluations sans savoir de quel groupe la personne appartenait.

Oui elle comporte une intervention mais elle est décrite de manière à l'appliquer de façon constante même si la musique n'est pas la même pour toutes les personnes.

Analyse des données

Un paragraphe est consacré à la méthode d'analyse.

Oui les variables ont été prises en compte et des comparaisons ont été faites.

Il n'y pas de résumé des résultats dans ce chapitre.

Les thèmes sont ressortis et ont été expliqués clairement.

RESULTATS

Présentation des résultats

Les résultats sont adéquatement présentés sous forme de deux tableaux et un diagramme de flux.

Les résultats sont synthétisés et suivent un ordre logique.

Oui les résultats sont sous forme de texte narratif.

Les données sont analysées par des experts.

DISCUSSION
Interprétations des résultats
<p>Les résultats sont interprétés pour chaque hypothèse.</p> <p>Un effet significatif de l'écoute individuelle sur l'agitation n'a pas été trouvé contrairement à d'autres études. Cette étude montre une amélioration similaire des deux thérapies alors que d'anciennes études suggèrent un meilleur effet avec la musicothérapie active.</p> <p>Oui elles sont conformes aux résultats d'analyses.</p> <p>Les limites du devis sont mises en avant.</p> <p>Oui les conclusions découlent logiquement des résultats.</p> <p>Le contenu des résultats est peu concluant, la transférabilité n'est pas discutée.</p>
Conséquences et recommandations
<p>Des améliorations ont été observées dans les groupes de musicothérapie active et passive mais les résultats sont identiques. Mais cette étude montre tout de même les avantages de ces pratiques alternatives.</p> <p>Les auteurs privilégieraient une méthodologie plus rigoureuse, une augmentation des sessions serait envisagée et la relation créée entre le patient et le thérapeute musical serait plus pris en compte.</p> <p>Les données sont riches et appuyées sur des statistiques et permettent d'appuyer la conclusion.</p>

Grille de l'article n°4 :

Blackburn, R., & Bradshaw, T. (2014). Music therapy for service users with dementia: a critical review of the literature.
Titre
Les concepts clés qui sont la musicothérapie et les personnes atteintes de démence sont mentionnées dans le titre mais sans plus de précision. Le devis utilisé (revue de littérature) est énoncé.
Résumé
Le résumé n'est pas très bien réalisé, la méthode utilisée et les différents résultats sont énoncés mais de manière très succincte, sans développement. De plus, le résumé n'est pas clairement partagé en paragraphes ce qui rend plus difficile la lecture. Le résumé fait plus allusion à la définition des concepts qu'à la description courte mais précise de cette recherche.



INTRODUCTION
Problème de la recherche
<p>Oui le problème à l'étude est clairement formulé. Il s'agit d'étudier les effets de la musicothérapie sur les personnes atteintes de démence, pour diminuer certains symptômes. C'est une revue de littérature, donc les résultats de plusieurs études déjà réalisées sur le sujet ont été choisies et regroupés.</p> <p>Oui le problème à l'étude est pertinent car les interventions non pharmacologiques sont très actuelles, connaissant les nombreux effets secondaires des médicaments sur la démence ; beaucoup d'études sont réalisées sur le sujet et donc la musicothérapie en fait partie.</p> <p>Oui ce problème a une signification pour la discipline car ce sont souvent des interventions qui sont réalisées en EMS. Celles-ci concernent donc les soignants car le nombre de personnes démentes augmente et les interventions non médicamenteuses ont des effets bénéfiques. Il est donc essentiel de connaître les effets et de pouvoir utiliser ces interventions sans être formé exprès pour cela. C'est une intervention qui peut être facilement utilisée par un ou deux soignants dans des temps définis. Et cela peut amener beaucoup de réponses pour la discipline.</p>
Recension des écrits
<p>Oui étant donné que c'est une revue de littérature : des articles ont été sélectionnés sur le même sujet pour en conclure si les effets sont bénéfiques ou non.</p> <p>Oui la recension fournit une synthèse et des informations sur le problème à l'étude actuellement, ce qui amène à envisager aussi d'autres recherches à l'avenir pour obtenir de nouvelles réponses qui n'ont pas été trouvées suite à ces différentes études ou parce que les résultats ne sont pas assez significatifs.</p> <p>Etant donné que c'est le principe d'une revue systématique de littérature, oui elle présente une base solide pour cette étude. Beaucoup de précisions sont apportées quant à la démence et à la musicothérapie.</p> <p>Oui il y a des sources primaires.</p>
Cadre de recherche
<p>Oui les concepts clés mentionnés tout à l'heure (démence et musicothérapie) sont très bien définis et mis en évidence.</p> <p>Oui les concepts clés s'inscrivent dans un cadre de référence et sont forcément liés au but de l'étude. Les bases théoriques sont explicitées et appropriées à l'étude, en revanche les auteurs ne mentionnent pas les bases philosophiques.</p>
Buts et question de recherche
<p>Oui le but est énoncé de façon claire et précise. L'objectif étant d'identifier si la musicothérapie est une thérapie bénéfique pour les personnes atteintes de démence.</p>

Il n'y a pas vraiment d'hypothèse posée étant donné que c'est une revue de littérature, aucune expérience n'est entreprise. Mais la question de recherche et la population à l'étude sont énoncées.

Oui elles reflètent le contenu de la recension des écrits étant donné que c'est une revue systématique et découlent logiquement du but à atteindre. Par contre, rien n'est dit par rapport au vécu et aux ressentis des patients.

Les variables (indépendante et dépendante) sont spécifiques à chaque étude utilisée pour cette revue.

Les questions de recherche s'appuient en effet sur des bases théoriques mais pas philosophiques ou en tout cas, rien n'est dit à ce sujet.

METHODE

Population et échantillon

Alors oui pour chaque étude analysée, la population choisie est clairement définie (âge, diagnostic de démence selon le MMSE et stade). Cette revue systématique contient six essais randomisés contrôlés. L'échantillonnage varie entre 38 et 111 (N=411 pour ces six RCT) ; en sachant que 38 c'est très peu, et 111 est un bon échantillonnage mais est en minorité. Pour cette revue les participants sont ceux qui ont été recrutés par les différentes études utilisées ici. Chaque étude a ses propres critères de sélection selon le but recherché mais toutes ont utilisé le MMSE pour évaluer le stade démence. Peu d'autres informations sont données quant aux critères de sélection. Au départ de cette revue, plus de 800 études ont été trouvées mais seulement 6 ont été gardées car les autres ne répondaient aux critères d'inclusion. Rien n'est mentionné par rapport à l'échantillonnage et si l'auteur a voulu l'accroître. Il n'y a pas vraiment de méthode d'échantillonnage.

Les auteurs ont posé certains critères et toutes les études qui ne les respectaient pas étaient supprimées.

Considérations éthiques

Il n'y a rien qui est dit par rapport à l'éthique ; on peut imaginer que les droits des auteurs (des différentes études) sont respectés puisqu'il s'agit toujours d'études randomisées contrôlées, ce qui est rigoureux comme devis de recherche. Mais il n'y a pas plus d'informations là-dessus.

Le but de l'étude est bien de savoir si la musicothérapie est bénéfique ou non, donc logiquement oui elle maximise les bénéfices.

Mais il ne faut pas oublier que c'est une revue systématique et donc il n'y a pas de participants ni d'expérimentation pour la revue elle-même.

Devis de recherche

Oui comme il s'agit de faire un tour d'horizon des connaissances actuelles en ce qui concerne la musicothérapie, et donc cette revue permet d'atteindre son but.

Il fournit un moyen d'identifier les questions de recherche, en revanche, comme dit précédemment, il n'y a pas d'hypothèse.

Etant donné que c'est une revue de littérature, les critères scientifiques sont spécifiques à chaque étude incluse.

Oui la méthode est appropriée puisqu'il s'agit de prendre plusieurs études réalisées et d'en comparer les résultats pour obtenir des réponses sur un sujet (ici la musicothérapie).

Pour cette étude il n'y a pas de participants donc la question ne se pose pas ; concernant les études choisies dans cette revue, le temps diffère beaucoup pour chaque étude...pour certaines, l'intervention se faisait plusieurs fois par semaines, pour d'autres plusieurs fois par mois, la durée était différente également. Mais en résumé, pour chaque étude, le temps passé auprès des participants dépendait du but à atteindre et en effet c'est correct. Même si l'on ne passe jamais assez de temps auprès des personnes ; notamment sur la longue durée.

Modes de collectes de données

Il n'y a pas d'outils de mesure puisqu'il n'y a pas d'expérimentation sur le terrain. Pour les RCT pris en compte dans cette revue, chaque étude utilise les outils de mesures nécessaires pour le symptôme observé spécifiquement (agitation, dépression...) des échelles et outils en lien sont utilisés.

Oui les questions de recherche (liées au but) sont relativement bien posées par rapport au contexte actuel ; aucune observation à relever puisqu'il n'y a pas d'expérimentation.

Aucun instrument n'est utilisé étant donné qu'il n'y a pas d'expérimentation. Et au sujet des six RCT, les instruments sont importés.

Pas de procédure expérimentale étant donné que c'est une revue systématique. En revanche, pour les RCT, chacun est différent, avec une expérimentation différente mais sans développer.

Conduite de la recherche

Il n'y a pas vraiment de collecte de données étant donné que c'est une revue de littérature. Les différents symptômes étudiés (comme l'agitation et la dépression) dans les différentes études sont décrits et explicités en rapport avec la musicothérapie et chaque étude collecte les données différemment, selon l'expérimentation réalisée et le but de l'étude. Chaque étude a fait le choix d'observer un symptôme plus spécifiquement et donc des outils comme des échelles sont utilisés pour ce symptôme (exemple : QOL pour la qualité de vie, échelle sur l'agitation...) comme explicité précédemment.

Pas d'informations par rapport au personnel.

Non il n'y a pas d'intervention pour la revue. Pour les RCT, ils comportent une intervention et elle est expliquée mais brièvement, c'est résumé pour chacune des études utilisées.

Analyse des données

Il n'y a pas de méthode d'analyse pour la revue ; les différentes études utilisées sont reprises dans un tableau avec les résultats obtenus. Les méthodes d'analyse pour chaque étude ne sont pas clairement décrites non.

La notion de méthodologie insuffisante est mentionnée plusieurs fois, ce qui peut amener à des biais et qui ne peuvent pas prouver à 100% une efficacité quelconque. Rien de plus n'est dit.

Il n'y a aucun paragraphe intitulé « résultats » ce qui rend plus difficile la compréhension de ce qui a réellement été démontré. Mais pour ce qui est noté là-dessus, oui c'est compréhensible (tableau avec les résultats des études). Les résultats pour chaque étude sont directement mis en avant suite à l'explication de ce qui a été entrepris et observé, tout est un peu mélangé.

Oui les thèmes font ressortir la signification des données.

RESULTATS

Présentation des résultats

Comme dit précédemment, il n'y a aucun paragraphe intitulé résultats...mais il y a la présence de plusieurs tableaux explicatifs de ce qui a été entrepris, notamment une synthèse des différentes études choisies pour cette revue de littérature. Ce qui rend plus compréhensible l'ensemble.

Les thèmes ne sont pas vraiment associés entre eux, cette étude reprend notamment les effets de la musicothérapie sur plusieurs symptômes analysés dans les études choisies, c'est tout.

Il n'y a pas vraiment un résumé des résultats sous forme narrative ; il y a présence d'une explication dans le paragraphe discussion et les résultats relatifs aux études sont exposés brièvement à la suite de l'explication de chaque étude (comme dit précédemment).

Il n'y a pas de participants dans une revue systématique, donc les données ont été évaluées ici par des experts. Au sujet des RCT, rien n'est mentionné à ce sujet.

DISCUSSION

Interprétations des résultats

Les résultats sont plutôt interprétés en fonction de ce qui a été trouvé dans les études et par rapport aux symptômes analysés.

Logiquement oui les résultats concordent avec les études antérieures puisqu'ils viennent de là.

Oui les conclusions sont conformes aux résultats d'analyse.

Les limites des études de cette revue sont définies (méthode des RCT pas toujours très rigoureuse, échantillon parfois restreint, durée d'étude courte).

Les conclusions découlent logiquement des résultats des différentes études oui.

Oui les auteurs mentionnent le caractère transférable et conseillent vivement de continuer les recherches sur le sujet pour obtenir de nouvelles réponses.

Conséquences et recommandations

L'étude prouve que la musicothérapie a des effets bénéfiques sur les symptômes tels que l'agitation ou la dépression mais étant donné que la méthodologie est pauvre et que l'échantillon n'est pas toujours assez élevé, cela amène certains biais qui ne sont pas négligeables et c'est pour cela que les recherches doivent continuer. Les auteurs précisent que c'est une technique à appliquer de plus en plus souvent dans les EMS car ce n'est pas coûteux ni compliqué, c'est sécurisant et ça n'a pas d'effets secondaires comme pour les médicaments. Cela peut également augmenter la qualité des interactions entre les personnes soignées et les soignants. La musicothérapie possède un potentiel qui doit être utilisé par les soignants dans les EMS.

Oui comme mentionné juste avant.

Les données sont assez riches pour appuyer les conclusions mais pourraient l'être bien plus (étant donné qu'il y a présence de biais).

Grille de l'article n°5 :

Cowl, A. L., & Gaugler, J. E. (2014). **Efficacy of Creative Arts Therapy in Treatment of Alzheimer's Disease and Dementia: A Systematic Literature Review.**

Titre

Le titre précise les concepts clés qui sont : la démence et la maladie d'Alzheimer et les thérapies englobant plusieurs arts. C'est une revue systématique de littérature. En revanche, la population n'est pas définie car il n'y a aucune notion par rapport au sexe, à l'âge et au stade de la maladie.

Résumé

Le résumé est en un seul paragraphe. Chaque chapitre de la recherche est résumé sans être séquencé. Le résumé est très synthétique. Les parties sont résumées en une seule phrase. Le résumé donne très peu d'informations pour avoir une vue globale de la recherche. Les résultats ne sont pas sous forme de chiffres ou de statistiques.

INTRODUCTION
Problème de la recherche
<p>Le problème est clairement formulé : la maladie d'Alzheimer et les interventions artistiques pour stabiliser les symptômes. La maladie d'Alzheimer est illustrée selon des statistiques actuelles aux Etats-Unis. C'est un problème de société actuel et un objectif de santé pour de nombreux pays dans le monde. En effet, cette pathologie va non seulement concerner le patient mais également les proches-aidants.</p> <p>Oui c'est un problème de santé publique. De plus, un paragraphe est consacré à une recension de différentes études sur les traitements pharmacologiques habituels et ceux non pharmacologiques. Il est mentionné l'intérêt pour les traitements non pharmacologiques en complément voir en remplacement des traitements médicamenteux.</p> <p>Oui c'est significatif pour la pratique infirmière puisque les bienfaits ont été avérés par des études scientifiques. Aucun postulat n'est clairement mis en évidence.</p>
Recension des écrits
<p>Oui étant donné que c'est une revue systématique de littérature. Cette étude reprend les résultats de plusieurs autres études scientifiques pour en faire une synthèse. De plus, cette étude se base sur différents ouvrages et auteurs. Par ailleurs, les auteurs exposent des résultats d'études antérieures.</p> <p>Oui car le but d'une revue systématique de littérature est de faire une synthèse en reprenant différentes études.</p> <p>Oui les auteurs présentent l'état des connaissances actuelles sur les thérapies. La recension présente bien une base solide pour l'étude car c'est le but d'une revue systématique de littérature.</p> <p>Oui elle présente des sources primaires en citant clairement les auteurs.</p>
Cadre de recherche
<p>Les concepts clés sont clairement cités mais pas définis en tant que tels. Par exemple, les bénéfices des thérapies artistiques sont bien mis en avant mais sans donner une véritable définition de ce que c'est. Ils ne semblent pas s'inscrire dans un cadre de référence ou plan conceptuel.</p> <p>Non ils ne s'inscrivent pas clairement dans un cadre de référence. Etant donné qu'il n'y a pas de cadre théorique, les bases n'existent pas et ne sont donc pas explicitées dans cette étude.</p>
Buts et question de recherche
<p>Le but est énoncé de façon claire et précise ; en effet, le but est de déterminer l'efficacité et les bénéfices des thérapies artistiques pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de démence.</p>

Il n'y a aucune hypothèse. Les variables ne sont pas décrites car elles dépendent de chaque étude. La population n'est pas clairement définie. On sait que ça concerne les patients et les proches-aidants. De plus, les stades trop avancés ne sont pas pris en compte dans les études recensées.

Oui la question de recherche reflète le contenu de la recension des écrits en revanche, il n'y a aucune hypothèse. Et cette question de recherche découle logiquement du but. Par contre, elle ne traite pas des valeurs, croyances et perceptions des participants.

Il n'y a pas de cadre de recherche et les variables sont difficilement déterminables dans une revue systématique de littérature.

Les questions ne semblent pas s'appuyer sur des bases philosophiques ou sur un cadre de référence.

METHODE

Population et échantillon

La population n'est pas clairement définie. L'échantillon n'est pas suffisamment détaillé. Il comprend les échantillons des différents articles qui ont été analysés. Dans chaque article analysé, l'échantillon est différent. Vu qu'il s'agit d'une revue systématique, ce n'est pas les auteurs qui ont recruté.

L'échantillon comprend 1699 patients, 403 soignants et 94 partenaires de soins de famille. Il est mentionné que les échantillons venant des différents articles sont parfois petits mais rien n'a été fait pour les élargir. Non elle n'a pas permis d'ajouter des renseignements significatifs car l'échantillon est limité. Non comme il n'y a aucune méthode d'échantillonnage.

La taille de l'échantillon a été déterminée par les échantillons des diverses études.

Considérations éthiques

Le devis de l'étude reprend les résultats d'autres études déjà faites et ne donne donc aucun pouvoir aux auteurs de la revue sur la sauvegarde des droits des participants.

Même remarque pour les risques des participants.

Devis de recherche

La revue systématique se base sur 112 articles dont 50 quantitatifs, 49 qualitatifs et 13 mixtes. La méthode de recherche d'articles comme exposé fait partie du processus d'une revue systématique.

Oui le devis implique une recension des écrits qui confirmera la question de recherche.

Le choix du devis respecte les critères scientifiques. La méthode de recherche proposée est appropriée comme ils cherchent des articles scientifiques et que c'est le but d'une revue systématique.

Les auteurs n'ont pas été sur le terrain auprès des participants.
Modes de collectes de données
<p>Il n'y a pas d'outils de mesure propre à cette étude. De plus, Il n'y a aucune variable car elle prend en compte les résultats des articles. Les variables (dépendante et indépendante) sont spécifiques à chaque étude retenue.</p> <p>La question de recherche est bien posée car ils disent ce qu'ils veulent faire, la méthode est expliquée, les biais sont explicités. Les auteurs ont précisé les critères d'inclusion et d'exclusion des articles.</p> <p>Il n'y a pas d'instrument.</p> <p>Il n'y a pas de procédure expérimentale.</p>
Conduite de la recherche
<p>Oui le processus de collecte des données est clairement décrit (critères d'inclusion, d'exclusion, mots clés...)</p> <p>Etant donné que c'est une revue Cochrane, celle-ci est bien réalisée par un personnel compétent (comité).</p> <p>Les interventions et leur description sont liées à chaque recherche et présentes dans le chapitre des résultats.</p>
Analyse des données
<p>Oui les méthodes sont décrites.</p> <p>Ils ont pris en compte les différences en les soulignant et les synthétisant (devis, type de thérapie, caractéristiques de la population,...). De plus les auteurs font diverses comparaisons (thérapies, méthodes).</p> <p>Le résumé est sous forme de tableau récapitulatif : compréhensible, complet mais trop détaillé. Ce n'est pas assez synthétisé. Ça prend en compte les biais des différentes études. Oui le résumé rassemble les différentes études.</p> <p>Les thèmes sont ressortis et ont été expliqué clairement.</p>
RESULTATS
Présentation des résultats
<p>Oui les résultats sont clairement explicités sous forme de tableau. En revanche, aucun graphique ni modèle ne sont présents.</p> <p>Les interventions sont rassemblées en différents sous-groupes (arts visuels, musique, théâtre, poésie, combinaison de plusieurs thérapies). Les études qualitatives et quantitatives ont été séparées dans l'analyse et dans le chapitre des résultats.</p> <p>Oui il y a un texte narratif séparé en plusieurs paragraphes pour exposer et commenter les résultats.</p>

Non, sachant qu'il s'agit d'une reprise de plusieurs études différentes.

DISCUSSION

Interprétations des résultats

Il n'y a pas de cadre de référence, les résultats sont analysés en fonction de la récolte des différents articles.

Les résultats concordent avec les résultats des études antérieures.

Oui la discussion correspond aux résultats obtenus.

Les limites sont clairement définies dans un paragraphe à part. Les auteurs considèrent que leur choix de trois bases de données a pu les empêcher de trouver certaines études. De plus certaines études n'ont pas pu être incluses parce qu'elles étaient bloquées. Les auteurs ont utilisé une approche de méta-analyse pour écrire la conclusion, qui ne peut pas être utilisée pour une large variation de type de thérapie, de durée et de résultats mesurés dans les études.

Oui les conclusions correspondent totalement aux résultats obtenus.

Oui un paragraphe concernant les implications et les recommandations est présent en fin de discussion. Les biais cités plus hauts sont à retenir.

Conséquences et recommandations

La revue de littérature systématique montre que la majorité des études soutient que l'art thérapie est efficace comme intervention non pharmacologique supplémentaire pour les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou de démence. La musicothérapie semble être efficace (87.2%). Toutes les études qualitatives, ont démontré au moins un phénomène positif. L'effet sur les symptômes cognitifs n'est pas prouvé mais celui sur les symptômes émotionnels et comportementaux oui.

Les auteurs précisent qu'il serait bien de faire une méta-analyse à plus large échelle pour prouver significativement l'efficacité de ces thérapies.

Oui les données sont suffisamment riches pour appuyer significativement ces résultats.

Grille de l'article n°6 :

Chancellor, B., Chatterjee, A., & Duncan, A. (2014). **Art Therapy for Alzheimer's Disease and Other Dementias.**

Titre

Le titre ne précise pas clairement les concepts clés et la population à l'étude ; en effet, les concepts comme l'art thérapie et la maladie d'Alzheimer sont mentionnés mais pas la population à l'étude. Le titre est très général, puisqu'il concerne la maladie d'Alzheimer et les autres démences.

Résumé

Non le résumé ne synthétise pas clairement le résumé de la recherche ; une notion générale du sujet de cet article est donnée mais sans mentionner la méthode, les résultats et la conclusion. En lisant le résumé, on a du mal à se faire une idée du problème et du but recherchés par cet article.

INTRODUCTION**Problème de la recherche**

Le problème n'est pas clairement formulé ; ici aussi, c'est très général. Il s'agit d'examiner le potentiel de l'art-thérapie sur la maladie d'Alzheimer, c'est plus un tour d'horizon qu'une problématique précise.

Il est tout de même approprié car il est clairement dit que les traitements sont limités et l'efficacité des traitements pharmacologiques sont très limitées et ont un impact négatif sur la qualité de vie des patients. Une intervention non pharmacologique comme l'art-thérapie n'a pas d'impact sur la qualité de vie, ou du moins rien de négatif. Ce qui est donc approprié.

Beaucoup de recherches sont menées pour essayer de trouver un traitement efficace pour ralentir l'évolution de la pathologie et d'éviter au maximum les effets secondaires des traitements notamment ; les interventions non pharmacologiques dont l'art-thérapie fait partie sont une bonne alternative et sont adaptés à la discipline infirmière. Il est important que les soignants connaissent ces différentes interventions autres que les médicaments pour pouvoir peut-être améliorer la qualité de vie des personnes soignées.

Recension des écrits

Oui une recension des écrits a été entreprise car pour réaliser cette recherche, les auteurs sont allés dans les bases de données pour trouver d'autres études menées sur le même sujet.

Oui la recension fournit une certaine synthèse car grâce à toutes les études déjà menées sur ce sujet, on peut voir les résultats, si l'art-thérapie a plutôt un impact positif ou négatif, et ce qu'il resterait à chercher plus précisément.

Oui la recension des écrits présente une base solide pour cette étude puisque c'est la base d'une revue systématique ; en revanche les auteurs ne font pas forcément le point quant à l'état des connaissances actuelles sur le sujet. Ils donnent quelques exemples mais sans donner de réels résultats.

Oui la recension présente des sources primaires.

Cadre de recherche

Le concept d'art-thérapie est bien mis en évidence et largement défini ; mais les autres concepts non (démence mentionnée mais sans être explicitée).



Les concepts sont liés au but de l'étude puisqu'il s'agit d'examiner le potentiel de l'art-thérapie. Il n'y a pas de cadre de référence et les bases philosophiques ne sont pas mentionnées.

Buts et question de recherche

Le but est d'examiner le potentiel de l'art-thérapie sur les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et autres démences. Mais il n'est pas plus développé que ça, c'est très général comme dit précédemment.

La population à l'étude et les variables clés ne sont pas clairement énoncées (elles sont spécifiques à chaque étude). Il en va de même pour les questions de recherche.

Oui l'hypothèse que l'art-thérapie est efficace pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer reflète la recension des écrits et découle évidemment du but. En revanche, rien n'est dit sur les croyances ou valeurs des patients étant donné que c'est une analyse de recherches déjà menées auparavant.

Les variables (dépendantes et indépendantes) sont spécifiques à chaque étude incluse dans cette revue.

Non les questions ne s'appuient pas sur des bases philosophiques. Par contre un cadre théorique est proposé par cette revue pour motiver l'utilisation de l'art-thérapie et proposer à la clinique d'établir des méthodes et de définir des conditions optimales pour offrir cet art-thérapie aux personnes atteintes de démence.

METHODE

Population et échantillon

Il n'y a pas de population à l'étude étant donné qu'ils ont réalisé une revue systématique (récolte de plusieurs études déjà réalisées sur un sujet). La population des études utilisées pour cette revue est parfois précisée notamment le stade de démence. Le type de démence varie pour chaque étude, mais sans plus de précisions. L'échantillon varie pour les quatre RCT utilisés (N=137). Chaque étude a sa propre méthode d'échantillonnage.

Les auteurs ne disent pas s'ils ont pensé augmenter l'échantillonnage ; certaines études sont peu détaillées. Tout ce que l'on sait c'est que 4 RCT ont été pris en évidence pour cette revue. Un tableau des différentes études est présent (16 études) : qualitatives (12) et quantitatives (4) : ce sont ces dernières qui sont mises en évidence et plus ou moins développées.

Considérations éthiques

Etant donné qu'il n'y a pas de participants pour cette revue il n'est pas question de considérations éthiques. Et par rapport aux différentes études trouvées, rien n'est dit quant aux droits des différents participants.

Pour les quelques études explicitées brièvement dans cette revue, oui elles ont été conçues pour maximiser les bénéfices des participants.

Devis de recherche

Alors ici c'est une revue systématique. Elle permet de faire un tour d'horizon sur l'efficacité de l'art-thérapie en reprenant différentes études menées sur ce sujet, donc oui elle permet d'atteindre le but.

Oui elle permet d'examiner les hypothèses.

Les critères scientifiques sont spécifiques aux différents RCT utilisés dans cette revue.

Alors la méthode de recherche est appropriée à l'étude du problème posé puisqu'il s'agit de faire une synthèse des différentes études menées.

Aucun temps passé sur le terrain puisque ce n'est pas une expérimentation. Pour les études mises en avant, seulement certaines sont explicitées dont le temps auprès des participants mais pas pour toutes les études choisies. Par rapport au temps passé avec les participants, c'est approprié oui.

Modes de collectes de données

Alors certains outils sont mentionnés, dont des programmes spécifiques à la démence ; ils sont clairement explicités (QOL, CMAI).

Oui les questions de recherche sont posées, et les observations du phénomène très bien ciblées dans les études qui sont mises en avant dans cette revue.

Il n'y a pas d'instrument comme c'est une revue et la démarche de la récolte des articles n'est pas clairement définie, sauf la période de recherche et les bases de données utilisées. Par rapport aux différentes études, rien n'est énoncé par rapport aux instruments, à part les programmes dit en amont.

Ici aucune procédure expérimentale. Dans les études, la procédure est cohérente.

Conduite de la recherche

Non le processus de collecte de données n'est pas décrit que ça soit pour cette revue ou les différents articles utilisés.

Etant donné que c'est une revue systématique, on peut supposer que les recherches sur les bases de données et l'analyse des différentes données ont été réalisées par du personnel compétent. Par ailleurs, rien n'est clairement dit à ce sujet-là.

Il n'y a pas d'intervention dans cette revue. Et les interventions utilisées dans les études sont spécifiques mais ne sont pas explicitées.

Analyse des données

Non les méthodes d'analyse ne sont pas données que ça soit pour cette revue ou pour les études utilisées.

Certains facteurs susceptibles d'influer les résultats sont donnés mais ça reste large. On ne peut pas dire qu'ils sont pris en considération pour l'analyse. Il n'y a pas vraiment de résumé des résultats. Les résumés sont présents dans un tableau par rapport à chaque étude utilisée pour cette revue mais rien de plus.

RESULTATS

Présentation des résultats

Un tableau récapitulatif des différentes études utilisées est présent.

Les résultats ne sont pas vraiment résumés par un texte narratif...il n'y a aucun paragraphe intitulé « résultats », ce qui rend la compréhension difficile. Les auteurs mettent plus en avant certains points en donnant des pistes de réflexion pour l'avenir, rien de plus.

Rien n'est mentionné là-dessus. On peut supposer que les données ont été évaluées par des experts puisque c'est une revue systématique.

DISCUSSION

Interprétations des résultats

Comme dit auparavant, les résultats ne sont pas vraiment présentés ce qui rend difficile la compréhension. Le texte n'est pas bien structuré. Il n'y a pas vraiment d'interprétation des résultats mais plutôt des pistes de réflexion.

Ce qui est dit sur les résultats concordent forcément avec les études antérieures puisque ce sont les résultats de ces études qui sont mis en avant dans cette revue.

La conclusion n'est pas conforme aux résultats d'analyse qui sont déjà peu présents.

Oui les limites sont plus ou moins définies, étant donné que des pistes sont données par l'auteur et qu'il est clairement dit que des recherches doivent encore être faites pour démontrer un véritable bénéfice de l'art-thérapie et notamment les différences par rapport à telle ou telle forme de démence et les différents stades de démence.

La conclusion ne découle pas vraiment des résultats (conclusion très courte).

Il est relevé le fait de mener de nouvelles recherches sur le même sujet dans un cadre plus précis mais sans plus. Mais il est dit que l'art-thérapie a démontré une certaine efficacité et qu'il n'y a pas de mal à l'utiliser dans les soins, si on sait l'utiliser.

Conséquences et recommandations

Selon les résultats des différentes études réalisées sur le sujet, l'art-thérapie serait efficace mais des investigations doivent être faites pour démontrer véritablement son efficacité. Oui les auteurs précisent les conséquences des résultats.

Oui comme déjà mentionné, des recommandations sont données par l'auteur et des recherches en plus sont nécessaires pour affirmer l'efficacité de l'art-thérapie.

Non les données ne sont pas suffisamment riches pour appuyer les conclusions.

Grille de l'article n°7 :

<p>Serrani Azcurra, D. J. L. (2012). A Reminiscence program intervention to improve the quality of life of long-term care residents with Alzheimer's disease. A randomized controlled trial.</p>
<p>Titre</p>
<p>Le titre précise les concepts de l'étude qui sont : la réminiscence, la qualité de vie et la maladie d'Alzheimer. C'est une étude randomisée contrôlée. Mais la population n'est pas plus détaillée et la qualité de vie est plutôt large.</p>
<p>Résumé</p>
<p>Le résumé est synthétisé mais pas complet. La discussion n'apparaît pas dans le résumé.</p>
<p>INTRODUCTION</p>
<p>Problème de la recherche</p>
<p>Le problème de l'étude est peu détaillé dans la situation actuelle mais est illustré par les nombreuses études à ce sujet. Il s'agit d'étudier l'effet de la réminiscence sur la qualité de vie dans un groupe actif, passif et de contrôle.</p> <p>Le problème a été le sujet de plusieurs études peu pertinentes avec des résultats non significatifs.</p> <p>Cette étude a pour but de montrer l'effet positif de cette thérapie avec la participation des soignants sur la qualité de vie des personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer. Ceci pourrait contribuer à réduire le fardeau des soignants et des EMS.</p>
<p>Recension des écrits</p>
<p>Oui une recension a eu lieu puisque l'auteur décrit plusieurs études faites sur le sujet.</p> <p>Oui, l'état de la question est clairement décrit.</p> <p>La recension a été une base pour une méthodologie plus rigoureuse. Oui, puisqu'il expose les résultats et les problèmes liés aux études précédentes.</p> <p>Non puisqu'il parle d'études qui ont-elles-mêmes repris d'autres études.</p>
<p>Cadre de recherche</p>
<p>Les concepts clés sont clairement précisés. La réminiscence est détaillée et la manière passive et active est expliquée. Les psychologues Erikson et Butler sont cités comme illustrant l'importance de la vieillesse dans leur écrit.</p> <p>Oui, la réminiscence est en lien avec Erikson et Butler. Ces psychologues suggèrent que la vieillesse est une tâche centrale de sa vie et la réminiscence est utilisée pour améliorer l'acceptation de soi et la santé mentale des personnes âgées.</p>

Buts et question de recherche
<p>Oui le but est énoncé de façon claire et concise (déjà dit auparavant).</p> <p>L'hypothèse est qu'il y a une différence entre les groupes. Et que la réminiscence améliore la qualité de vie des personnes en particulier dans le groupe actif. Les variables ont été limitées au maximum et l'échantillon est sous forme de tableau avec de nombreuses variables.</p> <p>L'auteur compare les deux types d'interventions en lien avec d'autres études avec les interventions peu détaillées. Cela permettra d'atteindre son but. L'étude ne traite pas des valeurs et perceptions des participants mais la religion fait partie du tableau.</p> <p>Les variables sont détaillées dans le tableau qui montre une volonté d'équilibrer les trois échantillons.</p> <p>Les questions ne s'appuient pas réellement sur un cadre théorique.</p>
METHODE
Population et échantillon
<p>La population est décrite de façon précise et claire. L'échantillon est détaillé sous forme de tableau très complet. Les 135 participants (n=135) sont dans deux EMS qui ont les mêmes caractéristiques fonctionnelles et structurelles.</p> <p>Non, il n'a pas cherché à accroître l'échantillon puisqu'il tenait à éviter les biais.</p> <p>Parmi ces deux EMS, des critères d'inclusion et d'exclusion ont permis de déterminer le nombre de participants. La division dans trois groupes a été le plus homogène possible comme le souhaitait l'auteur.</p>
Considérations éthiques
<p>L'étude a été approuvée par le comité d'étude éthique local.</p> <p>Aucune information sur la manière de minimiser les risques.</p>
Devis de recherche
<p>L'étude randomisée contrôlée comprend 135 personnes et est divisée en 3 groupes. Elle permet d'atteindre son but.</p> <p>Oui puisqu'il permet de comparer les trois groupes séparément.</p> <p>Le choix du devis respecte les critères scientifiques.</p> <p>Oui la méthode de recherche proposée est appropriée.</p> <p>L'auteur a préparé les intervenants afin que les interventions soient structurées et égales à son idée.</p>

Modes de collectes de données
<p>L'auteur a utilisé de nombreux outils tel que le MMSE, le WIB, le RAID, le SES ou encore le SRQoL qui permettent de recueillir et de comparer de nombreuses données cliniques.</p> <p>Les résultats des tests ont été consignés.</p> <p>Non l'auteur a utilisé des outils existants, ils n'ont pas été importés.</p> <p>Oui la procédure expérimentale est cohérente avec les différents outils de mesure.</p>
Conduite de la recherche
<p>Oui le processus de collecte est décrit.</p> <p>Oui puisque les scores ont été conduits par cinq observateurs (trois infirmières et deux travailleurs sociaux) indépendants et deux experts en statistiques ont rassemblé les données à l'aveugle.</p> <p>Oui l'intervention est clairement décrite et un tableau avec les étapes permet de voir les différences entre les interventions.</p>
Analyse des données
<p>Les méthodes d'analyses et les différents tests sont décrits.</p> <p>Les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats ont été pris en compte.</p> <p>Il n'y a pas vraiment de résumé des résultats. Les résultats sont dans un chapitre.</p> <p>Oui les thèmes font ressortir la signification des données.</p>
RESULTATS
Présentation des résultats
<p>Les résultats sont présentés avec plusieurs tableaux et un graphique.</p> <p>Les résultats sont très complets et en un bloc, ce qui rend la lecture plus difficile. Mais tous les groupes et les moments ont été comparés.</p> <p>Oui les résultats sont présentés par un texte narratif.</p> <p>Les données sont évaluées par des experts.</p>
DISCUSSION
Interprétations des résultats
<p>Oui tous les groupes ont été analysés et comparés afin de répondre à toutes les hypothèses.</p> <p>Oui les résultats ont été comparés aux résultats d'études antérieures.</p> <p>Oui les interprétations sont conformes aux résultats d'analyse.</p>

Oui, les limites sont décrites. Par exemple, le choix de se centrer sur deux EMS a restreint le nombre de participants.

Oui les conclusions découlent logiquement des résultats.

Oui mais en administrant l'intervention de la manière telle que décrite par l'auteur (en sachant qu'il existe plusieurs méthodes d'administration).

Conséquences et recommandations

L'étude montre que la réminiscence utilisant l'approche de l'histoire de vie montre un effet prometteur sur le bien-être et la qualité de vie des personnes démentes.

Cette thérapie pourrait représenter une option efficace et fiable pour la qualité de vie et l'engagement de ces personnes.

La conclusion est brève mais elle s'appuie sur les résultats complets et détaillés.

Grille de l'article n°8 :

Larson, E. B., Logsdon, R. G., McCurry, S. M., Pike, K. C., Teri, L., & Vitiello, M. V. (2012). **Increasing Walking and Bright Light Exposure to Improve Sleep in Community-Dwelling Persons with Alzheimer's Disease: Results of a Randomized Controlled Trial.**

Titre

Le titre précise les concepts qui sont : la maladie d'Alzheimer, l'augmentation de la marche, l'exposition à la lumière vive et l'amélioration du sommeil. Il précise donc la cible, le but et le moyen d'y arriver. C'est une étude randomisée et contrôlée.

En revanche, la population n'est pas définie car il n'y a aucune notion par rapport au sexe, à l'âge et au stade de la maladie.

Résumé

Le résumé est clair et synthétique. Il est séparé afin de rendre la lecture plus facile. Chaque partie est décrite en quelques phrases.

INTRODUCTION

Problème de la recherche

Le problème est clairement formulé : les troubles du sommeil chez les personnes présentant une démence ainsi que les conséquences de ces troubles et la difficulté à les traiter. Les médicaments donnés ont une efficacité questionnable et comportent des risques comme le montrent certaines études.

Ce problème a fait l'objet de nombreuses études en lien avec les deux thérapies étudiées mais la plupart ne reportent que l'efficacité de la combinaison des deux.

Oui c'est significatif pour la pratique infirmière puisque les troubles du sommeil des personnes démentes est un phénomène souvent rencontré dans les institutions.
Recension des écrits
Oui une recension a été faite puisque les auteurs parlent de plusieurs études. Oui car l'état des recherches sur le sujet est expliqué. La recension des écrits ne présente pas de références d'auteurs. Non, les sources primaires ne sont pas clairement citées et référencées.
Cadre de recherche
Les concepts clés sont clairement cités et les deux thérapies alternatives sont détaillées ainsi que les conditions pour le groupe contrôle. La manière de mesurer leur efficacité est citée ainsi que la planification. Mais ils ne s'inscrivent pas dans un cadre de référence ou un plan conceptuel. Non ils ne s'inscrivent pas dans un cadre de référence. Il n'y a pas de bases théoriques clairement citées.
Buts et question de recherche
Le but est énoncé de façon claire et précise. Il s'agit de déterminer l'efficacité de l'augmentation de la marche, de la luminothérapie et de la combinaison des deux avec une éducation sur le sommeil pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Les auteurs ont avancé l'hypothèse que les thérapies alternatives (ici luminothérapie) seraient plus efficaces que le groupe contrôle 2 et 6 mois après. Ils pensent que la combinaison de la marche et la luminothérapie est plus efficace que la luminothérapie seule. La population n'est pas clairement définie. On sait que l'étude concerne les personnes atteintes d'Alzheimer mais le stade n'est pas précisé. Mais un tableau en annexe décrit les caractéristiques démographiques telles que l'âge, le sexe et le score MMSE. Les soignants sont aussi concernés afin de récolter les informations. La question de recherche et les hypothèses ne reflètent pas clairement la recension des écrits mais les auteurs précisent que la plupart des études n'ont pas traité la question de cette manière. Par contre, les auteurs ne traitent pas des valeurs, croyances et perceptions des participants. Il n'y pas de cadre de recherche et de variables clairement expliqués. Les questions ne s'appuient pas sur des bases philosophiques.
METHODE
Population et échantillon
La population est détaillée dans un tableau en annexe. Les critères d'inclusion sont expliqués tels que le diagnostic d'Alzheimer, les critères du trouble du sommeil, l'habilité de marcher, etc. Les critères d'exclusion sont également clairement décrits.

<p>L'échantillon comprend 132 personnes (n=132) et ont été recrutées de novembre 2005 à mars 2009. Les auteurs n'ont pas cherché à l'agrandir.</p> <p>Le nombre n'a pas été défini pour des raisons explicites mais il permet qu'il y ait 32 personnes pour la marche, 34 pour la lumière, 33 pour la combinaison des deux et 33 dans le groupe contrôle.</p>
<p>Considérations éthiques</p>
<p>Aucune information là-dessus.</p> <p>Aucune information non plus.</p>
<p>Devis de recherche</p>
<p>L'étude randomisée contrôlée comprend 132 patients et permet d'atteindre son but.</p> <p>Le devis et le fait d'étudier les deux alternatives seules et combinées permettent de répondre aux hypothèses.</p> <p>Le choix du devis respecte les critères scientifiques.</p> <p>Oui la méthode de recherche proposée est appropriée.</p> <p>Il y a eu plusieurs téléphones avec les soignants pour renforcer leur implication.</p>
<p>Modes de collectes de données</p>
<p>Oui les outils de mesures sont clairement décrits mais une partie des informations a été récoltée par les soignants et sont donc plus subjectives.</p> <p>Les questions sont clairement explicitées ainsi que la méthode de recueil de données. Toutes les sessions ont été enregistrées et examinées.</p> <p>Aucun outil n'a été créé pour cette étude. Ils ont utilisé plusieurs outils.</p> <p>Oui la procédure expérimentale est cohérente avec les différents outils de mesure.</p>
<p>Conduite de la recherche</p>
<p>Oui le processus de collecte de données et les enregistrements sont décrits.</p> <p>Oui sur le terrain, ce sont des soignants qui reçoivent plusieurs appels brefs des trois formateurs. Ils ont un haut niveau d'étude, dont deux ont déjà participé à des études. Tous les formateurs ont dispensé toutes les interventions.</p> <p>Oui elle comporte une intervention : la marche, l'éducation au sommeil et la mesure du sommeil. Le temps de la marche, les conseils pour l'hygiène de vie et les critères de qualité de sommeil sont décrits et sont donc appliqués de façon constante.</p>
<p>Analyse des données</p>
<p>Les méthodes d'analyse sont décrites en citant le programme utilisé pour les analyses.</p>

Ils ont pris en compte les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats. Ils ont mis en annexe un tableau avec les principales différences des patients (sexe, âge, MMSE score, nombre d'année de la démence, SCQ score) et des soignants (sexe, âge, couleur de peau).

Oui le résumé des résultats est compréhensible.

Pour chaque thème (interventions), il y a un résumé des résultats, ce qui permet de faire ressortir adéquatement la signification des données.

RESULTATS

Présentation des résultats

Les résultats sont sous forme de statistiques dans plusieurs paragraphes et des tableaux détaillés sont en annexe.

Les résultats sont classés par intervention (lumière, marche, combinaison et contrôle) afin d'être comparés.

Oui les résultats sont résumés par un texte narratif séparé par thème.

Les données sont retranscrites par les soignants puis analysées par les experts.

DISCUSSION

Interprétations des résultats

Oui les résultats sont interprétés pour chacune des questions et hypothèses.

Oui ils concordent même si peu d'études étudient ces interventions de cette manière. Les auteurs expriment la difficulté de généraliser, en lien avec les variables.

Oui elles sont conformes aux résultats d'analyses.

Oui elles sont clairement décrites : les variables dans la population, les différences significatives entre les trois conditions d'activité.

Les conclusions découlent logiquement des résultats.

Oui et les auteurs parlent de la difficulté de généraliser les résultats.

Conséquences et recommandations

Les auteurs montrent que les personnes souffrant d'Alzheimer ont un bénéfice à marcher et à être exposées à la lumière (seule ou combinée). Ces interventions nécessitent un suivi et une assistance de la part des soignants. Les auteurs disent que les thérapies non médicamenteuses devraient être considérées comme une alternative ou un supplément des médicaments.

Ils conseillent une implication des soignants lors de thérapies non médicamenteuses. Pour de prochaines études, les auteurs détermineraient si des améliorations plus importantes du sommeil pourraient être obtenues à partir d'une routine d'exercice plus vigoureuse.



Les données sont riches et appuyées sur des statistiques et permettent d'appuyer les conclusions.

Grille de l'article n°9 :

Dowling, G., Graf, C., Hubbard, E., & Luxemberg, J. (2007). Light treatment for neuropsychiatric behaviors in Alzheimer's disease.
Titre
Le titre précise les concepts clés (thérapie par la lumière pour les comportements neuropsychiatriques) et la population à l'étude (personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer).
Résumé
<p>Le résumé synthétise la recherche car il met en avant :</p> <p>Le problème (comportements neuropsychiatriques dans la maladie d'Alzheimer, le stress qu'ils engendrent chez la personne atteinte, les proches et le personnel soignant en institution).</p> <p>La méthode (essai randomisé contrôlé, le programme d'intervention, outil utilisé pour définir les comportements neuropsychiatriques). Ceux-ci sont d'ailleurs mentionnés : agitation/agression, dépression/dysphorie et comportements moteurs inadéquats/troubles de l'appétit, de l'alimentation.</p> <p>Les résultats (différences statistiquement intéressantes entre les différents groupes de patients mais pas assez significatives pour conclure à une relation de cause à effet).</p> <p>Le chapitre discussion n'est pas abordé dans le résumé.</p>
INTRODUCTION
Problème de la recherche
<p>Le problème de l'étude est formulé : les comportements neuropsychiatriques sont difficiles pour les proches et nécessitent souvent un placement dans une EMS. Dans ces institutions, ces comportements persistent et empirent ceci causant une détresse pour la personne atteinte de la maladie, son entourage familial et les soignants. Ces comportements entraînent souvent une utilisation de psychotropes dont les antipsychotiques ayant beaucoup d'effets secondaires qui retentissent sur le bien-être de la personne.</p> <p>Il s'agit d'étudier l'effet d'une exposition à la lumière matinale ou l'après-midi sur la présence, la fréquence, la sévérité et les perturbations engendrées des comportements neuropsychiatriques de la maladie d'Alzheimer. Ceci comparé à une exposition à la lumière classique d'intérieur.</p>

Les auteurs présentent un problème tout à fait pertinent dans le contexte des connaissances actuelles, s'appuyant sur des études antérieures, dont les résultats avaient nécessité de plus amples recherches pour pouvoir obtenir des conclusions significatives.

Le phénomène à l'étude est très important pour la discipline infirmière car c'est un problème actuel.

Dans le paragraphe du but de l'étude, les auteurs mentionnent le fait qu'il s'agit d'une étude relativement vaste en termes de variables indépendantes (effet sur les comportements neuropsychiatriques mais aussi effets sur le sommeil et d'autres activités). C'est pour cela que les auteurs n'affirment pas d'hypothèse de départ concernant une quelconque comparaison des effets d'exposition à la lumière matinale ou de l'après-midi sur les comportements neuropsychiatriques.

Recension des écrits

Une recension des écrits a été entreprise (les auteurs se basent sur d'autres auteurs) et fournit une synthèse de la question par rapport au problème de recherche (résultats antérieurs pas assez significatifs et nécessitant de plus amples recherches).

La recension des écrits est une base solide pour l'étude et les auteurs présentent le problème au vu des connaissances actuelles.

Les auteurs se basent sur des études de terrain mais aussi sur une revue systématique. La recension présente donc principalement des sources primaires mais aussi des sources secondaires, ce qui est moins pertinent scientifiquement.

Cadre de recherche

Les concepts clés sont explicités clairement et appropriés à l'étude ainsi qu'à la discipline infirmière mais ils ne sont pas inscrits dans un cadre de référence ou basés sur des postulats philosophiques.

Buts et question de recherche

Le but de l'étude est énoncé de façon claire et concise dans un paragraphe à lui seul.

Il n'y a pas d'hypothèses clairement définies de la part des auteurs pour les raisons cités précédemment. En lien avec ceci, la population à l'étude et les variables indépendantes en question pourraient être mieux précisées car les auteurs les mentionnent mais ne donnent pas plus de précisions (population : sexe, âge, stade de la maladie, etc. Variables : comportements, sommeil et activités mais quoi précisément : temps, qualité du sommeil ?).

Comme il n'y a pas d'hypothèses clairement définies, il est impossible de dire si elles reflètent le contenu de la recension des écrits et si elles découlent logiquement du but. Il n'y a d'ailleurs aucune mention de l'expérience des participants, des croyances, des valeurs ou de leurs perceptions dans ce chapitre.

Bien que les variables ne soient pas assez précisément décrites, il est possible d'avancer qu'elles reflètent les concepts précisés dans le cadre de recherche (comportement neuropsychiatrique= agitation/agression etc.).

METHODE

Population et échantillon

La population visée est définie mais pourrait l'être de façon plus précise : en, effet les auteurs mentionnent seulement le fait qu'il s'agit de personnes atteinte de la maladie d'Alzheimer.

L'échantillon (n=70) est décrit de façon précise : résidents de deux institutions de soins chroniques de San Fransisco avec comme diagnostic la maladie d'Alzheimer. Des critères d'inclusion et d'exclusion ont été définis par les auteurs afin d'affiner la sélection de l'échantillon.

La méthode utilisée par les auteurs pour recruter les participants est appropriée car ces derniers se sont basés sur des outils diagnostiques de la maladie et de la classification des symptômes pour définir les critères d'inclusion et d'exclusion.

Les auteurs n'ont pas envisagé de moyens d'accroître la représentativité de l'échantillon. Il n'y a pas d'explications quant à la méthode d'échantillonnage utilisée. Il n'y a donc pas d'apports permettant d'ajouter des renseignements significatifs et d'atteindre les objectifs visés.

Il semble que la méthode d'échantillonnage ne soit pas justifiée sur une base statistique (pas de tirage aléatoire mais critères d'inclusion/exclusion) mais plutôt par une saturation des données (dans ces deux résidences, avec ces critères définis, il n'y a pas de possibilité d'obtenir plus de participants).

Rien n'est mentionné par rapport au fait que l'échantillon soit déterminé sur une base statistique, on peut donc supposer qu'il est déterminé par une saturation des données.

Considérations éthiques

Il n'y a pas d'informations spécifiques quant au fait de savoir si des moyens spécifiques ont été mis en œuvre pour sauvegarder les droits des participants. Il est mentionné que les données sont classées et triées de façon administrative.

Les auteurs ne mentionnent pas non plus si des mesures ont été prises pour minimiser les risques et maximiser les bénéfices pour les participants.

Devis de recherche

Le devis (quantitatif) utilisé permet à l'étude d'atteindre son but et la méthode de recherche est adéquate par rapport aux outils de collecte des données. Le devis permet de respecter les critères scientifiques car les auteurs ont choisi de quoter les résultats d'observation en différentes échelles (par exemple, fréquence du symptôme de 0-4 et groupe d'exposition à la lumière vs groupe contrôle).

La méthode de recherche proposée est appropriée par rapport au problème étudié (outils de mesures d'observation de comportements).

Le temps passé sur le terrain auprès des participants aurait pu être plus long (temps d'exposition à la lumière 1x/jour pendant 11 semaines).

Modes de collectes de données

Les outils de mesure sont clairement décrits et permettent de mesurer les différentes variables.

Dans ce chapitre, les auteurs commencent par énoncer clairement l'hypothèse de recherche (il s'agit de comparer deux groupes expérimentaux exposés à une luminothérapie à un groupe contrôle exposé à une lumière naturelle). Les données sont rigoureusement consignées par ordinateur.

Les outils de mesure que les auteurs utilisent existent déjà.

Conduite de la recherche

Le processus de collecte des données et l'enregistrement sont décrits (par ordinateur, par du personnel qualifié mais de niveau différent).

Les données ont été recueillies de manière à minimiser les biais en faisant appel à du personnel compétent mais toutefois des biais sont présents car les membres du personnel ont des niveaux de formation différents.

L'intervention (activité groupes expérimentaux vs groupe contrôle) est clairement décrite et appliquée de façon constante tout au long de l'étude.

Analyse des données

Les méthodes d'analyse sont décrites.

Apparemment, les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats sont pris en considération dans les analyses mais ces derniers ne sont pas décrits.

Les résultats ne sont pas clairement résumés dans ce chapitre.

RESULTATS

Présentation des résultats

Les résultats sont présentés à l'aide de tableaux, de figures et de graphiques.

Les thèmes sont associés entre eux afin de bien représenter le phénomène. Néanmoins, il y a beaucoup de variables croisées, ce qui rend la compréhension des résultats difficile.

Les résultats sont aussi résumés par un texte narratif en plus des tableaux.

Les auteurs ne mentionnent rien quant au fait de savoir si les résultats ont été évalués par des experts.

DISCUSSION
Interprétations des résultats
<p>Les résultats sont interprétés par rapport à l'hypothèse de départ.</p> <p>Les résultats concordent avec les études antérieures menées sur le même sujet.</p> <p>L'interprétation et les conclusions sont difficilement conformes aux résultats d'analyses (difficile : degré de l'échelle ne concorde pas forcément avec le degré de la clinique ni avec le statistiquement significatif).</p> <p>Les limites de l'étude ont été définies (les professionnels des soins quotent moins sévèrement les symptômes que des chercheurs car « habitués ». D'ailleurs, lors de l'étude, les professionnels ont dû être inversés car ils étaient trop familiers aux symptômes. De plus, si dans une unité, dix résidents ont différents symptômes perturbateurs pendant la nuit, forcément ceux-ci seront plus sévèrement notés ; effet de masse + effet subjectif de lassitude du soignant. Ainsi que des biais comme de trop nombreuses variables.</p> <p>Oui les conclusions découlent des résultats.</p> <p>Les auteurs mentionnent qu'il faudrait faire d'autres études donc les conclusions ne sont guère transférables.</p>
Conséquences et recommandations
<p>Les conséquences des résultats de l'étude pour la discipline sont intéressantes mais ne sont guère utiles pour la pratique clinique : en effet, il semble que la thérapie par la lumière serait positive sur certains symptômes (agitation) mais il y a tellement de variables en jeu qu'il est difficile de conclure à des effets bénéfiques clairement significatifs et de fait transférables en pratique.</p> <p>Les auteurs recommandent des recherches futures plus rigoureuses.</p>

Grille de l'article n°10 :

<p>Barrett, S., Beattie, E., Cooke, M. L., Moyle, W., O'Dwyer, S. T., Shum, D. H. K., & Sung, B. (2014). Foot massage and physiological stress in people with dementia: a randomized controlled trial.</p>
Titre
<p>Le titre ne précise pas clairement les concepts clés et la population à l'étude ; en effet le titre précise la population atteinte de démence mais quel genre de démence ? quel âge ? etc. Et les concepts clés ne sont pas clairs...massage des pieds et stress physiologique mais quel est le lien ? En revanche, le devis utilisé (RCT) est mentionné.</p>

Résumé

Oui le résumé est bien réalisé ; il contient le problème de la recherche, la méthode, les résultats et la conclusion-discussion. Chaque partie étant bien synthétisée et claire.

INTRODUCTION

Problème de la recherche

Le problème à l'étude est formulé et expliqué ; il s'agit d'étudier si le massage des pieds a une influence sur le stress physiologique et notamment la pression sanguine et le rythme cardiaque chez les personnes atteintes de démence à un stade avancé. Mais surtout, il s'agit de comparer l'efficacité entre le massage des pieds et une activité contrôle ici, une simple présence, sur ce stress physiologique, toujours chez cette population.

Oui ce problème est totalement pertinent par rapport aux connaissances actuelles car les thérapies alternatives sont pleinement d'actualité pour les patients atteints de démence, et le massage a déjà été approuvé comme efficace pour diminuer certains symptômes notamment l'agitation et amener plus de confort à la personne. Beaucoup de recherches sont effectuées par rapport à ces différentes thérapies donc en effet cette étude est appropriée.

Le problème a une signification pour les soins infirmiers car il concerne une population âgée, établie dans des EMS et donc soignée par des soignants et donc des infirmiers ; en outre, de plus en plus de thérapies alternatives (comme déjà mentionné) sont utilisées dans les EMS en complément ou non des médicaments pour les personnes démentes, les infirmiers peuvent être formés pour ces différentes interventions notamment le massage. Dans cette étude, ce sont des étudiants infirmiers qui ont été recrutés pour y participer (pour l'activité contrôle donc la présence comme dit en amont).

Recension des écrits

Oui une recension a été entreprise, certains auteurs et autres études sont mentionnés.

La recension ne fournit pas vraiment une synthèse mais plutôt des compléments qui placent le problème dans les connaissances actuelles.

Oui la recension fournit une synthèse de l'état de la question car plusieurs exemples d'études sont donnés pour amener des informations de l'efficacité du massage sur la réduction du stress. Les auteurs de cette étude parlent de l'état actuel des connaissances sur le problème puisqu'il est dit que plusieurs thérapies alternatives ont déjà fait leurs preuves sur la réduction du stress, notamment les massages. Et que le massage n'a aucun effet négatif.

Oui la recension présente des sources primaires.

Cadre de recherche

Oui les concepts clés qui sont la démence, le massage des pieds et le stress physiologique sont clairement explicités et mis en évidence. Le plan conceptuel est décrit de façon adéquate.

Les concepts clés sont liés au but de l'étude puisqu'il s'agit de savoir quels sont les effets du massage et de la présence sur le stress physiologique des patients atteints de démence. Les bases théoriques concernant les concepts sont explicitées, en revanche rien ne fait allusion aux bases philosophiques. La méthode sous-jacente est appropriée à l'étude.

Buts et question de recherche

Le but est énoncé mais plus développé au début du chapitre méthode. Mais il est clair et concis. (cf. en amont).

Les hypothèses et questions de recherche dont les variables et la population sont énoncées dans le chapitre méthode. Les auteurs posent l'hypothèse qu'il y aura une diminution de tension artérielle et du rythme cardiaque, donc une diminution du stress physiologique, dans le groupe expérimental (massage des pieds) par rapport au groupe contrôle (présence silencieuse). La population, elle est clairement décrite ci-après (cf. population et échantillon).

Oui les questions de recherches/hypothèses découlent du but et reflètent la recension des écrits. En revanche rien n'est vraiment dit par rapport aux expériences, valeurs et croyances des participants à l'étude ; mise à part le fait qu'ils ont le droit de refuser de ne pas y participer et que certains critères ont été mis en avant pour choisir les participants (cf. méthode).

La variable indépendante est expliquée (changement de score des différents paramètres à travers le temps et entre les groupes) et reflète les concepts. Un changement de score négatif indique une diminution du stress physiologique alors qu'un changement de score positif indique une augmentation du stress après l'intervention quelle qu'elle soit. La variable dépendante en revanche est très peu mise en avant.

Les questions/hypothèses s'appuient sur le cadre théorique et conceptuel.

METHODE
Population et échantillon
<p>La population visée est clairement définie ; les personnes ont été choisies selon plusieurs critères : âge 65 ans et +, vivant dans une institution depuis au moins deux mois, un diagnostic de démence et notamment la démence de type Alzheimer est posé, un score de moins de 18 par rapport au MMSE a été relevé, également un score de plus de 3 par rapport à l'échelle d'agitation durant chaque jour pendant une semaine a été relevé, aucunes contre-indications médicales, deux pieds et les prothèses sont exclues et le consentement de la personne est demandé. Par rapport à l'échantillon, il est planifié à 60 (72 personnes sont repérées mais 55 sont choisies par rapport aux critères, à savoir que deux personnes sont décédées durant cette période d'étude → donc les données des 53 personnes participant à l'étude sont pris en compte (n=53). Oui la méthode utilisée pour recruter les participants est appropriée car elle a été approuvée par le comité éthique de l'université de la recherche sur l'humain en Australie. L'étude a été réalisée avec deux grands registres en Australie et Nouvelle-Zélande. Les institutions ont été choisies par une organisation spécialisée en soins pour la personne âgée dans le respect de la philosophie de soins et des patients (cinq institutions ont été choisies).</p> <p>Alors les auteurs ne font pas mention de vouloir augmenter l'échantillonnage étant donné la difficulté à recruter des personnes répondant à tous ces critères comme cités précédemment. Peu d'informations sont données sur la méthode d'échantillonnage...mais elle est justifiée sur une base statistique.</p> <p>La méthode d'échantillonnage est justifiée sur une base statistique.</p>
Considérations éthiques
<p>Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participants sont adéquats car aucun patient n'est forcé à le faire s'il ne le veut pas ; et s'il accepte de participer à l'étude, il doit être informé de tout ce qui va se passer. De plus, son consentement éclairé doit être donné par la personne elle-même ou un proche. Rien n'est fait sans information.</p> <p>En effet l'étude a été conçue pour augmenter les bénéfices des participants car la thérapie est sensée leur apporter du confort. Aucun risque pour le patient n'est relevé.</p>
Devis de recherche
<p>Le devis utilisé (RCT) permet à l'étude d'atteindre son but car il y a deux groupes différents et chaque session est faite individuellement, il n'y a donc aucune influence de groupe. De plus c'est une étude faite en aveugle. Oui le devis est conciliable avec l'outil de collecte de données (ici un monitoring pour prendre la tension artérielle et le rythme cardiaque est utilisé) car c'est une étude expérimentale et donc il faut avoir des données objectives avec du matériel adéquat.</p>

C'est un essai croisé randomisé contrôlé donc forcément ça va amener un moyen d'examiner les hypothèses puisque c'est une expérimentation.

Le devis respecte les quatre critères scientifiques.

Oui la méthode de recherche proposée est appropriée à l'étude du problème car on va mesurer la pression sanguine et le rythme cardiaque avant et après les sessions de thérapie (massage des pieds et présence silencieuse) pour comparer les deux thérapies et leurs effets sur le stress physiologique, ce stress qui perturbe cette pression sanguine et ce rythme cardiaque dont souffre les personnes atteintes de démence notamment au vue de leur agitation.

Chaque session dure 10 minutes et les sessions ont lieu du lundi au vendredi de 13h à 16h sur une période de trois semaines. Tous les participants ont l'opportunité de recevoir 15 sessions de 10 minutes que ça soit pour le massage des pieds ou le groupe contrôle (présence silencieuse). Le temps passé sur le terrain est insuffisant car l'expérience n'est pas renouvelée sur le long terme...trois semaines c'est peu pour obtenir des résultats clairement significatifs.

Modes de collectes de données

Oui les outils de mesure sont clairement décrits et permettent de mesurer les différentes variables dépendantes et indépendantes. (ANOVA → analyse de variances).

Les questions de recherche ont bien été posées au départ et les observations du phénomène bien ciblées car cela a été fait par des personnes formées pour cette étude et les observations comme la prise de la tension est faite avec un appareil plus développé qu'un simple tensiomètre brachial (qui est plus intrusif et moins agréable).

Les outils sont importés, ils ne sont pas créés pour l'étude.

Oui la procédure expérimentale est totalement cohérente avec les outils qui sont mesurés ; le fait de prendre la tension avant et après chaque session est pertinent pour évaluer l'efficacité ou non de la thérapie.

Conduite de la recherche

Comme dit précédemment, la tension artérielle est prise avant et après chaque session ; ceci est clairement expliqué dans un paragraphe.

Oui les biais ont été minimisés car c'est un personnel compétent qui s'en est occupé et les instruments utilisés sont très développés et reconnus.

Oui il y a une intervention et elle est clairement explicitée. Il s'agit du changement de score pour la tension artérielle systolique et diastolique et le rythme cardiaque à travers le temps et par rapport aux deux groupes (variable indépendante).

Analyse des données

Les méthodes d'analyse sont décrites ; c'est clair et concis. En effet, les données récoltées sont entrées dans un programme de statistiques pour l'analyse en parallèle du groupe randomisé. Seules les données datant du temps 1 et juste après les temps 1 sont analysées. Les données manquantes ont été contrôlées et reportées tout comme les données ressorties.

Les auteurs ne parlent pas des facteurs susceptibles d'influer les résultats. Oui le résumé des résultats est compréhensible et met clairement en évidence les extraits rapportés.

Oui les thèmes font ressortir la signification des données.

RESULTATS

Présentation des résultats

Les résultats sont présentés à l'aide de tableaux clairs et précis. Un texte narratif est également présent pour expliquer les tableaux.

Les thèmes sont associés entre eux et représentent le phénomène ; tout est bien expliqué dans le texte narratif.

Oui les résultats sont résumés par un texte narratif. Les données sont évaluées par des experts avec du matériel pertinent et validé par des experts.

DISCUSSION

Interprétations des résultats

Les résultats sont interprétés par rapport aux hypothèses de départ.

Oui les résultats concordent avec d'autres études antérieures à savoir l'efficacité des thérapies alternatives, mais certaines réponses doivent encore être trouvées par rapport au fait d'utiliser les mesures du stress physiologique comme résultat de ce genre d'intervention. Les résultats sont positifs mais non significatifs par rapport au groupe contrôle (significatifs en post-intervention pour certaines mesures mais pas toutes, par exemple sur la tension artérielle mais pas sur le rythme cardiaque).

Les conclusions sont conformes et appropriées aux résultats d'analyse. Oui les limites sont clairement définies dans un paragraphe (3 limites ont été mises en avant, dont la question de la médication en parallèle des thérapies alternatives, la mesure de tension avec le matériel, qui a pu être mal utilisé. Mais cette limite est fortement réduite car les soignants ont été entraînés à utiliser ce matériel et un contrôle régulier du matériel est fait pour éviter les biais. Et pour finir, les données manquantes des personnes qui n'ont pas accepté que l'on mesure leur tension. Il faut néanmoins préciser que le matériel est utilisé de façon à limiter les biais : le monitoring a été jugé plus adéquat car moins intrusif par rapport au tensiomètre brachial qui peut compromettre les résultats et influencer la réponse physiologique. Oui les conclusions découlent des résultats.

Il est mentionné que suite à cette recherche et ces résultats, il serait bien de réaliser d'autres recherches du même genre mais en répondant aux questions qui

restent encore sans réponse notamment par rapport à la médication en parallèle.

Conséquences et recommandations

Les résultats amènent certaines réponses en plus d'autres études et prouvent une fois de plus que les thérapies alternatives sont efficaces pour les patients déments et donc qu'en tant que soignant nous devons en tenir compte pour prendre soin de la personne. Mais qu'il est nécessaire d'effectuer d'autres recherches pour avoir des résultats plus significatifs car ici, le groupe contrôle a les mêmes effets positifs que le groupe expérimental (concernant la diminution du rythme cardiaque mais pas par rapport à la tension artérielle en post-intervention), ce qui veut dire qu'une simple présence silencieuse amène du confort et réduit l'agitation et l'anxiété. Les auteurs suggèrent donc de réaliser d'autres recherches allant dans le même sens par la suite pour obtenir de nouvelles réponses qui n'ont pas pu être obtenues suite à cette étude. Notamment de réaliser des sessions plus longues de massage de pieds, ce qui pourrait diminuer l'hypertension artérielle, qui est connue pour avoir une influence sur la progression de la démence. Et donc de réaliser des études longitudinales car 3 semaines c'est peu. Les données sont suffisamment riches pour appuyer les conclusions.

Grille de l'article n°11 :

Deatrich, J., Hawranik, P., & Johnston, P. (2008). Therapeutic Touch and Agitation in Individuals with Alzheimer's Disease.
Titre
Le titre précise les concepts clés qui sont : le toucher thérapeutique, l'agitation, et les personnes atteintes d'Alzheimer. Ça reste quand même général ; des précisions méritent d'être données comme sur la population (stade, âge) et sur le devis utilisé.
Résumé
Le résumé n'est pas fractionné en plusieurs parties ; ce qui rend difficile la compréhension. Mais tout est présent sous forme de texte ; l'introduction, le but de la recherche, la méthode, les résultats et la conclusion. Chaque partie est synthétisée.
INTRODUCTION
Problème de la recherche
Oui le problème à l'étude est clairement formulé : il s'agit d'améliorer les limitations des précédentes études à ce sujet en conduisant un RCT qui compare les effets du toucher thérapeutique (TT) avec un groupe qui bénéficie du TT simulé et un groupe contrôle qui reçoit des soins habituels et observer les effets avant et après sur les comportements perturbateurs des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Trois groupes de comportements perturbateurs sont observés : comportement physique agressif, comportement physique non-agressif et agitation verbale.

Oui le problème est approprié car beaucoup de recherches ont déjà été menées sur ce sujet mais avec certains biais ce qui n'amène pas de réelle conclusion quant à l'efficacité du TT; donc il est pertinent d'effectuer une étude expérimentale pour obtenir de nouvelles réponses et des résultats peut-être plus convaincants.

Oui il a une signification pour les soins infirmiers car il peut être utilisé par des soignants travaillant avec ces personnes ; il est important de savoir si c'est une bonne alternative aux traitements médicamenteux et il est nécessaire que les soignants en soient informés et puissent être formés pour pouvoir l'utiliser.

Recension des écrits

Oui une recension a été entreprise ; des études antérieures sont citées.

Oui la recension amène une synthèse de l'état de la question par rapport au problème de recherche car c'est de certaines études déjà menées sur le sujet que se basent les auteurs de cette étude. Ils mettent bien en avant les choses importantes à savoir sur le sujet, et notamment ce qu'il reste à chercher pour obtenir de nouvelles informations et améliorer la recherche dans ce domaine.

Oui cette recension amène une base solide pour cette étude puisqu'ils partent de cela pour amener leur recherche. Oui comme déjà dit, les auteurs présentent clairement l'état des connaissances actuelles sur le problème.

La recension présente en effet des sources primaires.

Cadre de recherche

Oui les concepts clés qui sont le toucher thérapeutique, la maladie d'Alzheimer et les comportements perturbateurs comme l'agitation sont définis.

Les concepts clés sont clairement liés au but de l'étude puisqu'il s'agit de comparer différentes interventions dont le toucher thérapeutique et voir les effets sur les comportements perturbateurs souvent présents chez les patients atteints de la maladie d'Alzheimer. Les bases théoriques sont explicitées et appropriées à l'étude ; en revanche rien n'est dit sur les bases philosophiques.

Buts et question de recherche

Comme déjà dit précédemment, oui le but de l'étude est énoncé de façon claire et précise.

Oui les questions de recherche (1 : Est-ce qu'il y a une différence dans les effets du TT sur l'agitation des résidents vivant avec la maladie d'Alzheimer comparé à ceux qui reçoivent un TT simulé et ceux qui reçoivent les soins habituels ? 2 : Si le TT a un effet sur l'agitation, combien de temps dure-t-il ?) sont énoncées, la population à l'étude également.

Oui les questions de recherche et hypothèses reflètent le contenu de la recension des écrits et découlent logiquement du but de cette étude. Oui elles traitent de l'expérience des patients et notamment des observations que l'on peut faire suite à ces différentes interventions, s'il y a des changements dans le comportement ou non. Rien n'est dit sur les croyances ou les valeurs des participants sauf le fait que le consentement éclairé est demandé.

Oui les variables reflètent les concepts.

Les questions s'appuient sur le cadre théorique et la méthode de recherche.

METHODE

Population et échantillon

Oui la population visée est définie de façon très précise selon certains critères d'inclusion qui sont : un diagnostic de démence de type Alzheimer, un score de 23 ou moins au MMSE, 65 ans ou plus, un comportement perturbateur ou agitation durant le dernier mois reporté par un soignant, résidant dans un EMS depuis au moins deux mois et une absence de maladie autre durant la durée de l'étude. Le consentement écrit est également pris en compte. L'échantillon doit être d'au moins vingt participants par groupe (donc n=60) pour obtenir un effet moyen de 80% entre le groupe TT et les autres. Oui la méthode pour accéder au site et recruter les participants est appropriée puisqu'elle respecte les droits des patients et acceptent le possible refus de certains.

Non l'auteur ne parle pas d'augmenter l'échantillonnage, il dit simplement qu'il faut au minimum 60 participants pour avoir des résultats probants. Elle est justifiée sur la base statistique.

Il faut vingt participants par groupe, comme il y a trois groupes il faut donc un total de 60 participants pour obtenir une moyenne qui soit significative pour l'étude.

Considérations éthiques

Oui les droits des participants sont assurés car le consentement écrit est nécessaire ; qu'il soit fait par le patient lui-même ou son représentant (membre de la famille, tuteur) et son choix de participer ou non est totalement respecté. La confidentialité est assurée tout comme le fait que l'expérience se fasse de manière anonyme.

Oui l'étude est conçue pour maximiser les bénéfices et diminuer au maximum les risques pour le patient.

Devis de recherche

Oui le devis de recherche permet à l'étude d'atteindre son but (étude randomisée contrôlée) étant donné que c'est une expérimentation.

Oui ce devis fournit un moyen d'examiner les questions de recherche étant donné que c'est expérimenté.

Les quatre critères scientifiques sont respectés.

Oui la méthode est bien appropriée car le but de ce travail est de recueillir des données probantes basées sur l'expérimentation.

Alors chaque intervention est donnée une fois par jour durant cinq jours consécutifs. En sachant que le TT est réalisé APRES les deux autres interventions (groupes) en ayant obtenu tous les résultats. Une évaluation est faite deux heures après chaque intervention, un jour après, une semaine après et deux semaines après l'intervention finale. Une fois par jour durant cinq jours ce n'est pas beaucoup, et le suivi est court (évaluation deux semaines après).

Modes de collectes de données

Les outils de mesure sont clairement décrits : Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI) a été utilisée pour mesurer l'agitation. Elle est clairement décrite, qu'il existe une version courte et une version plus longue et que les deux ont été utilisées à un moment différent. La version courte 24h après la dernière intervention et la version longue durant les deux dernières mesures post-intervention. Les versions sont différentes car décrites selon plusieurs auteurs différents, c'est le nombre de points qui change (7 pour la version longue et 3 pour la version courte).

Le 2^{ème} outil de mesure est le MMSE comme déjà dit précédemment ; il a été utilisé pour mesurer le stade de la démence ; c'était un critère d'inclusion pour cette étude (23 points maximum).

Les questions de recherche sont bien posées et sont consignées par la suite. Les outils de mesure sont importés, ils n'ont pas été créés pour cette étude. Oui la procédure expérimentale est totalement en cohérence avec les outils, notamment la CMAI puisqu'il s'agit d'évaluer l'agitation.

Conduite de la recherche

Oui le processus de collecte de données est bien décrit.

Le personnel est compétent, les outils de mesure sont approuvés depuis longtemps ; en effet les données sont recueillies de façon à minimiser au maximum les biais.

Oui la variable indépendante (intervention) est décrite mais rapidement...il est dit de quoi il s'agit, ce qu'elle comporte mais sans détailler. Mais elle est appliquée de façon constante durant l'expérimentation.

Analyse des données

Oui les méthodes d'analyse sont décrites.

Non les facteurs pouvant influencer sur les résultats ne sont pas pris en considération, en tout cas rien n'est dit là-dessus.

Oui les résultats sont sous forme narrative et sous forme de tableaux, ce qui facilite la compréhension.

Oui les thèmes font ressortir la signification des données.

RESULTATS

Présentation des résultats

Les résultats sont présentés sous forme narrative et sous forme de tableaux.

Oui les thèmes sont associés entre eux ce qui permet de représenter le phénomène.

Oui les résultats sont également résumés sous forme de texte.

L'auteur a fait évaluer les données par des experts.

DISCUSSION

Interprétations des résultats

Les résultats sont interprétés en fonction du cadre de référence, ça ne répond pas clairement aux questions de recherche comme elles ont été posées au départ.

Les résultats concordent avec les études antérieures mais amènent des résultats nouveaux sur lesquels on peut se baser, étant donné que le but était autre par rapport aux études déjà menées.

Oui les conclusions sont conformes aux résultats.

Les limites de l'étude sont définies...notamment l'échantillon : les auteurs voulaient 60 participants et il y en a eu 51 au total suite à plusieurs raisons (problèmes de santé, décès...) ce qui fait un échantillon restreint.

Les conclusions découlent logiquement des résultats oui.

Oui l'auteur parle bien du caractère transférable que ça soit dans la pratique et aussi ce qu'il reste à faire dans ce domaine, car de nouvelles études sont nécessaires, avec un échantillon bien plus grand si cela est possible pour avoir des résultats plus significatifs que ceux-ci (ils le sont mais pourraient l'être plus).

Conséquences et recommandations

Le TT est bénéfique pour diminuer certains comportements perturbateurs notamment l'agitation mais pas à tous les niveaux...il est important de mentionné que cette étude a été réalisée le soir, moment où les résidents sont le plus agités, ce qui biaise les résultats. Mais l'on peut voir que ça amène une question de bien-être pour les patients ; il est important de réaliser de nouvelles recherches pour obtenir des résultats plus significatifs mais il est surtout important de former les équipes et les familles à cette technique car ça ne coûte rien et ça améliore la qualité de vie...contrairement aux traitements médicamenteux. Pourquoi ne pas utiliser cette intervention en complément des traitements pharmacologiques ?

Oui comme déjà dit, il est nécessaire de réaliser d'autres recherches sur le sujet avec un échantillonnage plus grand pour des résultats plus significatifs ; et réaliser l'étude à un autre moment de la journée.

Oui les données sont riches mais méritent d'être approfondies pour appuyer les conclusions.

Grille de l'article n°12 :

Craven, R., Whitney, J. & Woods, D. (2005). The effect of therapeutic touch on behavioral symptoms of persons with dementia.
Titre
Le titre précise les concepts de l'étude, à savoir : l'effet du toucher thérapeutique sur les symptômes comportementaux chez les personnes atteintes de démence.
Résumé
Le résumé synthétise très clairement la recherche : problème (symptômes comportementaux de la démence et plus particulièrement de la maladie d'Alzheimer ainsi que pauvres effets bénéfiques et effets secondaires des traitements pharmaceutiques), méthode (étude randomisée en double-aveugle de trois groupes, intervention : type et durée), résultats (tests utilisés démontrant une diminution significative de ces symptômes avec l'intervention utilisée) et discussion (l'effet du toucher thérapeutique est une intervention non-pharmacologique utilisable dans la pratique).
INTRODUCTION
Problème de la recherche
Le problème est clairement formulé. Il s'agit d'étudier l'effet du toucher thérapeutique sur les symptômes comportementaux (également explicités) de la démence et en particulier la maladie d'Alzheimer. Attendant une diminution de ces symptômes.
Le problème est approprié au contexte des connaissances actuelles. (pourcentages mais on ne sait pas d'où les auteurs ont l'information).
Le problème est particulièrement pertinent pour la discipline concernée, d'autant plus qu'il concerne les établissements de soins chroniques qui accueillent cette population. Il n'y a pas de postulats sous-jacents à l'étude hormis l'hypothèse avancée par les chercheurs : le toucher thérapeutique permettrait de diminuer la fréquence et/ou l'intensité de symptômes comportementaux de la démence.
Recension des écrits
Une recension a été entreprise et synthétise le problème en question. Celle-ci représente une base solide car elle s'appuie sur de nombreuses recherches ultérieures que ce soit des sources primaires (études randomisées) ou secondaires (une revue systématique).

Cadre de recherche
Les auteurs ne font pas mention d'un quelconque cadre de référence ou d'un postulat philosophique sous-jacent à l'étude.
Buts et question de recherche
Le but de l'étude est clairement énoncé comme cité précédemment. L'hypothèse ainsi que les variables clés et la population à l'étude, sont énoncées de façon précise. L'hypothèse de recherche reflète le contenu de la recension des écrits et découlent logiquement du but car elle reprend le tout très clairement. Il n'y a pas mention de la part des auteurs de notions quant à l'expérience des participants, leurs croyances, leurs valeurs ou leurs perceptions. De plus, l'hypothèse s'appuie sur la rigueur scientifique de la méthode de recherche utilisée car il n'y a ni cadre de référence ni postulat philosophique sous-jacent.
METHODE
Population et échantillon
La population visée est définie mais pourrait l'être plus précisément : personnes en établissements de soins présentant une démence dont la maladie d'Alzheimer. L'échantillon est décrit de façon détaillée : personnes présentant une maladie d'Alzheimer en stade modéré à sévère au sein de trois établissements de soins. Avec notamment des critères d'inclusion et d'exclusion pour participer à l'étude. La méthode utilisée pour recruter les participants est appropriée puisque les auteurs utilisent différentes échelles de mesures afin de déterminer le degré de démence, les symptômes comportementaux etc. Les auteurs ne font pas mention de moyens pour accroître la représentativité de l'échantillon (n=57). La méthode d'échantillonnage utilisée a permis d'atteindre les objectifs visés. La méthode d'échantillonnage et la taille de l'échantillon sont justifiées sur la base d'une saturation des données au vue des résultats obtenus après investigation des différentes échelles.
Considérations éthiques
Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participants sont adéquats, les chercheurs ont agi au vue d'un consentement éclairé de la part d'un membre de la famille du patient la plupart du temps et l'étude a été conçue de manière à optimiser le bien-être des participants.
Devis de recherche
Le devis utilisé permet à l'étude d'atteindre son but notamment par le fait qu'il y ait un groupe placebo et un groupe contrôle de participants. Le choix du devis permet de respecter les critères scientifiques.

La méthode de recherche proposée est appropriée à l'étude du problème (observation de comportements à l'aide d'échelles, enregistrements sur vidéo pour retranscrire le tout).

Le temps passé auprès des participants est suffisant mais pourrait être davantage important en terme d'étude longitudinale.

Modes de collectes de données

Les outils de mesure sont clairement décrits et permettent de mesurer les variables indépendantes et dépendantes.

L'hypothèse de recherche a bien été posée et les observations du phénomène bien ciblées d'après des échelles précises correspondant à un symptôme en question.

Les auteurs indiquent que la plupart des instruments ont été importés pour les besoins de l'étude mais il y en a un qui a été modifié (Modified Agitated Behaviour Rating Scale).

La procédure expérimentale est cohérente avec les outils utilisés.

Conduite de la recherche

Le processus de collecte des données/enregistrement est clairement décrit.

Les données ont été recueillies par des assistants de recherche ce qui permet de minimiser les biais car il s'agit de personnel compétent en la matière.

L'intervention (variable indépendante) est clairement décrite et appliquée de façon constante avec une rigueur scientifique maintenue, par exemple : par du personnel infirmier formé au toucher thérapeutique pour le groupe du TT et par du personnel infirmier n'ayant pas été formé pour les groupes placebo et contrôle.

Analyse des données

Les méthodes d'analyse et les tests utilisés sont décrits.

Il n'y a pas de mention de la part des auteurs de facteurs susceptibles d'influer sur les résultats à ce stade de l'étude.

Le résumé des résultats est compréhensible et met en évidence ce qui a été dit dans le résumé de l'étude.

Les données sont tout à fait décrites au travers des différents thèmes en question (résultats pour chaque groupe d'intervention).

RESULTATS

Présentation des résultats

Les résultats sont adéquatement présentés à l'aide de tableaux, de figures et de graphiques et sont également résumés par un texte narratif.

Les thèmes sont logiquement associés entre eux afin de bien représenter le problème à l'étude. L'organisation du texte narratif correspond aux explications des différents tableaux.

Les auteurs ne mentionnent rien quant au fait d'une évaluation des données par des experts. Par contre, les auteurs relatent les perceptions des infirmiers ayant participé à l'étude et qui ont cliniquement observé une diminution des symptômes. De même, certains infirmiers absents de l'étude (vacances) et qui ont constaté une diminution des symptômes à leur retour.

DISCUSSION

Interprétations des résultats

Les résultats sont interprétés en fonction de l'hypothèse de départ. Mais étant donné qu'il n'y avait pas de cadre de référence, les résultats ne sont donc pas interprétés en fonction d'un quelconque cadre.

Les résultats concordent avec les études antérieures menées sur le même sujet que les auteurs ont présentées dans l'introduction et sur lesquelles ils s'appuient dans le chapitre discussion.

L'interprétation et les conclusions correspondent aux résultats d'analyses statistiques.

Les limites de l'étude sont définies dans un paragraphe spécifique.

Les auteurs expliquent en quoi et pourquoi les conclusions peuvent ou non être transférables (pas généralisable, groupe placebo = approche empathique=> effet bénéfique, principal chercheur dans un groupe= diminution des symptômes).

Conséquences et recommandations

Les conséquences des résultats de l'étude pour la discipline ou la pratique clinique sont très pertinentes car la population atteinte de démence va en s'accroissant et le toucher thérapeutique et une méthode non-invasive, sans effets secondaires et ne nécessitant pas de matériel spécifique. Les auteurs précisent les conséquences des résultats à savoir que le TT pourrait être utilisé dans le futur comme philosophie de soins partout où la population nécessite des soins de compassion.

Les auteurs font des recommandations pour la pratique (citées précédemment) et les recherches futures. A savoir : bien que le TT amène des résultats intéressants, il faudrait faire des études longitudinales sur un plus grand échantillon et chercher à corréliser les résultats cliniquement observés avec des indicateurs physiologiques de réduction du stress, témoignant d'un effet positif plus rigoureux sur le bien-être des personnes.

Les données sont suffisamment riches pour appuyer les conclusions.

Grille de l'article n°13 :

Buchan, L., Forrester, L., Maayan, N., Orrell, M., Soares-Weiser, K., & Spector, A. (2014). Aromatherapy for dementia (Review) .
Titre
Non le titre est très général ; en effet, seuls les concepts aromathérapie et démence sont indiqués...les deux étant très larges. Aucune notion vis-à-vis de la population étudiée. Par contre, il est indiqué que c'est une revue (revue de littérature).
Résumé
Oui le résumé est très bien réalisé, partagé en plusieurs paragraphes : introduction, objectif, méthode, résultats et discussion-conclusion.
INTRODUCTION
Problème de la recherche
<p>Oui le problème est bien formulé, il s'agit dans cette revue, de mesurer l'efficacité de l'aromathérapie pour les personnes atteintes de démence. En sachant que les interventions pharmacologiques pour la démence ont plusieurs effets secondaires et l'effet est de court terme, obligeant les personnes à prendre des médicaments à vie.</p> <p>Alors oui le problème est approprié dans le contexte des connaissances actuelles car beaucoup d'études ont déjà été réalisées sur le sujet (aromathérapie) et l'efficacité a déjà pu être démontrée à plusieurs reprises. L'aromathérapie est un peu un remède de « grand-mère », utilisé depuis de nombreuses années car ayant des effets bénéfiques pour plusieurs maux...c'est quelque chose de très familier pour les soignants et surtout les patients, qui pour la majorité sont âgés et donc c'est un problème très pertinent au jour d'aujourd'hui, en essayant d'obtenir de nouveaux résultats pour des maladies plus générales et bien plus complexes, qu'on ne peut pas guérir, notamment la démence, comme le relève cette revue systématique. Oui il a une signification particulière pour la discipline infirmière car étant donné que la population vieillit, l'infirmière accompagnera toujours plus des personnes très âgées atteintes de démence et il est essentiel pour la discipline et pour tous les soignants accompagnant ces personnes, de connaître d'autres alternatives que les traitements pharmacologiques qui ont des effets secondaires. L'aromathérapie, comme énoncé précédemment, est quelque chose de connu depuis longtemps, c'est familier pour les soignants et facile à utiliser, et ça ne fait pas forcément peur aux patients car eux-mêmes connaissent cette alternative... Il serait bénéfique d'instaurer cela dans les institutions et ceci renforcerait également le rôle autonome de l'infirmière.</p>
Recension des écrits
Oui une recension a été entreprise puisqu'il s'agit d'une revue systématique dont le but est d'aller rechercher et assembler plusieurs études réalisées sur le même sujet pour obtenir une vision plus large des résultats obtenus.



Oui la recension fournit une synthèse de cette problématique ; diverses études sont mises en avant pour placer ce problème dans le contexte actuel, où en sont les connaissances au jour d'aujourd'hui et quels en sont les résultats. Non seulement sur l'aromathérapie mais également sur les autres interventions alternatives comme le massage, ou l'acupuncture.

Oui la recension présente une base solide ; en effet, comme mentionné, certaines études sont mises en avant pour placer le problème à l'étude dans les connaissances actuelles. Il en ressort notamment le fait que l'aromathérapie est utilisée pour promouvoir le sommeil, diminuer la douleur et réduire certains symptômes dépressifs et comportementaux que l'on retrouve dans la démence. Il est également mentionné que c'est une intervention utilisée depuis très longtemps et connue des soignants et des patients comme je l'ai dit auparavant. De plus, c'est une option plus sûre que la pharmacologie conventionnelle car moins toxique.

Oui la recension présente des sources primaires.

Cadre de recherche

Oui les concepts clés qui sont ici l'aromathérapie et la démence sont définis et bien explicités. Malheureusement, ils ne précisent pas la démence de type Alzheimer mais restent larges quant à la démence en général, ce qui est dommage pour ce travail qui est centré sur la maladie d'Alzheimer.

Les concepts clés sont liés au but de l'étude puisque le but est de mesurer l'efficacité de l'aromathérapie pour les personnes atteintes de démence. Les deux concepts sont présents dans le but. Les bases théoriques sont explicitées comme déjà dit, un paragraphe explicitant la démence et un autre pour ce qui tourne autour de l'aromathérapie. En revanche rien n'est dit sur les bases philosophiques ou une théorie quelconque qui aurait pu être utilisée comme référence.

Buts et question de recherche

Oui le but de l'étude est énoncé de façon claire et concise ; pour cette revue systématique le but est de mesurer l'efficacité de l'aromathérapie pour les personnes atteintes de démence.

Il n'y a pas d'hypothèse ici et les variables clés ne sont pas clairement énoncées (à savoir que les variables sont spécifiques à chaque étude) : étant donné que c'est une revue systématique aucune expérimentation n'a été faite, c'est une synthèse de plusieurs études. Au sujet de la population à l'étude, les critères d'inclusion des différentes études utilisées pour cette revue sont énoncés, comme le fait d'avoir un diagnostic de démence de tous les types et de toute sévérité, et d'avoir été validé par le MMSE. Mais rien de plus n'est indiqué par rapport à la population à l'étude ; chaque étude utilisée pour cette revue a ses propres caractéristiques malgré les critères d'inclusion généraux énoncés en amont.

Forcément il y a un lien entre la problématique de recherche et la recension des études. En revanche, rien n'est indiqué par rapport aux expériences et aux valeurs des participants des différentes études.

Comme énoncé, les variables sont spécifiques à chaque étude utilisée pour cette revue systématique.

Les questions s'appuient sur des bases théoriques et sur la méthode sous-jacente mais non sur des bases philosophiques qui comme déjà dit, ne sont pas présentes ici.

METHODE

Population et échantillon

Pour chaque étude, la population est clairement définie selon des critères d'inclusion généraux qui sont le diagnostic de démence et le MMSE et après chaque étude a ses propres critères ; le stade diffère tout comme la symptomatologie (la plupart se centrent sur l'agitation mais selon des échelles différentes). L'échantillonnage est bien décrit : cette revue comporte sept RCT (les auteurs ont privilégié ce type de devis) pour un total de 428 participants (N=428). L'échantillon de chaque étude varie entre 18 et 114 participants... ce qui est très large. Ici étant donné que c'est une revue systématique il n'y a pas eu de recrutement, en revanche la méthode pour aller sur les bases de données et trouver les différentes études est appropriée ; tout est relativement bien expliqué. La méthode de recrutement est rapidement décrite pour chaque étude, dont la majorité vient d'un EMS, une étude seulement est allée recruter dans un hôpital.

Au départ, 1437 études ont été trouvées sur ce sujet ; suite à la lecture du résumé il n'en restait que 39 ; sur celles-ci, 31 ont été éliminées et une autre a été sortie par la suite. Il en reste donc sept. Les critères d'exclusion : revues systématiques, études de cas, étude réalisée sur des animaux et non des humains, études non randomisées contrôlées, intervention autre que l'aromathérapie, pas de diagnostic de démence, échantillonnage trop petit, et méthodologie trop pauvre. Donc au départ il y avait beaucoup plus de participants mais à cause de ces différents critères, l'échantillonnage n'a pas pu être augmenté et l'auteur ne parle à aucun moment de l'accroître. Cet échantillonnage est justifié sur une saturation des données. La taille de l'échantillonnage a été déterminée par les critères d'exclusion.

Considérations éthiques

Rien n'est mentionné là-dessus.

Oui les différentes études ont été conçues de manière à minimiser les risques et maximiser les bénéfices pour les participants.

Devis de recherche

Le fait d'utiliser une revue systématique est approprié et permet d'atteindre le but fixé. Notamment, le fait de privilégier des études randomisées contrôlées (RCT), certaines à double-aveugle, est pertinent et permet d'obtenir des résultats plus significatifs qu'une simple étude de cas par exemple.

Oui le devis fournit un moyen d'examiner le problème et les questions de recherche grâce à une précision et une analyse des résultats réalisée par des experts.

Les critères scientifiques sont spécifiques à chaque étude utilisée pour cette revue systématique.

Oui la méthode de recherche est appropriée puisqu'il faut expérimenter cette aromathérapie selon plusieurs formes pour en ressortir des bénéfiques ou non.

Non, le temps passé auprès des participants varie entre trois et douze semaines (selon les études). Une étude a réalisé l'intervention une année après la première expérimentation avec les mêmes participants mais le temps est très court...quelques minutes seulement avec les patients.

Modes de collectes de données

Les outils de mesure sont décrits, plusieurs échelles et logiciels spécifiques ont été utilisés.

Les questions de recherche ont été bien posées même s'il y a peu d'informations à ce sujet-là.

Les instruments sont importés pour l'étude, ils n'ont pas été créés pour cela...étant donné qu'il s'agit d'une revue Cochrane, certains outils qui leur sont spécifiques ont également été utilisés pour cette revue, notamment un outil pour mesurer le risque de biais.

Etant donné que c'est une revue systématique, il n'y a pas de procédure expérimentale à proprement dit puisque c'est une recherche de différentes études déjà réalisées et une mise en commun des différents résultats analysés. Au sujet des sept RCT utilisés, la procédure expérimentale est différente pour chacune et est cohérente avec les outils mesurés.

Conduite de la recherche

Le processus de collecte de données est décrit selon plusieurs paragraphes ; comment les études ont été sélectionnées, le risque de biais, les différents tests utilisés et la synthétisation des données.

Une échelle qui mesure le risque de biais est utilisé par du personnel compétent (des experts travaillant pour Cochrane). Donc oui tout est mis en œuvre pour minimiser les biais même si l'on peut voir qu'il y a présence de certains biais, pour chaque étude analysée.

Il n'y a pas d'intervention puisque c'est une revue systématique.

Analyse des données

Oui les méthodes d'analyse sont décrites.

Oui tout à fait les facteurs susceptibles d'influer les résultats sont pris en compte : notamment l'endroit où l'intervention a été donnée (home, hôpital) et la durée du suivie de l'intervention.

Le résumé des résultats est sous forme de plusieurs paragraphes ce qui rend la lecture un peu plus compréhensible même si certaines fois il est difficile de faire le lien entre tous les paragraphes.

Oui les thèmes font ressortir adéquatement la signification des données.

RESULTATS

Présentation des résultats

Alors les résultats sont présentés sous forme narrative, également sous forme de paragraphes, en reprenant les résultats pour chaque symptôme identifié. Des tableaux reprenant chaque étude séparément sont également apportés, où les résultats de chaque étude sont présents.

Oui les résultats sont résumés par un texte narratif.

Les données ont été évaluées par des experts (comité Cochrane).

DISCUSSION

Interprétations des résultats

Les résultats sont interprétés en fonction du cadre de recherche et selon chaque étude.

Les résultats concordent avec les études antérieures mais il manque certaines données pour confirmer le bénéfice de l'aromathérapie amené par certaines études ; en effet, ici, sur les sept RCT, seulement deux montrent des effets positifs significatifs et il faut noter un certain nombre de biais qui compromet ces résultats.

Les conclusions sont conformes et en rapport avec les résultats d'analyse.

Oui les limites de l'étude sont définies notamment sur le fait qu'il y a des résultats significatifs mais seulement pour deux études sur les sept gardées, ce qui est peu. De plus, le temps passé auprès des participants et le suivi n'est pas assez long et l'échantillonnage est limité (pour certaines études). Il faut garder en tête les résultats, et le fait que l'aromathérapie a des bénéfices pour certains comportements perturbateurs comme l'agitation mais de nouvelles recherches doivent être réalisées pour confirmer cela, sur une plus grande population. Les études antérieures montrent également ces effets positifs.

Oui les conclusions découlent des résultats.

Oui le caractère transférable des résultats dans la pratique est soulevé mais en sachant que de nouvelles recherches sont à effectuer.

Conséquences et recommandations

Comme cela en a été ressorti à plusieurs reprises, l'aromathérapie est familière et peut être utilisée facilement, sans coût. Des effets positifs significatifs sont amenés notamment pour diminuer l'agitation, donc c'est une intervention qui peut être utilisée dans les institutions sans problème.

Malgré cela, il y a certaines recommandations à faire pour que cette intervention devienne une évidence et prenne plus d'ampleur dans les soins ; en effet, des recherches sont nécessaires pour appuyer les différents résultats significatifs (il y en a, mais pas assez). Il est essentiel d'avoir plus de documentation et surtout de passer du temps auprès des patients et d'avoir un suivi régulier pour obtenir des résultats sur le long terme. Il faut également différencier les différents types d'intervention, car il existe une multitude de plantes, d'huiles qui sont utilisées ; cela est nécessaire de les connaître pour savoir comment les utiliser, à quelle fréquence et à quel dosage. Des études avec une méthodologie plus rigoureuse doivent également être réalisées pour pouvoir confirmer l'efficacité de l'aromathérapie. Il faut également garder en tête qu'il existe beaucoup de type de démence, il est donc pertinent de réaliser des études spécifiques à un type de démence et pour un degré de sévérité, par exemple pour obtenir d'autres résultats plus significatifs encore. Car l'intervention et les résultats varient selon le type de démence.

Comme cela est dit à plusieurs reprises, l'aromathérapie a des effets positifs, mais les données ne sont pas suffisamment riches pour appuyer les conclusions.

Grille de l'article n°14 :

Chan W., Chiu-wa Lam L., Fung-Leung Ng B. & Wan-Ki Lin P. (2007). **Efficacy of aromatherapy (*Lavandula angustifolia*) as an intervention for agitated behaviours in Chinese older persons with dementia : a cross-over randomized trial**

Titre

Le titre précise les concepts de l'étude. Par contre, il ne précise pas le type de population (« dementia : mais quelle démence ?). Le type d'étude est aussi explicité dans le titre (essai croisé randomisé contrôlé).

Résumé

Le résumé synthétise la recherche de façon pertinente : problème, objectif, méthode, résultats et conclusion.

INTRODUCTION

Problème de la recherche

Le phénomène à l'étude est clairement formulé : en effet, il s'agit d'étudier l'efficacité de l'administration d'huile essentielle de lavande par diffusion passive nocturne, sur les symptômes comme l'agitation chez des adultes présentant une démence (type non précisé ici) en institution de soins en Chine (Hong-Kong).

Le problème est tout à fait pertinent dans le contexte des connaissances actuelles car la démence et les symptômes engendrés sont un problème de santé publique actuel.

Le phénomène est particulièrement significatif pour la discipline infirmière car la démence est présente et en constante hausse dans les institutions de soins provoquant un stress pour la personne soignée et les soignants. Les auteurs ne mentionnent pas de postulats sous-jacents à l'étude.

Recension des écrits

La recension des écrits est quelque peu pauvre (citation de quelques études antérieures mais guère plus). De fait, Il n'est guère possible de dire qu'elle fournit une synthèse de l'état de la question.

La recension des écrits présente une base solide pour l'étude mais elle pourrait être plus fournie. Les auteurs présentent l'état des connaissances actuelles concernant le problème. Néanmoins le focus est centré sur l'état des connaissances en Chine.

En revanche, la recension présente un avantage dans le fait qu'elle mentionne uniquement des sources primaires.

Cadre de recherche

Les concepts clés sont mis en évidence mais aucun plan conceptuel ou cadre de recherche ne les définit. Il n'y a pas non plus de postulat philosophique servant de trame à l'étude. La méthode n'est à ce stade de l'étude pas résumée : elle est explicitée plus en détails dans le chapitre suivant.

Buts et question de recherche

Le but de l'étude est énoncé clairement ; mais les hypothèses de recherche et les variables ne sont pas clairement citées. La population est quant à elle définie.

Comme l'hypothèse n'est pas clairement énoncée, les auteurs ne mentionnent pas le reflet du contenu de la recension des écrits. Il n'y a pas non plus de mention par rapport à l'expérience des participants, leurs croyances, leurs valeurs ou leurs perceptions.

Les variables reflètent logiquement les concepts précisés dans le cadre de recherche.

Les questions s'appuient sur la méthode de recherche sous-jacente.

METHODE

Population et échantillon

La population visée pourrait être définie de façon plus précise (type de démence). Malheureusement, celle-ci est précisée seulement au chapitre résultats : maladie d'Alzheimer en majorité, mais aucun pourcentage n'est révélé. L'échantillon (n=70) est décrit mais pourrait être plus détaillé (critères d'inclusion). La méthode utilisée pour accéder au site ou recruter les participants est appropriée ; les auteurs ont utilisé un test statistique pour sélectionner l'échantillon. Elle est donc justifiée sur la base statistique. Ils se sont aussi aidés d'échelles de mesures.

Aucun moyen d'accroître l'échantillonnage n'est mentionné. La méthode utilisée n'a pas permis d'ajouter des renseignements significatifs mais elle permet d'atteindre les objectifs visés (sélection de patients pour tester l'aromathérapie).

La taille de l'échantillon a été déterminée sur une base statistique ; les auteurs ayant utilisé un test statistique.

Considérations éthiques

Il n'y a guère mention de moyens envisagés pour sauvegarder les droits des participants mais les auteurs mentionnent que l'étude (l'administration de lavande) a été approuvée par un comité éthique. Un autre comité a validé la nature même de l'huile utilisée par rapport à la composition des ingrédients.

De fait, l'étude est conçue de manière à minimiser les risques et maximiser les bénéfices pour les participants.

Devis de recherche

Le devis quantitatif (car il s'agit d'un RCT croisé), permet que l'étude atteigne le but recherché. La méthode de recherche choisie est en adéquation avec les outils de collecte des données proposés (comparaison entre groupe traitement et groupe contrôle, comparaison en terme de temps).

Le choix du devis permet de respecter les critères scientifiques. La méthode de recherche proposée est adéquate par rapport à l'étude du problème (comparaison).

Le temps passé sur le terrain et auprès des participants aurait pu être plus long (trois semaines - pause de deux semaines - trois semaines).

Modes de collectes de données

Les outils de mesure sont mentionnés et permettent de mesurer les variables en cause (type de comportement) mais il serait intéressant qu'ils soient plus détaillés (sévérité, fréquence).

Les questions de recherche ne sont pas clairement posées et détaillées. Les observations du phénomène sont très résumées et il n'y a pas de mention quant au fait de savoir si elles ont été rigoureusement consignées par la suite. Les auteurs utilisent des instruments existants importés pour l'étude.

La procédure expérimentale est cohérente avec les outils mesurés (observation clinique de comportements donc besoin d'échelles de mesures objectives).

Conduite de la recherche

Le processus de collecte des données n'est pas détaillé. Pas de mention si d'autres chercheurs ou du personnel compétent ont été sollicités pour réduire les biais.

L'intervention (variable indépendante) est décrite de façon claire en termes de type (huile de lavande pure) et d'application (nuit, durée) et est utilisée de façon constante.

Analyse des données
Les méthodes d'analyse sont décrites et les facteurs susceptibles d'influencer les résultats sont pris en compte dans les analyses (effet de durée). Le résumé des résultats est compréhensible et synthétise les informations utiles. Oui, les thèmes font ressortir la signification des données.
RESULTATS
Présentation des résultats
Les résultats sont présentés à l'aide de tableaux et résumés par un texte narratif facilitant la compréhension. Les thèmes sont logiquement associés entre eux selon différents paragraphes représentant ainsi correctement le phénomène. Les auteurs ne mentionnent pas d'évaluation des données par les participants ou par des experts du phénomène.
DISCUSSION
Interprétations des résultats
Comme il n'y a pas de cadre de recherche, les résultats n'ont donc pas été interprétés selon un cadre. Mais par contre, ils ont été interprétés selon l'objectif de départ fixé par les auteurs (effets de l'aromathérapie) et selon la méthode statistique utilisée. Les résultats concordent avec les études antérieures menées sur le même sujet et les auteurs parlent d'études antérieures dans ce chapitre. L'interprétation et les conclusions sont en adéquation avec les résultats d'analyses. Les limites de l'étude sont définies par les auteurs (le temps est un biais car la maladie se péjore, bien qu'ils aient choisi des patients cliniquement stables afin de réduire cet aspect, pas tous les types de démence, pas de double-aveugle, patients déjà sous traitements pharmacologiques). De plus, les auteurs ont interviewé un soignant après l'étude qui a fait part de son observation des effets bénéfiques de l'aromathérapie ; ceci est un biais parce que le soignant n'était pas en « aveugle ». Les conclusions découlent logiquement des résultats et les auteurs abordent la question du caractère transférable des résultats obtenus.
Conséquences et recommandations
Les auteurs précisent les conséquences des résultats pour la pratique clinique et les recherches futures. D'une part, la lavande ayant un effet bénéfique significatif (groupe thérapeutique et groupe placebo) sur la réduction des symptômes de la démence permettrait son utilisation dans la pratique. Ceci étant renforcé par sa facilité d'administration. D'autre part, les auteurs déclarent qu'il faudrait entreprendre d'autres recherches avec une méthodologie plus rigoureuse (en double-aveugle) pour appuyer le poids scientifique. L'étude ayant été réalisée en Chine, il est pertinent de se questionner quant au transfert des résultats dans les pays occidentaux.

Néanmoins, les données sont pertinentes pour la discipline infirmière (malgré certains biais et un manque de détails), et assez riches pour faire confiance aux conclusions.

Grille de l'article n°15 :

Evans, L., Guevara, J. & Kong, E. (2016). Nonpharmacological intervention for agitation in dementia : A systematic review and meta-analysis.
Titre
Le titre précise clairement les concepts clés, à savoir : les interventions non pharmacologiques pour l'agitation dans la démence. Il informe aussi de la nature de l'article : revue systématique et méta-analyse. Par contre, étant donné qu'il mentionne la démence, il ne nous permet pas de savoir quelle sorte de démence ni quelle population est à l'étude.
Résumé
Le résumé synthétise de façon claire le contenu de la recherche car il mentionne le but lié au problème, la méthode, les résultats et la conclusion/discussion.
INTRODUCTION
Problème de la recherche
<p>Le phénomène est formulé et définit de manière tout à fait équivoque. Dès le départ, le problème est posé : la démence sous la forme de la maladie d'Alzheimer est un problème de santé publique (USA) et entraîne des symptômes pénibles au niveau du comportement et du déclin cognitif. Les auteurs se focalisent sur le symptôme de l'agitation dont ils donnent une définition. Par ailleurs, ces derniers avancent le fait que cette revue et méta-analyse a pour but de regrouper les principales études sur les interventions non pharmacologiques afin d'en mesurer les effets et de les comparer entre eux.</p> <p>Ce problème est de fait approprié au contexte des connaissances actuelles, les auteurs se référant à des statistiques actuelles pour avancer leurs dires (2008).</p> <p>Les conséquences pour la personne souffrant de ces symptômes, son entourage et les soignants sont particulièrement pertinentes pour la discipline infirmière. S'agissant d'une revue systématique et d'une méta-analyse, il n'y a guère de postulat sous-jacent. Néanmoins, les auteurs signalent les différents modèles que certaines études ont utilisés dans leurs recherches.</p>
Recension des écrits
La recension des écrits peut être ici la démarche utilisée par les auteurs pour chercher les articles actuels sur le phénomène à l'étude, en lien avec l'objectif que les auteurs ont. Il y a donc des sources primaires et secondaires.

Cadre de recherche
Comme cité précédemment, comme il s'agit d'une revue systématique/méta-analyse, il n'y a pas de cadre de recherche servant de fil rouge à l'étude.
Buts et question de recherche
Le but de l'étude est énoncé de façon claire dès le départ. De plus, les variables clés et la population à l'étude sont explicitées en fonction des articles sélectionnés. Les variables reflètent les concepts précisés dans le cadre de recherche. Pour amener à bien leur travail, les auteurs s'appuient sur la méthode de recherche (écrite ci-après) servant à sélectionner les articles leurs semblant pertinents.
METHODE
Population et échantillon
La population visée est définie de façon précise à savoir : les adultes souffrant de démence (spécifiquement la maladie d'Alzheimer) dont l'agitation réduit la qualité de vie en institution de soins. L'échantillon (N=586) n'est pas détaillé en fonction des articles sélectionnés. Les auteurs décrivent la méthodologie utilisée pour rechercher les articles sur les bases de données. Lié au devis de l'article, il n'est guère pertinent de parler du plan d'échantillonnage étant donné que celui-ci est propre à chaque article sélectionné.
Considérations éthiques
Il n'y a pas de mention de la part des auteurs concernant cet aspect. Il faudrait lire chaque article sélectionné pour savoir si cet aspect est abordé.
Devis de recherche
Le devis en tant que tel sert à répondre au but défini par les auteurs. De fait, la méthode de recherche est adaptée à l'étude (critères pour choisir les articles). Le choix du devis permet de respecter les critères scientifiques.
Modes de collectes de données
Les outils de mesure des différents articles sont décrits et ils permettent de mesurer les variables en question. Les auteurs listent les outils de mesures utilisés selon les différentes études et mentionnent les études qui ont créé des instruments pour leurs recherches.
Conduite de la recherche
Le processus de collecte des données/enregistrement est explicité (selon des critères d'inclusion).

Les données ont été recueillies de manière à minimiser les biais en faisant appel à du personnel compétent : deux chercheurs et un troisième si besoin en qualité de médiateur pour arriver à un consensus sur le choix des articles.

Toutes les interventions et leur type (variable indépendante) et le nombre d'article relatifs sont décrits de manière explicite sous forme de liste dans le texte narratif et sous forme de tableau.

Analyse des données

Les méthodes d'analyse, à savoir les tests statistiques et à quel but sont expliqués. Les données récoltées et la méta-analyse ont été menées grâce à un logiciel spécifique : Review Manager Software. Le but est de rechercher un effet de taille pour chaque article pris individuellement et le choix de l'intervalle de confiance est mentionné.

Les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats sont pris en considération dans les analyses et mentionnés (taille des échantillons, différentes échelles de mesures et types d'intervention).

Les résultats ne sont pas résumés à ce stade de l'étude.

RESULTATS

Présentation des résultats

Les résultats sont explicités par un texte narratif et également présentés sous forme de tableaux et de figures. Le tout est associé de manière à comprendre les résultats du phénomène à l'étude.

Il n'est guère fait mention d'une analyse des données par des experts dans cette étude. Etant donné que c'est une revue systématique et une méta-analyse, on peut supposer que les données ont été évaluées par des experts.

DISCUSSION

Interprétations des résultats

Les résultats sont interprétés en fonction de la thématique de départ et selon les tests statistiques utilisés. Comme il n'y a pas de cadre de recherche, les résultats ne sont pas discutés selon un quelconque cadre. L'interprétation et la conclusion sont conformes aux résultats des analyses obtenus et en découlent logiquement.

Les résultats concordent avec les études antérieures concernant le sujet. Les auteurs ne mentionnent pas d'études antérieures lors de l'interprétation des résultats.

Les auteurs ont défini les limites de l'étude à savoir : peu d'études répertoriées selon les catégories, petits échantillons, variabilité dans la nature et la durée des interventions.

Les auteurs soulèvent la question du caractère transférable des conclusions à la pratique clinique ; ils mentionnent en effet les interventions semblant avoir le plus d'efficacité (« sensory interventions », facilité d'accès, peu coûteux, pas de danger, diminution des contentions chimiques et physiques ») tout en ajoutant le fait que d'autres recherches plus rigoureuses sont nécessaires pour appuyer le caractère scientifique utile à une pratique réflexive.

Conséquences et recommandations

Les conséquences des résultats de l'étude sont tout à fait pertinentes pour la discipline et la pratique clinique car les problématiques liées à la démence sont un vrai problème de santé publique de plus en plus présent. Comme cité précédemment, les auteurs précisent les conséquences pour la pratique clinique mais mentionnent aussi le besoin d'études ultérieures.

Les auteurs recommandent notamment de plus rigoureuses études (plus grands échantillons sélectionnés sur la base de tests, RCT avec répartition en double-aveugle, consensus sur une définition plus précise de l'agitation et utilisation de modèles théoriques servant de cadre aux recherches, comparaison pharmacologique et non pharmacologique et études longitudinales) afin de limiter au maximum les biais et d'avoir plus de valeur scientifique.

Les données sont malgré tout suffisamment riches car découlant de tests statistiques fiables pour appuyer les conclusions, présentant ainsi un intérêt certain pour la discipline infirmière.