

Table des matières

Résumé du Travail de Bachelor	ix
Problématique	ix
Concepts abordés	ix
Méthode	x
Résultats	x
Conclusion	xi
Mots-clés.....	xii
Remerciements	xiii
Chapitre 1: Introduction.....	1
Chapitre 2: Problématique.....	3
1. Survenue de la question de départ	3
2. Pertinence de la question pour les soins infirmiers	4
2.1 Métaparadigme infirmier	4
2.2 Les savoirs de Carper	7
3. Revue exploratoire de la littérature	9
4. Concepts retenus	23
5. Problématique et perspectives/propositions pour la pratique... ..	24
Chapitre 3: Concepts et champs disciplinaires infirmiers	25
6. Définition des concepts retenus	25
6.1 La maladie d'Alzheimer	26

6.2 Le stade avancé de la maladie d'Alzheimer	28
6.3 La communication	31
6.4 La stratégie (de communication)	35
6.5 Le domicile	36
7. Le cadre théorique.....	42
7.1 Lien avec notre question PICOT	50
Chapitre 4: Méthode	51
8. La méthode PICOT pour définir et délimiter la question de recherche	51
9. Elaboration de la question de recherche et détermination du type de question	52
10. Critères de sélection des articles	52
11. Stratégie de sélection des articles	53
Chapitre 5: Synthèse des résultats/discussion	55
12. Synthèse des résultats des articles	55
12.1 <i>Quantitative analysis of formal caregivers' use of communication strategies while assisting individuals with moderate and severe Alzheimer's disease during oral care (Wilson, Rochon, Mihailidis & Leonard, 2013).</i>	55
12.2 <i>Examining Success of Communication Strategies Used by Formal Caregivers Assisting Individuals With Alzheimer's Disease During an Activity of Daily Living (Wilson, Rochon, Mihailidis & Leonard, 2012).</i> ...	57

12.3 <i>Effective Communication and Behavior Management Strategies in the Care and Treatment of Alzheimer's Disease</i> (Galik, Sparks & Spurlock, 2008).	58
12.4 <i>Maladie d'Alzheimer: stratégies de communications et d'interventions, une approche sans mots</i> (Muller & Gillet, 2014).	59
12.5 <i>A systematic review of communication strategies for people with dementia in residential and nursing homes</i> (Vasse, Vernooij-Dassen, Spijker, Rikkert & Koopmans, 2009).....	61
12.6 <i>Alzheimer's disease and language impairments: social intervention and medical treatment</i> (Klimova, Maresova, Valis, Hort & Kuca, 2015).....	62
12.7 <i>Matched and mismatched appraisals of the effectiveness of communication strategies by family caregivers of persons with Alzheimer's disease</i> (Savundranayagam & Orange, 2014).....	64
12.8 <i>Communicative strategies training effectiveness to caregivers of patients with dementia</i> (Roque, Ortiz, Araujo & Bertolucci, 2009).	65
12.9 <i>La communication non verbale dans la maladie d'Alzheimer</i> (Schiaratura, 2008).....	67
12.10 <i>Video Prompting Versus Other Instruction Strategies for Persons With Alzheimer's Disease</i> (Perilli, Lancioni, Hoogeveen, Caffo, Singh, O'Reily, Sigafos, Cassano & Oliva, 2013).	69

12.11 <i>Developpement of an observer rating scale for caregiver communication in persons with Alzheimer’s Disease</i> (Williams & Parker, 2012).....	70
12.12 <i>Evidence-based Practice recommandations for Dementia : Educating caregivers on Alzheimer’s Disease and training communication strategies</i> (Zientz, Rackley, Chapman, Hooper, Mahendra, Kim & Cleary, 2007).....	72
13. Développement des résultats en lien avec la question PICOT .	73
13.1 Lien avec le cadre théorique	77
14. Perspectives et propositions pour la pratique	78
Chapitre 6: Conclusion.....	80
15. Apport du Travail de Bachelor	80
16. Limites	81
17. Perspectives pour la recherche	85
Chapitre 7: Références	87
Chapitre 8: Appendices.....	93

Liste des tableaux

Appendice A	93
Tableau n° 1: Concepts, PICOT et descripteurs.....	93
Appendice B	95
Tableau n° 2: Stratégie de sélection des articles dans la base de données Pubmed	95
Appendice C	99
Tableau n° 3: Stratégie de sélection des articles dans la base de données Cochrane	99
Appendice D	102
Tableau n° 4: Stratégie de sélection des articles dans la base de données Cinahl	102
Appendice E	104
Tableau n° 5: Stratégie de recherche d'articles dans la base de données Medline.....	104
Appendice F	106
Tableau n° 6: Stratégie de sélection des articles dans la base de données JBI	106
Appendice G	107
Tableau n° 7: Stratégie de sélection des articles dans la base de données PsycInfo	107
Appendice H	109
Tableau n° 8: Impact factor et niveau de preuve hiérarchique.....	109

Appendice I	111
Tableau n° 9: Grille de Fortin (2010) adaptée n° 1	111
Appendice J	129
Tableau n° 10: Grille de Fortin (2010) adaptée n° 2.....	129
Appendice K	144
Tableau n° 11: Grille de Fortin (2010) adaptée n° 3.....	144
Appendice L	152
Tableau n° 12: Grille de Fortin (2010) adaptée n° 4.....	152
Appendice M	161
Tableau n° 13: Grille de Fortin (2010) adaptée n° 5.....	161
Appendice N	174
Tableau n° 14: Grille de Fortin (2010) adaptée n° 6.....	174
Appendice O	181
Tableau n° 15: Grille de Fortin (2010) adaptée n° 7.....	181
Appendice P	190
Tableau n° 16: Grille de Fortin (2010) adaptée n° 8.....	190
Appendice Q	201
Tableau n° 17: Grille de Fortin (2010) adaptée n° 9.....	201
Appendice R	208
Tableau n° 18: Grille de Fortin (2010) adaptée n° 10.....	208
Appendice S	217
Tableau n° 19: Grille de Fortin (2010) adaptée n° 11.....	217
Appendice T	227

Tableau n° 20: Grille de Fortin (2010) adaptée n° 12..... 227

Rapport-Gratuit.com

Résumé du Travail de Bachelor

Problématique

Ce Travail de Bachelor s'intéresse au maintien à domicile des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer au stade avancé. Pour permettre à la personne de rester le plus longtemps possible chez elle, il est nécessaire de mettre en place une prise en charge adaptée de la part des soins infirmiers et ceci passe par l'évaluation des besoins (Aymot, 2008 ; Ennuyer, 2006). La communication est la clé de cette appréciation (Charazac, 2009). Cependant la démence en question affecte les capacités de communication (Boislève, 2010). Dès lors, quelles sont les stratégies de communication efficaces permettant de pallier cette difficulté ?

Concepts abordés

Les concepts retenus pour guider notre recherche et élaborer la question qui s'y rattache sont: la maladie d'Alzheimer, le stade avancé de celle-ci, la communication, la stratégie et le domicile. La théorie de l'humaindevenant (Parse, 2010) est le cadre théorique choisi pour éclairer notre travail sous un angle différent, de par sa vision de l'individu et de l'importance de la communication.

Méthode

Notre question de recherche a été déterminée en suivant la méthodologie PICOT. Chaque mot clé a ensuite été traduit en anglais, puis introduit dans les différentes bases de données: *PubMed*, *Cochrane*, *PsycInfo*, *Cinhal*, *Medline* et *JBI*. Cette recherche de littérature nous a permis de sélectionner 12 articles, en fonction de leur pertinence et leur fiabilité, qui traitent des connaissances actuelles à propos de notre sujet.

Résultats

Les résultats trouvés mettent en évidence plusieurs stratégies efficaces et non efficaces. Selon cette revue d'articles, les stratégies effectives sont de: donner une instruction simple (Muller & Gillet, 2014 ; Roque, Ortiz, Araujo & Bertolucci, 2009 ; Savundranayagam & Orange, 2014 ; Williams & Parker, 2012 ; Zientz, Rackley, Chapman, Hooper, Mahendra, Kim & Cleary, 2007), parler en face de la personne (Klimova, Maresova, Valis, Hort & Kuca, 2015 ; Roque et al., 2009 ; Williams et al., 2012 ; Zientz et al., 2007), former les soignants aux stratégies de communication (Klimova et al., 2015 ; Roque et al., 2009 ; Vasse, Vernooij-Dassen, Spijker, Rikkert & Koopmans, 2009 ; Zientz et al., 2007) et encourager la personne (Galik, Sparks & Spurlock, 2008 ; Wilson, Rochon, Mihailidis & Leonard, 2013 ; Wilson, Rochon, Mihailidis & Leonard, 2012 ; Zientz). A contrario, le fait d'assister

complètement le résident (Savundranayagam & Orange, 2014 ; Wilson, Rochon, Mihailidis & Leonard, 2013), interrompre le patient (Roque, Ortiz, Araujo & Bertolucci, 2009 ; Williams & Parker, 2012) et corriger les erreurs (Williams et al., 2012 ; Zientz, Rackley, Chapman, Hooper, Mahendra, Kim & Cleary, 2007) sont les stratégies les moins efficaces.

Cependant, certains articles n'avaient pas le niveau de preuve espéré et d'autres ne présentaient pas une méthode claire.

Conclusion

Une utilisation adéquate des stratégies de communication pourrait, selon plusieurs études, améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer de par l'amélioration la prise en charge infirmière (Klimova, Maresova, Valis, Hort & Kuca, 2015 ; Schiaratura, 2008 ; Zientz, Rackley, Chapman, Hooper, Mahendra, Kim & Cleary, 2007) et renforcer la relation entre la personne soignante et le soigné (Muller & Gillet, 2014 ; Schiaratura, 2008). Cela justifie l'intérêt d'effectuer des recherches supplémentaires et plus rigoureuses sur la question de la communication face aux personnes atteintes de cette démence. Il pourrait alors également être intéressant de se pencher sur la généralisation de ces stratégies de communication aux autres démences.

Mots-clés

Maladie d'Alzheimer – stade avancé – stratégie de communication –
domicile

Remerciements

Nous tenons particulièrement à remercier notre directrice de mémoire, Madame Françoise Schwander-Maire, Inf., MSc en Sciences Infirmières, Professeure chargée d'enseignements HES pour son temps, ses conseils avisés et son soutien.

Nous remercions toutes les personnes ayant contribué à la réalisation et à la rédaction de cette étude:

- Jérémie Schönenberger, Anne Jenni, Marie-Pierre Bigler et Tabata Zebbari pour avoir contribué à la correction orthographique et syntaxique de ce travail.

Pour finir, nous souhaitons adresser nos remerciements aux personnes ayant permis de concrétiser notre travail :

- Nos proches pour leurs encouragements et leur soutien durant la réalisation de ce travail.

Chapitre 1: Introduction

Dans le cadre de notre formation de Bachelor en soins infirmiers, il nous est demandé de réaliser un Travail de Bachelor basé sur une thématique provenant d'une institution pratiquant les soins infirmiers. Nous avons élaboré un questionnaire professionnel en lien, puis avons effectué une recherche d'articles scientifiques afin de pouvoir y répondre. Ces derniers ont été trouvés sur différentes bases de données. Ils ont été analysés afin de traiter notre problématique et nous permettre d'effectuer des recommandations pour la pratique.

Ce travail est divisé en cinq parties: la problématique, les concepts et champ disciplinaire infirmier, la méthode, la synthèse des résultats/discussion et la conclusion.

La problématique nous a permis de développer notre questionnaire au travers d'une revue exploratoire. La deuxième partie présente nos concepts retenus comme étant pertinents, ainsi que notre carte théorique où nous avons choisi la théorie de l'humaindevenant de Rosemarie Parse (1981). Cette partie nous a permis de cerner notre sujet et de le préciser afin d'aboutir à notre question de recherche qui se présente comme ceci: « Quelles sont les stratégies de communication efficaces dans la prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer au stade avancé, vivant à domicile ? ». Cette dernière permet ensuite d'introduire la méthode et le développement de notre recherche d'articles scientifiques dans diverses

bases de données (PubMed, Cinahl, PsycInfo, Medline, Cochrane et JBI) à l'aide de mots-clés définis rigoureusement par notre question PICOT. La lecture et l'analyse des articles ont été effectuées au travers de l'utilisation de la grille de Fortin (2010) adaptée afin d'en évaluer leur pertinence. Par ce biais, la fiabilité des articles et les éléments primordiaux ont pu être mis en évidence. Les résultats sont présentés par article, puis une synthèse les regroupe afin d'établir des recommandations pertinentes. Cette étape permet un regroupement de nos résultats de recherche par thématique afin de ressortir les éléments intéressants pour notre travail. La conclusion, quant à elle, apporte les éléments facilitants et contraignants, ainsi que les limites de notre recherche et les perspectives envisagées.

Chapitre 2: Problématique

1. Survenue de la question de départ

Parmi les différentes thématiques proposées, nous avons sélectionné le thème suivant: « Quelles sont les pratiques probantes pour favoriser le maintien à domicile des clients ? ». Durant nos différents stages, nous avons relevé que, parmi les demandes des patients les plus fréquentes, figurait le fait de connaître la date de leur retour à domicile. De plus, nous avons constaté que, pour les personnes âgées, cette question posait souvent problème. En effet, ce type de population en particulier nécessite souvent une aide importante pour les activités de la vie quotidienne (OFS, 2014). Dès lors, comment aider les personnes précitées à retourner à leur domicile et leur permettre d'y demeurer le plus longtemps possible, malgré leurs difficultés ? C'est pour répondre au mieux à ce questionnement que notre choix s'est porté sur cette thématique.

Selon le Service de la Santé Publique du canton de Neuchâtel (2013), le maintien à domicile des personnes âgées rejoint les problématiques de la Santé Publique. En effet, en s'appuyant sur une recherche de l'Office Fédéral des Statistiques (OFS, 2014) traitant de la santé fonctionnelle chez les personnes âgées à domicile, on peut se rendre compte de l'ampleur du phénomène : deux personnes sur dix âgées de 65 ans et plus sont limitées

dans les activités de tous les jours et plus de la moitié d'entre elles reçoit une aide de la part d'un proche ou d'un service d'aide à domicile.

En premier lieu, nous nous sommes interrogés sur la notion de « maintien à domicile », ses enjeux et ses obstacles. De là est alors parti tout notre cheminement, nos lectures et nos réflexions. Notre question naïve s'intéresse par conséquent au maintien à domicile, aux soins infirmiers, à la personne soignée ainsi qu'aux difficultés que peuvent rencontrer les soignants dans ce milieu particulier. En effet, nous supposons que le fait de ne pas se trouver au sein d'une institution, mais de se rendre dans le milieu de vie des personnes afin d'y faire des apparitions ponctuelles, influence et modifie la prise en charge desdites personnes. Il serait donc intéressant de déterminer comment prendre soin du client dans son environnement privé. Notre question naïve pourrait se résumer comme suit: quels sont les éléments pouvant réduire le temps de maintien à domicile et comment y remédier ?

2. Pertinence de la question pour les soins infirmiers

2.1 Métaparadigme infirmier

Le métaparadigme infirmier renferme quatre éléments primordiaux ayant été développés par Fawcett (1978 ; dans Potter & Perry, 2010): la santé, les soins infirmiers, l'être humain et l'environnement.

Selon Fawcett (1978 ; dans Potter & Perry, 2010), la santé est un vécu, tant par un malade en phase terminale que par une personne en santé optimale. Il s'agit d'un état de bien-être. En effet, le fait de rester chez soi permet à la personne d'avoir l'impression d'une meilleure qualité de vie et donc un meilleur état de bien-être (Fasseler, 1987 ; dans Simeone, 1988). Les personnes âgées sont souvent les plus touchées par les pathologies multiples pouvant mettre en péril le fait de rester à leur domicile (Ennuyer, 2006). Selon une enquête suisse sur la santé de l'OFS (2014), la moitié des personnes âgées de plus de 65 ans présenterait une maladie ou un problème de santé de longue durée qui pourrait affecter leurs capacités fonctionnelles. L'importance des soins à domicile est donc évidente, ils permettent à ces personnes de rester chez elles.

Au niveau des soins infirmiers, Fawcett (1978 ; dans Potter & Perry, 2010) les définit comme étant toutes les actions ayant pour but d'aider et de soutenir le patient. L'évaluation de la démarche de soins fait également partie des soins infirmiers. Nous retrouvons, dans notre thématique qui émane d'une demande du service de soins à domicile du Bas-Vallon, les interventions infirmières propres aux soins à domicile. Ainsi que la considération des limites propres à ce milieu, qui peuvent être rencontrées et leurs solutions si elles existent. Le but recherché est non seulement d'adapter au mieux la prise en charge à la personne, mais également de permettre de répondre à leurs besoins malgré les difficultés rencontrées ; celles-ci pouvant être générées par le fait d'être à domicile.

L'être humain représente le bénéficiaire de soins ; ce dernier pouvant, d'après Fawcett (1978 ; dans Potter & Perry, 2010), être à la fois une personne, une famille, un groupe ou une communauté. Il est au cœur des soins. Dans notre thématique, il est question de client, qui est lui aussi au cœur du maintien à domicile et peut représenter une personne ou une famille. Le client s'inscrit dans un contexte, un environnement précis avec la présence – ou non – de proches. La famille a une place particulière dans un tel cas, le patient peut rester le plus longtemps possible chez lui grâce à elle (Ducharme, 2006). Ce dernier se définit aussi par ses limites qui peuvent parfois lui poser problème dans la vie de tous les jours et, par conséquent, rendre difficile le maintien à domicile.

D'après Fawcett (1978 ; dans Potter & Perry, 2010), l'environnement comprend l'aspect physique, social et contextuel de la personne. Dans notre question de départ, l'environnement reprend le domicile du patient qui se trouve en interaction avec les soins infirmiers en particulier les soins à domicile. Nous y retrouvons aussi l'entourage du patient (conjoint, famille, amis, etc.), les ressources à disposition, mais également les contraintes qui y sont liées ainsi que l'adaptation qui doit s'y faire. Or, le milieu du domicile est très différent du contexte hospitalier et exige des changements (Ennuyer, 2006). Cet environnement peut être lui aussi source de limites. Il est donc important de reconnaître lesdits changements pour pouvoir répondre aux besoins du patient.

2.2 Les savoirs de Carper

Les savoirs de Carper (1978) sont au nombre de quatre: le savoir empirique, le savoir esthétique, le savoir éthique et le savoir personnel. Ces notions vont nous aider à mieux comprendre en quoi notre questionnement s'inscrit dans la discipline infirmière.

Selon Carper (1978 ; dans Chinn et Cramer, 2008), le savoir empirique reprend ce que l'on peut trouver dans la recherche et dans la démarche scientifique en passant par quatre phases: l'observation, l'exploration, la description et l'explication des phénomènes dans le but de pouvoir décrire, prédire et comprendre le questionnement des soins infirmiers. Pour répondre à notre question naïve, concernant les limites à mettre en évidence ainsi que les solutions éventuelles, nos recherches passeront par les quatre phases de la démarche scientifique. Dans le cas présent, nous recherchons à explorer la communication chez les personnes atteintes d'Alzheimer et décrire des approches et des méthodes de communications qui sont conseillées pour ces personnes. Pour y parvenir, nous allons effectuer une revue exploratoire dans les bases de données, avec un tri selon des critères d'inclusion et d'exclusion.

Au niveau du savoir esthétique, Carper (1978 ; dans Chinn et Cramer, 2008) le définit comme étant axé sur la créativité, sur l'habileté, sur la manière de considérer la relation, d'aider l'autre, de percevoir ses besoins et d'y répondre de manière artistique et empathique. Dans la situation qui nous



préoccupe, le but sera de rechercher comment s'adapter aux enjeux du maintien à domicile selon la personne, son contexte clinique, ses préférences et son environnement. La relation empathique entre le soigné (personne maintenue à domicile) et le soignant (s'occupant des soins à domicile) entre également en compte ici.

Le savoir éthique regroupe tous les jugements d'ordre moral (bien ou mal ; juste ou faux) avec les codes déontologiques, les valeurs et les normes éthiques (Carper, 1978 ; dans Chinn et Cramer, 2008). Dans le cadre de notre réflexion, il s'agit de prendre en compte les valeurs de la personne à domicile, tout en respectant le code déontologique, ainsi que les normes éthiques et les valeurs des soignants. Les interventions des soignants doivent être justes, bienfaitantes et répondre tant aux besoins du bénéficiaire de soins qu'aux critères de la dimension éthique, à savoir le respect de l'autonomie, la bienfaisance, la non-malfaisance et la justice (ASI, 2003).

Le savoir personnel (Carper, 1978 ; dans Chinn et Cramer, 2008), fait appel à la connaissance de soi pour créer plus facilement une relation thérapeutique avec l'autre, tout en gardant son intégrité personnelle. Le soignant doit se connaître lui-même afin de pouvoir entretenir une relation thérapeutique favorable avec le soigné et ce, y compris dans sa sphère privée. Dans une thématique ayant pour élément central le maintien à domicile, cet aspect est d'autant plus important puisqu'un soignant intervenant dans le cadre du domicile du patient entre dans la sphère de

celui-ci. Si le soignant reconnaît ses valeurs et ses limites, il pourra entrer en relation thérapeutique plus aisément, d'une manière globale, authentique et saura également mieux se situer et instaurer un climat professionnel de confiance.

Ces différents éclairages sur notre thématique de départ nous permettent de nous rendre compte que notre interrogation a un réel impact sur la discipline des soins infirmiers. En effet, dans celle-ci, il y a une interaction entre un soignant et un soigné, dans un contexte donné et dans un but précis: la santé. Les interventions vont reposer sur des soins fondés de qualité au moment opportun. Il s'agit également, selon les savoirs de Carper (1978 ; dans Chinn et Cramer, 2008), de prendre le temps de se connaître soi-même, de respecter un code déontologique selon l'éthique, de respecter l'environnement du patient selon le savoir esthétique et d'offrir des soins probants selon le savoir empirique.

3. Revue exploratoire de la littérature

Lors de nos premières recherches, l'aspect du proche aidant en lien avec le maintien à domicile nous a paru être un sujet intéressant. En effet, l'implication des proches aidants dans la prise en soin et le maintien de l'autonomie des personnes a une grande influence. Nous souhaitons nous axer sur les conséquences sur l'état de santé des proches aidants dans l'aide

au maintien à domicile des clients. Malheureusement, ce sujet étant une problématique trop vaste, nous avons repris notre revue exploratoire et avons recherché de nouvelles pistes.

Concernant le maintien à domicile, d'après l'ouvrage d'Ennuyer (2006), le premier aspect qui transparait est le désir des personnes de rester chez elles, de pouvoir vivre leur vie, malgré les risques que cela peut impliquer. Toutefois, la définition du domicile est nécessaire avant de continuer dans ce travail. Le dictionnaire Larousse disponible en ligne (2015), définit le terme domicile comme le « lieu où quelqu'un habite en permanence ou de façon habituelle ». Autrement dit, nous pouvons en déduire que la vie de la personne va être principalement centrée sur son domicile, donc, sa qualité de vie y sera elle aussi étroitement liée. Un lieu de vie implique selon Ennuyer (2006) des repères, des habitudes et un mode de vie. Pour la personne à domicile, tous ces éléments contribuent à sa sécurité, à son confort, mais aussi à sa santé, qu'elle soit physique ou mentale, d'où l'importance pour elle d'y rester le plus longtemps possible. Cependant, Ennuyer (2006) ressort un certain nombre d'enjeux liés au maintien à domicile, comme l'aspect de l'intrusion dans l'espace privé du patient avec l'intervention des soins à domicile, la relation avec le proche aidant, la coordination de tous les acteurs impliqués (par exemple, la famille, le patient, le médecin, les infirmières, les assistantes en soin et santé communautaire ou le physiothérapeute) ainsi que l'évaluation et l'adaptation en conséquence de la prise en charge.

Ce même auteur met également en évidence des limites au fait d'être soigné à domicile. Tel est notamment le cas lorsque l'état de santé se détériore et que le dispositif de soutien ne peut être renforcé – par exemple lors de fin de vie ou si les proches aidants sont épuisés et ne peuvent plus assumer leur rôle suite à un investissement trop important, ou si aucun proche n'est disponible pour suppléer à la dépendance de la personne-. Une autre limite peut aussi concerner le manque de personnel soignant: le manque d'infirmières libérales en zone de campagne pour la France en est un exemple parlant. La question du financement peut également mettre fin au maintien à domicile, plus particulièrement lorsque ce soutien devient trop onéreux. Il est également possible que la personne elle-même désire entrer en institution car elle ne se sent plus suffisamment en sécurité chez elle. L'angoisse liée à la précarité de sa santé, aux changements dus à la vieillesse et à la maladie l'amène à douter de la sécurité de la prise en charge réalisée par les soins à domicile (Ennuyer, 2006). Elle peut vouloir rester à son domicile malgré le fait que les soignants ne font pas comme elle le souhaite et comme elle pense que les tâches doivent être effectuées.

Aymot (2008) ajoute la continuité des soins comme enjeu, ainsi que des limites liées à l'environnement, à la pathologie, à l'habitat ainsi qu'à l'évaluation des risques (jusqu'où les accepter ?). Il identifie quatre craintes principales de la personne âgée: la santé, la sécurité, la solitude et les revenus. Cela peut notamment expliquer les angoisses qui mènent à l'institutionnalisation. Aymot (2008) relève également l'importance d'une

évaluation correcte des besoins au sens large (de santé, sociaux, relationnels, de confort, de soutien et d'accompagnement).

Deux aspects sont ressortis des informations d'Ennuyer (2006) et d'Aymot (2008), à savoir le sentiment d'insécurité de la personne âgée et l'évaluation de la situation. Ces deux points se lient dans le sens qu'une évaluation adaptée permet la mise en place d'une prise en charge adéquate qui devrait répondre au sentiment d'insécurité du patient ; la clé étant l'évaluation. Par ailleurs, la communication est essentielle afin de permettre cette évaluation des besoins et des risques. En effet, comment se renseigner sur les problèmes et leurs pistes de résolutions préférentielles autrement qu'en discutant avec la personne ?

Parallèlement, selon l'OFS (2015), la population majoritaire des soins à domicile (3/4 de la clientèle en Suisse) se compose de personnes âgées de 65 ans et plus. En outre, toujours en Suisse, selon une étude de 2013 effectuée par Ecoplan à l'intention de l'OFS, le nombre de personnes atteintes d'une pathologie de la démence est estimé à 110'000, dont 65 % sont âgées de plus de 80 ans. Selon l'Association Alzheimer Suisse (citée dans Ecoplan, 2013), plus de la moitié des personnes atteintes de démences vivent à leur domicile. Par ailleurs, 55 % d'entre elles ont recours à des services d'aide et de soins à domicile. Toutefois, il n'existe pas de chiffres précis concernant la part que représentent les personnes démentes dans la clientèle des soins à domicile. Suite à deux sondages, cette part a été évaluée entre 15 et 40 % en 2011. Selon les projections de l'OFS (2013),

environ 190'000 personnes seront atteintes de démence en 2030 et 300'000 en 2060. La démence est, par conséquent, un problème de santé publique. Ecoplan (2013) précise que la forme la plus fréquente de démence est la pathologie d'Alzheimer. Girard et Canestri (2000), quant à eux, soulignent le fait que la démence de type Alzheimer représenterait le 70 % des démences.

Selon Lavoie (2004), il est apparu que la démence de type Alzheimer était une maladie qui pouvait poser plusieurs problèmes notables, mettant en péril parfois des aspects importants de la vie quotidienne, à l'image de la sécurité. Il nous paraît dès lors intéressant de se concentrer davantage sur cette maladie dégénérative. Etant, actuellement, un élément central dans la problématique de la santé publique, la démence d'Alzheimer est un sujet profondément tabou dans notre société de par sa difficulté de compréhension (notamment au niveau de la communication avec la personne ; celle-ci devenant de plus en plus difficile au fur et à mesure que la maladie évolue).

En premier lieu, cette maladie interpelle, car elle questionne au niveau de la sécurité qu'elle peut ébranler chez la personne et ce que cela implique pour sa prise en soin. Cet élément est intéressant puisque la sécurité est primordiale dans la thématique du maintien à domicile de la personne. Cela oriente rapidement sur les éléments qui pourraient avoir un impact sur cette composante importante. La communication en est un, car, dans le cas où le patient rencontre des difficultés à exprimer ses besoins, la

prise en charge s'en verra affectée et sa sécurité pourra alors être mise en danger (Lavoie, 2004).

Selon Boislève (2010), la maladie d'Alzheimer engendre une altération des fonctions cognitives occasionnant des symptômes tels que de l'aphasie, de l'apraxie, de l'agnosie, mais également un changement de personnalité, de caractère et d'humeur. Une grande partie desdits symptômes permet d'expliquer les difficultés de communication que la personne malade peut rencontrer. Par conséquent, cela pose un problème au niveau de l'expression des besoins du patient, que ce soit envers le soignant ou l'entourage. Lorsque l'identification des besoins du patient vient à faire défaut, il devient alors de plus en plus complexe de le soigner.

Toujours selon Boislève (2010), les principaux symptômes de la maladie sont: des troubles de la mémoire, du langage, de la construction des actions, de l'apprentissage, du jugement, du comportement, de la personnalité, de l'humeur ainsi qu'une désorientation spatiotemporelle.

Pour Boislève (2010), les capacités de communication deviennent de plus en plus pauvres au cours de l'évolution de la maladie, de par une perte de vocabulaire, un manque de mot (aphasie). On retrouve aussi le fait que la réalité de la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer diffère de plus en plus de celle de son entourage. En effet, la personne vit parfois avec des éléments de son passé qui ne sont pas cohérents avec la réalité. Ce dernier point peut également être une source d'inquiétude et de souffrance pour la personne, en plus de voir ses capacités diminuées.

La maladie d'Alzheimer évolue par stades. Plusieurs classifications existent. Parmi celles qui reviennent le plus fréquemment dans la littérature, nous pouvons citer la classification dite « classique » et celle tirée de l'échelle de détérioration globale de Reisberg (1982). D'après Boislève (2010), la classification classique comprend les stades légers, moyens et avancés ; ceux-ci décrivant l'évolution de la dégradation de la mémoire et l'apparition des troubles du jugement et du comportement, mais également les difficultés liées à la gestion de la vie quotidienne. La classification selon Reisberg (1982) se décline en sept stades qui évoluent en partant de l'absence de déficit cognitif à un déficit cognitif très sévère avec une diminution des fonctions motrices simples (s'asseoir, marcher), un besoin d'aide pour s'alimenter et un vocabulaire très restreint. Selon Girard et Canestri (2000), la majorité des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer à un stade avancé vivrait à domicile par vœu de la personne, mais également de la famille.

Charazac (2009), définit les stades selon des séquences de prise en charge de la maladie en considérant la relation patient-proche aidant, leurs réactions, ainsi que l'intervention des soignants. On y retrouve l'entrée dans la maladie, le cycle de la dépendance et la désidentification démentielle. Il convient de préciser que les stades précités ne sont pas forcément distincts les uns des autres. Charazac (2009) les définit comme suit: l'entrée dans la maladie correspond à l'annonce du diagnostic et l'inquiétude des proches face à la santé du malade. Se mettent en place les rôles d'aidant et d'aidé,

ainsi que les réactions de chacun face à cette situation (déni, risque de dépression, ambivalence entre désirs et peur de savoir).

Le but du cycle de la dépendance est d'assurer la stabilité du patient, sa sécurité ainsi que le maintien le plus longtemps possible de ses compétences actuelles. Une relation entre l'aidant et l'aidé se met en place pour permettre cet équilibre. Ceux-ci forment un couple qui surmonte les difficultés et angoisses liées aux crises. Quand l'aidant est dépassé et ne se sent plus capable d'assurer sa relation d'aide au patient, une crise de rupture a lieu, mettant alors fin au cycle de dépendance.

La désidentification démentielle apparaît au moment de la perte du sentiment de soi. Il s'agit d'une période dans laquelle les interactions deviennent de plus en plus difficiles et conflictuelles, de par la difficulté de communiquer avec le patient. La démence peut être considérée comme une atteinte de l'identité et du corps, qui mène à la perte de soi, ainsi qu'à des difficultés à communiquer par la parole. Il faut dès lors apprendre à décoder les comportements de la personne.

De l'analyse de Charazac (2009), il ressort nettement cette problématique qu'est la communication dans la maladie d'Alzheimer. Cependant, il ne s'arrête pas là ; il propose « des lignes de conduite ». Il indique que la parole peut aider à soutenir l'identité de la personne. En effet, par la parole, le soignant peut reprendre les troubles vécus par le patient et se proposer pour l'aider à dépasser ceux-ci. Au stade avancé de la maladie, c'est par le corps et ses comportements que le patient communique. De par sa présence, le

soignant permet l'établissement d'une communication en répondant aux manifestations corporelles ou comportementales du patient.

Le comportement peut être considéré de deux manières différentes pouvant se compléter mutuellement, toujours selon Charazac (2009): si l'on considère que le patient a des troubles du comportement, on va alors chercher à les supprimer ou les rendre supportables. Mais l'on peut également considérer lesdits troubles comme des moyens d'expression, de réaction face à l'angoisse et l'insécurité. Si tel est le cas, une communication peut se mettre en place.

Souvent, le soignant peut être effrayé par les troubles du comportement du patient, celui-ci pourra le ressentir comme une barrière ce qui ne fera qu'augmenter l'émotion traduite par le comportement (Charazac, 2009). Cette émotion, qui peut notamment consister en la peur de la mort ou de la douleur, peut se manifester, par exemple, par le refus de boire ou de manger. Ce phénomène est accentué par l'impuissance de gérer son corps et l'incompréhension ressentie par le patient. Si le soignant se trouble face à ces réactions, l'insécurité gagnera alors en plus le patient. La façon dont l'entourage réagit et communique avec le patient est donc primordiale.

Il apparaît clairement que la communication est un défi pour le malade atteint d'Alzheimer. Elle n'en reste toutefois pas moins essentielle pour lui permettre de vivre au mieux sa maladie, que ce soit au niveau de la sécurité, de la gestion, des angoisses, de la qualité de vie ou de l'adaptation de la

prise en charge. En effet, pour le soignant, la communication représente un des outils indispensable à la réalisation de son évaluation (Charazac, 2009).

Une question centrale se pose alors: que faut-il entendre par « communication » ? Selon Abric (2004), la communication, au sens large, est la transmission d'un message d'un endroit à un autre. Ceci peut être illustré par le modèle de Shannon (1952 ; dans Abric, 2004) où il situe un émetteur et un récepteur qui vont passer par un canal de codage et de décodage pour s'échanger de l'information.

À ce modèle, il faut donc ajouter plusieurs variables psychologiques, cognitives et sociales citées par Abric (2004). Dans les variables psychologiques, on retrouve le fait que l'individu est lié à son histoire et à son implication dans la situation. Pour les variables cognitives, il est mis en évidence que tout individu a un système cognitif qui lui est propre. C'est son mode de réflexion, d'organisation et de traitement de l'information. Ce système cognitif propre à la personne va déterminer le langage utilisé (le code de communication) ainsi que l'interprétation des messages. Lors de l'élaboration d'un message, il est important que l'émetteur prenne en compte le système cognitif du récepteur. Dans le cas d'une personne ayant une démence de type Alzheimer et suivant l'avancée de la pathologie, le système cognitif sera atteint et modifié, de même que, par voie de conséquence, les codes à utiliser et l'interprétation des messages. Une adaptation doit donc se faire pour communiquer avec le patient Alzheimer. Pour finir, les variables sociales sont constituées des rôles et du statut social de l'individu.

Dans l'évaluation clinique, la communication est importante selon Junod et Sommer (document non daté, 2005 mentionné dans le texte) des hôpitaux universitaires genevois. Cette évaluation se divise en deux catégories: le non verbal et le verbal.

Le non verbal comprend l'attitude et les mouvements du corps, le contact visuel, le regard qui permet de percevoir les réactions et les émotions, l'expression du visage qui indique les émotions et nos réactions, le toucher qui peut soit détendre, soit crispier le patient, les gestes qui peuvent révéler notre état intérieur ainsi que l'utilisation de l'espace. Le soignant peut montrer sa disponibilité envers le bénéficiaire de soins. Il peut aussi employer le langage non verbal pour vérifier la congruence des dires du bénéficiaire de soins. En effet, il se peut que son attitude, sa posture ou son comportement non verbal ne correspondent pas à ses dires (Junod et Sommer, 2005).

Le verbal, nous pouvons affirmer qu'il est essentiel à l'évaluation clinique. Il est donc primordial de démontrer son attention envers le patient. Cela passe notamment par: l'empathie, la légitimation et l'implication active du patient. L'empathie réside dans le fait de montrer son intérêt pour les émotions, les valeurs et l'expérience de la personne, cela permet à l'individu de s'exprimer et d'entrer dans une relation de type soignant-soigné. La légitimation s'effectue en validant et en autorisant la personne à ressentir une émotion, cela a pour but de la sentir acceptée et d'éviter toute culpabilité ou gêne qui pourrait nuire à la relation. L'implication active du

patient se crée lorsque la réflexion du soignant est partagée avec le patient et les gestes, y compris leur raison d'être, sont clairement expliqués afin de garantir une authenticité et une congruence.

Ces différents concepts ont été décrits par Rogers (2005) dans le développement de la personne où l'empathie, le non-jugement, la congruence et l'authenticité y sont développés, afin qu'une véritable relation se crée entre le soignant et le soigné. Il existe donc plusieurs aspects de la communication à prendre en compte.

De plus, selon Gollé (2008), dans la communication entre un soignant et un soigné, ces deux personnes ne se situent pas au même niveau. En effet, en plus de la mission qui lui a été assignée, le soignant a un savoir qui lui est propre, alors que le soigné ne dispose pas forcément de telles connaissances et, dans le cas d'une démence de type Alzheimer, peut être dépossédé de son identité antérieure.

Durant un entretien, le soignant va mobiliser plusieurs types de communications verbales comme, par exemple, le fonctionnel qui permet d'entrer en contact avec la personne, d'éducation thérapeutique qui consiste en des explications et des conseils simples pour le soigné et la communication dite « d'aide » qui est principalement de l'écoute active. Cette dernière est peu pratiquée principalement par manque de temps, elle est utile afin de suivre l'évolution de la personne, de sa pathologie et de sa vie. En outre, en fonction du niveau de solitude de la personne, l'infirmier

peut jouer un rôle de lien social. Néanmoins, celui-ci doit garder une certaine distance thérapeutique (Gollé, 2008).

Gineste et Marescotti (1995) par Maillot (2008), quant à eux, ont décrit une approche de l'humain ayant comme élément fondamental la communication : la philosophie de l'Humanité. Selon eux, cette dernière serait caractérisée par ce qui constitue les spécificités de l'espèce humaine, à l'image de l'humour, de l'intelligence conceptuelle, du rire ou de la socialisation. La philosophie de l'Humanité passe par trois canaux: le regard, la parole et le toucher. Le regard serait important pour sécuriser la personne. Dans le cas d'une personne démente, il est donc important que notre regard soit dans le même axe que le sien, qu'il soit horizontal et durable. La parole passe par les mots et le ton. Ce dernier traduit l'émotion ; il est donc recommandé d'utiliser un ton rassurant et aidant envers les personnes malades afin que celles-ci puissent se sentir en sécurité. Le toucher, quant à lui, n'est pas en reste puisqu'il permet d'entrer en connexion tout en laissant au patient de se réapproprier son corps et d'éprouver une sensation d'intégrité.

La communication est un élément important dans la prise en charge du patient. Cette approche de l'humain permet alors de le considérer dans son entier, d'utiliser tous les canaux que nous avons à notre disposition pour communiquer et de savoir s'en servir pour faire passer nos émotions, nos intentions, mais également pour recevoir les signaux que l'autre personne nous renvoie et les interpréter. Elle permet donc une évaluation correcte de

la situation, car elle laisse le soignant recueillir les besoins et sentiments du patient. Plusieurs manières de transmettre l'information existent, que ce soit de manière verbale ou non verbale. De plus, au sein même du langage, il existe différentes approches de communication. Il s'agit alors de trouver l'approche communicationnelle la plus adaptée au patient (Gineste et Marescotti, 1995 ; dans Maillot, 2008)

Selon Bruss (2006), la communication est une transmission d'informations. Dans les soins, l'information est primordiale lorsqu'il s'agit de sécurité. En effet, une personne qui sait reconnaître les dangers, les comprendre et faire part de ses besoins va sécuriser son environnement et sa manière de vivre. Pour que cette transmission d'informations puisse se faire, celle-ci doit donc être efficiente. Elle peut passer par les différents canaux verbaux et non verbaux. L'information passant par ces voies de communication est un soin en soi et doit être adaptée au patient. En effet, l'information est immanquablement un devoir pour le soignant et un droit pour le patient et est, par conséquent, indispensable à une prise en charge efficace et personnalisée du patient. Selon Bioy, Bourgeois et Nègre (2003), une communication non efficiente entre le soignant et le soigné entraverait la relation thérapeutique, ce qui aurait un impact non négligeable sur la qualité de la prise en charge de la personne. Si la communication ne permet pas d'instaurer un climat de confiance, le soignant peut alors rencontrer des

résistances de la part du patient ; celles-ci étant susceptibles d'entraver le passage d'informations et la qualité des soins.

4. Concepts retenus

Cette revue exploratoire effectuée, nous avons donc choisi de traiter de la personne âgée ; celle-ci constituant la population majoritaire que l'on retrouve dans le maintien à domicile (OFS, 2015). Par la suite, nous avons retenu la maladie d'Alzheimer, car il s'agit de la forme la plus fréquente de démence et qu'elle représente une forte demande de soins à domicile (Gineste et Canestri, 2000). Une des limites du maintien à domicile apparaît au niveau des soins à domicile, lorsque la prise en charge n'est plus adaptée ou n'est plus ressentie comme telle par la personne. Or, avec la maladie d'Alzheimer, la communication est plus compliquée. Il en est donc de même avec l'évaluation, dont le rôle est d'adapter le travail infirmier. Nous avons également opté pour le stade avancé de cette démence puisque même à ce stade la personne reste majoritairement à domicile (Gineste et Canestri, 2000). Le concept de communication a également été retenu étant donné que celui-ci devient difficile dans le stade avancé de la maladie d'Alzheimer et que, par conséquent, la prise en charge du patient s'en voit affectée. Finalement, le domicile est un élément primordial de notre travail étant donné qu'il s'agit précisément du contexte établi par notre thématique de départ.

En conclusion, les concepts que nous avons retenus pour ce travail sont: la maladie d'Alzheimer, le stade avancé de la maladie (6 et 7 selon Reisberg en 1982), la communication, la stratégie et le domicile.

5. Problématique et perspectives/propositions pour la pratique

Par cette problématique, nous souhaitons apporter des réponses à la pratique en permettant de mieux comprendre comment fonctionnent les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer au stade avancé, dans un contexte de domicile, en passant par la communication. Cela permettra ensuite de favoriser le lien thérapeutique. En effet, comme nous avons pu le voir, les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer vont rencontrer toutes sortes de difficultés que ce soit dans les activités de la vie quotidienne (Lavoie, 2004) ou dans les relations avec les autres (Boislève, 2010), notamment les soignants. Cela pose donc un certain nombre de problèmes au niveau de la prise en charge, comme une difficulté d'établir un lien de confiance, de comprendre les besoins du patient ou encore de permettre à la personne de vivre de manière sécuritaire et confortable à domicile (Bioy, Bourgeois et Nègre, 2003). Il est donc intéressant de comprendre par quels moyens communicationnels la personne soignante va pouvoir répondre aux besoins du patient et s'inscrire dans l'environnement de celui-ci de manière rassurante. Si le lien avec le patient peut s'établir de façon harmonieuse, s'ils

arrivent à communiquer, le soignant va alors pouvoir proposer une prise en charge bien plus globale et spécifique à la personne (Bioy, Bourgeois et Nègre, 2003). Cela va alors contribuer à rendre l'environnement du patient beaucoup plus sécuritaire, à savoir le domicile dans la problématique qui nous occupe. L'infirmière va alors intégralement s'inscrire dans le processus de maintien à domicile de cette population en lui offrant une prise en soins de qualité. Le fait de faciliter la communication avec le patient et de passer par elle pour le sécuriser va permettre de favoriser le maintien à domicile en le rassurant, l'écoutant, en prenant en compte ses besoins et en offrant, au final, une prise en charge de qualité et propre à la personne (Bruss, 2006).

Chapitre 3: Concepts et champs disciplinaires infirmiers

6. Définition des concepts retenus

Nos concepts choisis sont ceux de domicile, de la maladie d'Alzheimer, particulièrement de son stade avancé, de la communication et de la stratégie. Il convient de décrire plus spécifiquement ces concepts, dans le but de définir ce qu'il est entendu derrière chaque terme et donc de préciser les descripteurs de nos recherches. De la même manière, il est impératif de faire le lien entre nos concepts et la théorie de soins choisie afin de les

inscrire dans un cadre théorique précis qui nous servira de guide dans nos recherches.

La théorie choisie est celle de l'humaindevenant de Mme Parse (2010). Sa vision de l'individu et l'importance de la communication, pour établir le lien particulier qu'elle définit entre le soignant et le soigné, fait partie intégrante de notre questionnement étant donné que le patient et la communication en sont les éléments centraux.

6.1 La maladie d'Alzheimer

Selon Boislève (2010), la maladie d'Alzheimer est une maladie neurodégénérative, progressive et irréversible. Elle occasionne des pertes de la mémoire importantes ainsi que des fonctions cognitives engendrant des symptômes tels que de l'aphasie, de l'apraxie et de l'agnosie.

Cette démence serait le résultat de deux types de lésions: la dégénérescence neurofibrillaire et la formation de plaques séniles. La dégénérescence neurofibrillaire se développe dans le milieu intracellulaire, car la protéine tau ne se dégrade plus et s'agrège pour ensuite former des neurofibrilles qui vont empêcher le fonctionnement du neurone et provoquer sa mort. Les plaques séniles (ou plaques amyloïdes) vont apparaître dans le milieu extracellulaire, car la protéine amyloïde (ou protéine APP) ne se dégrade plus, s'accumule et s'agrège pour former des plaques qui vont se déposer dans le cerveau. Cette accumulation de dépôt amyloïde va

provoquer une dégradation progressive des neurones reliés aux fonctions cognitives (Boislève, 2010).

Ces deux lésions vont engendrer par la suite une perte neuronale progressive par mort des cellules du cerveau et la destruction des synapses.

Selon David (2009), la dégénérescence neurofibrillaire commence dans le cortex transentorhinal puis évolue progressivement en passant par l'hippocampe et le lobe temporal, puis les régions associatives polymodales, l'aire de Broca, les régions reliées aux capacités fonctionnelles et motrices, pour enfin atteindre l'ensemble des régions corticales du cerveau. La phase clinique de la démence se situe au moment où il y a atteinte des aires associatives polymodales.

Selon Boislève (2010), les neurotransmetteurs sont eux aussi touchés par la maladie. Le système cholinergique dysfonctionne dès le début de la maladie et il pourra y avoir notamment une baisse de l'acétylcholine transférase qui joue un rôle dans la mémorisation, l'apprentissage et le contrôle de l'humeur et du comportement. D'autres neurotransmetteurs sont touchés: la somatostatine, la dopamine, la noradrénaline et la sérotonine le sont également.

Les premiers signes cliniques de la maladie sont d'ordre cognitif et reliés à la mémoire, au processus d'apprentissage et à la construction des actions. Des troubles de la mémoire à court terme apparaissent dans un premier temps, puis seulement dans un stade plus avancé, la mémoire ancienne va dysfonctionner. Les difficultés qui surviennent alors le plus fréquemment



sont: des difficultés d'apprentissage, de reconnaissance, d'adaptation, de langage et de jugement. Il devient donc difficile pour la personne de s'organiser ou d'effectuer des tâches complexes, même si elles sont connues. Dans l'évolution de la maladie, Des troubles de l'humeur, du comportement et de la personnalité se produisent, suivi de la désorientation spatiotemporelle. La personne perd progressivement son autonomie et ses capacités à communiquer. Ces changements sont parfois difficiles à vivre pour les proches. Un élément qui est aussi souvent difficile à gérer et qui s'apparente à la communication est le fait que la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer vit dans une certaine vision du monde, qui n'est plus la même que les personnes de son entourage et cela peut avoir pour conséquence de l'incompréhension. Le fait de tenter sans cesse de ramener à la réalité la personne démente va créer chez celle-ci une souffrance et un épuisement pour les proches. Il est important de comprendre que la réalité d'une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer n'est pas la nôtre.

6.2 Le stade avancé de la maladie d'Alzheimer

Il existe plusieurs manières de diagnostiquer l'évolution de la maladie. Les trois stades habituellement utilisés correspondant au C.D.R. (Clinical Dementia Rating Scale) de Morris (1993) sont : le stade léger, moyen et avancé. Dans le stade léger, une perte de mémoire occasionnelle à court terme apparaît et peut s'arranger par l'utilisation d'aide-mémoire. Au stade

moyen, le déficit de mémoire devient plus important, une difficulté à retenir les événements récents apparaît, mais les souvenirs sont préservés. Survient également à ce stade une difficulté de jugement, de gestion et d'organisation des activités de la vie quotidienne (AVQ). Ensuite des troubles du comportement et parfois de l'agressivité sont observés. Pour ce qui est du stade avancé, la personne devient dépendante avec une perte de mémoire généralisée, une désorientation, des troubles psychiatriques, de l'errance et un comportement imprévisible.

Il existe également les sept stades selon l'échelle de Reisberg (1982). Le premier fait référence à l'absence de déficit cognitif : aucune difficulté dans la vie quotidienne. Le stade deux met en évidence un déficit cognitif très léger : oubli des noms, de l'emplacement des objets, difficulté à trouver ses mots. Puis le troisième stade où un déclin cognitif léger se retrouve : difficulté à s'orienter dans un endroit inconnu et à fonctionner au travail. Dans le quatrième, Reisberg décrit le déficit cognitif modéré : difficulté à accomplir des tâches complexes. Le cinquième décrit un déficit cognitif modérément sévère : besoin d'aide pour le choix des vêtements, besoin de rappel pour la toilette. Puis le sixième identifié comme une déficience cognitive sévère : perte de la notion des expériences récentes, besoin d'aide à la toilette (parfois peur), besoin d'aide pour aller aux toilettes ou incontinence. Et le dernier stade, le déficit cognitif très sévère : vocabulaire très restreint, voire seulement quelques mots, perte de capacités motrices simples telles que marcher ou s'asseoir, besoin d'aide pour s'alimenter.

Le stade avancé de la maladie d'Alzheimer défini dans la terminologie classique correspond aux stades 6 et 7 selon Reisberg (1982). Selon la Société Alzheimer du Canada (2008), le stade avancé de la maladie d'Alzheimer est d'une durée pouvant varier de deux à dix ans. À ce degré de sévérité de la maladie, la personne atteinte est incapable de surmonter les éléments basiques que lui impose la vie quotidienne, le déclin cognitif sévère s'accroît. Une perte de repère spatio-temporel est présente, un mélange de temporalité entre ce qui fait partie du passé et le présent, une agnosie, une perte des capacités de communication, une incapacité à prendre soin de soi, une mobilité très réduite, des troubles de la déglutition, une incontinence, des hallucinations et délires ainsi que des troubles du comportement. Le cerveau devient de moins en moins réactif aux stimuli et le corps s'éteint progressivement. Le but est principalement de maintenir, voire d'améliorer la qualité de vie pour la personne, afin de lui offrir un confort maximum que ce soit au niveau physique, mental ou affectif.

En résumé, la maladie d'Alzheimer apporte son lot de difficultés compliquant la vie quotidienne de la personne. L'aphasie, l'apraxie et l'agnosie sont les principaux symptômes de cette affection et ceux-ci prennent de plus en plus d'importance au fur et à mesure que la maladie progresse (Boislève, 2010 & Reisberg, 1982). Les troubles du comportement ne doivent pas être oubliés, car ils peuvent véhiculer beaucoup d'incompréhension pour les proches. Le fait que le patient soit atteint

d'aphasie, d'agnosie et de troubles du comportement influe donc beaucoup sur sa capacité à communiquer. Cela d'autant plus qu'une personne atteinte de cette démence est une personne démontrant un émotionnel exacerbé (Boislève, 2010). En prenant en compte tous ces aspects, on peut dire alors que le domicile devient un repère important pour le patient, car comme le dit Ennuyer (2006), celui-ci représente un lieu sécuritaire de par son côté familial.

6.3 La communication

Selon Jarvis (2009), la communication a pour but de faire passer un message, une information. Il est important de se baser sur un contexte donné pour l'interprétation et de se rappeler que si le soignant veut faire passer un message, l'interprétation de ce dernier par le bénéficiaire de soins sera faite selon sa propre expérience, en fonction de son vécu, de sa culture et de son état physique et émotionnel.

Lorsqu'un soignant communique, il doit faire attention à plusieurs facteurs internes et externes, selon Jarvis (2009). Les facteurs internes sont: l'amour de l'autre, il s'agit du fait d'accorder des forces et des faiblesses à l'autre, de l'accepter sans le juger afin que l'individu puisse parler en se sentant en confiance. Le second facteur interne est l'empathie qui est le fait de reconnaître et d'accepter le bénéficiaire de soins comme ayant des sentiments, des émotions et de les comprendre sans les juger. Le dernier est

la capacité d'écoute où le soignant doit rester actif et attentif à ce que le bénéficiaire de soins formule afin de ne pas négliger les informations.

Les facteurs externes à la communication sont plus variés. Pour le domicile, ils se limitent aussi à trois : le respect de la vie privée, il faut être seul avec le patient. Dans un second temps, il faut veiller à ce qu'il n'y ait aucune interruption de la discussion. Et enfin, l'habillement ; la tenue du soignant doit être professionnelle et appropriée.

Selon Jarvis (2009), la communication est composée de deux parties la communication verbale et non-verbale. La communication verbale démontre l'attention du soignant envers la personne soignée au travers de l'empathie, de la légitimation et de l'implication active du patient. En outre, elle passe par de l'écoute active pour le soignant, ce qui lui permet de comprendre les dires de la personne soignée. Les techniques de communication verbales sont nombreuses pour les soignants et lui permettent de collecter les données envers le bénéficiaire de soins tout en ayant une conversation avec lui. Nous pouvons citer les questions ouvertes et les questions fermées. Selon Jarvis (2009), les questions ouvertes permettent au soignant de recueillir un maximum d'informations données par le soigné en le laissant parler, voire en le relançant. Toutefois, ces informations demeurent souvent généralisées et le soignant doit alors faire preuve de patience avant de pouvoir poser une autre question. Les questions fermées, quant à elles, visent des informations précises, elles offrent souvent un choix de réponses (deux informations, un oui ou un non). D'autres techniques peuvent être

utilisées, chacune permet au soignant de recueillir des informations auprès du bénéficiaire de soins comme le silence qui permet à l'individu de réorganiser sa pensée et au soignant d'observer sa communication non verbale. La clarification reformule les dires de la personne et permet au soignant de vérifier la bonne compréhension de son discours. L'interprétation est basée sur les émotions, le soignant va essayer d'associer les événements à des émotions afin que celle-ci puisse mieux les comprendre. Le résumé est un compte rendu de ce qui a été dit. En résumant les faits et les perceptions de l'individu, cela permet au soignant de confirmer ou d'infirmer ses compréhensions et de terminer la discussion.

La seconde partie de la communication est non verbale: celle-ci est composée de l'apparence physique, la posture, les gestes, l'expression du visage, le contact visuel, la voix, le toucher, les odeurs et les mouvements. L'apparence physique est en lien avec le stress de la personne (Selye, 1956 dans Jarvis, 2009), si elle ne se sent pas en bonne forme, elle peut alors avoir une apparence malade ou négligée, ou juste se sentir en souffrance. Les vêtements du soignant peuvent provoquer une réaction due à un stéréotype positif (confort ou expertise) ou un stéréotype négatif (une autorité ou une distanciation) selon Jarvis (2009). La posture peut indiquer une volonté de partager des renseignements ou, au contraire, peut indiquer que la personne est sur la défensive et est anxieuse. Si la personne change de position sans cesse, cela peut indiquer qu'elle est inconfortable physiquement ou avec le sujet abordé (Jarvis, 2009). L'attitude du soignant

doit être la plus calme possible afin d'être aidante et à l'écoute de la personne. Les gestes peuvent démontrer les émotions de la personne, de plus, ils peuvent aussi indiquer si la personne a une douleur et sa localisation. L'expression du visage peut aussi refléter les émotions et les conditions dans lesquelles la personne peut être. Le soignant doit y faire attention pour la personne soignée, mais aussi à son propre visage, car celui-ci doit refléter une expression attentive, sincère et intéressée. Le contact visuel doit être maintenu du côté du soignant, sans pour autant insister dessus et fixer le patient, car cela peut le rendre mal à l'aise. L'intensité, le ton de la voix et le rythme de la parole sont importants dans la communication.

Selon Gollé (2008), lors d'un entretien, il existe plusieurs types de communication: la fonctionnelle, l'éducation thérapeutique et celle d'aide. A domicile, elle permet de pouvoir suivre l'évolution de la personne, de sa pathologie et de sa vie. Toutefois, lorsque les variables cognitives de la personne sont atteintes à cause de sa pathologie, sa communication peut en être altérée, principalement la communication verbale, il faudra donc utiliser d'autres moyens non verbaux pour rassurer la personne et la comprendre. Il est aussi important de savoir aussi se tourner auprès des proches qui le suivent.

Selon Manonkian (2004), dans le cas d'une personne atteinte de désorientation, il est conseillé de maintenir au maximum la communication pour éviter un repli sur soi en encourageant la personne à parler. De plus, il

est important de les réorienter au mieux pour pallier les pertes de mémoire, aux dysphasies, à la désorientation spatio-temporelle et à la difficulté d'attention en rappelant son nom, les informations nécessaires à une question, en utilisant des phrases courtes et des sujets précis, en rappelant la date et l'heure, en utilisant des repères disponibles.

Dès lors, il est important qu'un soignant qui prend soin d'une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer soit attentif quant à sa manière d'être et de se comporter face à lui. Une personne atteinte de la démence de type Alzheimer, selon Boislève (2010), peut ne pas comprendre certains composants de la communication verbale ou non verbale, car son système cognitif est atteint et va influencer l'interprétation et la réception des messages (Abric, 2004).

6.4 La stratégie (de communication)

Selon le Larousse en ligne (2016), la notion de stratégie est l'« Art de coordonner des actions, de manœuvrer habilement pour atteindre un but. ».

Selon Oubejja (2013), ce terme trouve ses origines dans le milieu militaire.

Le concept de stratégie se retrouve bien souvent dans la gestion des entreprises. D'ailleurs, Oubejja (2013) met en avant l'importance, pour une entreprise, d'avoir une bonne vision stratégique afin de pouvoir utiliser ses ressources efficacement et ainsi faire face aux défis de son environnement. On pourrait alors ici voir un lien avec la communication. En effet, selon

Bosquet (2003), une stratégie de communication impose que le soignant ajuste ses propos face à la réaction de la personne soignée. D'ailleurs, selon le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (2012), la stratégie d'énonciation ou de communication serait un « Ensemble des choix de production linguistique en vue de mener à bien une intention énonciative ». Ainsi, pour montrer son intention, la personne va devoir déterminer une stratégie de communication qui lui permet de parvenir à son but: que son interlocuteur comprenne son message et y réagisse adéquatement.

6.5 Le domicile

Un de nos concepts principaux est celui de domicile. La définition qu'en donne le dictionnaire Petit Robert (Rey & Rey-Debove, 1986) est « le lieu ordinaire d'habitation » (p.566). Ennuyer y apporte une autre dimension dans son ouvrage de 2006, il définit le domicile comme étant « à la fois un chez soi, un abri, un territoire, une tanière, un cadre familial, un repère et un repaire, mais aussi un cadre juridique qui définit la personne au sens de la loi. » (p.19) A propos de ce dernier point, le Dictionnaire Lexis (1977 ; dans Ennuyer, 2006) énonce que c'est au sein du domicile que la personne se trouve pour exercer ses droits et devoirs, selon la loi.

De plus, toujours selon Ennuyer (2006), le domicile a aussi une dimension sociale, dans le sens où il montre l'inclusion d'une personne dans la société au contraire des SDF (sans-domicile fixe), qui eux sont en général

marginalisés. La personne y trouve donc une existence sociale face aux autres, une reconnaissance extérieure. Perla Serfaty-Gazon (2003 ; dans Ennuyer, 2006) rapporte qu'en plus d'être le signe d'intégration sociale, le domicile est également le repère de son identité sociale. En effet, l'identité sociale est le fait d'être légalement reconnu grâce à la domiciliation. Elle permet à la personne d'être individualisée. Ennuyer le résume de cette façon: « Le domicile est un lieu privilégié de l'exercice de la souveraineté de la personne et de sa construction identitaire, tant pour elle-même que pour son existence aux yeux des autres. » (p.25, 2006).

Emile Benveniste (1969 ; dans Ennuyer, 2006) ajoute une autre nuance, il y a le domicile qui sous-entend famille et le domicile qui sous-entend construction ou édifice. Ennuyer (2006) part sur cet axe familial, pour parler de la vie à domicile, du chez soi. Cette notion renvoie à l'idée d'une identité plus individuelle, plus personnelle qui s'inscrit dans l'identité familiale du domicile. Il y a une valeur affective derrière le soi, une idée d'appropriation, c'est à moi, ça me représente. Le domicile représente en général un lieu sécuritaire, d'autant plus qu'avec la maladie ou la vieillesse les capacités déclinent et l'extérieur peut alors représenter un danger. De plus, le domicile d'une personne a une signification particulière pour celle-ci, de par les valeurs, les souvenirs, les sentiments qu'il renferme (Djaoui, 2006 ; dans Ennuyer, 2006). Fabre (1987 ; dans Simeone, 1988) ajoute également que pour ces personnes le rêve ultime est de rester chez soi, avec ses meubles, ses bibelots, son cadre de vie, son quartier. Au sein de ce lieu se trouvent les



racines familiales avec les portraits, photos des gens aimés. Son monde est également rempli de souvenirs, de son histoire à laquelle peut se raccrocher sa mémoire (Faessler, 1981 ; dans Simeone, 1988).

Aymot (2008) présente quant à lui le domicile, comme le miroir de la vie de la personne, que ce soit son histoire ou ce qu'elle vit en ce moment. La maison permet de satisfaire plusieurs besoins, comme celui de l'espace, du repos, de la détente, du bien-être, de l'intimité et de la considération sociale. La demeure fait également office de protection des biens. Pour les personnes retraitées, c'est le lieu des principales activités. Les dépenses des personnes âgées concernent d'ailleurs le plus souvent leur loyer (Debrand, 2005 ; dans Aymot, 2008). C'est une manière pour eux d'assurer leur avenir en y engageant leur argent.

Au vu de ce que représente le domicile pour la personne qui l'habite, il est logique que lorsque le professionnel y pénètre, la personne puisse le ressentir comme une intrusion ou même une effraction (Ennuyer, 2006). En effet le professionnel s'immisce dans une vie qui n'est pas la sienne. Les personnes âgées souhaitent l'aide des soins à domicile, tout en désirant rester le maître de leur maison. Leur demande est teintée de cette ambivalence. La personne doit accepter qu'elle ne puisse plus y arriver seule. Il y a un deuil à faire, avant de pouvoir ouvrir sa porte aux professionnels. La spécificité du domicile est que la prise en charge se fait sur mesure, le but étant de satisfaire les besoins de la personne soignée. Ce n'est pas une

recherche d'efficacité, de résultats à tout prix (Ennuyer, 2006), mais plutôt une culture de généraliste et non d'expert comme c'est le cas dans les hôpitaux. C'est une culture du quotidien, du partage et du maintien de l'identité de la personne en la laissant le plus possible demeurer maître chez elle.

Mais si la personne doit finalement quitter son domicile, elle le vit alors comme un déracinement, une rupture, une perte (Faessler, 1981 ; dans Simeone, 1988). En effet, en plus des éléments précités plus haut, chez elle, elle détient ses habitudes, son réseau familial, amical et de voisinage.

Pour tenter d'éviter ce déracinement de la personne, les soins à domicile viennent pour pallier aux difficultés de la personne, ainsi que la soutenir dans la mesure de leur capacité. Selon l'Association suisse des services d'aide et de soins à domicile (2015), l'aide et les soins à domicile permettent à la personne atteinte d'une maladie, d'un handicap, des suites d'un accident, des conséquences de la vieillesse, etc. de rester chez elle. Ce service comprend des infirmières, des assistantes socio-éducatives, des aides à domicile, des assistantes en soins et santé communautaire et des auxiliaires de santé. Il permet un retour plus rapide à la maison suite à une hospitalisation. Un des objectifs principaux est le maintien et la stimulation de l'autonomie des personnes prises en charge. Si cela est possible, le service d'aide et de soins à domicile coopère avec les proches présents en les intégrant à leurs interventions. Amyot (2008) différencie deux situations d'intervention des services de soins à domicile: un contexte aigu de maladie

avec un traitement et un état de dépendance, qui nécessite un soutien dans la vie quotidienne. Nomad (acronyme de Neuchâtel Organise le Maintien à Domicile, 2015) ajoute que les soins doivent être prescrits par un médecin pour permettre l'entrée en action des soins à domicile.

Selon l'Association suisse des services d'aide et de soins à domicile (2015), les prestations fournies sont les soins infirmiers avec conseils et prévention en lien avec la santé, les soins de base (hygiène et confort) et relationnels, le soutien au ménage et un accompagnement social. Certaines organisations fournissent des prestations supplémentaires comme des soins pédiatriques, oncologiques, des repas, des services de transports... Les soins infirmiers sont également là pour évaluer, conseiller et coordonner la prise en charge globale. Les infirmières sont des actrices clés de par la régularité avec laquelle elles voient la personne et la relation qui en découle (Ennuyer, 2006). Une fois que les limites techniques, humaines ou économiques ont été atteintes, un transfert vers un EMS (établissement médico-social) doit être envisagé, afin de garantir la sécurité du client et de l'entourage (Association suisse des services d'aide et de soins à domicile, 2015).

Les soins à domicile font donc partie intégrante du maintien à domicile, l'infirmière en étant souvent l'acteur principal (Ennuyer, 2006). C'est un des services, qui associé aux autres, permet à la personne de rester chez elle. La prise en charge se fait sur mesure, dans le but de maintenir l'autonomie et d'assurer une certaine qualité de vie. Cette notion de qualité de vie rejoint

l'idée de bien-être énoncée par Aymot (2008) en parlant de ce que représente le domicile pour la personne.

Ces différents aspects du domicile sont intéressants à considérer en lien avec le patient Alzheimer qui est au cœur de notre problématique. De plus, le patient Alzheimer a besoin de sécurité dans la mesure où il perd peu à peu ses repères (Boislève, 2010). Le domicile va donc devenir, petit à petit, le lieu où elle pourra fonctionner le plus longtemps possible, de manière autonome ou avec aide, en gardant un maximum de sécurité (Ennuyer, 2006). Le domicile est un moyen pour la personne atteinte de cette pathologie de continuer à vivre normalement, même si elle se trouve dans une réalité différente (Boislève, 2010). Un aspect intéressant à mentionner est celui du sentiment d'appartenance (Ennuyer, 2006). En perdant sa mémoire, une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer va également perdre certains liens et le sentiment d'appartenance et va alors être mise à l'épreuve si on déracine cette personne. L'aspect affectif du domicile va prendre de l'importance et celui-ci va devenir le seul lieu rassurant et sécurisant pour la personne. Les soins à domicile interviennent pour permettre à la personne de rester dans ce lieu synonyme de bien-être, d'abri, de lien social.

7. Le cadre théorique

Comme cadre théorique pour notre Travail de Bachelor, nous avons choisi d'utiliser le paradigme de l'humaindevenant de Rosemarie Rizzo Parse. Cette théorie de soins nous a paru particulièrement appropriée pour ce travail, car, comme nous le verrons ensuite, elle permet de cerner notre questionnement de manière à la fois complète et complémentaire.

Ce paradigme est l'évolution finale de la première version de la théorie que Parse présente en 1981. Puis en 1997, elle la présente comme une école de pensée (King & Fawcett, 1997 ; dans Doucet & Maillard Strüby, 2011) et enfin en 2014 comme un paradigme. Il peut être résumé comme suit: l'humaindevenant est la personne qui voit plus loin que la situation elle-même, dans le moment présent, imagine des possibilités, en fonction du sens qu'elle lui donne et des personnes qui l'entourent (Doucet & Maillard Strüby, 2011). L'infirmière est là pour aider le patient (l'humaindevenant) à atteindre la qualité de vie, que la personne a elle-même définie.

Selon Pépin, Ducharme et Kérouac (2010), la théorie se situe dans le paradigme de la transformation et dans l'école des Patterns. Mais Parse (2014) considère que sa théorie ne peut être classifiée selon les standards habituels et établit 3 paradigmes pour reclasser toutes les théories. La sienne entre dans le paradigme de l'humaindevenant, la théorie de Roger dans le paradigme de la simultanéité et toutes les autres théories dans le paradigme de la totalité.

Elle explique que sa théorie est un paradigme, car elle implique une vision du monde unique à propos de l'éthique et du vivant qualité. La vision de l'éthique du paradigme de l'humaindevenant est la dignité. Cette posture éthique est expliquée en 4 principes (Parse, 2010). Premièrement, un respect profond et un amour inconditionnel afin de soutenir la singularité de l'humain pour le premier. Le second comprend une part de mystère et de merveilleux face à l'existence humaine. Le troisième présente la notion de trahison vue comme une rupture de confiance et un non-respect de la dignité et le quatrième explique que s'il y a présence d'un sentiment de honte, c'est un non-respect des valeurs de l'autre et un manque de dignité. Le vivant qualité (Parse, 2007) comprend la qualité de vie, c'est à dire ce qui constitue la vie de la personne, ce qui lui est important dans le moment présent, ses choix pour maintenir cette qualité de vie, le renforcement de ses valeurs prioritaires. Le paradigme de l'humaindevenant contient des antécédents, neuf assomptions, quatre postulats, trois principes, des concepts et des paradoxes (Doucet & Maillard Strüby, 2011).

Parse (2014) s'est basée sur la philosophie existentialiste et phénoménologique, ainsi que sur l'être humain unitaire de Rogers pour le développement du paradigme de l'humaindevenant, comme antécédents. Elle en a repris des postulats, des principes, des concepts, ainsi que des vérités qui perdurent. De Rogers (1992), quatre postulats ont été repris : le champ d'énergie, l'ouverture, le pattern et la pandimensionnalité. Le champ d'énergie représente l'humain unitaire qui est un champ indivisible, infini et

toujours en mouvement. L'ouverture est le fait que le champ de l'individu, comme celui de l'environnement, est ouvert et change mutuellement vers une plus grande diversité, de manière imprévisible. Le pattern est la singularité, l'identité du champ. Et la pandimensionnalité indique qu'il n'est dépendant ni de l'espace ni du temps.

Trois principes ont été également repris de Rogers (1992) qui sont l'hélicie, l'intégralité et la résonance. L'hélicie est le fait que les champs changent constamment, de manière imprévisible et toujours plus complexe. L'intégralité indique que les champs humains et environnementaux fonctionnent en commun, sont intégrés l'un à l'autre. La résonance est la fréquence différente des patterns des champs énergétiques.

La vision de Rogers a permis à Parse de définir l'humain et l'univers comme indivisibles, imprévisibles et toujours changeants (Doucet & Maillard Strüby, 2011).

De la phénoménologie existentialiste, deux vérités qui perdurent et trois concepts ont été repris (Parse, 2014): L'intentionnalité où l'individu s'implique dans son monde en faisant des choix de manière intentionnelle. La subjectivité qui est l'influence du passé, du présent et de l'avenir sur l'individu. La coconstitution représente le sens que donne l'individu à ce qu'il vit et est changée par l'interprétation de ses situations de vie. La coexistence est le fait que l'être humain n'est jamais seul, qu'il est constamment influencé par les autres qui sont passés, présents et futurs. La liberté située

est le choix de la personne concernant les actions à entreprendre en fonction de ses valeurs.

L'humain est donc, selon Doucet et Maillard Strüby (2011), un être libre doué d'une intentionnalité. Il crée des projets et donne forme à ce qui l'entoure dans le moment présent et en fonction de ses relations.

Les neuf assomptions du paradigme de l'humain devenant signifient, selon Doucet et al. (2011), que les êtres humains choisissent leurs croyances, les vivent de manière unique et donnent un sens particulier à leurs expériences. Ils se trouvent face à une infinité de possibilités et font des projets, imaginent des manières d'être en relation. En fonction de ce qu'elles vivent, les personnes réagissent avec leurs valeurs prioritaires. Ce choix de valeurs découle de leurs connaissances personnelles.

Il y a quatre postulats dans la théorie que Doucet a définie. Il y a en premier l'illimitabilité: l'humain est indivisible, imprévisible, toujours changeant. Se réfère aussi aux savoirs qui sont indivisibles et sans limites. Puis le paradoxe: en faisant des choix, l'individu se ferme à d'autres possibilités, il en résulte une ambivalence. Ensuite la liberté: l'individu a la liberté de choisir ses valeurs prioritaires en fonction des situations qu'il vit. Enfin le mystère: l'humain garde toujours une part de mystère de par sa nature imprévisible, indivisible, toujours changeante. La personne ne peut être totalement connue.

Derrière chaque principe se trouvent des concepts liés à des paradoxes, ils sont définis comme suit par Doucet et Maillard Strüby (2011): « En

structurant un sens c'est en imageant et en valorisant de en langageant » (Parse, 2010 b, p.32 ; dans Doucet & Maillard Strüby, 2011): l'individu donne du sens, en se représentant ce qui lui arrive, en se basant sur des valeurs qu'il questionne constamment et en l'exprimant de manière verbale et non verbale.

« En configurant des patterns rythmiques c'est en révélant-en dissimulant et en habilitant-en limitant de, en connectant-en séparant » (Parse, 2010 b, p.32 ; dans Doucet & Maillard Strüby, 2011): comment l'individu décide d'être en relation (ouvert, fermé, attentif, distant...), en fonction de son rythme.

« En cotranscendant avec des possibles c'est en ayant du pouvoir et en générant de en transformant » (Parse, 2010 b, p.32 ; dans Doucet & Maillard Strüby, 2011): comment l'individu se situe dans sa situation, le pouvoir qu'il pense avoir ou non, ses doutes, ses certitudes, ses rêves, ses espoirs, ce qui lui est familier ou non, en cherchant de nouvelles façons de vivre.

L'application de la théorie: vivant l'art de l'humaindevenant, selon Doucet et Maillard Strüby (2011), se fait au travers des antécédents, des assomptions et des principes dans la prise en charge infirmière. La présence vraie, l'immersion silencieuse et la présence qui se prolonge sont des moyens de les utiliser. Ces techniques permettent d'éclairer un sens, de cotranscender avec les possibles et de respecter les rythmes.

La présence vraie: c'est un amour inconditionnel, une manière de considérer l'individu avec sa dignité, respecter les choix, les valeurs de

l'individu sans aucun jugement. La personne est l'expert de sa santé en étant capable de faire des choix, elle trace elle-même son chemin. C'est admettre que la personne définit la qualité de sa santé, l'infirmière étant témoin de ses choix. C'est honorer les souhaits et désirs de la personne. C'est se renseigner sur ce qu'elle veut maintenant, ce que sont ses patterns de santé. Ne pas chercher à convaincre la personne, mais aller à son rythme, être attentif aux sens qu'elle donne.

L'immersion silencieuse: Moment de partage, calme, sans forcément avoir besoin de mots. C'est la présence vraie, sans paroles, où l'infirmière est témoin des expériences de l'autre, elle le reconnaît comme individu connaissant le chemin (Parse, 2010 ; dans Doucet & Maillard Strüby, 2011).

La présence qui se prolonge: des idées, des pensées surgissent ; c'est revivre le souvenir des idées, des situations, des personnes.

Ce paradigme (Doucet & Maillard Strüby, 2011) offre une manière d'être pour l'infirmière avec la personne, la famille et la communauté, de préserver leur dignité. Elle va chercher à connaître les patterns de santé tout en sachant que le choix revient à la personne elle-même. En effet l'individu seul décide de ce qui est important pour lui en ce moment, en fonction du sens qu'il donne à ce qu'il vit. Il définit sa qualité de vie. L'infirmière accompagne ce cheminement et en est la témoin. Nous avons donc choisi de traiter notre sujet en regard de cette théorie, car il nous est apparu que l'aspect de la communication, qui est l'élément central de notre problématique, est également très important dans cette théorie.



Le lien soignant-soigné tel que le décrit Parse (2010 ; dans Doucet & Maillard Strüby, 2011) implique une relation de confiance dans une notion de globalité qui ne peut se construire qu'en passant par la communication. Les techniques que Parse (2010 ; dans Doucet & Maillard Strüby, 2011) propose pour entrer en relation véritable avec le patient sont intéressantes pour notre travail, car elles permettent un regard nouveau sur notre question. La présence vraie, l'immersion silencieuse et la présence qui se prolonge sont des techniques permettant de prendre en compte et en soin l'autre dans sa globalité. Le fait que Parse (2010 ; dans Doucet & Maillard Strüby, 2011) ne prenne pas seulement en compte le présent et le passé, mais aussi le futur, est un élément intéressant. En effet, chez le patient atteint de la maladie d'Alzheimer, le futur est à la fois flou et certain de par, son incapacité à planifier et organiser ses activités, mais également à cause de l'agnosie de la personne atteinte (Boislève, 2010). C'est une notion avec laquelle il devient difficile de faire face lorsque nous sommes confrontés à cette maladie, que ce soit en tant que famille, soignant ou patient, et cela peut être effrayant. Cette temporalité est importante pour le patient, car au début le présent est la notion la plus touchée par la maladie, qui va ensuite affecter également le passé. En effet, pendant longtemps la personne ne vit qu'avec son passé entouré d'un présent qu'elle ne comprend plus et d'un futur qu'elle ne perçoit plus jusqu'au jour où même sa propre histoire lui devient étrangère, où ses derniers repères se dérobent (Boislève, 2010).

Une présence vraie (Parse, 2010 ; dans Doucet & Maillard Strüby, 2011) auprès du patient atteint de la maladie d'Alzheimer est un élément central pour pouvoir construire une relation de confiance et coconstruire malgré les barrières que peut imposer la maladie d'Alzheimer (Rogers, 2005). Cette théorie est centrale dans la prise en soin d'une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer, car elle permet de comprendre la personne pour ce qu'elle est et cela va permettre une communication entre elle et le soignant.

La notion de choix laissé à la personne est également très présente dans la théorie de Parse (2010 ; dans Doucet & Maillard Strüby, 2011), elle apporte un aspect important: le choix doit être laissé à la personne selon elle, cependant, il est important d'y observer des limites. Dans notre problématique nous avons évoqué le problème de la sécurité et de la mise en danger lorsque la personne a des difficultés, voire ne peut plus communiquer ses besoins à son entourage (Lavoie, 2004). Un aspect intéressant de cette théorie, à mettre en lien avec ce travail, et qui peut alors expliquer également l'importance de pouvoir échanger des informations avec le patient.

Parse (2010 ; dans Doucet & Maillard Strüby, 2011) définit également l'individu comme étant indivisible, imprévisible, toujours changeant. Elle lui accorde donc cette notion de mystère. Cela peut être mis en lien avec la maladie d'Alzheimer, qui est souvent source d'incompréhension de par la zone d'ombre qu'elle laisse, que ce soit dans le comportement de la personne, ses difficultés de communication ou encore dans la réalité de la

personne atteinte, souvent différente de la nôtre (Boislève, 2010). Avec cette maladie, la personne semble ne plus être la même et cela peut ajouter à l'aspect mystérieux déjà présent selon Parse (2010 ; dans Doucet & Maillard Strüby, 2011) chez n'importe quel individu étant donné que personne ne peut être totalement connu. Cette part de mystère interroge et doit être acceptée pour que la relation puisse se construire entre le patient et le soignant, de manière harmonieuse, pour ainsi donner lieu à une prise en charge efficiente.

7.1 Lien avec notre question PICOT

Par ce travail, nous souhaitons nous centrer sur la relation entre le soignant et le soigné au travers des stratégies de communication. Cela permet un meilleur maintien de cette relation et également un meilleur respect des besoins du patient. Il est en effet nécessaire de s'intéresser aux difficultés relationnelles qu'engendre la maladie d'Alzheimer, entre les personnes atteintes et leur aidant, afin de voir quels sont les moyens disponibles pour pallier aux troubles de communication. La théorie de Parse cerne bien cette problématique puisque, selon elle, la relation à l'autre, le respect de son rythme et de ses choix sont étroitement liés à la qualité de vie de la personne soignée (Doucet & Maillard Strüby, 2011).

Chapitre 4: Méthode

8. La méthode PICOT pour définir et délimiter la question de recherche

Afin de guider et délimiter ce travail, il a été choisi de déterminer une question de recherche en utilisant la méthode PICOT. Cette méthode permet d'aiguiller les recherches au sein des bases de données.

Une question PICOT se compose de plusieurs parties: la population (P), l'intervention (I), la comparaison (C), le résultat (O) et la temporalité (T). Dans chaque question le P, le I et le O doivent apparaître de toute manière, mais le C et le T ne sont pas obligatoirement présents à chaque fois.

Notre question PICOT se compose d'une population, « Personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer au stade avancé vivant à domicile », d'une intervention, « Communication (stratégies) » et un Outcome, « Efficacité des stratégies de communication ». Il n'y a pas de notion de comparaison parce que la question se centre uniquement sur l'efficacité des stratégies de communication. La temporalité n'est également pas utilisée ici, car cet élément n'apportait rien au questionnement.

9. Elaboration de la question de recherche et détermination du type de question

Le type de notre questionnement est de nature interventionnelle puisque son but est de trouver les meilleures stratégies de communication efficaces pour le patient. Celle-ci se présente ainsi : « Quelles sont les stratégies de communication efficaces chez les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer au stade avancé vivant à domicile ? ».

10. Critères de sélection des articles

Les recherches ont été effectuées sur les bases de données suivantes: PubMed, Cochrane, PsycInfo, Cinhal, Medline et JBI. La traduction anglaise de la maladie d'Alzheimer est Alzheimer's Disease, la personne vivant à domicile se traduit par Homebound Persons, la communication par communication, les stratégies de communication par Communication Strategies et les recherches comparatives sur l'efficacité Comparative Effectiveness Research ou Effectiveness pour efficacité. Sur la base du thésaurus des descripteurs MeSh, ces différents termes donnent: « Alzheimer's Disease », « Homebound Persons », « Comparative Effectiveness Research », « Communication », « Verbal Behavior », « Nonverbal Communication » et « Communication Strategies ». En ce qui concerne les descripteurs OVID, nous avons: « Alzheimer's Disease », « Homebound », « Communication » et « Experimentation ». Et enfin pour

les Headings: « Alzheimer's Disease », « Homebound Patients », « Communication » et « Clinical Effectiveness » (Appendice A, tableau n°1, p. 93 & 94). Les différentes bases de données ont été interrogées de manière indépendante et un tri des articles à double a été effectué par la suite. Aucune recherche n'a été effectuée sans utiliser au moins les mots-clés « communication » et « Alzheimer » étant donné que ce sont les principaux pour ce travail. Au sein d'une même base de données, les articles déjà trouvés ont été éliminés au fur et à mesure des recherches. Les mots-clés ont été utilisés de manière dégressive afin d'élargir notre recherche et trouver des articles pertinents pour ce travail.

11. Stratégie de sélection des articles

Nous avons débuté nos recherches sur la base des données Pubmed où nous avons utilisé les mots-clés suivants: « Alzheimer Disease[MESH] » AND « Nonverbal Communication[MESH] » AND « Communication[MESH] » AND « Verbal Behavior[MESH] » AND « Communication Strategies[MESH] ». Parmi les filtres utilisés se trouvent : « publication dates: 10 years », « Species : Humans » et « Article types : Systematic Review ». Ce procédé nous a permis de trouver neuf articles (Appendice B, tableau n° 2, p. 95-98).

Nous avons poursuivi nos recherches sur Cochrane. Nous avons utilisé les mots-clés suivants: « Alzheimer Disease[MESH] » AND « Communication

Strategies[MESH] » avec les filtres « Title, abstract, keyword ». Ceci nous a permis de trouver un article (Appendice C, tableau n° 3, p. 99-101).

Dans la base de données Cinahl, nous avons entré les mots-clés suivants: « Alzheimer's Disease[HEADINGS] » AND « Communication [Headings] » AND « Clinical Effectiveness[Headings] ». Les filtres qui ont permis d'affiner la recherche ont été: « Headings in title », « publication date: 2006-2016 » et « Humans ». De cette manière, nous avons pu trouver 4 articles supplémentaires (Appendice D, tableau n° 4, p. 102 & 103).

Nous avons effectué une recherche sur les bases de données Medline, JBI et Psychinfo, mais nous n'avons pas trouvé d'articles supplémentaires (Appendice E, F & G, tableaux n° 5, 6 & 7, p. 104 - 108).

L'impact factor est une mesure de la valeur scientifique d'un journal scientifique, calculé en effectuant le rapport entre le nombre de citations sur une période minimum de 2 ans, divisé par le nombre d'articles publiés par le journal. Pour nos articles, il se situe entre 0.18 et 2.47. Certains de nos articles datent de moins de deux ans et, par conséquent, sont en attente d'un impact factor (Appendice H, tableau n° 8, p. 109 & 110).

Selon Melnyk (2013), les preuves hiérarchiques de nos articles sont, dans l'ordre : revue systématique, étude transversale, métasynthèse d'étude descriptive, étude descriptive corrélacionnelle et étude descriptive simple (Appendice H, tableau n° 8, p. 109 & 110).

Nos articles sélectionnés, nous avons pu les analyser avec la grille de Fortin (2010) adaptée (Appendice I, J, K, L, M, N, O, P, Q, R, S & T, p. 111-239).

Chapitre 5: Synthèse des résultats/discussion

12. Synthèse des résultats des articles

12.1 *Quantitative analysis of formal caregivers' use of communication strategies while assisting individuals with moderate and severe Alzheimer's disease during oral care (Wilson, Rochon, Mihailidis & Leonard, 2013).*

Cette étude non randomisée contrôlée présente la fréquence d'utilisation des stratégies de communication durant une activité de la vie quotidienne. L'utilisation des stratégies de communication a été mise en lien avec le succès lié à la tâche. Les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ont été divisées en deux groupes: les personnes atteintes de la forme sévère de la maladie et celles atteintes au stade modéré. Concernant la communication verbale, une corrélation positive significative a été remarquée entre le taux de réussite de la tâche et les commentaires encourageants, ou la démonstration de l'action pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer modérée. Pour les individus atteints de la maladie d'Alzheimer au stade sévère, une corrélation positive significative est présente entre le taux de réussite de la tâche et l'utilisation de la redirection

à la tâche. Les 2 stratégies sociales les plus fréquemment employées sont la réponse au résident et la conversation sociale. La réponse au résident a été le plus souvent servie chez la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer au stade modéré. Pour les stratégies de communication mixtes, l'élément le plus significativement utilisé dans la maladie d'Alzheimer au stade sévère a été l'assistance complète du résident; mais il existe une corrélation négative significative entre le taux de réussite de la tâche et l'utilisation de l'assistance complète. Pour la vitesse d'élocution, aucune différence significative n'était présente au début de la tâche, puis au cours de celle-ci, le débit de paroles a diminué, et ce, pour les deux groupes de sévérité de la maladie.

Pour conclure, les limites de l'étude ont résidé dans la petite taille de l'échantillon, ce qui fait perdre de la signification aux résultats. De plus, l'échantillonnage n'a pas été aléatoire, la généralisation doit donc être faite avec prudence. Pour finir, les appareils auxiliaires n'ont pas été testés sur leur efficacité (audition, vision) et de même la capacité de praxie des résidents n'a pas été testée, ce qui peut avoir faussé les résultats. Malgré cela, cette étude donne un aperçu complet des nombreuses stratégies de communication et de leur possible efficacité.

12.2 Examining Success of Communication Strategies Used by Formal Caregivers Assisting Individuals With Alzheimer's Disease During an Activity of Daily Living (Wilson, Rochon, Mihailidis & Leonard, 2012).

Cette étude randomisée contrôlée porte sur l'utilisation des stratégies de communication efficaces, de la part des soignants envers des patients atteints de la maladie d'Alzheimer au stade modéré ou sévère, pendant l'assistance lors d'activités de la vie quotidienne. Les résultats démontrent que la stratégie efficace en général est de pointer un objet. Toutefois, en fonction de la gravité de la maladie, les stratégies de communication efficaces sont l'utilisation des commentaires encourageants et remettre l'objet au résident.

Les stratégies inefficaces qui sont ressorties pour les patients atteints de la maladie d'Alzheimer sont la répétition textuelle, la vérification de la compréhension de la question, la guidance par le toucher. De plus, le ralentissement du débit de la parole, ainsi que le nombre d'années d'expérience des soignants travaillant avec des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer n'ont pas révélé d'efficacité significative.

En conclusion, cet article donne des pistes intéressantes au niveau des stratégies de communication les plus efficaces chez la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer. Cependant, la nature descriptive et corrélationnelle de l'étude amène des limitations au niveau de la généralisation et des interférences causales. Toutefois, ces résultats apportent un bon complément d'informations sur les stratégies de communication



recommandées en démontrant leur efficacité ou leur non-prise en charge au niveau empirique.

12.3 *Effective Communication and Behavior Management Strategies in the Care and Treatment of Alzheimer's Disease (Galik, Sparks & Spurlock, 2008).*

Cette revue systématique concerne les stratégies de communication effectives et de gestion du comportement dans un objectif de soin et de traitement aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Selon les auteurs, les stratégies de communication doivent évoluer en même temps que la maladie.

Concernant le stade moyen, lors de l'aide aux activités de la vie quotidienne, il faudrait éviter les phrases interrogatoires et préférer les phrases contenant une seule information. Pour donner des instructions, il faudrait faire une proposition à la fois, en utilisant des instructions simples et directes, et des questions fermées (oui/non), tout en veillant à garder un ton de voix neutre ou positif. Le toucher doit être doux et orienter le patient.

Les stratégies de communication efficaces dans la maladie d'Alzheimer au stade sévère sont: l'utilisation de mots doux, le fait de chanter des chansons du passé ou la lecture de passages familiers. La présence est également très importante (caring: être avec, connexion sans mots, soutien).

Si les interactions sociales ne sont pas adéquatement remplies, le patient peut développer plusieurs problèmes. Les stratégies de communication

spécifiques sont destinées à motiver efficacement les personnes atteintes au niveau cognitif à participer aux activités fonctionnelles, en utilisant des phrases courtes et simples, après avoir gagné l'attention de la personne. Les personnes ayant des déficits de la mémoire à court terme auront besoin d'avoir des répétitions d'indications, ainsi que des encouragements fréquents des soignants. Pour les personnes présentant une aphasie, l'utilisation des gestes et de l'imitation peut être efficace.

En conclusion, cet article démontre que beaucoup de stratégies de communication et d'intervention peuvent être utilisées. Il relève aussi l'importance de l'adaptation au stade de la maladie, en employant des stratégies verbales et non verbales. Cependant, cet article n'explicitant pas la méthodologie lui ayant permis de retrouver ses articles, sa fiabilité peut être remise en question.

12.4 Maladie d'Alzheimer: stratégies de communications et d'interventions, une approche sans mots (Muller & Gillet, 2014).

Cette métasynthèse d'études descriptives se centre sur les stratégies d'intervention et de communication face aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Les auteurs évoquent plus particulièrement l'aspect non verbal et ses composantes telles que le regard et le toucher. Ce dernier est mis en évidence dans leur travail, car, selon eux, il permet l'échange et serait un besoin élémentaire permettant un maintien du schéma corporel lié au

comportement et à l'aspect psychologique. Le toucher serait l'une des clés pour créer une relation de confiance entre la personne et le soignant. Il peut être véritablement réparateur au niveau du bien-être, de l'estime de soi et favoriserait également la conscience de l'environnement. Le fait de toucher la personne à l'aide d'un massage permet la détection de certaines douleurs que le patient n'arrive plus à verbaliser, mais que son non verbal traduit. Le toucher est une manière non verbale de signifier à l'autre sa présence et d'entrer en contact. Les auteurs évoquent également un élément: le concept Snoezelen. C'est une démarche d'accompagnement de la personne basée sur la relation de soin. L'important dans cette méthode est de suivre la personne avec ses choix et son rythme. Cette méthode se présente sous forme de séances dans un lieu propice à la découverte et à l'échange, tout en étant confortable et sécurisant. Les outils principaux de ce concept sont les sens. La personne va être écoutée dans un espace de stimulation sensorimotrice ce qui contribue au développement de sa conscience corporelle, de son bien-être et de sa perception de l'environnement. Ce concept agirait positivement en diminuant la douleur, l'apathie et l'agressivité, il augmente l'estime de soi ainsi que la qualité des soins.

En conclusion, l'article propose une approche intéressante, celle de Snoezelen qui réunit les aspects sensoriels de l'être humain pour en faire un outil de communication. Malgré cela, cet article doit être vu de manière prudente, car les sources sont diverses, ne proviennent pas d'études

contrôlées et ne sont pas toujours primaires.

12.5 *A systematic review of communication strategies for people with dementia in residential and nursing homes (Vasse, Vernooij-Dassen, Spijker, Rikkert & Koopmans, 2009).*

Cette revue systématique regroupe des articles traitants d'interventions non pharmacologiques ayant un effet sur la communication et les symptômes neuropsychiatriques chez les personnes démentes.

Les interventions ont été réparties selon deux types de contextes: lors de séances autour d'une seule tâche à heures fixes (10 études) et lors d'activités autour des soins quotidiens (9 études). Les séances à heures fixes étaient composées d'une marche accompagnée d'une conversation, d'une thérapie de groupe de validation, d'un programme de remobilisation de ses souvenirs, d'une thérapie de stimulation cognitive et d'une thérapie comprenant la réalisation d'activités. Celles-ci étaient destinées aux résidents. Dans le cadre du second type de contexte, des techniques de communication étaient dispensées aux soignants, cela dans le but de permettre la réalisation d'activités quotidiennes.

L'efficacité sur la communication et les symptômes neuropsychiatriques observés chez le patient lors de chacune des interventions a été évaluée. Cela a permis aux auteurs de conclure que le personnel de soins peut améliorer sa communication avec les résidents

atteints de démence lorsque les stratégies sont intégrées dans les activités de soins quotidiens, ou avec des interventions qui surviennent lors de séances composées d'une seule tâche et effectuées à heures fixes. Quelques articles dans cette revue décrivent des améliorations dans les comportements positifs de l'affect et de l'humeur. Cependant les résultats relatifs aux effets des deux types d'interventions sont divergents concernant les symptômes neuropsychiatriques : les interventions concluantes concernant le renforcement des capacités de communication étaient de parler de ses souvenirs en groupe, de marcher et de converser simultanément, d'utiliser des livres-mémoires, de former le personnel soignant concernant la communication, de stimuler les sens primaires pour communiquer de manière non verbale ou encore d'appliquer un comportement interactif avec le patient.

Ces résultats offrent la possibilité de perfectionner la qualité des soins par l'amélioration de la communication, mais pas de réduire directement les symptômes neuropsychiatriques.

12.6 Alzheimer's disease and language impairments: social intervention and medical treatment (Klimova, Maresova, Valis, Hort & Kuca, 2015).

Cette revue systématique aborde les traitements médicamenteux et les interventions sociales ayant un impact sur les troubles de la communication causés par la maladie d'Alzheimer. Parmi les interventions sociales

répertoriées, on note des conseils de l'Association des Orthophonistes (2015 ; dans Klimova et al., 2015) ; répéter les mots importants pour maintenir l'attention de la personne, poser des questions fermées pour faciliter la réponse et donner des informations claires et concises. On y trouve également d'autres moyens comme donner des listes décrivant comment faire des tâches simples (par exemple, allumer la TV), ce qui revient à écrire un journal permettant à la personne de s'en souvenir plus facilement et où elle peut ajouter ses informations personnelles. Il est également important de rappeler à la personne de prendre ses médicaments et encourager ses proches à suivre une formation concernant la prise en soin des patients Alzheimer.

Le Guide de la Démence (2015 ; dans Klimova et coll., 2015) conseille aux aidants de toujours être calmes quand ils communiquent avec leur proche, de donner des indices en montrant l'objet, de proposer le mot qu'il cherche, de parler en face de la personne, de parler dans un environnement calme, d'éviter les conversations quand le patient est fatigué et de l'encourager à continuer de parler en lui posant des questions.

Selon Zientz et coll. (2007 ; dans Klimova et coll., 2015), enseigner les aidants sur les stratégies de communication pourrait permettre une meilleure interaction avec le patient, un maintien de leurs capacités de communication, une amélioration de leur qualité de vie, une diminution du fardeau des aidants en leur donnant la possibilité d'agir, une amélioration de la connaissance des aidants quant à la maladie d'Alzheimer et de leur

compréhension des pannes de communication. Selon Clare et Woods (2001 ; dans Klimova et coll., 2015), aider les patients dès le premier stade permettrait de maintenir leurs capacités de communication sur une plus longue période.

Dès lors, les patients atteints de la maladie d'Alzheimer au stade débutant ont déjà besoin de professionnels et d'aidants formés aux stratégies de communication, afin de maintenir plus longtemps leurs capacités de communication.

12.7 Matched and mismatched appraisals of the effectiveness of communication strategies by family caregivers of persons with Alzheimer's disease (Savundranayagam & Orange, 2014).

Cette étude quantitative corrélationnelle a exploré les stratégies de communication utilisées par quinze proches lors de leurs interactions avec la personne démente, en les comparant avec celles décrites comme efficaces par la littérature. Il en est ressorti que, pour les patients atteints de la maladie d'Alzheimer au stade précoce et modéré, les stratégies telles que donner plus d'informations, répéter, simplifier et reformuler sont efficaces. Au stade avancé, les stratégies reconnues comme étant efficaces sont : donner plus d'informations, répéter et reformuler. Toutefois, continuer de parler ou demander de répéter sont des stratégies qui conduisent à un échec de communication aux stades précoces et avancés. Par ailleurs, ignorer le problème ou demander de répéter peuvent être des stratégies négatives au

stade modéré. Les stratégies les plus employées par les proches ont été celles décrites comme efficaces par la littérature. Elles correspondent à : donner plus d'informations, répéter, reformuler et la simplification des phrases. Durant la progression de la maladie, les stratégies inefficaces employées fréquemment sont de continuer de parler et d'ignorer le problème de communication. Demander de répéter, effectuer les tâches soi-même et parler fort sont également des stratégies inefficaces. Durant l'évolution de la maladie, l'utilisation de stratégies favorables à la résolution de problèmes de communication par les proches diminue. En outre, une augmentation de l'emploi des stratégies inadéquates y est observée. De plus, une certaine adaptation des stratégies est observée selon l'avancée de la maladie.

En conclusion, là où les proches ont évalué certaines stratégies comme efficaces alors qu'elles ne l'étaient pas, il est nécessaire de leur apporter un complément d'informations. La formation doit être adaptée en fonction du stade clinique de la maladie. Le renforcement des évaluations adéquates doit être un élément clé lors des formations, ainsi que cibler les idées erronées pour les corriger.

12.8 *Communicative strategies training effectiveness to caregivers of patients with dementia* (Roque, Ortiz, Araujo & Bertolucci, 2009).

Cette étude analytique d'une série de cas présente l'utilisation et l'efficacité des stratégies de communication utilisées par les proches de sept

patients atteints de la maladie d'Alzheimer au stade modéré, avant et après un programme de formation dispensé par un orthophoniste. Cette évaluation a été faite au travers d'un questionnaire remis aux proches et de vidéos filmant l'interaction entre le proche et le patient dément pendant un repas. Le type de stratégie, ainsi que sa fréquence d'utilisation et son efficacité ont été analysés.

Les conclusions de l'étude sont que les proches utilisent plus souvent les stratégies de communication après la formation, car cela permet une augmentation des possibilités d'avoir une bonne communication. Cette hausse est également observée dans l'analyse des interactions. Cependant, malgré l'utilisation intuitive de ces stratégies, la formation et la réflexion ont été plus efficaces que les conseils transmis au travers de flyers, cela démontre les avantages de ces actions éducatives.

La corrélation entre l'utilisation et l'efficacité montre que les proches de cet échantillon semblent utiliser davantage les stratégies qu'ils identifient comme étant les plus efficaces. Les stratégies les plus observées sont parler lentement, éviter d'interrompre la personne, allumer la lumière lors des conversations, parler en face de la personne et établir un contact visuel, éviter les bruits parasites, utiliser l'intonation en concordance avec les dires, utiliser des phrases courtes et simples, accorder ses gestes et son expression faciale en cohérence avec le discours. Cependant, l'augmentation de la fréquence d'utilisation des stratégies n'a pas abouti à une amélioration de l'efficacité de la communication selon les statistiques. Malgré tout,

considérant qu'une façon de définir l'efficacité des stratégies sur la communication est de mesurer la frustration de cette expérience et l'effet sur le sentiment de fardeau des aidants, les rapports des proches indiquent l'efficacité du programme. La diminution des troubles du comportement, suite à des programmes d'éducation sur la communication, est décrite dans la littérature. Communiquer est donc essentiel pour maintenir la relation dans la famille.

Pour cette étude, le programme a été efficace pour promouvoir les changements de comportement communicatif des proches, avec une augmentation de l'utilisation des stratégies. Les bénéfices de ce programme pourraient être immédiatement perçus dans la vie quotidienne, et ce, sans charge financière ni procédures invasives.

12.9 La communication non verbale dans la maladie d'Alzheimer (Schiaratura, 2008)

Au travers de cette revue systématique, l'auteur cherche à montrer l'importance des comportements non verbaux dans la communication avec les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.

La communication non verbale se met en place très tôt dans le développement, essentiellement de manière inconsciente. Cet élément permettrait de supposer que la communication non verbale pourrait être préservée dans une certaine mesure dans la maladie d'Alzheimer. Des études

montrent que les comportements non verbaux (expression faciale, posture, geste) restent présents malgré l'avancée de la maladie d'Alzheimer. Ils évoluent en devenant plus ambigus, moins intenses, moins différenciés. Cependant il est toujours possible de distinguer les réactions de plaisir, d'aversion, de colère, ou encore celle de la tristesse au départ d'un proche.

Quant à la capacité de reconnaissance de ces comportements, les résultats des études divergent : selon certains, les personnes présentant une démence type Alzheimer sont sensibles à ces comportements émis par leurs proches et y répondent de manière adaptée, alors que pour d'autres, les malades éprouvent plus de difficultés à reconnaître et à discriminer les expressions faciales, notamment pour la joie, la tristesse et la colère.

Une manière d'entrer en relation rapportée par cette étude consiste en la pratique de la communication empathique. On cherche la compréhension des émotions de l'autre, tout en démontrant une attitude non verbale positive et en prenant en compte les croyances, la culture, les codes sociaux du patient et du proche. Elle permet d'améliorer le bien-être des patients et de diminuer les comportements négatifs.

En conclusion, les soignants devraient être plus attentifs aux comportements des patients Alzheimer, notamment aux indices précédant un comportement agressif ainsi qu'au sens de ces comportements non-verbaux. La compréhension de ceux-ci permet une réaction adaptée de la part du

soignant et améliore ainsi la relation interpersonnelle, l'interaction et aussi la qualité de vie des patients.

12.10 *Video Prompting Versus Other Instruction Strategies for Persons With Alzheimer's Disease* (Perilli, Lancioni, Hoogeveen, Caffo, Singh, O'Reily, Sigafos, Cassano & Oliva, 2013).

Pour aider à la réalisation d'une tâche, il existe deux stratégies technologiques: les instructions verbales ou l'utilisation d'images. Cet article, comprenant deux études d'analyse d'une série de cas, compare leur utilisation à celle de la vidéo et démontre si l'utilisation de cette dernière est égale ou plus efficace que les deux autres approches.

La stratégie employant la vidéo consiste en la présentation de chaque étape à réaliser selon la perspective de la personne, accompagnée d'un signal sonore au début de chacune pour attirer l'attention. Les instructions verbales présentent chaque étape une par une avec un temps d'attente pour que la personne puisse le faire. La stratégie d'utilisation des images est semblable, avec un son à la présentation de chaque nouvelle image qui montre un objet ou une action en particulier.

Dans les deux études de cas, le taux de réussite sans appuis de la technologie est de moins de 40 % d'étapes réussites, alors que celui-ci augmente à 90 % avec l'utilisation des stratégies technologiques. La stratégie de l'utilisation de la vidéo est autant efficace que les deux autres, elle est aussi validée socialement par les proches. En effet, elle procure le

même confort que la stratégie verbale, mais est plus compatible avec le contexte. La découverte d'une nouvelle approche efficace pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, correspondant mieux aux préférences des patients et soignants, permet d'améliorer le taux de réussite d'une activité. Ce succès diminue le déclin, la frustration, la dépression, le retrait ; encourage l'estime de soi, la vigilance ; améliore la qualité de vie et soulage les proches aidants.

Cependant cette étude présente un petit échantillon, ce qui peut biaiser les résultats. Les auteurs recommandent donc d'effectuer de nouvelles recherches dans d'autres contextes et avec d'autres patients.

12.11 Développement of an observer rating scale for caregiver communication in persons with Alzheimer's Disease (Williams & Parker, 2012).

Les auteurs de cet article ont développé une échelle d'observation du comportement verbal et non verbal pour les proches aidants. Celle-ci permet d'observer et notifier les stratégies de communication utilisées par les proches aidants, cela dans leur vie quotidienne.

Cette échelle a été développée en suivant des études de plusieurs auteurs d'évidence-based sur les stratégies de communication. Une première sélection d'items a été effectuée, puis une sélection finale a eu lieu en se basant sur la théorie des fonctions du langage de Halliday (2003). Les auteurs ont divisé l'échelle en 2 parties: la communication facilitante et la

communication non facilitante où chacune est subdivisée en 2 sous-séquences: verbale et non verbale.

Les résultats ont indiqué certaines non-corrélations entre les études antérieures, des stratégies considérées comme « communes » sont apparues rarement et ce fut le contraire pour d'autres. L'étude a pu mettre en valeur la communication non verbale, en particulier dans les comportements facilitants comme se montrer intéressé, s'asseoir proche du partenaire, parler calmement à la personne, se mettre en face de lui, le traiter d'égal à égal, garder un contact visuel et lui laisser du temps pour répondre. Les comportements verbaux facilitants ont mis en avant principalement l'utilisation des messages simplifiés ou le fait de poser une question à la fois. Les comportements non facilitants qui ont été remarqués sont être distant pour le comportement non verbal et poser des questions spécifiques, corriger les erreurs, se montrer impatient, interrompre ou réprimander la personne pour la communication verbale.

Cette étude doit encore avoir des mesures concernant la fiabilité et la validité et modifier ses échantillons afin d'avoir plus de personnes issues de différents milieux socio-économiques ou culturels. L'enregistrement pourrait aussi durer plus longtemps, si les participants en sont capables, afin qu'ils puissent oublier la caméra et agir de manière naturelle. Cette échelle pourra permettre aux infirmières de reconnaître les patterns de communications facilitants et non facilitants auprès des proches aidants et leur fournir une éducation les concernant.

12.12 Evidence-based Practice recommendations for Dementia : Educating caregivers on Alzheimer's Disease and training communication strategies (Zientz, Rackley, Chapman, Hooper, Mahendra, Kim & Cleary, 2007)

Cette méta-analyse a pour but de fournir des recommandations aux orthophonistes travaillant avec les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Six articles ont été sélectionnés et analysés, l'étude les explicite un à un.

Les résultats démontrent que l'éducation des soignants sur les stratégies de communication peut contribuer à une meilleure réussite des conversations, malgré le fait que ce renforcement n'a d'effet que durant douze mois et pas davantage. L'éducation peut aussi contribuer à réduire ou à augmenter le fardeau du soignant. Par ailleurs, ce dernier peut contribuer à augmenter la qualité de vie du patient. En effet, une réduction des symptômes de dépression, d'irritabilité et d'agression a été remarquée. Une satisfaction du travail des soignants est constatée avec la baisse du taux de rotation. Ils peuvent contribuer au maintien des capacités de langage des individus atteints de la maladie d'Alzheimer. De plus, les soignants éduqués sur les stratégies de communication augmentent leurs connaissances sur la maladie d'Alzheimer et leur compréhension des ruptures de communication. Des recommandations ont suivi sur le choix des participants, le contenu des programmes, leur mise en œuvre ainsi que les résultats attendus.

Plusieurs stratégies efficaces ont été mises en avant dans cette revue, notamment les stratégies FOCUSED. Elle se décline ainsi: F pour fonctionnel

ou face-à-face, O pour orienter le sujet, C pour continuité du sujet ou sujet concret, U pour résoudre les problèmes dans la communication, S pour structurer avec des questions fermées (oui/non ou à choix), E pour converser ou encourager l'interaction, D pour faire des phrases courtes, directes et simples. De plus, d'autres études suggéraient de remplacer les pronoms par des noms propres, d'utiliser un carnet de notes, corriger les incompréhensions en retirant des informations à la place d'en ajouter, parler lentement et éviter de corriger la personne, mais aussi en limitant le bruit ambiant et en ajustant la luminosité de la pièce.

13. Développement des résultats en lien avec la question PICOT

Les stratégies de communication les plus souvent retrouvées comme étant efficaces dans notre revue d'articles sont : donner une instruction simple (Muller & Gillet, 2014 ; Roque, Ortiz, Araujo & Bertolucci, 2009 ; Savundranayagam & Orange, 2014 ; Williams & Parker, 2012 ; Zientz, Rackley, Chapman, Hooper, Mahendra, Kim & Cleary, 2007), parler en face de la personne (Klimova, Maresova, Valis, Hort & Kuca, 2015 ; Roque et al., 2009 ; Williams et al., 2012 ; Zientz et al., 2007), former les soignants aux stratégies de communication (Klimova et al., 2015 ; Roque et al., 2009 ; Vasse, Vernooij-Dassen, Spijker, Rikkert & Koopmans, 2009 ; Zientz et al., 2007), encourager la personne (Galik, Sparks & Spurlock, 2008 ; Wilson,

Rochon, Mihailidis & Leonard, 2013 ; Wilson, Rochon, Mihailidis & Leonard, 2012 ; Zientz, Rackley, Chapman, Hooper, Mahendra, Kim & Cleary, 2007), répéter (Galik, Sparks & Spurlock, 2008 ; Klimova, Maresova, Valis, Hort & Kuca, 2015 ; Savundranayagam & Orange, 2014), imiter (Galik et al., 2008 ; Vasse, Vernooij-Dassen, Spijker, Rikkert & Koopmans, 2009 ; Wilson, Rochon, Mihailidis & Leonard, 2013), donner une instruction à la fois (Galik ; Savundranayagam et al., 2014 ; Williams & Parker, 2012), établir un contact visuel (Muller & Gillet, 2014 ; Roque, Ortiz, Araujo & Bertolucci, 2009 ; Williams et al., 2012), poser des questions fermées (Galik ; Klimova et al., 2015; Zientz et al., 2007), avoir un lieu calme et donner des informations claires et concises (Klimova ; Roque et al. 2009 ; Zientz), donner une instruction directe (Galik ; Zientz) utiliser le toucher (Galik ; Muller et al., 2014), utiliser des gestes (Galik ; Roque), stimuler les sens primaires (Muller ; Vasse et al. 2009), rester calme (Klimova ; Williams), parler lentement (Roque ; Zientz), montrer un objet (Klimova ; Wilson et al., 2012), utiliser la conversation sociale (Wilson et al., 2013 ; Zientz), écrire un journal aidant à se souvenir (Klimova ; Zientz) et ajuster la luminosité de la pièce (Roque ; Zientz). Les stratégies étant apparues qu'une seule fois sont: rappeler les informations et donner le mot que cherche la personne (Klimova), remettre l'objet à la personne (Zientz) utiliser des mots doux et attirer l'attention de la personne (Galik), reformuler (Savundranayagam). Selon Zientz, ces stratégies efficaces sont : utiliser des noms propres plutôt que des pronoms et choisir un sujet concret, corriger les incompréhensions

en les substituant, garder une continuité dans le sujet, orienter le sujet. Maintenant selon Williams et Parker (2012) : laisser le temps à la personne de répondre, traiter la personne d'égal à égal, s'asseoir proche de la personne, se montrer intéressé. Adopter une intonation et une expression faciale concordante avec la situation est également une stratégie efficace (Roque, Ortiz, Araujo & Bertolucci, 2009). Selon Galik, Sparks et Spurlock (2008) : adopter un ton neutre et positif, être présent, chanter un chant connu et lecture d'un texte familier. Selon Vasse, Vernooij-Dassen, Spijker, Rikkert et Koopmans (2009) : discuter en marchant, mobiliser les souvenirs en groupe, utiliser des livres-mémoires et adopter un comportement interactif. Encore d'autres exemples : utiliser une liste d'instructions pour effectuer une tâche (Klimova, Maresova, Valis, Hort & Kuca, 2015), répondre au résident (Wilson, Rochon, Mihailidis & Leonard, 2013), utiliser des moyens technologiques comprenant des images, des vidéos et des instructions verbales (Perilli, Lancioni, Hoogeveen, Caffo, Singh, O'Reily, Sigafos, Cassano & Oliva, 2013) et mettre en place un lieu confortable et sécurisant (Muller & Gillet, 2014).

Les stratégies s'étant montrées inefficaces lors de cette revue sont : assister complètement le résident (Savundranayagam & Orange, 2014 ; Wilson, Rochon, Mihailidis & Leonard, 2013), interrompre le patient (Roque, Ortiz, Araujo & Bertolucci, 2009 ; Williams & Parker, 2012), corriger les erreurs (Williams et al., 2012 ; Zientz, Rackley, Chapman, Hooper, Mahendra, Kim & Cleary, 2007), ignorer le problème, demander de répéter

et parler fort (Savundranayagam & Orange, 2014), parler au patient lorsqu'il est fatigué (Klimova, Maresova, Valis, Hort & Kuca, 2015), utiliser des questions spécifiques, se montrer impatient, réprimander le patient (Williams & Parker, 2012), interrompre le patient (Roque, Ortiz, Araujo & Bertolucci, 2009 ; Williams et al., 2012), se montrer distant (Williams), utiliser la répétition verbatim, utiliser la vérification de la compréhension, utiliser la guidance tactile (Zientz, Rackley, Chapman, Hooper, Mahendra, Kim & Cleary, 2007), et utiliser la contextualisation (Wilson, Rochon, Mihailidis & Leonard, 2013).

Pour une étude, la baisse du débit de paroles et le nombre d'années d'expérience des soignants envers les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer n'ont pas montré d'efficacité significative (Wilson, Rochon, Mihailidis & Leonard, 2012).

Notre question PICOT étant « Quelles sont les stratégies de communication efficaces dans la prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer au stade avancé, vivant à domicile ? », les études que nous avons pu exploiter nous ont permis de faire ressortir nombre de stratégies de communication efficaces et non efficaces ainsi que les moyens de soutenir cette communication d'un point de vue plus global. Certaines stratégies ressortent plus que d'autres, mais aucun de nos résultats ne se contredit. Un vaste choix de stratégies est proposé par les différentes études, mais de manière générale, elles ne sont que très peu définies et il

est, par conséquent, complexe d'associer nos stratégies de communication entre elles.

13.1 Lien avec le cadre théorique

Un cadre théorique a été posé afin d'éclairer le questionnement d'une manière différente, complémentaire. Malheureusement, dans les articles sélectionnés, aucun n'a utilisé la théorie de Parse. Cependant, un élément revient dans plusieurs recherches: les soignants choisissent les stratégies de communication en fonction de la personne qu'ils ont en face, en s'adaptant à elle. Parse amène cette même idée au travers de son concept de la présence vraie, qui encourage l'infirmière à considérer les choix du patient et son rythme (Parse, 2010 ; dans Doucet & Maillard Strüby, 2011). Elle incite également à aller chercher le sens que donne la personne à ce qu'elle vit et d'agir en conséquence. Ce sens peut se retrouver notamment au travers des comportements, comme présenté dans l'article de Schiaratura (2008). Parse (2010 ; dans Doucet et al., 2011) ajoute également le fait que la personne définit elle-même ce qu'est la qualité de vie. Etant donné que plusieurs articles lient l'utilisation des stratégies de communication et une meilleure qualité de vie pour la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer, une question intéressante pourrait alors se poser ici: ces articles ont-ils tenu compte de l'avis des personnes soignées sur la question de la qualité de vie avant de juger d'une amélioration de celle-ci ? Cet aspect est d'ailleurs repris



dans le vivant-qualité de Parse (2010 ; dans Doucet et al., 2011). Un autre aspect de cette théorie est le mystère que Parse (2010 ; dans Doucet & Maillard Strüby, 2011). attribue à l'humain. Lorsque le soignant n'arrive pas à trouver des stratégies de communication efficaces pour communiquer avec le soigné, cela démontre à quel point l'humain est un mystère même pour son semblable puisqu'ils ont des difficultés à se comprendre l'un et l'autre. Une partie de nos articles relève, en effet, une utilisation de stratégies inefficaces de la part des soignants envers les soignés.

Malade ou non, l'humain est défini de la même manière selon Parse. Elle explicite également une autre manière d'entrée en relation: l'immersion silencieuse. Celle-ci pourrait s'apparenter à la communication non verbale retrouvée dans plusieurs articles, pour autant que la personne soignante reconnaisse l'individu comme étant un être humain indivisible, imprévisible et toujours changeant (Parse, 2010 ; dans Doucet et al., 2011).

14. Perspectives et propositions pour la pratique

Notre travail nous a permis de révéler les stratégies de communication, démontrées comme étant efficaces pour améliorer la communication, par les articles qui ont émergé des bases de données. Ces études ont permis également la mise en évidence de l'importance de la formation des soignants, afin d'obtenir de meilleurs résultats en terme de communication (Savundranayagam & Orange, 2014). Ceci ayant pour effet d'améliorer la

relation de confiance entre le soignant et le soigné (Muller & Gillet, 2014 ; Schiaratura, 2008), ainsi que la sécurité du patient dans son environnement et face à ses besoins. Cet aspect démontre l'importance de l'utilisation adaptée des stratégies de communication dans les soins. En effet, elles permettent la réalisation de tâches de la vie quotidienne (Perilli, Lancioni, Hoogeveen, Caffo, Singh, O'Reily, Sigafos, Cassano & Oliva, 2013 ; Wilson, Rochon, Mihailidis & Leonard, 2013 ; Wilson, Rochon, Mihailidis & Leonard, 2012) et augmentent la motivation à y participer (Galik, Sparks & Spurlock, 2008). L'estime de soi et le bien-être de la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer (Muller & Gillet, 2014 ; Schiaratura) en seront également améliorés par la communication empathique, ce qui aura un impact positif sur sa qualité de vie (Klimova, Maresova, Valis, Hort & Kuca, 2015 ; Schiaratura ; Zientz, Rackley, Chapman, Hooper, Mahendra, Kim & Cleary, 2007). De même, l'humeur peut s'en trouver améliorée (Vasse, Vernooij-Dassen, Spijker, Rikkert & Koopmans, 2009) et certains troubles du comportement peuvent diminuer selon les cas (Roque, Ortiz, Araujo & Bertolucci, 2009 ; Schiaratura), ainsi que le sentiment de fardeau chez les proches (Klimova et al., 2015).

Les articles trouvés se déroulaient autant en contexte hospitalier qu'au domicile ce qui permet la généralisation des résultats au niveau contextuel.

Chapitre 6: Conclusion

15. Apport du Travail de Bachelor

La réalisation de ce travail a permis de développer diverses compétences. Entre autres, l'organisation ainsi que la collaboration autour d'un travail de recherche ont pu être entraînées. Il a permis de se familiariser et d'affiner les recherches au sein des bases de données ,afin de trouver des articles pour étayer ce travail. L'analyse de ceux-ci a permis d'aiguiser l'esprit critique et l'esprit de synthèse. Étant donné que le travail a été effectué en équipe, la communication a été un élément primordial, ainsi que l'écoute et le soutien mutuel qui ont été développés et entretenus tout au long du travail.

Les différentes méthodes de travail de chaque participant ont dû être prises en compte et accordées afin de mener à bien ce travail. Le fait d'avoir des points de vue différents a été à la fois enrichissant, mais a aussi parfois nécessité une modification dans la manière de fonctionner ensemble. Cet aspect a donc amené beaucoup d'éléments complémentaires à ce travail. De même, chaque personne a un rythme de travail différent et cela a également influé sur l'avancement de ce travail. Par ailleurs, le respect des délais n'a pas toujours été facile. En effet, la diversité des obligations respectives a pu influencer sur la gestion du temps au sein du groupe.

Lors du cheminement vers la question de recherche, plusieurs pistes de travail se sont révélées possibles au début. Puis, après avoir navigué

plusieurs fois entre différentes thématiques intéressantes, la thématique qui a été finalement choisie a été la plus axée sur le patient et la plus pertinente pour les soins infirmiers. Il a parfois été difficile de se mettre d'accord sur certains sujets, car les perspectives n'étaient pas forcément les mêmes, au début, pour ce travail. Ce dernier aspect n'a toutefois pas eu beaucoup d'influence sur la suite du travail : par exemple, lors de l'analyse des articles, les méthodes étaient quasiment uniformes, même si parfois les niveaux de preuves étaient difficiles à déterminer pour chaque article. Malgré cela, l'utilisation des outils d'analyse d'article n'a pas paru limpide dès le début, même s'il avait été possible de s'exercer à l'utilisation des grilles d'analyse par le passé. Le fait de devoir effectuer plusieurs de ces analyses d'articles a finalement permis de se familiariser avec ces différents outils.

16. Limites

Par rapport au nombre d'articles, peu d'études répondaient aux critères de recherche et dans deux cas les textes étaient introuvables, ce qui a amené à choisir des articles n'ayant pas le niveau de preuve espéré. De plus, dans plusieurs études, l'échantillonnage était faible, ce qui n'a pas permis d'avoir une bonne représentativité quant aux résultats et qui influence donc la fiabilité. De surcroît, certaines des méta-analyses trouvées ne présentaient pas une méthode claire, ce qui impacte sur la validité des résultats.

Malheureusement, aucun des articles trouvés n'a utilisé la théorie de soin de Parse qui était le cadre théorique de ce travail. Une recherche parallèle incluant Parse et la communication aurait pu être effectuée, cela aurait permis d'étayer les résultats. Le cadre théorique choisi pour guider ce travail n'ayant été que très partiellement mobilisé, l'idéal aurait été de pouvoir trouver des articles traitant de la thématique en lien avec le cadre théorique choisi. Cela aurait permis d'inscrire notre thématique plus profondément dans la discipline infirmière, au travers d'une théorie de soin reprenant une multiplicité d'aspects en lien avec notre questionnement.

Des recherches d'articles incluant la notion de domicile ont été faites, mais cela n'a pas permis de trouver des résultats concluants. Même si certaines recherches se sont déroulées dans le cadre du domicile, leur nombre n'est pas suffisant pour en tirer des conclusions pertinentes pour ce travail.

Il ressort de plusieurs études que les soignants utilisent les stratégies de communication selon leurs préférences et celles du soigné. De ce fait, une multitude de stratégies se rejoignent au niveau de leur but sans pour autant être les mêmes entre les études menées, ce qui empêche d'avoir des résultats exhaustifs et totalement objectifs.

Le concept de stratégie de communication est vaste, car il englobe plusieurs types d'approches (verbal, non verbal, technologie, éléments soutenant la communication et impact de l'environnement sur la communication), par conséquent, il est difficile de répondre de manière

complète. Il aurait pu être pertinent de se concentrer sur un aspect plus précis afin de pouvoir être peut-être davantage exhaustif.

Peu d'articles traitaient uniquement d'un seul stade de gravité et notamment du stade avancé. Il a été impossible de se concentrer sur le stade désiré comme annoncé au début de ce travail. Les conclusions ne sont pas concluantes concernant ce stade, mais plutôt concernant tous les stades de cette maladie. La difficulté à trouver des articles spécifiquement en lien avec le stade avancé peut venir du fait que la population visée est une population vulnérable étant donné son âge, sa maladie et la gravité de celle-ci. Du fait de cette vulnérabilité, les études portant sur les stades les plus graves de la maladie d'Alzheimer peuvent, alors, se voir confrontées à des problèmes éthiques. De ce fait, de telles études auraient également comporté trop de biais. Une manière de pallier à ce manque serait de le lier au cadre théorique de Parse. En effet, la théorie de l'humaindevenant est très utilisée dans les milieux gériatriques et la vision de l'humain selon Parse (2010 ; dans Doucet & Maillard Strüby, 2011) s'applique, quel que soit l'état de santé de la personne, y compris lors de stade avancé de la maladie. Cette vision de l'humain est d'autant plus intéressante que Parse (2010 ; dans Doucet et al., 2011) considère l'être humain comme indivisible, imprévisible et toujours changeant. Ces aspects sont réels à toutes les étapes de la maladie. En effet, même lorsque la personne est au dernier stade de la maladie d'Alzheimer, son passé, présent et futur lui restent indivisibles. De même, malgré la maladie, la personne conserve son caractère imprévisible :

à tout moment, elle peut avoir un comportement surprenant, voire déstabilisateur, ce qu'on peut également relier au mystère de l'humain selon Parse (2010 ; dans Doucet & Maillard Strüby, 2011). La personne va continuer d'évoluer et de se complexifier comme l'explique Parse (2010 ; dans Doucet et al., 2011) au travers de son concept d'hélicie. La relation au soigné sera alors la clé pour instaurer confiance et sécurité avec l'aide de la personne. De ce fait, les techniques telles que la présence vraie, l'immersion silencieuse et la présence qui se prolonge vont permettre de prendre en compte et en soin l'autre dans sa globalité et sa complexité (Parse, 2010 ; dans Doucet et al., 2011).

Le nombre d'articles traités ne permet pas de proposer des interventions infirmières totalement fiables et radicales. De plus, la rigueur scientifique est parfois discutable étant donné que certaines propositions trouvées dans les différents articles sont uniquement des faits et ne reposent, parfois, que sur la fréquence d'utilisation des stratégies de communication par les aidants ou sur leur ressenti propre par rapport à l'efficacité des diverses stratégies.

Une piste d'amélioration supplémentaire, pour ce Travail de Bachelor, aurait été une prise de contact avec un établissement de soins spécialisé dans la prise en charge des patients atteints de démence, si possible de type Alzheimer, ce qui aurait permis d'apporter un complément d'informations. Certains points de ce travail auraient pu être étayés et des liens intéressants et concrets avec la pratique auraient pu être effectués.

17. Perspectives pour la recherche

Il peut être supposé que ces stratégies de communication pourraient être utilisées dans d'autres démences, étant donné que dans la plupart d'entre elles, un déficit neurologique est retrouvé. Il serait donc intéressant de réaliser des recherches permettant d'investiguer cette possibilité.

Comme expliqué dans les limites, plusieurs recherches présentaient un échantillon restreint, ce qui diminuait la représentativité des résultats. De ce fait, il serait pertinent que les prochaines études utilisent un échantillon de plus grande envergure, afin d'augmenter la fiabilité des résultats.

Par rapport à la variété des stratégies de communication trouvées lors de la réalisation de ce travail, le fait de se concentrer sur une seule d'entre elles, dans une prochaine recherche, permettrait d'obtenir des résultats davantage significatifs pour un type de stratégie donné.

Comme expliqué dans le chapitre dédié aux limites, la population visée était trop ciblée et cela ne nous a pas permis d'aboutir à des résultats concluants. Pour une recherche future, il serait intéressant d'ouvrir la tranche d'âge de la population visée afin d'éviter les biais et problèmes éthiques liés, comme présentés dans les limites.

Un type de stratégie est ressorti par sa diversité d'approche: la méthode Snoezelen. Bien que cet aspect ne soit apparu que dans un article, sa complémentarité interpelle. Il pourrait être intéressant d'explorer ce sujet de manière plus approfondie dans un prochain travail. Cette technique est

intéressante en regard de ce qu'elle pourrait apporter, autant au soignant qu'au soigné.

Les stratégies de communication pour la promotion de la qualité de vie des soignés, mais aussi des aidants, sont primordiales. Bon nombre d'aspects touchant à l'être humain ressortent au travers de la relation entre le soignant et le soigné. Il est nécessaire de prendre en compte les différents paramètres constituant majoritairement ce Travail de Bachelor — la communication et ses conséquences — en les centrant sur la personne soignée.

Chapitre 7: Références

Abric, J.-C. (2004). *Psychologie de la communication: Théories et méthodes*. Paris : Armand Colin.

American Psychiatric Association. (2005). *DSM-IV-TR, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Issy-les-Moulineaux: Masson.

Amyot, J.-J. (2008). *Travailler auprès des personnes âgées*. (3e éd.). Paris: Dunod.

Association suisse des infirmières et des infirmiers. (2013). *L'éthique et la pratique infirmière*. Berne: ASI / SBK.

Association suisse des services d'aide et de soins à domicile. (2015). Repéré à: <http://www.spitex.ch/Monde-ASD/P0wwd/>

Bioy, A., Bourgeois, F., & Nègre, I. (2003). *Communication soignant – soigné: repères et pratiques*. Levallois-Perret: Bréal

Boislève, J. B. (2010). *La Maladie d'Alzheimer. Holosys, conseil & formation, santé, relations humaines*. Repéré à: <http://www.sante-vivante.fr/IMG/pdf/SV-ALZHEIMER.pdf>

Bosquet, R. (2003). *La communication et le refus de soin* (Travail de mémoire). Institut de Formation en Soins Infirmiers, Centre Hospitalier de Chartres, Chartres, France. Repéré à: <http://www.infirmiers.com/pdf/memoireromain.pdf>

Bruss, F. (2006). *L'information: une nécessité dans la prise en charge du patient*. Repéré à: <http://www.infirmiers.com/pdf/tfe-frederic-bruss.pdf>

Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales. (2012). Stratégie. Repéré à: <http://www.cnrtl.fr/definition/strategie>

Chinn, P., & Kramer, M. (2008). *Integrated theory and knowledge development in nursing*. St Louis: Elsevier

David, J.-P. (2009). *Physiopathologie de la maladie d'Alzheimer*. Repéré à: <http://www.chups.jussieu.fr/polys/capacites/capagerontodocs/anneesocial/alzphysiopathHEGP2009.pdf>



Doucet, T. J., & Maillard Strüby, F. V. (2011). *Rosemarie Rizzo Parse: L'École de Pensée de l'Humaindevenant*. Marly: Aquilance.

Ducharme, F. (2006). *Famille et soins aux personnes âgées: Enjeux, défis et stratégies*. Montréal: Beauchemin

Ecoplan. (2013). *Principes sous-tendant l'élaboration d'une stratégie nationale en matière de démence: La démence en Suisse: bilan de la situation actuelle*. Repéré à : http://www.bag.admin.ch/gesundheit2020/15547/index.html?lang=fr&download=NHZLpZeg7t,Inp6I0NTU042I2Z6In1ae2IZn4Z2qZpnO2Yuq2Z6gpJCLenx8e2ym162epYbg2c_JjKbNoKSn6A--.

Ennuyer, B. (2006). *Repenser le maintien à domicile: Enjeux, acteurs, organisation*. Paris: Dunod.

Fortin, F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche: méthodes quantitatives et qualitatives*. Montréal: Chenelière éducation.

Galik, E. N., Sparks, M., & Spurlock, W. (2008). Effective Communication and Behavior Management Strategies in the Care and Treatment of Alzheimer's Disease. *Counseling Point*, 1(2), 1-16. <https://www.gapna.org/download/CounselingPoints/cp2008Vol1Num2.pdf>

Girard, J.-F., & Canestri, A. (2000). *La maladie d'Alzheimer*. Repéré à : http://www.lamaisondelautonomie.com/wp-content/files/rapport_GIRARD_2000.pdf

Gollé, C. (2008). *La communication Infirmier(e) à Domicile – Patient* (Travail de fin d'études). Institut de formation en soins infirmiers à Saint-Malo, Saint-Malo. Repéré à : <http://www.infirmiers.com/pdf/communication-infirmiere-patient-a-domicile.pdf>

Höpfinger, F., Bayer-Oglesby, L., & Zumbunn A. (2011). *La dépendance des personnes âgées et les soins de longue durée: scénarios actualisés pour la Suisse*. Berne: Huber.

Jarvis, C. (2010). *L'examen clinique et l'évaluation de la santé*. Montréal: Beauchemin

Junod, N., & Sommer, J. (non daté). *Approche en communication pour le bon déroulement d'une consultation*. Repéré à : <http://www.hug->

ge.ch/sites/interhug/files/structures/medecine_de_premier_recours/documents/infos_soignants/approches_bon_deroulement_consultation.pdf

Klimova, B., Maresova, P., Valis, M., Hort, J., & Kuca, K. (2015). Alzheimer's disease and language impairments: social intervention and medical treatment. *Clinical Interventions in Aging*, (10), 1401–1408. doi: 10.2147/CIA.S89714

Larousse en ligne. (2016). Stratégie. Repéré à: <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais-monolingue>

Larousse en ligne. (2015). Domicile. Repéré à: <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/domicile/26369?q=Domicile#26248>

Lavoie, A. (2004). *Sécurité du maintien à domicile et démence d'Alzheimer [microforme]: raisons reliées à l'utilisation et à la non-utilisation de stratégies compensatoires par les aidants naturels* (Thèse). Université de Sherbrooke, Sherbrooke, Québec.

Maillot, J. (2008). *La communication avec la personne atteinte de démence sénile de type Alzheimer par l'Humanitude*. Repéré à: <http://www.infirmiers.com/pdf/tfe-infirmier-Julien-Maillot.pdf>

Manoukian, A. (2004). *Les soignants et les personnes âgées*. Rueil-Malmaison: Lamarre

Melnyk, B.M., & Fineout-Overholt, E. (2013). *Evidence-Based Practice in Nursing and Healthcare. A guide to best Practice*. (2^e éd.). Philadelphia : Lippincott Williams & Williams.

Morris, J. C. (1993). The Clinical Dementia Rating (CDR): Current version and scoring rules. *Neurology*, 43(11), 2412-4. doi : 10.1212/WNL.43.11.2412-a

Muller, C., & Gillet, M. (2014). Maladie d'Alzheimer: stratégies de communications et d'interventions. Une approche sans mots. *Kinesither Rev*, 15(159), 65-69. Repéré à: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1779012314004422>

Nomad. (2015). Aide et soins, déroulement des interventions. Repéré à: <http://www.nomad-ne.ch/aide-et-soins/deroulement-des-interventions/?L=0%2F>

Office fédéral de la santé publique (2013). Stratégie nationale en matière de démence 2014–2017. Repéré à: <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/13916/14813/index.html?lang=fr>

Office fédéral de la statistique. (2014). La santé fonctionnelle des personnes âgées vivant en ménage privé. Repéré à: <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/14/22/publ.html?publicationID=5688>

Office fédéral de la statistique. (2015). Statistique de l'aide et des soins à domicile. Résultats 2014: chiffres et tendances. Repéré à: <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/news/publikationen.html?publicationID=6823>

Oubejja, M. (2013). *Notion de stratégie*. Repéré à: <http://lewebpedagogique.com/oubejja30/2013/05/01/notion-de-strategie/>

Parse, R. R. (2007). The humanbecoming school of thought in 2050. *Nursing Science Quarterly*, 20(4), 308–311. doi:10.1177/0894318407307160

Parse, R. R. (2010). Human dignity: a humanbecoming ethical phenomenon. *Nursing Science Quarterly*, 23(3), 257–262. doi:10.1177/0894318410371841

Parse, R. R. (2014). *Le paradigme de l'humaindevenant: Une vision du monde transformationnelle*. Marly: Aquilance.

Pépin, J., Ducharme, F., & Kérouac, S. (2010). *La pensée infirmière*. Montréal: Chenelière éducation.

Perilli, V., Lancioni, G. E., Hoogeveen, F., Caffo, A., Singh, N., O'Reily, M., Sigafos, J., Cassano, G., & Oliva, D. (2013). Video Prompting Versus Other Instruction Strategies for Persons With Alzheimer's Disease. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementia*, 28(4), 393-402. doi: 10.1177/1533317513488913

Potter, P., & Perry, A. (2010). *Soins infirmiers: Fondements généraux. Tome 1*. (3^e éd.). Montréal: Chenelière Education

Reisberg, B., Ferris, S. H., de Leon, M. J., & Crook, T. (1982). The Global Deterioration Scale for assessment of primary degenerative dementia. *American Journal of Psychiatry*, 139(9), 1136–1139. doi : 10.1176/ajp.139.9.1136

Rey, A., & Rey-Debove, J. (1986). *Le Petit Robert 1: Dictionnaire alphabétique et analogique*. Paris: Les Dictionnaires LE ROBERT.

Rogers, M. E. (1992). Nursing Science and the Space Age. *Nursing Science Quarterly*, 5(1), 27–34. doi:10.1177/089431849200500108

Roque, F. P., Ortiz, K. Z., Araujo, M. S. C., & Bertolucci, P. H. F. (2009). Communicative strategies training effectiveness to caregivers of patients with dementia. *Pró-Fono Revista de Atualização Científica*, 21(3), 225-239. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-56872009000300008&lng=en&nrm=iso&tlng=en

Savundranayagam, M. Y., & Orange, J. B. (2014). Matched and mismatched appraisals of the effectiveness of communication strategies by family caregivers of persons with Alzheimer's disease. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 49(1), 49-59. doi: 10.1111/1460-6984.12043

Schiaratura, L. T. (2008). La communication non verbale dans la maladie d'Alzheimer. *Psychol NeuroPsychiatr Vieil*, 6(3), 183-188. doi: 10.1684/pnv.2008.0140

Service de la santé publique. (2013). Maintien à domicile. Repéré à: <http://www.ne.ch/autorites/DFS/SCSP/maintien-domicile/Pages/accueil.aspx>

Simeone, I. (1988). *Le maintien à domicile: quel avenir?* Genève: Editions Médecine et Hygiène.

Société Alzheimer du Canada. (2008). Evolution de la maladie d'Alzheimer: le stade avancé. Repéré à: http://www.alzheimer.ca/~media/Files/national/Progression-series/progression_latestage_2008_f.pdf

Vasse, E., Vernooij-Dassen, M., Spijker, A., Rikkert, M. O., & Koopmans, R. (2009). A systematic review of communication strategies for people with dementia in residential and nursing homes. *International Psychogeriatrics*, 22(2), 189-200. doi:10.1017/S1041610209990615

Williams, C. L., & Parker, C. (2012). Development of an Observer Rating Scale for Caregiver Communication in Persons with Alzheimer's Disease. *Issues in Mental Health Nursing*, 33, 244-250. doi: 10.3109/01612840.2011.653040

Wilson, R., Rochon, E., Mihailidis, A. & Leonard, C. (2012). Examining Success of Communication Strategies Used by Formal Caregivers Assisting

Individuals With Alzheimer's Disease During an Activity of Daily Living. *Journal of speech, Language, and Hearing Research*, 55, 328-341. doi: 10.1044/1092-4388(2011/10-0206)

Wilson, R., Rochon, E., Mihailidis, A. & Leonard, C. (2013). Quantitative analysis of formal caregivers' use of communication strategies while assisting individuals with moderate and severe Alzheimer's disease during oral care. *Journal of Communication Disorders*, 46, 249-263. doi: 10.1016/j.jcomdis.2013.01.004

Zientz, J., Rackley, A., Chapman, S. B., Hopper, T., Mahendra, N., Kim, E. S., & Cleary, S. (2007). Evidence-Based Practice Recommendations for Dementia : Educating Caregivers on Alzheimer's Disease and Training Communication Strategies. *Journal of Medical Speech-Language Pathology*, 15(1), 53-64.
http://www.ancds.org/assets/docs/EBP/educating_caregivers.pdf

Chapitre 8: Appendices

Appendice A

Tableau n° 1: Concepts, PICOT et descripteurs

	P	I	O
Mots-clés français	1. Alzheimer 2. Domicile (vivant ou maintenu à)	Stratégies de communication	Efficacité (des stratégies de communication)
Mots-clés anglais	1. Alzheimer's disease – Dementia of the Alzheimer type 2. Home – homebound – home care	Communication - communication strategies	Effectiveness
Descripteur MeSH	1. Alzheimer Disease <ul style="list-style-type: none"> ➤ Disease, Alzheimer ➤ Alzheimer Dementia (AD) ➤ Dementia, Alzheimer (AD) ➤ Alzheimer-Type Dementia (ATD) ➤ Alzheimer Type Dementia (ATD) ➤ Dementia, Alzheimer-Type (ATD) ➤ Dementia, Alzheimer Type ➤ Alzheimer Type Dementia ➤ Senile Dementia, Alzheimer Type ➤ Alzheimer Type Senile Dementia ➤ Alzheimer's Disease ➤ Disease, Alzheimer's 2. Homebound Persons <ul style="list-style-type: none"> ➤ Homebound Person 	1. Nonverbal Communication <ul style="list-style-type: none"> ➤ Communication, Nonverbal ➤ Communications, Nonverbal ➤ Nonverbal Communications 2. Communication <ul style="list-style-type: none"> ➤ Personal Communication ➤ Communication, Personal ➤ Communication Programs ➤ Communication Program ➤ Program, Communication ➤ Programs, Communication ➤ Communications Personnel ➤ Personnel, Communications 3. Verbal Behavior	Comparative Effectiveness Research <ul style="list-style-type: none"> ➤ Effectiveness Research, Comparative ➤ Research, Comparative Effectiveness

	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Person, Homebound ➤ Persons, Homebound ➤ House-Bound Persons ➤ House Bound Persons ➤ House-Bound Person ➤ Person, House-Bound ➤ Persons, House-Bound ➤ Home-Bound Persons ➤ Home Bound Persons ➤ Home-Bound Person ➤ Person, Home-Bound ➤ Persons, Home-Bound 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Behavior, Verbal ➤ Behaviors, Verbal ➤ Verbal Behaviors <p>4. Communication strategies</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Communication, Health ➤ Communications, Health ➤ Health Communications 	
Descripteur OVID	<ol style="list-style-type: none"> 1. Alzheimer's disease <ul style="list-style-type: none"> ➤ Alzheimer's Disease ➤ Dementia of Alzheimer's Type 2. Homebound <ul style="list-style-type: none"> ➤ Home Care 	<p>Communication</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Interpersonal Communication ➤ Nonverbal communication ➤ Verbal communication ➤ Communication Skills ➤ Communication theory 	Experimentation
Headings (Cinhal)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Alzheimer's disease 2. Home Health care <ul style="list-style-type: none"> ➤ Home visits 3. Homebound patients 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Communication <ul style="list-style-type: none"> ➤ Communication barriers ➤ Communication skills ➤ Conversation ➤ Language ➤ Negotiation ➤ Nonverbal communication ➤ Verbal behavior ➤ Alternative and augmentative communication 	Clinical effectiveness

Appendice B

Tableau n° 2: Stratégie de sélection des articles dans la base de données Pubmed

Descripteurs utilisés dans la base de données Pubmed	Nombre d'articles apparus	Filtres utilisés Nombres d'articles	Nombres d'articles trouvés	Titres des articles retenus
«Alzheimer Disease» AND « Nonverbal Communication » AND «Communication» AND « Verbal Behavior » AND « Comparative Effectiveness Research » AND « Communication strategies » AND « Homebound Persons »	0			
«Alzheimer Disease» AND « Nonverbal Communication » AND «Communication»	0			

AND « Verbal Behavior » AND « Communication strategies » AND « Homebound Persons »				
«Alzheimer Disease» AND « Nonverbal Communication » AND «Communication» AND « Verbal Behavior » AND « Communication strategies »	5	«10 years» «Humans»	4	Development of an observer rating scale for caregiver communication in persons with Alzheimer's disease. Effective communication and behavior management strategies in the care and treatment of Alzheimer's disease. Examining Success of Communication Strategies Used by Formal Caregivers Assisting Individuals With Alzheimer's Disease During an Activity of Daily Living
«Alzheimer Disease» AND « Nonverbal Communication » AND «Communication» AND « Verbal Behavior » AND « Homebound Persons »	0			
«Alzheimer Disease»	34	«10 years»	17	Non-verbal communication in Alzheimer's disease

AND « Nonverbal Communication » AND «Communication» AND « Verbal Behavior »		«Humans»		Alzheimer's disease and language impairments: social intervention and medical treatment Gesture comprehension, knowledge and production in Alzheimer's disease.
«Alzheimer Disease» AND « Communication strategies » AND « Homebound Persons »	0			
«Alzheimer Disease» AND « Communication strategies »	118	«10 years» «Humans»	69	Communicative strategies training effectiveness to caregivers of patients with dementia. Quantitative analysis of formal caregivers' use of communication strategies while assisting individuals with moderate and severe Alzheimer's disease during oral care. Matched and mismatched appraisals of the effectiveness of communication strategies by family caregivers of persons with Alzheimer's disease Video Prompting Versus Other Instruction Strategies for Persons With Alzheimer's Disease
«communication strategies» AND	25	«Systematic review»	3	A systematic review of communication strategies for people with dementia in residential and

«Alzheimer» Dans Cliniquial queries				nursing homes.
--	--	--	--	----------------

Appendice C

Tableau n° 3: Stratégie de sélection des articles dans la base de données Cochrane

Descripteurs utilisés dans la base de données Cochrane	Nombre d'articles apparus	Filtres utilisés	Nombres d'articles trouvés	Titres des articles retenus
«Alzheimer Disease» AND « Nonverbal Communication » AND «Communication» AND « Verbal Behavior » AND « Comparative Effectiveness Research » AND « Communication strategies » AND « Homebound Persons »	0			
«Alzheimer Disease» AND « Nonverbal Communication » AND «Communication» AND « Verbal Behavior » AND « Comparative Effectiveness Research »	1		0 → Article exclu après lecture du titre, car pas de composante sur la communication	

AND « Communication strategies »				
«Alzheimer Disease» AND « Nonverbal Communication » AND «Communication» AND « Verbal Behavior » AND « Communication strategies » AND « Homebound Persons »	0			
«Alzheimer Disease» AND « Nonverbal Communication » AND «Communication» AND « Verbal Behavior » AND « Communication strategies »	2		0 → Articles exclus après lecture du titre, car pas de composante sur la communication	
«Alzheimer Disease» AND «Communication» AND « homebound persons »	1		0 → Article exclu après lecture du titre, car pas de notion de communication	
«Alzheimer Disease» AND	5		0 → Article exclu	

<p>« Nonverbal Communication » AND «Communication» AND « Verbal Behavior »</p>			<p>après lecture du titre ou du résumé, car ne concerne pas la communication ou s'intéresse à la physiopathologie qui limite la communication</p>	
<p>«Alzheimer Disease» AND « Communication strategies »</p>	<p>124</p>	<p>«Title, abstract, keyword»</p>	<p>12</p>	<p>Evidence - based practice recommendations for dementia: educating caregivers on Alzheimer's disease and training communication strategies</p>

Appendice D

Tableau n° 4: Stratégie de sélection des articles dans la base de données Cinahl

Descripteurs utilisés dans la base de données Cinahl	Nombre d'articles apparus	Filtres utilisés	Nombres d'articles trouvés	Titres des articles retenus
«Alzheimer's disease» AND «Communication» AND « Clinical effectiveness » AND « Homebound patients »	0			
«Alzheimer's disease» AND «Communication» And « Homebound patients »	2	«Publication dates: 2006-2016» «Humans» 0 article	0	
«Alzheimer's disease» AND «Communication» AND « Clinical effectiveness » AND « Home health care »	1	«Publication dates: 2006-2016»	1	
«Alzheimer's disease» AND «Communication» AND « Home health care »	42	«Publication dates: 2006-2016» «Humans»	12	

<p>«Alzheimer's disease» AND «Communication» AND « Clinical effectiveness »</p>	<p>10</p>	<p>«Publication dates: 2007-2014» «Humans»</p>	<p>7</p>	<p>Examining Success of Communication Strategies Used by Formal Caregivers Assisting Individuals With Alzheimer's Disease During an Activity of Daily Living</p> <p>Formal Caregivers' Perceptions of Effective Communication Strategies while Assisting Residents with Alzheimer's Disease During Activities of Daily Living</p>
<p>«Alzheimer's disease» AND «Communication»</p>	<p>642</p>	<p>«Headings dans le titre» «Publication date: 2006-2015»</p>	<p>25</p>	<p>Alzheimer's disease: communication and intervention strategies. Making contact without words.</p> <p>Effective communication and behavior management strategies in the care and treatment of Alzheimer's disease.</p>

Appendice E

Tableau n° 5: Stratégie de recherche d'articles dans la base de données Medline

Descripteurs utilisés dans la base de données Medline	Nombre d'articles apparus	Filtres utilisés	Nombres d'articles trouvés	Titres des articles retenus
«Alzheimer's disease» AND «Communication» AND « Experimentation » AND « Homebound »	0			
«Alzheimer's disease» AND «Communication» AND « Homebound »	3	«2006-2016»	0	
«Alzheimer's disease» AND «Communication» AND « Experimentation »	3	«2006-2016»	0	
«Alzheimer's disease» AND «Communication»	853	«2006-2016» «Descripteurs dans le titre»	24	Matched and mismatched appraisals of the effectiveness of communication strategies by family caregivers of persons with Alzheimer's disease. <i>(Doublon)</i> Quantitative analysis of formal

			<p>caregivers' use of communication strategies while assisting individuals with moderate and severe Alzheimer's disease during oral care. <i>(Doublon)</i></p> <p>Examining success of communication strategies used by formal caregivers assisting individuals with Alzheimer's disease during an activity of daily living. <i>(Doublon)</i></p> <p>Development of an observer rating scale for caregiver communication in persons with Alzheimer's disease. <i>(Doublon)</i></p> <p>Non-verbal communication in Alzheimer's disease <i>(Doublon)</i></p>
--	--	--	--

Appendice F

Tableau n° 6: Stratégie de sélection des articles dans la base de données JBI

Descripteurs utilisés dans la base de données JBI	Nombre d'articles apparus	Filtres utilisés	Nombres d'articles trouvés	Titres des articles retenus
«Alzheimer's Disease» AND «Communication» AND « Experimentation » AND « Homebound »		2006-2016	0	
«Alzheimer's Disease» AND «Communication» AND « Experimentation »	0	2006-2016	0	
«Alzheimer's Disease» AND « Homebound » AND «Communication»	4	«2006-2016»	3	
«Alzheimer's Disease» AND «Communication»	69	«2006-2016»	64	

Appendice G

Tableau n° 7: Stratégie de sélection des articles dans la base de données PsycInfo

Descripteurs utilisés dans la base de données PsycInfo	Nombre d'articles apparus	Filtres utilisés	Nombres d'articles trouvés	Titres des articles retenus
«Alzheimer's Disease» AND «Communication» AND « Homebound » AND « Experimentation »	5	«2006-2016»	4	
«Alzheimer's Disease» AND «Communication» AND « Homebound »	77	«2006-2016»	54	
«Alzheimer's Disease» AND «Communication» AND « Experimentation »		«2006-2016» «Descripteur « communication » dans l'abstract» «Human et 2005- 2016»	31	
«Alzheimer's Disease» AND «Communication» AND « Experimentation »		«2006-2016» «Descripteur « communication » dans l'abstract et le titre»	5	

<p>«Alzheimer's Disease» AND «Communication»</p>	<p>51</p>	<p>«2006-2016» «Descripteurs dans le titre»</p>	<p>27 4 exclu à la lecture de l'abstract 3 exclu à la lecture de l'article</p>	<p>Matched and mismatched appraisals of the effectiveness of communication strategies by family caregivers of persons with Alzheimer's disease (<i>doublon</i>)</p> <p>Quantitative analysis of formal caregivers' use of communication strategies while assisting individuals with moderate and severe Alzheimer's disease during oral care (<i>doublon</i>)</p> <p>Developpement of an observer rating scale for caregiver communication in persons with Alzheimer's Disease (<i>doublon</i>)</p> <p>La communication non verbale dans la maladie d'Alzheimer (<i>doublon</i>)</p> <p>Evidence-based Practice recommandations for Dementia : Educating caregivers on Alzheimer's Disease and training communication strategies (<i>doublon</i>)</p>
--	-----------	---	--	---

Appendice H

Tableau n° 8: Impact factor et niveau de preuve hiérarchique

Nom article	Impact factor	Niveau de preuve
Development of an observer rating scale for caregiver communication in persons with Alzheimer's disease.	1.63	Étude descriptive simple
Non-verbal communication in Alzheimer's disease	0.89	Revue systématique
Communicative strategies training effectiveness to caregivers of patients with dementia.	Trop récent	Étude descriptive simple
Quantitative analysis of formal caregivers' use of communication strategies while assisting individuals with moderate and severe Alzheimer's disease during oral care.	1.45	Etude transversale
Matched and mismatched appraisals of the effectiveness of communication strategies by family caregivers of persons with Alzheimer's disease	1.47	Etude descriptive corrélationnelle
A systematic review of communication strategies for people with dementia in residential and nursing homes.	2.47	Revue systématique
Evidence-based practice recommendations for dementia: educating caregivers on Alzheimer 's disease and training communication strategies	0.18	Revue systématique
Examining Success of Communication Strategies Used by Formal Caregivers Assisting Individuals With Alzheimer's Disease During an Activity of Daily Living	2.07	Etude transversale
Alzheimer's disease: communication and intervention strategies. Making contact without words.	Trop récent	Métasynthèse d'étude descriptive
Effective communication and behavior management strategies in the care and treatment of Alzheimer's disease.	Inconnu	Revue systématique
Video Prompting Versus Other Instruction Strategies for Persons	1.63	Étude descriptive simple

With Alzheimer's Disease

Alzheimer's disease and language impairments: social intervention and medical treatment	2.08	Revue systématique
--	------	--------------------

Appendice I

Tableau n° 9: Grille de Fortin (2010) adaptée n° 1

Article : *Quantitative analysis of formal caregivers' use of communication strategies while assisting individuals with moderate and severe Alzheimer's disease during oral care.* (Wilson, Rochon, Mihailidis & Leonard, 2013).

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 ? <p>Les concepts-clés sont clairement précisés : « analyse quantitative », « aidants formels », « stratégies de communication », « assistance durant les soins bucco-dentaires » ainsi que la population : « individu atteint de la maladie d'Alzheimer modérée et sévère ».</p>
Résumé	<ul style="list-style-type: none"> Le résumé synthétise clairement le résumé de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ? <p>Le résumé explique la nature de l'étude : « Cette étude d'observation transversale a examiné l'utilisation de stratégies de communication axées sur les tâches et axée sur la communication sociale des soignants professionnels tout en aidant les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer modérée et sévère résidant dans un établissement de soins de longue durée au cours d'une activité de base de la vie quotidienne: le lavage des dents. ». La méthode est bien résumée : « Treize dyades formelles de soignant et résident ont été observées pendant un total de 78 séances séparées de brossage des dents. Tous les énoncés des soignants qui se produisent durant la tâche ont été transcrits et codés par type de stratégie de communication en utilisant un schéma de codage d'observation multidimensionnelle, qui a été développé avant l'expérience. ». Les résultats sont résumés clairement : « Dans l'ensemble, la majorité des résidents, quelle que soit la gravité de la maladie, a complété avec succès les sessions de brossage des dents avec le soutien des aidants. », « Pour la plupart, les stratégies de communication utilisées ne diffèrent pas par rapport à la gravité de la maladie. Toutefois, certaines différences ont été identifiées, y compris l'utilisation d'une</p>

	<p>proposition à la fois, la répétition paraphrasée, l'utilisation du nom du résident, et la fourniture d'une assistance complète, ces stratégies ont été utilisées le plus souvent avec les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer sévère. ». La discussion est résumée en une phrase : « Cette étude ajoute à la littérature émergente soutenant l'utilisation de stratégies spécifiques de communication, tout en aidant les résidents atteint de la maladie d'Alzheimer au cours de la réalisation des activités de la vie quotidienne. ». Le résumé apporte également une autre rubrique : les objectifs d'apprentissage pour les lecteurs.</p>
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 ? <p>Le problème est correctement expliqué. Des statistiques sont utilisées pour rendre compte de l'ampleur du problème et la thématique principale, la maladie d'Alzheimer, est expliquée : les symptômes sont énumérés et mis en lien avec la communication et les problématiques liées (stress des aidants). « En 2010, on estimait que 35,6 millions de personnes dans le monde vivaient avec la maladie d'Alzheimer (MA) ou une affection connexe, ce qui incite l'Organisation mondiale de la santé (OMS) de passer à l'action et de faire des systèmes investi dans le social et la santé améliorant les soins et services pour les personnes atteintes de démence et de leurs aidants une priorité. », « La maladie d'Alzheimer est la forme la plus commune de toutes les démences {...} et se caractérise comme une maladie neurodégénérative progressive qui a des répercussions multiples sur les domaines cognitifs, ce qui provoque des déficiences significatives dans le social d'un individu, le travail, et la capacité fonctionnelle. », « Malheureusement, le déclin de langage important lié à la maladie d'Alzheimer impact d'abord la capacité à trouver ses mots, l'aisance et la compréhension verbale et, alors que la maladie progresse, le contenu de la parole, et la prosodie, ce qui peut conduire à des pannes de communication au cours d'une variété d'activité de la vie quotidienne et de contribuer au stress du fournisseur de soins. »</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le problème/phénomène est-il pertinent

	<p>/approprié dans le contexte des connaissances actuelles ?</p> <p>L'article argumente la pertinence du problème en mettant en évidence les statistiques déjà citées et ce que la maladie implique pour le patient et le soignant. « La communication est une composante fondamentale des aspects fonctionnels et relationnels d'une dyade {...} qui est mis en place pour faciliter la réalisation des AVQ. ».</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le problème/phénomène a-t-il une signification particulière pour la discipline concernée ? Les postulats sous-jacents à l'étude sont-ils précisés ? <p>Le problème est significatif pour la discipline, l'article met d'ailleurs plusieurs fois en avant le soignant par rapport au patient atteint de la maladie d'Alzheimer, comme cela a déjà été cité plus haut.</p>
Recension des écrits	<ul style="list-style-type: none"> • Une recension a-t-elle été entreprise ? <p>Tout au long de l'introduction des références sont faites aux auteurs qui leurs ont permis de construire leur travail et une liste de référence se trouve en fin de texte.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La recension fournit-elle une synthèse de l'état de la question par rapport au problème de recherche ? <p>Un bon aperçu de ce qui a déjà été fait est mis en évidence tout au long de l'introduction. Les références sont citées directement derrière les informations. La synthèse est constitué de deux paragraphes : « Solution actuelle : stratégies de communication cliniquement recommandées » et « Solution proposée : l'étude en cours » plus un paragraphe reprenant une de leur ancienne études et la mettant en lien avec celle-ci : « Objectifs et hypothèses d'étude ».</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 ? <p>Les connaissances actuelles sont clairement représentées et les références sont relativement récentes, ce qui semble être une bonne base pour l'étude.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La recension présente t'elle des sources primaires ? <p>Les auteurs utilisent majoritairement des sources</p>

	primaires.
Cadre de recherche	<p>de</p> <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 ? <p>Les concepts ne sont pas réellement définis dans l'introduction. L'introduction nous donne plutôt un état des lieux par rapport au problème posé. Le seul concept réellement défini est celui de la maladie d'Alzheimer. Toutefois, il n'aborde pas ce que sont les stades de la maladie et leurs caractéristiques. « La détérioration de la mémoire, de l'orientation, de la langue, du fonctionnement exécutif, du traitement visuel, et de l'action jouent tous un rôle dans la baisse de la capacité fonctionnelle des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, qui à son tour, conduit à la nécessité d'une assistance de la part aidants au cours des activités de la vie quotidienne (AVQ). ». Les stratégies de communication font, quant à elle, état d'une description de ce qui a déjà été trouvé dans la littérature : « Par exemple, dans le cadre de leur étude, Little, Gutman, Makela et Hillhouse (2003) ont étudié la littérature sur les soignant de la maladie d'Alzheimer et ont rapporté 10 stratégies qui ont été trouvées à se reproduire, y compris, mais sans s'y limiter, en utilisant une seule proposition à la fois, en parlant lentement, en utilisant le verbatim ou la répétition paraphrasée, en utilisant des questions fermées sur des questions ouvertes, et à l'aide de courtes phrases simples. Cependant, alors que la littérature empirique soutient l'utilisation de certaines de ces stratégies (par exemple, la répétition in extenso ou paraphrasé (Small, Kemper, et al 1997b) et de fournir une proposition à la fois (Rochon, Waters, & Caplan, 1994;. Rochon, Waters, & Caplan, 2000), la recherche ne montre pas de soutien pour les autres. ». Le choix d'utiliser comme activité de la vie quotidienne le brossage des dents est expliqué et un lien avec l'importance de la communication est fait : « Tout d'abord, le brossage des dents est une tâche en plusieurs étapes que les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer modérée et sévère ont des difficultés à remplir de manière indépendante; d'autre part, la pratique des soins bucco-dentaire est essentielle à la santé bucco-dentaire des résidents atteint de la maladie d'Alzheimer; et troisièmement, l'utilisation de stratégies de communication efficaces peuvent soutenir</p>

	<p>les aidants qui aident les résidents lors des soins bucco-dentaires. ».</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 ?
<p>Buts et question de recherche</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Le but de l'étude est-il énoncé de façon claire et concise ? <p>Le but de la recherche est énoncé clairement : « {...} le but de cette étude est d'examiner l'utilisation des stratégies de communication par les aidants formels (par exemple du personnel de soutien ou des infirmières diplômées), tout en aidant les résidents atteints de la MA modérée et sévère au cours de la réalisation d'une activité de la vie quotidienne de base, en particulier le brossage des dents. ».</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les questions de recherche ou les hypothèses, dont les variables clés et la population à l'étude, sont-elles clairement énoncées ? <p>Les hypothèses sont clairement énoncées et s'appuient sur une de leurs études précédentes : « Sur la base de notre recherche précédente, nous avons émis l'hypothèse que les aidants assistant les individus atteints de la maladie d'Alzheimer sévère utiliseraient un sous-ensemble d'éléments verbaux (c.-à-d. une proposition à la fois, des questions fermées, la répétition paraphrasée, la louange verbale et l'utilisation du nom du résident) et non verbaux (par exemple, la guidance par le toucher, en montrant l'objet du doigt, la démonstration de l'action et la remise d'un objet au résident) axé sur la tâche et des stratégies de communication lors de l'achèvement du brossage des dents, comme il a été trouvé avec le lavage des mains (Wilson, Rochon, Mihailidis et al. , 2012). », « Donc, nous avons anticipé le fait que les aidants allaient réduire leur débit de parole lors de l'interaction avec les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer durant les activités de la vie quotidienne. », « Finalement, nous nous attendions à observer des différences dans l'utilisation des stratégies de communication de la part des aidants pendant la complétion des tâches en fonction de la gravité de la maladie. ».</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les questions de recherche ou les hypothèses reflètent-elles le contenu de la recension des

	<p>écrits et découlent-elles logiquement du but ? Traitent-elles de l'expérience des participants, des croyances, des valeurs ou des perceptions ? Comme déjà dit, les hypothèses découlent principalement d'une étude antérieure qui avait été menée par les mêmes auteurs.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les variables reflètent-elles les concepts précisés dans le cadre de recherche ? <p>Les variables ne sont pas explicitées dans l'introduction.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 échantillon et	<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 ? <p>L'échantillonnage a été effectué en utilisant une procédure spécifique basée sur des critères. Selon l'article, cette procédure serait très efficace lorsqu'il s'agit de recruter un sous-ensemble particulier de la population. Les participants sont issus de deux établissements de soins de longue durée d'une région précise. Les critères d'inclusions pour les résidents étaient : « {...} un diagnostic confirmé de maladie d'Alzheimer modérée ou sévère dans le dossier médical, au moins une dent naturelle, un besoin d'assistance évident pour les soins buccodentaires ainsi qu'une bonne compréhension de l'anglais. ». Les critères d'exclusions des résidents étaient : « {...} une démence indéterminée ou un autre type de démence spécifié dans leur dossier médical (par exemple, la démence vasculaire), un antécédent d'accident vasculaire cérébral, de dépression, de psychose, d'alcoolisme ou de toxicomanie, des gestes d'agression physique envers les aidants par le passé, ou des déficits sensoriels non corrigés {...}. ». Ce sont les soignants qui ont aidé les auteurs à identifier les patients qui pouvaient potentiellement participer à l'étude et les auteurs ont ensuite confirmé leur participation. Dans le premier établissement, 119 résidents ont été ciblés pour y</p>

participer mais seulement 7 ont participé à l'étude. Dans le 2^e établissement, 128 résidents ont été identifiés pour l'étude mais seulement 6 y ont participé. Pour ce qui est des soignants, les critères d'inclusions étaient : « {...} parler anglais confortablement et avoir au moins une année de travail avec des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. ». De plus les auteurs ont spécifié que les soignants participants devaient déjà avoir effectué une tâche avec le résident. 13 résidents avec la maladie d'Alzheimer (dont 10 femmes) et 15 soignants spécialisés dans les soins à la démence (dont 14 femmes) ont participé à cette étude. Un texte détaillant les caractéristiques des résidents participants est présenté dans l'article : « Les résidents des deux établissements étaient comparables sur les années d'études, la durée de résidence à l'établissement de soins de longue durée et l'âge. », « Les scores des résidents par rapport Mini-Mental State Examination (MMSE) ont été utilisés pour regrouper les résidents en fonction du niveau de gravité de la maladie. ».

L'article fait un texte similaire pour ce qui est des soignants participants : « L'âge moyen des soignants participants est de 45,4 ans, 14 des soignants étaient des femmes, et les soignants, en moyenne, avait 12 ans d'expérience en lien avec des individus atteints de la maladie d'Alzheimer. En termes de formation de communication pour aider les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et de la démence, 100% des aidants ont déclaré avoir participé à la formation des services domestiques et 73,3% ont indiqué avoir reçu un entraînement supplémentaire (par ex., des cours parrainés par la Société Alzheimer de l'Ontario). Les soignants des deux endroits étaient comparables sur l'âge, les années d'éducation, et les années dans la profession. ».

- 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 ? L'échantillonnage a permis d'examiner les interactions communicationnelles entre les participants. Chaque

	<p>Dyade a complété 6 sessions de lavage des dents afin d'accroître la représentativité des résultats.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminée ? Est-elle justifiée sur une base statistique ? <p>« Sur la base de notre expérience (Wilson, Rochon, Mihailidis et al., 2012), six sessions permet une possibilité suffisante pour les aidants de générer une variété de comportements de communication. ».</p>
<p>Considérations éthiques</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participants sont-ils adéquats ? <p>Une approbation éthique a été accordée par l'Université de Toronto Research Ethics Board et par Toronto Rehabilitation Institute affilié à un des établissements de soins de longue durée des participants. Les participants ont été avertis que : « {...} la participation à cette étude était volontaire et que l'on pouvait se retirer à tout moment. ».</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'étude a-t-elle été conçue de manière à minimiser les risques et maximiser les bénéfices pour les participants ? <p>Une information orale et écrite a été fournie aux aidants et un consentement éclairé a été demandé aux personnes décideuses suppléantes des patients atteints de la maladie d'Alzheimer.</p>
<p>Devis de recherche</p>	<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 ? <p>Le devis de recherche est quantitatif et c'est une étude transversale. Il a permis à l'étude d'atteindre son but et la méthode d'analyse quantitative des données a été effectuée en utilisant le logiciel SPSS Statistics qui permet de recueillir et d'organiser les données.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le devis fournit-il un moyen d'examiner toutes les questions de recherche ou les hypothèses ? <p>Le devis permet d'examiner toutes les questions de recherche. Les questions étant d'ordre quantitative elles aussi, ce devis de recherche leurs correspond bien.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 ? <p>L'outil de mesure principal dans cette étude a été l'enregistrement vidéo, ce qui a permis une bonne mise en évidence des variables afin qu'elles soient mesurables. Pour la transcription des données, un logiciel d'analyse systématique de transcription du langage (SALT) a été utilisé.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les questions de recherche ont-elles été bien posées ou les observations du phénomène, bien ciblées ? Ont-elles été rigoureusement consignées par la suite ? <p>Les questions de recherches ne sont pas mentionnées à nouveau mais la manière de conduire l'étude permet de comprendre le cheminement menant à des résultats intéressants.</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'auteur indique-t-il si les instruments ont été créés pour les besoins de l'étude ou s'ils sont importés ? <p>L'enregistrement vidéo avait été utilisé dans une de leur précédente étude et avait démontré son efficacité. Pour ce qui est du logiciel d'analyse systématique de transcription du langage (SALT), il a été importé. Ce logiciel avait lui aussi déjà été utilisé avec succès dans une de leur précédente étude.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La procédure expérimentale est-elle cohérente avec les outils mesurés ? <p>La procédure expérimentale est cohérente étant donné que le but est de quantifier les stratégies de communication utilisées pour les mettre ensuite en lien avec le succès de la tâche et la gravité de la maladie.</p>
Conduite de la recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Le processus de collecte des données/enregistrement est-il décrit clairement ? <p>Le processus de collecte des données est décrit très clairement. « Chacune des 13 dyades soignant-résidents ont été observée lors de l'achèvement de six séances de brossage des dents séparées au cours de leur routine quotidienne de soins du matin sur une durée de deux semaines. ». L'enregistrement vidéo a été l'outil de collecte des données brutes. Un schéma rappelant les différentes étapes du brossage des dents a été affiché dans la zone de brossage des dents en ayant pour but de : « {...} fournir un exemple courant des étapes de brossage des dents pour soutenir la</p>

cohérence de la tâche à travers les lieux et les dyades, et {...} agir comme un rappel des différentes étapes de brossage afin de faciliter les possibilités de communication. ». Les soignants ont été invités à utiliser les stratégies de communication qu'ils utilisaient habituellement. Mais aucune stratégie de communication ne leur a été transmise en plus de celle qu'ils connaissaient déjà.

- Les données ont-elles été recueillies de manière à minimiser les biais en faisant appel à du personnel compétent ?

Afin de minimiser les biais, des informations supplémentaires sur les soignants et les résidents ont été recueillies : « Pour chaque dyade, des informations supplémentaires ont été recueillies à la fin de la première séance de brossage des dents, y compris les données démographiques, l'évaluation de l'état cognitif et fonctionnel du résident, et une mesure du débit de parole du soignant de référence. ». Les éléments compris dans ces différentes catégories sont ensuite détaillés. Les séances de brossage des dents enregistrées ont été transcrites orthographiquement par un service de transcription professionnel et chaque transcription a ensuite été vérifiée. « Tous les comptes rendus des séances de brossage et les vidéos de référence ont ensuite été importées dans un logiciel d'analyse systématique des transcriptions de langage {...} (SALT), pour un codage supplémentaire et l'analyse. ». L'utilisation du logiciel SALT est par la suite détaillée.

Le nombre d'énoncé fait par les soignants a été quantifié pour chaque séance en utilisant un schéma multidimensionnel de codage d'observation (MOCS) qui avait été développé lors d'une de leur précédente étude et qu'ils ont amélioré en se basant sur la littérature empirique pour cette étude. Le MOCS est ensuite décrit de manière plus précise. La manière de l'utiliser est également décrite de manière détaillée.

De plus, un classement du taux de succès de la tâche a été effectué : « {...} chacune des neuf étapes de brossage des dents ont été classées comme suit: (1) le résident a terminé l'étape; (2) le résident n'a pas terminé l'étape alors que la possibilité de participer lui a été donnée (par ex., résident n'a pas répondu aux invitations du soignant); (3) le soignant a terminé

	<p>l'étape sans fournir la possibilité au résident de participer; (4) l'étape a été sautée; ou (5), l'étapes a été inobservée. ».</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si l'étude comporte une intervention (variable indépendante), celle-ci est-elle clairement décrite et appliquée de façon constante? <p>Pas de variable indépendante.</p>
Analyse des données	<ul style="list-style-type: none"> • Les méthodes d'analyse sont-elles décrites ? <p>Les méthodes d'analyse sont clairement décrites : « La méthode d'analyse quantitative du contenu a été utilisée pour recueillir et organiser les données et toutes les analyses statistiques descriptives et non paramétriques ont été effectuées en utilisant le logiciel IBM SPSS Statistics (version 20). ». La fréquence d'utilisation des stratégies de communication selon la gravité de la maladie a été déterminée de manière très précise : « Pour chaque dyade, le pourcentage des énoncés de soignant qui contenait chaque stratégie de communication (par exemple, une proposition) a été calculé en divisant le nombre total d'une stratégie de communication donnée produite par le nombre total d'énoncés produit et en multipliant par 100. On a également comparé les différences d'utilisation des stratégies de communication par le personnel soignant et le succès de la tâche en fonction de la gravité de la maladie en utilisant le test Mann-Whitney U. ». Le débit de parole des soignant selon la gravité de la maladie a lui aussi été analysé en utilisant un test spécifique, le « Wilcoxon Signed Rank Test ».</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats sont-ils pris en considération dans les analyses ? <p>Comme le démontre la méthode d'analyse décrite au-dessus, les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats sont bien pris en compte et des mesures sont prises pour les atténuer ou les éviter.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le résumé des résultats est-il compréhensible et met-il en évidence les extraits rapportés ? <p>Quelques rapides résumés des résultats sont faits dans les explications des transcriptions et codage des données.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 ? <p>Les résultats sont représentés à l'aide de tableaux de manières adéquates en soulevant moyenne et écart-type pour le nombre d'énonciations pour les soignants et résidants et les nombres et pourcentages d'utilisation des stratégies de communication, le tout selon la gravité de la maladie.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les thèmes ou les modèles sont-ils logiquement associés entre eux afin de bien représenter le phénomène ? <p>Les tableaux expliqués ci-dessus représentent efficacement le phénomène puisqu'ils permettent une vision d'ensemble des résultats.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les résultats sont-ils résumés par un texte narratif ? <p>Les résultats sont résumés par un texte narratif complet regroupant : « L'utilisation globale des stratégies de communication et l'utilisation des stratégies en fonction de la gravité de la maladie », « Les stratégies de communication axées sur les tâches », « Les stratégies de communication sociale », « Les stratégies de communication mixtes », « La participation à la tâche et le succès de la tâche », « Le taux de réussite des tâches » et « La vitesse d'élocution ».</p> <p>Pour ce qui est des stratégies de communication globale et en fonction de la gravité de la maladie, le texte fait référence au tableau numéro 6 qui regroupe les résultats liés aux stratégies de communication. Il donne aussi un aperçu du nombre total d'énonciation produit par les soignants et se réfère au tableau 5. Il signale également qu'« Il n'y avait pas de différences significatives entre les groupes de gravité de la maladie en termes de nombre d'énoncés produits par les soignants, de la durée de la tâche, et du nombre de mots produits par les aidants par minute. » et également qu'« il n'y avait pas de différences entre les groupes dans le nombre total de stratégies verbales, non verbales et sociales produites. ».</p> <p>Pour ce qui est des stratégies de communication axées sur les tâches : « Les principales stratégies verbales axées sur les tâches utilisées par les aidants qui interagissent avec des personnes atteint de la maladie d'Alzheimer sévère étaient: (1) l'utilisation d'une</p>
----------------------------	--

proposition à la fois (54,1%); (2) l'utilisation du nom du résident (16,9%); (3) l'utilisation des commentaires encourageants (14,6%); (4) l'utilisation de la répétition paraphrasée (12,9%) ;. Et (5) l'utilisation de questions fermées (12,2%). ». Pour ce qui est du groupe constituée de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer au stade modéré : « {...} (1) l'utilisation d'une proposition à la fois (40,4%); (2) l'utilisation des questions fermées (15,7%); (3) l'utilisation de la répétition paraphrasé (8,2%); (4) l'utilisation de deux propositions (6,7%), et (5) l'utilisation de la vérification des questions (6,2%) et des commentaires encourageants (6,2%). ». Pour ce qui est de l'aspect non-verbal : « les trois principales stratégies utilisées par les soignants qui aident des individus atteint de la maladie d'Alzheimer au stade modérée et sévère étaient : (1) la remise de l'objet au résident (sévére: 7,2%; 7,6% modérée); (2) la guidance tactile (sévére: 5,6%; modérée de 5,8%); et (3) pointer l'objet du doigt (sévére: 4,4%; modérée de 6,2%). ». Au niveau des différences entre les deux groupes, l'utilisation d'une proposition à la fois a été significativement plus utilisée dans le groupe des individus avec la maladie d'Alzheimer sévère. De plus, « {...} les aidants qui aident les individus atteint de la maladie d'Alzheimer au stade sévère utilise la répétition paraphrasés et le nom du résident significativement plus souvent que ceux qui aide les individus atteint de la maladie d'Alzheimer au stade modéré. ». De manière globale, les stratégies verbales sont plus utilisées chez les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer au stade sévère par rapport aux individus se trouvant au stade modéré.

Pour ce qui est des stratégies de communication sociale, aucune différence significative entre les deux groupes n'a été trouvée sauf pour la stratégie « répondre au résident » qui a été plus souvent utilisée avec les personnes atteinte de la maladie d'Alzheimer au stade modéré. Les stratégies qui, dans les deux groupes, ont été les plus fréquemment utilisées sont : « {...} la réponse des soignants au résident et la conversation sociale {...}. ».

Pour la communication mixte, le seul élément ayant été significativement plus utilisé dans la maladie d'Alzheimer au stade sévère a été l'assistance complète du résident.

	<p>Pour la participation à la tâche et le succès de la tâche, « En moyenne, pour les deux groupes de gravité, les résidents ont été invités à participer à 49% des étapes de brossage des dents et les résidents ont achevés en moyenne 45% des étapes. En moyenne, les soignants terminés 46% des étapes de la tâche et seulement 5% des mesures ont été totalement ignorés lors de l'exécution des tâches. ». De plus, les résultats de succès à la tâche montre que « 67% des séances de brossage des dents ont été classés comme entièrement réussie, 23% comme peu de succès, et 10% comme un échec. ». Les trois quarts des sessions soldées par un échec ont eu lieu avec la même dyade soignant-résident.</p> <p>Pour ce qui est du taux de réussite aux tâches, il n'y avait pas de différence significative sur le pourcentage de réussite des tâches entre les deux groupes bien que les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer au stade modéré aient un taux de réussite plus élevé. Pour ce qui est du groupe avec la maladie d'Alzheimer au stade modéré, il a été trouvé « {...} une corrélation positive significative entre le taux de réussite de la tâche et l'utilisation des commentaires encourageants et l'utilisation de la démonstration à l'action. ». Pour le groupe atteint de la maladie d'Alzheimer au stade sévère, « une corrélation positive significative entre le taux de réussite de la tâche et l'utilisation de la redirection et il y avait une corrélation négative significative entre le taux de réussite de la tâche l'utilisation de l'assistance complète. ».</p> <p>Pour le dernier point relevé, celui de la vitesse d'élocution, l'article explique qu'au début il n'y avait pas de différence significative de la vitesse d'élocution puis durant les tâches le débit de paroles diminuait et ce, pour les deux groupes.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 ? <p>Les résultats sont comparés avec les études antérieures qui avaient formé le cadre de recherche au début de l'article. La principale étude comparée est une étude qui</p>

avait été anciennement réalisée par les mêmes auteurs et qui avait cherché à analyser le même type de problème en utilisant une autre activité de la vie quotidienne : le lavage des mains : « Dans l'ensemble, les résultats de cette étude confirment nos résultats précédents (Wilson, Rochon, Mihailidis et al., 2012). », « Dans la présente étude, lorsque les soignants ont aidé les résidents atteints de la maladie d'Alzheimer sévère, les stratégies de communication les plus fréquemment utilisés étaient :

L'utilisation d'une proposition à la fois, l'utilisation du nom du résident, la louange verbale, la répétition paraphrasée, les questions fermées, et, enfin, la répétition verbatim. Dans Wilson, Rochon, Mihailidis et al. (2012), la majorité des résidents identifiés comme ayant la maladie d'Alzheimer au stade sévère, les soignants ont le plus fréquemment utilisé une proposition à la fois, suivie par l'utilisation de questions fermées, les commentaires encourageants, la répétition paraphrasé, et l'utilisation du nom du résident. ». Les principales stratégies de communication sont semblable pour les deux groupes dans les deux études mais n'ont pas le même ordre de classement d'utilisation suivant la gravité de la maladie.

- Les résultats concordent-ils avec les études antérieures menées sur le même sujet ? Sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures?

Comme déjà dit plus haut, les résultats des études antérieures concordent avec les résultats trouvés ici. Lorsqu'il parle de l'utilisation d'une proposition à la fois, on peut d'ailleurs lire : « Cette conclusion est étayée par la recherche sur la compréhension des phrases dans la maladie d'Alzheimer (Rochon et al., 1994, 2000) et par le travail de Small et al. (2003), qui a constaté que les aidants familiaux de personnes atteintes de la MA légère à modérée souvent employé cette stratégie pendant toutes les activités mesurées. ».

- L'interprétation et les conclusions sont-elles conformes aux résultats d'analyses ?

L'interprétation et les conclusions sont conforme à l'analyse des résultats et résume bien l'ensemble.

- Les limites de l'étude ont-elles été définies ?

Un chapitre axé sur les limites de l'étude et l'orientation pour le futur mais en avant la petite taille de l'échantillon qui pourrait avoir empêché la détection de

certain éléments. De plus, « la procédure d'échantillonnage n'a pas été aléatoire, la généralisation des résultats à d'autres fournisseurs de soins doit être faite avec prudence. », « {...} des tests formels de la vision et de l'audition n'ont pas été effectués. Ainsi, il était possible que le support correctif disponible pour le résident puisse avoir besoin de réglage, ce qui, à son tour, peut avoir un impact sur la capacité d'un résident de participer à la tâche. ». La capacité de praxie n'a pas été contrôlée, donc « des difficultés de planification et de réalisation de mouvements moteurs peuvent avoir un impact sur la capacité des résidents de terminer la tâche. ». L'étude mentionne aussi que, bien que des mesures aient été prises pour diminuer l'impact de ce biais, le fait que les dyades sont filmées cela a pu avoir un impact sur le comportement du soignant.

- Les conclusions découlent-elles logiquement des résultats ?

Les conclusions découlent logiquement des résultats et soulève des aspects intéressants : « {...} certaines différences dans l'utilisation de la stratégie en fonction de la gravité de la maladie émergent. Par exemple, bien que les soignants des deux groupes de gravité ont le plus fréquemment utilisées la stratégie de communication de fournir une seule proposition à la fois {...}, les aidants des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer grave ont utilisé cette stratégie beaucoup plus souvent que ceux des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer modérée. », « D'autres stratégies de communication pour lesquelles des différences significatives entre les deux groupes de gravité ont été trouvés sont l'utilisation de la répétition paraphrasé, l'utilisation du nom du résident, et la fourniture d'une assistance complète. Comme avec l'utilisation d'une seule proposition, ces stratégies ont été utilisées plus souvent chez les personnes atteintes de la MA grave. En revanche, les aidants qui interagissent avec les résidents atteints de la MA modérée ont démontré que la stratégie de communication sociale consistant à répondre aux demandes des résidents est beaucoup plus souvent utilisée que lors de l'interaction avec les résidents atteints de la MA sévère. ». Des hypothèses sont également soulevées : « On peut spéculer que l'utilisation différentielle de certaines stratégies de communication en fonction de la gravité de la maladie

	<p>de la part des soignant peut correspondre à un ajustement de leur comportement de communication pour capitaliser les capacités neuropsychologiques résiduelles des résidents. ». Ces hypothèses sont étayée ensuite par de la littérature en plus de la présente étude.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Soulève-t-on la question du caractère transférable des conclusions ?
<p>Conséquences et recommandations</p>	<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 ? <p>Un paragraphe expliquant les implications cliniques est présenté et comprend principalement : « Fournir aux soignants des informations concernant une variété de stratégies de communication efficaces fondées sur des preuves qui répondent aux besoins individuels des résidents sous leur garde a au moins deux avantages potentiels pour le résident atteint de la maladie d'Alzheimer : (1) pour soutenir la participation du résident dans ses auto-soins propres, et ainsi promouvoir l'indépendance; et (2) pour améliorer la relation soignant-résident pendant l'exécution des tâches quotidiennes, ce qui contribue à l'amélioration de la qualité des soins. En ce qui concerne les avantages potentiels pour les aidants, les résultats de la thèse pourrait être utilisé pour l'élaboration de lignes directrices de communication fondées sur des preuves pour être utilisées dans le programme de formation des soignants, fournissant ainsi aux soignants des outils de renforcement des compétences pour améliorer la connaissance et la satisfaction professionnelle. ».</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'auteur fait-il des recommandations/applications pour la pratique et les recherches futures ? <p>Un intéressant paragraphe est dédiée aux recommandations pour le futur : « Bien que cette étude donne un aperçu complet des nombreuses stratégies de communication que les soignants emploient tout en aidant les résidents atteint de la maladie d'Alzheimer au stade modérée et sévère, dans les recherches futures il est nécessaire de définir plus précisément les stratégies de communication axées sur la tâche et les stratégies de communication sociale qui répare efficacement une rupture de communication. Cette information, en plus des résultats actuels, pourrait éclairer l'élaboration et</p>

	<p>l'essai des lignes directrices de communication fondées sur des preuves qui soutiendrait les soins centrés sur la personne atteinte de démence. En outre, ces résultats pourraient aider à informer le développement de la technologie de communication d'assistance visant à aider les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et leurs aidants. ».</p> <ul style="list-style-type: none">• Les données sont-elles suffisamment riches pour appuyer les conclusions ? <p>Les données sont riches, les conclusions sont intéressantes et des perspectives intéressantes pour la suite sont présentes.</p>
--	--

Appendice J

Tableau n° 10: Grille de Fortin (2010) adaptée n° 2

Article : *Examining Success of Communication Strategies Used by Formal Caregivers Assisting Individuals With Alzheimer's Disease During an Activity of Daily Living* (Wilson, Rochon, Mihailidis & Leonard, 2012).

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 ? <p>Oui les concepts clés sont précisé : l'observation de la réussite, les stratégies de communication utilisé par les soignants, les individus atteint de la maladie d'Alzheimer et un AVQ.</p>
Résumé	<ul style="list-style-type: none"> • Le résumé synthétise clairement le résumé de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ? <p>Le problème est spécifié: le but de la recherche est d' « examiner les soignants utilisant des stratégies de communication verbale et non verbale durant des tâches précises tout en aidant les résidents atteints de la maladie d'Alzheimer à un stade modéré à sévère au cours de la réussite d'une activité de la vie quotidienne ». De plus, les auteurs spécifient une hypothèse : « les stratégies de communications les plus efficaces utilisées par les soignants seraient d'utiliser une proposition à la fois, des questions fermées et la répétition. » ceci basé sur la littérature.</p> <p>Pour ce qui est du résumé de la méthode, les auteurs précisent la population à l'étude et les méthodes d'enregistrement des données utilisées : « Douze dyades soignant-résident avec maladie d'Alzheimer ont participé à cette observation. », « Chaque dyade a été enregistrée par vidéo à 6 reprises tout en effectuant un lavage des mains. Les sessions {...} ont été transcrites et systématiquement codées {...}. ».</p> <p>Pour les résultats, les auteurs spécifient le taux de réussite des activités de la vie quotidienne avec aide effectuées par les patients atteints de maladie d'Alzheimer (MA) : « Les dyades {...} ont complété avec succès 90% de toutes les sessions {...} et les soignants ont employés une variété de stratégies de communication. ». Les auteurs mettent également en lien leur hypothèse de départ : « Concordant avec nos hypothèses, lors de l'accomplissement des tâches couronnées de succès, les</p>

	<p>soignants ont accompagné les individus en utilisant une proposition à la fois, des questions fermées et des répétitions paraphrasées. ». Les auteurs ont aussi précisé d'autres stratégies de communication observées pouvant être effectives : « les soignants ont aussi fréquemment utilisé des commentaires encourageant et le nom du résident a été plusieurs fois répété au cours de la tâche. ».</p> <p>Le résumé de la discussion explique ce que cette étude apporte à ce qui a été déjà effectué : « cette étude ajoute à l'ensemble limité de preuves à l'appui de l'utilisation de stratégies de communication spécifique par les soignants {...}. ».</p>
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 ? <p>Le problème à l'étude est clairement formulé : il explique les difficultés de communication qu'induit la maladie d'Alzheimer chez l'individu et démontre l'importance de trouver des stratégies de communication efficiente entre l'individu malade et le soignant. Les auteurs décrivent également quel est l'impact de ces difficultés de communication autant pour le soignant que la famille, les amis et le patient lui-même. « Les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer (MA) présentent des déficiences progressives dans la communication et les capacités fonctionnelles.»</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le problème/phénomène est-il pertinent /approprié dans le contexte des connaissances actuelles ? <p>Oui, l'auteur précise également que beaucoup d'études qui ont été effectuées se basent sur des données subjectives et il relève un manque de preuves objectives.</p> <p>Les auteurs relèvent également un problème que véhicule la difficulté de communication: la relation entre soignant et patient est amputée, l'institutionnalisation est une conséquence face à ces difficultés: "Les aidants rapportent que {...} le déclin cognitif, y compris les troubles du langage et les difficultés de communication, affecte négativement la dyade soignant-soigné {...}.". Ils relèvent aussi certains écarts entre les stratégies de communication soutenues empiriquement, celles effectivement utilisés dans les établissements de soins et celles cliniquement recommandés: "L'étude actuelle a été motivée par {...} l'écart entre l'utilisation de stratégies de communication soutenues empiriquement et celles qui sont effectivement utilisés dans les établissements {...}.", "L'étude actuelle a été motivée par {...} l'écart entre l'utilisation de stratégies de communication</p>

	<p>soutenues empiriquement et ceux cliniquement recommandé.”.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le problème/phénomène a-t-il une signification particulière pour la discipline concernée ? Les postulats sous-jacents à l'étude sont-ils précisés ?
<p>Recension des écrits</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Une recension a-t-elle été entreprise ? <p>La recension des écrits est effectuée tout au long de l'introduction et les références sont clairement mentionnées. Une liste de référence est présente à la fin.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La recension fournit-elle une synthèse de l'état de la question par rapport au problème de recherche ? <p>L'auteur explique les concepts en question en s'appuyant sur divers auteurs en prenant le soin de les citer de manière concise dans le texte. L'introduction met en évidence les notamment les symptômes de la maladie d'Alzheimer « Les baisses de mémoire, le langage, les fonctions exécutives, le fonctionnement spatiovisuel sont les caractéristiques de la MA et sont associés à des troubles fonctionnels et comportementaux typiques (Cummings, 2004; Potkin, 2002). ». Les auteurs mettent en lien ces symptômes et les difficultés de communication souvent rencontrées. Les auteurs présentent aussi les différentes études ayant déjà porté sur le sujet et les résultats qui en découlent.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 ? <p>La base de littérature est solide. L'auteur présente des résultats de recherches actuelles et pour certaines études précédentes, il précise également quel biais elles présentent et compare certains résultats clinique et empirique : résultats basé sur une évaluation subjective, des résultats contradictoires entre deux études. « Une variété de stratégies de communication verbale cliniquement recommandées sont disponibles pour les aidants des personnes atteintes de la MA {...}. Cependant, il a été noté que ces recommandations ne sont généralement pas fondées sur des recherches empiriques et certaines peuvent être inutiles. »</p> <ul style="list-style-type: none"> • La recension présente t'elle des sources primaires ? <p>La présente étude se base sur beaucoup d'études ayant été effectuée précédemment qui sont donc des sources primaires et les explique en les comparant entre elles et en mettant en évidence les points principaux qui sont ressortis de ces recherches.</p>

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 ? <p>La description de la maladie d'Alzheimer est effectuée en mettant surtout en avant les symptômes qu'elle fait apparaître : « La MA est une maladie neurodégénérative progressive avec apparition insidieuse qui est communément identifiée en fonction des critères diagnostics figurant dans le DSM, qui caractérise la MA comme ayant une détérioration dans trois domaines: la cognition, le fonctionnement social ou professionnel, et le comportement.» Les auteurs insistent sur la communication altérée et en découle ensuite les études ayant déjà été faite sur les stratégies de communication et les individus atteints de maladie d'Alzheimer. Les auteurs précisent également quels biais des études précédentes ils ont pris en compte pour faire leur analyse de la littérature.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 ? <p>Un fil rouge permet de comprendre le cheminement effectué par les auteurs. Ce cheminement correspond à l'hypothèse de départ et est clairement lié au but de l'étude car les concepts-clés sont clairement explicités et reliés entre eux.</p>
Buts et question de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Le but de l'étude est-il énoncé de façon claire et concise? 3 objectifs ont été retenus : « 1. Examiner quelles stratégies de communication les soignants utilisent lors de l'achèvement d'un AVQ. 2. Examiner quelles stratégies de communication soignants utilisent lors de l'AVQ est terminée avec succès. 3. Examiner quelles stratégies de communication sont liées aux taux d'AVQ avec succès. ». Les auteurs ont également expliqué quelles étaient les motivations qui les ont poussés à effectuer cette étude. • Les questions de recherche ou les hypothèses, dont les variables clés et la population à l'étude, sont-elles clairement énoncées ? <p>L'hypothèse est clairement énoncée et inclus la population à l'étude : « nous avons supposé que l'utilisation des stratégies de communication verbale d'une proposition de soignants, questions fermées, et la répétition (verbatim et paraphrasé) serait la plus bénéfique pour les individus atteint de MA modérée à sévère au cours du lavage des mains. ». Les auteurs précisent également les variables et explique pourquoi certains éléments n'ont pas pu être pris en compte : « Cependant, la</p>

	<p>rareté des recherches examinant cette question ne nous permet pas de développer des hypothèses spécifiques concernant leur utilisation.».</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 ? <p>La recension des écrits est clairement le socle de l'hypothèse formulée. On y retrouve les éléments décrits et ils se lient facilement à la recension des écrits. L'hypothèse est le reflet logique des buts recherchés.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les variables reflètent-elles les concepts précisés dans le cadre de recherche ? <p>La variable principale qui est ici le manque de recherche sur les éléments non-verbaux sont effectivement présentes dans le cadre de recherche.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les questions s'appuient-elles sur des bases philosophiques, sur la méthode de recherche sous-jacente ou sur le cadre conceptuel ou théorique ? <p>La question de recherche transparait facilement que ce soit dans le cadre conceptuel ou dans la partie expliquant les buts de la recherche. Le cadre conceptuel est clairement un appui de la question de recherche.</p>
METHODE	
Population échantillon	<p>et</p> <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 ? <p>Les auteurs de l'étude précise clairement la population à l'étude : « [...] nous avons recruté 13 personnes atteintes de la MA modérée à sévère à partir d'un établissement de SLD à Toronto [...]; Toutefois, en raison de la mort d'un résident, 12 résidents atteints de MA ont participé (11 femmes et un homme). ». Les auteurs spécifie également les critères d'inclusion et d'exclusion des participants : « Tous les résidents avaient un diagnostic de la MA dans leurs dossiers médicaux; étaient droitier; et n'ont pas eu des antécédents d'AVC, de dépression, de psychose, d'alcoolisme, de toxicomanie ou d'agression physique à l'encontre des soignants. ». L'évaluation du statut cognitif des individus a été effectué à l'aide du test MMSE (Mini-Mental State Examination). Les individus ont ensuite été classés selon leur degré de maladie : « Neuf</p>

résidents ont été classés comme ayant MA sévère (score <10), et trois résidents étaient dans la gamme de la MA modérée (score = 10-19). » L'âge moyen des participants est spécifié « 88.1 ans » et les années de scolarité le sont également « 12.5 » ainsi que les années passées dans l'établissement de soins de longue durée « 2.6 ans ». Les soignants ayant accepté de participer à l'étude sont décrits : « Tous les soignants rencontrés avaient les critères d'inclusion suivants: ils étaient de sexe féminin, avaient au moins 1 an d'expérience de travail avec des personnes atteintes de la MA, et étaient capables de parler anglais confortablement. L'âge moyen était de 53,5 ans, le nombre moyen d'années d'éducation était de 13,34 ans et le nombre moyen d'années de travail avec des personnes atteintes de la MA était de 15,9 ans. ». Les soignants sont aussi décrits au niveau de leur fonction et de leur formation spécifique par rapport à la communication : « Deux des soignants enregistrés étaient des infirmiers et les 10 soignants restants étaient des aides-soignants. Dix des aidants ont indiqué qu'ils avaient reçu une formation sur leur place de travail à propos des compétences de communication spécifique pour travailler avec des personnes atteintes de démence; un soignant a indiqué qu'il avait reçu une formation en dehors de l'institution en communication [...]; et un soignant a indiqué l'absence de toute formation en matière de communication pour cette population. ».

- 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 ?

Les auteurs précisent : « Chaque dyade soignant -résident a été réuni à six reprises pour terminer une session de lavage des mains. Au cours de cette étude, 72 sessions de lavage des mains ont été enregistrées par vidéo [...]. » Cet échantillonnage a permis d'atteindre les objectifs visés.

- Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminée ? Est-elle justifiée sur une base statistique ?

La détermination de la taille d'échantillon n'est pas décrite et ne repose sur aucune base statistique présentée.

<p>Considérations éthiques</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participants sont-ils adéquats ? <p>Oui, les auteurs ont reçu l'approbation éthique de l'université de Toronto pour leur recherche ainsi l'approbation du comité éthique de l'hôpital affilié à la recherche.</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'étude a-t-elle été conçue de manière à minimiser les risques et maximiser les bénéfices pour les participants ?
<p>Devis de recherche</p>	<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 ? <p>Le devis de cette recherche est quantitatif. Il s'agit d'une étude transversale.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 ?
<p>Modes de collectes de données</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Les outils de mesure sont-ils clairement décrits et permettent-ils de mesurer les variables ? <p>Les outils principalement utilisés dans cette étude sont un logiciel de transcription orthographique (SALT) et des étapes de lavage des mains édictées par des auteurs avant eux. Ils sont très bien décrit : « une transcription orthographique de ces interactions en utilisant l'analyse systématique des transcriptions de langue (SALT; Miller et Chapman, 2008), un logiciel informatique générant des données quantitatives sur les éléments linguistiques de la parole [...] avec l'ajout manuel des codes définis a priori opérationnel particulier à cette étude [...]. ».</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les questions de recherche ont-elles été bien posées ou les observations du phénomène, bien ciblées ? Ont-elles été rigoureusement consignées par la suite ? <p>Les auteurs spécifie effectivement leur but : « mesurer les comportements de communication des aidants formels aidant les individus ayant une maladie d'Alzheimer modérée à sévère au cours de la fin du lavage des mains. »</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'auteur indique-t-il si les instruments ont été créés pour les besoins de l'étude ou s'ils sont importés ? <p>Les auteurs ont utilisé un logiciel de transcription</p>

	<p>orthographique appelé SALT ayant été mis en place par Miller et Rollnick (2008). De la même manière, les six étapes mis en place pour le lavage des mains a été importé : ils ont été déterminé par Mihailidis, Barbenel, et Fernie en 2004.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 ? <p>Pour collecter les données, les auteurs ont décidé de recourir à des enregistrements vidéo (et audio) : « un enregistrement vidéo en temps réel de la mise en interaction de la dyade soignant-résident tandis que les participants terminaient le lavage des mains. ».</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les données ont-elles été recueillies de manière à minimiser les biais en faisant appel à du personnel compétent ? <p>Les données recueillies ont été transcrite en faisant appel à un logiciel informatique de transcription orthographique spécifique (SALT) ayant été mise en place par Miller et Chapman (2008). Ce logiciel est explicité par les auteurs : « un logiciel informatique générant des données quantitatives sur les éléments linguistiques de la parole ». La transcription a été structurée selon six étapes : « (a) ouvrir l'eau, (b) mouiller les mains, (c) utiliser du savon, (d) rincer les mains, (e) couper l'eau, et (f) sécher les mains ». Les auteurs précisent : « En outre, ces mesures sont compatibles avec les normes de santé publique de Toronto mises en œuvre dans les paramètres de soins de longue durée de l'hôpital et; Ainsi, la formation des soignants professionnels n'a pas été nécessaire. » La transcription des données a toujours été effectuée par le même auteur. Ces différents éléments permettent d'éviter les biais.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si l'étude comporte une intervention (variable indépendante), celle-ci est-elle clairement décrite et appliquée de façon constante? <p>Il n'y a pas d'intervention à proprement parler mais les auteurs précisent que chaque dyade soignant-résident ont été définie au hasard et que chaque soignant est familier avec le résident : « Chaque soignant a été assigné au hasard avec un résident avec MA de l'ensemble des participants avec MA résidant sur l'unité de soins réguliers du dispensateur de soins. Tous les soignants étaient familiers avec le résident qu'ils ont aidé; Cependant, le personnel soignant affecté peut ou peut ne pas avoir été l'habituel fournisseur de soins du résident. »</p>

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? <p>Pour l'analyse des résultats, les auteurs ont codés les données selon trois grandes catégories : « Étape d'engagement et étape d'achèvement. [...] Le succès des tâches. [...] Les stratégies de communication. ». Ces catégories ont été explicitées par les auteurs : la première fait référence au taux de participation du résident et du soignant ainsi que le résultats global : « nous avons codé la fin de chaque étape pour indiquer si oui ou non il a été donné au résident l'occasion de participer et si le résident ou le soignant ont terminées l'étape de la tâche. » ; la seconde regroupe la réussite des tâches et il est expliqué quels éléments pouvant faire varier les résultats ont été pris en compte et comment ils ont été traités : « Une session a été considéré comme réussi si un résident a complété au moins une des étapes dans lequel il ou elle a eu la possibilité de participer. [...] Une session a été considérée comme rejetée, lorsque le résident n'a pas terminé une seule des étapes dans lesquelles ils ont eu l'occasion de participer. [...]. La flexibilité dans la séquence des étapes a été autorisée (par exemple, en utilisant du savon avant de mouiller les mains), et l'achèvement de la tâche fonctionnelle était la considération primordiale pour définir le succès de la tâche. » ; la troisième catégorie recense les stratégies de communications ayant été utilisé par les soignants dont 11 faisant partie de la communication verbale et 6 étant non verbaux. Les auteurs explique également comment ils ont codés les stratégies de communication observées : « Notre codage a également permis à l'examen exhaustif de l'utilisation de toutes les stratégies de communication des soignants et de la description des combinaisons de codes utilisés lors de l'achèvement des tâches parce que les énoncés ne sont pas limitées à un seul code de communication. Les stratégies de communication appartenaient à deux grandes catégories: les stratégies de communication verbale tâches précises et des stratégies de communication non verbale tâches précises. ». Les auteurs précisent également : « il a été demandé à chaque soignant de décrire sa routine quotidienne des soins du matin. Le but de la vidéo de base était d'obtenir une estimation du débit de parole typique des soignants. Nous avons été incapables de recueillir une vidéo de référence pour un soignant; et, par conséquent, des tâches et des comparaisons de base, nous avons exclu cette dyade de l'analyse. ». En outre, un tableau représentant un schéma de</p>
---------------------	---

	<p>codage des stratégies de communication est présenté.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le résumé des résultats est-il compréhensible et met-il en évidence les extraits rapportés ? <p>Les auteurs ne font pas de réels résumés des résultats mais ils mettent en avant par exemple le nombre de sessions de lavage des mains n'ayant remporté aucun succès : « Il y avait sept sessions infructueuses. » ; ou le contraire ou encore quel type de stratégies de communication non-verbale a été utilisée par les soignants : « Les stratégies de communication non verbale axée sur les tâches ont été définies comme des comportements non verbaux, y compris les invites physiques (par exemple, la guidance par le toucher) et la modélisation / l'invite au geste (par exemple, ce qui démontre l'action), que le soignant utilise pour aider le résident à travers la tâche. ».</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 ? <p>Un tableau regroupant le nombre de sessions de lavage des mains ayant utilisé des stratégies de communication verbales et non verbale et le nombre de fois qu'une stratégie de communication a été utilisée est présent. Ce tableau permet d'avoir une vision globale et synthétique des infos recueillies.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 ? <p>Un texte narratif est présent et représente de manière détaillée la réponse au problème. Les auteurs ont répondu aux objectifs qui avaient été posés dans l'introduction un à un. Pour le premier objectif qui portait sur l'examen des stratégies de communication que les soignants utilisent pour l'achèvement d'un AVQ, les auteurs ont recensé l'ensemble des stratégies de communication verbale et ont recherché leur fréquence d'utilisation par les soignants. Le débit de parole a été également pris en compte en comparant la vidéo référence lorsque le soignant raconte ses soins du matin et les enregistrements vidéo effectués lors des sessions de lavage des mains avec le résident. « Les aidants naturels ont produit un total de 1.691 déclarations, dont 78% contenaient une ou plusieurs stratégies de communication. Lors d'une séance moyenne de lavage des mains, les soignants ont produit 23.49 énoncés, avec 18,22 de ces énoncés étant codés comme</p>

contenant une ou plusieurs stratégies de communication. Une session moyenne contenait 23,36 stratégies de communication verbale et 7,81 stratégies de communication non verbale. ». Certaines techniques de communication ont été mise en évidence par les auteurs de par leur utilisation majoritaire par les soignants : « Dans toutes les sessions (quelque soit les soignants), les stratégies de communication verbale les plus fréquemment utilisé par les fournisseurs de soins, comprenait la communication au résident en utilisant une direction ou une idée (par exemple, la proposition) à la fois, en utilisant des questions fermées, en fournissant des commentaires encourageants, en utilisant la répétition paraphrasé, et en utilisant le nom du résident. ». Ils précisent également lesquelles étaient le moins utilisées par les soignants : « la vérification des questions, l'explication de leurs actions, et les questions ouvertes. ». Le débit de paroles des soignants étaient ralenti selon les auteurs : « [...] les soignants ont considérablement diminué leur débit de paroles (mots par minute) lors de la communication avec les résidents au cours de la tâche de se laver les mains par rapport à la vidéo de référence. ». Les auteurs se sont ensuite penchés sur les résultats relatifs aux stratégies de communication non-verbale. Les fréquences d'utilisation de ces stratégies ont là-aussi été prise en compte et les plus utilisée par les soignants sont : « [...] la guidance par le toucher, le fait de démontrer l'action au résident, remettre un objet au résident, et pointer un objet. ». Les moins utilisés sont également énoncés : « [...] le toucher pour reconforter le résident et l'utilisation du toucher pour obtenir l'attention du résident. ». La fréquence d'utilisation de la cooccurrence entre les stratégies de communication est décrite : « Les aidants naturels utilisés la cooccurrence de deux stratégies de communication relatif à des tâches précises dans 41% des énoncés codés [...]. » et « Les deux combinaisons les plus fréquentes de la stratégie de communication inclus une seule proposition à la fois + une répétition paraphrasé (6%), une proposition à la fois + une répétition in extenso (5%), et une proposition à la fois + une guidance par le toucher (4%). ».

Pour le deuxième objectif qui était d'examiner quelles stratégies de communication les soignants utilisent lors de la réussite d'un AVQ, les auteurs décrivent d'abord les aspects relatifs à la communication verbale : « Pendant les sessions terminées avec succès, les soignants ont utilisé des stratégies de communication verbale semblables à celles que les soignants

	<p>ont les plus fréquemment utilisées (voir tableau 2). [...]. L'utilisation d'une proposition à la fois représentait 84% des codes de type de proposition, les questions fermées représentaient 75% de tous les types de questions, et la répétition paraphrasée représentait 62% des types de répétition utilisés par les soignants. ». Les auteurs présentent ensuite les résultats relatifs aux stratégies de communication non-verbale : « L'utilisation par les soignants de stratégies de communication non verbales pendant le succès de l'achèvement des tâches a révélé un résultat différent entre stratégies les plus fréquemment utilisées et celles observées au cours de la fréquence d'utilisation globale. Bien que la guidance tactile reste la stratégie la plus fréquemment utilisée lors de succès complet dans l'achèvement de la tâche, pointer l'objet était la deuxième la plus fréquemment utilisée, suivie par la remise d'un objet au résident et la démonstration de l'action au résident. Contact guidée représenté 83% de toutes les invites physiques, et pointer l'objet représente 38% des stratégies de communication non verbale impliquant modélisation / gestes. ». Pour le troisième objectif qui relevait d'examiner les stratégies de communication liée au taux de réussite de l'AVQ, les auteurs ont calculé les taux de réussite de la tâche sur six pour chaque résident : « [...] nous avons déterminé le nombre de séances (sur six) pour laquelle chaque participant a rempli avec succès toutes les étapes de la tâche dans laquelle il ou elle a eu l'occasion de participer. ». Ils explicitent également par quel moyen ils ont corrélé le taux de réussite et les stratégies de communication : « Nous avons utilisé la proportion résultant dans le calcul d'un coefficient de corrélation de Pearson pour examiner la taille des relations entre les taux de réussite et de l'utilisation globale de stratégies de communication par rapport à des tâches précises par les soignant ainsi qu'entre les taux de réussite et l'utilisation relative, par les soignants, de stratégies de communication spécifiques. »</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'auteur a-t-il fait évaluer les données par les participants ou par des experts ?
<ul style="list-style-type: none"> • 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 ? <p>Les résultats sont correctement interprétés pour chacune des questions de recherche initiales. Les auteurs ont repris les deux principales questions de recherche et ont, pour chacune d'entre elles, écrit un paragraphe synthétisant les résultats. Pour ce qui est des stratégies de communication lors d'un AVQ, « Les résultats de cette étude confirment notre hypothèse que les résidents atteints de la MA pourraient bénéficier de l'utilisation par les aidants d'une idée ou d'une direction à la fois, de questions fermées, et de répétition paraphrasée {...} nous avons observé que les soignants ont souvent utilisé ces stratégies de communication lors de succès à l'achèvement des tâches. » ; « La répétition verbatim n'a pas été observée dans les stratégies axées sur la tâche les plus fréquemment utilisés dans la communication verbale et, par conséquent, était incompatible avec notre hypothèse que l'utilisation de cette stratégie par les soignants était bénéfique pour les résidents avec la maladie d'Alzheimer; Cependant, nous avons constaté que la reproduction textuelle était présente dans la moitié de toutes les sessions de lavage des mains ».</p> <p>« Nous nous attendions à ce que la guidance tactile soit la stratégie non verbale la plus fréquemment utilisée étant donné que les soins pour les résidents âgés modérée à sévère dans un établissement de soins de longue durée repose fortement sur le contact personnel lors de l'achèvement des besoins d'autosoins de base. »</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les résultats concordent-ils avec les études antérieures menées sur le même sujet ? Sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures? <p>Les résultats sont discutés par rapport aux études antérieures « En outre, les soignants dans notre étude ont utilisés la louange verbale pour fournir une rétroaction positive aux résidents durant leur progression à travers les étapes de la tâche. En effet, cette suggestion est en accord avec une étude de Dijkstra et al. (2002) elle indique que l'utilisation par les soignants de commentaires positifs avec des personnes qui sont atteintes de démence peut faciliter l'engagement du langage et d'entretien de sujet dans la conversation, et cet avantage est présent même dans les stades avancés de la démence. » ; « La cinquième stratégie de communication verbale la plus fréquemment utilisée lors de l'achèvement avec succès de la tâche était le fait d'utiliser les noms des résidents afin de</p>
-------------------------------	---

	<p>gagner leur attention. L'utilisation fréquente de cette stratégie de la part des soignants est soutenue par les résultats d'une étude menée par Kim et Bayles (2007), dans lequel presque tous les individus atteints de la maladie d'Alzheimer grave ont connu un succès dans l'utilisation de leur nom et ont répondu de manière appropriée aux salutations de l'examineur ».</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'interprétation et les conclusions sont-elles conformes aux résultats d'analyses ? <p>La discussion reprend bien l'analyse des résultats.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les limites de l'étude ont-elles été définies ? <p>Les limites sont citées : « Malgré les limites de la nature descriptive et corrélationnelle de l'étude (par exemple, des inférences causales ne peuvent pas être faites, et la généralisabilité est limitée), {...} ».</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 ? <p>Les conséquences pour la discipline sont exposés rapidement : « Les soignants professionnels sont des acteurs importants dans ce domaine de recherche, et en tant que tels, leur perception de quelles stratégies de communication sont efficaces lorsqu'ils aident les résidents modérée à sévère doit être adressée. Ensemble, ces résultats aideront à l'élaboration de lignes directrices de communication fondées sur des preuves qui peuvent être examinées pour l'efficacité suite à la participation des soignants dans un programme de formation en communication.".</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'auteur fait-il des recommandations/applications pour la pratique et les recherches futures ? <p>Des recommandations pour la recherche futures sont mise en évidence : « Les études futures sont nécessaires pour examiner l'utilisation de stratégies de communication des aidants formels tout en aidant les individus atteints de MA modérée et les personnes atteintes de la MA sévère au cours de différentes AVQ complexes pour soutenir la validité et la généralisation de ces résultats préliminaires. En outre, un examen des pannes de communication et des ressources des paires pendant l'exécution des tâches fournira un soutien supplémentaire pour l'efficacité des stratégies de communication lors de tâches précises. ».</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les données sont-elles suffisamment riches pour appuyer

	<p>les conclusions ? Les données permettent de conclure de manière intéressante et enrichissante pour l'avenir.</p>
--	---

Appendice K

Tableau n° 11: Grille de Fortin (2010) adaptée n° 3

Article : *Effective Communication and Behavior Management Strategies in the Care and Treatment of Alzheimer's Disease* (Galik, Sparks & Spurlock, 2008).

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 à l'étude ? <p>Oui, on retrouve facilement les concepts emblématiques de l'article en question : l'« efficacité des stratégies de communication », la « gestion du comportement », le « soins », le « traitement » et la « maladie d'Alzheimer ».</p>
Résumé	<ul style="list-style-type: none"> Le résumé synthétise clairement le résumé de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ? <p>Cet article est une revue systématique. Il n'y a pas de résumé. La méthode de sélection des articles n'est pas explicitée.</p>
INTRODUCTION ET CONCEPTS	
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 ? <p>Un rapide état des lieux est effectué et cela permet de comprendre facilement quel est le phénomène dont traitera l'article.</p> <ul style="list-style-type: none"> Le problème/phénomène est-il pertinent /approprié dans le contexte des connaissances actuelles ? <p>Oui car il met en lumière les difficultés actuelles : « [...] manque de temps passé avec les patients, la difficulté à accéder et communiquer avec des spécialistes, le faible remboursement, de mauvaises connexions avec les organismes de services sociaux communautaires, et le manque d'équipes interdisciplinaires contribuent à un retard dans la détection des problèmes de comportement, des soins réactifs plutôt que proactifs et un recours accru aux pharmacothérapies plutôt qu'aux approches psychosociales. ». Tout en les mettant face à des études montrant que cela peut changer : « Une étude a révélé que les soins en collaboration, dans laquelle les patients atteints de démence ont reçu 1 année de gestion des soins par une équipe interdisciplinaire dirigée par une infirmière de pratique avancée</p>

	<p>travaillant avec l'aïdant du patient et intégré dans les soins primaires, a entraîné une amélioration significative de la qualité des soins et des symptômes comportementaux et psychologiques. Il a également été rapporté que ces résultats ont été obtenus sans augmentation significative de l'utilisation des antipsychotiques ou des hypnotiques sédatifs. ».</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le problème/phénomène a-t-il une signification particulière pour la discipline concernée ? Les postulats sous-jacents à l'étude sont-ils précisés ? <p>Le phénomène à l'étude à un intérêt particulier pour la discipline et l'article le précise : « Les infirmiers et infirmières en pratique avancée interagissent avec les patients atteints de la MA dans le continuum des soins de santé, allant du bureau de soins primaires aux soins de courte durée, les soins à domicile et les établissements de soins de longue durée. De plus, leur rôle est essentiel à l'amélioration des soins de la maladie d'Alzheimer.» « De toute évidence, un besoin critique existe pour les infirmiers et infirmières en pratique avancée d'être informés et compétents dans la mise en œuvre des interventions de stade approprié sur la base des données probantes aux points critiques à travers la trajectoire de la maladie pour obtenir des résultats maximaux des patients, quel que soit le traitement ou le milieu résidentiel. ».</p>
Recension des écrits	<ul style="list-style-type: none"> • Une recension a-t-elle été entreprise ? <p>Cet article est une méta-analyse et tout au long du texte il fait référence à différentes études et auteurs référencés en fin d'article.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La recension fournit-elle une synthèse de l'état de la question par rapport au problème de recherche ? <p>Oui comme il a déjà été décrit plus haut.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 ? <p>Oui, comme dit plus haut, les connaissances actuelles sont présentées et la base repose sur diverses sources solides.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La recension présente-t-elle des sources primaires ? <p>Oui : dont B. Reisberg et divers autres auteurs.</p>
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 ? <p>La maladie d'Alzheimer est définie par stade qui sont eux-mêmes définis principalement par B. Reisberg : « [...] Reisberg a identifié</p>

7 stades de la maladie d'Alzheimer dont les trois premiers sont catégorisés dans le fonctionnement cognitif normal et le déficit léger. » Un tableau présente les symptômes pour les 4 derniers stades de la maladie.

Le traitement est également décrit. On y retrouve deux types de médication : les « inhibiteurs de la cholinestérase » et les « antagoniste de la NMDA ». L'article décrit leur mécanisme d'action tout en expliquant l'effet de la maladie sur les neurones. « Les inhibiteurs de la cholinestérase n'induisent pas directement une production d'acétylcholine mais augmentent son taux disponible en inhibant l'enzyme acétylcholinestérase étant responsable de la dégradation de l'acétylcholine dans le tissu neuronal. » « Le mécanisme d'action de la mémantine est basé sur la théorie de la neurodégénérescence causée par la neurotoxicité glutaminergique. Le glutamate est un neurotransmetteur excitateur prévalent dans les régions du cerveau associées à la cognition et à la mémoire. Dans la maladie d'Alzheimer, des taux anormaux de glutamate sont produits causant des dommages neuronaux. ».

Les stratégies de communication effectives sont décrites pour les 4 derniers stades de la maladie d'Alzheimer : « Durant le stade léger ou stade primaire de la maladie d'Alzheimer, la personne a des difficultés à trouver ses mots et répète plusieurs fois les mêmes choses. Pour les problèmes de trouver les mots, il est aidant de donner le mot après un bref moment et laisser la personne finir la phrase. Lorsqu'il y a des répétitions, répondre de manière appropriée et brève. », pour le stade modéré : « Demander à la personne de ne pas déambuler ou vagabonder pour entraîner de la frustration pour le patient et le soignant. Une approche plus effective est de lui offrir un endroit sécurisé pour marcher sans enfreindre l'espace des autres et lui permettre de marcher selon son besoin. ». Des stratégies de communication effective sont aussi explicitées pour les 2 autres stades.

Les symptômes comportementaux associés à la maladie d'Alzheimer font également l'objet d'une description et un tableau liste les symptômes par stade de la maladie et les interventions pouvant être mises en place.

La gestion des symptômes comportementaux est explicitée et le tableau présenté pour les symptômes comportementaux, qui sont cités au-dessus, est mis en lien ainsi qu'un deuxième expliquant les modifications environnementales et les interventions possibles dans le cas du vagabondage. « Une variété de stratégies non-pharmacologiques ont montré leur

	<p>efficacité dans la gestion des symptômes associés à la maladie d'Alzheimer.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les concepts clés s'inscrivent-ils dans un cadre de référence ? Sont-ils liés au but de l'étude ? Les bases philosophiques et théoriques ainsi que la méthode sous-jacente sont-elles explicitées et appropriées à l'étude ? <p>Toutes les descriptions des concepts sont référencées. Ils sont liés au but de l'étude puisqu'on peut les mettre facilement en lien avec l'introduction.</p>
<p>Buts et question de recherche</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Le but de l'étude est-il énoncé de façon claire et concise ? <p>Oui. Dans l'introduction, le but de l'étude est clairement explicité. Comme déjà dit dans la partie « problème de la recherche », l'introduction met en avant les besoins actuels et donnent des exemples de recherches montrant les possibilités.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les questions de recherche ou les hypothèses, dont les variables clés et la population à l'étude, sont-elles clairement énoncées ? <p>La population est clairement définie et les hypothèses se dévoilent au fil du texte narratif lorsque les auteurs mettent, comme déjà dit, l'état actuel des choses face aux études déjà menées.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 ? <p>Les hypothèses reflètent très bien l'enjeu actuel et les possibilités offertes par les différentes études retrouvées tout au long de cette revue systématique.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les variables reflètent-elles les concepts précisés dans le cadre de recherche ? <p>Pas de variables car c'est une revue systématique.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les questions s'appuient-elles sur des bases philosophiques, sur la méthode de recherche sous-jacente ou sur le cadre conceptuel ou théorique ?
<p>METHODE</p>	

Population échantillon	<p>et</p> <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 ? <p>→ La population traitée par l'article est très clair mais étant donné que c'est une revue systématique, il n'y a pas d'échantillonnage.</p>
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 ? <p>Revue systématique donc pas de considérations éthiques.</p>
Devis recherche	<p>de</p> <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 ? <p>→ C'est une revue systématique.</p>
Modes collectes données	<p>de de</p> <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 ?

	<p>La méthode utilisée pour sélectionner les articles n'est pas expliquée. Aucun critère d'inclusion ou d'exclusion n'est mentionné. Toutefois, la recension des écrits montre une utilisation importante d'études randomisées contrôlées pour mener à bien ce travail.</p>
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? <p>Pas de données ici puisque c'est une revue systématique.</p>
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 ? <p>Cette revue systématique présente le résultat de ses recherches de manière claire en utilisant des paragraphes bien distinct. Il est facile de retrouver l'information et permet de comprendre rapidement les informations.</p>
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 ? <p>Les différentes données sont répertoriées adéquatement par des tableaux et permettent d'avoir rapidement une vue d'ensemble des éléments-clés de l'article.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les thèmes ou les modèles sont-ils logiquement associés entre eux afin de bien représenter le phénomène ? <p>Les tableaux sont explicités par un texte narratif et se lient facilement entre eux. Ce qui permet d'avoir une bonne vision d'ensemble de l'information.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les résultats sont-ils résumés par un texte narratif ? <p>Les données sont résumées par un texte narratif qui utilise toutes les données recueillies pour comprendre comment « maximiser les fonctions et performances lors d'activité de la vie quotidienne » : « Les interventions sur le comportement qui</p>

	<p>maximisent la participation aux activités fonctionnelles et qui, dans le même temps, permettent de diminuer les symptômes dépressifs et l'agitation chez les personnes âgées atteintes de démence incluent l'utilisation de 1) les stratégies de communication modifiées ; 2) la stimulation sensorielle améliorée ; 3) la motivation au travers de l'humour et du jeu ; et 4) le travail d'équipe. ». Chacune de ses interventions font l'objet ensuite d'une description détaillée qui permet d'avoir de nouveaux outils pour évoluer avec une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer.</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'auteur a-t-il fait évaluer les données par les participants ou par des experts ? <p>Non, c'est une revue systématique.</p>
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 ? <p>La conclusion est brève mais met en avant qu'il est possible de transférer certains résultats à la pratique : « Une variété de stratégies de communication et d'interventions comportementales aussi bien que la médication peuvent être utilisées par les cliniciens lorsqu'ils ont à faire avec des patients atteints de la maladie d'Alzheimer du stade léger à sévère. ». Un rapide résumé des résultats est effectué mais cela ne permet pas une vision d'ensemble des résultats. La conclusion met en avant la finalité majeure de ce travail : « [...], il est important de faciliter le plaisir du moment de la personne, d'honorer et reconnaître l'individu et valider sa réalité et ses expériences. ».</p>

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 ? Oui. <p>Pas de données pour ce qui est des conséquences et recommandations.</p>
---------------------------------	---

Appendice L

Tableau n° 12: Grille de Fortin (2010) adaptée n° 4

Article : *Maladie d'Alzheimer: stratégies de communications et d'interventions, une approche sans mots* (Muller & Gillet, 2014).

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 à l'étude ? <p>On y retrouve la population atteinte de la maladie d'Alzheimer et les stratégies de communications et d'interventions qui sont reprise ensuite.</p>
Résumé	<ul style="list-style-type: none"> Le résumé synthétise clairement le résumé de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ? <p>Le problème est énoncée : « la maladie d'Alzheimer associe troubles de la mémoire et du comportement. Face à ces patients, le masseur-kinésithérapeute peut se sentir démuni. ». La méthode n'est quant à elle pas explicitée dans le résumé mais elle est expliqué plus avant dans le travail. Les résultats sont évoqués succinctement : le travail évoque le concept de Snoezelen qu'on retrouve en fin de travail. La discussion n'est pas abordée ici.</p>
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 ? <p>Le concept de la maladie d'Alzheimer est évoqué dans l'introduction mais que peu explicité. L'explication de cette maladie se retrouve toutefois plus avant dans le texte. Les causes du problème de communication dû à la maladie d'Alzheimer sont un peu expliquées. Le texte évoque en effet le « le regard de la société », les « troubles du comportement et leur méconnaissance » et évoque également une « nébuleuse autour du patient qui rend son approche complexe » en lien avec ces obstacles.</p> <ul style="list-style-type: none"> Le problème/phénomène est-il pertinent /approprié dans le contexte des connaissances actuelles ? <p>Le problème est pertinent actuellement car il met en avant une problématique de santé importante : la maladie d'Alzheimer. Les auteurs argumentent entre autre comme ceci : « nous serons très certainement, un jour ou l'autre confronté à cette maladie ».</p>

	<p>Il évoque également une prise en soin « difficile et hétérogène » émanant de leurs observations.</p> <ul style="list-style-type: none"> Le problème/phénomène a-t-il une signification particulière pour la discipline concernée ? Les postulats sous-jacents à l'étude sont-ils précisés ? <p>Dans ce travail, il s'agit d'une approche par des masseurs-kinésithérapeutes. Ils se sont rendu compte qu'il était également pour eux parfois difficile d'avoir une prise en soin efficace. « L'observation des pratiques professionnelles, en institution ou à domicile, nous permet de constater que la prise en soin kinésithérapique de cette maladie est difficile et hétérogène. » « En tant que masseur-kinésithérapeute, nous avons notre place dans la prise en soin de ces patients. ».</p>
Recension des écrits	<ul style="list-style-type: none"> Une recension a-t-elle été entreprise ? <p>Une recension des écrits à été entreprise mais elle reste toutefois succincte et un peu vague car le texte se contente de lister, à la fin de l'introduction, les références retenues : recherches trouvées par « Google Scholar, Haute Autorité de santé, Inserm, INPES, Fondation Alzheimer mais aussi des revues et des ouvrages ». Il n'y a pas de référence précise dans le texte servant d'introduction.</p> <ul style="list-style-type: none"> La recension fournit-elle une synthèse de l'état de la question par rapport au problème de recherche ? <p>La recension ne fournit pas une synthèse claire de la question car les sources ne sont pas précisées dans le texte mais listées à la fin de l'introduction et celle-ci ne donne pas une idée précise de l'état de la recherche actuelle sur le sujet.</p> <ul style="list-style-type: none"> 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 ? <p>La recension est comme déjà dit, plutôt vague et les sources présentées dans l'introduction ne proviennent pas forcément de sources scientifiques mais passe également par des moteurs de recherches tels que « Google Scholar ».</p> <ul style="list-style-type: none"> La recension présente-t-elle des sources primaires ? <p>Pas ou peu de source primaire sont utilisées.</p>
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 ? <p>Les concepts clés pourraient être clairement mieux définis car le concept de la maladie d'Alzheimer qui est tout de même une partie très importante du travail, n'est pas explicité dans cette</p>

partie. Par contre les concepts sont mieux décrit plus avant de la travail. Pour la maladie d'Alzheimer par exemple un chapitre lui est consacré expliquant que la maladie d'Alzheimer est « une maladie neurologique dégénérative du système nerveux central, sévère et invalidante, progressive et irréversible, dont les répercussions familiales et sociales sont considérables. ». Les auteurs fournissent également des informations quand aux stades de la maladie et aux symptômes psychocomportementaux qui peuvent être rencontrés. Les auteurs font également une observation intéressante : ils distinguent « la forme présénile (MA), de la forme sénile, dite démence sénile de type Alzheimer (DSTA). » dont ils référencent les différences dans un tableau. Ils mettent aussi en évidence les difficultés de communication et font beaucoup de lien avec les sens dont le toucher : « Le toucher thérapeutique peut alors être utilisé pour répondre à ce besoin, établir la relation mais aussi apaiser les souffrances des patients. » ; « Courjou E., Masseur-Kinésithérapeute, parle du toucher comme un besoin élémentaire. Elle explique que l'absence du toucher entraîne une altération du schéma corporel, responsable de troubles comportementaux et psychologiques. Elle souligne l'importance du toucher et du massage dans l'instauration d'une relation de confiance entre thérapeute et patient. » ; « Pour Karyne Duquenoy Spsychala, psychologue clinicienne, « toucher une personne atteinte de la MA revêt un caractère de réparation affective ». « Le toucher peut être véritablement thérapeutique en instaurant un sentiment de bien-être et d'estime de soi. Il peut aussi avoir des effets sur le niveau d'attention et sur l'orientation spatiale en favorisant la conscience de l'environnement ». »

- 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 ?

Les concepts-clés s'inscrivent très bien dans le but de l'étude même si on ne retrouve pas leur explicitation dans cette introduction.

<p>Buts et question de recherche</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Le but de l'étude est-il énoncé de façon claire et concise ? On comprend que l'auteur cherche à trouver un moyen de communication effectif pour entrer en relation avec le patient, toutefois aucune question de recherche n'est réellement posée. • 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 ? <p>Aucune variable n'est mise en évidence mais le travail en question n'est qu'une revue de recherches ayant déjà été menée.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les questions s'appuient-elles sur des bases philosophiques, sur la méthode de recherche sous-jacente ou sur le cadre conceptuel ou théorique ?
<p>METHODE</p>	
<p>Population et échantillon</p>	<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 ? <p>La population est les personnes atteinte de la maladie d'Alzheimer mais le texte ne détaille pas plus que cela, il explicite surtout ce qu'est la maladie d'Alzheimer et les difficultés de communication en lien.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 ? <p>Pas de réel échantillonnage n'a été entrepris. Le texte se contente de se concentrer sur la population atteinte de la maladie d'Alzheimer sans grandes précisions.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminée ? Est-elle justifiée sur une base statistique ?

<p>Considérations éthiques</p>	<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 ?
<p>Devis de recherche</p>	<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 ? <p>C'est une métasynthèse d'études descriptives.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 ?
<p>Modes de collectes de données</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Les outils de mesure sont-ils clairement décrits et permettent-ils de mesurer les variables ? <p>Il n'y a pas d'outils de mesures et les auteurs ne décrivent pas non plus les critères d'inclusion ou d'exclusion des articles. On peut toutefois noter que, dans l'introduction, il est relevé que les articles ont été trouvés par « Google Scholar, Haute Autorité de santé, Inserm, INPES, Fondation Alzheimer mais aussi des revues et des ouvrages ».</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les questions de recherche ont-elles été bien posées ou les observations du phénomène, bien ciblées ? Ont-elles été rigoureusement consignées par la suite ? <p>Pas de questions de recherches posées clairement. Toutefois on retrouve les éléments auxquels on s'attendait. Le texte décrit en effet les symptômes de la maladie : « L'altération des fonctions cognitives peut être accompagnée de troubles psycho-comportementaux, tels que : [etc.] », les difficultés liées à la maladie autant pour le patient que pour l'entourage (thérapeutique ou non) « Les altérations cérébrales, sources d'incapacités et d'handicaps ont un retentissement sur l'état général du patient. », « Les aidants sont fortement impliqués dans cette maladie, ils sont la victime cachée de la démence. ». Les auteurs font une distinction entre maladie d'Alzheimer et Démence Sénile de Type Alzheimer : un tableau permet d'en comprendre les principaux points de comparaison rapidement mais il n'est pas accompagné d'un texte explicatif. Ils évoquent aussi l'existence de plusieurs phases dans la maladie d'Alzheimer,</p>

	<p>cela illustré par un schéma « Actuellement on différencie plusieurs stades. ». Les auteurs se basent également sur l'échelle de Maslow et ils accompagnent leurs explication d'un schéma mais le schéma n'a pas de référence clairement posée dans le texte, ni en fin de travail : « Avec l'évolution de la maladie les patients ne peuvent plus assurer les besoins fondamentaux. ». La communication est elle-aussi explicitée par les auteurs. Ils font ressortir les obstacles possibles à la communication : « Le sens peut être difficile à trouver car le patient n'a pas la même réalité que nous ; pour le comprendre, il faut se mettre à l'écoute. » ou encore « les troubles psycho-comportementaux, l'agnosie et l'aphasie rendent la prise en soin fluctuante et la relation difficile. », « La douleurs, l'inconfort, le manque de communication, les troubles métaboliques et infectieux, la diminution de la perception, la prise de médicament peuvent être à l'origine de troubles psycho-comportementaux. ». Ils évoquent plusieurs type de communication : « verbale » et « non-verbale ». Les auteurs décrivent plus avant la communication non-verbale : « ... implique le regard, la gestuelle, mais aussi le toucher. ». Le toucher est explicité et mis en lien avec leur discipline : « Parmi nos techniques, les massages et les mobilisations permettent [...]. Le travail de la région sensorimotrice améliore le schéma corporel, procure du bien-être et revalorise le sujet. ».</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 ? <p>Pas de collectes de données brutes ni d'enregistrement. C'est une revue exploratoire. Mais le travail n'explique pas non plus ces critères d'inclusion ou d'exclusion d'articles.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les données ont-elles été recueillies de manière à minimiser les biais en faisant appel à du personnel compétent ? <p>Pas de minimisation des biais, le travail ne fait pas mention d'un tri des articles par une tierce personne.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 ? <p>Pas de résumé des résultats dans la méthode.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 ? <p>Pas de figures, tableaux, modèle ou graphique.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 ? <p>Oui. Les auteurs mettent en évidence un concept de communication : le Snoezelen (1970). Ils explicitent avec un texte narratif « C'est une philosophie basée sur la relation et sur une démarche d'accompagnement de la personne. ». Les auteurs mettent en lien les besoins fondamentaux de Maslow déjà évoqués plus hauts « Par ce concept nous améliorons l'estime de soi et répondons aux besoins fondamentaux de Maslow ». Ainsi qu'un lien avec leur profession : « En tant que thérapeute, par le feedback, nous identifions la carte d'identité sensorielle, c'est-à-dire les stimuli les plus évocateurs pour le patient. Nous pourrions alors l'utiliser lors des séances kinésithérapiques ultérieures, afin d'améliorer la rééducation fonctionnelle. ».</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'auteur a-t-il fait évaluer les données par les participants ou par des experts ? <p>Pas d'évaluation des données par des experts.</p>
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 ? <p>Les concepts, qu'on retrouve plutôt dans la partie méthode, n'évoque pas le concept de Sneozelen décrit dans les résultats mais ils permettent tout de même d'aborder les résultats et de comprendre le cheminement qui a été fait.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les résultats concordent-ils avec les études antérieures menées sur le même sujet ? Sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures? <p>Les études antérieures sont un socle à l'article et les résultats</p>

	<p>sont donc concordants même si le concept de Snoelezen n'apparaît que dans les résultats.</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'interprétation et les conclusions sont-elles conformes aux résultats d'analyses ? <p>La conclusion est conforme à ce qui a été évoqué dans le texte. Elle reprend les éléments principaux pour en faire une synthèse qui permet d'avoir une vision globale du travail effectué et des éléments apportés.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les limites de l'étude ont-elles été définies ? <p>Pas de limites définies : c'est une revue exploratoire.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les conclusions découlent-elles logiquement des résultats ? • Soulève-t-on la question du caractère transférable des conclusions ? <p>Le texte met en avant que le concept de Snoezelen pourrait être un concept intéressant et qu'il faudrait pouvoir atteindre une « prise en soin » plutôt qu'une « prise en charge » car la « prise en soin [...] fait référence à la notion de traitement, de plan thérapeutique et de soulagement des maux. »</p>
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 ? <p>L'auteur explique que ce travail démontre l'importance de passer d'une prise en charge à une prise en soin : « Il faut arriver à passer d'une prise en charge à une prise en soin, prise en soin qui fait référence à la notion de traitement, de plan thérapeutique et de soulagement des maux. ». L'auteur fait aussi référence à l'importance du concept de Snoezelen pour la pratique : « Le concept Snoezelen semble être une bonne stratégie qui mérite d'être connue et adoptée par notre profession. ». Le fait que le patient devienne acteur de sa santé est également évoqué : « ..., nous devons travailler dans un climat de confiance et de bienveillance afin de revaloriser le patient et le rendre pleinement acteur. ».</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'auteur fait-il des recommandations/applications pour la pratique et les recherches futures ? <p>Voir au-dessus pour la pratique. Les auteurs ne posent pas clairement de nouvelles ouvertures pour des recherches futures même s'il parle d'un passage de prise en charge vers prise en soin : « Il faut arriver à passer d'une prise en charge à une prise en soin, ... ».</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les données sont-elles suffisamment riches pour appuyer les conclusions ? <p>Les données sont plutôt riches mais il manque toutefois la</p>

	présence du concept de Snoezelen dans la méthode pour appuyer la conclusion des résultats dans ce sens.
--	---

Appendice M

Tableau n° 13: Grille de Fortin (2010) adaptée n° 5

Article : *A systematic review of communication strategies for people with dementia in residential and nursing homes* (Vasse, Vernooij-Dassen, Spijker, Rikkert & Koopmans, 2009).

Éléments d'évaluation	Questions fondamentales à se poser
Titre	<ul style="list-style-type: none"> • Le titre précise-t-il clairement les concepts clés et la population à l'étude? <p>Oui, population: personnes souffrant de démence vivant dans des homes médicalisés ou dans des habitations. Concepts clés: stratégies de communication, revue systématique.</p>
Résumé	<ul style="list-style-type: none"> • Le résumé synthétise clairement le déroulement de la recherche: problème, méthode, résultats et discussion? <p>Le problème est défini, la méthode est expliquée dans les grandes lignes, les résultats sont mis en avant, la discussion amène une proposition de recherche supplémentaire et explique en quoi l'actuelle recherche peut être utile dans la pratique. Problème: La détérioration des capacités verbales des personnes souffrant de démence est un défi pour la communication. Méthode: Pubmed, PsychInfo, Web of Science, the Cochrane Library et les listes de référence des publications pertinentes ont été systématiquement fouillées pour trouver des articles à propos d'interventions contrôlées concernant des stratégies de communication. Les données collectées ont été regroupées et formées en méta-analyse. Résultats: Dix-neuf études d'interventions ont été retenues pour cette revue. Elles comprenaient des «séances à heures fixes, structurées, concernant la communication pour les résidents et des techniques de communication dans les activités de soins quotidiens» appliquées par le personnel soignant (par exemple, la sensibilité à la communication non verbale). Une méta-analyse de cinq interventions concernant la communication et une autre méta-analyse de quatre interventions concernant les résultats neuropsychiatriques n'ont trouvé aucun effet global important. Les études d'interventions à heures fixes individuelles rapportent des effets positifs sur la communication lorsque les interventions sont des sessions à propos d'une seule tâche, comme revoir sa vie ou discuter un à</p>

	<p>un. Les interventions autour d'activités de soins quotidiens ont eu des effets positifs sur les résultats de communication. Les effets des deux types d'interventions sur les symptômes neuropsychiatriques étaient divergents.</p> <p>Discussion: Cette revue indique que le personnel soignant peut améliorer sa communication avec les résidents atteints de démence lorsque les stratégies sont intégrées dans les activités de soins quotidiens ou si les interventions sont des séances à une seule tâche à heures fixes. Ces résultats offrent la possibilité d'améliorer la qualité des soins, mais pas de réduire directement les symptômes neuropsychiatriques. Davantage de recherche est nécessaire pour étudier l'effet d'interventions de communication sur les symptômes neuropsychiatriques.</p>
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? <p>Les objectifs de cette revue systématique sont d'évaluer (1) l'efficacité des interventions d'encouragement de la communication pour le personnel de soins et/ou les résidents atteints de démence dans les établissements de soins, et (2) les effets de ces interventions sur les symptômes neuropsychiatriques.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le problème/phénomène est-il pertinent/approprié dans le contexte des connaissances actuelles? <p>Les besoins non satisfaits peuvent déclencher des symptômes neuropsychiatriques (Hancock et coll., 2006), ainsi que des troubles du langage (Potkins et coll., 2003), de l'inconfort ou de la douleur. La diminution des compétences de communication des résidents fait qu'il est très difficile pour le personnel soignant d'identifier et de traiter la source du comportement perturbé.</p> <p>Plusieurs revues sur l'utilisation des interventions non pharmacologiques dans la prise en charge de la démence ont été récemment publiées (Brodsky et al, 2003 b; Livingston et coll., 2005; Verkaik et coll., 2005), mais celles-ci ne se concentrent pas sur les personnes atteintes de démence dans les établissements de soins ou sur les effets des stratégies de communication sur les symptômes neuropsychiatriques.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le problème/phénomène a-t-il une signification particulière pour la discipline concernée? Les postulats sous-jacents à l'étude sont-ils précisés? <p>2 millions d'Européens sont diagnostiqués déments chaque année (Wancata et coll., 2003) et, avec la démence, des symptômes cognitifs et neuropsychiatriques apparaissent et augmentent,</p>

	<p>contribuant à l'institutionnalisation (Hope et coll., 1998; Buhr et coll., 2006). Pour l'équipe soignante, il est difficile de gérer l'agressivité, l'hostilité, la résistance, les comportements imprévisibles... qui sont dus à la démence (Brodaty et coll., 2003a). Donc travailler avec des personnes diminuées au niveau cognitif est source de stress (Novak & Chappell, 1996).</p> <p>Les interventions non pharmacologiques doivent être étudiées afin d'encourager et de faciliter la communication entre le personnel de soins et les résidents. La communication est réalisée par la parole, l'écriture, le geste, la posture, le regard, l'affect et l'intonation. Ceux-ci sont spécifiques au lieu, le sujet ou le contexte de la rencontre. Le personnel de soins doit être conscient de la façon dont les résidents signalent la nécessité de communiquer et comment ils réagissent aux signaux.</p>
<p>Recension des écrits</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Une recension a-t-elle été entreprise? <p>L'auteur a fait des recherches sur le nombre de démences diagnostiquées, sur les types de démences, sur les symptômes les plus fréquents, la difficulté pour les équipes de soins de gérer ces comportements et de répondre aux besoins des personnes, dont la capacité de communiquer est diminuée. Les médicaments ne résolvent en rien la cause du comportement, mais ne font que le masquer.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La recension fournit-elle une synthèse de l'état de la question par rapport au problème de recherche? <p>Plusieurs revues sur l'utilisation des interventions non pharmacologiques dans la prise en charge de la démence ont été récemment publiées (Brodaty et al, 2003 b; Livingston et coll., 2005; Verkaik et coll., 2005), mais celles-ci ne se concentrent pas sur les personnes atteintes de démence dans les établissements de soins ou sur les effets des stratégies de communication sur les symptômes neuropsychiatriques.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La recension des écrits vous semble-t-elle présenter une base solide pour l'étude? L'auteur présente-t-il l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème à l'étude? <p>Les comportements les plus fréquemment observés (de prévalence de 30-35 %) sont l'agression/agitation, l'apathie et l'irritabilité. Dans d'autres pays, des comportements similaires se produisent chez les personnes atteintes de démence qu'elles soient institutionnalisées ou non (Lyketsos et al, 2002; Engelborghs et al, 2005). Le personnel de soins a de la difficulté à composer avec les comportements agressif, hostile, têtu, résistant et imprévisible des résidents (Brodaty et coll., 2003a), de sorte que travailler avec des personnes ayant une déficience</p>

	<p>cognitive est associé à beaucoup de stress (Novak et Chappell, 1996).</p> <p>Les besoins non satisfaits peuvent déclencher des symptômes neuropsychiatriques (Hancock et coll., 2006), tels que des troubles du langage (Potkins et coll., 2003), de l'inconfort ou de la douleur. La diminution des compétences de communication des résidents fait qu'il est très difficile pour le personnel de soins d'identifier et de traiter la source du comportement perturbé.</p> <p>Plusieurs commentaires sur l'utilisation des interventions non pharmacologiques dans les soins de la démence ont été récemment publiés (Brodaty et al, 2003 b; Livingston et coll., 2005; Verkaik et coll., 2005), mais ceux-ci ne se concentrent pas sur les personnes atteintes de démence dans les soins en établissement ou sur les effets des stratégies de communication sur les symptômes neuropsychiatriques.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La recension présente-t-elle des sources primaires? <p>Oui, exemples: Schneider et coll., 2005. Potkins et coll., 2003. Snowdon et coll., 2006. Novak et Chappell, 1996. Hancock et coll., 2006. Brodaty et coll., 2003a. Etc.</p>
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? La démence n'est pas spécifiquement définie, mais les comportements qu'elle entraîne le sont: agression, irritabilité, apathie, agitation... La communication est également définie: parler, écrire, la posture, les gestes, l'intonation... • Est-ce que les concepts clés s'inscrivent 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? <p>Le cadre de recherche est une revue systématique.</p>
But et questions de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Le but de l'étude est-il énoncé de façon claire et concise? Les objectifs de cette revue systématique sont d'évaluer (1) l'efficacité des interventions d'encouragement de la communication pour le personnel de soins et/ou les résidents atteints de démence dans les établissements de soins, et (2) les effets de ces interventions sur les symptômes neuropsychiatriques. • Les questions de recherche ou les hypothèses, dont les variables clés et la population à l'étude, sont-elles clairement énoncées? <p>Population: Les résidents sont les patients souffrants de démences vivant dans des institutions et leur personnel soignant.</p> <p>Les questions de recherche: l'efficacité des interventions</p>

	<p>d'encouragement de la communication pour le personnel de soins et/ou les résidents atteints de démence dans les établissements de soins, et les effets de ces interventions sur les symptômes neuropsychiatriques.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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? <p>La question de recherche traite de l'expérience des participants. → Le personnel de soins a de la difficulté à composer avec les comportements agressif, hostile, têtu, résistant et imprévisible des résidents (Brodaty et coll., 2003a), de sorte que travailler avec des personnes ayant une déficience cognitive est associé à beaucoup de stress (Novak et Chappell, 1996). Les besoins non satisfaits peuvent déclencher des symptômes neuropsychiatriques (Hancock et coll., 2006), tels que des troubles du langage (Potkins et coll., 2003), de l'inconfort ou de la douleur. La diminution des compétences de communication des résidents fait qu'il est très difficile pour le personnel de soins d'identifier et de traiter la source du comportement perturbé. Les interventions non pharmacologiques sont préférées aux médicaments dans le traitement des symptômes neuropsychiatriques. Ces interventions doivent donc être étudiées afin d'encourager et de faciliter la communication entre le personnel de soins et les résidents.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les variables reflètent-elles les concepts précisés dans le cadre de recherche? <p>Les recherches (dans les résultats) ont mis en avant deux types d'interventions: la communication au sein de rencontres à heures fixes et la communication au sein des soins quotidiens.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les questions s'appuient-elles sur des bases philosophiques, sur la méthode de recherche sous-jacente ou sur le cadre conceptuel ou théorique? <p>La méthode de recherche est une revue systématique. Les chercheurs ont identifié dans plusieurs bases de données tous les articles qui pouvaient potentiellement répondre à leur objectif, les ont triés, puis analysés.</p>
METHODE	
Population échantillon	<p>et</p> <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

	<p>participants est-elle appropriée?</p> <p>Les participants: personnes atteintes de démence vivant dans des maisons de soins résidentiels ou dans les maisons de soins infirmiers et/ou les soignants professionnels travaillant dans les établissements de soins de longues durées avec des personnes atteintes de démence. Les critères d'inclusion pour l'étude expérimentale sont un diagnostic de démence ou de dépistage de déficience cognitive des participants résidents. Si des groupes de résidents ont été mélangés avec des non-résidents, au moins 80 % des participants devaient être des résidents ou leurs résultats séparés devaient être disponibles.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 d'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? <p>→ Il n'y a pas d'échantillon de population puisque la revue s'intéresse à des études déjà réalisées.</p>
<p>Considérations éthiques</p>	<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? <p>→ Les auteurs de la revue ont regardé comment les participants avaient été sélectionnés, mais rien n'est précisé.</p>
<p>Devis de recherche</p>	<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 <p>→ C'est une revue systématique, les auteurs ont mesuré les interventions des études qualitatives dans le but de mesurer les effets d'interventions non pharmacologiques sur la communication et les symptômes neuropsychiatriques.</p>

<p>Modes de collectes de données</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Les outils de mesure sont-ils clairement décrits et permettent-ils de mesurer les variables? <p>Il n'y a pas d'outils de mesure, mais des critères d'inclusion et d'exclusion pour le choix des articles.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les questions de recherche ont-elles été bien posées ou les observations du phénomène, bien ciblées? Ont-elles été rigoureusement consignées par la suite? <p>Les questions de recherche: l'efficacité des interventions d'encouragement de la communication pour le personnel de soins et/ou les résidents atteints de démence dans les établissements de soins, et les effets de ces interventions sur les symptômes neuropsychiatriques.</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'auteur indique-t-il si les instruments ont été créés pour les besoins de l'étude ou s'ils sont importés? • Pas de création d'instruments pour cette revue. • La procédure expérimentale est-elle cohérente avec les outils mesurés? <p>La procédure a permis de considérer 19 articles qui traitaient de la question de recherche et donc de comparer les résultats de ces articles.</p>
<p>Conduite de la recherche</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Le processus de collecte des données/enregistrement est-il décrit clairement? <p>Recherches effectuées dans Pubmed, PsychInfo et Web of Science (1980 — Février 2007) à propos d'interventions non pharmacologiques contrôlées, qui incluait les personnes institutionnalisées atteintes de démence et/ou du personnel soignant. La stratégie de recherche par mots clés a été utilisée:</p> <ul style="list-style-type: none"> • (communication ou d'interaction) • ET (maisons de soins infirmiers ou une maison de soins infirmiers ou installations résidentielles ou installation d'habitation ou des hôpitaux ou des soins hospitaliers ou institutionnalisés ou institutionnalisés ou hospitalisation ou les patients hospitalisés ou à long terme ou gériatrie ou les patients ou des résidents ou paroisse ou quartiers ou «unité de soins» OU «les unités de soins» ou résidentiel OU «vie assistée» ou en patient) • ET (démence vasculaire ou une maladie à corps de Lewy OU Alzheimer ou «maladie d'Alzheimer» [MeSH] ou «maladie à corps de Lewy» [MeSH] OU «Démence vasculaire» [MeSH] OU «démence» [MeSH]) • ET (contrôlée ou expérimentale). <p>Identification d'essais dans une recherche supplémentaire de la Cochrane Library en Février 2007 en utilisant les mots démence [MESH] et interaction * OU COMMUNICATION *, et examen des références des études incluses pour identifier d'autres études</p>

	<p>pertinentes.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les données ont-elles été recueillies de manière à minimiser les biais en faisant appel à du personnel compétent? <p>Procédure de sélection des études: Deux examinateurs indépendants (EV et MVD) ont évalué les études sélectionnées en vue d'inclusion dans trois tours de dépistage. Lors du premier tour, ils dépistaient les articles par titre et par type d'article pour déterminer s'ils répondaient aux critères d'inclusion. Dans le deuxième tour (résumés) et le troisième tour (en texte intégral), ils regardaient pour les articles restants, si le texte du résumé puis le texte complet étaient disponibles. Les études qui ne satisfaisaient pas aux critères d'inclusion ont été exclues. En cas de doute, les articles ont été inclus dans la prochaine ronde d'examen.</p> <p>Qualité des études: Deux chercheurs (EV et AS) ont évalué la qualité méthodologique des études indépendamment, puis ont discuté les résultats afin d'avoir le consensus. Ils ont évalué les critères suivants, d'après Higgins et Green (2008), pour vérifier les différences de qualité méthodologique entre les études: biais de sélection (méthode de randomisation, dissimulation de la répartition, les critères d'inclusion/exclusion spécifiés, et la similitude des groupes au départ), biais de la performance (des évaluateurs aveuglés au résultat), et le biais de détection (calcul de la puissance et de mesures de résultats valides).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si l'étude comporte une intervention (variable indépendante), celle-ci est-elle clairement décrite et appliquée de façon constante? <p>Pas d'intervention de la part même des auteurs.</p>
Analyse des données	<ul style="list-style-type: none"> • Les méthodes d'analyse sont-elles décrites? <p>Tout d'abord, les caractéristiques des interventions et des mesures de résultats utilisés pour la communication et symptômes neuropsychiatriques ont été extraites des articles. Les interventions ont ensuite été classées par type afin de voir leur efficacité sur la communication et les symptômes neuropsychiatriques, lorsque les données étaient disponibles.</p> <p>En raison de la nature continue des données et des différences dans les mesures des résultats utilisées, un calcul a été fait d'une différence moyenne standardisée (DMS), qui est un score uniforme standardisé, afin de comparer les données provenant de groupes expérimentaux avec les données des groupes de contrôle. Un CMS a été calculé (pour le groupe expérimental et le groupe témoin) comme la différence entre la variation moyenne</p>

	<p>en communication ou symptômes neuropsychiatriques, avant et après l'intervention, divisée par l'écart-type de la différence.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats sont-ils pris en considération dans les analyses? <p>Si une mesure a été répétée, les données de la première mesure après l'intervention ont été utilisées comme données post-intervention dans la méta-analyse. En cas de multiples interventions et/ou de multiples groupes inclus dans une étude, ces groupes ont été combinés et inclus comme un seul groupe dans la méta-analyse (Higgins et Green, 2008). Les effets entre les groupes significatifs pour les types de communication ou symptômes neuropsychiatriques des études d'interventions qui ne pouvaient pas être inclus dans la méta-analyse ont été décrits séparément pour chaque type d'étude d'interventions.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le résumé des résultats est-il compréhensible et met-il en évidence les extraits rapportés? <p>Dans la discussion se trouve un résumé des résultats en fonction des bénéfices, de la qualité...</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les thèmes font-ils ressortir adéquatement la signification des données? <p>Les données sont regroupées par thème suivant les objectifs de départ: les effets sur la communication et les effets sur les symptômes neuropsychiatriques.</p>
<p>RESULTATS</p>	
<p>Présentation des résultats</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Les résultats sont-ils adéquatement présentés à l'aide de tableaux et de figures, graphiques ou modèles? <p>Présentation des résultats à l'aide de tableaux. Les articles ont été séparés selon deux types d'intervention: Le premier (10 études) est une session de communication ou d'interventions pour les résidents menée par un membre spécialiste ou par du personnel formé à une session à heures fixes. L'objectif du deuxième type (9 études) était d'enseigner le personnel de soins à appliquer des techniques de communication dans les activités de soins quotidiens. Deux tableaux présentaient ces différents articles en fonction des auteurs, de l'année, des interventions et du groupe contrôle, de la durée et du type de l'étude, des moyens de mesures et de la validité des résultats. Un tableau présentait les différences du niveau de qualité méthodologique des études. Les études à heures fixes présentaient une meilleure qualité méthodologique que les études dans les soins quotidiens, même si aucune étude n'a atteint les 9 items de qualité.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les thèmes ou les modèles sont-ils logiquement associés entre eux afin de bien représenter le phénomène?

	<p>Les résultats présentent d'abord les différences entre chaque groupe d'études (session à heures fixes et soins quotidiens), puis comparent la qualité méthodologique au sein de chaque groupe et entre les deux groupes. Ensuite les études sont présentées, toujours selon leur groupe, en fonction des effets des interventions sur la communication. Puis en fonction de leurs effets sur les symptômes neuropsychiatriques. Ainsi les thèmes des résultats répondent aux objectifs de départ qui étaient d'évaluer (1) l'efficacité des interventions d'encouragement de la communication pour le personnel de soins et/ou les résidents atteints de démence dans les établissements de soins, et (2) les effets de ces interventions sur les symptômes neuropsychiatriques.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les résultats sont-ils résumés par un texte narratif? <p>Cette revue indique que le personnel de soins peut améliorer la communication avec les résidents atteints de démence lorsque les stratégies sont intégrées dans les activités de soins quotidiens ou avec des interventions qui surviennent lors de séances à une seule tâche et à heures fixes. Quelques articles dans cette revue décrivent des améliorations dans les comportements positifs de l'affect et de l'humeur (Beck et coll., 2002; Haight et al, 2006). Certaines des interventions concluantes concernant le renforcement des capacités de communication étaient de parler de ses souvenirs en groupe, de marcher et en même temps discuter, d'utiliser des livres mémoires, le fait de former le personnel soignant concernant la communication, de stimuler les sens primaires pour communiquer de manière non verbale ou encore d'appliquer un comportement interactif avec le patient. Concernant les symptômes neuropsychiatriques, le fait de mobiliser les souvenirs des personnes, de former les soignants aux techniques de communication a permis une diminution de ces symptômes selon certaines études. Ces résultats offrent la possibilité d'améliorer la qualité des soins, mais pas directement de réduire les symptômes neuropsychiatriques. Plus de recherches sont nécessaires pour étudier l'effet des interventions de communication sur les symptômes neuropsychiatriques.</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'auteur a-t-il fait évaluer les données par les participants ou par des experts? <p>Pas d'évaluation par les participants ou les experts. Des chercheurs indépendants ont été utilisés pour trier les articles collectés.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • DISCUSSION 	
Interprétations	<ul style="list-style-type: none"> • Les résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre de

des résultats	<p>recherche et pour chacune des questions ou hypothèses? Les résultats sont discutés en fonction des deux types d'interventions et des effets sur la communication et les symptômes neuropsychiatriques.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les résultats concordent-ils avec les études antérieures menées sur le même sujet? Sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures? <p>Oui, un exemple: Les résultats positifs d'interventions de revue de la vie sont conformes aux conclusions d'une étude sur l'efficacité de la thérapie de la réminiscence sur patients atteints de démence, qui ont suggéré certains avantages potentiels tels que l'amélioration de la cognition (Woods et coll., 2005).</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'interprétation et les conclusions sont-elles conformes aux résultats d'analyses? <p>En dépit des effets sur la communication, les effets de deux types d'interventions de communication sur les symptômes neuropsychiatriques étaient marginaux. Ceci est «normal» étant donné que les difficultés de communication sont associées à des symptômes neuropsychiatriques (Potkins et coll., 2003). Si oui, on pourrait s'attendre à des effets positifs sur les symptômes neuropsychiatriques dans les études inclus dans cette revue. Dans la plupart des études, soit aucun effet sur le comportement n'a été trouvé ou il n'y a pas de mesure des résultats pour les symptômes. Seulement quatre des 19 études ont trouvé des effets positifs pour les comportements problématiques spécifiques chez les résidents. Seulement une étude a révélé des effets positifs à la fois sur la communication et les symptômes neuropsychiatriques. Cette étude particulière a utilisé une conception quasi expérimentale et ne remplissait que trois des neuf critères de qualité méthodologique, il est donc difficile de tirer une conclusion (Wells et coll., 2000).</p> <p>Les deux interventions de soins quotidiens qui avaient la meilleure qualité méthodologique ont toutes deux étudié les effets des techniques de communication non verbale sur la communication entre les résidents et le personnel de soins (van Weert et coll., 2005; 2006; Magai et coll., 2002). L'étude Snoezelen a montré des effets positifs pour les résultats de communication.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les limites de l'étude ont-elles été définies? <p>Premièrement, il n'a pas été possible de cacher aux résidents, aux personnels de soins, ou aux thérapeutes dans les groupes de traitement le fait qu'une étude était menée.</p> <p>Deuxièmement, les deux critères de qualité de choix aléatoire et de dissimulation de la répartition ont été remplis pour seulement</p>
---------------	---

	<p>quatre études «à heures fixes» (Friedman et Tappen, 1991; Cott et al, 2002; Spector et coll., 2003; Politis et coll., 2004) et aucune pour les études d'intervention dans les soins quotidiens. En utilisant les critères Cochrane, seulement deux des études d'interventions dans les soins quotidiens ont utilisé une méthode vraiment aléatoire de choix des participants à étudier (Higgins et Green, 2008). Par conséquent, il était impossible de regrouper les données pour les études d'interventions dans les soins quotidiens.</p> <p>Troisièmement, la fiabilité et la validité des mesures de résultats qui ont été utilisées pour la communication étaient discutables. La validation des mesures de résultats dans certaines études incluses dans cette revue ne se justifiait pas, ou les instruments ont été spécialement développés et évalués pour l'étude (Tabourne, 1995; Edberg et Hallberg, 1996; 2001; Burgio et al, 2002; Dijkstra et coll., 2002; Spector et coll., 2003; Orrell et al, 2005).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les conclusions découlent-elles logiquement des résultats? <p>Il existe des interventions psychosociales efficaces prometteuses pour être utilisé dans des environnements résidentiels. En outre, l'absence d'effet sur les symptômes neuropsychiatriques de résidents atteints de démence n'a aucune raison d'empêcher l'amélioration de la communication dans les établissements de soins. Les chercheurs pourraient penser à ce qui améliorerait le maintien des comportements positifs des gens, en matière de soins. Quelques articles dans cette revue décrivent des améliorations dans les comportements positifs de l'affect et de l'humeur (Beck et coll., 2002; Haight et al, 2006). Cet avis indique que le personnel de soins peut améliorer leur communication avec les résidents atteints de démence lorsque les stratégies sont intégrées dans les activités de soins quotidiens ou des interventions sont des séances à une seule tâche à heures fixes. La formation du personnel doit inclure le temps pour les commentaires personnels, l'apprentissage interactif et des séances de rappel. Ces résultats offrent la possibilité d'améliorer la qualité des soins, mais pas directement de réduire des symptômes neuropsychiatriques. Plus de recherches sont nécessaires pour étudier l'effet des interventions de communication sur les symptômes neuropsychiatriques.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Soulève-t-on la question du caractère transférable des conclusions? <p>Pas d'information.</p>
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

	<p>précisé les conséquences des résultats?</p> <p>Le personnel de soins peut améliorer sa communication avec les résidents atteints de démence lorsque les stratégies sont intégrées dans les activités de soins quotidiens ou des interventions sont des séances à une seule tâche à heures fixes. La formation du personnel doit inclure le temps pour les commentaires personnels, l'apprentissage interactif et des séances de rappel. Ces résultats offrent la possibilité d'améliorer la qualité des soins, mais pas directement de réduire des symptômes neuropsychiatriques.</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'auteur fait-il des recommandations/applications pour la pratique et les recherches futures? <p>Plus de recherches sont nécessaires pour étudier l'effet des interventions de communication sur les symptômes neuropsychiatriques.</p> <p>Le personnel de soins peut améliorer sa communication avec les résidents atteints de démence lorsque les stratégies sont intégrées dans les activités de soins quotidiens ou des interventions sont des séances à une seule tâche à heures fixes.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les données sont-elles suffisamment riches pour appuyer les conclusions? <p>19 études ont été analysées, leurs résultats mis en avant et comparés entre eux.</p>
--	--

Appendice N

Tableau n° 14: Grille de Fortin (2010) adaptée n° 6

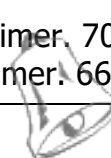
Article : *Alzheimer's disease and language impairments: social intervention and medical treatment* (Klimova, Maresova, Valis, Hort & Kuca, 2015).

Éléments d'évaluation	Questions fondamentales à se poser
Titre	<ul style="list-style-type: none"> Le titre précise-t-il clairement les concepts clés et la population à l'étude? Concepts clés: Maladie d'Alzheimer (MA), déficience du langage, intervention sociale, traitement médical. Population: Personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer
Résumé	<ul style="list-style-type: none"> Le résumé synthétise clairement le déroulement de la recherche: problème, méthode, résultats et discussion? Problème: les troubles du langage dans la MA peuvent conduire à l'isolement social de la personne touchée et à une diminution de sa qualité de vie. Les proches du malade souffrent également des difficultés à communiquer qui découlent de ce type de trouble. Méthode: Les auteurs font une revue de la littérature actuelle sur les troubles du langage dans la MA. Puis ils font une comparaison des différents résultats d'articles traitant de l'intervention sociale et des traitements médicamenteux comme moyen pour améliorer ces troubles du langage. Résultats: Pas d'information Discussion: Pas d'information
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? Au vu du nombre croissant de personnes vieillissantes et donc du nombre de personnes atteintes de démences, il est important de trouver des stratégies pour permettre à ces personnes de maintenir la communication. <ul style="list-style-type: none"> Le problème/phénomène est-il pertinent/approprié dans le contexte des connaissances actuelles? Actuellement on va faire face à une augmentation de la population vieillissante, et en conséquence du nombre de personnes atteintes de la MA. La commission Européenne a recommandé d'établir des stratégies nationales afin de lutter contre la MA. La plupart des stratégies sont de faire de la recherche et du développement dans le

	<p>domaine des traitements et dans le domaine social. Mais celui-ci semble insuffisant de par le manque de prise de conscience de cette maladie.</p> <ul style="list-style-type: none"> Le problème/phénomène a-t-il une signification particulière pour la discipline concernée? Les postulats sous-jacents à l'étude sont-ils précisés? <p>La communication permet à la personne de s'intégrer socialement, de maintenir la relation. Mais la démence impacte grandement cette capacité.</p>
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-t-il l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème à l'étude? La recension présente-t-elle des sources primaires? <p>→ Oui, elle présente les connaissances actuelles sur la MA en fonction de ses 3 stades, avec un focus sur les détériorations relatives à la communication, selon des sources majoritairement primaires.</p> <p>Mais il n'y a aucune information quant aux stratégies déjà existantes pour pallier aux troubles de la communication.</p>
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? <p>Les différents stades de la MA sont décrits, ainsi que leurs conséquences dans leur vie de tous les jours. Un focus est fait sur les conséquences de l'avancée de la maladie pour la communication. Au stade léger, la personne a des difficultés à trouver les mots justes, tandis qu'au stade modéré, la personne peine à exprimer ses pensées en mots, à s'en souvenir, et donc à répondre correctement aux questions. Il y a également une baisse de l'attention. Au stade sévère, il est difficile de définir ce que la personne peut encore comprendre.</p> <p>La communication est également décrite: passage d'un message d'une personne à l'autre.</p> <ul style="list-style-type: none"> Est-ce que les concepts clés s'inscrivent 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? <p>Pas de cadre de référence.</p>
But et questions	<ul style="list-style-type: none"> Le but de l'étude est-il énoncé de façon claire et concise?

de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • 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? <p>→ Le but de l'étude n'est pas défini clairement dans l'introduction. Mais il s'agit de voir quelles sont les possibilités médicamenteuses et sociales pour améliorer la communication des personnes atteintes de la MA.</p>
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? <p>La population à l'étude sont les personnes atteintes de la MA.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 d'ajouter des renseignements significatifs et d'atteindre les objectifs visés? Est-elle justifiée sur la base statistique ou par une saturation des données? <p>Il n'y a pas d'échantillon dans cette étude, car ils sélectionnent d'autres études et les comparent entre elles.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminée? Est-elle justifiée sur une base statistique? <p>Idem qu'au-dessus.</p>
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? <p>→ Il n'y a pas d'information.</p>
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?

	<ul style="list-style-type: none"> • 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? <p>→ C'est une revue systématique, elle reprend les articles traitant des traitements et des interventions sociales ayant un impact sur les troubles du langage dans la MA. Les mots clés utilisés pour trouver les articles correspondent au thème de l'étude.</p>
Modes de collecte 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? <p>→ Le mode de collecte de données permet d'avoir une vue d'ensemble des connaissances sur le sujet de l'étude. Il n'y a pas d'outils de mesure, ni d'interventions, ni d'instruments.</p>
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? <p>→ Les auteurs font une revue de la littérature actuelle sur les troubles du langage dans la MA. Puis ils font une comparaison des différents résultats des articles traitant de l'intervention sociale et des traitements médicamenteux comme moyen pour améliorer ces troubles du langage.</p> <p>Les articles ont été choisis dans la base du «Web of Science», ils datent de 1990 à 2015. Les mots clés utilisés sont: Troubles du langage et maladie d'Alzheimer. 1358 résultats trouvés. Intervention sociale et maladie d'Alzheimer. 702 résultats. Traitement médical et maladie d'Alzheimer. 6615 résultats.</p>



	Les auteurs ont recherché les 50 premières études et leur pertinence quant au sujet. La plupart des articles étudiaient les médicaments utilisés pour la MA.
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? <p>→ Pas d'information quant à l'analyse des données.</p>
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? <p>Un tableau présente l'état des capacités de communication en fonction des stades de la MA. Un texte explicatif accompagne le tableau.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les thèmes ou les modèles sont-ils logiquement associés entre eux afin de bien représenter le phénomène? <p>Les résultats sont présentés par thèmes: les difficultés du langage dans la MA, les interventions sociales dans les difficultés linguistiques dans la MA, les traitements médicamenteux, l'effet des médicaments sur les troubles de la communication: mémantine, donepezil, rivastigmine, galantamine.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les résultats sont-ils résumés par un texte narratif? <p>Les difficultés du langage sont un des premiers signes de la MA, elles se manifestent par des difficultés à trouver le bon mot, nommer, comprendre les mots, comprendre leur sens. Ces patients s'écartent du sujet quand ils parlent, ou répètent le même mot, parlent trop fort, sont inadaptés dans leurs interactions. La capacité de communication diminue au stade modéré et sévère de la MA. Ils ne sont plus capables de s'exprimer et se retrouvent isolés, ce qui diminue leur qualité de vie. Ces problèmes de communication augmentent le fardeau des aidants, peuvent détériorer leurs relations avec leur proche. L'Association des orthophonistes donne des conseils afin de préserver au mieux les capacités de communication:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Revoir les mots importants pour maintenir leur attention • Poser des questions fermées pour faciliter la réponse • Donner des informations claires et concises • Donner des listes décrivant comment faire des tâches simples, comme allumer la TV.

	<ul style="list-style-type: none"> • Ecrire un journal permettant à la personne de se souvenir plus facilement et où elle peut rajouter ses informations personnelles • Lui rappeler de prendre ses médicaments • Encourager les proches à suivre une formation sur « comment s'occuper des patients Alzheimer ». <p>Le Guide de la démence conseille aux aidants de toujours être calmes quand ils communiquent avec leur proche, de donner des indices en montrant l'objet, donner le mot qu'ils cherchent, parler face à face, parler dans un environnement calme, éviter les conversations quand le patient est fatigué, les encourager à continuer de parler en leur posant des questions.</p> <p>Le reste des résultats explique quel traitement a un impact sur les difficultés de langage en fonction des résultats d'autres recherches.</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'auteur a-t-il fait évaluer les données par les participants ou par des experts? <p>Il n'y a pas d'évaluateur externe.</p>
DISCUSSION	
Interprétation 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? <p>La discussion reprend les résultats trouvés concernant les interactions sociales et traitements médicamenteux.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les résultats concordent-ils avec les études antérieures menées sur le même sujet? Sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures? <p>Selon Zientz et coll. enseigner les aidants concernant les stratégies de communication pourrait permettre une meilleure interaction avec le patient, maintenir leurs capacités de communication, améliorer leur qualité de vie, diminuer le fardeau des aidants en leur donnant la possibilité d'agir, améliorer la connaissance des aidants quant à la MA et leurs compréhensions des pannes de communication. Selon Clare et Woods (2001), aider les patients dès le premier stade permettrait de maintenir leurs capacités de communication sur une plus longue période.</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'interprétation et les conclusions sont-elles conformes aux résultats d'analyses? <p>Les résultats présentent quel médicament a le plus d'effet en fonction du stade de la MA.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les limites de l'étude ont-elles été définies? <p>Il n'y a pas de limites énoncées.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les conclusions découlent-elles logiquement des résultats? <p>Sur la base de la littérature, les auteurs concluent que l'utilisation</p>

	<p>des stratégies de communication par des aidants formés, ainsi que la prise des traitements permettent de limiter les difficultés de langage.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Soulève-t-on la question du caractère transférable des conclusions? <p>Cette étude pourrait servir aux autres revues sur le sujet.</p>
<p>Conséquences et recommandations</p>	<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? <p>Les patients atteints de la MA au stade débutant ont déjà besoin de professionnels et d'aidants formés aux stratégies de communication, afin de maintenir plus longtemps leurs capacités de communication.</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'auteur fait-il des recommandations/applications pour la pratique et les recherches futures? <p>Des études plus approfondies devraient être menées sur les effets des traitements et des interventions sociales quant au développement de la MA.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les données sont-elles suffisamment riches pour appuyer les conclusions? <p>Il n'y a pas le détail du nombre d'études utilisées pour chaque thématique, particulièrement quant à la communication.</p>

Appendice O

Tableau n° 15: Grille de Fortin (2010) adaptée n° 7

Article : *Matched and mismatched appraisals of the effectiveness of communication strategies by family caregivers of persons with Alzheimer's disease* (Savundranayagam & Orange, 2014).

Éléments d'évaluation	Questions fondamentales à se poser
Titre	<ul style="list-style-type: none"> • Le titre précise-t-il clairement les concepts clés et la population à l'étude? Concepts clés: Evaluations adéquates et inadéquates de l'efficacité des stratégies de communication Population: Les aidants familiaux de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer
Résumé	<ul style="list-style-type: none"> • Le résumé synthétise clairement le déroulement de la recherche: problème, méthode, résultats et discussion? Problème: Les problèmes de communication résultant de la maladie d'Alzheimer (MA) donnent souvent lieu à des malentendus qui peuvent être liés à des problèmes de comportement et à un stress accru des aidants naturels. En outre, ces pannes de communication peuvent également résulter soit de l'utilisation de stratégies de communication inefficaces, qui sont paradoxalement perçues comme utiles, ou peuvent survenir à la suite de non-utilisation de stratégies de communication efficaces, qui sont perçues comme inutiles par les proches. Méthode: Vingt-huit conversations de repas ont été enregistrées en utilisant un échantillon de 15 dyades composées d'individus avec un stade débutant, moyen et terminal de MA et leurs proches aidants. Les conversations ont été analysées en utilisant le paradigme de «la réparation du trouble source» pour identifier les stratégies de communication utilisées par les aidants afin de résoudre les pannes. Les aidants naturels ont également évalué l'utilité de ces stratégies. Les analyses ont été réalisées pour évaluer l'inadéquation ou l'adéquation entre l'utilisation et les évaluations de l'efficacité des stratégies de communication. Résultats: Les évaluations adéquates et inadéquates des stratégies de communication variaient selon les stades de la MA. Les évaluations adéquates par les proches des personnes à un stade précoce de la MA ont été observées pour 68 % des 22 stratégies de communication, alors que les aidants des

	<p>personnes atteintes de la MA à un stade moyen et à un stade avancé ont identifié des évaluations pour 45 % et 55 % des stratégies.</p> <p>Discussion: Les décalages illustrent la nécessité de l'éducation et de la formation à propos de la communication, en particulier pour établir des stratégies de communication fondées sur des preuves empiriques au cours de l'évolution clinique de la MA.</p>
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? <p>Les deux principaux objectifs étaient de déterminer l'efficacité des stratégies utilisées pour résoudre les pannes de communication et d'examiner si les évaluations de l'efficacité des stratégies par les proches étaient compatibles avec les données venant des conversations vidéo-enregistrées et des stratégies de communication efficaces selon la littérature.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le problème/phénomène est-il pertinent/approprié dans le contexte des connaissances actuelles? <p>Plusieurs recherches ont étudié les troubles du langage et de la communication dans la maladie d'Alzheimer (MA), au cours des différents stades de cette maladie.</p> <p>Les problèmes de langues et de communication dans la MA à travers le spectre de ses trois stades cliniques aboutissent souvent à des pannes de communication, en particulier dans les interactions entre les personnes atteintes de la MA et leurs proches (Orange et coll. 1996, 1998, Watson et coll., 1999). Les pannes de communication peuvent également résulter de l'utilisation de stratégies de communication inefficaces qu'ils perçoivent comme utiles ou de la non-utilisation de stratégies efficaces (Orange et coll. 1998, Small et al soignants de., 2003). Les évaluations de l'utilité perçue des stratégies de communication des aidants sont susceptibles d'être essentielles dans le développement des interventions qui améliorent la communication entre les personnes atteintes de la MA et leurs proches. Des conclusions récentes ont montré que les aidants, avec des évaluations adéquates des stratégies de communication efficaces, présentent un plus faible niveau de stress (Savundranayagam et Orange 2011).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le problème/phénomène a-t-il une signification particulière pour la discipline concernée? Les postulats sous-jacents à l'étude sont-ils précisés? <p>Pour les soins infirmiers, cette étude permet de mettre en lumière les stratégies de communication efficaces pour des</p>

		<p>personnes atteintes de la MA. Elle permet également de faire ressortir quel est le besoin de formation quant à ces stratégies pour les proches.</p>
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-t-il l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème à l'étude? • La recension présente-t-elle des sources primaires? <p>→ Des études antérieures ont fourni des suggestions cliniques (McCallion et coll., 1999, Santo Pietro, et Ostuni 2003) et/ou des preuves (Burgio et coll., 2001, Haberstroth et coll. 2011, Small et coll. 2003, Small et Perry 2012) sur les stratégies de communication, qui aident les personnes atteintes de la MA à comprendre et à participer aux interactions sociales. Il existe des stratégies efficaces comme la demande de précision (Ramanathan 1997, Watson et coll., 1999), la proposition de réponse à choix, des questions ouvertes (Hamilton 1994, Small et Perry 2005, Small et coll. 2003, Wilson et coll. 2012 b), utiliser des gestes qui accompagnent les propos (Goldfarb et Pietro 2004, Small et coll. 2003, Wilson et coll. 2012a, 2012 b), passer au mode écrit (Bourgeois 2002 Goldfarb et Pietro 2004). Les stratégies inefficaces seraient d'ignorer et de continuer à parler comme si de rien n'était, de parler plus fort (Hopper et Hinton 2012, Pichora-Fuller 2009), parler lentement, car la personne doit alors retenir les informations sur une période plus longue (Small et coll. 1997, 2003, Tomoeda et coll., 1990).</p>
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 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? <p>→ Les conséquences sur la communication de la MA aux différents stades sont présentées (cf ci-dessus). Les stratégies de communication existantes actuellement sont présentées. La méthode sous-jacente de collecte des informations et d'analyse est présentée. → Le but de l'étude est d'étudier l'utilisation de stratégies de communication par des proches. Mais aussi d'étudier leurs perceptions en terme d'efficacité quant à ces</p>

	stratégies et de comparer ces perceptions avec ce qui aura été observé au travers des vidéos et dans la littérature scientifique.
But et questions de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Le but de l'étude est-il énoncé de façon claire et concise? Les deux principaux objectifs étaient de déterminer l'efficacité des stratégies utilisées pour résoudre les pannes de communication et d'examiner si les évaluations de l'efficacité des stratégies par les proches étaient compatibles avec les données venant des conversations vidéo-enregistrées et des stratégies de communication efficaces selon la littérature. • Les questions de recherche ou les hypothèses, dont les variables clés et la population à l'étude, sont-elles clairement énoncées? <p>L'étude examine à la fois l'utilisation et la perception des stratégies de communication avec des individus présentant une MA précoce, modérée et terminale.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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? <p>Le but de l'étude est d'étudier l'utilisation de stratégies de communication par des proches. Mais aussi d'étudier leurs perceptions en terme d'efficacité quant à ces stratégies et de comparer ces perceptions avec ce qui aura été observé au travers des vidéos et dans la littérature scientifique.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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? <p>Les questions de la recherche s'appuient sur la méthode de recherche qui va être utilisée.</p>
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? <p>Les participants ont été recrutés dans des centres de jour pour adultes. Diagnostiqués de la MA selon McKhann et coll. (1984). Les participants ont été évalués selon le Standardized Mini-Mental State Examination (Molloy et coll., 1991), pour déterminer le stade de la MA.</p> <p>L'échantillon est constitué des 15 groupes de personne démente-</p>

	<p>proche aidant, vivant dans le même lieu. Un total de 15 dyades a participé à cette étude. Dans quatorze d'entre elles, le proche était la femme de la personne démente et dans une, le proche était la fille de celle-ci. Dans les personnes atteintes de la MA, 6 étaient au stade précoce, 5 au stade modéré et 4 au stade avancé.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 d'ajouter des renseignements significatifs et d'atteindre les objectifs visés? Est-elle justifiée sur la base statistique ou par une saturation des données? <p>Pas d'information quant à la base statistique, les critères de sélection répondent au but de l'étude qui est d'analyser la communication de personnes atteintes de la MA aux différents stades de la maladie.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminée? Est-elle justifiée sur une base statistique? <p>Pas d'information.</p>
<p>Considérations éthiques</p>	<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? <p>→ Tous les participants ont rempli un consentement écrit. Les tuteurs légaux ont donné leur consentement pour les personnes atteintes de la MA, si elles étaient incapables de donner leur propre consentement. Les comités d'éthique des droits de l'homme des trois sites de collecte de données ont approuvé l'étude.</p>
<p>Devis de recherche</p>	<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? <p>→ Quantitatif: Cette recherche étudie l'efficacité perçue au travers d'un questionnaire et l'efficacité avérée lors de prise</p>

		<p>vidéo de conversations. Les données sont ensuite comparées à la littérature.</p> <p>C'est une étude descriptive corrélationnelle.</p>
Modes collectes données	de de	<ul style="list-style-type: none"> • Les outils de mesure sont-ils clairement décrits et permettent-ils de mesurer les variables? <p>Le PCI-DAT est une mesure d'auto-évaluation conçue pour examiner la nature des problèmes de communication rencontrés par les aidants naturels au cours de conversations, en cotant les stratégies de communication selon leur niveau d'efficacité.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les questions de recherche ont-elles été bien posées ou les observations du phénomène, bien ciblées? Ont-elles été rigoureusement consignées par la suite? <p>Il s'agit d'évaluer l'utilisation de stratégies de communication des proches ainsi que leur perception de l'utilité des stratégies de communication.</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'auteur indique-t-il si les instruments ont été créés pour les besoins de l'étude ou s'ils sont importés? <p>Le PCI-DAT est un outil déjà existant.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La procédure expérimentale est-elle cohérente avec les outils mesurés? <p>Le questionnaire PCI-DAT permet de collecter les perceptions des proches. Les vidéos permettent de collecter les données de manière objective, de les analyser et de les comparer aux perceptions des proches.</p>
Conduite de la recherche		<ul style="list-style-type: none"> • Le processus de collecte des données/enregistrement est-il décrit clairement? <p>Les données ont été récoltées à partir de vidéos filmant les conversations entre les personnes pendant le temps du repas. Avant la première conversation enregistrée, les proches ont rempli le PCI-DAT, qui évalue l'utilisation de stratégies de communication des proches ainsi que leur perception de l'utilité des stratégies de communication.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les données ont-elles été recueillies de manière à minimiser les biais en faisant appel à du personnel compétent? <p>Le moment du repas a été choisi pour les prises vidéos, car c'est un excellent moyen pour faciliter la conversation de par son aspect social et pour que la discussion soit la plus habituelle possible (Goodwin 2003).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si l'étude comporte une intervention (variable indépendante), celle-ci est-elle clairement décrite et appliquée de façon constante? <p>Pas d'intervention.</p>

Analyse des données	<ul style="list-style-type: none"> • Les méthodes d'analyse sont-elles décrites? <p>Les conversations ont été retranscrites et triées par thèmes. Puis elles ont été analysées selon le paradigme du «trouble-source repair» (TSR) (Schegloff et coll., 1977), pour identifier les pannes de communication et les stratégies mises en place par les aidants pour y remédier, selon le stade de la MA. Ces stratégies ont ensuite été classées selon si elles amenaient ou non à la résolution du problème de communication. Puis l'efficacité des 22 stratégies a été comparée selon les perceptions des proches au travers du PCI-DAT, selon les observations (TSR) tirées des vidéos et selon les preuves amenées par la littérature scientifique.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats sont-ils pris en considération dans les analyses? <p>Pas d'information.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le résumé des résultats est-il compréhensible et met-il en évidence les extraits rapportés? <p>Les résultats du PCI-DAT sont présentés sous forme de tableaux. Mais il n'y a pas de texte narratif pour résumer les résultats.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les thèmes font-ils ressortir adéquatement la signification des données? <p>Les données sont classées selon l'analyse employée, à savoir les stratégies efficaces ou non et selon les objectifs de l'étude.</p>
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? <p>→ Les résultats sont présentés à l'aide de tableaux, les stratégies sont réparties en fonction de si elles ont pu mener ou non à la résolution du problème de communication. Un texte narratif présente les tableaux. Pour les patients atteints de la MA aux stades précoce et modéré, les stratégies telles que donner plus d'informations, répéter, simplifier, reformuler sont efficaces. Au stade modéré, demander de répéter est également une stratégie efficace. Au stade avancé, donner plus d'informations, répéter et reformuler sont des stratégies efficaces. Par contre continuer de parler ou demander de répéter pour les stades précoces et avancés conduit à un échec de communication. Tout comme ignorer le problème ou demander de répéter peut être négatif</p>



	<p>pour le stade modéré. La stratégie perçue comme la plus efficace, par les proches de malades aux stades précoce et modéré, est de faire les choses soi-même et pour le stade précoce, de répéter, changer d'activité, essayer de deviner. Par contre pour le stade avancé, ce sont celles de parler lentement, d'illustrer ce qui est dit, d'aller de pair avec ce qui est dit qui sont perçues comme les plus efficaces. L'efficacité perçue des stratégies selon les proches aidants a été comparée à l'efficacité des stratégies selon le codage du TSR ou selon la littérature scientifique.</p>
DISCUSSION	
Interprétation 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? <p>La présentation des résultats regroupe toutes les questions de départ, à savoir concernant l'efficacité perçue des stratégies selon les proches et ce qu'en dit la littérature scientifique.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les résultats concordent-ils avec les études antérieures menées sur le même sujet? Sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures? <p>Les stratégies les plus utilisées par les proches ont été celles qui sont décrites comme efficaces par la littérature. Elles correspondent à: donner plus d'informations (Orange et coll., 1996), répéter en reformulant (Small et coll., 1997, Wilson et coll. 2012 b), et la simplification des phrases (Small et coll., 2003).</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'interprétation et les conclusions sont-elles conformes aux résultats d'analyses? <p>Cf question «Les conclusions découlent-elles logiquement des résultats?»</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les limites de l'étude ont-elles été définies? <p>Pour plusieurs stratégies, elles ont été évaluées par les proches comme étant inefficaces, cependant la littérature a démontré l'inverse. Cela peut être dû au fait d'une mauvaise utilisation ou mise en forme de ces stratégies. Ou alors que les proches s'occupent plutôt de faire continuer la discussion et non de comprendre réellement ce que voudrait dire la personne malade. Les résultats sont limités par une relativement petite taille de l'échantillon, qui ne comporte que des conjoints comme proches aidants.</p> <p>Les conclusions découlent-elles logiquement des résultats?</p> <p>Les résultats, qui concordent avec ceux d'Orange et coll. (1996), suggèrent que les proches ont besoin d'éducation et de formation sur la façon de demander une clarification, étant</p>

	<p>donné que les stratégies de clarification trouvées dans cette étude ont conduit à d'autres pannes de communication.</p> <p>Les changements dans la communication au stade avancé de la MA rendent les conversations plus complexes, les proches ne savent pas quelle stratégie de communication est la plus efficace, en dépit de leur expérience croissante.</p> <p>Au fur et à mesure que la maladie progresse, les proches ont besoin d'éducation et de formation ciblée pour utiliser des stratégies de communication qui sont utiles et éviter ou cesser d'utiliser des stratégies de communication qui sont inutiles. De plus, les aidants dans tous les groupes peuvent avoir besoin d'éducation et de formation sur les façons d'intégrer les membres de leur famille dans les tâches et les interactions afin qu'ils ne soient pas les seuls dans cette tâche.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Soulève-t-on la question du caractère transférable des conclusions? <p>Pas d'information.</p>
<p>Conséquences et recommandations</p>	<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? <p>Les évaluations inadéquates d'efficacité des stratégies ciblent le besoin en éducation des proches. La formation doit être adaptée en fonction du stade clinique de la maladie. Le renforcement des évaluations adéquates doit être un élément clé lors des formations, tout comme cibler les fausses idées pour les corriger.</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'auteur fait-il des recommandations/applications pour la pratique et les recherches futures? <p>Les recherches futures devraient inclure un échantillon plus large et plus varié des aidants naturels comprenant les deux types de conjoints et des enfants de personnes malades.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les données sont-elles suffisamment riches pour appuyer les conclusions? <p>Les résultats montrent que l'ensemble des stratégies de communication ne suffit pas à résoudre les problèmes de communication innombrables à travers la progression de la MA. Les futures formations doivent comprendre un large éventail de stratégies de communication ciblées sur le stade clinique de la MA. En outre, ces programmes doivent veiller à ce que les évaluations de l'efficacité des stratégies de communication des proches correspondent à ce que recommande la littérature scientifique.</p>

Appendice P

Tableau n° 16: Grille de Fortin (2010) adaptée n° 8

Article : *Communicative strategies training effectiveness to caregivers of patients with dementia* (Roque, Ortiz, Araujo & Bertolucci, 2009).

Éléments d'évaluation	Questions fondamentales à se poser
Titre	<ul style="list-style-type: none"> Le titre précise-t-il clairement les concepts clés et la population à l'étude? Oui, concepts clés: des stratégies de communication, formation. Population: les proches de patients déments.
Résumé	<ul style="list-style-type: none"> Le résumé synthétise clairement le déroulement de la recherche: problème, méthode, résultats et discussion? Oui Le problème: le déclin de la communication dans la maladie d'Alzheimer (MA) peut avoir un impact significatif sur la qualité de vie des personnes âgées démentes et de leurs aidants. Ceci peut être stabilisé par l'utilisation de stratégies de communication. Objectif: évaluer l'efficacité d'un programme de formation en stratégies de communication pour les aidants de patients atteints de MA modérée. Méthode: cette étude a décrit l'utilisation et l'efficacité des stratégies de communication utilisées par les proches, avant et après la formation. Cela a été fait à travers l'analyse de questionnaires et d'interactions vidéo entre aidants et patients. Le programme a été utilisé avec sept proches. Résultat: après le programme une augmentation statistique significative de l'utilisation des stratégies proposées a été observée; par contre il y a une absence de différence statistique dans l'efficacité de ces stratégies et une absence de changements liés à la communication dans la corrélation entre l'utilisation et l'efficacité de ces stratégies. Discussion: le programme de formation a été efficace pour changer le type de communication des proches.
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? Cette étude vise à vérifier l'efficacité d'un programme de formation sur les stratégies de communication pour les proches de

	<p>patients âgés atteints de MA modérée.</p> <ul style="list-style-type: none"> Le problème/phénomène est-il pertinent/approprié dans le contexte des connaissances actuelles? <p>Bien que les études précédentes montrent une amélioration de la communication, après formation, avec des interlocuteurs aphasiques, il est important de mieux connaître les résultats, en particulier dans le cas de la démence, en raison de l'inexistence d'études concluantes sur son efficacité.</p> <ul style="list-style-type: none"> Le problème/phénomène a-t-il une signification particulière pour la discipline concernée? Les postulats sous-jacents à l'étude sont-ils précisés? <p>La maladie d'Alzheimer est la cause la plus commune de démence, elle mène à des déficits du langage et autres altérations cognitives liées à la communication dès les premiers stades. La dépendance croissante du patient dément envers le proche rend la communication essentielle pour exprimer les désirs et les besoins. Mais les difficultés d'expression dues à la MA et de compréhension de la parole entraînent souvent des conflits relationnels, l'isolement social, la dépression, le stress et un risque accru d'institutionnalisation.</p>
Recension des écrits	<ul style="list-style-type: none"> Une recension a-t-elle été entreprise? <p>Oui l'article parle d'études précédentes qui montrent une amélioration de la communication, après formation, avec des interlocuteurs aphasiques. Elle parle également de la maladie d'Alzheimer.</p> <ul style="list-style-type: none"> La recension fournit-elle une synthèse de l'état de la question par rapport au problème de recherche? <p>Oui: des études précédentes montrent une amélioration de la communication, après formation, avec des interlocuteurs aphasiques. Et il n'y a pas d'étude concernant les personnes démentes.</p> <ul style="list-style-type: none"> La recension des écrits vous semble-t-elle présenter une base solide pour l'étude? L'auteur présente-t-il l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème à l'étude? <p>La maladie d'Alzheimer est la cause la plus commune de démence, elle mène à des déficits du langage et autres altérations cognitives liées à la communication dès les premiers stades. La dépendance croissante du patient dément envers le proche rend la communication essentielle pour exprimer les désirs et les besoins. Mais les difficultés d'expression dues à la MA et de compréhension de la parole entraînent souvent des conflits relationnels, l'isolement social, la dépression, le stress et un risque accru d'institutionnalisation.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • La recension présente-t-elle des sources primaires? Oui, exemples: 1. Richter JM, Roberto KA, Bottenberg DJ. Communicating with persons with Alzheimer`s disease: Experiences of family and formal caregivers. Arch Psychiatr Nurs. 1995; 9(5): 279 — 85. 2. American Speech-Language Hearing Association. The Roles of Speech-Language Pathologists working with individuals with dementia-based communication disorders: position statement. Rockville, MD: Author; 2005. Available from http://www.asha.org/members/deskref-journal/deskref/default. 3. Herrera E, Caramelli P; Silveira AS, Nitrini R. Epidemiologic survey of dementia in a community-dwelling Brazilian population Alzheimer. Dis Assoc Disord. 2002; (2): 103-8. 4. Ortiz KZ, Bertolucci PHF. Alterações da linguagem nas fases iniciais da doença de Alzheimer. Arq Neuropsiquiatr. 2005; 63:311-7. 5. Small JA, Geldart K, Gutman G. Communication between individuals with Alzheimer's disease and their caregivers during activities of daily living. Am J Alzh Dis. Other Demen. 2000; 15:291-302.
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? La maladie d'Alzheimer est succinctement présentée: La maladie d'Alzheimer est la cause la plus commune de démence, elle mène à des déficits du langage et autres altérations cognitives liées à la communication dès les premiers stades. La dépendance croissante du patient dément envers le proche rend la communication essentielle pour exprimer les désirs et les besoins. Mais les difficultés d'expression dues à la MA et de compréhension de la parole entraînent souvent des conflits relationnels, l'isolement social, la dépression, le stress et un risque accru d'institutionnalisation. Mais le concept de communication n'est pas présenté. • Est-ce que les concepts clés s'inscrivent 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? La méthode sous-jacente n'est pas clairement expliquée.
But et question de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Le but de l'étude est-il énoncé de façon claire et concise? Oui: Cette étude vise à vérifier l'efficacité d'un programme de formation sur les stratégies de communication pour les proches de patients âgés atteints de MA modérée. • Les questions de recherche ou les hypothèses, dont les

	<p>variables clés et la population à l'étude, sont-elles clairement énoncées?</p> <p>La population est présentée: les patients souffrant d'Alzheimer stade modéré et leurs proches.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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? <p>L'étude vérifie l'efficacité d'un programme tiré de leur recension des écrits, sur un autre type de population. Le but de la recherche répond à l'interrogation des auteurs. Elle traite de l'expérience et de la perception des participants. «Cette étude vise à vérifier l'efficacité d'un programme de formation sur les stratégies de communication pour les proches de patients âgés atteints de MA modérée.»</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les variables reflètent-elles les concepts précisés dans le cadre de recherche? <p>Pas de variable.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les questions s'appuient-elles sur des bases philosophiques, sur la méthode de recherche sous-jacente ou sur le cadre conceptuel ou théorique? <p>La «question» s'appuie sur des premières recherches. Des études précédentes montrent une amélioration de la communication, après formation, avec des interlocuteurs aphasiques. Et il n'y a pas d'étude concernant les personnes démentes.</p>
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? <p>L'échantillon comprend les principaux dispensateurs de soins des personnes âgées atteintes de la MA modérée, qui étaient sous antagonistes des récepteurs de glutamate ou de médicaments inhibiteurs de l'acétylcholinestérase pendant au moins trois mois. Les diagnostics de démence ont été réalisés par un gériatre ou un neurologue, selon les critères du DSM-IV et NINCDSADRDA et CDR. Les proches ayant une déficience visuelle et/ou auditive qui nuit à la communication ont été exclus.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 d'ajouter des renseignements significatifs et d'atteindre les objectifs

	<p>visés? Est-elle justifiée sur la base statistique ou par une saturation des données?</p> <p>Il n'y a pas d'information sur la méthode de sélection des participants.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminée? Est-elle justifiée sur une base statistique? <p>Pas d'information dans la méthode. Mais dans les résultats: 34 patients dont les proches pourraient être inclus dans l'étude ont été identifiés. Parmi ceux-ci, 15 ont signalé être indisponibles et/ou indifférents, ou ont été exclus, car présentaient des difficultés d'audition ou ont interrompu leur participation pour des raisons personnelles. Trois personnes âgées n'utilisaient pas des médicaments pour la démence, et les deux autres les utilisaient depuis moins de trois mois. Deux personnes âgées avaient disparu et trois ne pouvaient pas être contactées.</p> <p>Ainsi, sept proches et les sept personnes âgées avec MA ont participé à cette recherche. Tous les proches étaient des femmes, six filles et une petite-fille d'un patient de démence. Parmi les patients, cinq étaient des femmes et deux, des hommes.</p>
<p>Considérations éthiques</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participants sont-ils adéquats? <p>Tous les participants ont signé pour consentir à la mise en œuvre et la diffusion de cette étude, conformément à la Résolution 196/96</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'étude a-t-elle été conçue de manière à minimiser les risques et maximiser les bénéfices pour les participants? <p>Les participants ont signé comme quoi ils étaient d'accord pour la diffusion des informations en lien avec l'étude.</p> <p>La présente étude a été approuvée par le Comité d'éthique de la recherche de l'Université Fédérale de São Paulo.</p>
<p>Devis de recherche</p>	<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? <p>Ceci est une étude descriptive simple.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le devis fournit-il un moyen d'examiner toutes les questions de recherche ou les hypothèses? <p>C'est une étude qui s'intéresse à l'aspect quantitatif de par la recherche de la fréquence d'utilisation des stratégies de communication enseignées. Mais également à l'aspect qualitatif de par l'intérêt porté à l'efficacité des stratégies.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le choix du devis permet-il de respecter les critères scientifiques? (Véracité-applicabilité-consistance-Neutralité) • La méthode de recherche proposée est-elle appropriée à

	<p>l'étude du problème posé?</p> <p>Le questionnaire permet un retour quant à l'efficacité ressentie par les proches. Les observateurs quantifient aux moyens des vidéos, la fréquence d'utilisation des stratégies.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Y a-t-il suffisamment de temps passé sur le terrain et auprès des participants? <p>Les auteurs s'interrogent dans la discussion sur la nécessité d'un meilleur suivi lors du programme de formation et sur les types de contextes choisis pour les interactions.</p>
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? <p>Utilisation d'un questionnaire et de vidéos portant sur les moments du déjeuner ou du dîner. Appareil photo et trépied ont été positionnés pour permettre la visualisation de la paire communicative.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les questions de recherche ont-elles été bien posées ou les observations du phénomène, bien ciblées? Ont-elles été rigoureusement consignées par la suite? <p>Les stratégies de facilitation de la communication utilisées par les proches avant et après un programme de formation ont été étudiées</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'auteur indique-t-il si les instruments ont été créés pour les besoins de l'étude ou s'ils sont importés? <p>Le questionnaire a été élaboré sur la base de l'étude précédente et sur d'autres stratégies pertinentes citées dans la littérature.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La procédure expérimentale est-elle cohérente avec les outils mesurés? <p>Le questionnaire et les vidéos permettent de collecter les données concernant l'utilisation et l'efficacité des stratégies de communication.</p>
Conduite de la recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Le processus de collecte des données/enregistrement est-il décrit clairement? <p>Les proches ont reçu un questionnaire sur la fréquence d'utilisation des stratégies de communication et leur efficacité, qu'ils ont dû remplir avant puis après la formation. Ils ont été également filmés pendant leurs interactions avec la personne Alzheimer, avant et après le programme de formation. Le tournage a été réalisé sur au plus 15 jours après avoir rempli le questionnaire, au domicile des patients, pendant le déjeuner ou le dîner — situation dans laquelle il y avait le plus de communication entre les proches et les patients. Les caméras ont été positionnées pour permettre la visualisation de la paire communicative: proches et patients. L'interaction s'est déroulée en l'absence du chercheur</p>

	<p>lors de l'enregistrement de la situation. Après 7 à 21 jours suivants le programme, les procédures d'enquête ont été répétées, tout comme le questionnaire pour investiguer la perception d'autres avantages par les proches.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les données ont-elles été recueillies de manière à minimiser les biais en faisant appel à du personnel compétent? <p>Lors des tournages, le chercheur n'était pas présent. Les caméras ont été placées de manière à visualiser les deux parties.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si l'étude comporte une intervention (variable indépendante), celle-ci est-elle clairement décrite et appliquée de façon constante? <p>Formation des proches par un orthophoniste. Regroupés en un maximum de cinq, ils ont participé à quatre sessions, pendant une moyenne d'une heure et demie à chaque fois, pour se former à l'utilisation de toutes les stratégies. La formation comprenait une brève discussion sur la communication et les conséquences de la démence, avec des ressources audiovisuelles, écrites et théâtrales.</p>
Analyse des données	<ul style="list-style-type: none"> • Les méthodes d'analyse sont-elles décrites? <p>Les enregistrements ont été séparément retranscrits et analysés par deux évaluateurs, qui ne savaient pas si la vidéo avait été effectuée avant ou après l'intervention.</p> <p>Les stratégies ont été divisées en deux groupes, selon leur but: Groupe 1, dans lequel chaque stratégie a été considérée comme présente ou absente pendant le tournage.</p> <p>Le groupe 2, dans lequel la fréquence de la présence de la stratégie a été analysée, entre le nombre total de communications où elle apparaît et le nombre de fois où elle a été utilisée entre proche et patient. Chaque utilisation de stratégie efficace a été décrite. Dans chaque vidéo, l'efficacité du proche à communiquer a été étudiée en fonction de la réponse du patient. Dans chaque vidéo, il y a eu des «pannes de communication», c'est-à-dire que le patient a répondu à côté, n'a pas pu répondre...</p> <p>En utilisant le test statistique de Kolmogorov-Smirnov sur l'adhésion, il a été observé la non-normalité des données. Le test de Wilcoxon (échantillons appariés) a été utilisé pour comparer la fréquence et l'efficacité des stratégies utilisées par les proches, avant et après le programme. La corrélation de Spearman a été utilisée pour vérifier la corrélation entre l'utilisation et l'efficacité de ces stratégies par les proches. Les différences ont été considérées comme significatives lorsque $p < 0,05$ bilatérale.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats sont-ils pris en considération dans les analyses? <p>Les enregistrements ont été séparément transcrits et analysés par</p>

	<p>deux évaluateurs, qui ne savaient pas si la vidéo avait été effectuée avant ou après l'intervention.</p> <ul style="list-style-type: none"> Le résumé des résultats est-il compréhensible et met-il en évidence les extraits rapportés? <p>Un calcul a été fait entre le nombre de pannes de communication et le nombre total d'échanges communicationnels. Il en ressort un indice d'inefficacité plutôt que d'efficacité, sans qu'il soit possible de conclure au succès de la communication ou à son échec de par des limites méthodologiques.</p> <ul style="list-style-type: none"> Les thèmes font-ils ressortir adéquatement la signification des données? <p>Les stratégies ont été divisées en deux groupes, selon leur but: Groupe 1, dans lequel chaque stratégie a été considérée comme présente ou absente pendant le tournage.</p> <p>Le groupe 2, dans lequel la fréquence de la présence de la stratégie a été analysée, entre le nombre total de communications où elle apparaît et le nombre de fois où elle a été utilisée entre proche et patient.</p>
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? <p>Présentation des résultats à l'aide de tableaux et de texte explicatifs.</p> <ul style="list-style-type: none"> Les thèmes ou les modèles sont-ils logiquement associés entre eux afin de bien représenter le phénomène? <p>Il y a un tableau traitant des fréquences des stratégies. Un autre traitant de la proportion de proches à utiliser certaines stratégies du groupe 1. Et un troisième traitant de la proportion de proches à utiliser certaines stratégies du groupe 2.</p> <ul style="list-style-type: none"> Les résultats sont-ils résumés par un texte narratif? <p>Il y a une augmentation statistiquement significative de l'utilisation de stratégies rapportées et observée, comme indiqué dans les tableaux 1, 2 et 3.</p> <p>En ce qui concerne l'efficacité, il n'y a pas de différence statistiquement significative après le programme ni quant à l'efficacité mentionnée ($p = 0,276$) ou observée ($p = 0,310$).</p> <p>La corrélation de Spearman positive a été observée entre l'utilisation et l'efficacité de ces stratégies par les proches, avant le programme ($r = 0,413$, $p < 0,001$), et après ($r = 0,351$, $p < 0,001$).</p> <p>Tous les proches ont rapporté l'impact positif de la formation sur la manière de communiquer, dans leurs relations avec les personnes âgées, et sur la performance des activités quotidiennes. Ils ont affirmé être plus «calmes» et ont plus de «patience» pour</p>

	<p>faire face à leurs proches, en mentionnant une réduction des épisodes d'agression physique pratiqués par la personne démente.</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'auteur a-t-il fait évaluer les données par les participants ou par des experts? <p>Par deux évaluateurs. Mais également par des élèves en orthophonie après formation ciblée pour l'étude.</p>
DISCUSSION	
Interprétation 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? <p>L'augmentation de l'utilisation de ces stratégies (tableau 1) a indiqué que les proches les utilisent plus souvent, ce qui augmente les possibilités de faciliter la communication. Cette augmentation a été également observée dans l'analyse des interactions (Tableaux 2 et 3), ce qui confirme les données de questionnaire. Malgré l'utilisation intuitive de ces stratégies, la formation et la réflexion ont été plus efficaces, par rapport aux conseils au travers de flyers, ce qui démontre les avantages des actions éducatives. L'augmentation de la fréquence d'utilisation des stratégies n'a pas abouti à une amélioration de l'efficacité de la communication. La corrélation entre l'utilisation et l'efficacité de référence montre que les proches de cet échantillon semblent utiliser d'avantage les stratégies qu'ils identifient être plus efficaces, ce qui coïncide avec les études antérieures. La non-augmentation de cette corrélation après la période de formation peut être due à la bonne performance de cet échantillon avant le programme, ce qui indique la nécessité de méthodes de formation plus élaborées, telles que le suivi de la mise en œuvre de ces techniques. Considérant qu'une façon de définir l'efficacité des stratégies sur la communication est d'en mesurer la frustration de cette expérience et l'effet sur le sentiment de fardeau, les rapports des proches indiquent l'efficacité du programme. La diminution des troubles du comportement après les programmes d'enseignement est décrite dans la littérature, attestant que la communication est essentielle pour maintenir la relation dans la famille, bien que ce n'est pas son altération qui provoque le stress, mais les problèmes de comportement récurrent.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les résultats concordent-ils avec les études antérieures menées sur le même sujet? Sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures? <p>Des études avec des méthodes identiques n'ont pas été trouvées, ce qui limite la comparaison à la littérature. Les autres programmes d'orientation, pour les aidants naturels de personnes démentes, sont en plus de la communication, axés sur les</p>

	<p>compétences cognitives et comportementales. Ils peuvent avoir utilisé des mesures autres que la vérification de l'utilisation et de l'efficacité des stratégies enseignées, comme dans la présente étude.</p> <p>Comme le montrent les résultats, tous les proches dans cette étude étaient des femmes, des filles et petites-filles de ceux pris en charge par eux, ce qui coïncide avec la littérature, dans laquelle les proches sont souvent des filles ou des femmes.</p> <p>Les études sur la formation des partenaires de personnes aphasiques, au niveau de la communication, ont également identifié des changements au niveau de la communication et des effets positifs quant aux réponses, après la mise en œuvre des lignes directrices, bien que ce soit une méthodologie différente.</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'interprétation et les conclusions sont-elles conformes aux résultats d'analyses? <p>L'augmentation de l'utilisation de ces stratégies (tableau 1) a indiqué que les proches les utilisent plus souvent, ce qui augmente les possibilités de faciliter la communication. Cette augmentation a été également observée dans l'analyse des interactions (Tableaux 2 et 3), ce qui confirme les données de questionnaire.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les limites de l'étude ont-elles été définies? <p>Il est important d'observer le refus de participation à cette étude d'une grande partie de l'échantillon initial (44.11 %). Une hypothèse est le manque de prise de conscience des problèmes de communication de la part des proches. Une autre hypothèse est qu'ils attachent peu d'importance à la communication par rapport à d'autres limitations. On peut encore considérer que pour ces proches, le programme serait une tâche plus à effectuer, ce qui augmenterait leur niveau de stress.</p> <p>L'augmentation de la fréquence d'utilisation des stratégies n'a pas abouti à une amélioration de l'efficacité de la communication. Ces résultats peuvent être une conséquence de la non-représentativité de la population de cet échantillon, ainsi que les limites méthodologiques de l'étude concernant l'efficacité visée: le fait de demander aux proches de réfléchir à l'efficacité des stratégies a pu mener aux scores élevés concernant l'efficacité et ce avant même l'intervention.</p> <p>En relation avec l'efficacité observée par les examinateurs, il y a trois hypothèses: le tournage étant réalisé après une courte période suivant la formation, les proches peuvent ne pas avoir eu le temps de vérifier quelles stratégies étaient en fait plus efficaces, les utilisant sans différenciation. La seconde hypothèse est la nécessité de filmer des situations plus interactives, ce qui augmente la probabilité de non-utilisation de stratégies par le</p>
--	--

	<p>manque d'opportunités. La troisième hypothèse est que la méthode utilisée pour déterminer l'efficacité peut ne pas être suffisante pour analyser la qualité de la communication.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les conclusions découlent-elles logiquement des résultats? <p>Pour cette étude, le programme était efficace dans la promotion de changements sur le comportement communicatif des proches, avec une augmentation de l'utilisation des stratégies.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Soulève-t-on la question du caractère transférable des conclusions? <p>Plusieurs références sont faites à la littérature pour appuyer les résultats et notamment à des études traitant de population différente.</p>
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? <p>Les bénéfices de ce programme pourraient être immédiatement appliqués dans la vie quotidienne, et maintenus sans charge financière ni procédures invasives.</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'auteur fait-il des recommandations/applications pour la pratique et les recherches futures? <p>Oui indirectement au travers des limites évoquées. Cf question sur les limites de l'étude.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les données sont-elles suffisamment riches pour appuyer les conclusions? <p>La conclusion correspond aux données relevées dans l'étude. Les résultats appuient cette conclusion et les auteurs se sont appuyés sur la littérature existante également.</p>

Appendice Q

Tableau n° 17: Grille de Fortin (2010) adaptée n° 9

Article : *La communication non verbale dans la maladie d'Alzheimer* (Schiaratura, 2008).

Éléments d'évaluation	Questions fondamentales à se poser
Titre	<ul style="list-style-type: none"> Le titre précise-t-il clairement les concepts clés et la population à l'étude? Concept clé: la communication non verbale Population: les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer (MA)
Résumé	<ul style="list-style-type: none"> Le résumé synthétise clairement le déroulement de la recherche: problème, méthode, résultats et discussion? Problème: les personnes atteintes de la MA continuent de communiquer de manière non verbale, malgré l'avancée de la maladie. Cependant ces comportements, ces échanges, sont rarement étudiés. Ce manque de connaissances peut mener à une mauvaise communication, ce qui peut avoir un impact néfaste sur le patient. Pas de méthode ni de résultat. Discussion: Afin d'améliorer la relation avec la personne démente, il est nécessaire de comprendre ces comportements non verbaux et d'y répondre de manière adaptée.
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? Il s'agit d'étudier l'intérêt de considérer les comportements non verbaux en tant que communication chez des patients Alzheimer. <ul style="list-style-type: none"> Le problème/phénomène est-il pertinent/approprié dans le contexte des connaissances actuelles? Il est rare que des études s'intéressent aux rôles de la communication non verbale dans la MA et quand elles le font, elles restent centrées sur les expressions du visage. <ul style="list-style-type: none"> Le problème/phénomène a-t-il une signification particulière pour la discipline concernée? Les postulats sous-jacents à l'étude sont-ils précisés? Une mauvaise communication avec une personne présentant la

	MA peut affecter sa santé et son entourage.
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-t-il l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème à l'étude? • La recension présente-t-elle des sources primaires? <p>→ Il est seulement fait mention que les recherches portant sur la MA traitent peu des comportements non verbaux comme moyen de communication.</p>
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? <p>La MA est définie, ainsi que la communication: «La maladie d'Alzheimer se caractérise par une détérioration progressive des capacités intellectuelles, des pertes de mémoire, des difficultés de l'attention et des troubles du langage.» «La communication est un échange dynamique de pensées et de sentiments qui se fait avec les mots, mais aussi avec le regard, les expressions faciales, les gestes, la posture, le ton de la voix et la gestion de l'espace interpersonnel.»</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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? <p>Pas de cadre de référence.</p>
But et questions de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Le but de l'étude est-il énoncé de façon claire et concise? Montrer l'intérêt de l'étude des comportements non verbaux de patients Alzheimer dans un contexte de communication. • Les questions de recherche ou les hypothèses, dont les variables clés et la population à l'étude, sont-elles clairement énoncées? <p>La population à l'étude est les personnes atteintes de la MA.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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?

		<ul style="list-style-type: none"> • Les questions s'appuient-elles sur des bases philosophiques, sur la méthode de recherche sous-jacente ou sur le cadre conceptuel ou théorique? <p>→ Il n'y a pas véritablement de question de recherche. L'étude désire seulement montrer l'intérêt qu'il y a à considérer l'ensemble des comportements non verbaux dans la MA, lors de situations de communication.</p>
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? <p>→ La population visée est les personnes atteintes de la MA. Il n'y a pas d'échantillon, car les auteurs ont été recherchés des articles traitant de leur sujet d'étude.</p>
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? <p>→ L'étude se base sur des recherches déjà effectuées, il n'y a donc pas de considération éthique.</p>
Devis de recherche	de	<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? <p>→ C'est une revue systématique, car les auteurs se sont référés</p>

		à des articles traitant de l'importance des comportements non verbaux dans la communication, de la communication non verbale dans la MA et de la communication empathique pour étayer leur étude.
Modes collectes données	de de	<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? <p>→ Les auteurs se sont référés à des articles traitant de l'importance des comportements non verbaux dans la communication, de la communication non verbale dans la MA et de la communication empathique pour étayer leur étude. Ces différents thèmes leur permettent de montrer l'intérêt de considérer les comportements non verbaux des patients Alzheimer dans des contextes de communication.</p>
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? <p>→ Il n'y a pas d'information quant à la collecte des articles.</p>
Analyse des données	des	<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? <p>→ Il n'y a pas d'information quant à l'analyse des articles recueillis.</p>
RESULTATS		
Présentation des résultats	des	<ul style="list-style-type: none"> • Les résultats sont-ils adéquatement présentés à l'aide de tableaux et de figures, graphiques ou modèles?

Il n'y a pas de résultat sous forme de tableau ou autre.

- Les thèmes ou les modèles sont-ils logiquement associés entre eux afin de bien représenter le phénomène?

Les résultats sont présentés par thème: d'abord l'importance des comportements non verbaux dans la communication, puis la communication non verbale dans la MA et enfin la communication empathique.

- Les résultats sont-ils résumés par un texte narratif?

La communication non verbale se met en place très tôt dans le développement, ce phénomène est essentiellement inconscient. Ces deux éléments permettraient de supposer que la communication non verbale pourrait être préservée dans une certaine mesure dans la MA.

Des études montrent que les comportements non verbaux (expression faciale, posture, geste) restent présents malgré l'avancée de la maladie d'Alzheimer. Ils évoluent en devenant plus ambigus (Glosser, Wiley & Barnoskir, 1998), moins intenses, moins différenciés, mais on peut toujours distinguer les réactions de plaisir, d'aversion (Perl, Shay, Hamburger & Steiner, 1992) et de colère (Asplund, Jansson & Norberg, 1995), celle de la tristesse au départ d'un proche (Magai, Cohen, Gomberg, Malatesta & Cluve, 1996)... L'entourage note plus de comportements négatifs que positifs (Tappen & Williams, 1998), ce qui peut affecter la relation et les soins.

Quant à la capacité de reconnaissance de ces comportements, les résultats des études divergent. Selon certains, les personnes présentant une démence type Alzheimer sont sensibles à ces comportements émis par leurs proches et y répondent de manière adaptée (Hubbard, Cook, Tester & Downs, 2002). Pour d'autres, les malades ont plus de difficultés à reconnaître (Allender & Kaszniak, 1989) et discriminer les expressions faciales (Kohler, Anselmo-Gallagher, Bilker, Karlawish, Gur & Clark, 2005), notamment pour la joie, la tristesse et la colère (Kurucz & Feldman, 1979).

La communication empathique où l'on cherche la compréhension des émotions de l'autre et qui démontre une attitude non verbale positive, permet d'améliorer le bien-être des patients et de diminuer les comportements négatifs. Mais pour ce faire, il faut tenir compte des croyances, de la culture, des codes sociaux du patient et du proche. En effet la sensibilité du proche évolue en fonction des perceptions qu'il a de la MA ou des connaissances du malade. Le patient quant à lui pourrait se sentir agressé par une trop grande proximité, s'il n'y est pas habitué.

	<ul style="list-style-type: none"> • L'auteur a-t-il fait évaluer les données par les participants ou par des experts? <p>Pas d'évaluation.</p>
DISCUSSION	
Interprétation 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? <p>Les résultats sont présentés de manière à montrer l'importance de la communication non verbale en général, puis son rôle dans la MA, ce qui répond au but de la recherche qui était de montrer l'importance de considérer les comportements non verbaux dans la communication pour les personnes Alzheimer.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les résultats concordent-ils avec les études antérieures menées sur le même sujet? Sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures? <p>Les résultats sont les résultats d'études antérieures.</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'interprétation et les conclusions sont-elles conformes aux résultats d'analyses? <p>«Les comportements non verbaux émergent souvent implicitement dans l'interaction et sont liés à l'état cognitif et émotionnel de l'émetteur. Ils renseignent sur les attitudes interpersonnelles et permettent la régulation de l'interaction en favorisant la coordination sociale.»</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les limites de l'étude ont-elles été définies? <p>Non pas de limite évoquée.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les conclusions découlent-elles logiquement des résultats? <p>Oui: La communication non verbale demeure dans la MA, les personnes émettent des comportements et répondent aux autres, particulièrement au niveau de l'expression faciale.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Soulève-t-on la question du caractère transférable des conclusions? <p>Non, la question n'est pas abordée.</p>
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? <p>Les soignants devraient être plus attentifs aux comportements des patients Alzheimer, notamment aux indices précédents un comportement agressif et au sens de ces comportements. Leur compréhension mène à une réaction adaptée de la part du soignant. La relation s'en trouverait améliorée, ainsi que la qualité de vie de ces patients.</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'auteur fait-il des recommandations/applications pour la

	<p>pratique et les recherches futures?</p> <p>L'étude de la communication non verbale devrait comprendre les deux interlocuteurs, ainsi que leur interaction.</p> <p>Le maintien de certains comportements non verbaux pourrait renseigner sur l'avancée de la maladie.</p> <ul style="list-style-type: none">• Les données sont-elles suffisamment riches pour appuyer les conclusions? <p>Les données amenées par les différents articles permettent d'encourager à faire des recherches plus approfondies sur la communication non verbale, comme amenée dans la conclusion.</p>
--	---

Appendice R

Tableau n° 18: Grille de Fortin (2010) adaptée n° 10

Article : *Video Prompting Versus Other Instruction Strategies for Persons With Alzheimer's Disease* (Perilli, Lancioni, Hoogeveen, Caffo, Singh, O'Reily, Sigafos, Cassano & Oliva, 2013).

Éléments d'évaluation	Questions fondamentales à se poser
Titre	<ul style="list-style-type: none"> Le titre précise-t-il clairement les concepts clés et la population à l'étude? Concepts: instruction, vidéo, stratégies Population: personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer (MA)
Résumé	<ul style="list-style-type: none"> Le résumé synthétise clairement le déroulement de la recherche: problème, méthode, résultats et discussion? Problème: aider les personnes atteintes de la MA dans leurs AVQ au moyen de vidéo d'incitation. Méthode: 2 études ont comparé l'efficacité de la vidéo par rapport à des instructions verbales dans la première et à des indices en images dans la deuxième. Ces stratégies ont été testées au travers de tâches réalisées par les participants. Résultats: La vidéo d'incitation a été efficace pour tous les participants. Les deux autres stratégies étaient d'efficacité égale. Les évaluateurs (des étudiants et des diplômés en psychologie) ont cependant noté une meilleure performance des participants lors de l'utilisation des vidéos. Conclusion: Les vidéos d'incitation sont une stratégie intéressante pour soutenir les participants dans leurs AVQ.
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? Les vidéos seraient un moyen plus informatif et transparent pour la transmission d'informations que les deux autres stratégies <ul style="list-style-type: none"> Le problème/phénomène est-il pertinent/approprié dans le contexte des connaissances actuelles? Lors de la MA, la personne a de plus en plus de mal à se souvenir des étapes impliquées dans la réalisation des AVQ et de leur ordre. <ul style="list-style-type: none"> Le problème/phénomène a-t-il une signification particulière pour la discipline concernée? Les postulats

		<p>sous-jacents à l'étude sont-ils précisés?</p> <p>Le fait que les patients réussissent à effectuer certaines AVQ permettrait de lutter contre le déclin, la frustration, la dépression, le retrait, encouragerait l'estime de soi, la vigilance, améliorerait leur qualité de vie et soulagerait les proches aidants.</p>
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-t-il l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème à l'étude? • La recension présente-t-elle des sources primaires? <p>→ Oui, exemples: Il existe déjà deux types de stratégies pour aider à la réalisation de tâches, une stratégie d'instructions verbales et une stratégie d'utilisation d'images. Ces deux stratégies ont montré des résultats positifs. Le fait de trouver de nouvelles stratégies efficaces permettrait d'avoir plus d'alternatives et de toucher un plus grand nombre de patients. Les vidéos seraient un moyen plus informatif et transparent pour la transmission d'informations que les deux autres stratégies.</p> <p>→ Exemples: Mihailidis A, Boger J, Canido M, Hoey J. The use of an intelligent prompting system for people with dementia. ACM Interactions. 2007; 14(4): 34-37.</p> <p>Lancioni GE, Perilli V, Singh NN, et coll. Technology-aided pictorial cues to support the performance of daily activities by persons with moderate Alzheimer's disease. Res Dev Disabil. 2012; 33(1): 265-273.</p> <p>Cannella-Malone HI, Fleming C, Chung Y, Wheeler GM, Basbagill AR, Singh AH. Teaching daily living skills to seven individuals with severe intellectual disabilities: a comparison of 58. video prompting to video modeling. J Posit Behav Interv. 2011; 13(3): 144-153. 59.</p> <p>Cihak D, Alberto PA, Taber-Doughty T, Gama RI. A comparison of static picture prompting and video prompting simulation strategies using group instructional procedures. Focus on Autism and Other Developmental Disabilities. 2006; 21(2): 89-99. 60.</p>
Cadre de recherche	de	<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? <p>Oui exemples: «La maladie d'Alzheimer est une condition neurodégénérative irréversible, caractérisée par un déclin progressif et significatif dans le fonctionnement cognitif et</p>

	<p>physique et est une des principales causes d'invalidité (démence) pour les personnes âgées» «Ces stratégies technologiques d'assistance ont été conçues pour fournir aux patients une instruction à la fois, en relation avec les étapes simples des activités qu'ils devaient exécuter, afin de les aider à contourner leurs problèmes de mémoire.»</p> <ul style="list-style-type: none"> • Est-ce que les concepts clés s'inscrivent 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? <p>Méthode: Les deux études ont servi à élaborer et à évaluer la stratégie de la vidéo d'incitation et à comparer son efficacité avec les instructions verbales ou par des images. Les bases théoriques sont présentées (cf la recension et autres parties de l'introduction).</p>
But et questions 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? <p>→ But: L'idée est de voir si cette stratégie des vidéos est plus ou autant efficace que les deux autres stratégies. Hypothèse: Mènerait ainsi à la découverte d'une nouvelle approche plus efficace pour les personnes atteintes de la MA ou à une approche alternative suivant les préférences des patients et soignants. Le deuxième objectif de l'étude est de faire évaluer la stratégie des vidéos par rapport aux deux autres, par des étudiants et diplômés de psychologie, afin d'avoir une validation sociale. Le but de la recherche reflète la présentation des connaissances actuelles sur le sujet.</p>
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?

	<p>La méthode utilisée pour accéder au site ou recruter les participants est-elle appropriée?</p> <p>Etude 1: 4 participantes entre 72 et 91 ans sans traitement pharmacologique particulier pour la démence, vivant dans un home pour personnes atteintes de MA ou autres démences. 3 critères: Diagnostiquées de la MA stade léger ou modéré avec un score MMS entre 11 et 22 et un score Hamilton en dessous de 6. Présentent des difficultés à accomplir les AVQ malgré une capacité physique des membres supérieurs conservées, tout comme l'ouïe et la vue. Les soignants et la famille étaient intéressés par l'utilisation de stratégies technologiques pour aider à la réalisation des AVQ.</p> <p>Etude 2: 4 participantes entre 75 et 91 ans allant à un centre de jour pour personnes atteintes de la MA. 2 participantes sont traitées à la mémantine. Les trois mêmes critères de sélection que pour l'étude 1 ont été utilisés. Une participante présente une dépression sévère et une autre présente une dépression moyenne.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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? <p>Pas d'information</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminée? Est-elle justifiée sur une base statistique? <p>Pas d'information</p>
<p>Considérations éthiques</p>	<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? <p>→ Etude 1 et 2: les familles ont signé un consentement autorisant leur proche à participer à l'étude. Celle-ci a été approuvée par un comité scientifique et éthique.</p>
<p>Devis de recherche</p>	<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)

	<ul style="list-style-type: none"> • 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? <p>→C'est une étude descriptive simple. Le devis est quantitatif. Les données sont transformées en pourcentage en fonction du nombre d'étapes réussies. Ce qui permet dans un second temps de comparer le pourcentage de réussite de chaque stratégie et de déterminer si la stratégie de la vidéo est égale ou supérieure aux deux autres. Le questionnaire est rempli par les étudiants en utilisant une échelle de 1 à 5, 1 = très bas, 5 = très haut. Cette méthode permet d'analyser les différents éléments de l'étude. Les auteurs ont passé 3 mois auprès des participants.</p>
Modes collectes de données	<ul style="list-style-type: none"> • Les outils de mesure sont-ils clairement décrits et permettent-ils de mesurer les variables? <p>Etude 1 et 2: Les données sont transformées en pourcentage en fonction des stratégies auxquelles elles correspondent.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les questions de recherche ont-elles été bien posées ou les observations du phénomène, bien ciblées? Ont-elles été rigoureusement consignées par la suite? <p>Il s'agit d'évaluer l'efficacité de réalisation d'une tâche en fonction de chaque stratégie susmentionnée.</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'auteur indique-t-il si les instruments ont été créés pour les besoins de l'étude ou s'ils sont importés? <p>Etude 1 et 2: Les activités utilisées sont similaires à celles utilisées dans une autre étude (Lancioni et coll.).</p> <ul style="list-style-type: none"> • La procédure expérimentale est-elle cohérente avec les outils mesurés? <p>Les deux études menées permettent de collecter les données nécessaires à la comparaison recherchée.</p>
Conduite de la recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Le processus de collecte des données/enregistrements est-il décrit clairement? <p>Etude 1: Deux activités (faire du café et mettre la table en 18 étapes) étaient testées pour chaque participant, l'une avec la stratégie de la vidéo, l'autre avec la stratégie des instructions verbales. La vidéo montrait chaque étape à réaliser selon la perspective de la personne. Les participants avaient deux tables à disposition, une où tout le matériel était à disposition, la deuxième était le lieu de réalisation de la tâche. Une collecte de données de référence a été faite en demandant aux participants de réaliser l'activité sans l'aide de la technologie. Des essais ont été faits afin de s'assurer que les participants répondraient aux instructions technologiques.</p>

	<p>Etude 2: Les deux activités choisies sont de préparer des légumes et de préparer une vinaigrette en 20 étapes. La première stratégie consistait en la présentation d'indices sous forme d'images. La deuxième utilisait des clips vidéos. Le reste correspond à la première étude.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les données ont-elles été recueillies de manière à minimiser les biais en faisant appel à du personnel compétent? <p>Etude 1 et 2: L'étude a été menée dans une chambre calme. Des étudiants en psychologie ont évalué les performances des participants au travers de vidéos, afin de donner une validation sociale, au moyen d'un questionnaire.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si l'étude comporte une intervention (variable indépendante), celle-ci est-elle clairement décrite et appliquée de façon constante? <p>Etude 1: 2 interventions. La première concerne la stratégie d'instructions verbales. Un ordinateur présente la première étape, prendre un objet, accompagnée à chaque fois de l'instruction verbale. Un bref temps d'attente pour que la personne le prenne, puis l'ordinateur présente l'instruction suivante, l'action à faire avec l'objet, avec un temps d'attente plus long... Ce processus est le même pour chaque étape. Le temps d'attente est personnalisé pour chaque participant. La deuxième intervention concerne la stratégie utilisant des vidéos d'incitation. Un clip vidéo correspond à une étape, il est tourné du point de vue du participant et utilise le même matériel qui est à disposition. Un signal sonore attire l'attention de la personne avant le début de chaque clip. Le processus est le même que pour les instructions verbales.</p> <p>Etude 2: La stratégie des indices en images: l'ordinateur présentait l'image d'un objet accompagnée d'un signal sonore, attendait un instant puis présentait l'image du geste en lien avec l'objet, attendait un peu plus longtemps, puis présentait la suite des étapes... La stratégie des vidéos est la même que dans l'étude 1.</p>
Analyse des données	<ul style="list-style-type: none"> • Les méthodes d'analyse sont-elles décrites? <p>Etudes 1 et 2: Chaque étape était considérée comme réussie si elle correspondait à l'instruction et si la personne n'avait pas cherché de l'aide</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats sont-ils pris en considération dans les analyses? <p>Etudes 1 et 2: La seule précaution a été de réaliser l'activité dans une chambre calme. Par contre chaque participant a réalisé les deux activités avec les deux stratégies.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> Le résumé des résultats est-il compréhensible et met-il en évidence les extraits rapportés? <p>Etudes 1 et 2: Il n'y a pas de résumé des résultats dans la méthode.</p>
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? <p>Etudes 1 et 2: Un tableau présente pour chaque participant le pourcentage d'étapes justes réalisées lors des essais avec et sans l'aide de la technologie et suivant la stratégie utilisée. Le tableau est accompagné d'un texte explicatif.</p> <ul style="list-style-type: none"> Les thèmes ou les modèles sont-ils logiquement associés entre eux afin de bien représenter le phénomène? <p>Etudes 1 et 2: Les résultats présentent d'abord le pourcentage de réussite sans technologie, puis avec technologie selon chacune des stratégies, puis lors des combinaisons stratégie-activité.</p> <ul style="list-style-type: none"> Les résultats sont-ils résumés par un texte narratif? <p>Etude 1: Sans l'aide de la technologie, seulement 20 à 40 % des étapes étaient réussies. Avec la technologie le taux d'étapes correctes montait à plus de 90 % à part pour une participante (85 %). Les pourcentages sont restés similaires lors des croisements de combinaison.</p> <p>Etude 2: Sans l'aide de la technologie, les étapes correctes étaient en dessous de 40 %. Avec l'aide de la technologie, les résultats sont à plus de 90 % pour ce qui est de la vidéo pour tous les participants et idem pour 3 participants avec les indices sous forme d'images. Le «Kolmogorov-Smirnov test» a montré une différence significative entre les stratégies vidéos et images.</p> <ul style="list-style-type: none"> L'auteur a-t-il fait évaluer les données par les participants ou par des experts? <p>Etudes 1 et 2: Des élèves en psychologie ont évalué les performances des participants au moyen d'un questionnaire. La stratégie des vidéos a été évaluée plus positivement que la stratégie des instructions verbales.</p>
DISCUSSION	
Interprétation 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? <p>Le premier objectif est atteint, car la stratégie utilisant les clips vidéos s'est montrée au moins autant efficace que les deux autres. Le test de la validation sociale a pu être effectué pour chaque stratégie.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Les résultats concordent-ils avec les études antérieures menées sur le même sujet? Sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures? <p>Les stratégies verbales et d'utilisation d'indices visuels ont montré un haut taux de réussite, comme présenté dans l'introduction. Mais aucune référence n'y est faite dans la discussion.</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'interprétation et les conclusions sont-elles conformes aux résultats d'analyses? <p>Oui, les résultats montrent que la stratégie de la vidéo d'incitation fonctionne pour tous les participants. Chacun a pu rapidement augmenter ses performances dans la réalisation de l'activité. Cette stratégie s'est montrée égale ou supérieure aux deux autres en terme d'efficacité. Selon la validation sociale, cette stratégie est jugée comme équivalente à la stratégie verbale du point de vue du confort du patient, mais plus compatible avec le contexte, du soutien par les proches. Elle a été mieux évaluée sur tous les points par rapport à la stratégie des indices en images.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les limites de l'étude ont-elles été définies? <p>Oui dû au petit nombre de participants, aux choix des activités et au fait que des essais aient eu lieu avant l'étude. L'étude n'a pas pu évaluer les préférences des participants. En effet l'utilisation de la stratégie préférée devrait mener à une réussite plus constante de la réalisation de la tâche.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les conclusions découlent-elles logiquement des résultats? <p>Le résultat positif de la validation sociale pourrait encourager l'utilisation de cette stratégie. De plus son utilisation est compatible avec d'autres activités et d'autres personnes.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Soulève-t-on la question du caractère transférable des conclusions? <p>Les auteurs suggèrent de faire de nouvelles recherches afin de déterminer si l'utilisation de cette stratégie est possible dans d'autres contextes, avec d'autres patients.</p>
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? <p>Cette stratégie ne diffère pas des deux autres en terme de coût. Elle permet de rejoindre un plus grand nombre de patients suivant leurs préférences.</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'auteur fait-il des recommandations/applications pour la pratique et les recherches futures? <p>La stratégie de la vidéo devrait être analysée en fonction des avantages qu'elle pourrait amener en plus des deux autres</p>

	<p>stratégies.</p> <p>Explorer les préférences des participants afin de choisir la stratégie la plus adaptée. Explorer également la combinaison des stratégies verbales et vidéo afin de déterminer si les résultats seraient meilleurs.</p> <ul style="list-style-type: none">• Les données sont-elles suffisamment riches pour appuyer les conclusions? <p>Il n'y a pas de références à d'autres études antérieures.</p>
--	--

Appendice S

Tableau n° 19: Grille de Fortin (2010) adaptée n° 11

Article : *Developpement of an observer rating scale for caregiver communication in persons with Alzheimer's Disease* (Williams & Parker, 2012).

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 à l'étude ? <p>Le titre présente les concepts tels que le développement d'une échelle pour évaluer la communication des proches-aidants chez les personnes atteintes d'AD</p>
Résumé	<ul style="list-style-type: none"> Le résumé synthétise clairement le résumé de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ? <p>Le résumé est un paragraphe. Une échelle d'observation du comportement verbal et non-verbal a été développé « Verbal Nonverbal Interaction Scale for Caregivers (VNVIS-CG) afin d'étudier la communication des proches. Les premiers tests ont démontrés une bonne fiabilité et validité. Elle permet d'observer et de remarquer des stratégies de communication connus et d'autres inconnus de la littérature.</p> <p>Elle permettra par la suite d'examiner la relation entre la communication des proches-aidants et les indicateurs de la santé mentale. De plus, les infirmières pourront l'utiliser pour influencer les relations familiales et enseigner aux proches-aidant l'utilisation de stratégie qui promeut l'engagement et éviter ainsi un découragement de leur part.</p>
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 ? <p>Les première mesures prisent entre les proches-aidants et les personnes atteintes d'AD sont basés sur le comportement verbale et ignorent le non-verbal. Les interventions pour améliorer cette communication sont donc limitées à ce que les personnes disent plutôt que ce qu'elles font. De plus, le contexte dans lequel l'observation est faite est généralement les activités du</p>

	<p>proche-aidant avec un professionnel plus que les interactions quotidiennes qui constituent la majorité des soins pour la personne atteinte d'AD.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le problème/phénomène est-il pertinent /approprié dans le contexte des connaissances actuelles ? <p>En se concentrant sur leur soin au travers de leur relation, les proches-aidants ont moins de stress, un meilleur coping et un meilleur engagement (Bauer, Maddox, Kirk, Burns, & Kuskowski, 2001) que les conjoints qui se concentrent sur les activités instrumentaux ou sur leur rôle de proches-aidant (Lewis, Hepburn, Narayan, & Kirk, 2005)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 ? <p>Une recension des écrits a été faite et est présent au début de l'étude.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La recension fournit-elle une synthèse de l'état de la question par rapport au problème de recherche ? <p>En se concentrant sur leur soin au travers de leur relation, les proches-aidants ont moins de stress, un meilleur coping et un meilleur engagement (Bauer, Maddox, Kirk, Burns, & Kuskowski, 2001) que les conjoints qui se concentrent sur les activités instrumentaux ou sur leur rôle de proches-aidant (Lewis, Hepburn, Narayan, & Kirk, 2005)</p> <p>Les comparaisons entre des différentes études sont toutefois difficiles car la plupart se concentre sur une interaction dyadique par exemple la différence entre la communication des proches-aidant durant les AVQ et celle utilisé dans une discussion sur les émotions et les soucis. Des recherches ont étudiées la préparation des repas (Ripich, Ziol, Fritsch, & Durand, 1999), le planning des vacances (Small & Perry, 2005) ou des conversations ciblées (Small & Perry, 2005 ; Small, Guttman, Makela, & Hillhouse, 2003), mais peu d'entre elles concernant les conversations non-structurés entre conjoints dans le milieu familiale.</p> <p>De plus, les méthodes de recherches diffèrent et utilisent des formes variées comme l'observation de conversation en direct (Small & Guttman, 2002) à l'analyse de bandes audio (Small & Guttman, 2002 ; Small, Huxtable, &</p>

	<p>Walsh, 2009 ; Roberto, Richter, Bottenberg, & Campbell, 1998). Certaines études ont étudié l'évaluation de la communication (Small, Perry, & Lewis, 2005) et la reconnaissance des stratégies spécifiques (Small & Guttman, 2002) plus que la communication en elle-même.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 ? <p>Actuellement, des études se sont concentrées sur certaines communications ou certains détails dans la communication, mais aucune n'ont étudiés le comportement verbale et non-verbale dans la communication auprès d'une personne atteinte d'AD.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La recension présente t'elle des sources primaires ? <p>Oui, des sources primaires sont présentes dans cette étude.</p>
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 ? <p>La communication verbale ou non-verbale n'est pas décrite sur le plan conceptuel. Par la suite, la communication facilitante et non-facilitante sont décrit dans un tableau.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 ? <p>Le but de la recherche est d'initialiser le développement d'une échelle basé sur l'observation de la communication du proche-aidant.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les questions de recherche ou les hypothèses, dont les variables clés et la population à l'étude, sont-elles clairement énoncées ? <p>La population ciblée est les proches-aidants de personnes atteintes d'AD. Dans un premier temps, ils avaient plus de 65 ans, vivaient avec leur mari et celui-ci devait être dans un programme quotidien pour les troubles de la mémoire en plus d'une démence de type AD modérée. Celle de la 2^{ème} étude doit avoir plus de 55 ans et leur</p>

	<p>conjoint doit participer à un programme pour les troubles de la mémoire avec un MMS de moins de 24 points et un test du statut cognitive (Folstein, Folstein, & McHugh, 1975). Les proches-aidants devaient obtenir un score normal. Ils devaient vivre avec leur conjoint à domicile.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 ? <p>La population ciblée est les proches-aidants de personnes atteintes d'AD. Dans un premier temps, ils avaient plus de 65 ans, vivaient avec leur mari et celui-ci devait être dans un programme quotidien pour les troubles de la mémoire en plus d'une démence de type AD modérée. Celle de la 2^{ème} étude doit avoir plus de 55 ans et leur conjoint doit participer à un programme pour les troubles de la mémoire avec un MMS de moins de 24 points et un test du statut cognitive (Folstein, Folstein, & McHugh, 1975). Les proches-aidants devaient obtenir un score normal. Ils devaient vivre avec leur conjoint à domicile. La méthode de recrutement n'est pas détaillée.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 ?

		Non, la taille n'est pas 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 ? <p>Cette étude a été approuvée par l'Institutionnal Review Board</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'étude a-t-elle été conçue de manière à minimiser les risques et maximiser les bénéfices pour les participants ?
Devis de recherche	de	<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 ? <p>Il s'agit d'un devis quantitatif qui est en accord avec la méthode choisi, une étude descriptive simple.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le devis fournit-il un moyen d'examiner toutes les questions de recherche ou les hypothèses ? <p>Oui, les questions de recherches peuvent être examinées au travers ce devis.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 données	de de	<ul style="list-style-type: none"> • Les outils de mesure sont-ils clairement décrits et permettent-ils de mesurer les variables ? <p>Des vidéos ont été enregistrées et chaque comportement et communication sont évalués durant des sessions d'une minute. Le coder regarde la vidéo en entier pour découvrir l'interaction en entier, puis la revoit pour coder le comportement verbale en pouvant l'arrêter et revoir des sections pour coder et répète cela pour coder le comportement non-verbal du proche-aidant.</p> <p>Chaque minute est considérée comme un intervalle pour scorer la présence (=1) ou l'absence (=0) du comportement ciblé. S'il apparaît une fois ou plus, l'intervalle est scoré de 1. Toutes les minutes sont additionnées pour avoir un score total de l'item (de 0 à 10) et tous ces scores sont additionnés pour obtenir un total du score facilitant et du score non-facilitant. Un haut score dans le comportement facilitant (sur un maximum de 270) indique que le proche-aidant encourage la personne malade dans la conversation alors</p>

	<p>qu'un haut score du comportement non-facilitant (sur un maximum de 160) indique qu'elle décourage la personne à participer à la conversation.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 ? <p>L'auteur a développé une échelle de mesure pour catégoriser la communication verbale et non-verbale durant une vidéo de dix minutes sur une conversation non-structurée. Les items ont été développés d'après des études sur l'évidence-based communications stratégie en fonction de plusieurs auteurs (Small et al., 2003 ; Small et al., 1997 ; Bourgeois et al., 1997 ; Bourgeois 1992 ; Hendryx-Bedalov, 2000 ; Small & Guttman, 2002 ; Hooper, 2001 ; Small & Perry, 2005 ; Wailliams, 2008 ; Bohling, 1991 ; Tappen et al., 2001 ; Tappen et al., 1997 ; Williams & Tappen, 1999 ; Acton et al., 2007 ; Sabat, 1991 ; Small et al., 2005 ; Roberto et al., 1998 ; Ostuni& Santo Pietro, 1991 ; Blieszner & Schifflett, 1990). La sélection finale des items a été basée sur la théorie des fonctions du langage de Halliday (2003), chacun correspond à une fonction du langage selon Halliday.</p> <p>La VNVIS-CG est composé de 2 échelles, la communication facilitante, efficace et la communication inefficace, dont chacune est encore divisé en deux sous-séquences : verbale (14items pour la facilitante et 10 pour la non-facilitante) et non-verbale (12 items pour la facilitante et 6 pour la non-facilitante). La communication facilitante est calme, supportant et collaborant alors que la non-facilitante est insensibles, demandant et critiquant.</p> <p>Chaque item a une explication afin de diminuer la subjectivité lors de l'observation.</p> <p>La procédure expérimentale est-elle cohérente avec les outils mesurés ?</p>
Conduite de la recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Le processus de collecte des données/enregistrement est-il décrit clairement ? <p>Après avoir contacté le proche-aidant, les chercheurs sont allés à leur domicile avec les formulaires de consentement et ont pu réaliser la collecte des données.</p>

	<p>Un questionnaire sociodémographique, ainsi qu'une auto-évaluation de la qualité du couple (Norton, 1983) a été rempli car celui-ci indique les caractéristiques d'une relation et est un indicateur global pour la situation maritale.</p> <p>Par la suite, une conversation de dix minutes avec leur conjoint est enregistrée. Les personnes sélectionnaient des sujets de leur choix dans une sélection afin d'élargir les interactions. Le chercheur mettait la caméra sur un tripode et quittait la pièce, il revenait dix minutes plus tard pour l'éteindre. Dans 2 occasions, les participants ont quitté le champ de vision de la caméra pour aller à la toilette, le chercheur à arrêter le timing pour le reprendre par la suite.</p> <p>Plus tard, la vidéo est reprise et codé en fonction du VNVIS-CG</p> <p>Les données ont-elles été recueillies de manière à minimiser les biais en faisant appel à du personnel compétent ?</p> <p>Chaque vidéo effectuée a été scorié puis a été revue et à nouveau scorié 2 semaines plus tard afin de vérifier les scores.</p> <p>Si l'étude comporte une intervention (variable indépendante), celle-ci est-elle clairement décrite et appliquée de façon constante?</p> <p>Le chercheur n'est pas intervenu dans l'étude, sauf pour arrêter le timing ou pour indiquer le début ou la fin.</p>
Analyse des données	<ul style="list-style-type: none"> • Les méthodes d'analyse sont-elles décrites ? <p>Des vidéos ont été enregistrées et chaque comportement et communication sont évalués durant des sessions d'une minute. Le coder regarde la vidéo en entier pour découvrir l'interaction en entier, puis la revoit pour coder le comportement verbale en pouvant l'arrêter et revoir des sections pour coder et répète cela pour coder le comportement non-verbal du proche-aidant.</p> <p>Chaque minute est considérée comme un intervalle pour scorer la présence (=1) ou l'absence (=0) du comportement ciblé. S'il apparaît une fois ou plus, l'intervalle est scorié de 1. Toutes les minutes sont additionnées pour avoir un score total de l'item (de 0 à 10) et tous ces scores sont additionnés pour obtenir un total du score facilitant et du score non-facilitant. Un haut score dans le comportement facilitant (sur un maximum de 270) indique que le proche-aidant encourage la personne malade dans la conversation alors</p>

	<p>qu'un haut score du comportement non-facilitant (sur un maximum de 160) indique qu'elle décourage la personne à participer à la conversation.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 ? <p>Un tableau regroupant les principales stratégies utilisées différenciés par les 4 catégories est présenté.</p> <p>Les thèmes ou les modèles sont-ils logiquement associés entre eux afin de bien représenter le phénomène ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les résultats sont-ils résumés par un texte narratif ? <p>Les comportements facilitants (M=101,6) sont plus nombreux que les comportements non-facilitant (M=10,6), de même les stratégies facilitantes non-verbales (M=69,8) ont été plus observés que les stratégies facilitantes verbales (M=31,8), les comportements non-facilitants verbales (M=7,6) et non-verbales (M=3,9) étaient nettement plus basse.</p> <p>Les proches-aidants ont utilisés des stratégies recommandés par la littérature, mais d'autres y étaient introuvables.</p> <p>Les stratégies facilitantes non-verbales étaient : « montrer de l'intérêt », « s'asseoir proche du son partenaire », utiliser « un ton de voix calme », verbale : « encourager la conversation », « messages simplifiés » et « poser une question à la fois », alors que les stratégies non-facilitantes non-verbales étaient « être distant », « argumenter » et être « hostile, rejetant » et verbale « poser des questions spécifiques », « corriger les erreurs » et « impatient ».</p> <p>Des patterns de communications diffèrent selon le genre, le statut socio-économique et l'identité culturelle (Pope & Ripich, 2005), toutefois aucune différence de genre ont été remarquée, et les différences socioéconomiques et de culture n'ont pas pu être remarquées car l'échantillon était homogène.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • 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? <p>Aucune étude antérieure ne traitait de ce sujet en particulier.</p> <p>Toutefois, des stratégies comme « poser une question à la fois » ou utiliser « des phrases simples » ont été étudiés (Small et al., 2003 ; Small & Perry, 2005), des stratégies comme « paraphraser » ou « éviter d'interrompre » étaient considérés comme communes alors qu'ils apparaissent rarement. De plus, en utilisant une conversation non-structurée, la stratégie « introduction du sujet » a été étudiée, alors qu'auparavant les sujets étaient déjà introduits dans les formats structurés.</p> <p>Les stratégies non-facilitantes ont pu être plus facilement observées et étudiées comme « argumenter » ou « corriger » alors qu'elles ne l'étaient pas dans les études portant sur une conversation sur une tâche ciblée (Whitlatch, Judge, Zarit, & Femia, 2006 ; Ripich et al., 1999 ; Small et al., 2003 ; Small & Perry, 2005)</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'interprétation et les conclusions sont-elles conformes aux résultats d'analyses ? <p>Oui, la communication non-verbale est plus observée que la verbale, en particulier dans les comportements facilitants. Sans l'utilisation de la vidéo, la communication non-verbale aurait été difficilement étudiée.</p> <p>Le comportement verbal et non-verbal est relié à l'expression émotionnelle et à leur reconnaissance. Quelques participants ont montré de la compassion avec des gestes affectueux ou en l'affirmant à leur époux. Les personnes atteintes d'AD ont besoin de plus de temps pour participer aux conversations, toutefois, les proches-aidants gardaient rarement un silence pour cela.</p> <p>Les limites de l'étude ont-elles été définies ?</p> <p>Des méthodes concernant la fiabilité et la validité sont nécessaires pour mesurer la communication du proche-aidant.</p> <p>L'étude a eu un petit échantillon de personnes et de</p>

	<p>même statut socioéconomique ou culture. De plus, les chercheurs mentionnent l'utilité d'enregistrer une conversation plus longue afin que les participants oublient la caméra et discute normalement et de manière naturelle, cela est rendu plus difficile car il faut que les proches-aidants maintiennent une discussion de plus de dix minutes.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les conclusions découlent-elles logiquement des résultats ? • Soulève-t-on la question du caractère transférable des conclusions ?
<p>Conséquences et recommandations</p>	<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 ? <p>Les infirmières qui interagissent avec les proches-aidants peuvent reconnaître les patterns de communication non-facilitant et ainsi fournir un enseignement, un coaching et encourager sur les comportements facilitants.</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'auteur fait-il des recommandations/applications pour la pratique et les recherches futures ? <p>La VNVIS-CG montre une bonne fiabilité, mais il faut analyser les facteurs avec un échantillon plus large pour déterminer la validité, les codes doivent être mieux détaillés et mieux défini pour mieux représenter l'échantillon.</p> <p>L'échelle est basé sur le score de 1 par minute et ne reflète pas la durer ou la fréquence d'un comportement dans cet intervalle, de plus la somme ne reflète par l'ordre des comportements ce qui est important si la recherche implique l'observation de ce qui précède ou suit un comportement ciblé.</p> <p>Des études peuvent cibler des couples qui un index de qualité maritale bas (=médiocre).</p> <p>Les données sont-elles suffisamment riches pour appuyer les conclusions ?</p>

Appendice T

Tableau n° 20: Grille de Fortin (2010) adaptée n° 12

Article : *Evidence-based Practice recommendations for Dementia : Educating caregivers on Alzheimer's Disease and training communication strategies* (Zientz, Rackley, Chapman, Hooper, Mahendra, Kim & Cleary, 2007)

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 ? <p>Le titre précise qu'il s'agit de recommandation evidence-based practice concernant l'éducation des soignants envers les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et concernant l'apprentissage et l'éducation aux stratégies de communication.</p>
Résumé	<ul style="list-style-type: none"> Le résumé synthétise clairement le résumé de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ? <p>Le résumé souligne l'écriture de guidelines d'evidence-based practices pour les orthophonistes travaillant chez les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. un comité d'écriture a été formé et a généré ce rapport basé sur des revues systématiques reliées à l'évaluation et à l'utilisation des interventions directes et indirectes. six recherches ont été sélectionnées et ont permis d'appuyer ce rapport.</p>
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 ? <p>La recherche vise à établir des recommandations (guidelines) d'evidence-based practiced concernant les pathologies du langage et du discours chez les personnes atteintes de démences de type AD.</p> <ul style="list-style-type: none"> Le problème/phénomène est-il pertinent /approprié dans le contexte des connaissances actuelles ? <p>La démence est une réduction ou une détérioration de plusieurs fonctions cognitives, incluant la mémoire, qui sont suffisante pour interférer à l'entretien de la personne elle-même, à son travail ou à ses relations sociales (Weiner, 1996). L'AD est la forme la plus</p>

	<p>prévalent au États-Unis avec 4,5 millions de personnes atteintes. La progression de la pathologie va affecter la personne de manière à ce qu'elle réclame des soins et une supervision quotidienne.</p> <p>La communication doit devenir efficace entre la personne et les soignants, qu'ils soient professionnels ou proche-aidants, pour répondre aux besoins sociaux et basiques de la personne.</p> <p>Beaucoup de soignants ont un manque de connaissance dans la communication avec une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer. Les orthophonistes ont un rôle dans l'éducation de ces soignants et ont des méthodes pour améliorer la communication avec les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 ? <p>Non, une recension des écrits n'a pas été entreprise dans cet article. Toutefois, les auteurs renvoient vers un article de Bayles et al (2005) pour avoir plus d'informations.</p> <p>La recension fournit-elle une synthèse de l'état de la question par rapport au problème de recherche ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 ?

<p>Buts et question de recherche</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Le but de l'étude est-il énoncé de façon claire et concise ? <p>Le but de cet article est de résumer l'état des preuves actuelles concernant l'éducation des soignants dans les stratégies de communication pour améliorer les interactions entre eux et les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.</p> <p>Les questions de recherche ou les hypothèses, dont les variables clés et la population à l'étude, sont-elles clairement énoncées ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 ?
<p>METHODE</p>	
<p>Population et échantillon</p>	<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 ? <p>les articles sélectionnés ont été pris dans les bases de recherches de Medline (1966- aout 2002), Psycinfo (1967-aout 2002) et Language and Linguistic Behavioral Abstract (1960 – aout 2002) avec les termes suivant : Alzheimer's/Alzheimer disease, dementia of the Alzheimer's type, dementia, caregivers, caregivers education, communication, and caregiver intervention.</p> <p>De plus, pour cette revue systématique, les auteurs ont inclus uniquement les études qui évaluaient les effets des interventions développant l'éducation des familles et des soignants concernant la démence d'Alzheimer et qui développe les stratégies de communication.</p> <p>Les articles ne traitant pas des personnes atteintes d'AD ou d'une démence reliée ont été exclus de cette revue. Au total, 6 articles ont été sélectionnés.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dans le plan d'échantillonnage, l'auteur a-t-il envisagé des moyens d'accroître la représentativité de l'échantillon ? La méthode

		<p>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 ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 ? <p>Il s'agit d'une revue systématique.</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'étude a-t-elle été conçue de manière à minimiser les risques et maximiser les bénéfices pour les participants ?
Devis de recherche	de	<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 ? <p>Oui, le devis de recherche permet de répondre à la question de la recherche.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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	de	<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 ? <p>Un tableau de preuve a été développé pour classer les preuves des recherches concernant les pathologies du discours et du langage. Les données sur l'éducation des soignants et des stratégies de communication ont été insérées dans ce tableau. Chaque étude a été lu à travers plusieurs paramètres comme le but de l'étude, ses caractéristiques, sa validité, les caractéristiques de dose-réponse (fréquence, intensité, durée) de l'intervention,</p>

	<p>les résultats mesurés. Chaque article a été classé de manière indépendante par deux membres du comité pour assurer une fiabilité du codage.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 ? <p>Non, la méthode du codage n'est pas décrite. Cependant, il est précisé que les études ont été notées en fonction de leur validité (interne et externe), de leur dose-réponse (les informations concernant les traitements) et la validité construite (la valeur et la relevance dans la mesure des résultats).</p> <p>La validité interne inclue le choix de la recherche, la randomisation des participants, la présence de groupe de contrôle et la présence et le traitement des données manquantes</p> <p>La validité externe correspond à si les résultats sont généralisables qui incluent la caractérisation des participants, la fidélité du traitement, la réalisabilité des résultats.</p> <p>La dose-réponse inclue la fréquence, l'intensité et la durée des traitements.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 ? <p>Les thèmes ou les modèles sont-ils logiquement associés entre eux afin de bien représenter le phénomène ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les résultats sont-ils résumés par un texte narratif ?

	<p>Les deux premières études (Ripich 1994, Ripich, Wykle, & Niles, 1995) ont investigué les effets sur les soignants d'un programme d'éducation à la communication appelé FOCUSED qui doit apporter 3 résultats : des connaissances dans la communication et les stratégies, une attitude communicante avec les personnes atteintes d'AD et pouvoir augmenter la qualité des visites entre les soignants les personnes atteintes d'AD.</p> <p>17 infirmières assistantes travaillant dans des soins de longue durée ont participé, le traitement était composé de 6 session d'entraînement hebdomadaire de 2h, elles étaient divisées en 6 modules : (1) informations concernant la maladie d'Alzheimer et les altérations de la communication qui y sont associées, (2) les différences entre les oublis « normaux », la dépression et la maladie d'Alzheimer, (3) la valeur des compétences interpersonnelles dans les soins, (4) les considérations culturelle et éthiques, (5) les études de la maladies d'Alzheimer et de ses stades)et les caractéristiques de la communication ainsi que les manières de maximiser les capacités de communiquer à chaque étape, (6) l'utilisation et l'évaluation des stratégies FOCUSED.</p> <p>FOCUSED est l'acronyme pour les composants clés de ce programme : F : fonctionnel ou face-à-face, O : orienter le sujet, C : continuité des sujets, sujets concrets, U : débloquent toutes communications qui sont bloquées/posent problèmes (unstick any communication block), S. structurer les questions avec réponses à choix ou avec des oui/non (questions fermées), E : échanger des conversations ou encourager les interactions, D : faire des phrases simples, courtes et directes (direct, short, simple sentences). Du matériel écrit ont été fournis en plus des sessions, par ailleurs les éducations étaient des orthophonistes ainsi qu'un directeur assistant des soins.</p> <p>Les résultats mesurés ont pu évaluer l'efficacité du programme au travers d'un questionnaire sur les connaissances et sur l'attitude fait avant et après le programme. Les soignants ont démontré une hausse dans leur connaissance avec un gain significatif dans les modules 5 et 6 (stade de la maladie d'Alzheimer, caractéristiques de la communication et manière pour les maximiser et utilisation e évaluation des stratégies FOCUSED). Les soignants ont aussi rapporté que leur attitude envers la communication avait augmenté ainsi</p>
--	--

que leur satisfaction dans celle-ci.

La 3^{ème} étude (Ripich & Zioli, 1999) investigate comment le programme FOCUSED modifie le type de questions (oui/non, à choix ou ouverte) utilisé par les soignants professionnels ou non que ce soit dans la réussite de la communication ou le renforcement dans les résultats de l'éducation afin d'avoir de pouvoir maintenir les stratégies de communication sur le long terme.

54 dyades ont participé, ils étaient composés de proches-aidants et d'un de leur proche atteint d'AD à un stade léger ou modéré. Leur MMS était en moyenne à 16,89. Les chercheurs les ont divisés en 3 groupes : FOCUSED, FOCUSED-booster et contrôle ; 22 proches-soignants étaient dans le groupe FOCUSED, 10 dans le FOCUSED-Booster et 22 dans le groupe contrôle. Le programme FOCUSED a été suivi durant 4 sessions hebdomadaires de 2 heures avec le même orthophoniste. Les personnes participants au FOCUSED-Booster recevaient en plus un e-mail avec des notes audio ainsi qu'une liste écrites des stratégies FOCUSED, et des instructions afin d'effectuer une activité avec leur membres de famille.

Les mesures ont été faites avec des enregistrements audio et vidéo sur une conversation concernant le planning des menus du soir. Les questions ont été codées par type (oui/non, à choix, ouverte) et par résultats (réussite, échouée, non-codable). Les données ont été collectées 3 fois, après les sessions, 6 mois plus tard et 9 mois plus tard. Les résultats indiquent que l'éducation FOCUSED va impacter le type de questions posés, 6 mois après, les questions ouvertes ont baissées de manière significative après 6 mois alors que les questions en oui/non ont augmenté. Le groupe FOCUSED-Booster n'a joué aucun rôle dans le maintien des connaissances et des stratégies. de plus, une baisse des questions ouvertes a été noté 6 mois plus tard, mais aucune réduction n'a été notée 9 mois plus.

La 4^{ème} étude examine l'effet des programmes d'équation et d'entraînement dans le renforcement dans la communication individuelle (Orange & Colton-Hudson, 1998) basée sur 4 variable : la performance linguistique de la personne atteinte d'AD à un stade modéré, le nombre de comportements difficiles, le niveau du fardeau du proche-aidant et le nombre de rupture dans la

	<p>communication entre la famille proche-aidante et l'individu atteint d'AD. Il y a eu 2 participants à cette étude, un homme de 77ans atteint d'AD à un stade modéré et son épouse de 74 ans.</p> <p>Le programme d'éducation est composé de 2 séances hebdomadaire de 90 minutes pendant 12 semaines. Ces séances devaient apprendre au proche-aidant la nature du discours, du langage, de la communication, de la mémoire et des comportements difficiles liés à la maladie d'Alzheimer et à l'âge. L'épouse pouvait ensuite pratiquer différentes stratégies spécifique au discours, langage, à la conversation avec son mari sous la supervision d'un chercheur afin d'améliorer la communication. Plusieurs mesures ont été faites pour établir les résultats de l'étude.</p> <p>Les performances linguistiques ont été relativement stable 4 mois après le programme, la fréquence des comportements difficiles est restée alors que leur réponse de l'épouse a diminuée, ainsi que son fardeau. Les ruptures dans la communication s'arrangeaient plus rapidement et avec plus de réussite après l'intervention.</p> <p>La 5^{ème} étude évalue les effets des programmes de visites familiales sur les résidents en séjour longue durée et sur leur famille proche-aidante (FVEP pour Family Visit Education Program) (McCallion, toseland, & Freeman, 1999). Trois hypothèses ont été émises : 1) le programme va affecter le bien-être de résidents sur des mesures telles que la dépression, l'irritabilité et le repli, ainsi qu'augmenter les interactions positives avec les familles, 2) le programme va réduire de manière significative le temps de gestion des comportements perturbateurs de la part des soignants et 3) le programme va augmenter de manière significative l'utilisation des stratégies de communication par les familles. 66 familles et 66 individus atteints d'Ad à un stade modéré ou sévère ont participé à l'étude. Un groupe de traitement a été composé de 32 famille et individus (moyenne du MMS : 6,81) et 34 familles individus (moyenne du MMS=7.97) ont composé le groupe contrôle. le traitement était composé d'une session familiale de 1 heures toutes les 8 semaines avec de l'éducation. Notamment du FVEP, sur les réponses cognitives, comportementales et affectives des individus atteints d'AD et leur impact sur la communication, sur</p>
--	--

l'impact des stratégies de communication familiales sur la qualité des visites, sur les problèmes comportements des résidents et la satisfaction des visites de la famille, sur les stratégies de communication efficaces (verbales et non-verbales), sur l'utilité des aides sur la mémoire et sur les activités qui promeuvent les interactions et les visites familiales structurées.

Ces sessions impliquent des observations thérapeutiques des interactions entre le résident et sa famille avec un feedback immédiat avec et puis sans le résident.

Les résultats sont mesurés auprès des résidents, de la famille et du personnel soignant après l'expérience, 3 mois après et 6 mois plus tard. Les résidents ont montré qu'ils n'avaient pas d'aggravement des symptômes dans leur bien-être et étaient moins agités verbalement lors des visites familiales. Les familles ont montré une hausse significative de l'encouragement durant les conversations au premier test, mais pas 6 mois plus tard. Pour les individus dans le groupe de traitements, il y a eu une réduction significative dans l'utilisation des contentions mécaniques, ce que les auteurs interprètent comme étant représentatif de la réduction de la gestion du temps dans les comportements perturbateurs.

La 6^{ème} étude évalue les effets d'un programme de compétences en communication pour les infirmières-assistantes (NACSP : Nursing Assistant Communication Skills Program) sur le bien-être des résidents en séjours longue durée et sur les connaissances des infirmières-assistantes sur la maladie d'Alzheimer, sur les réponses en soins et sur le taux de rotation (turnover).

88 infirmières-assistantes ont participé, ils ont été divisés en 2 groupes : 39 dans le groupe traitement et 49 dans le groupe contrôle et 105 résidents ont participé, 49 étaient dans le groupe de traitement et 56 dans le groupe contrôle.

Le traitement était composé de 5 sessions de groupe de 45 minutes et 4 sessions individuelles de 30 minutes. Les sessions de groupes avaient pour but de fournir une éducation sur les questions et problèmes, comme la connaissance de la démence, la communication verbale et non-verbale, les aide-mémoires, les problèmes comportements, l'impact de l'âge sur les changements comportement, la progression de la démence, les techniques pour une communication plus efficace, une

	<p>approche en 3 étapes pour les problèmes de comportements (trouver et répondre au besoin, trouver le souvenir, assurer la sécurité). Les sessions individuelles incluaient des opportunités pour les assistants à interagir avec les résidents en recevant des feedback afin d'améliorer leurs techniques et leurs stratégies.</p> <p>Les résultats ont été mesurés après les sessions, après 3, 6 et 9 mois. Ils indiquent une baisse significative des comportements agressifs verbaux et non-agressifs physiques, aussi bien que une amélioration significative dans les symptômes dépressifs. Toutefois, il n'y a pas eu d'effet sur l'utilisation des contraintes et sur l'utilisation des produits psychotropes. Pour les assistants, il n'y a pas eu d'amélioration dans les connaissances de la maladie d'Alzheimer. Les changements significatifs apparaissent dans les connaissances pour gérer des comportements problématiques. Le taux de rotation a aussi décliné entre la fin de l'expérience jusqu'à 9 mois dans le groupe de traitement.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 ? <p>Plusieurs tendances émergent au travers de ces études : L'éducation des proches-aidants sur les stratégies de communication peut contribuer à des conversations mieux réussite :</p> <p>les premières évidences indiquent que l'entraînement et l'éducation (sur des principes généraux ou sur des recommandations individuelles). est bénéfique pour la famille et les soignants professionnels.</p> <p>3 études ont rapporté que l'éducation concernant les stratégies de communication a un impact significatif sur les patterns de communication des soignants. De plus, elle augmente les encouragements et diminuent les critiques utilisés dans les interactions avec les personnes atteints d'AD. Les familles utilisaient plus de questions fermés ou en oui/non après l'éducation, mais malheureusement, cela n'est pas maintenu après une période de 12 mois. Les époux sont aussi plus aptes à avoir et échanger une conversation lorsqu'ils ont pu avoir</p>

des stratégies spécifiques en fonction de leur pattern de rupture de communication individuel.

L'éducation des soignants sur les stratégies de communication peut contribuer à réduire ou à augmenter le fardeau du proche-aidant :

Logiquement, la 1^{ère} pensée est que cela devait réduire le fardeau en fournissant des stratégies efficace, toutefois, certaines recherches suggèrent que l'éducation réduit la nature de l'interaction et promeut la reconnaissance des soignants de leur responsabilité dans l'interaction. Chez les professionnels, le taux de rotation à diminuer après une période de 6 mois, cela suggère une réduction du fardeau et une augmentation de la satisfaction au travail. Mais certaines familles ont ressenti une augmentation de leur fardeau après le traitement.

Les soignants qui ont été éduqués sur les stratégies de communication peuvent contribuer à augmenter la qualité de vie :

Les quelques changements au sein des conversations peuvent avoir un effet positif sur la qualité de vie des personnes atteintes de démence. Les individus atteints d'AD dans des groupes traitements ont présentés une réduction des symptômes de dépression, d'irritabilité et d'agression. L'éducation peut aussi affecter la satisfaction au travail des soignants, cela se remarque à travers de la baisse du taux de rotation chez eux.

Les soignants éduqué sur les stratégies de communication peuvent contribuer au maintien des capacités de langage des individus atteints d'AD :

Une des études a évalué l'effet des stratégies de communication sur les performances du langage des individus atteints d'AD, elle a présenté une stabilisation du langage chez ces personnes après une période de 4 mois.

Les soignants éduqués sur stratégies de communication augmentent leurs connaissances sur la maladie d'Alzheimer et leur compréhension des ruptures de communication :

Les soignants et les familles ont pu augmenter sur connaissances et leur compréhension sur les stratégies de communication à utiliser avec une personne atteinte d'AD. De plus, une étude a démontré que cela augmentait ces connaissances, mais aussi les connaissances sur la gestion des problèmes comportementaux.



- 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 recommandations pour une pratique clinique sont :
Avoir des candidats appropriés pour l'éducation sur la communication : des familles avec des individus atteints d'AD vivant en séjour longue durée ou dans des communautés résidentielles, ou des soignants qui fournissent les soins à ces personnes.

Prévoir un contenu pour les programmes : de l'éducation concernant la maladie d'Alzheimer et ses impacts sur la communication, de l'éducation concernant les stratégies de communication verbales (les type de questions par exemple) et non-verbale (utilisation des indices dans le contexte) pour améliorer l'interaction avec les personnes atteintes d'AD. Prévoir des feedback personnalisés en laissant l'opportunité de pratiquer les stratégies recommandées.

Pour la mise en œuvre de ces programmes, il faut prévoir au moins 4 sessions et fournir des sessions individuelles pour discuter et fournir un feedback directement.

les résultats attendus de ces programmes sont pour :
les soignants : augmenter leur connaissance sur la maladie d'Alzheimer et les problèmes de communication, leur connaissance sur les stratégies de communication et les stratégies pour les maintenir, et augmenter la satisfaction concernant la communication.

Pour les personnes atteintes d'AD : ils peuvent diminuer les symptômes dépressifs, l'irritabilité et l'agressivité, de plus ils peuvent avoir des effets positifs sur la quantité ou le type de communication.

Les limites de l'étude ont-elles été définies ?

Durant l'écriture de cette revue, plusieurs études ont été publiées concernant l'éducation et la communication chez les soignants ou la famille proches-aidantes.

Une étude randomisée contrôlée a évalué les effets d'éducation concernant les interventions de communication envers 45 familles proches-aidantes. Les participants ont démontré une plus grande connaissance des stratégies de communication et une baisse des problèmes de comportements et des stress associés. Le stress émotionnel n'a pas diminué.

	<p>Une autre étude a évaluée les effets d'un programme auprès de professionnels sur les caractéristiques du discours des personnes atteintes d'AD à tout stade. Les professionnels ont utilisé de manière plus fréquente les stratégies de discours facilitantes comme les indices ou les encouragements.</p> <p>L'efficacité d'un programme interactif multimédia comparé à un programme vidéo pour les professionnels et les para professionnel a été étudiée. Le programme interactif a démontré de manière significative que les professionnels utilisaient la meilleure réponse en identifiant clairement les réponses correctes et en utilisant le meilleur comportement possible.</p> <p>Un programme similaire a été étudié pour les professionnels, ainsi que son maintien des connaissances et habileté de la communication sur une période de 3 mois. Ce programme était composé d'un programme didactique, d'aide-mémoire, d'éducation individuelle et de feedback durant les interactions. Les résultats relèvent une augmentation de l'utilisation des compétences dans la communication et des instructions efficaces. Y compris 3 mois plus.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 ? <p>Les auteurs recommandent d'examiner ces différents aspects influencés par les programmes d'éducatons pour les prochaines études :</p> <p>Les effets sur la perception du fardeau du proche-aidant.</p> <p>Les effets sur les résultats en communication et psychosociaux (symptômes dépressif, agressivité, troubles du comportement)</p> <p>Les effets sur la qualité de vie des soignants professionnels.</p> <p>Les effets des programmes génériques contre les stratégies de communication individualisés.</p> <p>Les effets des programmes d'éducation des stratégies aux différents stades de la démence</p>

	<p>Les effets des programmes d'éducatons en tenant compte des diversités culturelles et ethniques des professionnels et des individus atteints d'AD.</p> <ul style="list-style-type: none">• Les données sont-elles suffisamment riches pour appuyer les conclusions ?
--	--