

Table des matières

1. Introduction	1
2. Problématique.....	2
2.1 Contexte et origine de la question.....	2
2.2 Argumentation de la question en fonction du contexte socio-sanitaire et professionnel	4
2.3 Cadre théorique : le confort selon Kolcaba	5
3. Méthodologie	7
4. Résultats.....	9
4.1 CINAHL	9
4.2 Pubmed	10
4.3 Articles retenus.....	11
5. Analyse critique des articles.....	11
5.1 Staff attitudes towards older patients with cognitive impairment: need for improvements in acute care.....	11
5.2 « Getting to Know me »: the development and evaluation of a training programme for enhancing skills in the care of people with dementia in general hospital settings.....	12
5.3 Acute care management of older people with dementia: a qualitative perspective	13
5.4. Caring for cognitively impaired older patients in the general hospital: a qualitative analysis of similarities and differences between a specialist Medical and Mental Health Unit and standard care wards	14
5.5 Health Professionals' Perspectives of Providing Care to People with Dementia in the Acute Setting: Toward Better Practice	15
5.6 People with dementia and the hospital environment: the view of patients and family carers	16
6. Comparaison des résultats.....	18
7. Discussion et perspectives.....	21
7.1 Recommandations pour la pratique	24
7.2 Perspectives de recherches.....	25
7.3 Limites	25
8. Conclusion	25
9. Liste de références.....	27
10. Bibliographie	28
11. Annexes.....	30

1. Introduction

Nous sommes actuellement à la fin de notre formation à la Haute Ecole de santé La Source et il nous est demandé de faire un travail de recherche sous la forme d'une revue de littérature afin de valider notre Bachelor. Alors que nous devons commencer à trouver des idées, nous nous sommes tous deux retrouvés dans un groupe dont l'intérêt commun était la gériatrie¹. Nous avons décidé de travailler ensemble sur ce projet car nous avons des idées et des questionnements semblables.

Tout le monde en entend parler, le « tsunami gris » arrive et nous y avons été sensibilisés tout au long de notre formation par différentes approches, dans le but de nous apporter le maximum de connaissances. L'objectif est que nous ayons suffisamment de savoirs et de ressources pour le tournant que prendront les soins dans quelques années. Notre intérêt s'est plus précisément porté sur la personne âgée démentie hospitalisée. Cette problématique nous a semblé pertinente d'après notre formation, nos expériences et les lectures que nous avons déjà pu effectuer car elle a un impact sur la santé de la personne.

Nous développerons plus précisément l'origine de la question ainsi que son argumentation dans le chapitre de la problématique. Nous pourrons nous appuyer sur des chiffres et des données sociologiques afin de renforcer notre argumentation. Nous préciserons également la démarche qui nous a permis d'établir notre question de recherche définitive. Nos recherches débiteront de manière exploratoire puis dans la littérature scientifique afin de sélectionner les articles pertinents. La méthodologie de recherche sera décrite précisément.

Les études sélectionnées passeront ensuite une analyse critique puis leurs résultats seront confrontés à l'aide d'un tableau comparatif.

La discussion nous permettra de donner une réponse à notre question de recherche et de ressortir les points importants pour la pratique infirmière². Afin de prendre en compte le confort, nous mettrons en liens nos données avec la théorie du Confort de Kolcaba. Nous ne manquerons pas de parler des limites de notre étude ainsi que des pistes de recherches que nous pourrions proposer.

Finalement, une conclusion nous permettra de mettre en avant les apprentissages que cette revue de littérature nous aura apportés.

¹ Les termes spécifiques sont définis dans l'Annexe I : Glossaire

² Dans ce travail, nous employons le terme infirmière, mais il comprend également les infirmiers.

2. Problématique

2.1 Contexte et origine de la question

Nous avons commencé à réfléchir à la problématique de la gériatrie car tout au long de notre parcours étudiant et dans la plupart des contextes de soins où nous avons effectué nos stages ou eu nos expériences professionnelles, nous avons été confrontés aux personnes âgées. Cette population, de par son augmentation démographique et des modifications sanitaires qu'elle entraîne, se montre comme un enjeu d'actualité pour lequel nous portons un grand intérêt. En effet, d'après l'Office Fédéral de la Statistique (OFS, 2016, p. 24), la proportion de personnes de 65 ans ou plus en Suisse se monte à 16%, comparée à 6% dans les années 1900. Cela représente actuellement, une femme sur cinq et un homme sur six. Nous avons comme première idée, l'accueil et la transition des aînés en EMS mais après réflexion, nous nous sommes rendus compte que notre intérêt se portait plus sur un phénomène qui a lieu bien avant cela. Nous avons remarqué que la prise en soins inadaptée des personnes âgées souffrant de troubles cognitifs pouvait conduire à l'impossibilité de retour à domicile et à l'institutionnalisation.

C'est après avoir eu l'occasion de visiter le service de soins aigus aux seniors (SAS) de l'hôpital de Morges que l'idée s'est précisée. Nous nous sommes rendu compte que l'un des principaux buts de ce service est de diminuer les effets délétères de l'hospitalisation sur la personne âgée atteinte de démence ou souffrant d'état confusionnel aigu en apportant des modifications structurelles et organisationnelles au lieu. Cependant, nous ne voulions pas traiter la problématique de l'état confusionnel aigu mais celle de la démence.

Selon l'Association américaine de psychiatrie (APA) (2000, cité dans Voyer, 2013, p. 51), « la démence est décrite comme un syndrome insidieux et progressif caractérisé par des déficits multiples, parmi lesquels figurent nécessairement les troubles de la mémoire ».

D'après le DSM-IV-TR (2005), ces troubles de la mémoire s'accompagnent « d'au moins une des perturbations cognitives suivantes : aphasie, apraxie, agnosie ou perturbation des fonctions exécutives » (p.172). Le terme trouble cognitif a été utilisé dans les recherches d'articles scientifiques car c'est un terme faisant partie du champ lexical de la démence. Cependant, dans notre rédaction, nous avons décidé de rester sur le terme de la démence car il offre une définition plus claire et plus précise.

Il nous semblait évident que le bien-être devrait faire partie de la priorité des soins et que l'infirmière se doit de le défendre. De fil en aiguille, l'idée d'associer le bien-être au confort s'est mise en place. Nous avons donc fait des recherches dans les sciences infirmières et la théorie du Confort de Kolcaba paraissait pertinente pour apporter un cadre conceptuel à ce travail. Pour définir plus précisément notre question de recherche, nous nous référerons aux quatre concepts centraux de la discipline infirmière qui sont la personne, la santé, le soin et l'environnement.

Kolcaba (2010), les définit ainsi :

- Le soin infirmier est l'évaluation intentionnelle des besoins des patients en matière de confort, la conception des mesures pour y répondre et la réévaluation des patients, familles, ou de la collectivité après la mise en œuvre des mesures de confort, par rapport à une référence précédente ;
- Le patient est une personne, une famille ou une communauté ayant besoin de soins de santé ;
- L'environnement est l'influence extérieure (chambre, maison, politiques institutionnelles, etc.) qui peut être adaptée pour améliorer le confort ;
- La santé est le fonctionnement optimal d'un patient, d'une famille, d'une communauté facilitée par l'attention aux besoins de confort.

Le choix de cette théorie nous a semblé intéressant car bien souvent, les troubles cognitifs et les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) sont accentués lorsque la personne âgée atteinte d'une démence est hospitalisée. Selon Margallo-Lana et al., (2001, cité dans Voyer, 2013, p.52), « l'Association internationale de psychogériatrie regroupe sous cette expression [...] une kyrielle de troubles apparaissant chez la personne atteinte d'une démence : l'anxiété, l'humeur dépressive, les hallucinations, les illusions, l'errance, l'agitation, l'agressivité, la désinhibition sexuelle et les comportements culturellement inappropriés ».

Comme nous avons déjà pu le relever dans la littérature, une connaissance approfondie de la démence ainsi qu'un environnement adapté permettent à la personne d'avoir un meilleur vécu de son hospitalisation. Selon Voyer (2013, p. 452), les manifestations comportementales et psychologiques de la démence trouvent souvent leurs origines dans un inconfort lié à l'environnement ou un besoin insatisfait. Selon le Department of Health NSW (2006, cité dans Voyer 2013, p. 452), la personne démente subira directement des effets secondaires de ces manifestations, elle pourra ressentir un sentiment de rejet, de la colère ou de la tristesse et pour les gérer, les soignants³ peuvent avoir recours à la contention (physique et médicamenteuse) qui est une source d'augmentation de chutes, de blessures, d'isolement.

Après beaucoup de réflexion, nous sommes donc arrivés au questionnaire suivant :

Quelles sont les bonnes pratiques que l'infirmière peut mettre en œuvre dans la prise en soins de patients hospitalisés atteints de démence afin d'assurer leur confort ?

³ Par soignants, nous entendons les différents professionnels de la santé.

2.2 Argumentation de la question en fonction du contexte socio-sanitaire et professionnel

Afin d'argumenter notre question selon le contexte socio-sanitaire, nous allons dans un premier temps présenter quelques données démographiques mondiales, suisses puis vaudoises. Dans un second temps, des statistiques concernant la démence seront mise en avant afin de se rendre compte de l'ampleur des changements à venir.

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (2016), « la population mondiale de 60 ans et plus est appelée à tripler entre 2000 et 2050, passant de 600 millions à 2 milliards ». A notre échelle nationale, un scénario se profile et prévoit qu'entre 2010 et 2060 le pourcentage des personnes âgées de 65 ans et plus devrait subir une augmentation de 89%, ce qui représenterait un nombre d'individus passant de 1'343'000 à 2'543'000 (Kohli, 2010, p. 21). Sur le plan cantonal, « entre 2005 et 2030, la proportion de résidents vaudois âgés de plus de 65 ans passera de 15% à 21%, soit de 98'000 à 171'000 personnes » (Paccaud, Peytremann Bridevaux, Heiniger, & Seematter-Bagnoud, 2006, p. 5). En parallèle à cette croissance de l'âge, l'augmentation des comorbidités, des pathologies chroniques et psychologiques accentuent la perte d'indépendance, d'autonomie et augmentent le nombre de bénéficiaires de soins, le temps d'hospitalisation et les coûts de la santé. Ainsi, nous serons confrontés à soigner de plus en plus de personnes âgées.

Cette impressionnante augmentation est le reflet d'une multitude de progrès dans le domaine de la santé et des conditions de vie qui ont permis l'allongement de l'espérance de vie des individus vivant en Suisse. Néanmoins, les pathologies psychogériatriques et plus particulièrement les démences ont « l'âge » comme premier facteur de risque. Selon l'Association Alzheimer Suisse (2014), « on estime que 119'000 personnes atteintes d'Alzheimer ou d'une autre forme de démence vivent en Suisse » et qu'« il y a plus de 28'000 nouveaux cas de personnes atteintes de démence par année ».

Forts de cette constatation faite dans nos parcours professionnels respectifs et prouvée par la littérature, nous avons été interpellés et questionnés au sujet des bonnes pratiques liées à cette problématique de prise en soin. Ces observations soulignent que notre problématique s'inscrit dans un sujet d'actualité et au cœur du débat socio-sanitaire suisse. En effet, les politiques se questionnent, notre société se restructure et le système de santé doit subir des aménagements.

Lors de nos stages, il nous est arrivé de nous retrouver confrontés à des situations complexes lorsqu'il fallait prendre une décision quand le patient âgé était en difficulté et/ou lorsque l'équipe se trouvait partagée. Nous avons ainsi été sensibilisés à toutes les conséquences qu'une hospitalisation peut avoir sur l'indépendance d'une personne âgée démente.

Avec les outils adéquats, l'infirmière pourrait avoir une grande influence dans la prise en soins et le maintien des acquis de la personne âgée démente. Cela implique un remaniement des structures de soins, des interventions sur l'environnement du patient et un aména-

gement organisationnel tout en respectant les contraintes institutionnelles propres aux hôpitaux qui, elles, ne sont pas négociables.

2.3 Cadre théorique : le confort selon Kolcaba

Comme annoncé précédemment, notre travail sera analysé grâce à la théorie du Confort de Kolcaba. Il convient maintenant de mieux présenter ce cadre théorique.

D'après Petiprin (2016), Katharine Kolcaba est une infirmière théoricienne américaine diplômée de l'école d'infirmières de l'Hôpital St. Luke, titulaire d'une maîtrise en sciences infirmières et d'un doctorat effectué à la Case Western Reserve University à Cleveland dans l'Ohio. Dans les années 90, elle développe une théorie sur le confort qu'elle conçoit et adresse à la pratique infirmière.

Afin d'aborder cette théorie, il nous faut d'abord définir le terme « confort » qui est selon Kolcaba (2003) l'expérience immédiate d'être renforcée en ayant le soulagement des besoins, la facilité et la transcendance respectés dans quatre contextes (physique, psycho-spirituel, socio-culturel et environnemental) (traduction libre, p.251).

Kolcaba a créé une grille taxonomique grâce à laquelle il est possible d'identifier les besoins de confort de ses patients. Afin de mieux les délimiter, elle a défini trois états de confort que peuvent atteindre les patients.

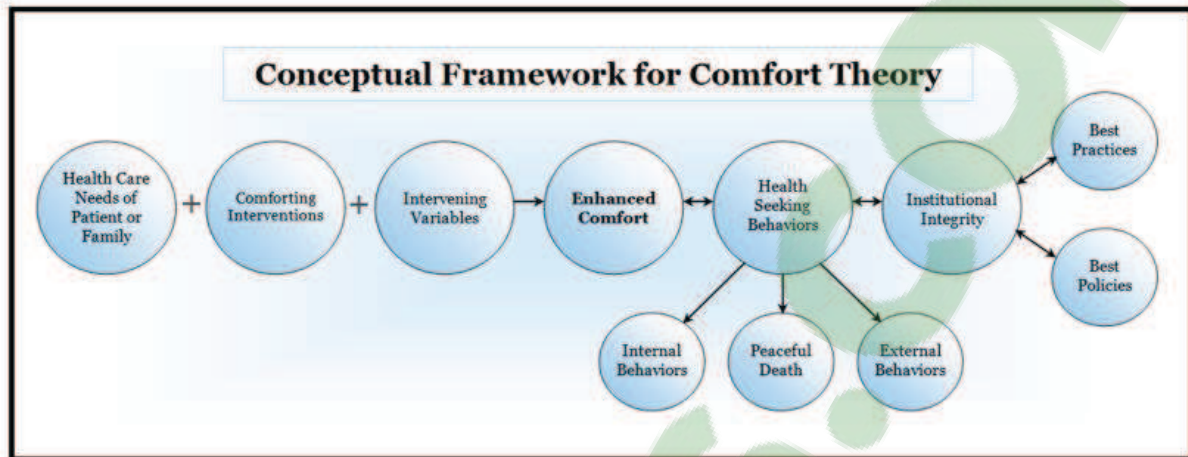
- Le soulagement, est un état que le patient ressent lorsque l'un de ses besoins spécifiques est satisfait ;
- Le bien-être, est un état de calme et de contentement ;
- La transcendance, l'état par lequel le patient peut passer au-dessus des problèmes et de la douleur.

La vision de Kolcaba ne s'arrête pas à ces trois états que d'autres théoriciens ont déjà décrits. Elle l'approfondit avec une vision nouvelle qui permet de considérer la personne dans sa globalité. Ainsi elle définit quatre contextes dans lesquels le confort devrait être atteint (traduction libre, p.253) :

- Le contexte physique qui se traduit par les sensations corporelles et les mécanismes homéostatiques qui peuvent ou non être liées à un diagnostic spécifique ;
- Le contexte psycho-spirituel qui traduit le concept de soi, la sexualité et sa relation à un ordre ou à un être supérieur quel que soit le sens que la personne donne à sa vie ;
- Le contexte socio-culturel qui intègre les relations interpersonnelles comprenant l'entourage, la famille et sociétales comprenant les finances, l'enseignement et le soutien. Il inclue également l'histoire familiale, les traditions, les coutumes, la langue et les vêtements ;

- Le contexte environnemental qui concerne l'environnement externe à la personne comprenant les conditions et les influences comme l'ambiance de la pièce, la lumière, la température et les nuisances.

Le schéma ci-dessous permet visuellement de mieux comprendre l'articulation du modèle conceptuel de la théorie du Confort.



Kolcaba, (2010)

3. Méthodologie

Nous allons à présent parler de la méthode qui nous a permis de faire notre revue de littérature. Elle s'est articulée en plusieurs étapes. Dans un premier temps, nous avons fait une recherche exploratoire sur « les personnes âgées démentes hospitalisées ». L'apport théorique qui en a découlé a permis d'approfondir et ainsi, de mettre en évidence les principales caractéristiques du sujet. Cette documentation, qui provient de sources diverses (livres, Revmed, Google Scholar, des sites d'organisations de la santé, etc.), nous a aidé à orienter, affiner et préciser notre problématique.

Dans un second temps, nous avons déterminé les mots clés relatifs à notre problématique par la méthode PICO (communication personnelle [Présentation PowerPoint], 21 janvier 2012). Elle permet de mettre en avant les concepts clés de notre revue de littérature.

- Population / problème : personne âgée démente ;
- Intervention : mise en place des bonnes pratiques ;
- Comparaison / contexte : l'hôpital ;
- Outcomes : améliorer la prise en soins, offrir des soins de qualité adaptés à la personne.

Cette méthode nous a permis de définir notre question de recherche finale. Nous l'avons volontairement gardée large afin de pouvoir avoir du choix dans la sélection des articles.

Pour trouver des études scientifiques, la base de données CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature) nous a semblé indiquée, car elle propose de nombreux documents s'inscrivant dans la discipline des sciences infirmières et essentiellement publiées par ces dernières. Nous avons également utilisé la base de données Medline/PubMed qui elle, s'adresse à la science biomédicale et qui dépend du service de la National Library of Medicine (NLM) des Etats-Unis.

Afin de pouvoir faire des équations de recherches valides, nous avons revu l'utilisation des opérateurs booléens. Après avoir effectué quelques recherches avec les mots clés proposés par CINAHL, nous avons bénéficié de l'aide des documentalistes du CEDOC (Centre de documentation de la Haute Ecole de Santé La Source). Cela nous a permis de rechercher les termes dans le Thésaurus afin de pouvoir ensuite concevoir notre équation de recherche. Pour procéder à la sélection des articles, nous avons lu les titres et leurs résumés afin de ne garder que ceux qui étaient pertinents.

Pour Medline/PubMed, nous avons repris les mots clés initiaux pour en créer une équation de recherche. Nous avons ensuite identifié les termes MeSH puis procédé à la sélection des articles de la même manière que pour CINAHL. Afin d'obtenir des études actuelles, nous avons limité nos recherches aux articles parus dans les dix dernières années.

L'analyse des articles scientifiques s'est faite selon les grilles de lecture qualitative et quantitative que nous avons à notre disposition dans l'Intranet de l'école.

Mots clés et descripteurs		
Mots clés	Descripteurs CINAHL	Termes MeSH
Dementia	Dementia+	Dementia
Alzheimers	Alzheimer's Disease	Alzheimer Disease
Cognitive impairment	Cognition disorders	Cognition disorders
Memory loss		Memory disorders
Dementia care		
Behavioral and psychological symptoms of dementia		
Hospitals	Hospitals Hospitalization	
Acute care	Acute care, Cardiovascular Care, Catheter Care, Critical Care, Gastroenterology Care, Orthopedic Care, Perioperative Care, Subacute care, Urologic Care, Wound Care	
In-patient	Inpatients	
In-hospitali		
Best practice	Nursing practice, Evidence-Based, Advanced Nursing practice	Practice Guidelines as Topic, Evidence-based Nursing,
	Comfort	
	Nursing Assessment, Attitude of health personnel, Nurse Attitude, Nursing Role	Nursing assessment

4. Résultats

En utilisant les deux bases de données citées précédemment, nous avons récolté 165 articles. Afin d'être retenus, ils devaient impérativement traiter des termes utilisés dans notre méthode PICO :

- La personne âgée démente ;
- La mise en place des bonnes pratiques ;
- L'hôpital ;
- L'amélioration de la prise en soins.

Nous avons volontairement exclu les articles datant de plus de dix ans, basés dans d'autres établissements que les soins aigus et ne traitant pas de la discipline infirmière. Après avoir enlevé tous les doublons, nous sommes arrivés à un total de six articles.

4.1 CINAHL

Date	Équation de recherche	Nb de résultats	Nb d'articles lus	Nb d'articles retenus
Avril 2016	TX dementia or Alzheimer or cognitive impairment or memory loss or dementia care AND TX assessment and behavioral and psychological symptoms of dementia AND TX hospitals or acute care or in-patient or in-hospital AND Best practices	56 résultats	0	0
Avril 2016	(dementia or alzheimers or cognitive impairment or memory loss or dementia care or behavioral and psychological symptoms of dementia) AND best practices in nursing AND hospital	22 résultats	0	0
12.05.2016	(dementia or alzheimers or cognitive impairment or memory loss or dementia care or behavioral and psychological symptoms of dementia) AND best practice AND hospital	34 résultats	13	4
12.05.2016	(dementia or alzheimers or cognitive impairment or memory loss or dementia care or behavioral and psychological symptoms of dementia) AND best practice AND hospital AND environnement	6 résultats	4	3
17.05.2016	(MH"Dementia+") OR (MH" Alzheimer's Disease") OR (MH" Cognition Disorders") OR TI ("Cognitive impairment" OR "memory loss") OR BA ("Cognitive impairment" OR "memory loss") AND (MH "Hospitals") OR (MH"Hospitalization") OR (MH "Inpatients") OR (MH "Acute Care") OR (MH "Cardiovascular	16 résultats	6	4

	Care") OR (MH "Catheter Care") OR (MH "Critical Care") OR (MH "Gastroenterology Care") OR (MH "Orthopedic Care") OR (MH "Perioperative Care") OR (MH "Subacute Care") OR (MH "Urologic Care") OR (MH "Wound Care") AND (MH "Comfort") OR (MH "Nursing Assessment") OR (MH "Attitude of Health Personnel") OR (MH "Nurse Attitudes") OR (MH "Nursing Role") OR (MH "Nursing Practice, Evidence-Based") OR (MH "Advanced Nursing Practice") OR TI "best practice" OR AB "best practice" AND TI Environnement OR AB Environnement			
		134	23	11

4.2 Pubmed

Date	Equation de recherche	Nb de résultats	Nb d'articles lus	Nb d'articles retenus
12.05.2016	(((((("dementia") OR "alzheimers") OR "cognitive impairment") OR "memory loss") OR "dementia care") OR ("behavioral and psychological symptoms of dementia")) OR ("behavioral and psychological signs and symptoms of dementia bpsd")) OR ("behavioral and psychological symptoms of dementia bpsd")) AND "best practice") AND "hospital" AND nursing care	15 résultats	2	1
25.05.2016	environment[Title/Abstract] AND (((("Dementia"[Majr] OR "Alzheimer Disease"[Mesh]) OR "Cognition Disorders"[Majr]) OR "Memory Disorders"[Majr]) AND (("Practice Guidelines as Topic"[Mesh] OR "Evidence-Based Nursing"[Majr]) OR "Nursing Assessment"[Majr])) AND (("Practice Guidelines as Topic"[Mesh] OR "Evidence-Based Nursing"[Majr]) OR "Nursing Assessment"[Majr] OR "Nurse's role"[All Fields])) AND "2006/05/29"[PDat] : "2016/05/25"[PDat] AND ("2006/05/29"[PDat] : "2016/05/25"[PDat])	16 résultats	2	0
		31	4	1

4.3 Articles retenus

	Titre	Auteurs	Année de parution
1	Staff attitudes towards older patients with cognitive impairment: need for improvements in acute care	A.Nilsson, M. Lindkvist, B. h. Rasmussen and D. Edvardsson	2012
2	« Getting to Know me »: the development and evaluation of a training programme for enhancing skills in the care of people with dementia in general hospital settings	R. Elvish, S. Burrow, R. Cawley, K. Harney, P. Graham, M. Pilling, J. Gregory, P. Roach, J. Fossey et J. Keady	2014
3	Acute care management of older people with dementia: a qualitative perspective	W. Moyle, S. Borbasi, M. Wallis, R. Olorenshaw et N, Gracia.	2010
4	Caring for cognitively impaired older patients in the general hospital: a qualitative analysis of similarities and differences between a specialist Medical and Mental Health Unit and standard care wards	S.E. Goldberg, K.H. Whittamore, K. Pollock, R.H. Harwood et J.R.F. Gladman	2014
5	Health Professionals' Perspectives of Providing Care to People with Dementia in the Acute Setting: Toward Better Practice	S. Borbasi, J. Jones, C. Lockwood et C. Emden	2006
6	People with dementia and the hospital environment: the view of patients and family carers	R. Digby et M.J. Bloomer	2014

5. Analyse critique des articles

Passons à présent à l'analyse critique des articles choisis. Cela fera ressortir leur fiabilité et leur pertinence en regard de notre problématique. Nous avons été sensible au fait que les chercheurs devaient obtenir le consentement éclairé des participants avant de commencer leurs études. La majorité des écrits se porte sur l'observation des soignants. Dans ce cas, cet impératif n'a pas posé problème. Pour les deux articles qui se sont également intéressés aux patients, les consentements ont été obtenus en respectant la loi, en passant par les proches-aidants ou des tiers. Ce procédé a été utilisé car une personne démente, incapable de discernement ne peut pas donner de consentement éclairé.

5.1 Staff attitudes towards older patients with cognitive impairment: need for improvements in acute care

Cet article est une étude quantitative datant de 2012, paru dans le Journal of Nursing et écrit par A. Nilsson, Doctorante, B. H. Rasmussen, Professeur de soins infirmiers D. Edvardsson, Professeur, associés du département de soins infirmiers et M. Lindkvist, Conférencier et Consultant statistique du Département des Statistique et du Département de la santé publique et médecine clinique. Tous travaillent à l'Université d'Umeå.

Cette étude visait l'exploration des attitudes tenues par le personnel travaillant dans les unités de soins de courte durée envers les patients âgés de 70 ans ou plus ayant une déficience cognitive, et explorer les facteurs associés aux attitudes négatives. L'enquête a été approuvée par un comité d'éthique. Les participants ont été invités à participer à l'étude en déposant anonymement les questionnaires remplis dans une boîte scellée se trouvant dans l'unité.

Une enquête transversale a été utilisée pour collecter les données à partir d'un échantillon de personnel travaillant dans les unités de soins de courte durée (n = 391) au nord de la Suède. Les participants potentiels ont été informés de l'étude par écrit et oralement lors d'une rencontre de service. Il leur a été demandé de participer anonymement en complétant une enquête. Les participants à l'étude ont été recrutés dans 12 services médicaux d'un hôpital universitaire. Tous les soignants des services de soins qui travaillaient avec des patients âgés de 70 ans ou plus ont été considéré comme ayant un critère incluant. Sur 622 soignants, 391 questionnaires ont été retourné. Les résultats correspondaient à un taux de participation de 63%.

Nous avons décidé de garder cet article car il met en avant certains points importants dans la pratique infirmière. Ils seront développés plus loin. Le questionnement est repris à plusieurs reprises, étayé et expliqué. Les échelles utilisées ont un Alpha de Cronbach élevé, ce qui prouve qu'elles sont valides. Les résultats sont congruents avec la question de base, toutes les hypothèses ne sont pas confirmées mais tout est expliqué. Tout au long de l'étude, les chercheurs reprennent leur question de base et évaluent les données récoltées. Ils se penchent sur un problème actuel car le comportement du personnel soignant est central dans la prise en soins des personnes âgées hospitalisées souffrant de déficits cognitifs. Les auteurs mettent en lumière pourquoi tel ou tel membre de l'équipe soignante aurait tendance à avoir une attitude plus ou moins négative envers ce type de patients.

5.2 « Getting to Know me »: the development and evaluation of a training programme for enhancing skills in the care of people with dementia in general hospital settings

Cet article quantitatif paru en 2014 dans la revue *Aging and Mental Health* est publié par Routledge, Taylor & Francis Group et écrit par R. Elvish, S. Burrow, R. Cawley et J. Gregory, de l'école de soins infirmiers, de sage-femme et du travail social de l'Université de Manchester, K. Harney, du Greater Manchester West Mental Health NHS Foundation Trust, P. Graham, du Royal Bolton Hospital NHS Foundation Trust à Bolton, M. Pilling et P. Roach, du département de la médecine de famille de l'Université d'Alberta, J. Fossey, de la Oxford Health NHS Foundation Trust à Oxford, et J. Keady, de l'école de soins infirmiers, de sage-femme et du travail social de l'Université de Manchester et du Greater Manchester West Mental Health NHS Foundation Trust.

Il avait pour but d'évaluer l'assurance du personnel soignant dans le travail avec les personnes âgées démentes, leurs connaissances et croyances relatives aux troubles cognitifs et du comportement.

Les chercheurs ont conçu 3 échelles qu'ils ont d'abord fait valider avant d'en faire des questionnaires pour leur recherche. Les participants ont dû y répondre et suivre des cours de formation. Les questionnaires ont été remplis juste avant et juste après la formation. Les résultats étaient significativement positifs. Cependant, une grande partie de la formation a été livrée par un auteur qui a joué un rôle important dans l'écriture des outils. Il est donc difficile de savoir si l'impact de la formation sera le même lorsqu'elle sera sortie de l'environnement dans lequel elle a été développée et qu'elle sera délivrée par un grand nombre de formateurs. Pour y remédier, le programme est actuellement mis en œuvre et évalué dans un milieu plus large que l'hôpital où il a été testé. Cette étude présente uniquement l'impact immédiat du programme de formation. Pour explorer les données dans le temps, un suivi après 2 mois et 1 an seront présentés dans des études futures.

L'étude a été agréée par un comité d'éthique et les participants étaient tous volontaires. Les limites principales sont cependant le taux d'échantillonnage faible ainsi que le manque de recul. La principale contrainte pour le personnel soignant était le nombre de sessions d'apprentissage auxquelles ils étaient tenus de participer car les horaires de travail irréguliers ont empêché une partie des volontaires d'aller au bout de l'étude.

Ce travail nous a semblé pertinent car il propose une solution à un problème ; le manque de connaissance, qui a également été relevé par d'autres études.

5.3 Acute care management of older people with dementia: a qualitative perspective

Un article de 2010, paru dans le *Journal of Clinical Nursing* et écrit par W. Moyle, Professeur et Directeur délégué, M. Wallis, Professeur et R. Olorenshaw et Natalie Gracia, Assistantes de recherche, tous membres du RCCCPI de l'Institut de santé Griffith, et S. Borbasi, Professeur de soins infirmiers à l'école de soins infirmiers et de sage-femme. Les auteurs travaillent tous à l'Université de Griffith à Brisbane, Queensland en Australie.

Il s'agit d'une étude qualitative exploratoire dans laquelle le point de vue des soignants face à la démence est étudié. Les auteurs parlent des effets délétères de l'hospitalisation sur la démence et le délirium. Ils essaient également de comprendre ce que le personnel soignant pense de son rôle dans la prise en charge des patients déments, sa perception des pratiques, de la contention, de l'équipe « spéciale », du rôle de la famille dans la prise en soins et leurs suggestions.

Les données collectées ont été obtenues sous forme d'entrevues semi-structurées, face à face, enregistrées. Les entrevues ont ensuite été retranscrites par écrit puis relues à de nombreuses reprises par les chercheurs.

Cette étude met en avant les difficultés rencontrées dans les services face à la personne âgée démente. Les auteurs parlent clairement de stigmatisation de la personne démente, de son manque de ressources et du caractère secondaire qu'il en ressort. Une équipe spéciale a été mise en place afin d'assurer la sécurité et non l'amélioration des soins. Un membre de l'équipe, le plus souvent le plus jeune, était assigné à la tâche de surveiller les patients, tout au long de la journée. Cette personne ne semble pas comprendre ce qu'elle pourrait amener en faisant autre chose que ce que les équipes appellent du « baby sitting ».

La limite principale de cet article est le faible nombre de participants ce qui empêche les données d'être généralisées. Cependant, la richesse des informations vient de la volonté des participants à raconter leur histoire et leur vécu de la pratique.

Les auteurs mettent en évidence le besoin d'avoir des équipes formées et informées de la prise en soins, de l'évaluation et des traitements de la démence. Dans ce service, la contention est utilisée et, malgré le fait qu'elle ne soit pas considérée comme la bonne solution, elle se fait physiquement et chimiquement. Des études antérieures sont reprises pour appuyer l'importance des données de leur conclusion.

Les auteurs concluent que les comportements de la personne démente sont à prendre en compte. Offrir des soins de qualité passe également par le bien-être et le sentiment de sécurité des patients. Ils doivent sentir que les soignants ont du temps à leur accorder au lieu d'être stigmatisés et que le service cherche à s'en débarrasser. Il s'agit d'une étude qui nous a interpellés car ce qui est décrit est rude et l'équipe semble être prise dans une spirale infernale. Les soignants se rendent compte de la difficulté de la prise en soins, savent que leur pratique n'est pas la meilleure mais n'arrivent pas à en sortir au détriment du confort et du rétablissement des patients.

L'étude a obtenu une approbation par un comité d'éthique, les participants ont été clairement informés de l'étude et ont dû signer un formulaire de consentement éclairé. La confidentialité a été maintenue en tout temps.

Nous avons décidé de retenir cet article car en plus de nous amener un regard authentique sur les soins à la personne âgée démente et toutes les difficultés qui en ressortent, il permet de valoriser l'importance de prendre en compte le confort du patient, une dimension approfondie par la théorie de Kolcaba.

5.4. Caring for cognitively impaired older patients in the general hospital: a qualitative analysis of similarities and differences between a specialist Medical and Mental Health Unit and standard care wards

Cet article a été publié en 2014 dans le International Journal Of Nursing Studies et écrit par S.E. Goldberg, de l'Université de Nottingham, division de réhabilitation et du vieillissement, K.H. Whittamore, K. Pollock, R.H Harwood et J.R.F. Gladman, division de réhabilitation et du

vieillesse et de l'Hôpital Universitaire de Nottingham NHS Trust. Tous les auteurs travaillent à l'Université de Nottingham et au Queens Medical centre.

Il s'agit d'une étude menée en Angleterre. Son but est de comparer le comportement de l'équipe soignante et des personnes soignées entre une unité de soins standards et une unité de soins spécialisée en psychogériatrie.

L'unité spécialisée, créée pour offrir les meilleures pratiques des soins aux personnes démentes a été développée selon la littérature, les opinions d'experts et une étude ethnographique. Elle disposait d'une équipe spécialisée. Elle a été évaluée par un essai contrôlé randomisé en comparaison d'un service de soins standards. Une partie de cette évaluation a impliqué une observation structurée faite par des non-participants de sous-échantillons aléatoires de participants et un enregistrement de notes de terrain. Les patients étaient transférés dans deux types de services, l'un standard, l'autre spécialisé en psychogériatrie.

L'étude a été approuvée par le comité d'éthique de recherche de Nottingham. Ceux qui le pouvaient ont pu donner leur consentement écrit, pour les autres, la demande a été faite à la famille. S'il n'y en avait pas, un soignant s'est porté garant conformément à une loi anglaise (Mental Capacity Act, 2005). Des observateurs étaient présents dans les différents services pour une durée de temps fixée à l'avance et ils reportaient par écrit tout ce qui se passait sur le terrain. Au total ils ont passé 360 heures dans les différents services afin d'évaluer l'ensemble des besoins des patients, l'environnement et la façon dont le personnel a répondu aux besoins physiques et psychiques des patients.

Nous avons décidé de garder cet article car, grâce à tous les exemples concrets qui y sont retranscrits, il met en lumière des suggestions, les difficultés et les différentes attitudes des soignants.

5.5 Health Professionals' Perspectives of Providing Care to People with Dementia in the Acute Setting: Toward Better Practice

Il s'agit d'une étude qualitative qui a été faite en Australie en 2006, écrite par S. Borbasi, Professeur à l'Université de Griffith, école de soins infirmiers et sages-femmes dans le Queensland, J. Jones, Manager des evidences-based practice à l'hôpital Prince Charles de Brisbane et éditrice du Journal of Advanced Nursing Australien, C. Lockwood, MNSC, Directeur associé, recherche et innovation, Joanna Briggs Institute Adelaide Australia et C. Emden, étudiante indépendante et chercheuse.

Les auteurs ont trouvé important de réaliser une étude car la démence dans les soins aigus est un phénomène qui va prendre plus d'ampleur dans les prochaines années et que les autres travaux venaient principalement des USA, quelques-uns du Canada.

Le but de ce travail était de recueillir des informations à propos de l'expérience des soignants et leur capacité à gérer des patients hospitalisés atteints de démence.

Les participants ont été sélectionnés par un échantillonnage par quotas, ils ont été informés et ont dû prendre contact avec l'équipe de recherche. Les participants ont été interrogés à propos de leur vision, de leurs sentiments et de leurs perspectives dans des entretiens semi-structurés. Les chercheurs ont décidé qu'à partir du moment où il n'y aurait plus de nouvelles données, ils les interrompraient. Au total 25 interviews ont été faites mais les données de deux interviews n'ont pas été retenues car elles n'étaient pas assez étoffées.

Les données ont été interprétées par une approche théorique, le concept de la subjectivité a été pris en compte. Il a été reconnu que toutes les connaissances, les expériences et les opinions ont influencé les réponses. Les données ont été analysées par thèmes en utilisant une technique de reconnaissance interprétative. Les chercheurs ont participé à l'obtention des motifs de signification, de contradictions et d'incohérences puis à l'identification de groupes communs afin d'avoir des thèmes décrivant les significations et les pratiques à travers les textes. Pendant que les données continuaient à être collectées le groupe se rencontrait régulièrement pour réfléchir aux interprétations individuelles, formuler les sous-thèmes et rechercher des consensus.

L'approbation d'un comité éthique a été accordée de la part des trois sites d'études. Nous avons choisi d'analyser cet article car, il ressortait dans plusieurs de nos équations de recherches et apportait des éléments de réponses à notre question de recherche. Il permet également d'avoir une bonne vision de ce dont les soignants identifient comme problématique dans la prise en soins des patients atteints de démence.

5.6 People with dementia and the hospital environment: the view of patients and family carers

Cette étude australienne date de 2014 et est écrite par R. Digby, Officier de liaison clinique de développement de niveau deux au Mornington Centre, Peninsula Health à Mornington, Victoria, et M.J. Bloomer, Professeur à la Faculté de Médecine, Nursing and Health Sciences de l'école de soins infirmiers et soins obstétriques de l'Université de Monash, Frankston, Victoria. L'article est publié dans le International Journal Of Older People Nursing.

Les auteurs ont voulu obtenir le point de vue des patients et de leur famille au sujet de l'environnement de l'hôpital. La méthodologie de recherche est qualitative et descriptive elle a été organisée selon des entretiens semi-structurés permettant aux chercheurs de voir le point de vue des participants. L'échantillon était divisé en deux groupes, sept patients souffrant d'une démence moyenne à sévère selon le MMSE (Mini Mental State Examination) et quatre proches aidant. Les entrevues étaient enregistrées et le chercheur prenait quelques notes pour ce qui est de l'atmosphère du moment (ton, expressions du visage, langage du corps).

Au niveau éthique, il était compliqué d'obtenir un consentement éclairé de la personne atteinte par la démence. Le comité d'éthique de l'hôpital a néanmoins exigé que la demande soit formulée au gériatologue responsable du patient et au plus proche parent de la per-

sonne soignée. Le proche-aidant a dû signer le document officiel à la place attestant l'autorisation de participation. Lors des entrevues, la question du consentement était revalidée afin d'assurer la compréhension du patient.

Cet article a retenu notre attention car parmi l'ensemble des études retenues, il est le seul à prendre en considération l'avis du patient et celui des proches-aidants.

The logo for Clicours.COM, featuring the text "Clicours.COM" in white, bold, sans-serif font on a dark blue rectangular background.

6. Comparaison des résultats

Dans les tableaux ci-dessous, nous présentons les questionnements de recherche, les principaux résultats ainsi que les retombées pour la pratique ressortant des six articles analysés.

Question de recherche / But	Principaux résultats	Retombées pour la pratique
Nilsson, et al. (2012). Staff attitudes towards older patients with cognitive impairment: need for improvements in acute care.		
Cette étude explore les attitudes du personnel (travaillant dans les unités de soins de courte durée) envers les patients âgés de 70 ans ou plus ayant une déficience cognitive et les facteurs associés à des attitudes négatives.	<p>Le personnel n'a généralement pas eu d'attitudes négatives envers les patients déments mais ces variables peuvent les influencer :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La charge de travail et la prévalence des personnes démentes dans le service ; - Le personnel ayant moins d'expérience et travaillant comme aide-soignant ; - La prise en charge trop fréquente des patients déments. <p>Les soignants qui ont connu moins de tension dans les soins ont eu des attitudes plus positives.</p>	Prévenir la fatigue du personnel en fournissant un soutien ciblé aux soignants qui éprouvent de la tension au travail, aux membres du personnel les plus jeunes et aux aides-soignants lorsqu'ils travaillent avec des patients âgés souffrant de démence peut favoriser des attitudes positives. Il semble également que la gestion des soins infirmiers a un rôle stimulant l'utilisation accrue des évaluations cognitives et des directives fondées sur des données probantes.
Elvish, et al. (2014). « Getting to Know me »: the development and evaluation of a training programme for enhancing skills in the care of people with dementia in general hospital settings		
Développer un programme de formation sur la démence « Getting to Know me », élaborer des échelles de mesures avec de bonnes propriétés psychométriques pour mesurer l'assurance et la connaissance du personnel et évaluer l'impact du programme	A la fin du programme de formation, l'analyse des résultats indique, chez les soignants, une amélioration de l'assurance et des connaissances des soins spécifiques à la démence. Les résultats étaient plus précis que prévu. Les hypothèses ont été confirmées : les changements après la formation du personnel soignant se faisaient dans le bon sens. Cela renforce les critères de validité des questionnaires.	Les résultats sont encourageants et suggèrent que le programme de formation peut avoir un impact sur l'assurance et la connaissance du personnel de formation. Des discussions sont en cours afin que le programme puisse être utilisé dans d'autres établissements de soins. Les résultats ajoutent de nouvelles bases de preuves qui peuvent être renforcées par de nouvelles études plus approfondies.

Question de recherche / But	Principaux résultats	Retombées pour la pratique
Moyle, & al. (2010) Acute care management of older people with dementia: a qualitative perspective.		
<p>Décrire le point de vue du personnel soignant en regard de sa pratique de soins auprès des personnes âgées atteintes de démence dans le cadre des soins de courte durée et faire une évaluation critique de la gestion des soins par rapport à la littérature</p>	<p>Le personnel ne se préoccupait pas de la personne atteinte de démence, limitait les interactions et accordait peu d'importance à ses besoins. Les prestations semblaient être centrées sur la tâche et la sécurité. Il y a eu le développement d'une culture stigmatisant les personnes atteintes de démence en raison des inconvénients qu'elles ont causé aux routines infirmières.</p>	<p>Une meilleure connaissance de la démence, des facteurs qui contribuent au déclin cognitif et des stratégies d'hospitalisation, sont importantes. Les connaissances doivent aller au-delà de l'éducation individuelle pour faciliter des changements organisationnels positifs.</p> <p>Afin d'atteindre l'objectif de soin il faudrait :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Encourager un environnement qui intègre le soin clinique avec l'enseignement et la recherche - Mettre en place une unité de soins spécialisée
Goldberg, et al. (2014). Caring for cognitively impaired older patients in the general hospital: a qualitative analysis of similarities and differences between a specialist Medical and Mental Health Unit and standard care wards.		
<p>Comparer et contraster le comportement de l'équipe soignante et des personnes soignées entre une unité de soins spécialisée en psychogériatrie et une unité de soins standards</p>	<p>Le service de soins standard : n'offre que peu d'intimité, une proximité pouvant entraîner un rejet de certains patients déments. La communication y était généralement brève ou absente, les demandes souvent reportées.</p> <p>Le personnel a démontré des soins centrés sur la personne lors de soins de base.</p> <p>Les soins dans le service spécialisé : utilisation du mauvais exemple de la priorisation des besoins physiques face aux besoins psychologiques, pour mettre en place des soins de qualité.</p> <p>L'amélioration de la dotation et de l'éventail de personnel, de l'environnement et des soins centrés sur la personne démontrent une plus grande attention aux besoins en santé mentale des patients.</p> <p>L'équipe semblait mieux accepter, comprendre et donner des réponses aux problèmes liés à la démence.</p>	<p>Malgré une augmentation de la dotation et des moyens, dans l'unité spécialisée, les soins accordés aux patients n'ont pas toujours été optimaux car tous n'ont pas pu en profiter de la même manière. Les auteurs parlent de mettre en place des visites de bénévoles mais des modifications organisationnelles devraient être étudiées.</p>

Question de recherche	Principaux résultats	Retombées sur la pratique
Borbasi, et al. (2006). Health Professionals' Perspectives of Providing Care to People with Dementia in the Acute Setting: Toward Better Practice		
<p>Explorer, comprendre et interpréter les expériences des professionnels de la santé dans la gestion des patients déments qui ont été admis à l'hôpital pour une pathologie non liée à la démence et fournir une description riche des pratiques courantes et percevoir les meilleures pratiques.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Les hôpitaux ne sont pas les meilleurs endroits pour les personnes atteintes de démence ; - L'environnement aigu risque de porter préjudice aux patients atteints de démence ; - Sa conception optimale devrait compenser le handicap, maximiser l'indépendance et renforcer l'identité personnelle ; - Les patients étaient considérés comme problématiques, le but était de les contenir souvent sous la forme de contention malgré des effets néfastes. 	<ul style="list-style-type: none"> - Les participants parlent du besoin de créer un environnement adapté, comme une unité de soins spécialisée pour les personnes démentes ; - L'équipe demandait plus de connaissances sur la démence ainsi que l'élaboration des principes de meilleures pratiques soutenues et défendues par le personnel cadre ; - Les services qui ne sont pas capables de gérer les situations de crises propres à la démence, ne peuvent pas répondre aux besoins du patient.
Digby, & Bloomer. (2014). People with dementia and the hospital environment: the view of patients and family carers		
<p>Obtenir le point de vue des patients déments hospitalisés et celui de leurs proches aidants à propos des caractéristiques environnementales qu'ils estiment nécessaires.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Le soin est reconnu comme plus important que l'environnement ; - Les chambres partagées ne sont pas appréciées car elles entraînent un manque d'intimité et les sanitaires communs provoquent des désagréments ; - Les proches aidants partagent leur besoin d'un environnement accueillant, une pièce offrant plus d'intimité, la possibilité de partager des moments conviviaux avec les patients ; - L'accès au jardin est important car il permet de se réunir, d'avoir une vie privée relative. 	<ul style="list-style-type: none"> - Prendre en considération l'avis des personnes atteintes de démence ainsi que celui des proches aidants pour promouvoir l'amélioration et la conception d'environnements adaptés ; - La vie privée et l'espace personnel sont à prioriser et devraient être intégrés dans la conception de futures installations ; - Un rapport avec l'extérieur et l'environnement naturel est très apprécié.

7. Discussion et perspectives

Arrivés au terme de l'analyse critique des articles et après avoir comparé les résultats nous allons les reprendre, les discuter et les analyser à la lumière de la théorie du Confort. Finalement, nous exposerons des recommandations pour la pratique, des perspectives de recherches ainsi que les limites de cette revue de littérature.

Reprenons tout d'abord le but de ce travail. Nous voulions mettre en avant les pratiques infirmières pouvant assurer le confort des personnes âgées démentes hospitalisées. Quatre articles se référaient principalement au vécu et aux expériences des soignants. Un article comparait deux services et observait tant les soignants que les patients et un seul parlait des patients et des proches aidants. Vu le contexte, il était tout à fait pertinent d'utiliser des articles dans lesquels le soignant était au cœur de l'étude car suivant le stade de démence, il peut être difficile d'obtenir des données d'analyse de la part de ces patients.

Les articles sélectionnés nous ont permis de cerner la problématique car ils ont été élaborés de différentes manières. Les données ont été récoltées grâce à des entretiens comprenant le point de vue des soignants, des patients et des proches aidants, des questionnaires, dont un programme de formation et un essai contrôlé randomisé. Ces différentes approches nous permettent d'avoir une vision étoffée des soins aux personnes âgées démentes hospitalisées. Les résultats ne permettent pas de répondre exactement à notre question de recherche car nos articles ne proposent pas de guidelines précises. Cependant, un bon nombre de recommandations peuvent être avancées. En lisant la comparaison des résultats, il est aisé de constater qu'ils sont congruents.

Pour cette discussion nous avons décidé de reprendre les quatre dimensions de Kolcaba. En confrontant les différentes pistes qui sont ressorties des tableaux de la comparaison des résultats avec les quatre contextes (physique, socio-culturel, psycho-spirituel et environnemental) nous nous sommes très rapidement rendus compte que toutes ces pistes avaient une influence sur au moins trois des contextes.

Les quatre contextes de la théorie de Kolcaba doivent en quelques sortes être satisfaits pour atteindre le soulagement, le bien-être ou la transcendance. Si le patient a des besoins, l'infirmière doit être en mesure d'y répondre pour l'aider. Pour se faire, elle proposera des interventions et elle réévaluera la situation avant et après l'intervention. L'atteinte du confort passe inévitablement par une prise en soins holistique ce qui veut dire qu'elle prend en compte tous les aspects du patient. Les pistes que nous avons amenées le sont également, car elles influencent chacun des contextes et permettent, à différents niveaux, d'atteindre l'un des trois modes de confort.

Prenons la piste de l'intimité et du respect de la vie privée ; dans Goldberg et al. (2014), la notion de l'intimité posait problème, par exemple, lors de l'élimination. Certains patients n'osent pas demander ou ne savent plus comment utiliser les WC. Nous pouvons donc nous imaginer que l'inconfort se manifestera par un besoin pressant, puis de l'incontinence et

enfin un sentiment de honte. D'autres patients ressentent de la gêne de partager les mêmes WC avec leurs voisins de chambre à causes des nuisances et des odeurs nauséabondes que cela peut engendrer.

- Ainsi dans le contexte physique, le rôle de l'infirmière sera de pouvoir régulièrement demander au patient s'il a un besoin et de pouvoir, le cas échéant l'accompagner. Elle s'assurera de préserver l'intimité du patient et prêtera attention aux nuisances pouvant être gênantes pour les autres patients.

- L'atteinte au concept de soi, à la sexualité et à la relation à un être supérieur que l'on retrouve dans le contexte psycho-spirituel a été relevée par quelques articles en expliquant que les rideaux séparant les lits n'étaient pas des plus adéquats. En effet, dans l'article de Golberg et al. (2014), les soignants passent d'un espace à l'autre et parlent à travers les rideaux sans avoir un contact visuel avec leur interlocuteur. Le confort se voit donc altéré dans la mesure où le patient ne peut pas préserver une certaine estime de soi car les soignants ne respectent pas l'intimité, enfreignent la dimension éthique de la protection des données. Le secret médical est également touché car l'ensemble des usagers de la chambre peut entendre les propos divulgués.

- Pour le contexte socio-culturel, dans Digby et Bloomer (2014), les patients et leurs proches expriment qu'il manque un lieu spécial pour les discussions plus intimes, isolé des autres patients du service. Dans les études de Goldberg (2014) et Moyle et al. (2010) les personnes âgées démentes ont parfois été dénigrées par les autres patients. Les chercheurs de cet article ont relevé que les soignants n'ont eu que peu d'interactions avec la personne âgée démente. Ces éléments peuvent créer un malaise chez le patient et augmenter son inconfort. On remarque à quel point la relation entre le soignant et le soigné est primordiale dans les soins pour construire et maintenir le lien de confiance et ainsi avoir un impact sur le confort du bénéficiaire.

- Le contexte environnemental joue également un rôle important dans l'atteinte du bien-être de la personne. Digby et Bloomer (2014) présentent l'importance de créer un cadre familial pour le patient. Il lui permet de se rattacher à ce qu'il connaît et à ce qui lui fait sens. Par exemple la personnalisation de la chambre hospitalière avec des effets personnels l'aidera à se sentir comme chez lui. Edvardsson, Sandman, & Rasmussen, (2011) parlent des termes « at-homeness » et « homelessness ». Le but est d'atteindre un sentiment d'at-homeness, qui se traduit par un sentiment de sécurité, de se sentir comme à la maison. Le homelessness au contraire se réfère au sentiment d'être déplacé, insécure et aliéné. Digby et Bloomer (2014), ont soulevé qu'il est intéressant et constructif de prendre en compte l'avis des patients, d'entendre leurs besoins ainsi que celui de leur proche pour concevoir de nouvelles structures de soins. Avec cette démarche, le confort peut être amélioré car les besoins sont pris en compte et respectés.

Pour accompagner le patient vers l'un des trois états de confort, l'infirmière doit approfondir ses connaissances sur la démence pour agir sur les quatre contextes.

- D'un point de vue physique, elle est capable de comprendre, d'accompagner et de respecter le rythme du patient et de mettre en place des interventions non médicamenteuses pour agir contre les SCPD. Dans l'article de Moyle et al. (2010), il est démontré que les patients sont abusivement monitorés pour éviter leur déambulation cela rejoint l'article de Borbasi et al. (2006), qui parle de la contention.
- Pour préserver le concept de soi du patient, l'infirmière offre des soins centrés sur la personne et non pas sur la sécurité et la tâche comme il est relaté dans ce même article. Le service de soins spécialisés de l'article de Goldberg et al. (2014), a conçu sa philosophie à partir de ce système de priorité dans le but d'offrir des soins optimaux et centrés sur la personne.
- Pour la dimension psycho-spirituel, les personnes âgées démentes peuvent être plus dépendantes, le manque de préoccupation des soignants face aux besoins des patients (Nilsson et al., 2012), peut avoir un effet néfaste sur le confort du patient. Goldberg et al. (2014), ont remarqué que la communication était absente ou très brève et les promesses d'attention faites aux patients avaient tendance à être reportées.
- Au niveau environnemental : Goldberg et al. (2014), ont remarqué que dans le service de soins standards, les patients étaient la plupart du temps inactifs et que les repas étaient servis même s'ils n'étaient pas levés. Toujours selon eux, le service spécialisé, avec son aménagement de mobilier, offrait une atmosphère plus chaleureuse et plus de repères. L'orientation spatio-temporelle aide la personne âgée démentement à rester en contact avec la réalité (Voyer, 2013, p. 560).

L'augmentation des connaissances pourrait entraîner des changements organisationnels, diminuer les attitudes négatives des soignants et favoriser l'amélioration des soins aux personnes âgées démentes. Les capacités de leadership et de management de l'infirmière doivent être mises en avant pour garantir la continuité des soins et assurer un accompagnement dans un sens commun. La finalité est que le patient vive son expérience de l'hospitalisation dans les meilleures conditions et qu'il atteigne le soulagement, le bien-être et de la transcendance. Nous avons pu constater que l'amélioration de la prise en soins peut avoir une influence sur le confort des patients.

Ces deux points, l'intimité et la connaissance, ont été choisis dans la liste des résultats et grâce à la théorie du Confort, nous avons pu les mettre en lien avec la majorité des autres résultats car ils sont interdépendants.

Les avis sont un peu divergents à propos de la structure environnementale. Selon les articles de Moyle et al. (2010) et Borbasi et al. (2006), elle a une influence sur la qualité de la prise en soins mais l'article de Digby et Bloomer (2014), fait ressortir qu'elle ne remplace pas le soin. Ce dernier élément nous paraît important car cela prouve qu'une structure adaptée peut améliorer la qualité des soins et parfois diminuer l'effet délétère de l'hospitalisation.

7.1 Recommandations pour la pratique

Nous pouvons envisager plusieurs recommandations à conseiller dans les services de soins aigus. Il nous paraît pertinent de citer celles qui ressortent le plus dans les différents articles.

Augmentation des connaissances : Nilsson et al. (2012), mettent en avant que le manque d'expérience augmente le risque d'attitudes négatives envers les patients atteints de démence. Moyle et al. (2010), concluent leur étude en disant que de meilleures connaissances donnent de meilleures stratégies et qu'une unité spécialisée serait favorable. Borbasi et al. (2006), et Moyle et al. (2010), rejoignent le même avis au sujet de l'association péjorative faite à l'égard des patients, « à la place de s'accommoder aux besoins des patients, les soignants essaient de les changer d'unité » et utilisent la contention malgré son effet délétère. Dans l'étude de Goldberg et al. (2014), les membres de l'unité de soins spécialisée sont reconnus comme ayant une meilleure acceptation des patients atteints de troubles cognitifs car ils ont plus de ressources et de connaissances que ceux de l'unité standard. Elvish et al. (2014), ont développé un programme afin d'améliorer la connaissance et la confiance dans les soins aux personnes atteintes de troubles cognitifs qui se révèle être pertinent et efficace, à court terme en tout cas.

Favoriser l'intimité et la dignité des patients : Selon Miller (1999), « le premier rôle de l'infirmière est de promouvoir la dignité humaine de la personne atteinte d'une démence » (cité dans Voyer, 2013, p. 62). Chez Moyle et al. (2010), les soignants ont exprimé un manque d'interactions avec les patients car ils étaient désintéressés, focalisés sur les tâches à accomplir et la sécurité. Cela ressort également dans l'article de Goldberg et al. (2014), le service standard offre peu d'intimité aux patients qui cohabitent dans une grande chambre de huit personnes, souvent bruyante et encombrée. Les interactions avec les soignants y sont également limitées ou reportées à plus tard. Dans l'article de Digby et Bloomer (2014), les patients et les proches aidants confortent que la vie privée et l'espace personnel sont très estimés car ils permettent de partager des moments conviviaux avec leurs proches hospitalisés.

Prévenir l'épuisement des équipes : Nilsson et al. (2012), ont trouvé que la tension, la pression et la prise en soins de patient atteint de démence trop fréquente, dans le service et par le même infirmier, favorisent les comportements négatifs. Il s'agit d'un élément qui n'a pas été relevé dans les autres articles mais qui nous semble primordial en raison de son impact sur le travail et les ressources qu'une équipe peut offrir. Ce point rejoint en quelque sorte celui concernant les connaissances mais sous un autre angle. En effet, l'article de Moyle et al. (2010), parle de l'importance d'augmenter les connaissances de l'équipe, d'aller au-delà de l'éducation individuelle afin de favoriser des changements organisationnels positifs.

D'autres pistes pour la pratique auraient également pu être développées. Nous avons pris la décision de nous concentrer sur celles qui étaient les plus évoquées par les articles.

7.2 Perspectives de recherches

A ce stade de notre travail, nous pouvons relever de nouvelles perspectives de recherches. Nous n'avons en effet pas trouvé d'articles uniquement centrés sur le patient, sur son observation et son point de vue face à certaines situations. Nous sommes conscients que ce genre d'étude pourrait être difficilement réalisable, notamment au niveau de l'avis et de l'analyse du patient en fonction du stade de la démence. Aucun article ne nous a proposé de bonnes pratiques dans les hôpitaux. Cependant, les équipes en ont parlé dans plusieurs études Nilsson et al. (2012), Moyle et al. (2010) et Borbasi et al. (2006). Leur introduction, suivie d'une étude comparative entre un service standard et un service utilisant les bonnes pratiques renforcerait leur pertinence. L'étude comparative de Goldberg et al. (2014) en fait déjà une bonne approche.

7.3 Limites

Nos articles sont d'origines australiennes, suédoises et anglaises. Ces différents pays n'ont pas les mêmes systèmes de santé donc nous ne sommes pas certains que les résultats seraient exactement pareils si les études étaient reproduites en Suisse. Or, ces pays sont développés et géographiquement proches du nôtre (sauf pour l'Australie), mais étant donné que les auteurs suédois et australiens travaillent ensemble, nous en déduisons que des conventions ont été signées. Nous avons dû faire un choix dans notre littérature et choisir un nombre limité d'articles ce qui nous a permis, ou contraint d'être exigeants dans la sélection. Cela nous a peut-être fait passer à côté d'articles qui auraient pu apporter un autre regard à notre discussion. Le fait d'avoir choisi des études qui ne se sont déroulées uniquement dans des hôpitaux nous a fait passer à côté de pratiques et de systèmes mis en place dans les services de soins de longue durée. En les prenant en compte, nous aurions peut-être pu proposer plus de pistes pour la pratique car certaines auraient pu être transférables à l'hôpital.

8. Conclusion

Nous arrivons au terme de notre travail. Pour le clore, nous allons présenter les apprentissages développés, notre vision de la recherche par rapport aux soins infirmiers puis ce que nous avons pu développer, professionnellement et personnellement.

Ces recherches, ces lectures et ces analyses nous ont permis d'approfondir le sujet de la démence et de sa prise en soins dans les hôpitaux. La théorie du Confort de Kolcaba a parfois été une source de questionnement lorsqu'il a fallu l'inclure et la structurer dans notre analyse mais elle nous a permis d'avoir une vision globale du soin et du confort amélioré. Nous avons été très surpris par ce qui pouvait se passer dans certains services et, dans certains cas, par le manque de ressources du personnel infirmier. Nous nous sommes rendus compte que la bonne volonté d'une minorité des soignants n'est pas suffisante. A l'aide de modifications du système organisationnel, il peut y avoir des changements au niveau de la qualité des soins et de la structure environnementale. Le patient et sa famille sont à inté-

grer au sein de l'équipe. Il s'agit de réussir à les écouter et à les inclure dans le projet de soins afin d'avoir la meilleure offre en soins possible.

L'élaboration de ce travail de Bachelor, nous a permis d'avoir un aperçu du rôle de chercheur en soins infirmiers. Nous avons pu nous familiariser à l'élaboration d'une problématique et à l'utilisation des bases de données scientifiques.

Faire un travail d'analyse nous a aidés à mieux comprendre la pertinence des écrits et à nous rendre compte de toutes les contraintes que la recherche implique. La recherche et l'application de données probantes permettent à l'infirmière d'avoir des outils pour appuyer ses propos et l'aident à analyser des situations de soins problématiques. Nous avons maintenant une ressource supplémentaire et les connaissances pour rechercher des documents scientifiques dans des bases de données, les analyser et les confronter.

Nous avons commencé par lire les articles et nous avons rencontré quelques difficultés car l'anglais ne nous est pas familier. Afin d'être sûr de comprendre le sens des études, il a fallu les traduire avant de les analyser et parfois développer les idées dans nos grilles d'analyse. Lors de la rédaction, nous avons dû faire un grand travail de synthèse afin de ne garder que l'essentiel. Le plus difficile était d'avoir une synthèse compréhensible.

Cette revue de littérature nous a permis de prendre en compte des aspects que nous n'avions pas soupçonnés et de voir que la prise en soins globale n'est pas toujours facile à mettre en place. Le rôle d'expert de l'infirmière permettrait de mettre en lumière un certain nombre de pistes que nous pourrions explorer.

Au cours de ce travail, nous avons développé une collaboration et une coopération respectant les compétences et les faiblesses de chacun. D'un point de vue organisationnel, nous avons su nous répartir les différentes tâches du travail et respecter les délais fixés dans notre échéancier. Les difficultés rencontrées nous ont confrontés à nos limites, nous avons passé par plusieurs phases de doute qui nous ont parfois découragés. Cependant, nous avons appris à prendre de la distance et à relativiser afin de garder un regard réflexif et de continuer à avancer dans notre travail.

Arrivés au terme de cette revue de littérature de laquelle nous tirons fierté et satisfaction, nous réalisons que les connaissances mobilisées et approfondies dans cette thématique, nous permettront d'apporter une expertise dans le domaine de la pratique.

9. Liste de références

- American Psychiatric Association. (2005). *DSM-IV-TR manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Repéré à <https://psychiatrieweb.files.wordpress.com/2011/12/manuel-diagnostique-troubles-mentaux.pdf>
- Association Alzheimer Suisse. (2015) *Données importantes*. Repéré à <http://www.alz.ch/index.php/donnees-importantes.html>
- Association Alzheimer Suisse. (2014). *116'000 personnes atteintes de démence en Suisse*. Yverdon-les-Bains, Suisse : Association Alzheimer Suisse.
- Borbasi, S., Jones, J., Looockwood, C., & Emden C. (2006). Health Professionals' Perspectives of Providing Care to People with Dementia in the Acute Setting: Toward Better Practice. *Geriatric Nursing*, 27, 300 – 308. doi: 10.1610/j.gerinurse.2006.08.013
- Digby, R., & Bloomer, M.J. (2014). People with dementia and the hospital environment: the view of patients and family carers. *International Journal of Older People Nursing* 9, 34-43. doi: 10.1111/opn.12014
- Edvardsson, D., Sandman, P.-O., & Rasmussen, B. (2011). Forecasting the ward climate: a study form a dementia care unite. *Journal of Clinical Nursing*, 21,1136 – 1144. doi :10.1111/j.1365-2702.2011.03720.x
- Elvish, R., Burrow, S., Cawley, R., Harney, K., Graham, P., Pilling, M., Gregory, J., Roach, P., Fossey, J., & Keady, J. (2014). « Getting to Know me »: the development and evaluation of a training programme for enhancing skills in the care of people with dementia in general hospital settings. *Aging & Mental Health*, 4, 481 – 488. doi: 10.1080/13607863.2013.856860
- Goldberg, S. E., Whittamore, K. H., Pollock, K., Harwood, R. H., & Gladman, J. R. F. (2014). Caring for cognitively impaired older patients in the general hospital: a qualitative analysis of similarities and differences between a specialist Medical and Mental Health Unit and standard care wards. *International journal of Nursing Studies*. 51, 1332 – 1343. doi : 10.1016/j.ijnurstu.2014.02.002
- Kohli, R., Bläuer Herrmann, A., & Babel, J. (2010). *Les scénarios de l'évolution démographique de la Suisse 2010-2060*. Neuchâtel, Suisse : Office fédéral de la statistique.
- Kolcaba, K. (2010). *Comfort care in nursing*. Repéré à <http://comfortcareinnursing.blogspot.ch/p/comfort-theory-major-concepts.html>
- Kolcaba, K. (2003). *Comfort Theory and Practice: A vision for Holistic Health Care and Research*. Ottawa, Canada: Springer Publishing Compagny.

- Moyle, W., Borbasi, S., Wallis, M., Olorenshaw, R., & Gracia, N. (2010). Acute care management of older people with dementia: a qualitative perspective. *Journal of Clinical Nursing*, 20, 420-428. doi:10.1111/j.1365-2702.2010.03521.x
- Nilsson, A., Lindkvist, M., Rasmussen, B., & Edvardsson, D. (2012). Staff attitudes towards older patients with cognitive impairment: need for improvements in acute care. *Journal of Nursing Management*, 20, 640 – 647. doi: 10.1111/j.1365-2834.2012.01406.x
- Office fédéral de la santé publique et Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé. (2013). *Stratégie nationale en matière de démence 2014-2017* [Brochure]. Berne, Suisse : OFSP et CDS.
- Office fédérale de la statistique. (2009). *Portrait démographique de la Suisse*. Repéré à http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/01/22/publ/portrait_dem/liste.html?publicationID=3790
- Organisation mondiale de la santé. (2016). *Viellissement et qualité de la vie : application des connaissances*. Genève, Suisse : OMS.
- Organisation mondiale de la santé. (2016). *Vos questions les plus fréquentes*. Repéré à <http://www.who.int/suggestions/faq/fr/>
- Paccaud, F., Peytremann Bridevaux, I., Heiniger, M., & Seematter-Bagnoud, L. (2006). *Viellissement : éléments pour une politique de santé publique. Un rapport préparé pour le Service de la santé publique du canton de Vaud par l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive*. Lausanne, Suisse : Institut universitaire de médecine sociale et préventive.
- Petiprin, A. (2016). *Katharine Kolcaba - Nursing Theorist*. Repéré à <http://www.nursing-theory.org/nursing-theorists/Katharine-Kolcaba.php>
- Voyer, P. (2013). *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie*. Québec, Canada : ERPI.

10. Bibliographie

- Trudel, L., Simard, C., & Vonarx, N. (2007). *La recherche qualitative est-elle nécessairement exploratoire ?* Repéré à http://www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/revue/hors_serie/hors_serie_v5/trudel.pdf
- Case Western Reserve University. (2015). Case Western Reserve University. Repéré à <http://www.case.edu/>
- Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives*. Montréal, Canada : Chenelière éducation

Haute Autorité de Santé. (2009). *Recommandation de bonnes pratiques, maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs*. Saint-Denis La Plaine, France : Service des bonnes pratiques professionnelles.

Joly Schwartz, C., Monod, S., D'Onofrio, A., Rubli, E., Rochat, S., Büla, C., & Waeber G. (2012). Gériatrie aiguë : un modèle d'unité intégrée de soins aux seniors. *Revue médicale Suisse*, 361, 2128 - 2132.

Loiselle, C., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthode de recherche en sciences infirmières : approches quantitatives et qualitatives*. Saint-Laurent, Canada : Edition du renouveau pédagogique inc.

Office fédéral de la statistique. (2016). *Communiqué de presse : résultats provisoires de l'évolution de la population en 2015*. Neuchâtel, Suisse : OFS, démographie et migration.

Phaneuf, M. (2007). *Le vieillissement perturbé : la maladie d'Alzheimer*. Montréal, Canada : Chenelière Education.

Pepin, J., Kérouac, S., & Ducharme, F. (2010). *La pensée infirmière*. Montréal, Canada : Chenelière Education

Service de gériatrie du CHUV. (2013). *Programme hospitalier soins aigus aux seniors "SAS"*. Repéré à http://www.vd.ch/fileadmin/user_upload/themes/sante_social/services_soins/Politique_Vieillissement_et_Sant%C3%A9/Colloques/SAS_3x.pdf

Seematter, L., Fustinoni, S., Rochat, S., Büla, C., Pécoud, A., & Santos-Eggimann, B. (2011). *Personnes âgées et séjours hospitaliers en soins somatiques et psychiatriques au CHUV*. Repérée à https://www.iumsp.ch/Publications/pdf/rds178_fr.pdf

Service de la santé publique. (2012). *Adapter l'hôpital pour préserver l'indépendance des seniors*. Repéré à http://www.vd.ch/fileadmin/user_upload/themes/sante_social/services_soins/Politique_Vieillissement_et_Sant%C3%A9/EG4_ax3.pdf

11. Annexes

Annexe I : Glossaire

Annexe II : Techniques de soins et interventions non médicamenteuses HAS.

Annexe III : Grille d'analyse d'un article qualitatif

Annexe IV : Grille de lecture critique pour études quantitatives

Annexe I : Glossaire

Termes	Définition
Agnosie	Selon le DSM IV (2005), c'est « l'impossibilité de reconnaître ou d'identifier des objets malgré des fonctions sensitives et sensorielles intactes » p.206.
Alpha Cronbach	Selon Fortin (2010), « L'indice de fidélité utilisé pour estimer la cohérence interne d'une échelle composée de plusieurs énoncés ».
Aphasie	Selon Larousse (2016), c'est un « trouble ou une perte de l'expression et de la compréhension du langage acquis, parlé ou écrit, indépendants de tout état démentiel, atteinte sensorielle ou dysfonctionnement de la musculature pharyngolaryngée (dysphonie) ».
Apraxie	Selon Voyer (2013), c'est « l'incapacité de réaliser une activité motrice, bien que les fonctions motrices soient intactes » p.57.
At-homeness	Concept existentiel décrivant l'expérience d'être fondamentalement sécurisée et sauf et d'expérimenter la connexion avec soi, la signification des autres, des choses et places
Autonomie	Selon Voyer (2013), c'est « la capacité de choisir ses propres règles de conduite ou l'orientation de ses actes » p. 219.
CEDOC	Centre de documentation de la Haute Ecole de Santé La Source.
Echantillonnage par quotas	Selon Fortin (2010), il consiste à former des sous-groupes qui présentent des caractéristiques définies. Il a pour but de refléter le plus fidèlement possible la population étudiée.
Gériatrie	Selon le CNRTL (2016), c'est une branche de la gérontologie qui étudie et soigne les maladies propres à la vieillesse, et qui tente, par des traitements divers, de retarder les effets de la sénescence.
Homelessness	Un antonyme de at-homeless, se réfère au sentiment d'être déplacé, insécure, perdu et aliéné, loin de la personne et de la place préférée.
Homéostatique	Selon Larousse (2016), relatif à l'homéostasie, qui garde un équilibre
Indépendance	Selon Virginia Henderson : « l'indépendance correspond à un niveau de satisfaction des besoins de la personne qui adopte, en fonction de son état des comportements appropriés ou qui accomplit elle-même des actions sans l'aide d'autrui ».
MeSH	Thésaurus de Medline/Pubmed : Cf thésaurus
MMSE	Mini Mental State Examination de Folstein est un test utilisé pour évaluer l'état cognitif et mental d'une personne explorant l'orientation dans le temps et dans l'espace, l'apprentissage, l'attention et le calcul, le rappel libre, le langage et les praxies constructives. (Le Réseau canadien pour la santé des femmes) http://www.cwhn.ca/fr/HPMemoireMMSE
Psychométrie	Domaine d'étude qui concerne la théorie et la méthodologie de construction et d'utilisation des échelles de mesure des caractéristiques mentales. http://www.universalis.fr/encyclopedie/psychometrie/
RCCCP	Research Centre for Clinical and Community Practice Innovation.
Thésaurus	Selon l'INSERM (2006) c'est un répertoire organisé de termes sélectionnés et normalisés appelés descripteurs pour l'analyse de contenu et le classement de documents d'information. Ces termes sélectionnés sont destinés à décrire de manière précise et spécifique le contenu d'un document.

Annexe II : HAS – Service des bonnes pratiques professionnelles - 2009

Recommandations de bonnes pratiques,

Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : prise en charge de troubles du comportement perturbateur (p. 10 – 11).

4 Techniques de soins et interventions non médicamenteuses

4.1 Techniques de soins

Il est recommandé d'utiliser en première intention des techniques de soins appropriées aux troubles du comportement. Elles peuvent permettre de prévenir le déclenchement ou la majoration des troubles et d'éviter le recours à des traitements médicamenteux.

Les attitudes de communication suivantes sont données pour exemple et sont à adapter à chaque cas :

- éviter les différentes sources de distraction (télévision, radio, etc.) lors de la communication avec le patient ;
- attirer son attention : se mettre face au patient, établir un contact visuel, attirer son attention par exemple en lui prenant doucement la main ;
- utiliser des phrases courtes ;
- éviter de transmettre plusieurs messages à la fois ;
- utiliser les gestes pour faciliter la transmission du message ;
- répéter le message si un doute persiste quant à sa compréhension ;
- préférer les questions fermées ;
- laisser le temps au patient pour qu'il puisse s'exprimer ;
- ne pas négliger le langage du corps : rester détendu et souriant ;
- ne pas hausser la voix ;
- inclure la personne dans la conversation ;
- pour les aidants professionnels, éviter d'être familier ;
- ne pas obliger le patient à faire ce qu'il n'a pas envie de faire ; dans ce cas, changer de sujet et réessayer plus tard ;
- savoir rester patient.

Les attitudes de soins suivantes sont données pour exemple et sont à adapter à chaque cas :

- éviter de faire à la place du patient ce qu'il est encore capable de faire : rechercher les capacités restantes et les stimuler ;
- installer une routine adaptée à ses habitudes (ne pas l'obliger à prendre un bain s'il a l'habitude de se doucher, etc.) ;
- laisser au patient la possibilité de faire ses choix (par exemple pour les plats ou pour les vêtements). Ces capacités diminuent en fonction de l'évolution de la maladie ;
- simplifier le quotidien au fur et à mesure de l'évolution de la maladie (par exemple, préférer les vêtements faciles à enfiler, éviter les plateaux-repas ou les tables trop encombrés, etc.) ;
- décliner les différentes tâches en plusieurs étapes (par exemple après le choix des vêtements, les présenter dans l'ordre de l'habillage) ;
- préserver l'intimité pour les soins et l'hygiène personnelle ;

- aider pour les soins d'hygiène corporelle, qui peuvent être un moment de tension : veiller à la température de la salle de bains et de l'eau, préparer les objets de toilette à l'avance (savon, gant, brosse à dents, etc.), respecter le besoin de pudeur du patient, lui donner une instruction à la fois, le prévenir avant de lui faire un soin comme lui laver le visage ;
- chercher des alternatives lorsqu'un soin peut être à l'origine d'un trouble du comportement ;
- rassurer et reconforter la personne régulièrement lors d'un soin ;
- laisser faire les comportements qui ne dérangent pas, à condition qu'ils ne soient pas dangereux ;
- proposer une activité ou des alternatives qui ont une signification lorsqu'il existe certains troubles : pour une déambulation qui dérange proposer une autre activité répétitive comme plier le linge ; pour une agitation, proposer d'écouter de la musique ou regarder l'album photo personnel du patient, etc. ;
- ne pas insister lorsque le patient ne veut pas faire l'action demandée, ne pas le raisonner ;
- laisser le patient se calmer lorsqu'il existe une agressivité verbale ou physique déclenchée par la présence de l'aidant.

4.2 Interventions non médicamenteuses

Il s'agit d'interventions sur la qualité de vie, sur le langage (orthophonie), sur la cognition (stimulation cognitive, revalidation cognitive), sur la stimulation sensorielle, sur l'activité motrice, sur les activités occupationnelles. Des prises en charge globales peuvent associer plusieurs types d'interventions (psychomotricité, ergothérapie, etc.).

Dans le cadre de troubles du comportement, ces interventions n'ont pas apporté la preuve de leur efficacité du fait de difficultés méthodologiques. La plupart de ces interventions avaient pour cible les troubles cognitifs. Elles sont, tant en ambulatoire qu'en institution, un élément de la prise en charge thérapeutique globale. Elles peuvent être proposées à titre individuel ou collectif et doivent être pratiquées par un personnel formé.

Annexe III : grille d'analyse d'article qualitatif

Critères 1-5 = fiabilité ; 6-8 = crédibilité	OUI	NON	PAS CLAIR	PAS APPLI- CA-BLE	ARGUMENTATION
1. La perspective philosophique annoncée et la méthodologie de recherche sont congruentes					
2. La méthodologie de recherche et les questions/objectifs de recherche sont congruents					
3. La méthodologie de recherche et les méthodes utilisées pour recueillir les données sont congruentes					
4. La méthodologie de recherche et la présentation et l'analyse des données sont congruentes					
5. La méthodologie de recherche et l'interprétation des résultats de recherche est congruente					
6. Le chercheur est identifié culturellement et théoriquement et/ou l'influence potentielle du chercheur sur la recherche et de la recherche sur le chercheur est discutée					
7. Les participants et leurs voix sont représentés adéquatement					
8. Les conclusions amenées dans la discussion semblent découler de l'interprétation des données					
9. Les normes éthiques sont respectées					

Traduit du JBI Manual (Joanna Briggs Institute, 2011) par la professeure J. Wosinski.

Annexe IV : grille de lecture critique pour études quantitatives

Traduit et inspiré de Law, M., Stewart, D., Pollock, N., Letts, L., Bosch, J. & Westmoraland, M. at Mc Master University, Canada.

Citation	Citez l'article au format APA en vigueur dans l'institution
But de l'étude Clair ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Listez le(s) but(s) de l'étude, si vous avez un questionnaire en quoi y répondent-ils?
Littérature La revue de littérature est-elle concluante ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Comment les auteurs argumentent-ils la nécessité de leur étude à la lumière de la revue de littérature ?
Devis Quant, qual, mixte. Descriptif, exploratoire, explicatif, prédictif, etc.	Décrivez la méthodologie de recherche. Avez-vous identifié des biais ? Dans quel sens influenceraient-ils l'étude ?
Echantillon N = Est-il décrit en détail ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Echantillonnage (qui ; caractéristiques ; combien ; méthode d'échantillonnage?) Si plusieurs groupes, leurs similitudes ont-elles été testées ? Commission d'éthique (consentement éclairé obtenu) ? :
Outcomes	Quand et/ou à quelle fréquence les mesures ont-elles été réalisées

Validité ?	?
Fiabilité ?	Quelles variables sont mesurées ?
<p>Intervention</p> <p>L'intervention est-elle décrite en détail ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p><input type="checkbox"/> Pas d'intervention</p> <p>Y a-t-il des facteurs confondants ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p><input type="checkbox"/> Je n'en identifie pas</p>	<p>Décrire l'intervention (focus ? par qui est-elle effectuée ? à quelle fréquence ? dans quel cadre ? l'intervention pourrait-elle être répliquée à partir des informations contenues dans l'article ?).</p>
<p>Résultats</p> <p>Mentionnent-ils la significativité et/ou les IC?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p>Les implications cliniques sont-elles mentionnées ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p>	<p>Décrivez les résultats. Sont-ils statistiquement significatifs (i.e., $p < 0.05$) ?</p> <p>Les différences entre groupes sont-elles expliquées et statistiquement interprétables ?</p>

<p>Conclusions et implications</p> <p>Les auteurs répondent-ils à leur(s) questionnement(s) ?</p>	<p>Quelles sont les conclusions de l'étude ? Quelles conséquences pour la pratique ? Quelles limites ou biais empêchent une généralisation ?</p>
--	--