

Travail de Bachelor pour l'obtention du diplôme

Bachelor of Science HES-SO en soins infirmiers

HES-SO Valais-Wallis / Haute Ecole de Santé

Travail de Bachelor

**LA MALADIE D'ALZHEIMER ET LES SYMPTÔMES
COMPORTEMENTAUX DE LA DÉMENCE**

Alternatives à l'atteinte de liberté de mouvement

Revue de la littérature

Réalisé par : Stéphane Bras Mendonça

Promotion : Bachelor 12

Sous la direction de : Valeria Ferrari

Vernayaz, le 15 juillet 2015

Résumé

Contexte : la contention chez les résidents des établissements médico-sociaux vivant avec la maladie d'Alzheimer.

Objectif de la revue de la littérature : elle a pour but de déceler des ébauches de solution afin de trouver des alternatives à la contention au sein de la population cible à travers les études répertoriées.

Critères d'inclusion et d'exclusion : pour que les études puissent être sélectionnées, elles devaient traiter de la thématique choisie, dater de moins de cinq ans et représenter des essais cliniques aléatoires.

Stratégie de recherche des articles : afin de demeurer dans le domaine des sciences infirmières, la base de données CINHALL a été consultée.

Principaux résultats : parmi les études récoltées, six ont été sélectionnées. Deux essais cliniques aléatoires abordaient la thématique de la musicothérapie, les deux études suivantes traitaient des thérapies multifactorielles et les deux dernières de la suppression des contentions. Tout d'abord, ces études ont permis de discerner l'importance de la sensibilisation du personnel soignant aux conséquences de la contention physique. Ensuite, l'efficacité de la musicothérapie a été mise en évidence, qu'elle se déroule en continu ou morcelée en sessions. Enfin, les thérapies multimodales se sont révélées comme un vecteur considérable dans le fait d'accroître l'incidence des centres d'intérêts et du maintien de l'autonomie (au niveau moteur, cognitif et social) des résidents.

Principale conclusion de l'auteur : au vu des études découvertes sur les bases de données concernant les alternatives à la contention, il s'avère nécessaire de poursuivre la recherche sur cette thématique, d'autant plus que la population tend à vieillir de façon récurrente.

Mots-clés : Alzheimer, contention, établissements médico-sociaux, alternatives non médicamenteuses.

Remerciements

Je tiens à remercier tout particulièrement ma directrice de recherche Mme Valeria Ferrari qui m'a accompagné et soutenu durant la réalisation de ce travail de Bachelor.

Je remercie également Mme Hélène Riffiod pour sa disponibilité et son temps consacré à la relecture de ce travail.

Finalement, je tiens à remercier tout mon entourage proche pour leur soutien durant ce cheminement.

Déclaration

« Cette revue de la littérature a été réalisée dans le cadre de la formation Bachelor en sciences infirmières à la Haute Ecole de santé de Sion.

L'utilisation des résultats ainsi que les propositions pour la pratique et la recherche n'engagent que la responsabilité de son auteur-e et nullement les membres du jury ou la HES.

De plus, l'auteur-e certifie avoir réalisé seul-e cette revue de la littérature.

L'auteur-e déclare également ne pas avoir plagié ou utilisé d'autres sources que celles indiquées dans la bibliographie et référencées selon les normes APA 6.0 ».

Vernayaz, le 15 juillet 2015

Signature

Table des matières

1	Introduction.....	1
1.1	PROBLÉMATIQUE	1
1.2	QUESTION DE RECHERCHE	5
1.3	BUTS DE LA RECHERCHE	5
2	Cadre théorique	6
2.1	LA MALADIE D'ALZHEIMER.....	6
2.1.1	Définition de la démence en général	6
2.1.2	Particularités de la maladie d'Alzheimer	6
2.1.3	Diagnostic.....	7
2.1.4	Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence.....	7
2.1.5	Manifestations	7
2.1.6	Rôle infirmier	8
2.1.7	Thérapeutiques	9
2.2	LES MESURES DE CONTENTION	11
2.2.1	Définition	11
2.2.2	Différents types de contention.....	11
2.2.3	Aspect éthico-juridique de la contention	11
2.3	LES ÉTABLISSEMENTS MÉDICO-SOCIAUX	13
2.3.1	Définition	13
2.3.2	Situation générale en Valais.....	13
2.3.3	Problématique structurelle.....	14
2.3.4	Cadre idéal pour la maladie d'Alzheimer.....	15
3	Méthode.....	17
3.1	COLLECTE DES DONNÉES	17
3.2	SÉLECTION DES DONNÉES	18
3.2.1	Critères d'inclusion.....	18
3.2.2	Critères d'exclusion.....	18
3.2.3	Études retenues	19

3.2.4	Considérations éthiques	20
4	Résultats	21
4.1	CYCLES DE SESSIONS DE THÉRAPIE MUSICALE	21
4.2	THÉRAPIE MUSICALE INDIVIDUELLE	24
4.3	ACTIVITÉS ADAPTÉES AU NIVEAU FONCTIONNEL ET/OU AUX CENTRES D'INTÉRÊTS	26
4.4	EFFETS DE LA THÉRAPIE MULTIMODALE SUR LES SYMPTÔMES ET BESOINS EN SOINS	29
4.5	PROGRAMME D'INTERVENTION MULTICOMPOSANTE	31
4.6	RÉDUCTION DE LA CONTENTION PHYSIQUE PAR LA THÉRAPIE MULTIFACTORIELLE.....	34
4.7	SYNTHÈSE DES PRINCIPAUX RÉSULTATS	36
5	Discussion	37
5.1	DISCUSSION DES RÉSULTATS.....	37
5.2	DISCUSSION DE LA QUALITÉ ET DE LA CRÉDIBILITÉ DES ÉVIDENCES	39
5.3	LIMITES ET CRITIQUES DE LA REVUE DE LA LITTÉRATURE.....	41
6	Conclusions	43
6.1	PROPOSITIONS POUR LA PRATIQUE	43
6.2	PROPOSITION POUR LA FORMATION	43
6.3	PROPOSITIONS POUR LA RECHERCHE.....	44
	Bibliographie.....	45

ANNEXES :

ANNEXE I : TABLEAUX DE RECENSION

ANNEXE II : PYRAMIDE DES PREUVES

ANNEXE III : ÉTUDES NON RETENUES

ANNEXE IV : GLOSSAIRE

ANNEXE V : GLOSSAIRE MÉTHODOLOGIQUE

ANNEXE VI : PHASES DE LA MALADIE D'ALZHEIMER

ANNEXE VII : ÉCHELLES D'ÉVALUATION DE L'AGITATION

1 INTRODUCTION

Ce travail a pour but d'analyser les interventions non pharmacologiques auprès des personnes vivant avec la maladie d'Alzheimer et présentant des symptômes psychologiques et comportementaux. Face aux diverses expériences dans les établissements médico-sociaux (EMS), quelques questions méritaient d'être soulevées. Que peut proposer l'équipe infirmière à cette catégorie de résidents afin de calmer l'agitation ? Quelles sont les solutions pour faire face à ces comportements difficiles rencontrés par le personnel soignant ? Existe-t-il d'autres moyens envisageables que les traitements médicamenteux ? Comment protéger ces patients ? Au final, quelles sont les alternatives aux mesures de contention ? C'est dans le but d'accroître la compréhension que cette revue de la littérature a été menée.

Des recherches ont donc été entreprises afin de distinguer des études pouvant révéler les alternatives les plus efficaces. Tout d'abord, le cadre théorique a été posé. Ensuite, en tenant compte de ce dernier, les recherches ont été menées, elles sont exposées dans la section méthode. La partie discussion apporte une analyse critique des études sélectionnées. Enfin, pour clore ce travail, une conclusion amène quelques propositions pour le terrain, la formation et la recherche.

Avant d'aborder le sujet de manière explicite, la section problématique met en avant les raisons qui ont motivé et dirigé ce travail.

1.1 PROBLÉMATIQUE

Selon l'OMS (2012), « près de 35,6 millions de personnes dans le monde sont atteintes de démence. Ce chiffre devrait doubler d'ici 2030 (passant à 65,7 millions) et plus que tripler d'ici 2050 (pour atteindre 115,4 millions) » (Avril 11, *Les cas de démence*). Le nombre de personnes souffrant de démence tend donc à augmenter de façon considérable.

« Quatre personnes sur dix résidant en EMS ont un diagnostic de démence rapporté par le personnel soignant. (...) Par ailleurs, 33 % des résidentes et résidents n'ont pas de diagnostic de démence mais présentent des troubles cognitifs ou du comportement » (Office fédérale de la statistique, 2012, p. 27).

La démence est un ensemble complexe de symptômes ; elle ne se présente pas comme une pathologie spécifique. De ce fait, tous les patients vivant avec une démence ne manifestent pas les mêmes symptômes. C'est cette complexité qui rend le diagnostic de démence difficile. Elle inclue des symptômes psychotiques (allusions et hallucinations),

des troubles de l'humeur (anxiété et dépression), des changements du comportement (irritabilité, agressivité, agitation et déambulation) et des troubles du sommeil et de l'alimentation (Hoe & Thompson, 2010, pp. 48-49, traduction libre).

Selon Voyer (2013), les modifications du comportement dues à la démence peuvent se manifester sous différentes formes. Il mentionne l'agitation verbale non agressive (répéter les mêmes mots ou faire constamment les mêmes demandes), l'agitation verbale agressive (blasphémer ou crier), l'agitation physique non agressive (errer, se déshabiller perpétuellement ou accumuler des objets) et l'agitation physique agressive (frapper, mordre ou lancer des objets) (p. 451).

Différentes comorbidités chez les sujets âgés peuvent influencer l'état d'agitation. L'étude de Vance et al (2003) rejoint la revue systématique* de Watson, Chang, & Johnson (2012). En effet, ces articles révèlent que l'agitation est directement influée par le genre, la baisse de la vision et de l'ouïe mais également par le statut cognitif de la personne.

De plus, l'évolution de la perte de discernement et des compétences de la raison n'est pas synchronisée avec celle des limitations physiques. Le patient ne réalise dès lors pas, pour un temps charnière, qu'il se met en danger par ses actes. (Il croira, par exemple, pouvoir marcher aisément alors qu'il n'en est que difficilement capable). (Corbaz, 2011, p. 23)

En effet, au sein des institutions pour personnes âgées, afin de pallier le risque de chutes, le personnel soignant a parfois recours à des mesures de contention. Hamers, Gulpers, & Strik (2004) mettent en évidence la prévention des chutes comme la principale raison d'utilisation de la contention. Les études de Lai (2007) et de Chuang & Huang (2005) appuient également ces propos. En revanche, ces études exposent le conflit interne du personnel soignant qui fait de son mieux.

Une autre raison du recours à la contention par le personnel soignant est énoncée dans la revue systématique d'Evans & FitzGerlad (2002) qui communiquent que la contention est couramment utilisée afin de faciliter le traitement, de maintenir un environnement social et pallie ainsi un manque de personnel. Outre les effets nocifs de la contention sur la qualité de vie, son utilisation serait due à un manque de formation et une méconnaissance des alternatives (Johnson, Ostaszkiwicz, & O'Connell, 2009 ; Suen, et

* Les mots suivis de ce symbole sont définis dans le Glossaire méthodologique en Annexe V.

al., 2006 ; Moore & Haralambous, 2007 ; Pellfolk, Gustafson, Bucht, & Karlsson, 2010 ; Weiner, Tabak, & Bergman, 2003 ; Jakobsen & Sørli, 2010).

D'un autre point de vue, la contention, qu'elle soit physique ou chimique, répond parfois au manque de temps de l'équipe soignante. En effet, l'infirmière peut utiliser ces moyens coercitifs** afin d'assurer simultanément d'autres tâches dont elle est responsable. Toutefois, les mesures d'atteinte à la liberté de mouvement accentuent souvent la confusion et donc l'agitation (Watson, Chang, & Johnson, 2012, p. 3416, traduction libre). Cette affirmation est renforcée par les études respectives de Jakobsen & Sørli (2010) et de Kirkevold & Engedal (2008).

Malgré les résultats mis en avant par les chercheurs susmentionnés, l'OMS allègue l'utilisation récurrente de la contention :

Les personnes atteintes de démence sont souvent privées des libertés et des droits fondamentaux. Dans de nombreux pays, les services de gériatrie et de soins intensifs font largement usage de moyens de contraintes physiques et chimiques, même lorsque des dispositions réglementaires sont en vigueur pour faire respecter le droit des personnes à la liberté et au choix. (OMS, 2012, *La démence*)

Les études de Hamers, Gulpers, & Strik (2004) et de Meyer, Köpke, Haastert, & Mühlhauser (2008) soulignent que dans les pays occidentaux, il est fréquent d'utiliser diverses méthodes coercitives telles que la contention mécanique et la contention non mécanique. Comme le relève l'étude de Feng et al. (2009, traduction libre), la prévalence de l'utilisation de la contention physique en Suisse est estimée à 6 % et celle d'antipsychotiques** à 34 %.

La contention se décline en cinq méthodes :

- Physique : lorsque l'équipe entrave les mouvements des patients
- Mécanique : lorsque l'équipe met en place des barrières au lit, des tablettes sur les fauteuils roulants des patients, privant ainsi ces derniers de leur liberté de mouvement
- Chimique : lorsque l'infirmière a recours à des traitements médicamenteux
- Psychologique : lorsque l'équipe transmet des informations erronées

** Les mots suivis de ce symbole sont définis dans le Glossaire en Annexe IV.

- Technologique : dans le cas d'installation de systèmes d'alarmes (Ridley & Jones, 2012, p. 34, traduction libre).

Quand le personnel infirmier a « recours aux neuroleptiques** et à la contention physique, la situation s'envenime » (Voyer, 2013, p. 78). Selon la revue systématique d'Evans, Wood & Lambert (2003), l'usage de mesures physiques coercitives peut accroître le risque de décès, de chutes, de blessures sévères et augmenter la durée d'hospitalisation. Dewing (2010), en s'appuyant sur les études de Capezuti et al. (1996), de Dawkins (1998) et de Bartels et al. (2003), rajoute les effets secondaires tels qu'ulcérations**, infections, faiblesse motrice et musculaire, œdèmes des membres inférieurs, péjoration de l'état cutané, de l'image de soi et augmentation de la désorientation (p. 22, traduction libre).

En ce qui concerne l'usage des traitements antipsychotiques, Lonergan, Luxenberg, Colford, & Birks (2012) constatent qu'il n'apparaît aucune amélioration significative de l'agitation et que l'agressivité est le seul facteur d'agitation qui diminue. De plus, Mintzer & Burns (2000) mentionnent les effets secondaires suivants : sécheresse des lèvres, troubles urinaires (nécessitant une sonde vésicale), peau sèche, pâle et froide, mouvements non sécurisés (chutes sans raisons apparentes), augmentation de l'anxiété avec une hyperventilation**, de la tachycardie** et des arythmies** cardiaques (p. 458, traduction libre).

De plus, « tout être humain a droit à la liberté personnelle, notamment à l'intégrité physique et psychique et à la liberté de mouvement » (*Art. 10 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 mai 2014*). Parmi les soins quotidiens prodigués à des patients vivant avec une démence, différents dilemmes éthiques se succèdent : comment faire face aux symptômes comportementaux et psychologiques de la démence ? Comment protéger ces personnes qui se mettent en danger elles-mêmes ? La contention ne fait-elle pas davantage de dommages ? Les alternatives à la contention sont-elles chronophages ? L'équipe infirmière est-elle en mesure de dégager du temps dans son organisation de la journée afin de mettre en place les alternatives ?

L'équipe infirmière se doit de prodiguer des soins de qualité qui respectent la déontologie professionnelle comprenant la bienfaisance** et la non-malfaisance**. Le personnel infirmier est pleinement conscient du fait que la contention entrave la liberté et les droits des patients. Toutefois, il est essentiel de pouvoir protéger ces personnes (Jakobsen & Sørli, 2010 ; Chuang & Huang, 2005). La contention doit cependant demeurer une exception et n'être utilisée qu'en dernier recours (Vanderheyden & Kennes, 2009, p. 298 ; Pulsford, Duxbury, & Hadi, 2011, p. 98, traduction libre).

Ainsi, Khan & Curtice (2011) ont établi un projet tendant à évaluer l'efficacité de la prise en soin non-pharmacologique des patients présentant des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD). Six mois après la mise en place de ce projet, des alternatives se sont révélées efficaces ; notamment les techniques de relaxation, les exercices de respiration, les techniques de distraction, le travail de réminiscence**, la thérapie par la musique, l'approche centrée sur la personne, la thérapie des comportements, la thérapie avec les poupées, les habiletés sociales (p.446). Toutefois, les chercheurs ne disposant pas d'un groupe témoin*, il est inenvisageable de comparer les résultats pour chaque intervention. En effet, en élaborant ces différentes alternatives, ils parviennent à diminuer les SCPD. L'effet positif du projet est-il dû à la conceptualisation d'un ensemble d'alternatives à l'usage de traitements médicamenteux ou une alternative est-elle plus efficace qu'une autre ?

La revue systématique de Watson, Chang, & Johnson (2012) met en évidence l'utilisation de thérapies complémentaires dans les établissements de soins. Elle mentionne l'aromathérapie, les exercices, les massages, la thérapie musicale et le toucher thérapeutique.

Le présent travail a donc pour but de démontrer quelle est la thérapie la plus efficace et quelles sont celles qui ont répondu de façon probante au niveau scientifique.

1.2 QUESTION DE RECHERCHE

Comment faire face aux symptômes comportementaux et psychologiques de la démence chez des personnes vivant avec la maladie d'Alzheimer en établissement médico-social (EMS) ?

1.3 BUTS DE LA RECHERCHE

Cette analyse permet de mettre en évidence la complexité de la prise en charge des personnes vivant avec la maladie d'Alzheimer.

Elle a également pour dessein d'explorer les différentes mesures de remplacement de la contention.

En dernier lieu, les résultats sont évalués en fonction du contexte suisse.

2 CADRE THÉORIQUE

Les trois concepts clefs, issus de la question de recherche susmentionnée, sont la maladie d'Alzheimer, la contention et les établissements médico-sociaux.

Parallèlement au vieillissement de la population, on constate que les personnes accueillies dans les EMS sont de plus en plus âgées et qu'un certain nombre souffre de démences. Ceci est aussi confirmé par les rapports des médecins répondants qui mentionnent chaque année un taux plus important de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'autres démences dégénératives ou vasculaires. Parmi les problèmes les plus fréquents, figurent les troubles de la gestion des émotions et des comportements (Service de la santé publique, 2005, p. 37).

Il est décrit plus haut que l'équipe soignante met parfois en place des mesures de contention afin de faire face aux troubles du comportement.

2.1 LA MALADIE D'ALZHEIMER

Parmi les différents types de démence, ce travail se consacre à la maladie d'Alzheimer. En effet, environ 70 % des personnes vivant avec une démence sont diagnostiquées alzheimeriennes (OMS, 2012, *Les cas de démence*).

2.1.1 Définition de la démence en général

La démence est un syndrome**, généralement chronique ou évolutif, dans lequel on observe une altération de la fonction cognitive (capacité à effectuer des opérations de pensée), plus importante que celle à laquelle on pourrait s'attendre du vieillissement normal. Elle affecte la mémoire, le raisonnement, l'orientation, la compréhension, le calcul, la capacité d'apprentissage, le langage et le jugement. La conscience n'est pas touchée. Une détérioration du contrôle émotionnel, du comportement social ou de la motivation accompagne souvent, et parfois même précède, les troubles de la fonction cognitive. (OMS, 2012, *La démence*)

2.1.2 Particularités de la maladie d'Alzheimer

La maladie d'Alzheimer est un type de démence. Elle se caractérise par un niveau de conscience qui reste intacte au stade léger. En l'occurrence, le patient est conscient de ses troubles cognitifs mais les minimise dans certains cas. Une anosognosie** apparaît aux stades modéré et sévère. Le trouble du cycle du sommeil est une autre particularité

de la maladie d'Alzheimer. Ainsi, le patient dort davantage la journée et se montre actif durant la nuit. Mais la principale caractéristique réside en le fait que le patient donne l'impression de ne pas être atteint de troubles cognitifs puisqu'il parvient à exécuter des gestes de la vie quotidienne (s'asseoir, lire un journal, etc.) (Voyer, 2013, p. 69).

Malgré les éléments caractéristiques de cette forme de démence, l'équipe infirmière doit garder en tête que chaque patient est unique. En effet, les personnes vivant avec la maladie d'Alzheimer ne présentent pas toutes les mêmes particularités (Voyer, 2013, p. 70). Un tableau récapitulatif des différents stades de la maladie d'Alzheimer se trouve en annexe VI.

2.1.3 Diagnostic

La maladie d'Alzheimer est diagnostiquée à l'aide de critères cliniques du National Institute of Neurological Disorders and Stroke, de l'Alzheimer Disease and Related Disorders Association et du DSM-IV-TR (Voyer, 2013, p. 66).

En général, ce type de démence s'installe entre 40 et 90 ans. Il se caractérise par une aggravation progressive de la mémoire et une détérioration d'autres fonctions cognitives. Parmi l'aphasie**, l'apraxie**, l'agnosie** et le déficit des fonctions exécutives, au-moins deux de ces défaillances des troubles cognitifs doivent être recensées pour établir le diagnostic de la maladie d'Alzheimer. Toutefois, le patient est conscient de l'état dans lequel il se trouve (Voyer, 2013, p. 67).

2.1.4 Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence

Les symptômes comportementaux de la démence comprennent des comportements d'agitation qui se manifestent sous les formes suivantes : agitation verbale non agressive, agitation verbale agressive, agitation physique non agressive, et agitation physique agressive. Les symptômes psychologiques de la démence incluent quant à eux l'anxiété, la dépression, les idées délirantes, les hallucinations et les illusions. (Voyer, 2013, p. 451)

2.1.5 Manifestations

Au sein de la population vivant avec la maladie d'Alzheimer, l'agitation touche deux personnes sur trois. Les patients agités errent, déambulent, répètent les mêmes gestes et/ou paroles (Voyer, 2013, p. 68).

Agitation. Selon Phaneuf (2007) l'agitation peut s'expliquer par des lésions cérébrales. En outre, la personne alzheimerienne présente de l'agitation afin de manifester que quelque chose ne va pas (inconfort, douleur, etc.). En effet, les pertes cognitives l'empêchent de communiquer normalement (p. 212).

De plus, le bénéficiaire de soins vivant avec la maladie d'Alzheimer est sensible à son environnement. De ce fait, il ressent plus facilement l'humeur et les émotions de l'équipe soignante. Outre l'ambiance qui règne au sein de l'établissement, le patient est également sensible aux changements. Le personnel infirmier se doit d'expliquer tous les gestes qu'il entreprend auprès de ces personnes afin de ne pas les surprendre (Phaneuf, 2007, p. 218).

Anxiété. L'anxiété est le second symptôme le plus fréquent, il concerne plus de la moitié de la population vivant avec la maladie d'Alzheimer. L'anxiété se manifeste par exemple par la peur de ne plus avoir d'argent, par de multiples et récurrentes questions concernant un événement à venir, etc. Ce phénomène s'explique par l'incapacité à effectuer des réflexions résiduelles** (Voyer, 2013, p. 68).

Troubles psychotiques. À un stade avancé de la maladie, environ 25 à 40 % des personnes présentent des troubles psychotiques**. Ces derniers manifestent des comportements perturbateurs tels que l'agitation, l'agressivité ou l'opposition. Ils s'expriment sous la forme d'idées délirantes, d'hallucinations (visuelles principalement), de troubles de l'identification et d'un syndrome de Capgras** (Phaneuf, 2007, pp. 71-72).

Agressivité. Une personne sur deux vivant avec la maladie d'Alzheimer présente un comportement agressif. Cette situation complique les soins et le personnel soignant peut devenir craintif. L'équipe infirmière doit se questionner sur l'étiologie de ce type de comportement. De nombreux facteurs intrinsèques (des besoins non satisfaits) et/ou extrinsèques (l'attitude brusque du personnel, les contrariétés, les médicaments, etc.) peuvent en être à l'origine (Phaneuf, 2007, p. 73).

2.1.6 Rôle infirmier

Parmi les sept rôles distingués par Voyer (2013, p. 62), la gestion optimale des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence est au centre de la question de recherche de cette revue de la littérature. L'auteur mentionne que ces rôles s'appliquent à la démence en général. Toutefois, ils peuvent être transférés à la maladie d'Alzheimer puisqu'elle est considérée comme un type de démence.

Selon Voyer (2013), l'infirmière assure les rôles suivants auprès des personnes vivant avec une démence :

1. Promotion de la dignité humaine
2. Satisfaction des besoins de base et des besoins complexes, incluant la préservation de la sécurité
3. Surveillance clinique de l'état de santé
4. Communication
5. Gestion optimale des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD)
6. Prévention de la détérioration précipitée des capacités cognitives
7. Accompagnement des proches. (p. 62)

Malgré les manifestations cliniques de la maladie d'Alzheimer, l'infirmière se doit de prendre en soin les patients vivant avec cette pathologie. Afin de gérer ces comportements de manière optimale, des connaissances dans ce domaine doivent être assimilées. De par la mise en pratique de ces dernières, l'infirmière prodigue des soins de qualité et applique la bienfaisance. En ce qui concerne la non-malfaisance, la contention physique et l'usage des neuroleptiques doivent être évités ou du moins représenter une utilisation minimale (Voyer, 2013, p. 79).

2.1.7 Thérapeutiques

2.1.7.1 Médicamenteuses

Comme mentionné plus haut, la maladie d'Alzheimer touche de nombreuses fonctions qui sont exécutées par le cerveau. Ces perturbations s'expliquent par une diminution de la production d'acétylcholine** dans le cerveau. De cette façon, par le biais du traitement, il s'agit d'augmenter la quantité d'acétylcholine en empêchant les enzymes spécifiques de la dégrader. Ainsi, une meilleure transmission est assurée entre les neurones cérébraux (Vanderheyden & Kennes, 2009, p. 85).

Les inhibiteurs de l'acétylcholinestérase** agissent uniquement sur les symptômes de la maladie. De ce fait, ils ne vont aucunement en influencer l'évolution (Défontaines, 2004, p. 70). De plus, comme tout traitement médicamenteux, ils ne sont pas dénués d'effets secondaires pouvant se manifester par des symptômes sympathicomimétiques** (Défontaines, 2004, p. 73).

En ce qui concerne les SCPD, les antipsychotiques sont généralement prescrits lorsque les thérapies non médicamenteuses ne produisent pas l'effet escompté. Toutefois, leur utilisation est régulièrement évaluée. De plus, dès que les symptômes sont

atténués, un sevrage** doit être mis en place (Voyer, 2013, p. 477 ; Défontaines, 2004, p. 67).

Outre les effets secondaires des traitements, certains médicaments peuvent péjorer les symptômes des patients, entre autres les anticholinergiques**, certains antidépresseurs ayant une activité anticholinergique ainsi que les neuroleptiques (Défontaines, 2004, p. 67).

2.1.7.2 Non médicamenteuses

Dans son manuel, Voyer (2013) propose différentes approches non pharmacologiques qu'il classe en diverses catégories :

- Les approches multisensorielles (musicothérapie, massage, aromathérapie, zoothérapie, luminothérapie)
- Les thérapies centrées sur l'émotion (réminiscence, thérapie de la validation**, thérapie contre-intuitive**)
- Les approches environnementales (repères spatiaux, barrières visuelles, aires d'errance)
- Les thérapies cognitives (orientation à la réalité, jeux stimulant la mémoire)
- Les approches centrées sur l'activité physique (programmes de marche, séances d'exercices)
- Les thérapies récréatives et occupationnelles (chant et chorale, activités d'artisanat)
- Les approches behavioristes (approche comportementale, approche confort-stimulation-interaction) (p. 474).

En ce qui concerne l'agitation, Phaneuf (2007, p. 212) indique que l'équipe soignante doit d'abord reconnaître les facteurs qui en sont à l'origine (fatigue, malaises physiques, etc.). Une fois que ces derniers ont été repérés, il s'agit de les réduire voire de les éliminer. Elle conseille également d'éviter les imprévus en établissant des routines quotidiennes, de garder un climat calme sans trop de stimuli, de veiller à ce que la personne ne se fatigue trop et de s'assurer qu'elle soit confortable (Phaneuf, 2007, p. 219).

À propos de l'agressivité, il est conseillé à l'équipe soignante de procéder à un recueil de données auprès du patient, ou de ses proches, afin d'établir les préférences de ce dernier. De cette manière, lors des premiers signes d'agressivité, afin de calmer le sujet, l'infirmière l'accompagne en chambre et lui propose une activité calme en tenant compte de ses préférences. Il faut également éviter de le frustrer, de le confronter, de lui

faire remarquer ses maladresses, ceci au risque d'accroître son agressivité. Au contraire, à chaque occasion, le patient doit être félicité lors de comportements adéquats. L'infirmière fait alors preuve de renforcement positif et respecte le rythme de ce dernier (Phaneuf, 2007, p. 220).

2.2 LES MESURES DE CONTENTION

2.2.1 Définition

L'expression « mesures limitant la liberté de mouvement » est descriptive et désigne donc tout ce qui entrave la possibilité d'une personne à se mouvoir. Le Code civil suisse, dans sa version de 2013, reprend cette expression pour évoquer, entre autres, les mesures de type attaches physiques, fermeture des portes, surveillance électronique, etc. On parle de contrainte lorsqu'une mesure est prise sans le consentement du patient. La contention désigne une mesure de limitation de la liberté de mouvement appliquée directement au corps du patient. (HUG, 2014, pp. 1-2)

2.2.2 Différents types de contention

La contention physique (ou mécanique) réside en toute méthode manuelle ou dispositif physique, matériel, ou équipement attaché ou contigu au corps du patient que ce dernier ne peut pas enlever facilement et qui limite sa liberté de mouvement, son activité physique, ou l'accès normal à son corps. (CHUV, 2005, p. 2)

Parmi les moyens de contention physique figurent les gilets, les ceintures, les tablettes des fauteuils roulants et gériatriques et les ridelles de lit (Voyer, 2013, p. 401).

La contention chimique représente l'administration d'un traitement au résident afin de diminuer sa mobilité. Cet agent chimique ne fait aucunement partie du traitement médical de base de la personne. Par exemple, les médicaments sédatifs sont utilisés pour réduire l'agitation d'une personne qui ne possède pas d'antécédents psychiatriques (CHUV, 2005, p. 2).

2.2.3 Aspect éthico-juridique de la contention

Selon l'Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM) (2005, pp. 13-14), la contention peut être utilisée uniquement lors de trois situations précises. Premièrement, si la personne concernée présente un comportement dangereux pour elle-même ou pour les

autres résidents ou qui altère le bien-être de ces derniers. Deuxièmement, lorsque les causes du comportement perturbateur ne peuvent être traitées. Troisièmement, quand des mesures moins restrictives n'ont pas eu les effets escomptés. La contention peut alors être utilisée en dernier recours.

La loi valaisanne sur la santé est, quant à elle, plus stricte : « par principe, toute mesure de contrainte à l'égard des patients est interdite » (*Art. 26 de la Loi sur la santé du 14 février 2008*). Dans le même article, elle autorise des exceptions à des conditions précises :

A titre exceptionnel et, dans la mesure du possible, après en avoir discuté avec le patient ou la personne habilitée à le représenter, le médecin responsable d'un établissement ou d'une institution sanitaire peut, après consultation de l'équipe soignante, imposer pour une durée limitée des mesures de contrainte strictement nécessaires à sa prise en charge :

- a) si d'autres mesures moins restrictives de la liberté personnelle ont échoué ou n'existent pas
- et
- b) si le comportement du patient présente un danger grave pour sa sécurité ou sa santé ou celles d'autres personnes.

De plus, l'article 27 de la Loi sur la santé du 14 février 2008 stipule que la surveillance du patient doit être renforcée pendant toute la durée de la mesure de contrainte. En outre, si cette dernière doit être maintenue, elle fera l'objet d'évaluations périodiques fréquentes. Cependant, si l'équipe soignante met en place une contention sans l'accord du patient ou de son représentant thérapeutique/légal, elle peut être passible d'une peine d'emprisonnement (*Art. 123 du Code pénal suisse du 1^{er} juillet 2014*).

Le Code civil suisse définit la capacité de discernement de la façon suivante : « toute personne qui n'est pas privée de la faculté d'agir raisonnablement en raison de son jeune âge, de déficience mentale, de troubles psychiques, d'ivresse ou d'autres causes semblables est capable de discernement au sens de la présente loi » (*Art. 16 du Code civil suisse du 1^{er} juillet 2014*).

Cette capacité de discernement nécessaire à la pleine autonomie doit donc être évaluée formellement avant tout soin ou toute contrainte exercée sur un patient (y compris dans le but de le protéger) afin de s'assurer qu'il est apte à l'accepter. (Corbaz, 2011, p. 30)

Toutefois, en cas d'urgence ou lorsque la personne incapable de discernement ne dispose ni de représentant légal, ni de représentant thérapeutique, une mesure de contention peut être mise en place. Cependant, la décision se fait en équipe interdisciplinaire et en collaboration avec les proches, en considérant la volonté présumée de la personne (Académie Suisse des Sciences Médicales, 2005, pp. 13-14).

2.3 LES ÉTABLISSEMENTS MÉDICO-SOCIAUX

2.3.1 Définition

Au sens des dispositions de la législation sanitaire cantonale, l'« établissement médico-social pour personnes âgées » est défini comme une structure sanitaire disposant d'une dimension minimale et offrant des prestations de soins, de thérapie et de surveillance médicale dans le cadre de la prise en charge stationnaire des personnes âgées. Un établissement médico-social assure à la fois la prise en charge socio-hôtelière des personnes âgées, la dispense des soins infirmiers et la médicalisation des résidents qui nécessitent, d'un point de vue aussi bien physique que psychique, une assistance régulière pour l'exécution des activités de la vie quotidienne (Service de la santé publique, 2005, p. 127).

2.3.2 Situation générale en Valais

« En général, les personnes atteintes de démence et leurs proches soignants souhaitent vivre ensemble le plus longtemps possible » (Association Alzheimer Suisse, 2010, p. 1, *Préparer l'entrée en EMS*).

Afin de permettre un maintien à domicile, des solutions alternatives sont proposées. En ce qui concerne les proches aidants, ils ont la possibilité de solliciter l'aide de l'Association Alzheimer du Valais, de Pro Senectute Valais et de la Croix-Rouge Valais. Les Centres Médicaux-Sociaux (CMS), les centres de jours et les structures intermédiaires visent plus directement la population vivant avec la maladie d'Alzheimer (Service de la santé publique, 2011, *Les personnes atteintes de pathologies démentielles, Etat des lieux en Valais*).

Les critères récurrents d'entrée en EMS de la majeure partie des personnes vivant avec la maladie d'Alzheimer sont les suivants :

- La personne malade se met en danger elle-même ou représente un risque pour son entourage

- Elle manifeste d'importants troubles du comportement bien qu'elle soit sous traitement
- Elle requiert une telle assistance de ses proches aidants qu'ils se sentent démunis. (Association Alzheimer Suisse, 2010, p. 2, *Préparer l'entrée en EMS*)

2.3.3 Problématique structurelle

Architecture. Selon Höpflinger, Bayer-Oglesby, & Zumbrunn (2011, p. 100), les établissements médicaux-sociaux ne sont pas adaptés aux personnes vivant avec une démence. En effet, leur capacité d'orientation est diminuée et elles peinent donc, entre autres, à retrouver leur chambre. De plus, certains établissements sont mal éclairés et possèdent des couloirs étroits, ce qui peut engendrer une situation de stress. Finalement, les auteurs défendent également l'idée qu'une structure non adaptée à ce type de patients peut les mettre en danger en augmentant le risque de chutes et de fugues.

En Suisse, le fait que les normes architecturales de construction des EMS datent de plus de 20 ans, associé à la suppression du subventionnement fédéral des coûts de construction des institutions pour personnes âgées, a induit d'importantes conséquences. Certaines directives ne sont notamment plus adaptées aux besoins actuels des EMS (Service de la santé publique, 2005, p. 64).

Compte tenu du fait que le nombre de personnes atteintes de démence continue à croître, l'architecture des EMS doit être repensée. Des zones de déambulation accessibles à ces personnes sont nécessaires (...). Une évaluation de l'organisation du travail, sous l'angle de la quantité et de la qualité, requiert une réflexion intégrant une conception de soins adaptée (Service de la santé publique, 2005, p. 37).

Personnel. Les études d'Egede-Nissen, Jakobsen, Sellevold, & Sorlie (2012), de Lejman, Westerbotn, Pöder, & Wadensten (2013) et de Moore & Haralambous (2007) dénoncent le manque de temps du personnel infirmier comme source potentielle de l'utilisation des mesures de contention.

Depuis 2006, la norme minimale de dotation en personnel soignant est établie en fonction de la charge en soins selon la classification BESA. De plus, au moins 20 % du personnel soignant doivent être au bénéfice d'un diplôme d'infirmière (Service de la santé publique, 2005, pp. 129-130)

2.3.4 Cadre idéal pour la maladie d'Alzheimer

« L'architecture de l'unité doit privilégier les petites dimensions et un plan simplifié » (Held & Ermini-Fünfschilling, 2010, p. 80). En effet, Held & Ermini-Fünfschilling (2010, pp. 80-81) proposent d'éviter les pièces inutiles et les culs-de-sac. L'architecture se veut le plus simple possible, tant au niveau des dimensions qu'à celui du plan de construction. De plus, les unités doivent accueillir un nombre restreint de personnes vivant avec la maladie d'Alzheimer (Phaneuf, 2007, p. 112).

« La conception architecturale doit compenser les capacités intellectuelles réduites des pensionnaires ; elle doit être pour cela facilement compréhensible » (Held & Ermini-Fünfschilling, 2010, p. 81). Ces auteurs rejoignent l'avis de Phaneuf (2007, p. 112). Ils mettent donc en évidence l'importance d'un couloir de déambulation, d'une bonne luminosité et d'un aménagement adapté et identifiable à chaque pièce.

« La conception architecturale doit favoriser, autant qu'elle est encore possible, l'indépendance des personnes atteintes de démence » (Held & Ermini-Fünfschilling, 2010, p. 81). En l'occurrence, le résident doit être en mesure de s'adonner à ses activités en toute sécurité. C'est pourquoi, entre autres, les revêtements ne doivent pas être glissants, des mains courantes doivent être présentes, les prises électriques sécurisées, les fenêtres et balcons protégés et les objets dangereux (couteaux, médicaments) mis hors de portée (Held & Ermini-Fünfschilling, 2010, pp. 81-82).

« La conception d'aménagement doit éviter aux personnes atteintes de démence l'excès aussi bien que la privation de sollicitations sensorielles » (Held & Ermini-Fünfschilling, 2010, p. 82). Held & Ermini-Fünfschilling (2010) expliquent que l'hyperstimulation sensorielle peut favoriser l'anxiété, l'agitation ou même les hallucinations chez cette population cible. Afin de limiter la passivité des résidents, différentes propositions sont émises. Par exemple, disposer d'une kitchenette avec des ustensiles attrayants, sécurisés et à portée de main.

« La conception d'aménagement devrait tenir compte de la provenance des pensionnaires et contribuer à préserver leur identité » (Held & Ermini-Fünfschilling, 2010, p. 82). Aménager la chambre du résident avec des meubles de son précédent lieu de vie permet non seulement de le rassurer mais aussi de favoriser son orientation (Höpflinger, Bayer-Oglesby, & Zumbrunn, 2011, p. 102).

Outre les aspects architecturaux de l'institution, Phaneuf (2007, p. 112) évoque des caractéristiques que cette dernière devrait posséder. L'auteure propose également que le personnel soit formé, spécialisé et expérimenté dans le domaine de la maladie

d'Alzheimer. De plus, l'équipe infirmière doit intégrer au maximum la famille dans la prise en soin de ses proches. En effet, elle apporte un soutien considérable aux résidents et à l'équipe soignante. Finalement, Phaneuf (2007) conseille de mettre en place un projet d'accompagnement spécifique pour chaque résident visant à améliorer sa qualité de vie et celle de ses proches.

3 MÉTHODE

3.1 COLLECTE DES DONNÉES

À partir de la question de recherche, divers mots clefs, recensés plus bas, ont été mis en exergue. Ainsi, ils ont été utilisés sur la base de données CINAHL. Du fait que cette revue de la littérature explore les divers moyens à disposition de l'équipe infirmière pour faire face aux symptômes comportementaux et psychologiques de la démence, la base de données CINAHL a été employée. En effet, elle comporte des études issues uniquement du domaine infirmier, elles sont donc disciplinaires. La base de données CINAHL a été consultée d'avril à décembre 2014.

Une fois la thématique choisie, trois concepts ont émergé avec évidence : la contention, la maladie d'Alzheimer et les établissements médico-sociaux. De là, en procédant à des recherches sur CINAHL, des études ont été présélectionnées sur la base de leur cohérence entre le titre et la thématique choisie. Les mots-clés en anglais ont été relevés en lisant des études sur le thème des démences. Chaque étude en lien avec la thématique de ce travail a été présélectionnée et les mots-clés utilisés dans la base de données inscrits sur l'étude imprimée.

Afin de garantir un niveau de preuve optimal concernant le résultat des études, seuls les essais cliniques aléatoires* (RCT) et les articles en *full text* ont été sélectionnés. Le tableau suivant a été élaboré après avoir procédé aux recherches sur CINAHL. Toutefois, il se veut non exhaustif, puisque n'y figurent que les mots-clés utilisés pour rechercher les études sélectionnées.

Mots-clés	Études trouvées	Études retenues
nursing home AND restraint	1	1
behavioral symptoms AND nursing dementia	3	2
dementia AND agitation	9	2
dementia AND treatment	20	4
nursing AND dementia	14	3

En utilisant ces différents mots-clés, sept études ont été sélectionnées. Certaines se retrouvent dans plusieurs recherches, c'est pourquoi le nombre total d'études retenues paraît supérieur à sept.

Une fois les tableaux de recension remplis, trois études ont affiché des résultats non significatifs ou n'apportant que trop peu d'éléments. La base de données CINHALL a à nouveau été consultée en mars et en avril 2015. Cette fois, les mots-clés ont été très spécifiques. En effet, ils ont été choisis de façon à pouvoir aborder la même thématique que les trois études abandonnées. En maintenant le choix de chercher des essais cliniques aléatoires, deux nouvelles études ont été retenues.

Mots-clés	Études trouvées	Études retenues
dementia AND music	5	2
dementia or alzheimers AND behavioral symptoms	3	2

Finalement, durant ce travail, six études ont été analysées. Cinq se sont déroulées en Europe et une aux États-Unis.

3.2 SÉLECTION DES DONNÉES

3.2.1 Critères d'inclusion

- Études menées depuis 2009
- Études traitant la démence
- Études touchant une population cible âgée de plus de 65 ans
- Études englobant le contexte des milieux de soins à long terme
- Études en anglais, français et portugais
- Essais cliniques aléatoires

3.2.2 Critères d'exclusion

- Revue systématique
- Milieu autre que les soins à long terme
- Date de publication au-delà des cinq dernières années
- Traitement pharmacologique

3.2.3 Études retenues

N° d'étude	Auteurs	Titre	Année	Base de données	Niveau de preuve
1	Kolanowski, A., Litaker, M., Buettner, L., Moeller, J., & Costa, P. T.	A Randomized Clinical Trial of Theory-Based Activities for the Behavioural Symptoms of Dementia in Nursing Home Residents.	2011	CINHAL	2a
2	Raglio, A., Bellelli, G., Traficante, D., Gianotti, M., Ubezio, M., Gentile, S., . . . Trabucchi, M.	Efficacy of music therapy treatment based on cycles of sessions: A randomised controlled trial.	2010	CINHAL	2a
3	Luttenberger, K., Donath, C., Uter, W., & Graessel, E.	Effects of Multimodal Nondrug Therapy on Dementia Symptoms and Need for Care in Nursing Home Residents with Degenerative Dementia: A Randomized-Controlled Study with 6-Month Follow-Up.	2012	CINHAL	2a
4	Ridder, H. M., Stige, B., Qvale, L. G., & Gold, C.	Individual music therapy for agitation in dementia: an exploratory randomized controlled trial.	2013	CINHAL	2a
5	Gulpers, M. J., Bleijlevens, M. H., Ambergen, T., Capezuti, E., Van Rossum, E., & Hamers, J. P.	Belt Restraint Reduction in Nursing Homes: Effects of a Multicomponent Intervention Program.	2011	CINHAL	2b

6	Koczy, P., Becker, C., Rapp, K., Klie, T., Beische, D., Büchele, G., . . . Bredthauer, D.	Effectiveness of a Multifactorial Intervention to Reduce Physical Restraints in Nursing Home Residents.	2011	CINHAL	2a
---	---	---	------	--------	----

3.2.4 Considérations éthiques

Les six études retenues pour répondre à la question de départ ont reçu l'aval du comité éthique de l'université de leur domaine. L'anonymat des participants a été respecté dans toutes les études. De plus, le consentement libre et éclairé* a été obtenu soit par les patients eux-mêmes, soit par leurs représentants légaux ou la structure de soins les accueillant.

En outre, les études utilisées ont été officiellement éditées. Dans ce travail, les sources sont référencées selon les normes APA afin d'éviter le plagiat.

4 RÉSULTATS

L'analyse des données se poursuit en considérant une étude après l'autre. Une description de l'étude amorce l'entrée en matière. La validité méthodologique, la pertinence clinique et l'utilité pour la pratique professionnelle sont ensuite discutées.

4.1 CYCLES DE SESSIONS DE THÉRAPIE MUSICALE

Raglio, A., Bellelli, G., Traficante, D., Gianotti, M., Ubezio, M., Gentile, S., . . . Trabucchi, M. (2010). Efficacy of music therapy treatment based on cycles of sessions: A randomised controlled trial. *Aging & Mental Health*, 14(8), 900-904.

L'essai clinique aléatoire de Raglio et al. (2010) avait pour but d'évaluer l'efficacité de la thérapie musicale sur les troubles du comportement des patients vivant avec une démence sévère. Cette étude revêt une particularité : la musique n'a pas été une intervention en continu. Elle a en effet été structurée en sessions de trois cycles avec un délai d'un mois entre chaque cycle, lui-même composé de 12 sessions de thérapie musicale. Les participants ont donc reçu l'intervention de la musicothérapie à raison de 30 minutes trois fois par semaine durant quatre semaines. Le but de l'intervention musicale était de donner l'opportunité aux patients d'exprimer leurs ressentis à travers le non-verbal et les instruments de musique. Davantage que le contenu, les chercheurs ont pointé la relation entre le thérapeute et le patient, considérée comme promordiale.

Cinq établissements de soins en Italie ont participé à cette étude. Au total, 60 patients ont été sélectionnés grâce aux critères d'inclusion mentionnés dans le tableau de recension en annexe I.

L'étude met deux groupes en comparaison. Le premier a eu accès à l'intervention musicale, alors que le second a uniquement participé aux activités habituelles (groupe témoin). Les deux groupes ont pris part aux autres activités proposées par la structure de soins. Toutefois, dans le groupe expérimental*, des sessions de musique ont été ajoutées aux activités mises en place par l'établissement de soins.

Chaque session a été filmée afin d'assurer une meilleure fiabilité. En effet, s'il manque des informations, il est aisé de revenir sur une vidéo. Cela a également permis d'éviter certaines lacunes telles que l'oubli de la documentation ou la subjectivité de l'interprétation des évaluateurs.

4.1.1 Validité méthodologique

Tous les résultats exposés par cette étude sont significatifs sur le plan statistique*. Afin d'évaluer les différences entre les deux groupes de participants concernant les scores cognitifs, fonctionnels et comportementaux, une ANOVA* a été entreprise. Pour estimer l'évolution entre le début et la fin du traitement, une MANOVA* a également été menée.

4.1.1.1 Validité interne*

*Effets liés aux facteurs historiques**. Aucune autre intervention que celle mise en place par les chercheurs de l'étude susmentionnée n'a eu lieu auprès des groupes expérimentaux. De plus, les facteurs historiques ne posent aucunement problème au sein de cette étude. Un essai clinique aléatoire se veut expérimental. De ce fait, si une autre intervention avait été mise en place, elle aurait influé sur tous les groupes et non pas sur un en particulier, faussant ainsi les résultats.

*Effets liés à la sélection des participants**. Ils ont été retenus en fonction des critères d'inclusion et d'exclusion qui définissaient la population cible. Une fois les participants sélectionnés, ils ont été attribués aléatoirement au sein des deux groupes. Cela renforce la validité interne de cette étude.

*Effets liés à la maturation**. En l'occurrence, les effets liés à la maturation ont eu peu d'influence sur les résultats. Les chercheurs ont comparé les résultats entre les différents groupes, la démence étant une pathologie chronique évolutive, elle a progressé de manière uniforme au sein des deux groupes.

*Effets liés à la mortalité échantillonnale**. Durant l'étude, sur sept patients qui sont partis, trois étaient issus du groupe expérimental et quatre appartenaient au groupe témoin. La différence n'est donc pas significative.

Les quatre points décrits ci-dessus possèdent le même raisonnement pour toutes les études sélectionnées puisqu'il s'agit exclusivement d'essais cliniques aléatoires. C'est pourquoi ils ne seront repris pour les prochaines études que s'ils diffèrent.

4.1.1.2 Validité externe*

L'étude de Raglio et al. (2010) n'a pas été menée à l'aveugle*. En effet, les participants à la thérapie musicale avaient connaissance du fait qu'ils recevaient cette intervention. Toutefois, ces derniers présentant des troubles cognitifs, il est difficile de préciser dans quelle mesure ces patients vivant avec une démence étaient conscients du protocole.

L'expérience concernait 60 participants. Les chercheurs ne mentionnent pas si l'échantillon* était assez grand pour envisager le transfert des résultats. Malgré la taille de l'échantillon, ce dernier reste semblable à la population cible. Les résultats peuvent donc bien être transférés à la population.

4.1.2 Pertinence clinique

Les scores globaux de l'inventaire neuropsychiatrique ont été améliorés dans les deux groupes. Toutefois, les perturbations du comportement se sont davantage réduites dans le groupe expérimental. Ces résultats présentent un effet de taille modéré (Cohen's $d = 0.63$).

Les hallucinations, l'agitation et l'apathie ont été améliorées uniquement dans le groupe expérimental. Alors que la dépression, l'anxiété et l'irritabilité ont globalement obtenu de meilleurs scores dans les deux groupes.

L'étude indique qu'au sein du groupe expérimental, les scores de l'inventaire neuropsychiatrique s'étaient maintenus de la fin de l'intervention jusqu'à un mois après la dernière session.

4.1.3 « Utilité pour la pratique professionnelle »

Les chercheurs se sont intéressés aux résidents d'établissements de soins vivant avec une démence de type Alzheimer, vasculaire ou mixte. De plus, afin de pouvoir participer à l'étude, les résidents devaient présenter des troubles du comportement. Tous ces critères rejoignent la problématique du travail présent et englobent les différents concepts mentionnés dans la section cadre théorique.

Les troubles du comportement, selon l'étude décrite ci-dessus, peuvent donc être atténués si les résidents ont la possibilité d'exprimer leurs ressentis au travers de la musique. Le constat le plus important à retenir est celui du maintien des résultats, malgré l'espacement d'un mois des sessions. De ce fait, quelle que soit la raison de l'interruption de l'administration de l'intervention, le personnel infirmier peut s'autoriser à la mettre en suspens et la reprendre ultérieurement. Cela permet à l'équipe infirmière d'acquérir une certaine souplesse quant à l'administration de la thérapie musicale et lui offre également un palliatif au manque de temps qu'elle exprime. De plus, il ne s'agit pas d'une thérapie individuelle. Cependant, l'expérience avait mis en place des groupes de trois personnes. Bien que ce ne soit pas une thérapie individuelle, les résultats se montrent tout de même favorables. Ainsi, un gain de temps est à nouveau assuré.

Les bénéfices de cette étude l'emportent sur les risques. Les résultats significatifs démontrent les avantages d'utiliser la thérapie musicale.

4.2 THÉRAPIE MUSICALE INDIVIDUELLE

Ridder, H. M., Stige, B., Qvale, L. G., & Gold, C. (2013). Individual music therapy for agitation in dementia: an exploratory randomized controlled trial. *Aging & Mental Health*, 17(6), 667-678.

L'essai clinique aléatoire exploratoire de Ridder, Stige, Qvale, & Gold (2013) visait à déterminer les effets de la thérapie musicale sur la fréquence et l'intensité de l'agitation chez les personnes présentant une démence modérée à sévère. Les chercheurs ont également exploré les effets de cette thérapie sur la médication psychotrope et la qualité de vie des participants. La thérapie musicale individuelle a été proposée deux fois par semaine sur une période de six semaines. Les thérapeutes musicaux ont évalué après chaque séance quelle activité musicale convenait le mieux à chaque participant. Ainsi, les sujets ont pu bénéficier des différentes activités suivantes : improvisation, chant, danse, écoute ... (marcher, se promener, etc.).

Quatre structures de soins danoises et 10 norvégiennes ont accepté de participer à l'étude, 42 participants ont été inclus dans l'étude. Ils ont été assignés aléatoirement dans deux groupes distincts. Durant cette étude, les deux groupes ont reçu l'intervention mais de façon alternative. De fait, pendant que le premier groupe participait aux sessions de thérapie musicale individuelle, le second faisait office de groupe témoin. Après sept semaines d'intervention, les groupes ont été alternés pour un nouveau cycle de sept semaines.

4.2.1 Validité méthodologique

Les chercheurs ont mené des tests t afin de comparer les caractéristiques entre les deux groupes. Ces tests ont permis de vérifier l'efficacité de la randomisation des participants au sein des deux groupes. Les analyses en intention de traiter* et per-protocole* ont été effectuées. Toutefois, les chercheurs ont accentué les résultats avec l'analyse en intention de traiter. Afin d'évaluer si la médication psychotrope augmentait davantage au sein du groupe témoin ou expérimental, un test χ^2 a été mené.

4.2.1.1 Validité interne

Effets liés à la mortalité échantillonnale. Les chercheurs relatent qu'au sein du groupe ayant bénéficié de la thérapie musicale en seconde position, quatre participants avaient quitté l'étude et trois l'autre groupe. L'écart d'un participant est tolérable.

4.2.1.2 Validité externe

Les chercheurs ne précisent pas si l'étude a été menée à l'aveugle. Elle peut donc avoir été biaisée par l'effet Hawthorne* ou placebo*. L'étude prend en compte les résultats issus de 42 patients. Bien que l'échantillon soit représentatif de la population cible, les chercheurs expliquent qu'il s'agit d'un petit panel et qu'il serait nécessaire de tester avec un plus grand échantillon afin de clarifier les résultats.

4.2.2 Pertinence clinique

La fréquence d'agitation a augmenté dans le groupe témoin tandis qu'elle a baissé dans le groupe expérimental. Ce résultat a un effet de taille moindre et n'est pas statistiquement significatif. En ce qui concerne l'intensité de l'agitation et la qualité de vie, les résultats ont démontré la même tendance que pour la fréquence. Toutefois, l'effet de taille est modéré et les résultats sont statistiquement significatifs. Les résultats révèlent également que les améliorations ont été plus nettes pour le groupe qui a reçu la thérapie musicale individuelle en second lieu. Selon les chercheurs, cette tendance s'expliquerait par le fait que les thérapeutes ont acquis les procédés d'établissement de la thérapie.

La médication psychotrope a eu tendance à être augmentée chez les participants durant la phase où ils ne recevaient pas de thérapie musicale individuelle. Ce résultat se montre statistiquement significatif.

4.2.3 « Utilité pour la pratique professionnelle »

Ridder, Stige, Qvale, & Gold (2013) se sont intéressés aux personnes vivant avec une démence en institution de soins. Leur but premier était de vérifier l'effet de la thérapie musicale sur l'agitation. De ce fait, les résultats sont utiles pour ce présent travail puisque la question de recherche rejoint le but de leur étude.

Les résultats indiquent que la thérapie musicale individuelle permet de diminuer la fréquence et l'intensité de l'agitation. Lors des sept semaines de participation à la thérapie, la médication psychotrope tendait à diminuer. Cela apporte une part de réponse à la question de recherche du présent travail. En effet, il s'agissait également de trouver des solutions non médicamenteuses pour faire face aux troubles du comportement, entre autres l'agitation. Outre le côté non pharmacologique de l'intervention, il est à noter que l'usage des psychotropes a d'ailleurs été diminué lors de la mise en place de la thérapie musicale individuelle.

Au vu des résultats de l'étude décrite ci-dessus, les bénéfices de la thérapie musicale individuelle s'avèrent plus importants que les risques que cela peut engendrer.

La médication psychotrope est notamment diminuée. De cette façon, les effets secondaires et néfastes des traitements médicamenteux peuvent donc être atténués voire supprimés. De plus, les participants n'ont pas été contraints de rester durant toute l'intervention. En effet, les résidents ont pris part à 10 sessions en moyenne alors que le maximum se situe à 13 sessions. De ce fait, ayant la liberté de participer ou non, le sentiment de contrainte induisant l'agitation n'a pas été accentué.

4.3 ACTIVITÉS ADAPTÉES AU NIVEAU FONCTIONNEL ET/OU AUX CENTRES D'INTÉRÊTS

Kolanowski, A., Litaker, M., Buettner, L., Moeller, J., & Costa, P. T. (2011). A Randomized Clinical Trial of Theory-Based Activities for the Behavioural Symptoms of Dementia in Nursing Home Residents. *Journal of the American Geriatrics Society*, 59(6), 1032-1041.

L'essai clinique aléatoire en double aveugle de Kolanowski, Litaker, Buettner, Moeller, & Costa (2011) avait pour objectif de tester les principaux effets des activités dérivées du modèle Need-Driven Dementia-Compromised Behavior (NDB) sur les symptômes comportementaux. Le modèle NDB explique l'apparition des symptômes comportementaux par l'interaction des facteurs de risques internes à chaque personne (neuropathologie, déficits cognitifs, fonction physique) et les facteurs proximaux précipitants (qualité de l'environnement physique et social, besoins physiologiques et psychologiques).

Neuf structures de soins en Pennsylvanie (Etats-Unis) ont été abordées afin d'établir l'échantillon pour l'étude. Les 128 participants ont été retenus selon les critères d'inclusion et d'exclusion (cf. tableau de recension). Trois groupes d'intervention ont été constitués et placés en comparaison à un groupe témoin :

1. Activités adaptées au niveau fonctionnel des participants mais opposées à leurs centres d'intérêts (FL)
2. Activités adaptées aux centres d'intérêts personnels des participants mais opposées à leur niveau fonctionnel (PSI)
3. Activités adaptées au niveau fonctionnel et aux centres d'intérêts (FL + PSI)
4. Activités opposées à leur niveau fonctionnel et à leurs centres d'intérêts (AC = groupe témoin).

Les chercheurs avaient émis l'hypothèse directionnelle* que les activités adaptées au niveau fonctionnel et aux centres d'intérêts amélioreraient davantage les résultats sur le comportement que les autres activités de l'étude décrites ci-dessus.

4.3.1 Validité méthodologique

Les tests utilisés pour l'analyse des résultats de l'étude sont l'ANOVA et le test de χ^2 . L'ANOVA pour permettre de vérifier les différences des quatre groupes en analysant la variabilité intra et intergroupe et le test χ^2 afin d'évaluer l'existence d'une relation entre deux variables. En l'occurrence, si les activités adaptées influencent sur le niveau d'engagement, sur l'agitation et sur la passivité.

4.3.1.1 Validité interne

Effets liés à la sélection des participants. L'analyse en intention de traiter a été utilisée par les chercheurs. Ainsi, cela assure que les groupes ont été assignés aléatoirement et non par choix délibéré des chercheurs et a permis d'éviter les effets liés à la sélection des participants.

Effets liés à la mortalité échantillonnale. Les groupes n'ont pas changé du début de l'intervention à la fin de l'étude. Malgré les pertes, les résultats ont tout de même été analysés.

4.3.1.2 Validité externe

L'étude de Kolanowski, Litaker, Buettner, Moeller, & Costa (2011) a la caractéristique d'avoir été menée en double aveugle. De ce fait, la validité externe est améliorée. En effet, les effets Hawthorne et placebo ont été évités de par le devis de l'étude.

L'étude concerne 128 résidents. Les chercheurs mentionnent que la taille de l'échantillon permet d'obtenir une puissance statistique* de 80 %, suffisamment importante donc pour transférer les résultats de l'étude présente. De plus, grâce aux critères d'inclusion et d'exclusion, l'échantillon de l'étude est représentatif de la population. Cette dernière englobe les résidents des structures de soins vivant avec une démence. Ainsi, les résultats de l'échantillon sont transférables à la totalité de la population cible.

4.3.2 Pertinence clinique

Kolanowski, Litaker, Buettner, Moeller, & Costa (2011, traduction libre) soulignent que tous les résultats ont démontré une amélioration durant l'intervention, peu importe le groupe étudié, à l'exception de l'humeur, qui s'est péjorée dans le groupe témoin ($p = 1037$).

Dans le groupe où les activités étaient adaptées au niveau fonctionnel des participants (FL), l'engagement et le plaisir des sujets ont diminué. De plus, ils se sont montrés plus passifs.

En ce qui concerne le groupe au sein duquel les activités étaient adaptées aux centres d'intérêts personnels des participants (PSI), les chercheurs ont constaté une augmentation de l'engagement, une baisse de l'agitation et de l'anxiété. Par contre, ils rapportent aussi une baisse du plaisir lors de l'intervention.

Lorsque les chercheurs ont adapté les activités au niveau fonctionnel et aux centres d'intérêts (FL + PSI), les participants se sont montrés plus engagés. Ainsi, une baisse de la passivité et une amélioration de l'humeur sont déduites. Cependant, l'agitation s'est exacerbée au sein de ce groupe.

Finalement, en regard du groupe témoin où les activités n'étaient adaptées ni au niveau fonctionnel ni aux centres d'intérêts (AC), l'humeur, l'agitation et la passivité se sont péjorées.

4.3.3 « Utilité pour la pratique professionnelle »

La question de recherche initiale du présent travail porte sur les personnes âgées vivant avec une maladie d'Alzheimer au sein d'un établissement médico-social. L'étude présentée ci-dessus ciblait la même population et le même contexte. En effet, les chercheurs ont pris en considération des personnes âgées dont le diagnostic de démence était établi. De plus, l'investigation a été effectuée auprès de neuf structures de soins. Bien que l'étude se soit attardée sur la démence en général et non sur la maladie d'Alzheimer précisément, elle peut être considérée comme utile pour la question de recherche de ce travail.

Les résultats de cette étude permettent de conclure que les interventions menées auprès des résidents alzheimeriens ont un impact plus important sur l'agitation lorsqu'elles sont adaptées selon les centres d'intérêts.

Parmi les effets néfastes des interventions proposées par les chercheurs, figurent une péjoration de l'humeur dans le groupe témoin et une augmentation de l'agitation dans le groupe témoin et dans celui où les interventions étaient ajustées selon le niveau fonctionnel et les centres d'intérêts des participants. Au vu des résultats de l'étude, les effets négatifs des interventions proposées par les chercheurs sont moindres. En effet, il n'apparaît pas de risques de mise en danger des résidents sélectionnés pour l'étude.

4.4 EFFETS DE LA THÉRAPIE MULTIMODALE SUR LES SYMPTÔMES ET BESOINS EN SOINS

Luttenberger, K., Donath, C., Uter, W., & Graessel, E. (2012). Effects of Multimodal Nondrug Therapy on Dementia Symptoms and Need for Care in Nursing Home Residents with Degenerative Dementia: A Randomized-Controlled Study with 6-Month Follow-Up. *Journal of the American Geriatrics Society*, 60(5), 830-840.

L'étude longitudinale* contrôlée randomisée en simple aveugle de Luttenberger, Donath, Uter, & Graessel (2012) avait pour but de déterminer l'efficacité d'une thérapie multimodale non médicamenteuse sur les symptômes et les besoins en soins des individus vivant avec une démence dégénérative en structure de soins. La thérapie multimodale (MAKS) non médicamenteuse est constituée de quatre éléments distincts : la stimulation motrice (M), les activités de la vie quotidienne (A), la cognition (K) et la spiritualité (S).

Afin de recueillir les données, les chercheurs ont contacté cinq institutions parmi lesquelles 130 résidents ont été sélectionnés grâce aux critères d'inclusion et d'exclusion (cf. tableau de recension). Dans chaque structure de soins, deux groupes ont été formés. Le premier – groupe MAKS – recevait la thérapie multimodale tandis que le second – groupe témoin – participait aux activités proposées par l'institution et ne figurant pas dans les thérapies multimodales.

Les chercheurs avaient émis les hypothèses directionnelles suivantes :

1. Les participants à l'intervention MAKS amélioreraient davantage les symptômes de la démence en comparaison avec le groupe témoin.
2. Cette intervention permettrait de réduire le besoin en soins des participants, demandant donc moins de temps à l'équipe soignante.

4.4.1 Validité méthodologique

Afin de mieux évaluer l'efficacité de la thérapie multimodale, une analyse per-protocole a été menée. En effet, cette façon d'analyser exclue les membres du groupe recevant la thérapie multimodale si ces derniers n'y ont pas participé. De cette façon, les résultats expriment de façon plus correcte l'efficacité de cette thérapie. En effet, si les résultats des participants n'ayant pas reçu l'intervention étaient compris dans l'analyse de l'efficacité du traitement, cela engendrerait des résultats faussés.

Les résultats ont également été analysés en intention de traiter. Cette méthode permet d'assurer que les participants ont été attribués aléatoirement dans les deux groupes et non pas par choix des chercheurs.

Parmi les différents tests entrepris, afin d'assurer la validité méthodologique de l'étude, figurent le test t, le coefficient de Cohen d* ainsi que des analyses bivariées* (voir analyse multivariée dans le glossaire méthodologique).

4.4.1.1 Validité interne

Effets liés à la sélection des participants. L'étude décrite ci-dessus a été menée en simple aveugle. Cela suggère que les résidents ignoraient de quel groupe ils faisaient partie, améliorant ainsi la validité interne.

Effets liés à la mortalité échantillonnale. Les chercheurs mentionnent que les résidents ayant été exclus possédaient des caractéristiques similaires à l'échantillon. De ce fait, l'échantillon reste représentatif de la population cible.

4.4.1.2 Validité externe

Bien que l'essai clinique ait été mené en simple et non pas en double aveugle, cela a tout de même permis d'éliminer les effets Hawthorne et placebo. L'étude englobait 130 participants répondant aux critères d'inclusion et d'exclusion, rendant donc l'échantillon représentatif de la population et les résultats généralisables.

4.4.2 Pertinence clinique

Au sein du groupe MAKS, les scores de NOSGER et ceux de l'humeur et de la mémoire montrent une amélioration. De plus, les comportements sociaux et dans les activités de la vie quotidienne instrumentées ont également manifesté une amélioration. L'agressivité et l'agitation motrice durant la nuit se sont améliorées trois fois plus dans le groupe MAKS que dans le groupe témoin.

En ce qui concerne la comparaison entre les deux groupes, les résultats du groupe MAKS révèlent un plus grand risque relatif à ses membres d'atteindre ou de maintenir un état clinique sain sur tous les items de NOSGER. Parmi les items les plus importants figurent les comportements sociaux, les activités de la vie quotidienne, la mémoire, les activités de la vie quotidienne instrumentées et la fuite.

La taille de l'effet de la thérapie MAKS indique une force modérée pour le score NOSGER, les activités de la vie quotidienne instrumentées, la mémoire, l'humeur et les comportements difficiles à gérer. Par contre, cette taille de l'effet augmente chez les sujets vivant avec une démence légère à modérée. En effet, le score sur l'échelle

d'observation des infirmières pour les patients gériatriques (NOS-GER) passe de la force modérée à large.

4.4.3 « Utilité pour la pratique professionnelle »

L'étude de Luttenberger, Donath, Uter, & Graessel (2012) s'est intéressée à des personnes âgées vivant avec une démence dégénérative dans une structure de soins. Le contexte de soins et les participants correspondent donc au contexte et à la population du présent travail. A l'instar des études précédentes, cette dernière s'est également intéressée à la démence en général et n'a donc pas abordé spécifiquement la maladie d'Alzheimer. Néanmoins, ce dernier type de démence englobe environ 70 % des cas de démences.

On peut donc énoncer le fait que la thérapie multimodale MAKs permet de diminuer les symptômes de la démence. Ce résultat va dans le sens de la question de recherche du présent travail. De plus, elle présente l'avantage de stimuler diverses fonctions des résidents. La thérapie effectuée comportait une partie spirituelle, motrice, cognitive et enfin une partie axée sur les activités de la vie quotidienne instrumentées.

L'intervention proposée consistait en une intervention non-médicamenteuse et multimodale. Celle-ci n'a prouvé aucun risque supplémentaire en comparaison avec le groupe témoin. En effet, les chercheurs ont remarqué des améliorations au sein du groupe MAKs comparativement au groupe témoin. Ils ne mentionnent aucune péjoration, ni depuis le début de l'intervention, ni en comparaison avec le groupe témoin.

4.5 PROGRAMME D'INTERVENTION MULTICOMPOSANTE

Gulpers, M. J., Bleijlevens, M. H., Ambergen, T., Capezuti, E., Van Rossum, E., & Hamers, J. P. (2011). Belt Restraint Reduction in Nursing Homes: Effects of a Multicomponent Intervention Program. *Journal of the American Geriatrics Society*, 59(11), 2029-2036.

L'étude quasi-expérimentale* longitudinale de Gulpers et al. (2011) visait à évaluer les effets d'un programme d'intervention multicomposante sur l'usage de ceintures de contentions au sein de structures de soins psychogériatriques. Le programme EXBELT a été mis en place afin de réduire l'usage des ceintures de contention et institué en modifiant le règlement des structures de soins en ce qui concerne l'usage des ceintures de contention. Tout d'abord en mettant à disposition du personnel soignant un programme éducatif puis deux infirmières spécialistes pouvant être sollicitées et également en

proposant des alternatives. Les chercheurs ont ainsi tenté de trouver réponse à leurs trois questions principales :

1. Le programme EXBELT permet-il de diminuer l'usage des ceintures de contention ?
2. Le programme EXBELT réduit-il l'usage des autres contentions physiques ou celui des médicaments psychoactifs ?
3. L'abolissement des ceintures de contention entraîne-t-il une augmentation des chutes et de leurs conséquences ?

Afin de pouvoir mener leur étude et trouver des réponses, les chercheurs ont abordé 26 services de psychogériatrie dans 13 structures de soins danoises. En fonction des critères d'inclusion et d'exclusion, ils ont abouti à un échantillon de 518 résidents. Six structures de soins ont été attribuées au groupe expérimental, mettant en place le programme d'intervention multicomposante (EXBELT). Sept ont, quant à elles, fait partie du groupe témoin. Dans ce dernier groupe, les résidents ont reçu les soins standards proposés par l'établissement dans lequel ils séjournaient.

4.5.1 Validité méthodologique

Lorsque des données concernant les résidents faisaient défaut, les chercheurs ne les prenaient pas en compte. Ainsi, les résultats de 405 participants uniquement ont été analysés. De ce fait, cela a permis d'éviter de fausser les résultats. Des tests χ^2 ont été menés afin d'établir les différences de caractéristiques entre les deux groupes. Des techniques d'équations d'estimations généralisées (GEE) ont été utilisées afin d'estimer l'effet des caractéristiques sur l'usage des ceintures de contention.

4.5.1.1 Validité interne

Effets liés à la sélection des participants. Les chercheurs ont décidé d'attribuer les groupes en fonction de l'emplacement géographique. Ainsi, les structures se trouvant à proximité ont été regroupées, évitant alors des échanges d'information entre ces dernières.

Effets liés à la mortalité échantillonnale. Les chercheurs expliquent que 46 participants du groupe témoin et 67 du groupe expérimental avaient quitté l'étude. Malgré l'écart des pertes entre les deux groupes, le taux reste relativement similaire. En effet, dans le groupe témoin, les pertes représentent 29.7 % et 26.8 % dans le groupe expérimental.

4.5.1.2 Validité externe

L'étude a été menée auprès de 518 résidents ce qui représente un nombre considérable de participants. Cela permet de transférer les résultats à la population et d'en tirer des conclusions. En effet, plus l'échantillon est grand, plus il se rapproche de la population cible. De ce fait, les résultats sont d'autant plus facilement transférables.

4.5.2 Pertinence clinique

Entre le début et la fin de l'étude, l'usage des ceintures de contention a diminué de 50 % dans le groupe expérimental. En ce qui concerne le groupe témoin, les résultats révèlent que l'usage des ceintures de contention est resté semblable du début à la fin de l'étude.

À l'issue de l'étude, les contentions physiques dans l'ensemble étaient davantage utilisées au sein du groupe témoin en comparaison avec le groupe expérimental. La différence majeure au niveau des résultats entre les deux groupes concerne les ridelles de lit et les chemises de nuits. En effet, ces deux derniers moyens de contention ont été diminués au sein du groupe expérimental et augmentés dans le groupe témoin.

Il n'apparaît aucune différence notable dans l'usage de médicaments psychoactifs entre les deux groupes. Cette tendance est également valable pour les chutes et leurs conséquences. Ainsi, les participants qui n'ont pas reçu de contention physique n'ont pas comptabilisé davantage de chutes en comparaison avec le groupe témoin.

À propos des alternatives à la contention, les chercheurs stipulent que 50 % des participants du groupe expérimental n'avaient pas incité le recours aux alternatives. Cependant, des tapis sonnettes et des lits ajustables (lits réglables en hauteur afin de pouvoir les mettre au plus près du sol) ont été utilisés auprès de, respectivement, 21 et 12 % des participants du groupe expérimental.

4.5.3 « Utilité pour la pratique professionnelle »

Tout d'abord, les contextes de soins sont les mêmes pour l'étude décrite ci-dessus et ce travail de Bachelor. Cependant, les chercheurs se sont intéressés à tout type de patients vivant au sein d'un service de psychogériatrie. Comme mentionné dans leur étude, les services de psychogériatrie prodiguent des soins de longue durée principalement à des personnes présentant des troubles psychogériatriques, en particulier les démences.

Cette étude révèle que la contention physique n'est pas la solution optimale. Elle permet également de contrer les préjugés de certains soignants. En effet, nombre de

personnes estiment que la contention physique réduit les chutes. Les résultats de l'étude de Gulpers et al. (2011) démontrent que la contention physique n'atténue pas le risque de chutes et leurs conséquences. Ceci prouve également que les bénéfices de la mise en place d'un programme tel qu'EXBELT sont plus importants que les risques encourus.

4.6 RÉDUCTION DE LA CONTENTION PHYSIQUE PAR LA THÉRAPIE MULTIFACTORIELLE

Koczy, P., Becker, C., Rapp, K., Klie, T., Beische, D., Büchele, G., . . . Bredthauer, D. (2011). Effectiveness of a Multifactorial Intervention to Reduce Physical Restraints in Nursing Home Residents. *Journal of the American Geriatrics Society*, 59(2), 333-339.

L'essai clinique aléatoire par grappes* de Koczy et al. (2011) avait pour but d'évaluer l'efficacité d'une intervention multifactorielle sur la réduction de l'usage des contentions physiques. Ce programme a été élaboré auprès des équipes soignantes afin de les sensibiliser à la contention et ses effets. Ainsi, le personnel soignant a suivi des cours afin de comprendre les risques secondaires dus à la contention physique. Les alternatives et les aides techniques pour éviter les conséquences des chutes ont aussi été abordées. Certaines personnes furent également formées dans le but de sensibiliser le personnel soignant à leur établissement d'appartenance. Grâce à ce programme de sensibilisation, l'équipe soignante a détourné la contention physique de sa structure de soins.

Afin d'instaurer leur thérapie multifactorielle, les chercheurs ont tout d'abord abordé 308 établissements de soins en Allemagne. Au final, 45 structures, parmi lesquelles 333 résidents, ont été retenues pour leur étude. 208 résidents issus de 23 établissements de soins ont fait partie du groupe expérimental ayant reçu l'intervention décrite ci-dessus. Le groupe témoin était constitué de 125 résidents issus de 22 structures de soins.

Les chercheurs avaient émis l'hypothèse que l'intervention multifactorielle permettrait de réduire l'usage de la contention sans accroître les risques pour les résidents.

4.6.1 Validité méthodologique

Des modèles de régression logistique ont été appliqués afin d'évaluer l'effet de l'intervention multifactorielle sur l'usage de la contention et sur le taux de chutes.

Avant l'analyse définitive, les chercheurs ont étudié les effets de groupe sur chaque item. Toutefois, ils attestent qu'il avait un impact de 1.5 % sur la variance* alors

que l'effet individuel s'élevait à 98 %. De ce fait, les résultats peuvent être interprétés individuellement.

4.6.1.1 Validité interne

Effets liés à la sélection des participants. L'attribution aux différents groupes s'est faite de manière aléatoire. Toutefois, ce ne sont pas les résidents qui ont été attribués aux deux groupes de l'étude mais les structures de soins.

Effets liés à la mortalité échantillonnale. Perte de 60 participants dans le groupe expérimental et 37 dans le groupe témoin. Cela représente respectivement un taux de pertes de 28.8 % et 29.6 %. Ces taux sont presque similaires et permettent de conclure que l'effet lié à la mortalité échantillonnale n'est pas considérable.

4.6.1.2 Validité externe

L'analyse finale a pris en compte les résultats de 333 participants.

4.6.2 Pertinence clinique

Après trois mois, la probabilité d'avoir recours à la contention physique était deux fois moins importante au sein du groupe expérimental. Les résultats révèlent que les participants du groupe expérimental ont totalisé davantage de chutes durant le temps de l'étude. Cependant, ce résultat ne se montre pas statistiquement significatif. Aucun effet n'a été observé quant à la quantité de médicaments psychoactifs ou le changement de comportement.

4.6.3 « Utilité pour la pratique professionnelle »

Les chercheurs ont évalué l'effet de leur programme éducatif au sein des établissements de soins et auprès des résidents vivant avec une démence et ayant recours à la contention. De ce fait, les trois concepts majeurs du présent travail sont intégrés dans cette étude.

La mise en place du programme éducatif et de sensibilisation auprès des professionnels de la santé a permis de diminuer l'usage des contentions. En ce qui concerne les conséquences de l'abolition de la contention, le risque de chute n'est pas manifeste dans cette étude. Toutefois, sur les 44 chutes intervenues durant le protocole, deux seulement étaient des fractures soit environ 4.5 %. De plus, la gravité de ces fractures n'est pas mentionnée par les chercheurs. De ce fait, le risque reste tout de même moindre en comparaison avec les bénéfices de l'abolition de la contention.

4.7 SYNTHÈSE DES PRINCIPAUX RÉSULTATS

Les résultats sont regroupés en trois champs : suppression de la contention, musicothérapie et thérapies multimodales. Une analyse selon ces trois champs est menée dans la section discussion.

A travers les six études retenues et décrites ci-dessus, les chercheurs démontrent que la thérapie musicale en cycles de sessions était aussi efficace que la thérapie musicale en continu. En effet, les hallucinations, l'agitation et l'apathie ont été réduites dans le groupe expérimental. En ce qui concerne la dépression, l'anxiété et l'irritabilité, elles ont été améliorées dans les deux groupes.

La thérapie musicale individuelle a en outre permis de réduire l'agitation et d'éviter l'augmentation de la médication psychoactive des résidents.

Les chercheurs sont parvenus à mettre en évidence l'utilité d'adapter les activités selon les centres d'intérêts des sujets. En effet, cela a diminué l'anxiété et l'agitation. En proposant des activités uniquement adaptées selon le niveau fonctionnel des résidents, ces derniers se sont montrés moins engagés et donc plus passifs. La combinaison des centres d'intérêts et du niveau fonctionnel a donc permis de réduire la passivité et d'améliorer l'humeur. Toutefois, ce genre d'activités a accentué l'agitation.

Les résidents recevant l'intervention non pharmacologique et multifactorielle ont amélioré en six mois les symptômes en relation avec la démence – incluant l'humeur, les comportements difficiles, les comportements sociaux, l'indépendance dans les activités, instrumentales notamment, de la vie quotidienne et la cognition. Cependant, la thérapie multimodale MAKS n'a pas permis de diminuer les besoins en soins des résidents.

Finalement, les deux dernières études évaluant l'usage des contentions physiques démontrent que le programme éducatif auprès du personnel soignant tend à restreindre l'usage de la contention. De plus, aucune différence en ce qui concerne la médication psychoactive ne s'est révélée significative. Les équipes soignantes ont pu se rendre compte que la suppression de l'usage des ceintures de contention n'augmentait pas la fréquence des chutes ni leur gravité. Étant donné que le personnel soignant s'est vu interdire la mise en place de la contention physique, il a dû appliquer d'autres stratégies comme le tapis-sonnette.

5 DISCUSSION

5.1 DISCUSSION DES RÉSULTATS

5.1.1 Suppression de la contention

Le but de ce travail était de trouver des alternatives à la contention des personnes vivant avec la maladie d'Alzheimer au sein des établissements médico-sociaux. Les résultats des études de Gulpers et al. (2011) et Koczy et al. (2011) révèlent que la suppression de l'usage des ceintures de contention n'augmente ni la fréquence des chutes, ni leur gravité. De plus, l'interdiction de la contention physique a favorisé les équipes soignantes à concevoir d'autres stratégies. Parmi les alternatives, les chercheurs font référence aux tapis-sonnettes et à l'utilisation de lits ajustables.

Ces constats permettent de conclure que la contention physique ne porte aucun effet sur les risques de chutes. En outre, cela rejoint diverses études (Johnson, Ostaszkiwicz, & O'Connell, 2009 ; Suen, et al., 2006 ; Moore & Haralambous, 2007 ; Pellfolk, Gustafson, Bucht, & Karlsson, 2010 ; Weiner, Tabak, & Bergman, 2003 ; Jakobsen & Sørli, 2010) mentionnées à la section problématique. En effet, les deux études retenues traitant de la contention accentuent l'importance de la sensibilisation et de l'apport de connaissances et de soutien auprès du personnel soignant afin de pouvoir supprimer l'usage de la contention.

De plus, les quatre autres études choisies pour ce travail témoignent des bénéfices liés à la mise en place d'alternatives à la contention. De ce fait, si la suppression de la contention et la mise en place des alternatives étaient combinées, les effets pourraient être plus d'autant importants.

5.1.2 Thérapie musicale

Les deux études ayant utilisé la thérapie musicale en révèlent l'efficacité sur l'agitation. En effet, qu'elle soit administrée de manière continue ou par cycles, qu'elle s'applique de façon individuelle ou collective, elle atténue les symptômes comportementaux de la démence. La différence entre les deux études réside dans le choix de l'échelle d'évaluation de l'agitation. L'étude de Raglio et al. (2010) se basait sur l'inventaire neuropsychiatrique et celle de Ridder, Stige, Qvale, & Gold (2013) sur l'échelle d'agitation de Cohen-Mansfield. Bien que ces deux échelles soient distinctes, elles prennent en considération les quatre dimensions de l'agitation (agitation verbale non agressive et agressive ; agitation physique non agressive et agressive). Ces deux échelles figurent dans l'annexe VII.

Durant leur essai clinique aléatoire, Raglio et al. (2010) ont remarqué que le degré d'agitation après le premier cycle de sessions musicales se maintenait et ne revenait pas au degré de départ. Ce constat indique que l'équipe soignante a la possibilité de mettre en place une thérapie musicale même si elle ne peut pas être administrée en continu. Cela permet d'acquérir une certaine souplesse dans l'organisation du personnel concerné.

L'agitation est parfois le seul moyen qu'il reste aux personnes vivant avec une démence pour exprimer leur inconfort (Phaneuf, 2007, p. 212). De cette façon, la musique peut s'avérer utile, voire nécessaire, au maintien de la communication.

5.1.3 Thérapies multimodales

Les résultats issus des études de Kolanowski, Litaker, Buettner, Moeller, & Costa (2011) et Luttenberger, Donath, Uter, & Graessel (2012) dévoilent l'importance de connaître les centres d'intérêts des résidents afin d'instituer des interventions adéquates. En outre, ces thérapies multimodales permettent de réduire l'agitation des résidents vivant avec une démence. De ce fait, ils se montreront plus calmes, déambuleront moins et seront donc moins contraints à la contention.

Ainsi, les interventions tendant à diminuer l'agitation atténueraient l'utilisation de la contention. Cette tendance paraît renforcée si le personnel soignant est sensibilisé et possède les ressources internes et externes nécessaires.

5.1.4 Formation du personnel

Ridder, Stige, Qvale, & Gold (2013) indiquent que les musicothérapeutes intervenant possédaient une formation universitaire de cinq ans et étaient spécialisés dans la démence. En ce qui concerne l'essai clinique de Raglio et al. (2010), les chercheurs ne précisent pas la formation menée par les musicothérapeutes. Celle-ci diffère donc de la formation en soins infirmiers. Ainsi, la musicothérapie doit être prodiguée par des spécialistes.

Finalement, pour les quatre autres études, les auteurs ne stipulent pas le type de formation des thérapeutes. Toutefois, ils indiquent qu'il s'agissait de thérapeutes spécifiques. Il est donc judicieux de se demander si le personnel infirmier possède les notions nécessaires pour instituer ces différentes thérapies proposées.

5.2 DISCUSSION DE LA QUALITÉ ET DE LA CRÉDIBILITÉ DES ÉVIDENCES

5.2.1 Cycles de sessions de thérapie musicale

Compte tenu du fait que l'échantillon sélectionné pour participer à l'étude était mince (n=60), il est envisageable qu'il ne soit pas représentatif de la population. De plus, l'attribution des participants au sein des deux groupes (expérimental et témoin) n'a pas été convenablement randomisée puisque, selon l'inventaire neuropsychiatrique, dans le groupe expérimental les participants présentaient davantage de troubles du comportement. Ce phénomène est principalement dû au manque de standardisation des critères de randomisation. Les résultats mis en avant par cette étude indiquent que l'agitation s'est amoindrie au sein du groupe expérimental. Il est pertinent de se demander si ce résultat n'est pas le reflet d'une présence initiale plus importante de troubles du comportement au sein du groupe expérimental.

En outre, les chercheurs mentionnent que les scores, toujours selon l'inventaire neuropsychiatrique, se sont améliorés dans les deux groupes. Cela signifie que les membres du groupe témoin, n'ayant participé qu'aux activités habituelles de l'établissement, présentaient tout de même moins d'agitation. Cette tendance peut s'expliquer par l'absence de procédure en double aveugle. Toutefois, il est difficile de mettre une telle procédure en place. En effet, les participants savaient s'ils recevaient ou non l'intervention puisque les chercheurs n'utilisaient pas d'intervention placebo. Dans le cas contraire, les résultats auraient pu être faussés par l'éventuelle influence de cette intervention placebo.

Le temps nécessaire au protocole par résident s'est en moyenne élevé à 30 minutes hebdomadaires. Toutefois, il est important de souligner que cette étude prouve que la thérapie musicale en cycles de sessions est aussi efficace qu'en continu. De ce fait, cela permet à l'équipe soignante de bénéficier d'une certaine souplesse dans son organisation.

5.2.2 Thérapie musicale individuelle

Comme pour l'étude précédente, l'essai clinique aléatoire exploratoire de Ridder, Stige, Qvale, & Gold (2013) a utilisé un échantillon modeste (n=42). De plus, il se trouve que les deux groupes affichaient une moyenne de score MMSE différente au début de l'étude. En effet, le score moyen du groupe témoin étant plus bas, il présentait des troubles plus importants sur les plans cognitif et mnésique. Néanmoins, les chercheurs précisent qu'ils n'ont pas observé d'influence de ce score sur les résultats de l'étude.

Ridder, Stige, Qvale & Gold (2013) font part d'un manque de procédure en double aveugle. En effet, les personnes récoltant les informations et administrant les séances musicales avaient connaissance de la répartition des groupes. Ils notent également un manque de données malgré la proximité des enquêteurs et proposent donc, lors d'une prochaine étude, l'intervention de personnes formées.

Hormis ces problèmes qui démontrent la validité méthodologique, cette thérapie musicale individuelle se révèle chronophage. En effet, chaque session a duré 34 minutes en moyenne et ce, deux fois par semaine. Cela représente donc environ une heure par semaine et par résident. De plus, il est nécessaire que le thérapeute musical soit formé.

Finalement, les deux thérapies musicales présentées durant ce travail étaient administrées par des personnes formées dans le domaine. De ce fait, un investissement au niveau du personnel est nécessaire afin de mettre en place ces interventions. Toutefois, ces études ont permis de sensibiliser le personnel infirmier à la compréhension de l'agitation chez les personnes vivant avec une démence.

5.2.3 Activités adaptées au niveau fonctionnel et/ou aux centres d'intérêts

Kolanowski, Litaker, Buettner, Moeller, & Costa (2011) mentionnent dans leur étude que, dans le groupe dont les activités étaient adaptées selon les centres d'intérêt, les participants ont obtenu un score moyen MMSE plus élevé et reçu une plus longue administration que ceux des autres groupes. L'agitation a-t-elle baissé de manière plus significative car les participants présentaient moins de troubles cognitifs et mnésiques ? En effet, un score MMSE plus élevé explique le fait que la cognition et la mémoire soient moins affectées. Les participants sont ainsi plus à même de comprendre l'intervention administrée et donc plus réceptifs.

5.2.4 Effets de la thérapie multimodale sur les symptômes et besoins en soins

Lors de leur étude longitudinale contrôlée randomisée en simple aveugle, Luttenberger, Donath, Uter, & Graessel (2012) ont mis en place la thérapie multimodale MAKs. Cette dernière a l'avantage de toucher toutes les sphères bio-psycho-socio-spirituelles des résidents. Cependant, cela requiert beaucoup plus de temps puisque c'est plus d'une heure hebdomadaire qui fût consacrée à chaque résident.

Cette étude n'a pas utilisé de procédure en double aveugle puisque ce sont les infirmières s'occupant habituellement des résidents qui ont pris note des observations.

Étant donné qu'elles avaient déjà les résidents en charge avant que l'étude ne soit entreprise, elles savaient si les sujets faisaient partie du groupe expérimental puisque, dans ce cas, ils recevaient une thérapie supplémentaire.

5.2.5 Programme d'intervention multicomposante

Gulpers et al. (2011) ont mis en place le programme EXBELT afin de vérifier les conséquences de la suppression de la contention. Toutefois, leur étude présente un manque de randomisation puisque les chercheurs ont attribué les structures de soins dans les deux différents groupes en fonction de leur géolocalisation. De plus, il manque à cette étude une procédure en double aveugle. En effet, les résidents et les soignants avaient connaissance de l'usage de la contention.

5.2.6 Réduction de la contention physique par la thérapie multifactorielle

Koczy, et al. (2011), dans leur essai clinique aléatoire par grappes, font mention d'un manque d'équité entre les deux groupes. En effet, la contention a davantage été utilisée dans le groupe expérimental. De plus, la fréquence des chutes avant l'intervention et le besoin en soins se sont révélés plus élevés dans le groupe expérimental. Ce manque d'équité entre les deux groupes peut en partie être expliqué par la procédure de randomisation par grappes.

Les chercheurs signalent également l'absence d'une procédure en aveugle durant leur étude. Comme pour l'étude précédente, la mise en place d'un tel protocole s'est avérée difficile.

Finalement, les chercheurs indiquent que les résultats peuvent varier d'un pays à l'autre. En l'occurrence, tous les pays n'ont pas la même législation sur la contention physique en vigueur.

5.3 LIMITES ET CRITIQUES DE LA REVUE DE LA LITTÉRATURE

Le choix de conserver uniquement des essais cliniques aléatoires présente une limite à ce travail. En voulant garder des études avec un haut niveau de preuve, le nombre d'alternatives à la contention a été largement restreint. En effet, seuls la musicothérapie, les thérapies multimodales et les programmes de sensibilisation ont été abordés.

Lors de la phase exploratoire sur la base de données CINHAL, aucune étude répondant aux critères d'inclusion et d'exclusion n'a été trouvée dans le contexte Suisse. Quelques études ont été menées en Europe, facilitant tout de même le transfert des

données. Cette faiblesse permet de développer l'esprit critique en analysant étude par étude et en comparant les différents contextes.

Parmi les forces de la revue de la littérature, une recherche diversifiée a été effectuée afin de relever des données pour poser la problématique. Divers articles et études ont été utilisés afin de conforter les préjugés et les idées qui avaient émergé avant l'élaboration de ce travail. Une fois la question de recherche posée et les bases de données consultées, six études ont été retenues. Ces dernières ont permis d'investiguer quant aux alternatives à la contention chez les personnes vivant avec la maladie d'Alzheimer.

Compte tenu des critères d'inclusion et d'exclusion de la sélection des études pour le présent travail, certaines n'ont pas été retenues. Plusieurs affichent toutefois des résultats intéressants, raison pour laquelle elles figurent dans un tableau en annexe III. Ce dernier résume les apports utiles pour la thématique en question.

6 CONCLUSIONS

6.1 PROPOSITIONS POUR LA PRATIQUE

Il se révèle, tout d'abord, important d'effectuer un ample recueil de données. En effet, cela permet au personnel soignant d'élaborer des sujets de discussion, de comprendre les raisons de l'agitation du sujet et de mettre en place des activités qui lui conviennent. Il semble judicieux que le personnel infirmier récolte des informations sur l'histoire de vie des nouveaux résidents tant que leurs capacités cognitives le permettent. Dans le cas contraire, il s'avère profitable de travailler en collaboration avec les proches aidants.

Ensuite, si la contention physique ou chimique fait partie des habitudes de l'établissement médico-social, la direction devrait se positionner. En effet, si la contention était découragée voire supprimée par la direction elle-même, cela garantirait un impact plus important que le seul avis d'un professionnel. De plus, les chutes ne sont pas nécessairement plus fréquentes lors de la suppression de la contention.

Finalement, afin de diminuer les troubles du comportement chez les résidents vivant avec la maladie d'Alzheimer, la musicothérapie a prouvé son efficacité. En outre, elle peut être administrée en discontinu et produire autant d'effet. Cela permet d'acquérir une certaine flexibilité dans l'organisation du service. Lors du recueil de données, il serait utile de collecter des renseignements quant aux goûts musicaux des résidents mais également au sujet de leurs activités passées. De cette façon, il serait plus aisé de concevoir des solutions individualisées et adaptées à leurs besoins.

6.2 PROPOSITION POUR LA FORMATION

Durant la formation de Bachelor en soins infirmiers, la nécessité de perfectionner les connaissances est mise en avant. De ce fait, il paraît essentiel que les professionnels du corps disciplinaire infirmier s'informent sur les alternatives à la contention. Il serait envisageable qu'un intervenant titulaire d'un diplôme en soins infirmiers mène des recherches et partage ses compétences et son savoir avec le reste de l'équipe. Cela pourrait également avoir lieu en constituant des groupes de travail. Ainsi, les personnes se sentiraient plus impliquées. Il serait également bénéfique d'envisager des formations continues afin de sensibiliser davantage le personnel infirmier à la compréhension de l'agitation et aux différentes alternatives pour y faire face.

Au sein des établissements médico-sociaux, le personnel infirmier est fréquemment en nombre inférieur à celui des aides-soignants. L'équipe infirmière devrait

mettre à disposition ses connaissances de la démence au profit des autres membres de l'équipe soignante et se positionner en tant que référente afin que les différents professionnels de la santé puissent la solliciter si des questions se posaient.

Finalement, durant la formation Bachelor en soins infirmiers, la gérontechnologie a été abordée de façon succincte durant le module traitant des polyopathologies. Toutefois, elle a été dispensée dans l'optique d'un maintien à domicile. Il apparaît intéressant d'évaluer l'utilité de la technologie au sein des établissements médico-sociaux. Il serait parallèlement envisageable d'exposer des projets communs aux filières « soins infirmiers » et « ingénierie » de la HES-SO. Ainsi, les étudiants de l'ingénierie seraient en mesure de prendre en compte les avis des étudiants infirmiers de par leurs expériences au sein des EMS.

6.3 PROPOSITIONS POUR LA RECHERCHE

Il serait sans doute également avantageux de pouvoir quantifier le temps nécessaire à la mise en place de la contention. En effet, le personnel soignant utilise ces mesures coercitives et des surveillances doivent être effectuées. Il semble donc intéressant de savoir si l'usage des contentions diminue significativement le temps consacré à chaque résident. Une fois quantifié, il pourrait être comparé au temps nécessaire à la mise en place des alternatives et offrir ainsi des informations probantes.

Quant à l'effet des unités de soins spécialisées, il paraît profitable de mener une étude qualitative afin d'évaluer le degré de satisfaction au sein de ces unités. Ainsi, le personnel soignant pourrait mettre en évidence les avantages et les inconvénients de ce genre de structures. De plus, les ressentis des proches pourraient également être récoltés afin d'évaluer leur point de vue quant à l'efficacité de ces établissements.

En définitive, il semble nécessaire d'effectuer davantage de recherches au sujet des alternatives à la contention chez les résidents vivant avec la maladie d'Alzheimer. En effet, la population suisse fait face à un nombre toujours plus élevé de personnes âgées issues de la génération « baby-boom » (Office fédérale de la statistique, 2015). De ce fait, des études devraient être menées, notamment sur l'efficacité de la zoothérapie, de la stimulation olfactive ou des médecines complémentaires, en gardant toujours comme objectif le rôle autonome infirmier.

BIBLIOGRAPHIE

- Académie Suisse des Sciences Médicales. (2005, mai 24). *Mesures de contrainte en médecine*. Récupéré sur SAMW: <http://www.samw.ch/fr/Ethique/Directives/Archive.html>
- Akhondzadeh, S., Shafiee-Sabet, M., Harirchian, H., Togha, M., Cheraghmakani, H., Razeghi, S., . . . Moradi, A. (2010). Saffron in the treatment of patients with mild to moderate Alzheimer's disease: a 16-week, randomized and placebo-controlled trial. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 35, 581-588.
- Association Alzheimer Suisse. (2010, septembre). *Préparer l'entrée en EMS*. Récupéré sur Association Alzheimer Suisse Valais: <http://www.alz.ch/vs/index.php/problemes-specifiques.html>
- Association suisse des infirmières et infirmiers. (2013). *L'éthique et la pratique infirmière*. Berne: SBL - ASI.
- Chuang, Y.-H., & Huang, H.-T. (2005). Nurses' feelings and thoughts about using physical restraints on hospitalized older patients. *Older People*, 486-494.
- CHUV. (2005, Août 09). *Mesures de contrainte à l'égard du patient*. Récupéré sur http://www.samw.ch/dms/de/Portrait/Kommissionen/ZEK-Intranet/Institutionelle-Weisungen_Schweiz/Akutspitaeler/CHUV/dim_proc_mesures_contrainte.pdf
- Confédération suisse. (2014, juillet 1). *Code civil suisse*. Récupéré sur <http://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/19070042/index.html#a80>
- Confédération suisse. (2014, juillet 1). *Code pénal suisse*. Récupéré sur <http://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/19370083/index.html#a181>
- Confédération suisse. (2014, Mai 18). *Constitution fédérale de la Confédération suisse*. Récupéré sur <http://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/19995395/index.html>
- Corbaz, P. (2011). *Protection et liberté dans les confis de la vie*. Vevey: Editions de l'Aire.
- Défontaines, B. (2004). *Les démences. Classification, clinique, physiopathologie et traitements* (éd. 2e). Paris: ÉDITIONS MED-LINE.
- Dewing, J. (2010). Responding to agitation in people with dementia. *Nursing Older People*, 22(6), 18-25.

Dictionnaires Le Robert. (2014). *Le Petit Robert*. Paris: Dictionnaires Le Robert.

Effect Size. (s.d.). Récupéré sur Research Rundowns:
<https://researchrundowns.wordpress.com/quantitative-methods/effect-size/>

Egede-Nissen, V., Jakobsen, R., Sellevold, G. S., & Sorlie, V. (2012). Time ethics for persons with dementia in care homes. *Nursing Ethics*, 20(1), 51-60.

Evans, D., & FitzGerlad, M. (2002). Reasons for physically restraining patients and residents: a systematic review and content analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 39, 735-743.

Evans, D., Wood, J., & Lambert, L. (2003). Patient injury and physical restraint devices: a systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 41(3), 274-282.

Faculté de médecine Pierre & Marie Curie. (s.d.). *Les essais randomisés*. Récupéré sur Faculté de médecine Pierre & Marie Curie:
<http://www.chups.jussieu.fr/polys/biostats/poly/POLY.Chp.15.3.html>

Feng, Z., Hirdes, J. P., Smith, T. F., Finne-Soveri, H., Chi, I., Du Pasquier, J.-N., . . . Mor, V. (2009). Use of physical restraints and antipsychotic medications in nursing homes: a cross-national study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 24(10), 1110-1118.

Grand Conseil du canton du Valais. (2008, Février 14). *Loi sur la santé*. Récupéré sur http://www.hopitalduchablais.ch/6.loi_sante_publicque_valais.pdf

Gulpers, M. J., Bleijlevens, M. H., Ambergen, T., Capezuti, E., Van Rossum, E., & Hamers, J. P. (2011). Belt Restraint Reduction in Nursing Homes: Effects of a Multicomponent Intervention Program. *JAGS*, 59(11), 2029-2036.

Hamers, J. P., Gulpers, M. J., & Strik, W. (2004). Use of physical restraints with cognitively impaired nursing home residents. *Issues and innovations in nursing practice*, 45(3), 246-251.

Haute Autorité de Santé. (2009, Mai). *Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs*. Récupéré sur http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-07/maladie_dalzheimer-troubles_du_comportement_perturbateurs-recommandations.pdf

- Held, C., & Ermini-Fünfschilling, D. (2010). *Maladie d'Alzheimer : accueillir la démence*. Genève: Editions Médecins & Hygiène.
- Hoe, J., & Thompson, R. (2010). Promoting positive approaches to dementia care in nursing. *Nursing Standard*, 25(4), 47-56.
- Höpflinger, F., Bayer-Oglesby, L., & Zumbunn, A. (2011). *La dépendance des personnes âgées et les soins de longue durée* (éd. 1e). Bern: Verlag Hans Huber.
- HUG. (2014, janvier 8). *Mesures physiques limitant la liberté de mouvement*. Récupéré sur <http://www.hug-ge.ch/sites/interhug/files/documents/soigner/ethique/limites-liberte-mouvement.pdf>
- Institut de Formation M & R. (s.d.). *La méthode de Validation de Naomi Feil*. Récupéré sur VFvalidation: <http://vfvalidation.fr/naomi-feil/la-methode-de-validation-de-naomi-feil/>
- Jakobsen, R., & Sørli, V. (2010). Dignity of older people in a nursing home: Narratives of care providers. *Nursing Ethics*, 17(3), 289-300.
- Johnson, S., Ostaszkievicz, J., & O'Connell, B. (2009). Moving Beyond Resistance to Restraint Minimization : A Case Study of Change Management in Aged Care. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 210-218.
- Khan, F., & Curtice, M. (2011). Non-pharmacological management of behavioural symptoms of dementia. *British Journal of Community Nursing*, 16(9), 441-447.
- Kirkevold, Ø., & Engedal, K. (2008). Quality of care in Norwegian nursing homes – deficiencies and their correlates. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 22, 560-567.
- Koczy, P., Becker, C., Rapp, K., Klie, T., Beische, D., Büchele, G., . . . Bredthauer, D. (2011). Effectiveness of a Multifactorial Intervention to Reduce Physical Restraints in Nursing Home Residents. *JAGS*, 59(2), 333-339.
- Kolanowski, A., Litaker, M., Buettner, L., Moeller, J., & Costa, P. T. (2011). A Randomized Clinical Trial of Theory-Based Activities for the Behavioural Symptoms of Dementia in Nursing Home Residents. *JAGS*, 59(6), 1032-1041.
- Lai, C. K. (2007). Nurses using physical restraints: Are the accused also the victims? – A study using focus group interviews. *BMC Nursing*, 6(5), 1-7.

- Lai, C., Yeung, J., Mok, V., & Chi, I. (2009). Special care units for dementia individuals with behavioural problems. *The Cochrane Collaboration*, 1-51.
- Lejman, E., Westerbotn, M., Pöder, U., & Wadensten, B. (2013). The ethics of coercive treatment of people with dementia. *Nursing Ethics*, 20(3), 248-262.
- Loiselle, C. G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Saint-Laurent: ERPI.
- Lonergan, E., Luxenberg, J., Colford, J. M., & Birks, J. (2012). Haloperidol for agitation in dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 5, 1-47.
- Luttenberger, K., Donath, C., Uter, W., & Graessel, E. (2012). Effects of Multimodal Nondrug Therapy on Dementia Symptoms and Need for Care in Nursing Home Residents with Degenerative Dementia : A Randomized-Controlled Study with 6-Month Follow-Up. *JAGS*, 60(5), 830-840.
- Manuila, A., Manuila, L., Lewalle, P., Nicoulin, M., & Papo, T. (2004). *Dictionnaire médical Manuila* (éd. 10e). Paris: Masson.
- Meyer, G., Köpke, S., Haastert, B., & Mühlhauser, I. (2008). Restraint use among nursing home residents: cross-sectional study and prospective cohort study. *Journal of Clinical Nursing*(18), 981-990.
- Mintzer, J., & Burns, A. (2000). Anticholinergic side-effects of drugs in elderly people. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 93, 457-462.
- Moore, K., & Haralambous, B. (2007). Barriers to reducing the use of restraints in residential elder care facilities. *Journal of Advanced Nursing*, 58(6), 532-540.
- Moyle, W., Cooke, M. L., Beattie, E., Shum, D. H., O'Dwyer, S. T., & Barrett, S. (2013). Foot massage versus quiet presence on agitation and mood in people with dementia: A randomised controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 51(2014), 856-864.
- Nordgren, L., & Engström, G. (2014). Effects of dog-assisted intervention on behavioural and psychological symptoms of dementia. *Nursing Older People*, 26(3), 31-38.
- Office fédérale de la statistique. (2012). Santé des personnes âgées vivant en établissement médico-social. *Statistique de la Suisse*, 1-42.

- Office fédérale de la statistique. (2015). *Etat et structure de la population - Indicateurs*. Récupéré sur http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/01/02/blank/key/alter/nach_geschlecht.html
- OMS. (2012, Avril). *La démence*. Récupéré sur Organisation mondiale de la Santé: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/fr/>
- OMS. (2012, Avril 11). *Les cas de démence devraient tripler d'ici 2050 mais demeurent en grande partie négligés*. Récupéré sur Organisation mondiale de la Santé: http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2012/dementia_20120411/fr/
- Pellfolk, T. J.-E., Gustafson, Y., Bucht, G., & Karlsson, S. (2010). Effects of a Restraint Minimization Program on Staff Knowledge, Attitudes, and Practice: A Cluster Randomized Trial. *Journal of the American Geriatrics Society*, 58(1), 62-69.
- Phaneuf, M. (2007). *La maladie d'Alzheimer et la prise en charge infirmière* (éd. 2e). Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2012). *Nursing Research : Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice* (éd. 9e). Philadelphie: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Pulsford, D., Duxbury, J. A., & Hadi, M. (2011). A survey of staff attitudes and responses to people with dementia who are aggressive in residential care settings. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*(18), 97-104.
- Raglio, A., Bellelli, G., Traficante, D., Gianotti, M., Ubezio, M., Gentile, S., . . . Trabucchi, M. (2010). Efficacy of music therapy treatment based on cycles of sessions: A randomised controlled trial. *Aging & Mental Health*, 14(8), 900-904.
- Ridder, H. M., Stige, B., Qvale, L. G., & Gold, C. (2013). Individual music therapy for agitation in dementia: an exploratory randomized controlled trial. *Aging & Mental Health*, 17(6), 667-678.
- Ridley, J., & Jones, S. (2012). Clamping down on the use of restrictive practices. *Learning Disability Practice*, 15(2), 33-36.
- Sakamoto, Y., Ebihara, S., Ebihara, T., Tomita, N., Toba, K., Freeman, S., . . . Kohzuki, M. (2012). Fall Prevention Using Olfactory Stimulation with Lavender Odor in

- Elderly Nursing Home Residents: A Randomized Controlled Trial. *JAGS*, 60(6), 1005-1011.
- Santé et Services sociaux du Québec. (s.d.). *Troubles psychotiques*. Récupéré sur Gouvernement du Québec: http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sante/sante_mentale/index.php?id=64,11,0,0,1,0
- Service de la santé publique. (2005, Août). *La prise en charge des personnes âgées dépendantes*. Récupéré sur http://www.vs.ch/Press/DS_3/CP-2005-10-21-8352/fr/rapport.pdf
- Service de la santé publique. (2011, Septembre). *Les personnes atteintes de pathologies démentielles. Etat des lieux en Valais*. Récupéré sur Association Alzheimer Suisse: <http://www.alz.ch/index.php/activites-politiques.html>
- Suen, L. K., Lai, C., Wong, T., Chow, S., Kong, S., Ho, J., . . . Wong, I. (2006). Use of physical restraints in rehabilitation settings: staff knowledge, attitudes and predictors. *Issues and innovations in nursing practice*, 20-28.
- The Campbell Collaboration. (s.d.). *What is a systematic review?* Récupéré sur http://www.campbellcollaboration.org/what_is_a_systematic_review/
- URC-Est. (2002, Novembre). *Lexique*. Récupéré sur <http://www.urcest.chusa.upmc.fr/cadrelexique.php?fich=Lexique/Lexique.htm>
- Vance, D. E., Burgio, L. D., Roth, D. L., Stevens, A. B., Fairchild, J. K., & Yurick, A. (2003). Predictors of Agitation in Nursing Home Residents. *Journal of Gerontology*, 58B(2), 129-137.
- Vanderheyden, J.-E., & Kennes, B. (2009). *La prise en charge des démences : approches transdisciplinaires du patient et de sa famille : Alzheimer, Parkinson et autres démences*. Bruxelles: De Boeck.
- Voyer, P. (2013). *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie* (éd. 2e). Saint-Laurent: ERPI.
- Wallach, C. (2012). Le syndrome de Capgras : revue de la littérature et modélisation. *Human health and pathology*.

- Watson, K., Chang, E., & Johnson, A. (2012). The efficacy of complementary therapies for agitation among older people in residential care facilities : a systematic review. *Library of Systematic Reviews*, 10(53), 3414-3486.
- Weiner, C., Tabak, N., & Bergman, R. (2003). The Use of Physical Restraints for Patients Suffering from Dementia. *Nursing Ethics*, 10(5), 512-525.

Annexe I

Tableaux de recension

Etude n°1

Raglio, A., Bellelli, G., Traficante, D., Gianotti, M., Ubezio, M., Gentile, S., . . . Trabucchi, M. (2010). Efficacy of music therapy treatment based on cycles of sessions: A randomised controlled trial. *Aging & Mental Health*, 14(8), 900-904.

<p>Type d'étude ou devis : Essai clinique aléatoire.</p> <p>Paradigme: Positiviste.</p> <p>Niveau de preuve : Niveau 2a.</p>	<p>Echantillon : 60 patients issus de 5 structures de soins italiennes.</p> <p>Echantillonnage : Échantillonnage aléatoire simple*.</p> <p>Critères d'inclusion / d'exclusion : <u>Critères d'inclusion :</u> 1.Diagnostic de démence de type Alzheimer, vasculaire ou mixte selon les critères du Manuel de Diagnostic et Statistique IV (DSM IV) 2.Le degré de sévérité a été mesuré selon l'Echelle Clinique de la Démence à un score supérieur ou égal à 2/5 3.Un score MMSE inférieur ou égal à 18/30 4.La présence de perturbations du comportement <u>Critères d'exclusion :</u> Ne sont pas mentionnés.</p>	<p>But : Le but de l'étude était d'évaluer l'efficacité d'une thérapie musicale - basée sur trois cycles avec un mois de pause entre les cycles - sur les perturbations du comportement chez les patients vivant avec une démence sévère.</p> <p>Groupes : 1.Participant à la thérapie musicale 2.Groupe témoin</p> <p>Question de recherche : La thérapie musicale basée en cycles de sessions est-elle aussi efficace que la thérapie musicale continue ? Cette question de recherche est inférée à partir du but.</p> <p>Hypothèse : Aucune hypothèse n'est émise.</p>	<p>Concepts Cadre de référence Cadre théorique : Psychologie intersubjective, Inventaire Neuropsychiatrique (NPI).</p>	<p>Méthode de collecte des données : Méthode de collecte des données longitudinale. Les sessions ont été filmées par le même caméraman du début à la fin de l'étude. Les vidéos ont ensuite été analysées par les thérapeutes musicaux n'étant pas directement engagés dans le traitement afin d'évaluer objectivement l'attention des participants.</p> <p>Ethique : Le consentement libre et éclairé a été obtenu auprès des proches de tous les patients. Le protocole a été approuvé par le comité d'éthique des sciences gérontologiques du groupe de recherche gériatrique d'Italie.</p>	<p>Méthode d'analyse : Une ANOVA a été menée avec les scores cognitifs, fonctionnels et comportementaux. Afin d'évaluer les changements en référence à chaque item de l'Inventaire Neuropsychiatrique (NPI) sur la durée, une MANOVA a été entreprise.</p> <p>Logiciel statistique : Les données ont été analysées avec le logiciel SPSS (version 15).</p>	<p>Résultats Conclusion : Les scores globaux du NPI se sont améliorés dans les deux groupes ($p < 0.001$). Les hallucinations ($p < 0.01$), l'agitation ($p < 0.001$) et l'apathie ($p < 0.01$) ont été réduites dans le groupe expérimental. Tandis que la dépression ($p < 0.01$), l'anxiété ($p < 0.001$) et l'irritabilité ($p < 0.05$) ont affiché de meilleurs résultats dans les deux groupes.</p> <p>Forces et faiblesses de l'étude : <u>Faiblesse(s) :</u> - Les critères de randomisation ne sont pas standardisés. - Les scores globaux du NPI étaient différents (mais pas remarquablement) au début de l'étude entre les deux groupes</p>
---	--	---	---	--	--	---

Etude n°2

Ridder, H. M., Stige, B., Qvale, L. G., & Gold, C. (2013). Individual music therapy for agitation in dementia: an exploratory randomized controlled trial. *Aging & Mental Health*, 17(6), 667-678.

<p>Type d'étude ou devis : Essai clinique aléatoire exploratoire.</p> <p>Paradigme: Positiviste.</p> <p>Niveau de preuve : Niveau 2a.</p>	<p>Echantillon : 42 résidents issus de 10 structures de soins norvégiennes et 4 danoises.</p> <p>Echantillonnage : Échantillonnage aléatoire simple.</p> <p>Critères d'inclusion / d'exclusion : <u>Critères d'inclusion :</u> 1. Résidents d'une structure de soins vivant avec une démence modérée à sévère 2. Diagnostic de démence posé 3. Structure de soins utilisant la thérapie musicale 4. Symptômes d'agitation 5. Consentement des participants <u>Critères d'exclusion :</u> Ne sont pas mentionnés.</p>	<p>But : Le but de l'étude était d'évaluer l'effet de la thérapie individuelle musicale sur l'agitation chez les personnes avec une démence modérée à sévère. Elle avait également pour but d'explorer les effets de l'intervention sur la médication psychotrope et la qualité de vie.</p> <p>Groupes : 1. Groupe recevant la thérapie musicale individuelle 2. Groupe recevant les soins standards proposés par la structure de soins</p> <p>Question de recherche : Quels effets la thérapie musicale individuelle a-t-elle sur la fréquence et l'intensité de l'agitation ? Cette question de recherche est inférée à partir du but.</p> <p>Hypothèse : Aucune hypothèse n'est émise.</p>	<p>Concepts Cadre de référence Cadre théorique : Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI), Alzheimer's Disease-Related Quality of Life (ADRQL).</p>	<p>Méthode de collecte des données : Méthode de collecte des données longitudinale. Les résultats principaux, l'agitation (CMAI) et la qualité de vie (ADRQL) ont été évalués au début, à la 7^{ème} et à la 14^{ème} semaine. La fréquence de l'agitation a été analysée à l'aide du CMAI-fr (échelle de 1 à 7). L'intensité de l'agitation a été mesurée avec CMAI-di (échelle de 1 à 5). Ces deux dernières échelles sont dites échelles d'évaluation composite. L'usage des psychotropes a été appréciée au début et à la fin de l'intervention.</p> <p>Ethique : Le projet a été approuvé par le comité d'éthique des recherches humaines de l'université d'Aalborg, le registre des données des recherches danoises et le comité régional pour l'éthique de recherche médicale et de la santé de l'est de la Norvège.</p>	<p>Méthode d'analyse : Les chercheurs ont utilisé des t-tests afin d'évaluer la randomisation des participants. Ils ont mené une analyse descriptive afin d'identifier les moyennes et les dérivations standards. Ils ont également exploré le changement pour chaque item. Ils ont étudié chaque participant avec une analyse en intention de traiter. Les effets de la thérapie musicale sur la médication ont été analysés en tant que variables dichotomes. Ils ont utilisé le test du khi².</p> <p>Logiciel statistique : Le logiciel statistique n'est pas nommé.</p>	<p>Résultats Conclusion : La différence de fréquence de l'agitation entre les deux groupes n'est pas statistiquement significative. L'intensité de l'agitation a augmenté au sein du groupe témoin et diminué au sein du groupe ayant reçu l'intervention (p=0.027). Les résultats concernant la qualité de vie ne sont pas caractéristiques. Les chercheurs mettent en avant l'augmentation de la médication dans le groupe témoin (p=0.02).</p> <p>Forces et faiblesses de l'étude : Faiblesse(s) : - Le manque du double aveugle auprès des personnes qui questionnent - L'insuffisance de données - La petite taille de l'échantillon</p>
--	---	---	---	---	--	--

Etude n°3

Kolanowski, A., Litaker, M., Buettner, L., Moeller, J., & Costa, P. T. (2011). A Randomized Clinical Trial of Theory-Based Activities for the Behavioural Symptoms of Dementia in Nursing Home Residents. *Journal of the American Geriatrics Society*, 59(6), 1032-1041

<p>Type d'étude ou devis : Essai clinique aléatoire en double aveugle.</p> <p>Paradigme: Positiviste.</p> <p>Niveau de preuve : Niveau 2a.</p>	<p>Echantillon : 128 résidents avec déficit cognitif parmi 9 structures de soins en Pennsylvanie.</p> <p>Echantillonnage : Échantillonnage aléatoire simple.</p> <p>Critères d'inclusion / d'exclusion : <u>Critères d'inclusion :</u> 1. Parlant l'anglais 2. Âgé de 65 ans ou plus 3. Diagnostic de démence selon les critères du manuel de diagnostic et statistique des troubles mentaux 4. Un score entre 8 et 24 au test MMSE 5. Pas de nouveau traitement psychoactif prescrit entre le début et la fin de l'observation 6. Présence de symptômes comportementaux. <u>Critères d'exclusion :</u> 1. Délirium 2. Maladie progressive, métabolique, neurologique ou médicalement instable 3. Maladie de Parkinson 4. Maladie de Huntington 5. Épilepsie 6. AVC 7. Alcoolisme 8. Abus de drogue 9. Traumatisme crânien avec perte de connaissance 10. Maladie psychiatrique avant l'installation d'une perte de mémoire.</p>	<p>But : Le but de l'étude était de tester l'efficacité des activités dérivées du modèle NDB pour réduire l'agitation et la passivité et améliorer l'engagement, les affects et l'humeur des résidents vivant avec une démence dans les structures de soins.</p> <p>Groupes : 1. Activités adaptées au niveau fonctionnel des participants (FL) 2. Activités adaptées aux centres d'intérêt personnels des participants (PSI) 3. Activités adaptées au niveau fonctionnel et aux centres d'intérêt (FL + PSI) 4. Activités inadaptées au niveau fonctionnel et aux centres d'intérêt (AC = groupe témoin)</p> <p>Question de recherche : Quel impact la mise en place d'activités personnalisées a-t-elle sur les symptômes comportementaux de la démence ? Cette question de recherche est inférée à partir du but.</p> <p>Hypothèse directionnelle : Les activités personnalisées selon le niveau fonctionnel et la personnalité des résidents apporteraient de meilleurs résultats comportementaux que l'usage d'activités personnalisées seul, selon le niveau fonctionnel, ou uniquement selon la personnalité ou le groupe témoin.</p>	<p>Concepts Cadre de référence Cadre théorique : Le modèle Need-Driven Dementia-Compromised Behavior (NDB). L'inventaire d'agitation de Cohen-Mansfield (CMAI). L'échelle de passivité dans la démence (PDS).</p>	<p>Méthode de collecte des données : Méthode de collecte des données longitudinale. Des évaluateurs entraînés ont analysé l'agitation, la passivité et les affects grâce aux enregistrements vidéo de chaque session. L'agitation, la passivité et l'engagement ont été évalués afin de déterminer la durée de l'effet du traitement. L'agitation a été mesurée selon l'inventaire d'agitation de Cohen-Mansfield (CMAI). La passivité a été estimée selon l'échelle de passivité dans la démence (PDS). L'engagement a été calculé à l'aide d'un chronomètre afin de quantifier le temps que chaque résident a consacré à une activité. L'intensité de participation était également une mesure de l'engagement. Les affects ont été appréciés selon l'échelle évaluant les affects du centre gériatrique de Philadelphie (ARS). L'humeur a été déterminée selon le test d'image de l'humeur dans la démence (DMPT).</p> <p>Éthique : Le comité d'éthique de l'université a donné son accord. Pour participer à l'étude, le représentant légal de chaque participant a dû signer le consentement libre et éclairé.</p>	<p>Méthode d'analyse : Analyse en intention de traiter. Une ANOVA a estimé que les variables dépendantes étaient approximativement bien distribuées. Les variables catégoriques ont été analysées selon des modèles multinomiaux implantés avec des équations estimées généralisées. Les variables démographiques ont été comparées en utilisant une ANOVA unilatérale pour les variables continues et le test de χ^2 pour les variables catégoriques. Les données de base des quatre groupes ont été mesurées à un modèle mixte ANOVA unilatérale. À l'aide de modèles mixtes d'analyse, les données du début ont été comparées à celles des différentes mesures des interventions.</p> <p>Logiciel statistique : Les données ont été analysées avec le logiciel SAS (version 9.2).</p>	<p>Résultats Conclusion : L'humeur s'est améliorée dans le groupe témoin ($p=.04$). Durant les interventions, l'engagement est resté constant à l'exception du groupe FL, où il a baissé ($p=.009$). L'agitation a diminué au sein du groupe PSI ($p=.007$). La passivité a également été réduite dans le groupe FL + PSI ($p=.02$). L'agitation a augmenté dans le groupe témoin ($p=0.46$) et dans le groupe FL + PSI ($p=.003$). La plupart des mesures sont revenues au point de départ avec quelques exceptions : amélioration de l'humeur dans le groupe FL + PSI ($p=.017$) ; amélioration de l'anxiété dans le groupe PSI ($p=.02$) ; augmentation de la passivité dans le groupe FL ($p=.001$) ; diminution du plaisir dans les groupes FL ($p=.001$) et PSI ($p=.001$).</p> <p>Forces et faiblesses de l'étude : Les forces et faiblesses ne sont pas mentionnées par les auteurs.</p>
---	---	--	--	---	--	---

Étude n°4

Luttenberger, K., Donath, C., Uter, W., & Graessel, E. (2012). Effects of Multimodal Nondrug Therapy on Dementia Symptoms and Need for Care in Nursing Home Residents with Degenerative Dementia: A Randomized-Controlled Study with 6-Month Follow-Up. *Journal of the American Geriatrics Society*, 60(5), 830-840.

<p>Type d'étude ou devis : Étude longitudinale contrôlée randomisée en simple aveugle.</p> <p>Paradigme: Positiviste.</p> <p>Niveau de preuve : Niveau 2a.</p>	<p>Echantillon : 130 résidents souffrant d'une démence dégénérative primaire, parmi 5 institutions pour personnes âgées du district de Moyenne-Franconie (Allemagne).</p> <p>Echantillonnage : Échantillonnage aléatoire simple.</p> <p>Critères d'inclusion / d'exclusion : Critères d'inclusion :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Présence de démence dégénérative au stade primaire selon la 10^{ème} révision de la classification internationale des maladies (ICD-10) et confirmée par le médecin 2. Un score inférieur à 24 à l'examen Mini Mental State 3. Consentement éclairé et écrit des participants, et si besoin, du représentant légal. <p>Critères d'exclusion :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Démence purement vasculaire ou secondaire selon ICD-10 2. D'autres maladies neurologiques ou psychiatriques pouvant expliquer le déclin du fonctionnement cognitif 3. Grand besoin de soins 4. Surdité et cécité. 	<p>But : Le but de l'étude était de déterminer l'efficacité d'une thérapie multimodale non médicamenteuse sur les symptômes de la démence et les besoins de soins chez des individus institutionnalisés avec une démence dégénérative.</p> <p>Groupes :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Groupe MAKS 2. Groupe témoin <p>Question de recherche : Quelle est l'efficacité de la thérapie multimodale MAKS sur les symptômes de la démence ? Cette question de recherche est inférée à partir du but.</p> <p>Hypothèses directionnelles :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Les participants, qui reçoivent l'intervention non pharmacologique et multifactorielle, amélioreraient en six mois les symptômes en relation avec la démence – incluant l'humeur, les comportements difficiles, les comportements sociaux, l'indépendance dans les activités instrumentales de la vie quotidienne et les activités de la vie quotidienne, et la cognition. 2. Une amélioration des symptômes de la démence diminuerait les besoins individuels en soins. 	<p>Concepts Cadre de référence Cadre théorique : La thérapie multimodale (MAKS), l'échelle d'observation des infirmières pour les patients gériatriques (NOS-GER), l'Index de Barthel (BI), l'utilisation des ressources dans la démence – soins formels (RUD-FOCA) et l'Index de Charlson.</p>	<p>Méthode de collecte des données : Méthode de collecte des données longitudinale. L'équipe soignante a été entraînée à la procédure d'enregistrement des notes de l'observateur. Seules les infirmières possédant une licence en gériatrie et connaissant les résidents depuis quatre semaines au moins ont été autorisées à rentrer les données. Les symptômes de démence ont été mesurés à l'aide d'une échelle d'observation des infirmières pour les patients gériatriques (NOS-GER). L'ampleur des nécessités de soins a été appréciée selon l'Index de Barthel (BI) et l'utilisation des ressources dans la démence – soins formels (RUD-FOCA). L'âge, le sexe, la formation scolaire, le statut civil, et les nécessités en soins ont été récoltés au début de l'étude. L'effet d'un précédent diagnostic médical sur la mortalité a été évalué selon l'Index de Charlson. Le score de médication a été calculé selon les traitements prescrits, y compris le traitement de la démence.</p> <p>Ethique : Le comité d'éthique de la faculté de médecine de l'Université d'Erlangen a donné son aval. Pour participer à l'étude, les participants ont dû signer le consentement éclairé. Les données restent anonymes.</p>	<p>Méthode d'analyse : Les différences entre les deux groupes au début de l'intervention ont été examinées selon test de khi² ou le t-test pour les échantillons simples. Les différences entre le début et la fin ont été testées pour chaque groupe séparément, selon le t-test pour les échantillons simples. Trois analyses régressives linéaires ont été menées en utilisant les variables dépendantes.</p> <p>Logiciel statistique : Les données ont été analysées avec le logiciel PASW (version 18.0).</p>	<p>Résultats Conclusion : Durant les 6 mois d'observation, les scores totaux de NOSGER (p=0.001) et les scores de l'humeur (p=0.005) et la mémoire (p=0.001) ont été améliorés dans le groupe MAKS et sont restés similaires dans le groupe témoin. Un progrès dans le groupe MAKS est notable au niveau des comportements sociaux (p<0.001) et des activités de la vie quotidienne instrumentées (p=0.01). Les participants du groupe MAKS comportaient un plus grand risque relatif d'atteindre ou de maintenir un état clinique sain sur tous les items de NOSGER. En ce qui concerne les comportements sociaux, l'avantage relatif apparaît 10 fois plus grand dans le groupe MAKS que dans le groupe témoin ; environ 4 fois plus grand pour les activités de la vie quotidienne et 2 fois plus grand pour la mémoire et les activités de la vie quotidienne instrumentées. Seule l'humeur n'a pas varié selon les groupes. Les participants du groupe MAKS comportaient neuf fois plus de risque relatif d'améliorer la fuite. L'agressivité et l'agitation motrice durant la nuit se sont améliorées trois fois plus dans le groupe MAKS que dans le groupe témoin. La première hypothèse est confirmée. La seconde hypothèse est réfutée. En effet, la thérapie multimodale MAKS n'a pas permis de diminuer les besoins en soins des participants.</p> <p>Forces et faiblesses de l'étude : Les forces et faiblesses ne sont pas mentionnées par les auteurs.</p>
---	---	---	--	---	---	--

Étude n°5

Gulpers, M. J., Bleijlevens, M. H., Ambergen, T., Capezuti, E., Van Rossum, E., & Hamers, J. P. (2011). Belt Restraint Reduction in Nursing Homes: Effects of a Multicomponent Intervention Program. *Journal of the American Geriatrics Society*, 59(11), 2029-2036.

<p>Type d'étude ou devis : Étude quasi-expérimentale longitudinale.</p> <p>Paradigme: Positiviste.</p> <p>Niveau de preuve : Niveau 2b.</p>	<p>Echantillon : 518 résidents issus de 26 unités de 13 structures de soins des Pays-Bas.</p> <p>Echantillonnage : Échantillonnage en grappes.</p> <p>Critères d'inclusion / d'exclusion : Critères d'inclusion :</p> <ol style="list-style-type: none"> Structures de soins ayant une prévalence de 10 % d'usage de ceintures de contention. <p>Critères d'exclusion :</p> <ol style="list-style-type: none"> Présence du syndrome de Korsakoff uniquement Présence de rénovations ou de réaménagements structuraux Participation à un autre projet de baisse de la contention. 	<p>But : Le but principal de l'étude était de tester l'efficacité de l'intervention multi composante (EXBELT) afin de diminuer l'usage des ceintures de contention.</p> <p>Groupes :</p> <ol style="list-style-type: none"> Groupe recevant le programme EXBELT Groupe témoin <p>Question de recherche :</p> <ol style="list-style-type: none"> EXBELT réduit-il l'usage des ceintures de contention dans les structures de soins ? EXBELT permet-il de diminuer l'usage des autres contentions physiques et celui des médicaments psychoactifs ? La suppression de l'usage des ceintures de contention augmente-t-elle les chutes et leurs conséquences ? <p>Hypothèse : Les auteurs n'ont pas émis d'hypothèses.</p>	<p>Concepts Cadre de référence Cadre théorique : Programme d'intervention multicomposante (EXBELT).</p>	<p>Méthode de collecte des données : Méthode de collecte des données longitudinale. Le nombre d'utilisations des ceintures de contention a été mesuré au début de l'étude et à quatre et huit mois après le début. Dans un deuxième temps, les autres moyens de contention (physique ou chimique) ont été observés. L'usage de médication psychoactive a été relevé grâce au dossier médical. Les incidents de chutes ont été quantifiés à partir des documents relatifs aux chutes.</p> <p>Éthique : Le consentement libre et éclairé a été fourni par les représentants légaux. Le comité d'éthique médicale de l'hôpital universitaire de Maastricht et le comité d'éthique de quatre associations de structures de soins ont approuvé le devis et le protocole de l'étude.</p>	<p>Méthode d'analyse : Seules les données complètes ont été analysées. Les différences entre les groupes (intervention et témoin) ont été investiguées. Les tests de Chi² ont été utilisés pour les variables catégoriques. Des techniques de généralisation d'équations d'estimation (GEE) ont été usitées afin d'estimer l'effet sur la variable principale.</p> <p>Logiciel statistique : Les logiciels SPSS (version 15) et STATA (version 11) ont été utilisés.</p>	<p>Résultats Conclusion : Usage des ceintures de contention Baisse de 50 % de l'utilisation des ceintures de contention dans le groupe intervention (p=0.005). Aucun changement pour le groupe témoin.</p> <p>Usage des autres contentions physiques A la fin de l'étude, les autres contentions physiques étaient davantage utilisées dans le groupe témoin que dans le groupe intervention (p=0.003). La plus grande différence entre les groupes était l'usage des ridelles de lit (p=0.001) et des chemises de nuit (p=0.006), en faveur du groupe intervention.</p> <p>Usage de médication psychoactive Aucune différence significative entre les deux groupes à la fin de l'étude.</p> <p>Chutes et conséquences La suppression de l'usage des ceintures de contention n'a pas augmenté les chutes ni leurs conséquences.</p> <p>Disponibilité et utilisation des mesures alternatives Pour 50 % du groupe intervention, aucune alternative n'a été mise en place. Dans l'autre moitié, des tapis-sonnettes et des lits ajustables à basse taille ont été mis en place.</p> <p>Forces et faiblesses de l'étude : Faiblesse(s) : - Un manque de randomisation</p>
--	---	---	--	--	---	---

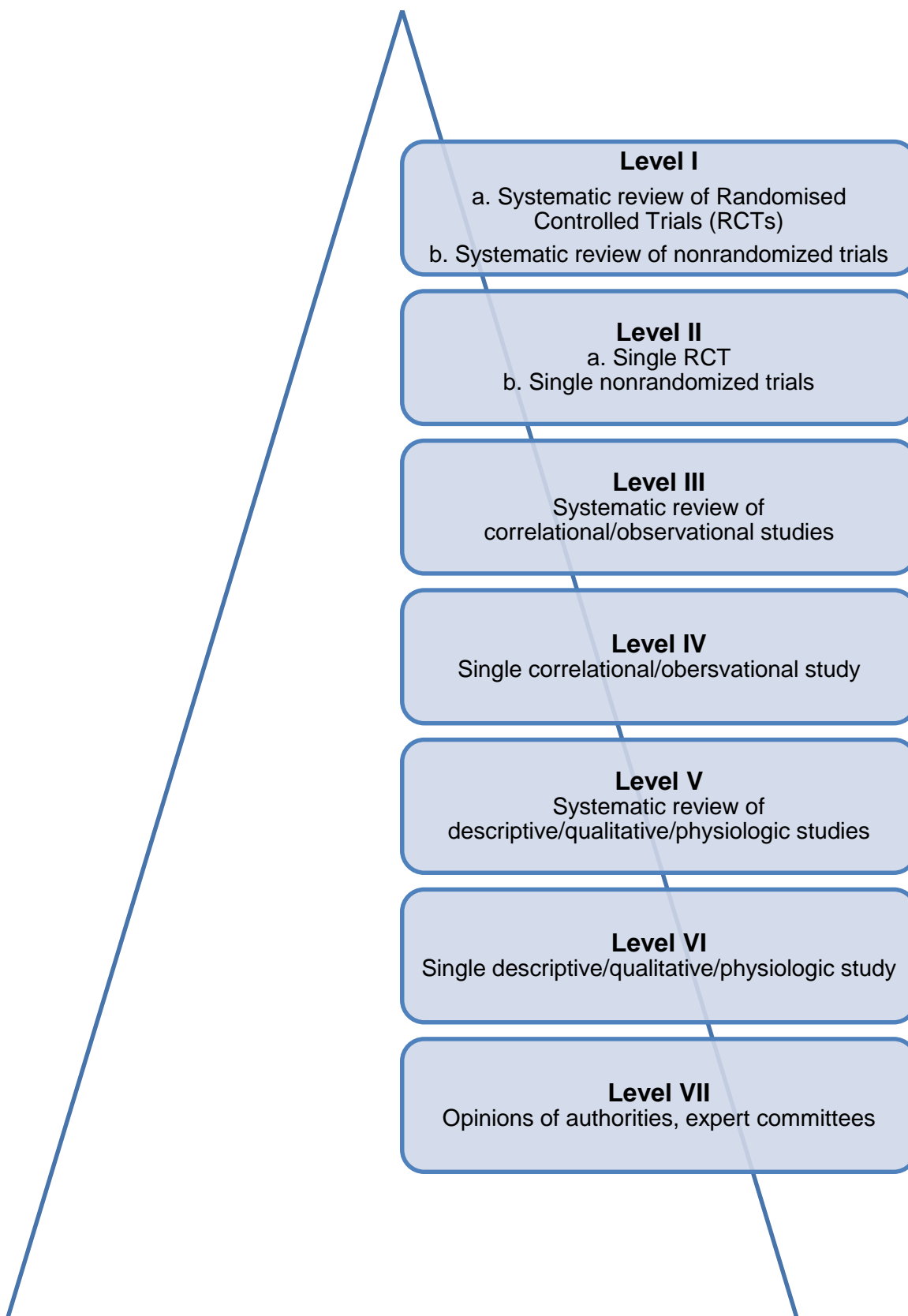
Étude n°6

Koczy, P., Becker, C., Rapp, K., Klie, T., Beische, D., Büchele, G., . . . Bredthauer, D. (2011). Effectiveness of a Multifactorial Intervention to Reduce Physical Restraints in Nursing Home Residents. *Journal of the American Geriatrics Society*, 59(2), 333-339.

<p>Type d'étude ou devis : Essai clinique aléatoire par grappes</p> <p>Paradigme: Positiviste.</p> <p>Niveau de preuve : Niveau 2a.</p>	<p>Echantillon : 333 résidents subissant la contention au début de l'étude.</p> <p>Echantillonnage : Échantillonnage en grappes.</p> <p>Critères d'inclusion / d'exclusion : Critères d'inclusion : 1. Utilisation de contention physique pour cinq résidents au moins. Critères d'exclusion : Les auteurs ne mentionnent pas de critères d'exclusion.</p>	<p>But : Le but de l'étude était d'évaluer l'efficacité d'une intervention multifactorielle afin de réduire l'usage des contentions physiques chez les résidents dans les structures de soins.</p> <p>Groupes : 1. Groupe expérimental 2. Groupe témoin</p> <p>Question de recherche : De quelle façon l'intervention multifactorielle permet-elle de réduire l'usage des contentions physiques ? Cette question de recherche est inférée à partir du but.</p> <p>Hypothèse directionnelle : L'intervention réduirait l'usage de contentions sans augmenter les risques pour les résidents.</p>	<p>Concepts Cadre de référence Cadre théorique : Chutes, Contention, Index modifié de Mobilité de Rivermead, Echelle d'Evaluation de la Démence, Inventaire de l'Agitation selon Cohen-Mansfield.</p>	<p>Méthode de collecte des données : Méthode de collecte des données longitudinale. Chaque structure de soins possédait une personne désignée collaborant avec l'équipe de recherche. Quotidiennement, cette dernière rapportait la durée d'utilisation de chaque contention, mais aussi les chutes et fractures. Ces données étaient envoyées mensuellement aux chercheurs. Ces derniers prenaient contact en cas de question. L'usage de médication psychoactive (antidépresseurs, neuroleptiques) a été relevé. Les symptômes comportementaux ont été évalués selon l'Inventaire d'Agitation selon Cohen-Mansfield.</p> <p>Ethique : Le comité d'éthique du conseil d'état des médecines a donné son aval. Le consentement libre et éclairé a été fourni par les structures de soins.</p>	<p>Méthode d'analyse : Des modèles régressifs ont été menés afin de d'évaluer l'effet de l'intervention sur l'usage de la contention et sur le pourcentage de chutes. Les différences entre le début et la fin de l'intervention ont été calculées pour la quantité d'utilisation de traitements psychoactifs et pour l'Inventaire d'Agitation selon Cohen-Mansfield. Tous les modèles ont été ajustés en fonction du genre car il apparaissait une différence entre les groupes d'intervention et témoin. Les potentiels effets de grappes ont été estimés pour tous les modèles avant l'analyse définitive.</p> <p>Logiciel statistique : Le logiciel SAS (version 9.2) a été utilisé.</p>	<p>Résultats Conclusion : Après trois mois, la possibilité de ne pas recevoir de contention était deux fois plus élevée dans le groupe d'intervention que dans le groupe témoin (CI=1.05-4.46). Il est survenu davantage de chutes dans le groupe d'intervention que dans le groupe témoin (CI=0.98-4.40). Les chercheurs ont relevé 2 fractures, une dans chaque groupe. Aucun effet n'a été observé sur l'usage d'une médication psychoactive et sur le changement de comportement.</p> <p>Forces et faiblesses de l'étude : Faiblesse(s) : - Absence d'une procédure en aveugle - Différences caractéristiques entre les deux groupes (genre et nombre de personnes qui subissaient la contention) - Les résultats peuvent varier d'un pays à l'autre, en fonction de la législation en vigueur</p>
--	---	---	--	--	--	--

Annexe II

Pyramide des preuves



Tirée de la page 28 de l'ouvrage de Polit, D. F., & Beck, C. T. (2012). *Nursing Research : Generating and Assesing Evidence for Nursing Practice* (éd. 9e). Philadelphie: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

Annexe III

Études non retenues

Source	Résumé
<p>Nordgren, L., & Engström, G. (2014). Effects of dog-assisted intervention on behavioural and psychological symptoms of dementia. <i>Nursing Older People</i>, 26(3), 31-38.</p>	<p>Les chercheurs ont évalué les effets de l'intervention canine. Cependant, l'échantillon était mince (n=33) et les groupes présentaient des caractéristiques différentes, notamment des troubles du comportement plus importants dans le groupe expérimental. En outre, le seul résultat significatif indique que l'agitation verbale s'est péjorée dans le groupe expérimental.</p>
<p>Moyle, W., Cooke, M. L., Beattie, E., Shum, D. H., O'Dwyer, S. T., & Barrett, S. (2013). Foot massage versus quiet presence on agitation and mood in people with dementia: A randomised controlled trial. <i>International Journal of Nursing Studies</i>, 51(2014), 856-864.</p>	<p>Les chercheurs ont exploré les effets des massages des pieds. Leur étude a mis en avant une augmentation de l'agitation, qu'il s'agisse tant du groupe témoin que du groupe expérimental. C'est pourquoi cette étude n'a pas été retenue.</p>
<p>Akhondzadeh, S., Shafiee-Sabet, M., Harirchian, H., Togha, M., Cheraghmakani, H., Razeghi, S., . . . Moradi, A. (2010). Saffron in the treatment of patients with mild to moderate Alzheimer's disease: a 16-week, randomized and placebo-controlled trial. <i>Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics</i>, 35, 581-588.</p>	<p>Les résultats de cette étude révèlent l'impact positif de l'utilisation du safran sur les SCPD en comparaison avec un groupe recevant un placebo. Cependant, le traitement homéopathique était fourni par Green Plants of Life Co qui avait également financé l'étude. De ce fait, l'étude peut être considérée comme biaisée.</p>

<p>Sakamoto, Y., Ebihara, S., Ebihara, T., Tomita, N., Toba, K., Freeman, S., . . . Kohzuki, M. (2012). Fall Prevention Using Olfactory Stimulation with Lavender Odor in Elderly Nursing Home Residents: A Randomized Controlled Trial. <i>JAGS</i>, 60(6), 1005-1011.</p>	<p>L'essai clinique aléatoire a également testé l'efficacité de la stimulation olfactive de la lavande sur les chutes. Toutefois, l'étude s'est déroulée au Japon, contexte différent de l'Europe. De plus, les résultats n'amènent pas d'informations supplémentaires aux autres études retenues. Enfin, la procédure en aveugle n'était pas en vigueur.</p>
<p>Lai, C., Yeung, J., Mok, V., & Chi, I. (2009). Special care units for dementia individuals with behavioural problems. <i>The Cochrane Collaboration</i>, 1-51.</p>	<p>Cette revue Cochrane avait pour but d'analyser les effets des unités de soins spécialisées sur les SCPD et sur l'usage de la contention. Les chercheurs mettent en avant la difficulté à trouver une définition commune pour ces unités de soins spécialisées. De plus, les résultats significatifs sont présents uniquement dans une étude à la fois. Il n'apparaît quasiment aucune récurrence entre les études.</p>

Annexe IV

Glossaire de contenu

Acétylcholine : Médiateur chimique de l'influx nerveux à l'extrémité des nerfs parasympathiques et des fibres préganglionnaires du système sympathique. L'acétylcholine est synthétisée dans l'organisme à partir de la choline, et est hydrolysée par une enzyme, la cholinestérase. Elle détermine une dilatation des artères et un ralentissement du rythme cardiaque. (Manuila, Manuila, Lewalle, Nicoulin, & Papo, 2004, p. 3)

Acétylcholinestérase : Le suffixe -ase exprime l'enzyme (Manuila, Manuila, Lewalle, Nicoulin, & Papo, 2004, p. XIII). Ainsi, il s'agit de l'enzyme dégradant l'acétylcholine.

Agnosie : « Impossibilité de reconnaître les objets d'après leurs qualités : forme, couleur, poids, température, etc., bien que les fonctions sensorielles élémentaires (vision, audition, sensibilités superficielle et profonde) soient intactes » (Manuila, Manuila, Lewalle, Nicoulin, & Papo, 2004, p. 11).

Anosognosie : « Incapacité pour un malade de reconnaître et d'admettre la réalité de sa maladie, même si elle est évidente comme, par ex. l'hémiplégie » (Manuila, Manuila, Lewalle, Nicoulin, & Papo, 2004, p. 27).

Anticholinergique : Le préfixe anti- exprime l'opposition (Manuila, Manuila, Lewalle, Nicoulin, & Papo, 2004, p. XIII). De ce fait, il s'agit de l'effet contraire de l'acétylcholine.

Antipsychotique : « Synonyme de neuroleptique » (Manuila, Manuila, Lewalle, Nicoulin, & Papo, 2004, p. 30).

Aphasie : « Altération ou perte de la capacité de parler ou de comprendre le langage parlé ou écrit. Elle est due à une atteinte cérébrale, sans altération des organes de la phonation » (Manuila, Manuila, Lewalle, Nicoulin, & Papo, 2004, p. 32).

Apraxie : « Incapacité d'exécuter des mouvements volontaires coordonnés, alors que les fonctions musculaires et sensorielles sont conservées » (Manuila, Manuila, Lewalle, Nicoulin, & Papo, 2004, p. 34).

Arythmie : « Irrégularité d'un rythme, plus particulièrement irrégularité du rythme cardiaque perçue en prenant le pouls ou à l'auscultation du cœur » (Manuila, Manuila, Lewalle, Nicoulin, & Papo, 2004, p. 39).

Bienfaisance : « Le principe de bienfaisance détermine des actions qui sont effectuées pour le bien de la personne » (Association suisse des infirmières et infirmiers, 2013, p. 14). « Dans la pratique infirmière, la bienfaisance signifie que l'accès aux meilleurs soins infirmiers requis possibles est garanti à tous les patients » (Association suisse des infirmières et infirmiers, 2013, p. 15).

Coercitif : « Qui a le pouvoir de contraindre quelqu'un à se soumettre à la loi » (Dictionnaires Le Robert, 2014, p.460).

Hyperventilation : « Augmentation de la ventilation pulmonaire (généralement avec augmentation des échanges gazeux respiratoires) liée à une augmentation de la fréquence ou de la profondeur des inspirations » (Manuila, Manuila, Lewalle, Nicoulin, & Papo, 2004, p. 240).

Neuroleptique : Tout médicament qui exerce un effet dépressif global sur la plupart des fonctions cérébrales, qui calme l'agitation et l'hyperactivité neuro-musculaire, en conférant un état de tranquillité, de détente. Les neuroleptiques sont prescrits dans diverses psychoses où prédominent l'excitation, les états délirants avec agitation, l'agressivité. (Manuila, Manuila, Lewalle, Nicoulin, & Papo, 2004, p. 334)

Non-malfaisance : « En accord avec les connaissances scientifiques les plus récentes, il implique de reconnaître, de minimiser ou d'éviter les risques. Il s'agit de ne pas infliger ni causer des dommages aux autres – de manière intentionnelle ou involontaire (nihil nocere), - de reconnaître les risques de préjudices, de les éviter ou au-moins de les diminuer » (Association suisse des infirmières et infirmiers, 2013, p. 16).

Réflexion résiduelle : Réflexion qui persiste malgré la pathologie (Dictionnaires Le Robert, 2014, p. 2214).

Réminiscence : « Retour à l'esprit d'une image non reconnue comme souvenir » (Dictionnaires Le Robert, 2014, p. 2182).

Sevrage : « Action de priver un toxicomane de sa drogue habituelle lors d'une cure de désintoxication » (Manuila, Manuila, Lewalle, Nicoulin, & Papo, 2004, p. 461).

Sympathomimétiques : « Qui a des effets similaires à ceux que l'on obtient en stimulant le système nerveux sympathique » (Manuila, Manuila, Lewalle, Nicoulin, & Papo, 2004, p. 492).

Syndrome : Ensemble de signes, de symptômes, de lésions, de modifications fonctionnelles ou biochimiques qui, d'apparence parfois disparate, forment une entité reconnaissable en raison soit de leur association constante, soit d'une cause toujours identique, soit encore parce qu'ils traduisent l'atteinte d'un organe ou d'un système bien définis. Il est souvent difficile et arbitraire d'établir une distinction entre syndrome et maladie. Les syndromes portent souvent le nom des auteurs qui les ont décrits. (Manuila, Manuila, Lewalle, Nicoulin, & Papo, 2004, p. 493).

Syndrome de Capgras : « Le syndrome de Capgras est caractérisé par la conviction délirante qu'un ou des proches familiers ont été substitués par leurs doubles malfaisants » (Wallach, 2012, p. 1).

Tachycardie : « Accélération du rythme cardiaque à plus de 100 battements par minute » (Manuila, Manuila, Lewalle, Nicoulin, & Papo, 2004, p. 502).

Thérapie de la validation : La méthode – également appelée Validation affective, ou thérapie par empathie – a pour objectif principal de maintenir la communication avec les grands vieillards désorientés afin de les accompagner dans une relation respectueuse de leur identité, tout en reconnaissant dans leur comportement la manifestation de leur besoin d'exister en tant qu'individu et d'être entendus. (Institut de Formation M & R, s.d.)

Thérapie contre-intuitive : Elle se fonde également sur le principe suivant : si le soignant ignore les demandes répétées, celles-ci augmenteront au lieu de diminuer. La thérapie contre-intuitive propose plutôt de tenir compte des requêtes de la personne afin d'amenuiser le sentiment d'anxiété qui est à l'origine des demandes multiples. (Voyer, 2013, p. 476)

Trouble psychotique : Si l'individu semble avoir une conviction inébranlable en la réalité de sa perception ou de sa position, il peut s'agir d'une conviction psychotique. De façon générale, la psychose se caractérise par la perte de contact avec la réalité ou une partie de celle-ci, de même que par une désorganisation de sa vie, de ses émotions ou de sa personnalité. (Santé et Services sociaux du Québec, s.d.)

Ulcération : « Processus pathologique aboutissant à la formation d'un ulcère » (Manuila, Manuila, Lewalle, Nicoulin, & Papo, 2004, p. 536).

Ulcère : « Perte de substance au niveau de la peau ou d'une muqueuse, en particulier lorsqu'elle montre une faible tendance à la cicatrisation et une évolution chronique » (Manuila, Manuila, Lewalle, Nicoulin, & Papo, 2004, p. 536).

Annexe V

Glossaire méthodologique

Analyse de la variance (ANOVA) : « Analyse statistique destinée à vérifier les différences entre trois groupes ou plus, en comparant la variabilité entre les groupes à la variabilité au sein des groupes » (Loiselle & Profetto-McGrath, 2007, p. 375).

Analyse en intention de traiter : Ce principe consiste à considérer le patient dans l'essai littéralement "tel qu'on avait l'intention de le traiter", c'est à dire, dans le groupe dans lequel il avait été randomisé - peu importe ce qui a été réellement administré. Par exemple, un patient randomisé dans le groupe placebo pourrait en réalité recevoir le traitement à l'essai pendant toute la durée de l'étude, par simple erreur au moment de la délivrance du médicament ; quand bien même, ce patient sera analysé dans le groupe placebo. Le principe de l'analyse en intention de traiter a pour objectif de préserver les bénéfices de la randomisation au moment de l'analyse des résultats, et de limiter les biais liés aux écarts entre le protocole de l'essai et la conduite de celui-ci. (Faculté de médecine Pierre & Marie Curie, s.d.)

Analyse multivariée de la variance (MANOVA) : « Analyse statistique utilisée pour vérifier la signification des différences entre les moyennes arithmétiques de deux groupes ou plus, pour deux variables dépendantes ou plus, étudiées simultanément » (Loiselle & Profetto-McGrath, 2007, p. 387).

Analyse per-protocole : Analyse statistique des résultats ne prenant en compte que les patients inclus dans un essai clinique qui ont répondu favorablement aux critères d'inclusion et participé à l'essai du début à la fin, en étant strictement conformes au protocole de l'essai. Cette analyse ne concerne donc qu'une population particulière de patients, ceux qui sont en tout point conformes au protocole. Cette sorte de "sélection" des patients étudiés favorise la détection d'une différence entre les traitements dans un essai contrôlé. C'est pourquoi cette analyse statistique est préférable dans un essai d'équivalence. (URC-Est, 2002)

Aveugle : Afin d'éviter différents biais possibles dans les essais comparatifs, il est recommandé de prévoir que la réalité ou la nature de l'exposition d'un sujet à un médicament ou à un traitement donné soient maintenues secrètes.

Double aveugle (double-insu) : essai dans lequel ni le sujet de l'essai ni le médecin investigateur ne connaît la nature du traitement administré

Simple aveugle (simple-insu) : essai dans lequel seul le sujet de l'essai ignore la nature du traitement administré alors que le médecin investigateur la connaît

Par opposition, un essai ouvert caractérise une situation dans laquelle le sujet et le médecin investigateur connaissent tous deux la nature du traitement administré. (URC-Est, 2002)

Coefficient de Cohen d : Il s'agit d'un type d'effet de taille. Ce dernier exprime l'écart type entre deux groupes (Effect Size, traduction libre).

Consentement libre et éclairé : « Principe de déontologie qui exige des chercheurs qu'ils obtiennent la participation volontaire des sujets après les avoir informés des risques et des avantages éventuels » (Loiselle & Profetto-McGrath, 2007, p. 94).

Devis longitudinal : « Étude conçue pour recueillir des données à plusieurs reprises, contrairement à un devis transversal » (Loiselle & Profetto-McGrath, 2007, p. 198).

Devis transversal : « Devis dans lequel on ne recueille les données qu'une fois » (Loiselle & Profetto-McGrath, 2007, p. 197).

Échantillon : « Sous-ensemble d'une population donnée, sélectionné pour participer à une étude » (Loiselle & Profetto-McGrath, 2007, p. 60).

Échantillonnage aléatoire simple : Type d'échantillonnage probabiliste le plus simple, dans lequel on crée une base d'échantillonnage en énumérant tous les membres d'une population et en sélectionnant par la suite un échantillon à partir de la base d'échantillonnage grâce à des techniques tout à fait aléatoire. (Loiselle & Profetto-McGrath, 2007, p. 270)

Échantillonnage en grappes : « Forme d'échantillonnage dans laquelle on sélectionne d'abord de grands groupes, ou « grappes » (des facultés de sciences infirmières, par exemple), puis des sous-échantillons successifs d'unités plus petites (des étudiantes infirmières, par exemple) » (Loiselle & Profetto-McGrath, 2007, p. 272).

Échelle d'évaluation composite : « Échelle constituée de multiples énoncés, chacun étant noté ; les scores sont additionnés pour donner un score total qui permet de répartir les gens sur un continuum » (Loiselle & Profetto-McGrath, 2007, p. 302).

Effet Hawthorne : « Répercussions sur la variable dépendante attribuables au fait que les sujets savent qu'ils font l'objet de l'étude » (Loiselle & Profetto-McGrath, 2007, p. 189).

Effets liés à la maturation : « Affaiblissement de la validité interne d'une étude qui se produit quand les mesures des résultats (variables dépendantes) changent d'elles-mêmes au fil du temps » (Loiselle & Profetto-McGrath, 2007, p. 205).

Effets liés à la mortalité échantillonnale : « Affaiblissement de la validité interne d'une étude en raison de la différence des pertes de sujets entre les groupes » (Loiselle & Profetto-McGrath, 2007, p. 205).

Effets liés à la sélection des participants (autosélection) : « Affaiblissement de la validité interne de l'étude associé à des différences préalables entre les groupes étudiés ; les différences influent sur la variable dépendante sans qu'il y ait de rapport direct avec l'effet de la variable indépendante » (Loiselle & Profetto-McGrath, 2007, p. 205).

Effets liés aux facteurs historiques : « Conséquences de la présence d'événements extérieurs à une intervention (ou autre variable indépendante) qui surviennent parallèlement à cette intervention et qui peuvent influencer sur la variable dépendante et miner la validité interne de l'étude » (Loiselle & Profetto-McGrath, 2007, p. 204).

Erreur de type I : « Erreur due au rejet de l'hypothèse nulle quand celle-ci est vraie (le chercheur conclut qu'il existe une relation significative, alors qu'en fait ce n'est pas le cas : faux positif) » (Loiselle & Profetto-McGrath, 2007, p. 370).

Erreur de type II : « Erreur due à l'acceptation de l'hypothèse nulle quand celle-ci est fautive (le chercheur conclut qu'il n'y a pas de relation significative, alors qu'en fait il y en a une : faux négatif) » (Loiselle & Profetto-McGrath, 2007, p. 370).

Essai clinique aléatoire : « Essai expérimental complet d'un nouveau traitement, reposant sur l'affectation aléatoire des participants à des groupes de traitement et, en règle générale, sur un échantillon diversifié de grande taille (on parle aussi d'essai clinique de phase III) » (Loiselle & Profetto-McGrath, 2007, p. 243).

Groupe expérimental : « Sujets d'une étude qui reçoivent le traitement ou font l'objet de l'intervention » (Loiselle & Profetto-McGrath, 2007, p. 185).

Groupe témoin : « Sujets d'une expérimentation qui ne font pas l'objet du traitement expérimental et dont les résultats servent de référence pour mesurer les effets du traitement » (Loiselle & Profetto-McGrath, 2007, p. 185).

Hypothèse directionnelle : « Hypothèse exprimant une prédiction explicite sur la direction et la nature de la relation entre deux variables » (Loiselle & Profetto-McGrath, 2007, p. 127).

Hypothèse nulle : « Hypothèse n'énonçant aucune relation entre les variables étudiées ; utilisée essentiellement dans les tests statistiques comme hypothèse à rejeter » (Loiselle & Profetto-McGrath, 2007, p. 127).

Mesure nominale : « Niveau de mesure le plus simple, reposant sur la répartition des caractéristiques en catégories (hommes, catégorie 1 ; femmes, catégorie 2) » (Loiselle & Profetto-McGrath, 2007, p. 354).

Mesure ordinale : « Niveau de mesure qui permet de classer les phénomènes selon des attributs donnés, par exemple être autonome ou avoir besoin d'aide » (Loiselle & Profetto-McGrath, 2007, p. 354).

Moyenne arithmétique : « Statistique descriptive qui mesure la tendance centrale, calculée en additionnant tous les scores et en divisant le total obtenu par le nombre de score » (Loiselle & Profetto-McGrath, 2007, p. 360).

p : « Dans un test statistique, probabilité que les résultats obtenus sont uniquement le fait du hasard ; probabilité de commettre une erreur de type I » (Loiselle & Profetto-McGrath, 2007, p. 373).

Placebo : « Substitut ou pseudo-intervention, qui n'a aucune valeur thérapeutique, souvent utilisé comme élément de comparaison » (Loiselle & Profetto-McGrath, 2007, p. 188).

Puissance statistique : « Technique qui permet d'estimer la probabilité de commettre une erreur de type II » (Loiselle & Profetto-McGrath, 2007, p. 371).

Quasi-expérimentation : Étude reposant sur une intervention où les sujets ne se voient pas attribuer un traitement de façon aléatoire, mais où le chercheur exerce un certain contrôle (par exemple le recours à un groupe témoin) afin d'améliorer la validité interne de l'étude. (Loiselle & Profetto-McGrath, 2007, p. 190)

Revue systématique : Le but de la revue systématique est de résumer les meilleurs résultats de différentes études disponibles au sujet d'une question spécifique (The Campbell Collaboration, traduction libre).

Significatif sur le plan statistique : « Expression indiquant que les résultats de l'analyse des données ne sont probablement pas le fruit du hasard, à un niveau donné de probabilité » (Loiselle & Profetto-McGrath, 2007, p. 78).

Test du khi carré : « Test non paramétrique utilisé pour évaluer l'existence éventuelle d'une relation entre deux variables de niveau nominal ; symbolisé par χ^2 » (Loiselle & Profetto-McGrath, 2007, p. 378).

Tests non paramétriques : « Catégorie de tests statistiques inférentiels ne reposant pas sur des postulats rigoureux quant à la distribution des scores ; ils sont utilisés le plus souvent avec des données nominales ou ordinaires » (Loiselle & Profetto-McGrath, 2007, p. 373).

Tests paramétriques : « Tests statistiques inférentiels qui comprennent : a) des postulats sur la distribution des scores ; b) l'estimation d'un paramètre ; et c) l'utilisation de mesures à intervalles et avec proportions » (Loiselle & Profetto-McGrath, 2007, p. 373).

Test t : « Test statistique paramétrique destiné à analyser la différence entre deux moyennes arithmétiques » (Loiselle & Profetto-McGrath, 2007, p. 374).

Validité externe : « Degré auquel les résultats de l'étude peuvent être généralisés et appliqués à des situations ou à des échantillons autres que les situations ou les échantillons étudiés » (Loiselle & Profetto-McGrath, 2007, p. 206).

Validité interne : « Degré auquel on peut déduire que le traitement expérimental (ou la variable indépendante), plutôt que des facteurs parasites, sont à l'origine des effets observés » (Loiselle & Profetto-McGrath, 2007, p. 204).

Variable dépendante : « Variable qui, suppose-t-on, dépend d'une autre variable ou peut être déterminée par une autre variable (indépendante) ; variable des résultats étudiée » (Loiselle & Profetto-McGrath, 2007, p. 37).

Variable indépendante : « Variable qui, d'après les chercheurs, est à l'origine de la variable dépendante ou influe sur celle-ci ; dans une recherche expérimentale, variable manipulée (traitement) » (Loiselle & Profetto-McGrath, 2007, p. 37).

Variance : « Mesure de la variabilité ou de la dispersion des individus dans une population » (Loiselle & Profetto-McGrath, 2007, p. 361).

Annexe VI

Phases de la maladie d'Alzheimer

			Stade préclinique	Stade initial	Stade modéré	Stade avancé
Aspects mnésique	intellectuel	et	Oublis plus fréquents, distractions nombreuses Difficulté d'attention et de concentration (le sujet cherche ses mots).	Problèmes mnésiques modérés (oublis fréquents des choses courantes : noms, numéros de téléphone, etc.) Difficulté à retenir de nouvelles informations, à suivre les conversations, à faire de nouveaux apprentissages, à utiliser la pensée abstraite. Apparition de problèmes d'orientation. Manque de mots.	Pertes de mémoire accentuées. Oubli progressif du passé, non reconnaissance des amis et de la famille, perte de l'orientation dans le temps, dans l'espace et par rapport aux personnes. Le langage devient difficile (dysarthrie).	Incapacité de se souvenir, de communiquer ou de fonctionner. Démence grave. Incapacité de traiter l'information. Difficulté à parler. Désorientation totale dans le temps, dans l'espace et par rapport aux personnes.
Aspect émotif			Humeur plus changeante, perte d'intérêt.	Conscience de l'état, stress et anxiété, labilité de l'humeur, dépression fréquente.	Changement de personnalité, confusion. Méfiance, sautes d'humeur, colères. Tristesse/dépression, hostilité, anxiété/appréhension. Difficulté d'interprétation de l'environnement et de l'entourage.	Repli sur soi, isolement, incapacité à sourire.

	Stade préclinique	Stade initial	Stade modéré	Stade avancé
Aspect comportemental	Comportements inhabituels, jugement altéré	Passivité, manque d'intérêt et de motivation, retrait des activités habituelles, agitation (déambulation et errance).	Cessation indispensable de la conduite automobile. Incapacité évolutive à la concentration. Répétitions, hallucinations, agressivité. Comportements sans inhibition, passivité. Accroissement de la dépendance.	Forme d'expression non verbale (pleurs, gémissements etc.).
Aspect physique	Aucun symptôme particulier	Apparition de problèmes de coordination.	Agitation (errance, agitation crépusculaire etc.). Difficulté dans les soins d'hygiène. Apparition de difficultés à la marche.	Somnolence (le sujet dort longtemps et souvent). Immobilité, alitement. Incontinence urinaire et fécale totale. Difficulté à mastiquer et à déglutir (risque de suffocation). Incapacité à se vêtir/dévetir, à se laver. Perte de poids, cachexie (risques d'escarres et d'infections pulmonaires).

Ce tableau récapitulatif des stades de la maladie d'Alzheimer est tiré de l'ouvrage de Phaneuf (2007, pp. 74-76).

Annexe VII

Échelles d'évaluation de l'agitation

ÉCHELLE D'AGITATION DE COHEN-MANSFIELD

(CMAI - COHEN-MANSFIELD AGITATION INVENTORY)

Date :

Nom et prénom du patient :

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

Agitation physique non agressive	1-Cherche à saisir
	2-Déchire les affaires
	3-Mange des produits non comestibles
	4-Fait des avances sexuelles physiques
	5-Déambule
	6-Se déshabille, se rhabille
	7-Attitudes répétitives
	8-Essaie d'aller ailleurs
	9-Manipulation non conforme d'objets
	10-Agitation généralisée
	11-Recherche constante d'attention
	12-Cache des objets
	13-Amasse des objets
Agitation verbale non agressive	14-Répète des mots, des phrases
	15-Se plaint
	16-Émet des bruits bizarres
	17-Fait des avances sexuelles verbales
Agitation et agressivité physiques	18-Donne des coups
	19-Bouscule
	20-Mord
	21-Crache
	22-Donne des coups de pied
	23-Griffe
	24-Se blesse, blesse les autres
	25-Tombe volontairement
26-Lance les objets	
Agitation et agressivité verbales	27-Jure
	28-Est opposant
	29-Pousse des hurlements

Évaluation de chaque item sur les 7 jours précédents :

Non évaluable : 0

Jamais : 1

Moins d'une fois par semaine : 2

Une ou deux fois par semaine : 3

Quelquefois au cours de la semaine : 4

Une ou deux fois par jour : 5

Plusieurs fois par jour : 6

Plusieurs fois par heure : 7

Tirée des recommandations de bonne pratique de la Haute Autorité de Santé (2009) sur la Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs.

INVENTAIRE NEUROPSYCHIATRIQUE – NPI

Nom : _____ Âge : _____ Date de l'évaluation : _____

NA = question inadaptée (non applicable) F x G = fréquence x gravité

Items	NA	Absent	Fréquence	Gravité	F x G	Retentissement
Idées délirantes	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Hallucinations	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Agitation/agressivité	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Dépression/dysphorie	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Anxiété	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Exaltation de l'humeur/ euphorie	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Apathie/indifférence	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Désinhibition	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Irritabilité/instabilité de l'humeur	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Comportement moteur aberrant	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Sommeil	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Appétit/troubles de l'appétit	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5

Score total 12

Tiré des recommandations de bonne pratique de la Haute Autorité de Santé (2009) sur la Maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs.