

**Travail de Bachelor pour l'obtention du diplôme Bachelor of Science en Soins
Infirmiers**

HES-SO Valais Wallis Domaine Santé & Travail Social

COMMUNIQUER POUR NE PAS CONTENIR !

**LA PRISE EN CHARGE DES COMPORTEMENTS PERTURBATEURS DANS LA DÉMENCE D'
ALZHEIMER**

Une revue de la littérature

Réalisé par : Alessia Russomanno

Promotion : Bachelor 08

Sous la direction de : Madame Elvire Berra

Sion, le 25 juillet 2011

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier toutes les personnes ci-dessous pour leur soutien durant les quatre années de formation à l'HES-SO et durant toute l'élaboration de ce travail.

MERCI

A mes parents de m'avoir encouragé et aidé financièrement durant ces quatre années de formation.

A mes sœurs qui ont toujours eu les mots pour me motiver.

A mes proches qui ont toujours pris de mes nouvelles et pensé à moi durant mes années d'études.

A mes amis qui m'ont toujours soutenu et qui m'ont aidé à me changer les idées quand j'en avais besoin !

A mes camarades de classe avec lesquels j'ai passais de merveilleux moments. Merci à tous pour vos bonnes humeurs, vos conseils, vos aides et vos encouragements.

Merci aux professeurs qui nous ont soutenus durant les ateliers méthodologiques en nous donnant de précieux conseils.

Merci à ma sœur, Fanny, qui a effectué la formation en même temps que moi, pour nos précieux moments d'entraide et la féliciter pour sa belle réussite !

Et un MERCI tout particulier à ma directrice de mémoire, Mme. Elvire Berra avec qui la collaboration a été très agréable. Elle a toujours été d'une grande disponibilité et a su trouver les mots justes pour me guider tout au long de ce travail.

RÉSUMÉ

Cette recherche est faite dans le cadre de l'obtention d'un Bachelor en Soins Infirmiers.

Il s'agit d'une revue de la littérature dans laquelle sept articles scientifiques ont été analysés. Le but de cette recherche initiale est de se questionner sur les stratégies de communication permettant une meilleure prise en charge des comportements perturbateurs, ainsi une diminution des contraintes physiques, dans une prise en charge d'une personne atteinte d'une démence d'Alzheimer.

Cette revue se base sur des résultats de précédentes recherches afin de fournir des recommandations concernant la communication avec la personne souffrant de démence. Cette revue, recherche encore d'autres interventions permettant une diminution de l'utilisation des contentions physiques et une meilleure prise en charge des troubles du comportement.

Grâce à ce travail, dans l'idéal, il serait important de trouver des stratégies de communication verbales et non verbales permettant une meilleure prise en charge des patients atteints de démence, plus précisément de type d'Alzheimer.

A travers ce travail, l'efficacité de certaines stratégies de communication sera démontrée ainsi que des méthodes ou des alternatives permettant la diminution des contraintes physiques.¹ La législation concernant la contention physique et des protocoles seront également identifiés dans cette revue.

Mots clés : stratégies de communication, démence d'Alzheimer, contention physique, comportements perturbateurs, alternatives contention, protocoles, lois.

¹ Les idées pour la mise en page du résumé sont tirées : GRAND-PIERRE, Sandrine. Bachelor 07. *L'animal a-t-il sa place dans les milieux de soins ? Un collègue à fourrure.* Juillet 2010.

TABLE DES MATIÈRES

<u>1</u>	<u>INTRODUCTION</u>	<u>1</u>
1.1	MOTIVATIONS PERSONNELLES	3
1.2	MOTIVATIONS PROFESSIONNELLES	4
1.3	MOTIVATIONS ÉCONOMIQUES ET POLITIQUES	7
1.4	OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE	8
<u>2</u>	<u>PROBLÉMATIQUE</u>	<u>9</u>
2.1	LA CONTENTION EN GÉNÉRAL	9
2.2	LA CONTENTION ET LA DMA	10
2.3	LA CONTENTION EN MILIEU HOSPITALIER	11
2.4	LA QUESTION DE RECHERCHE	13
2.5	LES OBJECTIFS DE MA RECHERCHE	14
<u>3</u>	<u>CADRE THEORIQUE</u>	<u>14</u>
3.1	LA DÉMENCE DE TYPE D'ALZHEIMER	15
3.1.1	UNE DÉFINITION GÉNÉRALE DE LA DÉMENCE	15
3.1.2	LA DMA	16
3.1.3	LA DÉCOUVERTE DE LA MALADIE D'ALZHEIMER	18
3.1.4	LES STADES DE LA DMA	19
3.1.5	LES TROUBLES APPARAISSANT DURANT LA DMA	19
3.2	LA CONTENTION	26
3.2.1	LES PROBLÈMES JUSTIFIANT L'UTILISATION DES CONTENTIONS	27
3.2.2	LES MODALITÉS PRATIQUES DE LA CONTENTION	30
3.2.3	LES CONSÉQUENCES DES CONTENTIONS CHEZ LE PATIENT	31
3.2.4	LES ALTERNATIVES À LA CONTENTION	33
3.3	LA LOI SUR LA CONTENTION	35
3.3.1	LA PRESCRIPTION MEDICALE	37
3.3.2	L'INFORMATION AU PATIENT	37
3.3.3	LES ETATS CONFUSIONNELS DE LA PERSONNE AGÉE	37
3.3.4	LES PRINCIPES	38
3.3.5	LES ASPECTS PARTICULIERS	38
3.3.6	LA DUREE	38
3.3.7	LA SURVEILLANCE EN MILIEU HOSPITALIER	38
3.3.8	LA DOCUMENTATION	39
3.4	LOI SUR LA SANTÉ EN SUISSE	39
3.5	EXEMPLES DE RÉGLEMENTATIONS	40

3.5.1 UN PETIT TOUR DE SUISSE CONCERNANT QUELQUES DIRECTIVES	40
3.6 LA COMMUNICATION AVEC LES PATIENTS ATTEINTS DE DMA	42
3.6.1 LA TECHNIQUE DE VALIDATION	46
<u>4 MÉTHODOLOGIE</u>	<u>49</u>
4.1 LE TYPE DE RECHERCHE	49
4.2 L'OUTIL UTILISÉ	49
4.3 LES LIMITES DU MÉMOIRE DE FIN D'ÉTUDES	50
4.3.1 LES LIMITES DE LA REVUE DE LITTÉRATURE	50
4.4 LA PERTINENCE DES ÉTUDES	51
4.4.1 LE NIVEAU DE PREUVE DES ETUDES	52
4.5 L'ÉTHIQUE PROPRE A MA RECHERCHE	52
4.6 L'ANALYSE DES DONNÉES	52
<u>5 ANALYSE DES DONNEES</u>	<u>53</u>
5.1 L'INTRODUCTION	53
5.2 ETUDE N°1	54
5.3 ETUDE N°2	59
5.4 ETUDE N°3	64
5.5 ETUDE N°4	67
5.6 ETUDE N°5	71
5.7 ETUDE N°6	76
5.8 ETUDE N°7	80
<u>6 SYNTHÈSE DES RÉSULTATS</u>	<u>84</u>
6.1 RETOUR SUR LES OBJECTIFS DE MA RECHERCHE	85
<u>7 DISCUSSION</u>	<u>86</u>
7.1 LA VALIDITÉ INTERNE ET EXTERNE	86
7.2 AUTO-ÉVALUATION	87
7.2.1 LE CADRE THÉORIQUE	87
7.2.2 LE RECUEIL DES DONNÉES	87
<u>8 BILANS</u>	<u>88</u>
8.1 BILAN PERSONNEL	88
8.1.1 LES FACILITÉS	88

8.1.2	LES DIFFICULTÉS	88
8.2	BILAN PROFESSIONNEL	89
8.2.1	RETOUR SUR MES OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE	89
8.3	LES RECOMMANDATIONS POUR LA PRATIQUE	90

9 CONCLUSION **91**

10 BIBLIOGRAPHIE **93**

10.1	LIVRES	93
10.2	ARTICLES	94
10.3	CYBEROGRAPHIE	95
10.4	RÉFÉRENCES DES ÉTUDES ANALYSÉES	101

ANNEXES

A:	EHELLE DE REISBERG	I-II
B:	ANNEXES 5 ET 6 DE L'ANAES	I-V
C:	RÉFÉRENTIEL DE PRATIQUE	
D:	CONTENTIONS: ARBRE DÉCISIONNEL DE L'ANAES	
E:	PROTOCOLE DE CONTENTION DU CHUV	I-II
F:	PROTOCOLE DE CONTENTION DE L'HFR	
G:	TECHNIQUES PRINCIPALES DE LA THÉORIE DE LA VALIDATION	
H:	TABLEAU DE STRATÉGIE DE RECHERCHE	
I:	ETUDES RETENUES ET CRITÈRES D'INCLUSION	I-II
J:	ETUDES NON RETENUES ET CRITÈRES D'EXCLUSION	I-II
K:	TABLEAUX DE RECENSION	I-XVII

1 INTRODUCTION

Dans le cadre de ma formation Bachelor en Soins Infirmiers, il nous est demandé de réaliser un travail de recherche afin de développer des compétences en lien avec notre thème. Ces compétences seront commentées plus bas dans le chapitre des motivations professionnelles. A travers cette revue de la littérature je développerai plusieurs compétences : l'analyse, la rédaction et la recherche. Ce travail permettra l'obtention de mon Bachelor en Soins Infirmiers, à la suite de l'année préparatoire et des trois années de formation à l'HES-SO.

J'ai décidé d'effectuer mon travail de fin d'études sur le thème de la contention physique, c'est un sujet qui me touche et m'interpelle depuis la première année de ma formation. Au départ je n'étais pas sûre de vouloir explorer ce thème uniquement en revue de la littérature car je craignais de ne pas pouvoir répondre à toutes mes questions sans explorer le terrain.

Il est certain que ce thème de recherche aurait été intéressant à développer et à approfondir dans le milieu pratique, mais à la fois, très sensible à aborder avec les soignants, au risque, surtout, de voir les résultats se biaiser à cause d'un manque de collaboration ou d'expression de la part de ceux-ci, par crainte d'être jugés sur leurs pratiques. Pour l'instant les problèmes et les interrogations concernant la contention restent encore très vastes dans mon esprit et heureusement peu vécus au niveau pratique.

J'ai débuté ma réflexion en me posant plusieurs questions de départ : Quelles sont les conséquences psychologiques du recours à la contention chez le patient? Comment prévenir l'utilisation des contraintes physiques en s'aidant de la communication? Existe-t-il des alternatives efficaces à la contention? En explorant la littérature, je me suis rendue compte qu'il y avait de nombreux articles débattant de cette problématique. Chaque secteur des soins infirmiers peut être touché par cette utilisation. Tels que les EMS², les cliniques, le milieu hospitalier (services de gériatrie, de médecine, de

² Etablissement médico social, dans le langage courant nous nommons aussi Home pour personne âgée.

chirurgie, de psychiatrie, des urgences), mais encore les établissements socio-éducatifs pour personnes handicapées mentales. La contention physique peut aussi se retrouver hors contexte hospitalier ou institutionnel, par exemple à domicile.

Bien entendu, ma recherche comprendra des limites. Le sujet étant très varié j'ai décidé de cibler ma recherche **à la personne atteinte de démence type d'Alzheimer³ en milieu hospitalier**. En effet la personne atteinte de cette démence peut être hospitalisée pour des raisons d'ordre physique, par exemple pour subir une opération, pour des raisons de maladie, pour une attente de placement dans un EMS ou dans un établissement spécialisé. A travers cette recherche, j'ai voulu me rapprocher le plus possible de ce que j'avais pu observer lors de mes stages pratiques. Les explications de ce choix seront détaillées dans le chapitre suivant qui concerne mes motivations personnelles. Je n'ai pas voulu développer la contention chez l'enfant, bien qu'elle soit aussi présente dans ce milieu. En effet, la relation soignant-soigné et les motifs de contention auraient été sûrement différents à traiter. J'ai aussi éloigné de mon champ de recherche le domaine psychiatrique et celui des urgences, car ce sont des domaines que je connais très peu et dans lesquelles les contentions chimiques sont souvent plus utilisées, selon mon point de vue, aux contentions physiques.

Concernant la méthode, je me situe dans une revue de la littérature qui sera donc réalisée uniquement par l'analyse d'articles et de recherches. Mon travail comportera plusieurs étapes. D'abord je vous présenterai mes motivations personnelles et socioprofessionnelles, dans lesquelles se trouveront les compétences que je souhaite développer ainsi que mes objectifs d'apprentissage. Je vous présenterai également les motivations économiques et politiques. Ensuite je poursuivrai avec la problématique et les cadres conceptuels. A la fin de ce travail, je continuerai avec l'analyse des différentes études, suivie des résultats obtenus. Pour finir, je conclurai avec l'autoévaluation générale de mon travail et des recommandations pour la pratique soignante.

³ Tout au long de ce travail, la démence type d'Alzheimer sera nommée : « DMA ».

1.1 MOTIVATIONS PERSONNELLES

Lors de mon tout premier stage, je me suis retrouvée confrontée pour la première fois à un patient que l'équipe a dû contenir. Ce monsieur était hospitalisé dans le service de médecine pour un sevrage d'alcool. Le patient se trouvait dans un état d'agitation qui pouvait le mettre en danger lui et les autres. Les infirmières du service ont donc dû l'attacher sur le lit en utilisant des liens aux poignets et aux jambes, ainsi qu'une ceinture abdominale. Dans une confusion totale, le patient ne consentait pas à sa contention. Attacher cet homme a été une urgence pour l'équipe. Voir cet homme si vulnérable et si apeuré d'être attaché m'avait bouleversée. Etre stagiaire et regarder cette scène sans comprendre la motivation des soignants a été très dur. Je ne savais pas du tout comment me positionner. A ce moment là, j'aurais aimé savoir quels étaient les sentiments et les pensées des membres de l'équipe, quelle avait été leur réflexion. « On attache, on quitte la chambre, on détache plus tard.. » pour moi à ce moment là tout se résumait à cela !

C'est pourquoi, à travers ce travail de recherche, je désire approfondir cette problématique. Moi-même en tant que stagiaire, dans certains service de médecine et de chirurgie et dans un EMS j'ai aidé à contenir des patients sur un fauteuil en les attachant avec un drap pour les empêcher de se lever, de se blesser, mais encore de chuter ou de se perdre. Exécuter ces gestes me posait toujours des problèmes et j'avais besoin d'en parler avec les membres de l'équipe.

Développer ce thème me permettra d'avoir une vision de la contention plus pointue, plus réfléchie et peut être de pouvoir l'utiliser un jour ou la partager. Si je devais discuter de mes représentations à ce sujet, je dirai que je trouve très difficile de se retrouver dans la peau d'un soignant qui fait « peur » au patient et qui sans doute blesse le patient dans sa dignité. D'un autre côté, le soignant peut contenir pour protéger, pour calmer, pour peut être rassurer les autres patients, les proches du malade, les membres de l'équipe. Mes idées deviendront plus claires au fil de ce travail.

1.2 MOTIVATIONS PROFESSIONNELLES

Passons maintenant aux motivations professionnelles qui m'ont poussée à aborder ce thème. La contention est une problématique éthique. Comme l'écrit TOUZET Patrick : « *Le recours à la contention pousse le soignant à se questionner : « Est-ce que je fais bien ou mal ? », « Mes actions vont-elles servir ? ». Ce questionnement se pose d'autant plus en psychiatrie ou peut être en gériatrie, où le soignant est plus souvent confronté aux soins sans consentement, à la privation de liberté »*⁴ Ces questionnements éthiques peuvent se retrouver non seulement dans les milieux de soins psychiatriques, mais dans tous les autres milieux de soins où la contention est utilisée. La contention se doit d'être réfléchie. A la fin de ce travail de recherche, j'obtiendrai un Bachelor en Soins Infirmiers. Tout au long de cette formation, mes camarades et moi-même avons été formés à développer des compétences spécifiques aux soins infirmiers et à devenir ainsi des praticiens réflexifs. C'est pourquoi, dans mon futur rôle professionnel de soignante, je pourrai être confrontée à mener une équipe, à réfléchir sur une problématique comme celle de la contention physique.

Comme je l'ai énoncé dans l'introduction, j'ai décidé de cibler ma recherche aux patients atteints de DMA⁵. Dans les milieux de stage que j'ai fréquentés, je me suis retrouvée fréquemment en relation avec des patients souffrant de cette démence. J'ai pu remarquer qu'en milieu hospitalier, la prise en charge de ces personnes peut devenir rapidement problématique. Il y a en effet, plusieurs motifs qui peuvent amener le soignant à contenir. Principalement les risques de chutes, d'errance et de fugues. En tant que personnel de la santé nous sommes et serons confrontés de plus en plus à des personnes hospitalisées pouvant souffrir de DMA ou d'autres formes de démence.

Selon le Rapport Mondial Alzheimer 2009, on estime que 35,6 millions de personnes dans le monde seront atteintes de démence en 2010 et que ce nombre doublera à peu près tous les 20 ans, pour atteindre 65,7 millions en 2030 et 115,4 millions en 2050.⁶

⁴ Tiré de : TOUZET, Patrick. *Pour une éthique de la contention*. Revue Santé Mentale. 2004. no 86.

⁶ Tiré de: *Rapport Mondial Alzheimer 2009*. (En ligne). Adresse URL: http://www.alz.ch/f/data/data_249.pdf

Qu'en est-il de l'incidence de la maladie en Suisse ? Selon l'Association Alzheimer Suisse : en 2010, pas moins de 107 000 personnes atteintes de DMA ou d'une autre forme de démence vivent en Suisse. Les statistiques recensent 25 800 nouveaux cas chaque année. Le risque d'être atteint d'une démence augmente avec l'âge. Par exemple dans notre pays, on estime qu'il y a 4'185 nouveaux cas dans la classe d'âge de 90 ans et plus (10,4%) et 1'583 nouveaux cas dans la classe d'âge de 65 à 69 ans (0,4%).⁷ Le pourcentage plus élevé dans la classe d'âge de 90 ans et plus est sans doute due à la progression de la DMA avec l'âge. Ces chiffres qui augmentent démontrent également une plus grande espérance de vie de la population.

Ces données traduisent l'importance d'une bonne réflexion quant à la prise en charge des ces personnes malades, soit à leur domicile, soit dans nos milieux de soins.

Le thème de la contention est certes sensible, non seulement au point de vue des ressentis, mais encore au niveau des débats qu'il soulève. Je pense qu'il ne faut pas arrêter d'en discuter et continuer à chercher de meilleures solutions. Que peuvent faire les soignants pour limiter le recours à la contention physique ? Comment se positionner en tant que professionnel de la santé au moment de recourir à la contention, au moment d'en parler avec ses collègues ou à l'entourage du patient. Dominique FRIARD affirme : « *l'aspect thérapeutique de la contention n'a jamais été démontré.* »⁸ Peut être, pour certains soignants, la contention est thérapeutique, pour d'autres un peu moins. Mais alors, si celle-ci ne peut être évitée, comment faire pour la rendre la plus thérapeutique possible ?

Pour répondre à mes motivations professionnelles, je me suis basée sur le référentiel de compétences de l'HES-SO en soins infirmiers et j'ai choisi de développer celles étant les plus spécifiques à mon thème.

La compétence 2 : « Réaliser l'offre en soins dans la perspective de projets de soins interdisciplinaires »

Dans cette compétence les éléments de communication sont mis en évidence :

⁷ Tiré de : Association Alzheimer Suisse. *107 000 personnes atteintes d'Alzheimer vivent en Suisse.* (En ligne). 2010. Adresse URL : http://www.alz.ch/f/data/data_279.pdf.

⁸ Tiré de : FRIARD, Dominique. *Attacher n'est pas contenir.* Revue Santé Mentale. 2004. no 86.

*** « L'étudiant explicite les cadres nécessaires au travail relationnel »**

Pour tenter de diminuer la contention il me paraît utile de connaître ces cadres et de les utiliser. La communication avec une personne souffrant de DMA peut être très difficile, car le soignant doit faire face à plusieurs troubles chez le patient, tels que les perturbations cognitives, la perte du langage, les troubles psycho-comportementaux (agitation, agressivité et dépression). « *Le patient atteint de démence peut ne pas comprendre les raisons de sa contention, ce qui engendre le risque qu'il ne l'accepte pas ou la vive très mal. La contention, si elle ne peut être évitée, devrait être accompagnée de mesures susceptibles de ramener la sérénité chez le patient*⁹ ».

*** « L'étudiant met en place les conditions qui permettent la construction du sens de l'expérience vécue par le client »**

Le fait de contenir laisse des séquelles physiques mais aussi psychologiques chez le patient ayant subi cette contrainte. Elle peut également paraître très traumatisante pour le patient. Il me semble donc primordial d'en discuter avec lui à la suite de l'épisode, de lui demander comment il a vécu le moment, lorsqu'il s'est retrouvé contenu. Le patient devrait pouvoir exprimer son ressenti au soignant.

La compétence 4 : « Evaluer ses prestations professionnelles »

La compétence 4 développe la réflexion sur son travail, l'autoévaluation sur des critères ainsi que l'appréciation des patients. Un recours à la contention doit être mûrement réfléchi et basé sur des critères. Un bon exemple : les 10 recommandations de l'ANAES¹⁰. Une autoévaluation et une réflexion sur sa pratique professionnelle me paraît donc très utile afin de ne pas minimiser un acte tel que celui de la contention et surtout pour promouvoir d'autant plus la qualité de nos soins.

⁹ Tiré du Groupe travail Ethique & Démence du Comité d'Ethique du CHA – Recommandation –Version définitive– juin 2006. *La contention du patient dément*. (En ligne).

Adresse URL : http://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:nqKZFSQXA4gJ:www.ch-avignon.fr/sections/nous/actions-qualite/comite-d-ehique/travaux-du-comite-d/contention-du-patient/downloadFile/attachedFile_f0/Contention_patient_dement.pdf%3Fnocache%3D1216124276.35+Tir%C3%A9+du+Groupe+travail+Ethique+et+D%C3%A9mence+du+Comit%C3%A9+d%E2%80%99Ethique+du+CHA+%E2%80%93+Recommandation+%E2%80%93+Version+d%C3%A9finitive%E2%80%93+juin+2006.+La+contention+du+patient+d%C3%A9ment.&hl=fr&gl=ch&pid=bl&srcid=ADGEEESig2EjArv7FFcdl_3pLhqb1Zz3FO2yhD0iQs01BQIn69rBJdqDlfzSJmb2IG5grwuNNa46NBpdwGvdXebNYidO6CkqrBBHw6_Etmo8aXkbUaoSiFgiEKOMDThnPx0SbPYlr_CVF&sig=AHIEtbSbd_XZold141KFXrXZxWB9HRS8eg

¹⁰ Structure de santé publique en France, l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES)

La compétence 5 : « contribuer à la recherche en soins et en santé »

A travers mon travail de fin d'études, j'effectue une recherche. Cette compétence est donc tout à fait appropriée.

*** « Relève des thèmes de recherches possibles, issus des problématiques de terrain »**

Pour réaliser ce travail, je me suis inspirée des problématiques rencontrées durant mes différentes formations pratiques. A la suite de cette recherche, je pourrai appliquer et comparer ce que j'aurai acquis, en milieu pratique.

« Se réfère et utilise dans sa pratique des connaissances infirmières basées sur des fondements scientifiques »

Afin que mon travail soit en lien avec les soins infirmiers, je dois fonder ma recherche sur des aspects scientifiques propres aux sciences infirmières. Je vais donc devoir sélectionner plusieurs études se basant sur ce domaine particulier. Ensuite en tant que future professionnelle de la santé, j'aurais comme devoir de partager mes connaissances sur la contention physique. J'utiliserai ces connaissances scientifiques pour argumenter et mener ma pratique soignante.

1.3 MOTIVATIONS ÉCONOMIQUES ET POLITIQUES

De nombreux problèmes économiques et politiques peuvent rendre la contention encore plus complexe. La surcharge de travail et le manque de personnel soignant dans les services de soins peuvent être des facteurs menant à recourir à la contention. Afin de diminuer le plus possible l'usage des contentions dans les établissements de soins, il me semble primordial pour un soignant de connaître les droits qu'ont les patients et les obligations réglées par la Loi sur la Santé Suisse concernant la contention. A travers mes lectures, j'ai constaté que l'usage des contentions a des conséquences psychologiques et physiques sur le patient ; dans ce sens, la diminution et une meilleure utilisation de cette pratique préviendraient ces conséquences néfastes et diminueraient ainsi les coûts et les traitements de l'hospitalisation. Réfléchir à notre rapport à la contention est une responsabilité que nous avons envers le patient dont nous avons la charge, en cherchant à améliorer la qualité des soins reçus à l'hôpital et sa qualité de

vie. Dans mon travail, je discuterai de la contention chez la personne atteinte de DMA. Aujourd'hui, nous savons que la population âgée augmente et nombre de ces personnes âgées sont touchées par des syndromes démentiels. En milieu hospitalier par exemple, dans des services de médecine ou de chirurgie, la prise en charge des patients atteints de démence s'avère parfois difficile et les soignants se trouvent dans l'obligation de contenir. Le plus souvent le soignant contient pour protéger le patient de lui-même. Une mise sous contention requiert, au préalable, une réflexion et une procédure stricte à appliquer. Si un protocole existe, il doit également être suivi par les soignants. Lorsqu'un patient est contenu il doit être d'autant plus surveillé par l'équipe soignante. Par conséquent **contenir demande du temps ainsi qu'une mobilisation du personnel soignant**. Réfléchir à la contention chez la personne souffrant de DMA permettra de trouver des solutions qui comportent le moins de conséquences néfastes pour elle et de diminuer des traitements inutiles.

1.4 OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE

1. Identifier et reconnaître les stratégies spécifiques dans la communication avec la personne atteinte de DMA.
2. Définir des stratégies de communication verbale et non verbale pouvant être utilisées pour tenter de diminuer le recours à la contention chez le patient souffrant de DMA et rendre la contrainte moins angoissante pour lui, si elle est inévitable.
3. Identifier les recommandations et les protocoles existants dans la littérature concernant la prise de décision de contenir, ainsi que la loi et les normes éthiques.
4. Sélectionner et examiner des données de recherche qui soient les plus pertinentes possibles.
5. Démontrer l'importance d'étudier cette problématique en appliquant une méthodologie adaptée pour répondre à ma question.
6. Discuter mes résultats de recherches en exprimant ma position lors de l'analyse de ces données, et proposer d'autres pistes de réflexion sur le sujet, ainsi que des recommandations pour la pratique soignante.

7. Auto évaluer mon travail tout au long de sa rédaction et également le travail final.¹¹

A l'intérieur de ce précédent chapitre, les motivations qui animaient l'élaboration de ce travail ont été expliquées. Passons maintenant au second chapitre, qui concerne la problématique, et dans lequel sera également présentée la question principale de ma recherche.

2 PROBLÉMATIQUE

2.1 LA CONTENTION EN GÉNÉRAL

Pour élaborer ma problématique autour du thème de la contention, j'ai d'abord passé en revue plusieurs articles et ouvrages¹² afin d'avoir une vision plus précise du thème. D'abord, j'ai recherché plusieurs aspects concernant le sujet, comme par exemple, les différentes façons de contenir, les conséquences physiques et psychologiques pour le patient, les motifs qui peuvent pousser les soignants à contenir, ainsi que des protocoles et des recommandations existants. Bien sûr avant tout cela, je me suis attardée sur les multiples définitions données à la contention. A travers ces différentes lectures, j'ai réalisé que l'efficacité thérapeutique de la contention physique n'a pas été prouvée ou du moins mise en évidence. Au contraire de nombreux textes font référence **aux conséquences physiques mais aussi psychologiques** (c'est moi qui le souligne) de la contention.

En parcourant ces lectures, je me suis posée de nombreuses questions concernant la contention : Pour quelles raisons les soignants utilisent-ils les contentions dans les milieux de soins ? Est-ce par manque de personnel ? Est-ce par manque de temps ou de disponibilité ?

Concernant la loi sur la Santé Suisse : Est-elle mise en application dans les établissements de soins ? Les soignants consultent-ils toujours le patient, ses proches ou son représentant thérapeutique avant d'agir ? Le personnel soignant réfléchit-il à d'autres mesures moins contraignantes et humiliantes pour le patient ? Mais encore,

¹¹ Inspiré de : CANDAU, Debbie. *Bloom's taxonomy of Cognitive Levels*. 2001. (En ligne). Adresse URL : http://www.hecvsante.ch/Libraries/EcolesStages/Verbes_pour_une_approche_par_competences.sflb.

¹² Les références de la littérature parcourue sont citées dans la bibliographie

selon la loi, le médecin devrait être la personne prioritaire à prendre la décision de contenir, mais intervient-il toujours ?¹³ Les soignants se retrouvent souvent les premiers confrontés à la décision de contenir. La loi annonce également qu'une surveillance renforcée devrait être mise en place durant la période de contention ou d'isolement. Cela me paraît très utile, mais n'est-ce pas un peu contradictoire si l'on pense que les contentions sont souvent proposées lors d'une surcharge de travail et d'un manque de disponibilité soignante, ou d'un manque de personnel ? Alors où prendre ce temps et ce personnel pour surveiller ? Est-ce que limiter les mouvements des patients n'est justement pas fait pour avoir moins besoin de surveillances ? Si la contention est définie par certains comme thérapeutique ne devrait-elle pas elle aussi être faite avec le consentement libre et éclairé du patient ? Les soignants prennent-ils le temps d'expliquer au patient les raisons de sa contention ? Le personnel soignant explique-t-il les conséquences liées à la contention et vérifie-t-il la compréhension du patient et de son entourage ?

2.2 LA CONTENTION ET LA DMA

Dans les différents stages pratiques en milieu hospitalier, de réelles difficultés ont été rencontrées par l'équipe soignante, en lien avec la prise en charge du patient souffrant de démence et le recours à une contention. Comme énoncé dans le chapitre de mes motivations professionnelles, de plus en plus de personnes sont et seront atteintes de démence. Dans les hôpitaux, les soignants sont confrontés régulièrement à des personnes souffrant de DMA, car celle-ci est aussi la plus fréquente. Lors des mes formations pratiques dans les services de médecine et de chirurgie j'ai souvent été en relation avec des patients atteints de DMA. Leur prise en charge pose des difficultés, elle demande que le soignant fasse preuve de compétences spécifiques et de beaucoup de connaissances. En effet, les patients atteints de ce type de démence souffrent de multiples symptômes, tels que des troubles de la mémoire, des troubles de l'orientation, de la marche, du langage, de la reconnaissance et du raisonnement. A ces troubles cognitifs s'ajoutent également des troubles psycho-comportementaux¹⁴ qui peuvent

¹³ Selon les directives de l'ASSM (Associations Suisses des Sciences Médicales) et selon la loi sur la santé Valaisanne, la contention physique oblige un ordre médical. Ces directives et lois sont développées plus loin, dans le chapitre « la loi sur la contention ».

¹⁴ Tiré de : AVET, Stéphane. *Prise en soins d'un patient atteint de la maladie d'Alzheimer au travers de situations spécifiques*. 2008. NPG Neurologie- Psychiatrie- Gériatrie p8, pp17-26.

parfois inciter le soignant à contenir, tels que l'agitation, l'agressivité verbale ou physique et la déambulation sans but précis. Un patient atteint de DMA se trouvera régulièrement dans un état d'extrême confusion, selon à quel stade de la maladie il se trouve. Il peut donc ne pas comprendre les raisons de sa contention, surtout venant de la part de celui qui le soigne, qui normalement lui porte de l'attention et de la chaleur humaine. Il pourra alors ressentir de fortes angoisses et vivre un moment traumatisant. Imaginons ce que vit une personne contenue qui a déjà perdu nombreux de ses repères. Quelquefois la contention s'avère inévitable chez ces types de patients. Alors dans un contexte où la contention ne peut être évitée, comment la rendre la plus thérapeutique possible ? Comment réduire l'angoisse chez le patient souffrant de démence lorsque le soignant ne peut faire autrement que de le contenir ? Comment communiquer avec le patient lors d'un épisode de contention ?

2.3 LA CONTENTION EN MILIEU HOSPITALIER

En milieu hospitalier, dans un service de médecine ou de chirurgie, est-ce plus difficile pour les soignants d'exercer des compétences spécifiques nécessaires à la prise en charge d'une personne atteinte de DMA ? Ont-ils le temps de réfléchir en équipe, alors que d'autres patients dans un état plus grave ou ayant un risque vital requièrent des prises en soins particulières et des surveillances accrues ? Les problèmes liés à l'utilisation des moyens de contention peuvent être multiples. La loi sur la Santé Suisse stipule par exemple, l'obligation d'une prescription médicale. Parfois le personnel soignant peut se retrouver seul confronté à une situation d'urgence dans laquelle le patient doit être contenu. Les soignants peuvent-ils toujours avertir le médecin à temps ? Mais encore, un soignant travaillant en milieu hospitalier aura peut être moins de connaissances spécifiques sur la démence, ainsi que d'autres priorités au niveau des soins. De plus, les protocoles concernant la contention sont parfois plus rares dans les services de soins hospitaliers, (ceci est une constatation personnelle) contrairement aux établissements psychiatriques et aux homes pour personnes âgées où les protocoles sont mieux connus du personnel soignant. Le manque d'effectif et la quantité de soins à effectuer sont des facteurs qui peuvent pousser les soignants à contenir.

Un soignant se sent responsable du patient dont il a la charge. Par exemple, lors de risques de fugues chez le patient atteint de troubles démentiels, le soignant se heurte à

une double difficulté. Celle de restreindre la liberté de mouvements et celle de sa responsabilité en cas de fugue du patient. Cela n'est pas simple à gérer. « *La plupart du temps est-ce la responsabilité qui l'emporte ?*¹⁵ *Pourtant, respecter autant que possible la déambulation, c'est préserver une part de la liberté et de la dignité du malade* ». ¹⁶

La contention est sans doute une problématique à elle seule car elle porte atteinte à la liberté, à la dignité, à l'autonomie et à l'indépendance de la personne. De plus, dans la littérature, de nombreux ouvrages mettent en évidence d'importantes conséquences autant physiques que psychologiques pour le patient. Par exemple, une étude réalisée par le Centre d'étude EBN (Evidence Based Nursing) de l'université de Bologne, en Italie¹⁷, a conclu que l'utilisation de la contention physique est totalement inefficace pour prévenir les risques de chutes. « *Au contraire, le recours à la contention augmenterait ce risque : limiter la liberté de mouvements provoque une fonte musculaire et réduit la fonction physique, ceci entraînant d'autant plus de risques de chutes. Alors que très souvent dans le milieu pratique, le premier motif invoqué pour recourir à la contention est la crainte que la personne chute et se blesse.* » Mais encore, selon l'OIIO (Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario, Canada), des recherches récentes indiquent que : « *le recours à la contention augmente en fait les blessures, les lésions cutanées, le déclin fonctionnel, la perte d'appétit, la déshydratation et la constipation. Le recours à la contention serait aussi à l'origine de troubles émotionnels (sentiment de perte de la dignité et de l'autonomie personnelle, aspect déshumanisant, agitation accrue et dépression)* ». ¹⁸

¹⁵ Tiré de : HELIOT-MAILLOT, Céliane (et al.). (Hôpitaux Universitaires de Genève). *Le recensement des pratiques cliniques liées à la contention physique et environnementale dans les unités de soins, rapport de synthèse*. (En ligne). 2009.

Adresse URL :

http://soins.hug-ge.ch/_library/specialistes_clin_pdf/Rapport_recensement_pratiques_cliniques_contention_2009.pdf

¹⁶ Tout le paragraphe est inspiré et tiré de : Société française de gériatrie et de gérontologie. Direction générale de la santé et direction générale de l'action sociale. *Les bonnes pratiques de soins en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes*. (En ligne). 2007. Adresse URL :

http://www.lamaisondelautonomie.com/dmdocuments/DGAS_BONNES_PRATIQUES_SOINS_EHPAD.pdf

¹⁷ Tiré de : CAPPUCIO, Rosaria (et al.). Centro Studi EBN Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna. *La contenzione fisica e la sedazione farmacologica per la prevenzione delle cadute, l'interruzione dei trattamenti e l'aggressività nei pazienti con demenza senile e disorientamento cognitivo*. (En ligne). 2008. Adresse URL : http://www.evidencebasednursing.it/master/revisioni/contenzione_disorientamento.pdf.

¹⁸ Tiré de : L'OIIO (Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario). *La contention, normes d'exercices*. (En ligne). 2006 Adresse URL : http://www.cno.org/docs/prac/51043_restraints.pdf.

Le psychiatre Jérôme PALAZZOLO affirme : « *l'objectif thérapeutique est avant tout le bien être du patient. Ce qui requiert pour lui une bonne compréhension de la signification que peuvent avoir pour le patient les soins prescrits.* »¹⁹ Ce que je retiens d'important dans cette phrase, c'est d'abord de communiquer avec le patient, de trouver avec le patient un sens à la contention si celle-ci ne peut être évitée. Et tenter également par la communication, de ne pas aboutir à une décision de contenir.

En ce sens, cela me paraît primordial pour notre pratique. Chaque soignant pourra être confronté à une décision de contenir. Alors s'il ne peut faire autrement, il faut à tout prix qu'il reste avant tout : SOIGNANT ET HUMAIN ! Mais la contention physique reste parfois, dans des situations spécifiques, inévitable.

2.4 LA QUESTION DE RECHERCHE

Suite à mes nombreuses réflexions sur le sujet découle cette question de recherche, afin de pouvoir répondre au mieux aux différentes questions que je me suis posée tout au long de l'élaboration de ma problématique.

Voici ma question :

« Quelles stratégies de communication, les soignants peuvent-ils adopter afin de réduire la mise en place d'une contention physique chez un patient souffrant de DMA²⁰ ayant un comportement perturbateur » ?

¹⁹ Tiré de : PALAZZOLO, Jérôme. *Pour une éthique de la contention*. Revue Santé Mentale. 2004. no 86.

²⁰ Ma recherche se limitera aux stades 5 à 7 selon l'échelle globale de détérioration d'après B. Reisberg. L'échelle est présentée sous forme de tableau en annexe A.

Références : .Echelle globale de détérioration (*Global Deterioration Scale GDS*) pour la maladie d'Alzheimer et les désordres cognitifs liés à l'âge. (En ligne).

Adresse URL : http://web.mac.com/arpul/ARPUL/echelles_files/GDS%20-%20Reisberg.pdf

2.5 LES OBJECTIFS DE MA RECHERCHE

Cette recherche initiale vise à :

- Identifier les conséquences physiques et psychologiques reliées à l'utilisation de la contention.
- Identifier et expliquer la communication avec la personne atteinte de DMA.
- Identifier et proposer des stratégies de communications et des interventions relationnelles infirmières permettant de diminuer le recours à la contention, lors de comportement perturbateur ou dangereux.
- Acquérir de nouvelles compétences dans l'initiation et le déroulement d'une recherche.

Pour répondre aux objectifs de cette recherche en revue de littérature, je me référerai aux compétences ainsi qu'aux objectifs d'apprentissage développés dans mes motivations professionnelles.

3 CADRE THEORIQUE

Ce chapitre me permettra de développer les thèmes qui composent ma recherche.

J'ai choisi de développer ces concepts :

- * La démence de type d'Alzheimer
 - Les comportements perturbateurs
- * La contention physique
- * La loi Suisse sur la contention
- * La communication avec les patients atteints de DMA

Je développerai plus bas les concepts choisis, ceux-ci m'aideront à approfondir mes connaissances. Déterminer ces cadres conceptuels me sera également utile lors de l'analyse des données. Ils me permettront de mettre en lien les différents éléments recherchés.

3.1 LA DÉMENCE DE TYPE D'ALZHEIMER

La maladie d'Alzheimer enlève ce que l'éducation a mis dans la personne et fait remonter le cœur en surface. » Christian BOBIN La présence pure²¹

La démence est un thème complexe car il en existe de plusieurs types.²² Pour ce travail je me suis référée aux expériences pratiques vécues avec les patients atteints de DMA. Afin que ma recherche soit aussi plus précise et qu'il soit plus facile de mettre en lien les différents concepts, j'ai décidé de me baser exclusivement sur ce type de démence. J'ai aussi décidé de parler de cette démence, car elle me semble être la plus connue de la population. Emmanuel HIRSCH affirme qu'avec les patients atteints de DMA: « *Les professionnels évoluent à tâtons dans un territoire, une contrée peu familiers, étranges, inconnus* ». C'est pourquoi, il me paraît primordial pour un soignant, de connaître de manière plus approfondie la DMA afin de permettre une meilleure prise en soin de ce type de patient.²³

Tout au long de ce chapitre, je donnerai une définition générale de la démence et de la DMA. Ensuite, je discuterai des comportements perturbateurs du patient atteint de démence. Ces différents sous-points sont importants à connaître pour comprendre une éventuelle décision de contenir de la part des soignants.

3.1.1 UNE DÉFINITION GÉNÉRALE DE LA DÉMENCE

Selon l'auteur/infirmière Margot PHANEUF, la démence est une atteinte au fonctionnement intellectuel. Elle est accompagnée d'une perte importante de la mémoire, de changements de la personnalité et de l'affectivité, de désorientations temporelles et spatiales, d'une incapacité à résoudre des problèmes et de manifester les

²¹ Tiré de : BOBIN, Christian. *La présence pure*. (En ligne). 2007.
Adresse URL: <http://www.biblioblog.fr/post/2007/09/19/672-presence-pure-christian-bobin>

²² Le DSM-IV a fourni une classification, ainsi que des critères diagnostiques concernant les troubles mentaux. Le DSM-IV énonce six types de démence, selon des codes diagnostiques spécifiques. Il évoque la démence de type Alzheimer, la démence vasculaire, la démence due à d'autres affections médicales générales, la démence persistante induite par une substance, la démence due à des étiologies multiples et la démence non spécifiée.

Références : American Psychiatric Association. *Mini DSM-IV-TR. Critères diagnostiques*. (Washington DC, 2000). Traduction française par J.-D. et al. Masson, Paris, 2004.

²³ Tiré de : HIRSCH, Emmanuel. *Confrontations à la maladie d'Alzheimer. L'éthique à l'épreuve de la maladie grave, confrontations au cancer et à la maladie d'Alzheimer*. Ed. Librairie Vuibert. France. 2005. pp. 55-81.

comportements appropriés aux situations. Elle affirme : « *de façon générale, les personnes atteintes de démence présentent les signes suivants :*

- *Une altération de la pensée abstraite et du jugement.*
- *Une perte des fonctions complexes comme le langage, la capacité d'exécuter une tâche difficile, de reconnaître les objets et les gens.*
- *Une altération de la personnalité.*
- *Une difficulté à accomplir ses activités professionnelles et à remplir ses responsabilités sociales ».*

Même si autrefois le terme « dément » était associé à la folie, cette affection n'est pas qu'une maladie mentale, mais plutôt considérée comme une maladie neurologique. C'est un syndrome cérébral organique.²⁴ En effet, Louis PLOTON définit la démence comme un polysyndrome associant un syndrome neurologique (micro lésions cérébrales et déficit en neuromédiateur tels que l'acétylcholine), cognitif (altération de la mémoire, du langage et de l'apprentissage) et psychopathologique (dépression, confusion, hallucinations et troubles du comportement).²⁵

3.1.2 LA DMA

Cette affection est le plus souvent liée à l'âge. Elle relève d'un trouble neurodégénératif, qui provient d'une atteinte irréversible et progressive du système nerveux central. Elle évolue, en général, sur une période de plusieurs années. Dans sa phase initiale, elle se manifeste par des pertes de mémoire et de la confusion. Ces symptômes conduisent peu à peu à des modifications de la personnalité, à des perturbations cognitives qui touchent la mémoire, la prise de décision et le langage. Il apparaît également des troubles moteurs, psychologiques et comportementaux. Au stade final, presque tout le fonctionnement de la personne est affecté. Ces changements se présentent à différents

²⁴ PHANEUF, Margot. *La maladie d'Alzheimer et la prise en charge infirmière*. Canada : Ed. De la Chenelière Inc. 2007. P.26

²⁵ Tiré de : PLOTON, Louis. *A propos des démences*. (En ligne).

Adresse URL :

http://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:8Z9ZxX9bJkcJ:www.cec-chibougamau.qc.ca/DES/Documents_TES/Nouveau%2520dossier/A%2520propos%2520des%2520d%25C3%25A9mences.ppt+poly+syndrome+de+la+d%25C3%A9mence+louis+ploton&hl=fr&gl=ch&pid=bl&srcid=ADGEEsGUNCiNySuxFAG1KFVsh49jHDEZm0hxhu1y99vryiMJgcwvX1Qb74qs3KWmEZfkQx85XXXebFzHiqVmK1mzoaYxquMZEE5LxR9b5SCJApY3h2h0cRd4qBbcOZzGRmqPPAuzcqXV&sig=AHIEtbTcJe2U3gPuoDbSP0nL7CBe0OhRA

degrés et sous diverses formes, mais ils deviennent suffisamment intenses pour entraver les activités quotidiennes, sociales et relationnelles de la personne malade. Finalement, la personne atteinte de cette démence perd son autonomie et son indépendance.²⁶

Hubert AUPETIT, l'auteur du livre « *La maladie d'Alzheimer* » a fait preuve de créativité pour définir la DMA. Il affirme : « *la maladie d'Alzheimer n'est pas vécue de la même façon par le malade, sa famille et son médecin...* ». « *Il s'agit ici de donner la parole à ceux dont on estime parfois trop hâtivement qu'ils en sont privés, ou que celle-ci ne fait pas sens* ». L'auteur présente donc, à travers son livre, quelques témoignages qui sont extraits d'entretiens, accordés par des patients souffrants de DMA à des médecins ou à l'auteur. Voici quelques témoignages qui ont retenu mon attention et qui explique clairement la vision de la personne atteinte de ce type de démence.

« Je me suis mis à errer comme un spectre »

*« Je vis dans une anxiété perpétuelle. A ne retenir que les signes les plus traditionnels, j'ai vu s'accroître mes difficultés d'identifier, nommer, ranger les choses, les jeter quand elles ne servent plus. A la question habituelle des gériatres : « Quel est le nom du président de la république ? » je ne peux plus répondre. Mon numéro de code postal, qui n'a pas changé depuis douze ans, je ne m'en souviens plus. Tout ce qui est calcul me demande un énorme travail. La simple vue d'un nombre m'inspire une véritable terreur. Moi qui aimais tant me promener à Paris, aller aux expositions, j'ai renoncé à prendre le métro. Je me suis égaré plusieurs fois et me suis mis à errer comme un spectre, les bras tendus vers l'avant, dans les couloirs. Toute ma vie est devenue comme ça. Je cherche, je tâtonne. Parfois, en biaisant j'arrive à reprendre contact avec le réel, grâce à quelques îlots : l'amitié, ma sœur, un livre. Mais c'est une espèce d'effritement. Ma vie semble se rétrécir à ce petit champ d'expérience nécessaire à l'existence courte. Pour le reste je ne vois plus rien, avant l'éternité. Et elle est bien longue, l'éternité ».*²⁷

Dans ce témoignage, cet homme atteint de DMA met en avant cette anxiété dont il souffre, l'anxiété de ne plus se souvenir, de se perdre, de ne plus avoir de projets mis à

²⁶ Tiré de : PHANEUF, Margot. *La maladie d'Alzheimer et la prise en charge infirmière*. Canada : Ed. De la Chenelière Inc. 2007. P.52

²⁷ Benoît PRIEUR est célibataire. Ancien professeur d'université, il vit à Paris, dans un foyer de retraite pour enseignants et commence à souffrir d'une « démence sénile de type Alzheimer ». Tiré du livre : AUPETIT, Hubert. *La maladie d'Alzheimer*. Paris : Ed. Odile Jacob. 1998.

part « l'éternité ». L'anxiété est un trouble qui se manifeste déjà au début de la démence, (au stade 3 selon l'échelle de Reisberg) avec l'apparition des troubles de la mémoire, de la concentration et de l'attention.

« L'homme qui hurle la nuit »

« Cette nuit, j'ai été secoué par une crise. Je jetais mes oreillers en l'air. J'avais le sentiment de ne plus pouvoir sortir de cet état. Tout tournait autour de moi. J'avais perdu le contrôle de mon psychisme. On prétend que les braiement que je pousse dans l'obscurité réveillent les autres. Vrai ? Pas vrai ? L'embêtant, c'est d'avoir à enregistrer cette défaite. Je suis « l'homme qui hurle la nuit ». Je remue des chaises. Il m'est arrivé de vouloir déplacer une armoire paysanne à trois heures du matin ; ou de me lever pour aller frapper à la porte de mes collègues. Certains jours, on me dit : « Quel chahut vous avez fait la nuit dernière ! » Il y a des femmes qui se demandent si je ne leur veux pas des choses. Ce qu'il faut retenir de tout ça, c'est que je suis, la nuit comme le jour, dans un état d'inquiétude permanent ».

J'ai trouvé ce témoignage très intéressant pour expliquer ce comportement que peuvent avoir les personnes atteintes de DMA. La particularité de ce texte est de lire comment cet homme est tout à fait conscient de son comportement. Il exprime également la souffrance de ce manque de contrôle de soi.

3.1.3 LA DÉCOUVERTE DE LA MALADIE D'ALZHEIMER

Le mot latin de « démence »²⁸ a traversé les siècles jusqu'à nous. C'est en 1906 que le docteur allemand Aloïs Alzheimer (1864-1915) découvre certaines anomalies caractéristiques dans le cerveau d'une de ses patientes, morte en état de démence, à l'âge de 51 ans. Le cerveau nettement atrophié de sa patiente présente dans certaines zones cérébrales, des lésions particulières de deux types : d'étranges filaments en hélices, enchevêtrés les uns aux autres dans les cellules nerveuses, que le médecin allemand baptise « dégénérescence neurofibrillaire » ainsi que des agrégats d'une autre nature, déjà décrits, appelés « plaques séniles ». Ce sont ensuite les travaux d'Aloïs ALZHEIMER associés à ceux d'Emil KRAEPELIN²⁹ qui ont permis de décrire cette

²⁸ Du mot latin : « privé d'esprit »

²⁹ KRAEPELIN Emil (1856-1926). Psychiatre allemand. Egalement professeur de psychiatrie.

maladie aujourd'hui si connue. En 1910, Kraepelin propose à la communauté scientifique le nom de « maladie d'Alzheimer » pour désigner cette forme de démence.

Depuis, le milieu médical dans sa grande majorité considère plutôt la maladie d'Alzheimer comme une maladie du corps et parle alors, plus savamment, de « maladie organique ».

En effet, la maladie d'Alzheimer est incluse dans le chapitre V de la CIM 10. Elle est classée dans le groupe F00-F09 : « Troubles mentaux organiques, y compris les troubles symptomatiques ». Ce groupe réunit un ensemble de troubles mentaux ayant en commun une étiologie organique démontrable, à type de maladie ou de lésions cérébrales et d'atteinte entraînant un dysfonctionnement du cerveau.

La maladie d'Alzheimer est également incluse dans le chapitre VI de la CIM 10 dans le chapitre G00-G99 : « Maladies du système nerveux » et le sous chapitre G30-G32 : « Autres affections dégénératives du système nerveux ».³⁰

3.1.4 LES STADES DE LA DMA

Connaître l'évolution des symptômes dans la DMA est important afin de savoir à quel stade de sa démence se trouve le patient. La prise en charge des comportements ainsi que la relation avec le patient seront évidemment différentes selon les stades de démence. Un tableau récapitulatif établi selon l'échelle de Reisberg est placé en Annexe A du travail.

3.1.5 LES TROUBLES APPARAISSANT DURANT LA DMA

La Société Alzheimer Canadienne affirme : « **Le personnel soignant utilise parfois les contentions pour traiter les comportements associés à la maladie d'Alzheimer** (souligné par moi-même) ou à une autre maladie neurodégénérative. Bien que le but soit d'assurer la sécurité de la personne atteinte de la maladie et de celles qui l'entourent, l'utilisation des contentions peut être nuisible et diminuer l'autonomie et l'estime de soi de la personne. Comprendre les raisons de certains changements de comportement associés à la maladie d'Alzheimer est la première étape dans

³⁰ Classification Statistique Internationale des maladies et des problèmes de santé connexes CIM 10. Version française officielle. (En ligne). 1993. Adresse URL : <http://www.icd10.ch/>

l'élaboration de stratégies de soins autres que le recours aux contentions ». (...) « Ces réactions sont peut-être la seule façon par laquelle la personne atteinte de la maladie peut communiquer³¹ ».

Dans ce chapitre, je développerai les signes cliniques pouvant être en lien avec l'utilisation de la contention physique passive³² par le soignant et pouvant aussi être source de difficultés dans la communication avec la personne malade.

Tous les troubles que je citerais plus bas font partie de la DMA avec une sévérité différente selon le stade.

3.1.5.1 LES TROUBLES DE LA MÉMOIRE

Pour définir et expliquer ces différents troubles, je me suis référée à l'auteure, Mitra KHOSRAVI « *La communication lors de la maladie d'Alzheimer et des démences séniles* ». Les références du livre se trouvent en bas de page n°33.

L'être humain est doté de plusieurs mémoires et non pas d'une seule. La DMA ne les altérant pas toutes en même temps, le patient ne devient jamais entièrement amnésique. Certaines mémoires restent presque jusqu'à la fin de la vie du patient, c'est-à-dire jusqu'au stade final de la démence. Par exemple, au stade final, certains patients auront oublié la langue française, mais n'auront pas oublié leur langue maternelle.

- *La mémoire à court terme*

Le patient par exemple est incapable de dire qu'il vient d'appeler et de rapporter les propos de son interlocuteur. Il peut en quelques minutes oublier un coup de fil, ou ce qu'il vient de dire. Le début de cette démence est marqué par la période de répétition des questions, car il est incapable d'enregistrer la réponse.

- *La mémoire à long terme*

Chargée d'émotions, elle est préservée pendant quelques années chez les patients atteints de DMA. Les anciens souvenirs sont longtemps préservés. Plus ils sont

³¹ Tiré de : Société Alzheimer du Canada. *Lignes directrices pour l'éthique. Les contentions*. (En ligne). 1997-2010. Adresse URL : <http://www.alzheimer.ca/french/care/ethics-restraints.htm>.

³² La contention physique passive est définie plus loin dans le sous-chapitre 3.2 concernant la contention

affectivement et émotionnellement riches, plus ils résistent aux lésions cérébrales et aux troubles mnésiques.

3.1.5.2 LES TROUBLES COGNITIFS

- *L'impossibilité d'acquérir de nouvelles informations*

Le malade devient, au bout de quelques années (ceci étant variable d'une personne à l'autre) incapable d'apprendre un nom, une adresse ou un numéro de téléphone.

- *L'impossibilité de fixer des informations dans un contexte spatio temporel*

Même si le patient se rappelle qu'il avait un rendez-vous, il en oublie la date et le lieu. Ces troubles s'aggravent au fur et à mesure que la démence évolue.

3.1.5.3 LES TROUBLES DE L'ORIENTATION SPATIO-TEMPORELLE

- *Les troubles de l'orientation spatiale*

Le patient commence à ne plus savoir où se trouvent ses affaires. Il sort pour un trajet habituel mais se perd et ne sait plus rentrer chez lui. Ensuite il se perd dans son propre appartement. Puis il n'arrive plus à ranger ses objets à leur place. Il met par exemple, le livre dans le réfrigérateur ou les chaussures dans le lit. A cette étape, il est encore conscient de ses erreurs et il peut tenter de les cacher.

- *Les troubles de l'orientation temporelle*

Ces troubles s'installent progressivement. Au début le patient perd ses points de repères temporels. Il oublie de manger à midi, il fixe un rendez vous pour un jour et une heure précis, mais ne s'y rend pas. Quelques années plus tard, c'est la notion de temps qui est complètement effacée. Le patient se trouve hors du temps, privé du présent, du passé et de l'avenir. Le passé et le présent deviennent similaires. C'est pourquoi, certaines fois, les évènements du passé surgissent dans le présent. Le patient les revit réellement.

3.1.5.4 LES TROUBLES DES FONCTIONS INTELLECTUELLES

- *Le raisonnement*

Le raisonnement est une des premières fonctions altérées. La personne souffrant de démence peut, par exemple, utiliser un couteau pour manger une soupe. Quand son entourage tente de lui expliquer pourquoi on ne doit pas manger avec un couteau, la situation peut devenir difficile, voire conflictuelle.

- *La mauvaise interprétation, et compréhension*

Les troubles perceptifs, le délire et les troubles cognitifs génèrent parfois une mauvaise compréhension d'une parole, d'un geste ou d'un objet. Les patients peuvent réagir vivement. C'est pourquoi, il est déconseillé de les prendre en charge sans leur donner d'explications avant un acte médical ou paramédical.

- *L'agnosie*

D'abord la perception visuelle des patients est perturbée. Cette mauvaise vision provoque à son tour l'agnosie, c'est-à-dire l'incapacité de déterminer l'usage des objets. Le patient pourra se brosser les dents avec un peigne, ne plus savoir comment utiliser des ciseaux ou une fourchette. Cette mauvaise vision provoque à son tour, la prosopagnosie qui est l'incapacité du patient à reconnaître le visage des gens. Au fil de l'évolution de la démence, le patient ne reconnaît plus les visages des personnes qu'il connaissait, jusqu'au jour où il n'arrive plus à reconnaître sa propre personne en se regardant dans un miroir ou sur une photo. La mauvaise perception concerne également l'ouïe. Le patient peut entendre des bruits qui l'agacent, type bourdonnements, ou la voix de ses proches qui l'appelle. Ces éléments peuvent le perturber et le rendre agité.

Selon Margot PHANEUF, l'agnosie évolue jusqu'au moment où la personne ne se rend plus compte de ses difficultés cognitives. C'est l'apparition de l'agnosognosie.

3.1.5.5 LES TROUBLES DE L'HABILETÉ MOTRICE

La DMA provoque des troubles moteurs, qui à leur tour créent de l'apraxie³³, de l'incoordination des gestes et des troubles de la marche. Les mouvements des bras ne

³³ L'apraxie est définie par Margot PHANEUF comme étant un trouble du savoir-faire et de la réalisation gestuelle.

s'accordent plus à ceux des jambes. La marche n'est plus équilibrée, ce qui provoque des chutes.

3.1.5.6 LES TROUBLES DU LANGAGE ET DE LA COMMUNICATION

Les troubles du langage et de la communication commencent par la perte d'un mot au cours d'une conversation. Au fur et à mesure que la démence s'installe, les phrases deviennent restreintes et incohérentes. Le patient atteint de DMA n'est plus capable de reformuler son idée. Ces paroles deviennent alors incompréhensibles et il a de la peine à se faire comprendre oralement. Dans la littérature, on parle alors d'aphasie. Ce terme désigne la perte partielle ou totale de la faculté de s'exprimer et de comprendre le langage.³⁴

C'est à ce moment là que le patient peut se désespérer devant son impuissance linguistique et se replier sur lui-même, ou à l'inverse peut devenir nerveux et agressif car il ne parvient pas à s'exprimer et à se faire comprendre de son entourage.

3.1.5.7 LES DÉLIRES : HALLUCINATION, ILLUSION, FREDONNEMENT

Ces problèmes surviennent surtout quand la forme de la démence est sévère. Ce qui représenterait le stade 6 de l'échelle de Reisberg (le déclin cognitif sévère).

Pour bien distinguer : L'hallucination est une perception sans objet, tandis que l'illusion est une erreur de perception. Ensuite le patient pourra créer un délire sur les illusions ou sur les hallucinations qu'il vient d'avoir.

▪ *Les hallucinations*

Le patient a de temps en temps la sensation de voir, d'entendre, de ressentir quelque chose qui pour lui est réel mais qui n'a pourtant pas la moindre existence. La constipation et la déshydratation ainsi qu'une infection peuvent multiplier les épisodes d'hallucinations et les aggraver.

Selon Gutierrez et al. (1995) l'hallucination est le témoin de l'existence d'un certain travail psychique et permet au patient de garder une identité et un sentiment d'exister.

³⁴ Définition tirée de : l'encyclopédie vulgaris-médical. (En ligne). Adresse URL : <http://www.vulgaris-medical.com/encyclopedie/aphasie-533.html>.

L'histoire de vie du patient atteint de DMA fait souvent l'objet de ses hallucinations. En effet, il n'est pas rare de voir un patient souffrant de DMA avoir des hallucinations en lien avec sa vie professionnelle, sa vie personnelle et sociale, ses histoires passées. C'est pourquoi, Mitra KHOSRAVI affirme l'importance de bien connaître la vie antérieure du patient, ses désirs, ses échecs ainsi que ses malheurs et ses deuils.

- *Les illusions*

Il s'agit d'une erreur de perception. Par exemple, un patient peut aller vers un inconnu ou un arbre, l'embrasser et lui dire des mots gentils, ou au contraire peut gifler un être cher sans aucune raison.

- *Les fredonnements*

Quelquefois, le patient tient une conversation à haute voix avec le fruit de son hallucination, de son illusion ou de son délire. Ce trouble peut permettre aux soignants ou aux proches d'observer et analyser les paroles du patient. Les mots du patient sont souvent l'expression de son désir, de ses rêves, de ses manques et de ses chagrins.

3.1.5.8 LES TROUBLES DE L'HUMEUR

La personne atteinte de DMA est souvent sujette aux sautes d'humeur. La tristesse et le deuil sont évidemment très fréquents chez le patient atteint de cette démence. Les troubles mnésiques n'arrivant pas tous en même temps et ne s'aggravant que progressivement, le patient reste conscient de sa dégradation. Une dépression peut alors se manifester par un comportement agité ou par un repli sur soi. La démence peut donc causer la dépression et la dépression peut aggraver la démence. Elle peut être un problème dangereux qui n'est donc pas à négliger par l'équipe soignante. Dans cet état, les patients atteints de DMA peuvent se priver de manger, de boire et se laisser mourir par suite d'une déshydratation ou d'une malnutrition.³⁵ Le risque suicidaire chez le patient atteint de ce type de démence ne doit pas être oublié. A noter que dès les premiers stades de la démence, peut apparaître le problème du diagnostic différentiel entre la dépression ou un réel début de démence.

³⁵ Tiré du livre : KHOSRAVI, Mitra. *La vie quotidienne du malade d'Alzheimer*. Doin Editeurs. Paris. 1995. P. 75-76.

3.1.5.9 LES TROUBLES DU COMPORTEMENT

Dans la littérature, il existe un grand nombre de modifications du comportement chez la personne souffrant de DMA. A l'intérieur de ce sous-chapitre, je ne développerai que les comportements pouvant mener les soignants à mettre en place une contention.

Avec toutes les défaillances qu'ils peuvent vivre, les patients atteints de cette démence vivent la perte de leurs souvenirs et de leurs identités. Les changements les plus pénibles pour la personne malade et les plus difficiles pour les soins demeurent les troubles du comportement. Les soignants doivent alors apprendre à faire face aux erreurs d'interprétation, aux difficultés de compréhension, à l'agressivité et à de nombreux autres comportements qui apparaissent.

Il y a notamment, les comportements anxieux avec agitation, les déambulations qui peuvent être causées par une trop grande angoisse ou alors pour compenser un ennui, ou de l'inactivité. Il y a aussi, les risques de fugues et les comportements dépressifs accompagnés de sautes d'humeur. Peuvent apparaître également des hallucinations, des hurlements, de l'agressivité verbale et physique ainsi que des comportements sexuels inadéquats. En effet, la DMA peut entraîner chez certaines personnes une perte d'inhibition et des comportements inhabituels, que les autres pourraient considérer comme étant inappropriés. Par exemple, une femme pourrait chercher à charmer d'autres hommes que son partenaire.³⁶

En tant que soignants ou proches du patient, nous pouvons exercer une grande influence sur l'attitude et le comportement de la personne malade, **d'abord en évaluant et en modifiant nos propres attitudes** (souligné par moi-même). En effet, les attitudes que nous adoptons avec les patients souffrant de DMA influent beaucoup sur les soins de ces personnes et sur leurs réactions. Comme le souligne Mitra KHOSRAVI, ces patients sont très sensibles, ils sentiront très vite si le soignant est angoissé et ils le deviendront eux aussi.³⁷

³⁶ Tiré de : Société Alzheimer Canadienne. *L'intimité et la sexualité*. (En ligne).
Adresse URL : <http://www.alzheimer.ca/french/care/ethics-intimacy.htm>.

³⁷ Tiré de : KHOSRAVI, Mitra. *La vie quotidienne du malade d'Alzheimer*. Doin Editeurs. Paris. 1995. P. 75-76.

3.1.5.9.1 LES COMPORTEMENTS ANXIEUX

Très souvent, les patients manifestent des comportements inadéquats provoqués par de l'anxiété. Elle est à la base de nombreux autres comportements perturbés tels que l'agitation, l'agressivité ou l'errance. Les patients atteints de DMA adoptent ces comportements pour signaler que quelque chose ne va pas, pour manifester leur frustration, leur douleur, leur inconfort et leur impuissance.

3.1.5.9.2 LES RISQUES DE CHUTES

J'ai décidé de développer les risques de chutes car ceux-ci sont souvent une justification pour mettre en place une contention chez un patient.

Les chutes sont un facteur fréquent de complications et peuvent même être des causes de décès. Elles peuvent occasionner des traumatismes physiques tels que des fractures, des luxations, des handicaps, une réduction de la mobilité et des douleurs. La chute chez la personne atteinte de démence peut aussi avoir comme conséquences des traumatismes psychologiques comme par exemple, une réduction des déplacements, de l'agitation, la peur de tomber, l'isolement et la dépression. La crainte que les patients chutent entraîne malheureusement trop souvent une réaction de surprotection et l'installation de contentions. Pourtant il existe d'autres méthodes pour prévenir les chutes. Les soignants ainsi que les membres de la famille peuvent évaluer l'aménagement de l'environnement tant au niveau hospitalier qu'à domicile, le but étant de sécuriser les lieux et de réduire les accidents. En milieu hospitalier, une surveillance plus importante ainsi qu'une évaluation des effets des médicaments peuvent aussi être envisagés.

3.2 LA CONTENTION

Afin de répondre au mieux à ma question de recherche, j'ai besoin d'approfondir mes connaissances sur ce thème. Dans mon travail, je ciblerai uniquement ma recherche à la contention physique passive, mais je pense que c'est utile d'avoir une vision générale des différents moyens de contentions existants, car ceux-ci peuvent faire partie des alternatives à une contention physique.

Plus loin dans le chapitre, j'aborderai les problèmes pouvant être en lien avec l'usage des mesures de contrainte, je nommerai aussi les moyens de contentions physiques les

plus couramment utilisés dans les milieux de soins et j'identifierai les conséquences liées à ces pratiques, chez le patient, en particulier chez le patient atteint de DMA. Je parlerai également des alternatives à la contention. Mais avant tout j'ai choisi une définition.

Selon l'ANAES : « *la contention physique dite passive³⁸ se caractérise par l'utilisation de tous moyens, méthodes, matériels ou vêtements qui empêchent ou limitent les capacités de mobilisation volontaire de tout ou partie du corps dans le seul but d'obtenir la sécurité de la personne qui présente un comportement estimé dangereux ou mal adapté* ».

Elle décrit également quatre types de contention : « *les contentions pharmacologiques (utilisant les psychotropes³⁹ pour limiter la mobilité de la personne), les contentions psychologiques (pourraient être définies par les injonctions collectives et répétées adressées à la personne en vue de réduire sa libre mobilité, par exemple : « Ne vous levez pas, vous allez tomber ! », « Restez assis ! ». Elle définit encore les contentions architecturales (pourraient être définies comme l'utilisation des locaux à des fins de réduction de la libre mobilité des personnes), et les contentions physiques (ou mécaniques) définies dans le paragraphe précédent* ». ⁴⁰

3.2.1 LES PROBLÈMES JUSTIFIANT L'UTILISATION DES CONTENTIONS

Selon différents groupes de travail, il y a plusieurs motifs invoqués qui sont à l'origine de la contention physique.

Un travail réalisé par l'association Daniel GOUTAINE souligne quelques justificatifs retrouvés dans la littérature et dans leurs pratiques. Selon le groupe de travail, les soignants justifient souvent la contention parce qu'ils désirent la sécurité du patient et des autres patients.

³⁸ A différencier des contentions dites actives à visées rééducatives.

³⁹ Les psychotropes sont des médicaments possédant une propriété dont l'action se fait spécifiquement sur l'activité cérébrale. Définition tirée de : Vulgaris-Médical Encyclopédie. Adresse URL : <http://www.vulgaris-medical.com/encyclopedie/psychotrope-3888.html>.

⁴⁰ Tiré de : ANAES (Agence Nationale d'Accréditation en Santé). 2000. Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé. *Limiter les risques de la contention physique de la personne âgée*. Adresse URL : <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/contention.pdf>.

En effet l'OIIO (Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario) affirme aussi que les raisons motivant le recours à la contention sont: empêcher les patients de se blesser, faciliter la poursuite du traitement et maîtriser un comportement perturbateur. Dans le cas d'un patient atteint de démence, les raisons souvent invoquées pour contenir sont le risque de chute. Plusieurs études analysées par l'association Daniel GOUTAINE démontrent pourtant qu'une contention n'est pas une assurance pour prévenir les chutes ou autres accidents, au contraire elle les augmenterait.

Il y a encore d'autres risques présents chez le patient qui justifient une contention : l'agitation, l'agressivité, la perturbation des autres patients, la déambulation avec la crainte que celle-ci conduise le patient à l'épuisement, la nécessité de certains soins, comme par exemple la pose d'une perfusion. Dans les services de soins, les soignants avouent aussi que le nombre de personnes âgées et de patients confus pris en charge a une influence sur le fait de contenir.⁴¹

La protection du patient serait la principale raison qui est énoncée pour justifier une démarche de contention. Ainsi, les soignants désirent avec la mise en place d'une contention :

- * Prévenir le risque de blessures en cas de chute.
- * S'assurer de la sécurité de la personne perturbée et de celle des autres.
- * Prévenir le risque d'agression en cas d'agitation.
- * S'assurer de la sécurité de la personne qui a des problèmes cognitifs.
- * Limiter l'errance.
- * Empêcher des comportements d'automutilation⁴²

En Janvier 2005, une équipe de consultation sur les aides techniques au Canada a élaboré une liste des incapacités des patients pouvant être en lien avec une décision de

⁴¹ Tiré de : Association Daniel GOUTAINE. *Un drame encore tabou : les contentions*. (En ligne). 2010. Adresse URL : <http://www.geriatrie-albi.fr/>.

⁴² Selon le DSM-IV, les comportements d'automutilations dépendent des divers diagnostics auxquels ils sont associés. Pour certains patients, l'automutilation serait un moyen de traiter une angoisse intense. Dans la démence, ce comportement survient souvent comme conséquence de la confusion (par exemple : lutte contre la contention).

Références : B.FIRST, Michael. FRANCES, Allen. ALAN PINCUS, Harold. *DSM-IV, Diagnostics différentiels*. Ed : Masson. Paris. 1999.

contenir. Leur travail est basé essentiellement sur les contentions qui pourraient être mises en place à domicile, mais les incapacités que le groupe évoque peuvent tout à fait se rencontrer dans les milieux de soins, c'est pourquoi j'a tout de même décidé de retenir ce document.

Les difficultés liées au comportement peuvent découler de l'incapacité de la personne à se situer dans le temps et l'espace, à s'identifier, à assurer sa sécurité personnelle et à adapter son comportement aux situations. Le patient qui a des incapacités au niveau du comportement présente des problèmes tels que :

- * De l'errance
- * De la confusion
- * De la désorientation dans le temps
- * Une altération cognitive sévère
- * Un comportement agité lors des soins
- * De l'agitation
- * Des comportements violents pouvant menacer sa sécurité et celle d'autrui

Les incapacités liées à la locomotion

Ces incapacités peuvent présenter des risques de chutes, elles se manifestent par exemple par :

- * De la déambulation excessive
- * Des chutes liées à des problèmes d'équilibre, une atteinte des réflexes et autres raisons médicales (l'hypotension orthostatique, les troubles de la glycémie etc.)
- * Des chutes liées aux obstacles se trouvant dans l'environnement ⁴³

Dans ce chapitre, j'ai résumé quelques problèmes pouvant faire intervenir une contention chez un patient. La majorité des incapacités identifiées se retrouvent dans la DMA. Une personne souffrant de cette démence pourrait être un patient chez qui les soignants auraient recours plus facilement à la contention.

⁴³ Tout le texte du chapitre est tiré : Equipe de consultation sur les aides techniques. *Les mesures de contrôles en soutien à domicile : les alternatives et l'utilisation exceptionnelle des contentions*. (En ligne). 2005. Adresse URL : http://www.centreinterval.qc.ca/client/documentation/Contention_FINAL_05_01_15.pdf.

Dans le chapitre suivant je développerai différentes façon de pratiquer la contention physique.

3.2.2 LES MODALITÉS PRATIQUES DE LA CONTENTION

Dans les milieux de soins, les contentions physiques peuvent se présenter sous différentes formes. Il y a les moyens conçus exclusivement pour contenir (ex : les ceintures abdominales) ou d'autres objets que les professionnels de la santé détournent de leurs usages habituels, par exemple un drap ou un plateau adapté à la chaise roulante.

Les contentions physiques peuvent donc s'appliquer au fauteuil, au lit du patient ainsi qu'à des chaises roulantes.

Au fauteuil, elle consiste le plus souvent en ceintures de maintien abdominales ou pelviennes. Elle peut aussi être réalisée à l'aide de vêtements ou encore de draps détournés de leur utilisation habituelle. Un fauteuil à assise profonde peut être utilisé pour empêcher le patient de se lever. A son tour, le fauteuil a pu être fixé de manière à ne pas être déplacé, bloqué par ses freins ou encore attaché à un radiateur.

Au lit, ce sont essentiellement des barrières de lit, mais aussi des sangles ou des ceintures abdominales. Les lits de type Alzheimer qui peuvent être abaissés davantage que les lits habituels (sommier environ à 15 cm du sol) peuvent constituer une contention par l'impossibilité de se lever. Ce type de lit permettrait de maintenir le patient dans une situation habituelle de la vie.

Dans les deux situations décrites ci-dessus (fauteuil et lit), le patient peut subir une contention au niveau d'un ou des deux membres supérieurs et inférieurs, sous la forme d'une attelle ou d'un bracelet. Cette éventualité est fréquente dans les services de soins aigus, le plus souvent pour sécuriser un dispositif de perfusion intraveineuse. Des mitaines ont été utilisées au cours des épisodes de prurit pour éviter les lésions de grattage ou encore pour empêcher l'arrachage des vêtements.⁴⁴

⁴⁴ Texte tiré de : Dr. PRADINES, Bernard. Association Daniel Goutaine, Albi gériatrie, France. *Un drame encore tabou : Les contentions*. (En ligne). 2009. Adresse URL : <http://geriatrie-albi.com/contentionfauteuil.html>.

Quelles que soient leurs formes, les contentions « *doivent être réservées à des situations extrêmes non contrôlées par des méthodes alternatives* ». Si le soignant y recourt, ce ne peut être que de manière temporaire et avec certaines précautions telles que l'autorisation médicale, la consultation avec le malade ou avec sa famille et la surveillance attentive pendant leur utilisation.⁴⁵

3.2.3 LES CONSÉQUENCES DES CONTENTIONS CHEZ LE PATIENT

Aujourd'hui, bien que les firmes pharmaceutiques aient mis sur le marché de multiples traitements sédatifs permettant de calmer les états d'agitation ou de confusion ; l'utilisation des moyens de contention persiste encore dans les milieux de soins. Apparemment, les soignants ne peuvent s'en passer, par contre ceux-ci sont sûrement devenus moins radicaux et moins durs que « les soignants » de l'époque. Grâce à de nombreuses recherches sur le terrain concernant les contentions et leurs risques, la vision des soignants ainsi que leurs connaissances se sont améliorées. En lien direct avec ma question de recherche, il est primordial de connaître **les différents risques** que peut encourir le patient contenu. Dans la littérature, plusieurs articles énumèrent les risques graves d'une contention.

Selon Margot PHANEUF, quelques recherches ont démontré que la mobilité réduite par des contentions favorise l'incontinence et donne lieu à des comportements d'agitation qui peuvent engendrer des blessures ou des éraflures par contusion (coups) ou frottements (sangles de contentions, literie). Les contentions ont parfois des issues tragiques lorsque le patient tente de se libérer. Des cas d'asphyxie et de strangulation ont été rapportés.

Au niveau psychologique, l'humiliation et le sentiment d'impuissance qui en découlent stressent le patient, augmentent sa confusion et constituent un risque accru d'accident. Ces contraintes physiques posent également un problème éthique important puisqu'elles sont contraires aux objectifs de maintien de l'autonomie que visent les soins infirmiers.⁴⁶

⁴⁵ Texte tiré de : Dr. PRADINES, Bernard. Association Daniel Goutaine, Albi gériatrie, France. *Un drame encore tabou : Les contentions*. (En ligne). 2009. Adresse URL : <http://geriatrie-albi.com/contentionfauteuil.html>.

⁴⁶ Tiré de : PHANEUF, Margot. *La maladie d'Alzheimer et la prise en charge infirmière*. Canada : Ed. De la Chenelière Inc. 2007. P.52

Concernant **les risques somatiques** plusieurs ont été prouvés, tels que la perte de poids, la constipation chronique certainement due à l'immobilisation prolongée, la diminution du tonus musculaire, la raideur des articulations, les escarres dus à la pression de décubitus, les risques d'infections nosocomiales, les plaies par friction au coude et au talon, l'incontinence et encore la restriction de la circulation dans les membres. La contention engendre donc, à la longue, une dépendance physique du patient par la diminution de ses capacités fonctionnelles.

La contention irait donc dans le sens contraire des principes infirmiers qui sont de rendre le malade le plus autonome possible. (C'est moi qui le souligne)

Des détresses respiratoires, des risques de crises cardiaques ou des troubles du rythme cardiaque induits par le stress ont aussi été identifiés.⁴⁷

Enfin, selon d'autres enquêtes, le recours à la contention est aussi la cause **d'accidents traumatiques**. Ces accidents peuvent être graves, par exemple des lacérations cutanées, des contusions et des hématomes. Ils peuvent aussi être mortels (décès par étranglement, par asphyxie ou par des traumatismes dus à une chute). Ces différents traumatismes surviennent essentiellement lors de l'utilisation des barrières de lit, par-dessus lesquelles les patients tenteraient de s'échapper.⁴⁸

Le recours à la contrainte physique est aussi à l'origine de **troubles émotionnels** : l'augmentation de la confusion, le sentiment de frustration et de colère, la baisse de l'estime de soi avec un sentiment de perte de la dignité et de l'autonomie. Elle peut aussi sembler très déshumanisante et provoquer chez le patient un état dépressif ainsi qu'un isolement social.⁴⁹ Il ne faut pas non plus oublier les conséquences

⁴⁷Tiré de : PHANEUF, Margot. *La maladie d'Alzheimer et la prise en charge infirmière*. Canada : Ed. De la Chenelière Inc. 2007. P.52

⁴⁸ Tiré de : L'agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS). *Bonne utilisation des barrières de lit*. (En ligne). 2006. Adresse URL : <http://geriatrie-albi.com/contentionfauteuil.html>.

⁴⁹ Tiré de : Ordre des infirmières et infirmier de l'Ontario (OIIO). *La contention*. (En ligne). 2006. Adresse URL : http://www.cno.org/docs/prac/51043_restraints.pdf.

psychologiques chez les soignants qui pourraient se sentir frustrés, anxieux, ou coupables dans ce genre de contexte.⁵⁰

Il est évident que tous ces risques sont vécus comme des traumatismes pour le patient. L'impact de la contrainte est sans doute plus grand chez un patient atteint de DMA qui a perdu la plupart des ses facultés cognitives, comme la compréhension, l'analyse de la situation et la communication. Comme le dit Margot PHANEUF dans son livre : « *en réalité c'est nous, les soignants, que nous rassurons, alors que les contentions constituent en elles-mêmes des dangers bien réels* ». ⁵¹

3.2.4 LES ALTERNATIVES À LA CONTENTION

Limiter l'utilisation de la contention implique donc le recours à des plans de soins alternatifs tels que : modifier l'environnement pour le rendre plus sûr, faciliter les occupations individuelles du patient, offrir des activités adaptées et par-dessus tout reconnaître et répondre aux besoins du patient⁵². En lien avec ma question de recherche, les alternatives pourraient être également des stratégies relationnelles venant de la part du soignant et pouvant atténuer des comportements perturbateurs ou dangereux chez le patient. Certaines alternatives pourraient être d'apprendre à mieux gérer les modifications de comportements chez le patient âgé souffrant de démence. Dans la littérature, il y a encore d'autres propositions et nous pouvons également penser à des alternatives que les soignants peuvent imaginer en faisant preuve de créativité.

Les alternatives proposées dans les différents documents lus sont approximativement toutes les mêmes. Dans ce chapitre j'ai retenu quelques exemples d'alternatives proposée par l'ANAES en 2000. Les propositions concernent les risques de chute, ceux liés à l'agitation et à la déambulation excessive. Les alternatives présentées sont ciblées à toutes les personnes âgées, elles peuvent donc tout à fait être adaptées à des prises en charge de patient atteint de DMA.

⁵⁰ Idées tirées de : ACKERMANN, Myriam. Travail Ecrit de synthèse module 14. *Ergothérapie et alternatives à la contention physique au fauteuil du sujet âgé en milieu gériatrique*. (En ligne). 2004. Adresse URL : <http://www.jp.guihard.net/IMG/pdf/contention.pdf>.

⁵¹ Tiré de : PHANEUF, Margot. *La maladie d'Alzheimer et la prise en charge infirmière*. Canada : Ed. De la Chenelière Inc. 2007. P.52

⁵² Tiré de : Société Française de Gériatrie et Gérontologie. *Les bonnes pratiques de soins en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes*. (En ligne). 2007. Adresse URL : <http://www.geriatrie-albi.fr/>.

LES PROPOSITIONS D'ALTERNATIVES LORS D'UN RISQUE DE CHUTE

Dans les raisons médicales liées à la chute, il ne faut pas négliger les raisons qui nécessiteraient un traitement rapide, telles que l'hypotension orthostatique, les troubles de la glycémie, la déshydratation et les pathologies cardio-vasculaires.

Les professionnels de la santé peuvent aussi agir au niveau de l'adaptation de l'environnement et du mobilier dans la chambre, par exemple en enlevant le mobilier inutile et encombrant, en augmentant l'éclairage, en mettant un matelas près du lit en cas de chute et également en mettant des repères temporels sur les murs et les portes (calendrier, horloge, images illustratives). Lors des déplacements du patient durant la journée ou la nuit, les soignants peuvent lui fournir des aides techniques telles que les barres d'appui dans les couloirs ou des autres moyens auxiliaires pour l'aider à se déplacer. Il y a encore la possibilité de faire appel aux compétences des ergothérapeutes et des physiothérapeutes.

LES PROPOSITIONS D'ALTERNATIVES LORS DES RISQUES LIÉS À L'AGITATION

Au niveau médical, les professionnels doivent rechercher, par exemple les signes de douleur, de troubles du sommeil et de dépression. Pour calmer le patient agité, il faut d'abord diminuer les stimuli auditifs et visuels et éviter la présence de personnes au comportement perturbateur. Les soignants peuvent aussi solliciter, si possible, la présence des proches qui peut être rassurante pour le patient, repérer les habitudes du patient et respecter son rythme de vie.

LES PROPOSITIONS D'ALTERNATIVES LORS DES RISQUES LIÉS À LA DÉAMBULATION

Les soignants doivent améliorer la sécurité des lieux et peuvent aménager des espaces de déambulation sécurisés. Ces espaces de déambulation pourraient être des locaux dans l'établissement ou un jardin, par exemple, à l'extérieur du bâtiment. Lors d'un épisode de déambulation, les professionnels peuvent présenter le service et l'agencement des locaux au patient et aussi capter l'attention du patient par des barrières visuelles : mettre des photos, des posters, l'installer près d'une fenêtre ou dans un lieu où son attention peut être captée.

Chaque solution alternative doit être évaluée avant sa mise en place ou son « essai » et discutée en équipe. L'ANAES propose ci-dessus un panel d'alternatives liées à des

troubles spécifiques. Pour ma part je ne développerai pas davantage d'alternatives dans mon cadre conceptuel puisque celles-ci se retrouveront en partie dans ma recherche concernant les stratégies de communication, qui peuvent venir compléter les solutions alternatives à la contention physique. **Des actions de formation et d'information auprès des équipes** (souligné par moi-même) susceptibles de prendre en charge des personnes âgées peuvent être de très bons moyens pour permettre l'amélioration des pratiques et la réduction des contentions.⁵³

La contention physique est dans certains cas une nécessité incontournable pour protéger le patient. En tant que soignants, il est de notre devoir d'évaluer notre pratique et la mise en place de notre contention.

En 2006, dans le cadre d'une évaluation des bonnes pratiques, la Haute Autorité de Santé en France (HAS) propose un compte rendu des éléments d'audit dans le domaine de la contention. Les objectifs de l'audit clinique étaient d'évaluer 4 référentiels⁵⁴ concernant la pratique d'une contention physique. Cette analyse permet à tous les autres professionnels de la santé d'améliorer leur pratique dans ce domaine spécifique et de la partager avec d'autres services de soins.

3.3 LA LOI SUR LA CONTENTION

Ce concept doit évidemment être développé. En tant que soignant il est essentiel de connaître nos droits et nos devoirs envers le patient, surtout lors d'un contexte particulier comme celui des mesures de contrainte. Comme annoncé dans le paragraphe précédent, les contentions demeurent parfois inévitables. C'est pourquoi, des lois, des règles, mais encore des protocoles ont du être établis pour ne pas dépasser les limites des droits fondamentaux de l'être humain.

⁵³ Texte tiré de : ANAES (Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé). *Limiter les risques de la contention physique de la personne âgée*. (En ligne). 2000.
Adresse URL: <http://www.has.sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/contention.pdf>.

⁵⁴ Une partie de ces référentiels jugée la plus en lien avec mon travail se trouve dans les annexes B et C.

Dans ce chapitre, je présenterai des éléments de la loi Suisse concernant les contentions ainsi que des réglementations et un arbre décisionnel⁵⁵ retrouvés dans la littérature.

Selon l'ASSM (Académie Suisse des Sciences Médicales)⁵⁶, les mesures de contrainte représentent toujours une atteinte sévère au droit à la libre disposition de soi et au droit à la liberté personnelle d'un individu. Si le patient représente un danger grave pour lui-même ou pour autrui, de telles mesures constituent parfois la seule possibilité dont on dispose pour éviter des atteintes plus graves.

Les mesures de contrainte médicales (par mesures médicales, l'ASSM entend également toutes les mesures de soins) impliquent toujours un conflit entre plusieurs principes médico-éthiques : d'une part, il s'agit de « faire du bien » de l'autre, il s'agit de préserver autant que possible l'autonomie du patient. Par principe, tout acte médical présuppose le consentement du patient. C'est pourquoi, les mesures de contrainte ne doivent être appliquées que dans des cas d'exception. Dans des situations d'urgence où le patient fait courir un danger grave à lui-même ou à des tiers, la nécessité d'utiliser des mesures de contrainte est peu contestée. La question est plus difficile dans des situations où les aspects de sécurité ou d'atteinte à la santé sont au premier plan, par exemple en gériatrie avec les risques de chutes de la personne âgée.

En Suisse, il n'existe pas encore de bases légales uniformes relatives aux mesures de contrainte. Dès lors, les modalités de ces mesures sont diverses et dépendent des habitudes des différents établissements et des réglementations cantonales.

Les mesures de contrainte peuvent être extrêmement traumatisantes. Le principe de proportionnalité doit donc être respecté. Cela signifie qu'une telle mesure doit être premièrement **nécessaire**, deuxièmement **proportionnelle au degré de danger**

⁵⁵ Définition tirée de : Type de diagramme utilisé dans la détermination de l'action optimale, dans des situations ayant plusieurs alternatives possibles aux résultats incertains. Ce diagramme (qui ressemble à un amas de branches d'arbres) affiche la structure d'une décision particulière, les interactions entre les différentes alternatives, les décisions et les résultats possibles.

Références : Business Dictionary. *Arbre de décision*. (En ligne). 2011. Adresse URL : <http://translate.google.ch/translate?hl=fr&langpair=en%7Cfr&u=http://www.businessdictionary.com/definition/decision-tree.html>

⁵⁶ Les sous-chapitres 3.3.1 à 3.3.9 sont tirés de : l'Académie Suisse des sciences médicales (ASSM). Directives médico-éthiques. *Mesures de contrainte en médecine*. (En ligne). 2005. Adresse URL : <http://www.psy-desir.com/leg/spip.php?article962>.

encouru et troisièmement qu'elle **ne peut être remplacée par des mesures moins radicales**. (Souligné par moi-même).

3.3.1 LA PRESCRIPTION MEDICALE

Les mesures de contrainte impliquent obligatoirement une prescription médicale. Dans des situations d'urgence, des mesures limitatives de liberté peuvent aussi être mises en œuvre par des membres d'une équipe soignante. Un consensus au sein de l'équipe soignante doit alors être recherché.

Dans toutes les institutions où des mesures de contrainte médicales sont mises en œuvre, **les processus décisionnels doivent être stipulés par écrit**. (Souligné par moi-même). Ici, l'ASSM parle justement des protocoles et des arbres décisionnels préétablis.

3.3.2 L'INFORMATION AU PATIENT

En principe, chaque traitement médical doit être précédé d'une information au patient, aussi complète et objective que possible. Des exceptions ne sont admises que s'il est nécessaire d'agir immédiatement et si le patient ne comprend pas la contrainte. Dans ce cas, l'information doit être fournie plus tard, si le patient retrouve sa capacité de discernement. Les membres de la famille et les autres personnes de confiance proches du patient, désignés par lui, doivent être informés également.

3.3.3 LES ETATS CONFUSIONNELS DE LA PERSONNE AGEE

Lors de la prise en charge de patients atteints de démence, des mesures entravant la liberté sont souvent inévitables en cas de confusion et d'agressivité. L'Académie Suisse des Sciences Médicales a élaboré des directives spécifiques.

Sauf disposition légale contraire, une mesure limitative de liberté ne peut être prise qu'aux conditions suivantes : «

- *Par son comportement, la personne âgée compromet gravement sa sécurité, sa santé ou celles de tiers ou perturbe gravement la paix et le bien-être de ceux-ci.*
- *Le comportement particulier n'est pas dû à des causes auxquelles il est possible de remédier (par exemple ; douleurs, effets secondaires des médicaments etc.).*

- *D'autres mesures moins restrictives de la liberté personnelle ont échoué ou ne peuvent pas être appliquées ».*

3.3.4 LES PRINCIPES

Toute mesure de contrainte doit suivre une stratégie d'action claire et précise. Une fois la décision prise, une démarche ciblée, coordonnée, résolue et décidée au sein de l'équipe soignante est indispensable. Toute agressivité physique ou verbale doit être évitée.

3.3.5 LES ASPECTS PARTICULIERS

Lors de la mise en œuvre des mesures de contraintes, il importe de veiller tout spécialement aux aspects suivants :

- Il faut créer un environnement aussi sûr que possible. Les objets susceptibles de mettre en danger le patient ou le personnel doivent être enlevés. Le lieu de mise en œuvre de la mesure doit être choisi avec soin.
- La sphère intime du patient doit être préservée, la présence de personne non concernées est à éviter.
- Le début de la mise en œuvre de la mesure de contrainte est communiqué de manière claire et compréhensible au patient. Il est bon qu'une seule personne dirige le déroulement de l'acte car des contradictions dans le déroulement pourraient stresser le patient d'autant plus.
- L'acte de mise en œuvre d'une mesure de contrainte doit se dérouler calmement.

3.3.6 LA DUREE

La durée de toute mesure de contrainte, en particulier en milieu hospitalier, doit être limitée dès le début. Il faut déterminer, dès la prescription, quand le prochain réexamen de la mesure devra être entrepris. Ce réexamen devrait avoir lieu le plus souvent possible, par exemple toutes les heures en cas d'isolement ou de contention.

3.3.7 LA SURVEILLANCE EN MILIEU HOSPITALIER

La personne concernée par la mesure de contrainte fait l'objet d'une prise en charge continue et d'une surveillance adaptée à la situation. En fonction de la mesure et de

l'état du patient, des mesures prophylactiques appropriées doivent être prises : prévention d'une pneumonie ou des escarres de décubitus, par exemple.

3.3.8 LA DOCUMENTATION

Toute mesure de contrainte doit être soigneusement documentée dans le dossier médical et le dossier infirmier du patient. Il importe de consigner au moins les points suivants : les motifs et les bases légales de la mesure, le type, la durée et le moment, les personnes responsables de la prescription et de la mise en œuvre, les surveillances effectuées et les informations données au patient et/ou à son représentant thérapeutique.

3.4 LOI SUR LA SANTÉ EN SUISSE

Afin de compléter le point de vue de l'ASSM sur les mesures de contraintes, je me suis référée aux directives de la loi sur la Santé Suisse. En suisse, la loi sur la santé interdit par principe toutes mesures de contraintes à l'égard des patients. Cependant elle affirme également : *« A titre exceptionnel et dans la mesure du possible, après en avoir discuté avec le patient, respectivement le représentant qu'il a désigné, le représentant légal ou ses proches, le « médecin responsable » (c'est moi qui le souligne) d'une institution de santé peut, après consultation avec l'équipe soignante, imposer pour une durée limitée des mesures de contrainte strictement nécessaires à la prise en charge du patient :*

- *Si d'autres mesures moins restrictives de la liberté personnelle ont échoué ou n'existent pas.*
- *Si le comportement du patient présente un danger grave pour sa sécurité ou sa santé ou celle d'autres personnes.*

Le médecin responsable d'une institution de santé peut déléguer cette prérogative à un autre professionnel de la santé compétent. « La surveillance du patient est renforcée » (c'est moi qui le souligne) pendant toute la durée de la mesure de contrainte, dont le maintien fait l'objet d'évaluations impliquant d'autres professionnels que ceux qui ont ordonné la mesure de contrainte. Un protocole comprenant le but et le type de chaque

mesure utilisée, ainsi que le nom de la personne responsable et le résultat des évaluations est inséré dans le dossier du patient. »⁵⁷

3.5 EXEMPLES DE RÉGLEMENTATIONS

En 2000, L'ANAES propose des recommandations ciblées à la personne âgée, lors de la mise en place d'une contention. Elle crée dix critères de référence concernant la contention qui seraient un bon résumé pour améliorer la pratique soignante. Les dix critères élaborés par l'ANAES se trouvent en annexe C, suivi de l'arbre décisionnel de l'ANAES (en annexe D) concernant la mise en place d'une contention.

Pour terminer mon chapitre sur les lois, il m'a paru intéressant d'avoir encore une vision Suisse des règlements concernant les mesures de contraintes. J'ai donc effectué quelques recherches dans la littérature et également sur le terrain afin de découvrir la situation plus ou moins actuelle des cantons du Valais, de Vaud et de Fribourg, au sujet des contentions.

3.5.1 UN PETIT TOUR DE SUISSE CONCERNANT QUELQUES DIRECTIVES

En Suisse, il n'existe pas encore de bases légales uniformes relatives aux mesures de contrainte, au niveau fédéral. Les règles concernant les mesures de contrainte varient d'un canton à l'autre et dépendent aussi des habitudes des différents établissements. Toutefois, lors de la mise en œuvre d'une mesure de contrainte, les droits constitutionnels et/ou droits cantonaux doivent évidemment être respectés.⁵⁸

⁵⁷ Tiré de : Département de la santé, des affaires sociales et de l'énergie. *Loi sur la santé. Art. 30 AP Mesures de contraintes et art. 31 modalités et protection des patients.* (En ligne). 2006. Adresse URL : http://www.geneve.ch/legislation/rsg/f/rsg_kl_03.html.

⁵⁸ Source : *Mesures de contrainte en médecine: le moins et le mieux possibles.* (En ligne). 2005. Adresse URL : <http://www.saez.ch/pdf/2005/2005-35/2005-35-920.PDF>.

Ci-dessous, voici un tableau résumant les éléments se retrouvant dans les trois cantons.

Canton du Valais	Canton de Vaud	Canton de Fribourg
<p>Selon la loi Valaisanne du 14 février 2008, toute mesure de contrainte est interdite⁵⁹.</p> <p>A titre exceptionnel, et en collaboration avec l'équipe soignante, le médecin peut imposer, pour une durée limitée, une mesure restrictive de liberté.</p> <p>Il faut encore:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Rechercher des mesures moins restrictives. ▪ Surveiller le patient pendant toute la durée de la mesure de contrainte. ▪ Des évaluations périodiques par d'autres professionnels que ceux ayant posé la contention. ▪ Insérer un protocole dans le dossier de soin. 	<p>Exemple de 2009 de la CIVEMS⁶⁰ (Coordination interservices des visites en établissements médico-sociaux).</p> <p>Les barrières de lit, les attaches, la tablette fermant les fauteuils etc. sont interdites sauf exceptions limitées dans le temps et documentées.</p> <p>Les mesures tolérées sont: les bracelets anti-fugue, le tapis alarme, les mitaines pour éviter les lésions de grattage, le cadre thérapeutique.⁶¹</p> <p>La loi Vaudoise sur la santé est identique aux lois Valaisanne et Fribourgeoise.</p> <p>En annexe E, vous trouverez le protocole de contention du CHUV (Centre Hospitalier Universitaire Vaudois).</p>	<p>La loi sur la santé du canton de Fribourg est également identique dans ce qu'elle décrète concernant les mesures de contraintes à celles des cantons du Valais et du canton de Vaud.</p> <p>En annexe F, vous trouverez le protocole de l'application d'une mesure de contrainte de l'hôpital cantonal Fribourgeois.</p>

⁵⁹ Texte tiré : Loi sur la santé du 14 février 2008. (En ligne).

Adresse URL : http://www.Vs.ch/public/public_lois/fr/LoisHtml/frame.asp?link=800.1.htm.

⁶⁰ Tiré de : Service de la santé publique et Service des assurances sociales et de l'hébergement. CIVEMS-Coordination interservices des visites en établissements médico-sociaux. Mesures de contraintes. (En ligne). 2010.

Adresse

URL : http://www.vd.ch/filadmin/user_upload/organisation/dsas/sash/fichiers_pdf/Mesures_de_contrainte.pdf.

⁶¹ Ces cadres thérapeutiques sont souvent rencontrés dans les établissements de soins psychiatriques. Le médecin en collaboration avec l'infirmier (ère) détermine le cadre que le patient doit respecter afin d'améliorer son état psychologique et le « protéger » temporairement.

3.6 LA COMMUNICATION AVEC LES PATIENTS ATTEINTS DE DMA

Etant donné l'amplitude de ce thème et la difficulté à le définir ; dans ce chapitre, j'aborderai uniquement une partie des spécificités de la communication avec le patient atteint de DMA. Les stratégies de communication seront développées plus tard dans la partie analyse de mon travail.

Comprendre comment communique un patient atteint de cette démence et savoir communiquer avec lui peut aider le soignant à améliorer sa relation avec lui, sans doute aussi à calmer ses craintes, son agitation, mais surtout à répondre à ses besoins de relation et d'expression ; **donc lui permettre de se sentir encore conscient de lui-même** (soulignée par moi-même).⁶² Je suis persuadée que la connaissance des spécificités de la relation et de la communication permet aux soignants une meilleure prise en charge des comportements perturbateurs et par ce biais là, certainement une diminution des contentions.

Selon la définition retrouvée dans « *Communication, entretien, relation d'aide et validation* » de l'auteure Margot PHANEUF: « *La communication est un processus de création et de recréation d'information, d'échange, de partage et de mise en commun de sentiments et d'émotions entre des personnes. La communication se transmet de manière consciente ou inconsciente par le comportement verbal et non verbal, et de manière plus globale, par la manière d'agir des intervenants. Par elle, nous arrivons mutuellement à saisir et à comprendre les intentions, les opinions, les sentiments et les émotions ressentis par l'autre personne et selon le cas, à créer des liens signifiants avec elle* ». ⁶³

Alors comment communiquer lorsque l'on ne parvient plus à retrouver ses mots et à les exprimer, voire même à comprendre le message de l'autre ? C'est ce que les personnes souffrant de DMA vivent comme difficultés, au quotidien. De nombreux troubles associés à cette démence rendent la communication difficile. Il y a les troubles liés au langage, notamment le manque de mots pour s'exprimer, les troubles mnésiques pour se

⁶² Eléments tirés de : PHANEUF, Margot. *La maladie d'Alzheimer et la prise en charge infirmière*. Canada : Ed. De la Chenelière Inc. 2007. P.317.

⁶³ Définition tirée de : PHANEUF, Margot. *Communication, entretien, relation d'aide et validation*. Canada : Ed. De la Chenelière Inc. 2002. P.21

rappeler des évènements, les difficultés à trier plusieurs informations en même temps, l'incohérence des phrases. Il y a encore d'autres causes possibles comme par exemple, la confusion entre le passé et le présent, la crainte de se tromper, les illusions et les hallucinations. Mais aussi, le manque de stimulation venant de l'extérieur et l'isolement. Des comportements, tels que l'agitation, l'anxiété, l'agressivité et les sautes d'humeur peuvent également rendre la relation et la communication difficile.

Comme tous les êtres humains, la personne atteinte de DMA éprouve le besoin de communiquer et d'être en relation avec ceux qui l'entourent (ses proches, les autres patients, les soignants).⁶⁴ Comme le dit Françoise DOLTO⁶⁵ : « *Tout groupe humain prend sa richesse dans la communication, l'entraide et la solidarité visant à un but commun : l'épanouissement de chacun dans le respect de nos différences* ». ⁶⁶ La communication avec le patient devient sans doute très différente au cours de l'évolution de sa démence, pour lui avant tout, ainsi que pour les personnes qui l'entourent. Elle peut devenir problématique.⁶⁷

La personne atteinte de DMA dispose quand même de quelques moyens pour arriver à comprendre les autres. Avec le toucher, elle s'éveille à la communication non verbale. C'est-à-dire aux gestes, au ton de la voix, au toucher, aux expressions faciales, aux attitudes et aussi au contact visuel. Je discuterai plus bas de quelques remarques concernant le langage non verbal du patient atteint de ce type de démence.

Le patient souffrant de démence peut aussi faire appel à ses intuitions. Il peut tout à fait être capable de détecter notre état émotif. La communication non verbale devient donc une part importante pour lui. A travers ce type de communication il peut faire passer un message. Parfois son message ne parvient pas à être compris des soignants ou

⁶⁴ Ce paragraphe ainsi que les précédents sont inspirés et tirés du livre : PHANEUF, Margot. *Communication, entretien, relation d'aide et validation*. Canada : Ed. De la Chenelière Inc. 2002.

⁶⁵ Françoise Dolto (1908 – 1988), était une pédiatre et une psychanalyste française.

⁶⁶ Tiré de : BIOY, Antoine, BOURGEOIS, Françoise, NEGRE, Isabelle. *Communication soignant-soigné, repères et pratiques*. France : Ed. Bréal. 2003. P.18

⁶⁷ Tiré de : HIRSCH, Emmanuel. *Confrontations à la maladie d'Alzheimer. L'éthique à l'épreuve de la maladie grave, confrontations au cancer et à la maladie d'Alzheimer*. Ed. Librairie Vuibert. France. 2005.

de son entourage, il peut alors se retrouver dans un état d'angoisse et réagir de façon inappropriée.⁶⁸

Comme énoncé dans les paragraphes précédents, la personne atteinte de démence peut s'exprimer au travers de différentes attitudes. C'est ensuite, à nous, en tant que soignants ou proches, de détecter ce qu'elle désire nous faire passer comme message. Le livre de Mitra KHOSRAVI « *La communication lors de la maladie d'Alzheimer et des démences séniles* » s'intéresse à plusieurs attitudes ainsi qu'à leurs interprétations. Voici un exemple de quelques attitudes des patients atteints de DMA interprétées par l'auteure :

* **Crier**

Souvent quand un patient ne peut plus parler, il crie pour exprimer sa souffrance, son mécontentement, son angoisse, sa peur ou pour appeler et attirer l'attention de l'aidant.

* **Fuguer**

C'est une attitude assez générale chez les patients désorientés. Cet acte peut remplacer les phrases qui manquent pour dire, par exemple : « Je m'ennuie ici », « Je veux rentrer chez moi », « Je souffre ».

* **Agresser /violenter**

Ces attitudes peuvent être la conséquence des modifications biochimiques dues à la démence ainsi que d'une hallucination, d'une illusion, d'une déshydratation. Mais elles peuvent être également l'expression des incapacités verbales du patient, de sa protestation contre le fait de se voir mal compris. Il signifie ainsi qu'il est encore vivant, qu'il n'est pas d'accord, il demande qu'on essaye de le comprendre.

Ainsi l'auteur nous fait remarquer que les personnes souffrant de ce type de démence peuvent communiquer en compensant un langage verbal déficitaire par leurs attitudes.

⁶⁸ Ce paragraphe ainsi que le précédent sont tirés de: PARENTEAU, Pierre, M.D., FRCP. *La communication avec la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer : une question de cœur, de temps et de contact*. (En ligne). 2000. Adresse URL: http://www.stacomunications.com/customcomm/Back-issue_pages/AD_Review/adPDFs/november2000f/05.pdf

Ce sont donc ces comportements qui prennent un sens et qui sont porteurs d'informations.

Il y a encore d'autres moyens non verbaux que les patients utilisent pour communiquer. Par exemple les expressions faciales avec le regard, les sourires, le froncement des sourcils. Mais aussi les positions corporelles tels que le dos courbé, les jambes pliées, la tête penchée ou tombante, le balancement des jambes, le corps tendu, les gestes toniques ou détendus. Il y a encore beaucoup d'autres signes que le soignant peut observer dans sa clinique et qui serait le reflet d'un état émotionnel. Par exemple, la respiration et l'état cutané qui sont, selon Mitra KHOSRAVI, le miroir de l'état intérieur des patients et par là un instrument de communication à part entière.

Si le soignant prend en compte toutes ses observations, il aidera le patient dans ses difficultés et ses craintes de communiquer. La prise en soin n'en sera que meilleur.

Pour résumer, une communication adaptée à la personne souffrant de démence aidera celle-ci à :

* **Maintenir son identité d'être humain**

Lui montrer que malgré ses incapacités cognitives, son langage lacunaire et son comportement troublé, elle reste un être humain de qui nous voulons nous rapprocher.

* **Eviter l'aggravation de la démence**

Aider la personne à maintenir sa réserve cognitive, c'est-à-dire les capacités cognitives restantes et empêcher qu'elle se laisse aller. Empêcher par ce biais là, l'isolement social dans lequel peut se plonger la personne lorsqu'elle se trouve dans la difficulté de s'exprimer.

* **Éviter des manifestations anxieuses et des troubles du comportement**

La communication dans ce contexte permet d'encourager le patient à exprimer ses besoins. Un patient atteint de DMA qui ne parvient pas avec des mots à exprimer ses besoins peut devenir agité, affolé, irritable voire violent.

* **Atténuer la solitude du patient, de l'entourage et du soignant**

Souvent les membres de la famille du malade disent se sentir seuls car ils pensent que leur proche malade ne comprend plus rien à la conversation. Le patient aussi peut souffrir de solitude car personne ne lui adresse la parole. Par conséquent communiquer permet au soignant et au patient de sentir moins seuls.⁶⁹

3.6.1 LA TECHNIQUE DE VALIDATION

La technique de Validation me paraît utile d'être développée car elle conduit à des résultats intéressants et apporte déjà en partie quelques éléments de réponses à ma recherche.

Pour réussir à créer un lien avec le patient souffrant de démence, pour comprendre ce qu'il vit et ce qu'il ressent, il est nécessaire de le rejoindre là où il est dans sa confusion entre le présent et le passé, dans cet amalgame qu'il fait entre ses désirs et ses souvenirs. Pour arriver à créer ce lien, les soignants peuvent recourir à la stratégie de validation.⁷⁰

3.6.1.1 LES ORIGINES DE LA VALIDATION

La technique de validation est une technique qui a été élaborée par Naomi FEIL, une américaine née en Allemagne en 1932. C'est pourquoi, aujourd'hui encore cette technique reste brevetée et demande à tout personnel soignant de se former afin de pouvoir l'utiliser de façon correcte, comme son auteure l'a conçue. Dans son parcours de vie, Naomi FEIL entreprendra un doctorat en sciences sociales. Ensuite elle retournera dans la maison de retraite que dirigeait son père pour y travailler en tant qu'assistante sociale.

⁶⁹ Tiré du livre : KHOSRAVI, Mitra. *La communication lors de la maladie d'Alzheimer et des démences séniles*. France : Ed. Doins. 2003. P.34-39.

⁷⁰ Tiré du livre : PHANEUF, Margot. *La maladie d'Alzheimer et la prise en charge infirmière*. Canada : Ed. De la Chenelière Inc. 2007.

A la suite des nombreux contacts avec les résidents, ses observations fines et des travaux de recherches, Naomi FEIL a conclu que derrière des comportements qui peuvent sembler illogiques et insensés, il y a des raisons sensées.⁷¹

3.6.1.2 LA DÉFINITION

La validation est un mode de communication qui permet de rejoindre la personne dans sa logique personnelle et de la suivre dans sa fantaisie évocatrice du passé. Ceci permettant de la reconnaître dans sa dignité d'être humain valable et capable d'être comprise. Le mot « valider » peut avoir plusieurs significations. Dans un contexte de communication il peut vouloir dire : reconnaître la personne, ses émotions et ses sentiments, tout simplement reconnaître la personne comme un être humain.

La stratégie de la validation repose aussi en grande partie sur les principes du développement humain décrits par Erick Erickson (1959). Selon cet auteur, la vie d'un être humain se partage en huit étapes. A chacune d'elle, nous vivons une crise qui, si elle est bien résolue, nous permet de traverser cette étape de manière positive. Si celles-ci ne sont pas réalisées au bon moment, elles risquent de causer des problèmes affectifs dont nous ressentirons les effets tout au long de notre vie. Si les carences sont négligées, les besoins de les combler réapparaissent avec le grand âge. C'est l'un des points forts de la validation que de soutenir la personne confuse dans sa tentative de combler les besoins, reliés aux tâches laissées en plan.

3.6.1.3 LES 4 R DE LA VALIDATION

Selon Naomi FEIL, les personnes du grand âge retournent dans le passé pour quatre raisons : «

- * *Résoudre des conflits non terminés en exprimant les sentiments refoulés au cours de sa vie.*
- * *Revivre les plaisirs du passé. En conserver les images positives, en vivre les émotions.*

⁷¹ *La validation. Extraits des œuvres de Naomi Feil. (En ligne).*

Adresse URL:

http://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:kImv0ZSEZz8J:tabenkin.free.fr/La%2520validation.doc+naomi+feil&hl=fr&gl=ch&pid=bl&srcid=ADGEEESiJY0FXZBtjLQkIX_Ot4oC62NdbeQHP4F3gw34CCAaYdgpABd59ESOCR9fGPIHx93AWO4NKAqRmFTLQxFt8dJCLTb6H__m3uPMkimJYCKiVOR9kiME33-bgaceFrd_nhQafetV&sig=AHIEtbTON3Jwo0JQQqzcXkNYa-4LpMy0hA

- * *Réactiver ses souvenirs sensoriels pour chasser l'ennui.*
- * *Repousser les sentiments douloureux de rejet, de solitude et de désœuvrement ».*

Un des aspects fondamentaux de la validation consiste à faire prendre conscience aux soignants que c'est lors des retours dans le passé qu'ils doivent suivre le patient et que c'est de ceux-ci qu'ils doivent lui parler. Ses comportements d'aujourd'hui sont souvent conditionnés par des évènements d'hier.

3.6.1.4 LES POSTULATS DE BASE DE LA VALIDATION

En résumé, voici les postulats de la stratégie émis par Naomi FEIL. Ne voulant pas tous les développer, j'ai choisi les postulats me paraissant les plus en lien avec le thème de ma recherche.

- * *« Il y a une raison à tout comportement, même s'il peut sembler aberrant.*
- * *Pour aider le malade, il est important d'utiliser le toucher, le contact visuel et le ton de la voix de manière appropriée.*
- * *Une personne atteinte de démence peut manifester certaines limites comportementales qui sont liées à sa traversée incomplète de diverses étapes de la vie plutôt qu'à la maladie.*
- * *Il est nécessaire d'être capable de mettre de côté la notion de temps présent et d'entrer dans le temps du « ressenti » de la personne atteinte de DMA ».⁷²*

« Voici mon secret. Il est très simple : On ne voit bien qu'avec le cœur. L'essentiel est invisible pour les yeux. C'est le temps que tu as perdu pour ta rose qui fait ta rose si importante. »

Antoine DE SAINT EXUPERY. *Le petit prince.*

⁷² L'ensemble du chapitre sur la validation est tiré des livres : PHANEUF, Margot. *La maladie d'Alzheimer et la prise en charge infirmière*. Canada : Ed. de la Chenelière Inc. 2007.
Et du livre : PHANEUF, Margot. *Communication, entretien, relation d'aide et validation*. Canada : Ed. De la Chenelière Inc. 2002.

Il est important de communiquer clairement et avec toute la tendresse possible avec la personne confuse considérant qu'elle n'a pas perdu son cœur ni le vôtre.⁷³

Pour conclure, je dirai qu'il existe encore des tensions dans les milieux de soins. Des tensions entre la conception soignante, c'est-à-dire celle du prendre soin, de rendre autonome, d'accompagner et les déterminants économiques de temps et de personnel qui font partie intégrante de la pratique. C'est pourquoi, cette dernière phrase d'Antoine DE ST EXUPERY résume si bien cette tension existante entre la notion de temps et celle de qualité.

Finalement prendre le temps, prendre ce temps d'écouter, de communiquer, de comprendre la personne souffrant de démence aboutit à des soins d'une grande qualité et démontre à cette personne qu'elle est importante pour nous.

4 MÉTHODOLOGIE

Dans cette section méthodologie, je présenterai le déroulement de ma recherche. D'abord, je définirai le type de recherche que j'ai effectuée. Ensuite, je discuterai des outils utilisés pour l'analyse des données. Dans cette partie, j'aborderai également les limites de ma recherche ainsi que les critères d'inclusion et d'exclusion. Pour finir, je développerai mes objectifs de recherche.

4.1 LE TYPE DE RECHERCHE

Comme mentionné dans l'introduction, ce travail est réalisé en modalité revue de la littérature inscrite dans une démarche qualitative descriptive et explicative. En effet, à travers ma question de recherche, je désire obtenir de nouvelles données en cherchant à faire des liens entre les différents concepts identifiés que sont : la contention, la démence de type d'Alzheimer et la communication.

4.2 L'OUTIL UTILISÉ

A la suite de la recension des écrits, je me suis basée uniquement sur la littérature existante pour répondre à ma question de recherche. J'ai établi une revue de littérature

⁷³ Citation tirée de : PARENTEAU, Pierre, M.D., FRCP. *La communication avec la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer : une question de cœur, de temps et de contact*. (En ligne). 2000. Adresse URL: http://www.stacommunications.com/customcomm/Back-issue_pages/AD_Review/adPDFs/november2000f/05.pdf

scientifique. Cette méthode peut être définie comme une démarche scientifique rigoureuse de revue critique de la littérature consistant à : «

- *Rassembler, évaluer et synthétiser toutes les études pertinentes et parfois contradictoires qui abordent un problème donné.*
- *Faire une lecture critique pour éliminer les études qui rapportent des erreurs aléatoires et systématiques ou des biais ».*⁷⁴

La récolte des documents consistait à effectuer des recherches en me dirigeant sur des bases de données. Pour ma recherche, j'ai tout d'abord choisi quatre bases de données : Cochrane, Pub Med, BDSP et Science Direct. J'ai effectué des recherches sur d'autres bases de données, mais malheureusement celles-ci n'ont apporté aucun résultat souhaités. J'ai également consulté des ouvrages et des articles de recherche essentiellement orientés vers les sciences infirmières. La recherche s'est effectuée à l'aide de différents mots-clés en lien avec mon cadre théorique et ma question, tels que : contention physique, mesures de contraintes, démence d'Alzheimer, communication, alternatives à la contention, personnes âgées, stratégies de communication. Les différents mots-clés utilisés lors de mes recherches sont inscrits dans le tableau des stratégies de recherches qui est placé en annexe H.

4.3 LES LIMITES DU MÉMOIRE DE FIN D'ÉTUDES

4.3.1 LES LIMITES DE LA REVUE DE LITTÉRATURE

Ma démarche s'inscrit exclusivement dans une revue de littérature, c'est-à-dire que la récolte de données effectuée pour répondre à ma question de recherche s'est basée uniquement sur des études en sciences infirmières ou menées par d'autres professionnels. Le milieu pratique n'a pas été exploré. Malgré une récolte d'informations simplement tirée de la littérature, j'espère avoir répondu au mieux à ma question centrale de recherche. Cependant si les données me semblent insuffisantes pour y répondre, je proposerai des pistes de réflexion par le biais d'entretiens et de questionnaires auprès des soignants.

⁷⁴ Tiré de : Méthodologie Bachelor 08. *Revue de la littérature & Recherches en soins infirmiers*. Module 2008. Cours du 22 février 2010. Mme. Chris Schoepf.

4.3.1.1 LES CRITÈRES D'INCLUSION ET D'EXCLUSION

Etant donné l'étendue des thèmes qui composent ma question, j'ai fixé des critères pour limiter mes recherches.

Dans mes recherches d'études les critères d'inclusion sont :

- * Les personnes âgées de plus de 65 ans.
- * Les personnes atteintes de la DMA dans le stade initial à avancé.⁷⁵
- * Le milieu hospitalier ainsi que les milieux de soins de longue durée, type EMS et résidence⁷⁶ pour personnes atteintes de DMA.
- * La contention exclusivement physique.

Les critères d'exclusion quant à eux sont :

- * Les personnes âgées de moins de 65 ans.
- * Les personnes âgées non atteintes de DMA.
- * Les personnes souffrant de DMA ou autres formes de démences se trouvant à domicile.
- * Toutes autres formes de contentions.

4.4 LA PERTINENCE DES ÉTUDES

Afin d'être la plus rigoureuse possible dans ma méthodologie de recherche j'ai évalué les documents trouvés en me référant à deux éléments majeurs : la pertinence et la qualité de l'information. Pour ce faire, je me suis posée ces différentes questions toute au long du processus de recherche : « *Les études trouvées sont elles intéressantes ? Les questions et les concepts sont-ils abordés ? L'information est-elle récente ?* » « *La qualité quant à elle sera vérifiée à travers plusieurs critères tels que l'auteur, la qualité du contenu ainsi que sa structuration* ». ⁷⁷

⁷⁵ Tiré de : Société Alzheimer du Canada. *L'évolution de la maladie d'Alzheimer*. (En ligne). 2009. Adresse URL: <http://www.alzheimer.ca/french/disease/progression-intro.htm>

⁷⁶ Étant donné le peu de résultat concernant la contention en milieu hospitalier, j'ai décidé d'élargir les contextes de soins.

⁷⁷ Inspiré de : G LOISELLE, Carmen et J. PROFETTO- MCGRATH. *Méthodes de recherches en sciences infirmières, approches quantitatives et qualitatives*. Ed : ERPI. 2007. P. 594

4.4.1 LE NIVEAU DE PREUVE DES ETUDES

Ce niveau de preuve me permet également de vérifier la crédibilité et la fiabilité des études choisies. Pour évaluer le niveau de preuve de chacune de mes études j'ai choisi une classification allant du chiffre 1(niveau maximum) à 6 (niveau minimum).⁷⁸

4.5 L'ÉTHIQUE PROPRE A MA RECHERCHE

Les aspects éthiques, tels que le respect de la dignité humaine, de la non- malfaisance, du consentement éclairé et de la confidentialité ont été quant à eux respectés, en observant s'ils étaient définis et considérés dans les différentes études analysées.

Pour ma part, je m'engage à utiliser les données recueillies telles qu'elles sont présentées dans les différentes études, sans déformer ce qui est écrit.

Afin de respecter également les droits d'auteur et ne pas faire de plagiat, je citerai toutes les références des divers documents qui ont été utilisés pour mon travail.

4.6 L'ANALYSE DES DONNÉES

Pour chaque étude, l'analyse a été effectuée au moyen d'une grille de lecture nommée « Analyse d'un article scientifique »⁷⁹. Cette grille comprend six points à développer :

- * Le type d'étude
- * L'échantillon
- * Le but, les questions et les concepts
- * La méthode de collecte
- * La méthode d'analyse
- * Les résultats et/ou les conclusions

Ces grilles me permettront d'avoir une vision plus synthétique du texte avec les idées clés que je désire analyser. L'élaboration de ces grilles m'aidera également à critiquer les études choisies pour l'analyse.

⁷⁸Tiré de : SCHOEPF, Chris, Méthodologie Bachelor 08, *Revue de la littérature & Recherche en Soins Infirmiers*, 2010

⁷⁹ Tiré de : SCHOEPF,Chris, Méthodologie. Bachelor 08. *Revue de la littérature et recherche en soins infirmiers*. HES-SO Valais. Module 2808. 22 février 2010

Après avoir décrit mon cadre théorique et expliqué la méthodologie de mon travail, nous pouvons passer à l'analyse des données dans ce cinquième chapitre.

5 ANALYSE DES DONNEES

5.1 L'INTRODUCTION

Afin de pointer les éléments significatifs et principaux en lien avec ma question de recherche, j'ai d'abord entrepris une première lecture de mes 7 études ainsi qu'une traduction de l'anglais en français, car la totalité de mes études étaient de langue anglaise. Ensuite, pour chaque étude retenue, j'ai classé les différentes données pertinentes et principales dans des tableaux de recension. Vous trouverez, dans l'annexe K, les tableaux de recension où sont détaillées les sept études ci-dessous. Effectuer ces tableaux m'a fourni une bonne aide pour entreprendre l'analyse des données.

J'ai décidé d'analyser chaque étude séparément afin de ne pas oublier d'éléments importants. Certaines données seront évidemment reliées à ma question de recherche ainsi qu'aux concepts développés dans mon cadre théorique.

Pour répondre au mieux à ma question, il est nécessaire de retrouver des éléments concernant les thèmes faisant partie de mon cadre conceptuel : les stratégies de communication avec les personnes atteintes de DMA mises en évidence dans ces recherches, les alternatives à la contention et les méthodes permettant de la diminuer, les moyens pour limiter les comportements perturbateurs se manifestant dans la DMA.

Sur mes 7 études, il y en a 6 qui abordent le thème de la communication avec la personne atteinte de démence. L'autre a étudié le sujet de la contention physique.

Les références des études analysées ci-dessous se trouvent dans la bibliographie, en page 101.

5.2 ETUDE N°1

« *Communiquer avec les individus atteints de la maladie d'Alzheimer : Examen des stratégies recommandées* »

Dans cette première étude, les chercheurs apportent des stratégies pouvant faciliter l'expression des sentiments et des inquiétudes des patients atteints de DMA dans les stades modérés à avancés ainsi que des stratégies aidant à maintenir la conversation.

Les auteurs mettent en avant le fait que les personnes souffrant de DMA seraient un groupe de patients ayant le plus besoin de communication, car ils vivent l'expérience d'une perte de leurs capacités cognitives avec certainement une grande frustration et des angoisses.

Les soignants peuvent se sentir frustrés dans la communication avec une personne atteinte de DMA. Voilà pourquoi, il est essentiel pour le bien être de tous et pour l'amélioration de la qualité de vie des ces patients, de connaître des stratégies de communication nous permettant, nous soignants, de les accompagner durant ces changements.

Plusieurs recommandations de techniques de communication sont examinées. Certains auteurs suggèrent aux soignants de simplifier leur vocabulaire et la forme de leur phrase, de ralentir le discours, de toujours maintenir un ton de voix plaisant et d'utiliser des questions fermées⁸⁰ lorsqu'ils s'adressent à un patient atteint de DMA. (Bayles & Kaszniak, 1987 ; Frank, 1994 ; Tappen, 1991). D'autres contredisent, par exemple l'utilisation des questions fermées et suggèrent de préférence les questions ouvertes.

Les auteurs de l'étude soulignent que peu d'études ont été écrites sur la relation thérapeutique avec des individus dans les derniers stades de la DMA. Selon eux, la cause serait que la communication thérapeutique aurait été peu essayée avec les patients atteints de DMA. Dans cette étude, les auteurs ne donnent pas de définition de la communication thérapeutique, par contre ils se basent sur la définition de la relation

⁸⁰ Une question fermée ex : « Avez-vous bien dormi ? » amène l'interlocuteur à répondre par « oui » ou « non », ou alors par une phrase très courte à la question. Une question ouverte, à l'inverse invite la personne à développer sa réponse et ne permet pas de répondre par « oui » ou « non », ex : « qu'est-ce qui pourrait vous rassurer en ce moment ? »

thérapeutique de Hildegard Peplau⁸¹ qui est : « *Le but de la relation thérapeutique est d'aider le patient à explorer ses sentiments et ses inquiétudes* ». En effet, certains auteurs pensaient que le patient atteint de démence serait incapable de participer au projet thérapeutique. (Farran and Keane-Haggerty, 1989). Il est certain que le patient atteint de DMA participe, en tout les cas, à sa manière. Un autre auteur affirmait que la communication verbale serait inefficace pour aider le patient atteint de DMA. Il proposait plutôt d'accepter la personne, ainsi que ses émotions et d'éviter de corriger leurs erreurs et de les reprendre s'ils sont lents. (Hughes, 1987). A travers la communication verbale ou non, le soignant montre justement au patient qu'il le comprend et qu'il l'accepte.

Deux autres auteurs trouvent comme résultat, à la suite d'une recherche : répondre aux émotions du patient aiderait à diminuer l'isolement (Shulman and Mandel, 1993). Un autre auteur a trouvé que l'écoute pouvait prévenir l'inquiétude et certains comportements perturbateurs. (Bohling's, 1991).

Aujourd'hui, d'autres recherches plus récentes confirment que l'écoute et la communication verbale permettent de prendre en charge les troubles du comportement perturbateurs dans la DMA. Par exemple, lors de refus de soin, d'agitation ou de comportements agressifs, les soignants devraient être à l'écoute et prendre le temps de connaître les raisons de ces comportements, essayer de discuter avec le patient et utiliser aussi le toucher. (Haute Autorité de Santé, « *Recommandations de bonne pratique* », mai 2009).⁸²

Dans l'étude, les auteurs présentent quelques principes de communication thérapeutique énoncés par H.P. Celle-ci (1952) contredit les auteurs ci-dessus en affirmant que les questions ouvertes sont préférables pour découvrir et comprendre l'expérience du patient. Ces questions ouvertes sont définies comme des questions qui demandent une réponse descriptive, une explication ou une opinion et une réponse avec plus d'un mot.

Dans ces études, les chercheurs ont analysé l'effet des différents types de questions utilisées (fermées, ouvertes ou mixtes). Les infirmières interviewées ont utilisé plus de

⁸¹ Tout au long de l'analyse de cette étude, Hildegard E. Peplau sera nommée H. P.

⁸² Les références de cette étude se trouvent dans la bibliographie.

questions fermées que de questions ouvertes en s'adressant aux patients. A la suite de ces différentes interviews, les chercheurs ont obtenu comme résultat que les patients atteints de DMA étaient tout à fait capables de fournir des réponses cohérentes et pertinentes au contexte, lors de questions ouvertes bien que le score moyen de MMS (Mini Mental Score)⁸³ fût de 10.

Le fait de poser des questions ouvertes comme le conseille fortement H.P. dans sa théorie permet aux soignants de comprendre le sens d'un comportement ou ce qui rend le patient anxieux.

Les chercheurs ont également évalué cinq stratégies de communication pouvant faciliter l'expression des sentiments et des inquiétudes du patient. Les auteurs soulignent aussi que le fait de maintenir une conversation avec un patient atteint de DMA permet aux soignants de mieux comprendre son expérience de vie ainsi que ses inquiétudes et ses sentiments. Comme énoncé dans mon cadre conceptuel sur la démence d'Alzheimer, les patients atteints de ce type de démence éprouvent souvent de l'anxiété et des angoisses pouvant se manifester par plusieurs comportements, notamment par de l'agitation, de l'agressivité et de l'errance. Si des contentions sont mises en place, des stratégies de communication comme citées ci-dessous peuvent être utilisées pour diminuer ces comportements anxieux et ainsi oublier la mesure de contrainte par exemple.

Voici les cinq stratégies étudiées par les chercheurs :

1. Se montrer ouvert au patient

Utiliser des questions ouvertes telles que : « dites moi quels sont vos sentiments aujourd'hui ? » permet au patient de donner plusieurs informations, avoir l'opportunité de réponse et encourage à répondre. La question ouverte permet aussi au soignant d'avoir une idée de l'humeur du patient. Le soignant peut encore rebondir sur un mot énoncé par le patient et en discuter plus longuement

⁸³ Le MMS ou appelé également test de Folstein. Ce test explore l'orientation temporo-spatiale, l'apprentissage, la mémoire, l'attention, le raisonnement ainsi que le langage. Ce test peut se faire lors d'une suspicion de démence, mais ne permet pas d'établir un diagnostic. Le score maximal est de 30 points. Au dessous de 20, il existe un réel trouble qu'il faut suivre de près ou explorer.

Références : TEST DE FOLSTEIN ou Mini Mental Score (MMS). (En ligne). Adresse URL : <http://www.esculape.com/fmc/folstein.html>.

avec lui. Cette approche ouverte établit une atmosphère permissive dans laquelle le patient ne se sent pas sous pression de répondre à une question spécifique. Dans certaines ⁸⁴situations, le patient peut se sentir irrité s'il ne se souvient pas de la réponse à la question spécifique qui vient de lui être posée.

2. Parler d'égal à égal

Dans cette stratégie, la hiérarchie n'existe pas dans la relation. Le soignant est alors ouvert à apprendre du patient et à développer un partenariat dans lequel les deux ont finalement une valeur égale.

3. Etablir des familiarités

Cette stratégie est que le patient et le soignant discutent et partagent leurs centres d'intérêts et leurs perceptions.

4. Partager de soi

Dans cette stratégie, le soignant admet et partage ses propres sentiments au patient.

5. Maintenir la conversation

Pour maintenir la conversation avec le patient, le soignant doit reconnaître un thème saillant, il doit suivre le patient et l'aider à ne pas changer de sujet durant la conversation. Quand l'infirmière interviewer avait reconnu un thème saillant, plusieurs techniques autant verbales que non verbales ont été utilisées : il y avait la reformulation, le résumé et l'encouragement du patient qui ont aidé les infirmières à maintenir la conversation.

Comme l'énoncent les auteurs à la fin de leur travail, peu de stratégies de communication ont été soutenues par des données empiriques, dans la littérature, mais ont plutôt été basées sur l'expérience clinique. Cette étude a été établie en 1997 et a analysé plusieurs auteurs datant des années huitante. Actuellement, peu de données concernant la communication avec le patient atteint de DMA sont soutenues de manière empirique.

Certains éléments ont été relevés comme pouvant être **des biais**, suite à ma lecture de l'étude. Notamment, le fait que 35 interviews de 23 patients ont été retranscrites. Cela signifierait que des patients ont été interviewés plusieurs fois ? Cet aspect n'a pas été précisé par les auteurs. La période d'interviews s'est déroulée sur 16 semaines. Durant cette période, des patients auraient pu évoluer vers un stade plus avancé de la démence, ce qui modifierait les résultats. Dans l'étude, les patients se trouvaient dans des stades modérés à avancés de la démence, ce qui seraient plus ou moins égal aux stades 4 à 7 de l'échelle de Reisberg. En effet, selon cette échelle, les patients se trouvant dans le dernier stade de la démence perdraient la quasi-totalité de leurs capacités verbales, il n'y aurait plus du tout de langage. Bien entendu, cela ne signifie pas que les patients en stade 7 de la démence ne soient plus capables de communiquer. Il reste la communication non verbale sur laquelle les soignants peuvent s'appuyer et avec laquelle il peuvent communiquer avec le patient. Néanmoins, ces données ne sont pas précisées par les chercheurs. Afin d'être encore plus précis dans leurs résultats, les chercheurs auraient pu analyser les données en relation avec le stade de démence dans lequel se trouvait le patient, au moment de l'interview et préciser si des modifications ont eu lieu.

En résumé, dans cette étude, plusieurs auteurs se contredisent sur l'efficacité de certaines stratégies de communication avec la personne souffrant de DMA. Chaque auteur donne finalement sa propre interprétation des stratégies. Les éléments à retenir sont : le patient souffrant de DMA est tout à fait capable de répondre de façon pertinente aux questions ouvertes et le soignant doit utiliser cette capacité pour rechercher des éléments qui font sens pour le patient et ainsi l'aider à exprimer ses inquiétudes et ses sentiments. Cet aspect me paraît le plus important en lien avec ma question de recherche car l'expression des sentiments et de l'anxiété est directement reliée aux comportements perturbateurs de type anxieux. En effet, selon l'auteure Margot PHANEUF il est nécessaire d'être attentif aux sensations de tensions et de malaise chez le patient puisque l'anxiété est à la base de nombreux autres

comportements perturbés tels que l'agitation, l'agressivité et l'errance. C'est pourquoi, il est important de comprendre le vécu du patient et tenter de le rassurer.⁸⁵

Malgré le nombre restreint de l'échantillon et les biais potentiels relevés dans les paragraphes précédents, ces cinq stratégies de communication permettant d'aider l'expression des sentiments et des inquiétudes ont démontré leur efficacité dans cette étude.

5.3 ETUDE N°2

« L'effet de l'entraînement du personnel soignant sur l'utilisation des contraintes dans la démence : un essai randomisé et contrôlé en simple aveugle »

Dans cette deuxième étude, les chercheurs se demandent si un programme d'entraînement structuré et soutenu du personnel soignant peut réduire les problèmes de comportement et l'utilisation de la contrainte physique. Dans l'étude, des auteurs énoncent que la démence en général est la raison la plus commune pour le placement en maison de retraite (Mittelman, 1993 ; Burke and Morgelander, 1999). D'autres auteurs affirment aussi que des symptômes comportementaux et psychologiques, tels que les délires, la dépression, l'anxiété et l'agression verbale et physique pouvait survenir dans 70 à 90% des cas chez les patients atteints de démence, dans les maisons de retraite. (Teri et al., 1992 ; Allen-Burge et al., 1999). Les mesures de contraintes seraient donc étroitement liées aux problèmes de comportement chez le patient atteint de démence. En effet, dans mon cadre théorique, d'autres auteurs ajoutent que les raisons souvent invoquées pour contenir sont le risque de comportements anxieux, notamment l'errance, le risque de fugue ou d'agitation. (Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario). La Société Alzheimer Canadienne affirme également que « *Le personnel soignant utilise parfois les contentions pour traiter les comportements associés à la maladie d'Alzheimer* ».

⁸⁵ PHANEUF, Margot. La maladie d'Alzheimer et la prise en charge infirmière. Canada : Ed. de la Chenelière Inc. 2007.

Dans l'étude, les auteurs donnent l'exemple d'une étude effectuée en Norvège, en 2003 qui a démontré que les contentions physiques étaient utilisées dans 67% des maisons de retraite. (Kirkevold, 2003). Les auteurs ne précisent pas si cette étude a évalué le pourcentage de mesures de contraintes envers des patients atteints de démence ou non et si cela était en lien direct avec un problème de comportement. Elle ne précise pas non plus le nombre de maisons de retraite au total, dans l'échantillon. Mais quoi qu'il en soit, le pourcentage de contentions physiques est élevé. Le Dr. GOUTAINE de l'association De Goutaine souligne, dans ses travaux que les soignants justifient souvent la contention parce qu'ils désirent la sécurité du patient et des autres patients, souvent en lien avec des risques de chutes, d'agitation, d'agressivité et de déambulation pouvant mener à l'épuisement du patient.

Un exemple se trouvant à l'intérieur du cadre théorique de mon travail mérite d'être souligné : une équipe de consultation sur les aides techniques énonce dans son travail que les soignants justifient aussi une mesure de contrainte pour empêcher, par exemple, des comportements d'automutilation. Le DSM-IV affirme que dans la démence, par exemple, un comportement d'automutilation survient souvent comme conséquence à une confusion et donne l'exemple d'une lutte contre la contention. Cet exemple me paraît important d'être donné afin de voir que la boucle a parfois de la peine à se refermer. Le comportement perturbateur engendre peut être une mesure de contrainte, cette mesure de contrainte peut créer un état de confusion sur une angoisse intense, surtout dans la démence et cette confusion, à son tour, un état d'agitation.

Certains auteurs inclus dans cette étude abordent l'effet positif d'un traitement par psychotropes pour calmer les comportements d'agitation et d'agressivité. (De Deyn et al., 1999). Bien que ces traitements soient utilisés pour leur efficacité prouvée, une utilisation abusive de ces substances provoque également des effets secondaires. Des neuroleptiques ainsi que des anxiolytiques sont souvent prescrits pour traiter ou pour prévenir les troubles du comportement survenant dans la démence. Dans un rapport de la HAS (Haute Autorité de Santé), des études récentes démontrent que les neuroleptiques sont à l'origine d'effets indésirables fréquents et sévères, tels que des troubles de la marche avec risques de chutes et la survenue d'accidents vasculaires cérébraux. Selon l'HAS, l'efficacité d'un traitement par neuroleptique est faible.

Selon elle, il serait efficace entre 10% et 20% des cas⁸⁶. Une autre étude affirme encore que les neuroleptiques accélèrent le déclin cognitif du patient atteint de DMA et augmentent également la confusion. Cette étude aborde aussi l'effet secondaire des benzodiazépines dont l'utilisation pourrait favoriser les risques de chutes et de fausses routes⁸⁷.

D'autres auteurs pourraient appeler cette méthode « une contention pharmacologique ». Cette forme de contention est définie brièvement dans mon cadre conceptuel sur la contention. A travers mon travail, la recherche principale est plutôt orientée sur les alternatives à la contention physique. Par conséquent je ne développerai pas plus ce type de contention. Certains des auteurs suggèrent par des expériences cliniques que les problèmes de comportements peuvent être gérés par des traitements non pharmacologiques. (Burgio and Burgio, 1990 ; Mittelman, 1996 ; Allen-Burge et al., 1999). Dans la présente étude, les chercheurs ont décrits divers programmes d'entraînement des équipes de soins travaillant avec des personnes atteintes de démence et ayant des problèmes de comportement. (Cohn et al., 1998 ; Strumpf et al., 1992 ; Moniz-Cook et al., 1998 ; Borson et al., 2000). Ces programmes ont à chaque fois démontré que l'effet énoncé par les soignants était en opposition avec les effets visibles du programme sur les patients. Un essai randomisé a démontré un effet positif sur les patients (Proctor et al., 1999). Cet essai affirme que la majorité du stress vécu par les soignants venait de la frustration et du manque de compréhension des comportements des patients. Il a donc été suggéré que des informations sur le thème de la démence soient incluses dans le programme. Comme énoncé dans mon cadre théorique, des actions de formation et d'information auprès des équipes pourraient être de très bons moyens pour permettre l'amélioration des pratiques et la réduction des mesures de contraintes.

En 2009 la Haute Autorité de Santé a elle aussi émis des recommandations de pratique pour la prise en charge des comportements perturbateurs dans la démence. Dans leur

⁸⁶ Tiré de : La Haute Autorité de Santé. *Les indicateurs d'alerte et de maîtrise du programme AMI-Alzheimer*. 2010. (En ligne). http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-10/v18_brochure-ami_alzheimer.pdf

⁸⁷ Tiré de : LEBERT, Florence. *Recommandations pour la gestion de l'agitation lors de syndrome démentiel*. 2001. (En ligne). Adresse URL : <http://www.alzheimer-adna.com/Clinic/agitation.html>.

travail, les différents auteurs ont noté qu'il était recommandé d'aider tout type d'aidants professionnels ou non, à mieux connaître les troubles pouvant surgir chez une personne atteinte de DMA ou autres démences. Dans leur travail il a été démontré que les actions éducatives peuvent diminuer l'incidence des SPCD (Symptômes psychologiques et comportementaux de la démence) chez le patient et de la dépression chez l'aidant. Selon eux, la formation des professionnels aurait un impact positif sur l'évolution des troubles du comportement.⁸⁸

Le programme d'entraînement a duré 7 mois dans le premier groupe. Durant cette période, un séminaire basé sur la démence, l'agression, les problèmes de comportements, la décision de contenir et les alternatives à la contention a été présenté à l'équipe soignante. Le groupe de contrôle, lui, a fonctionné comme à son habitude. Ensuite, les chercheurs ont ressorti dans chaque groupe les informations démographiques et cliniques concernant les patients, la sévérité de la démence évaluée avec le CDR⁸⁹, le niveau d'agitation évalué avec le BARS⁹⁰ ainsi que la fréquence de l'utilisation des mesures de contraintes. Concernant les résultats, il y avait une majorité de patient de sexe féminin dans les 2 groupes. L'âge moyen des patients dans les 2 groupes était de 84 ans, le CDR à 2, donc une démence modérée dans les deux groupes. Dans le groupe d'intervention ainsi que dans le groupe de contrôle la proportion des patients utilisant des traitements pour les problèmes physiques était quasiment identique.

⁸⁸ Tiré de : La HAS (Haute Autorité de Santé). *Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs*. (En ligne). 2009. Adresse URL: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-07/maladie_dalzheimer-troubles_du_comportement_perturbateurs-recommandations.pdf

⁸⁹ CDR : *Clinical Dementia Rating* : L'Estimation de Démence Clinique ou CDR a été développé à Washington, en 1979. Cet outil a été conçu pour évaluer la sévérité de la démence. Il a été développé essentiellement pour évaluer la sévérité de la démence du type d'Alzheimer et il peut aussi être utilisé pour d'autre type de démence. C'est une échelle de cinq points dans laquelle un CDR-0 n'implique aucun affaiblissement cognitif.
CDR-0.5 = démence très légère
CDR-1 = léger
CDR-2 = modéré
CDR-3 = sévère

Références : MEUSER, Tom, Ph.D. *Clinical Dementia Rating (CDR) Scale*. 2001. (En ligne). Adresse URL : http://alzheimer.wustl.edu/cdr/PDFs/CDR_OverviewTranscript-Revised.pdf.

⁹⁰ BARS : *Brief Agitation Rating Scale*. Cette échelle a été développée par Finkel and al. Pour aider les infirmiers et autres soignants à évaluer rapidement le niveau d'agitation d'un patient.

Références : Finkel SI Lyons JS Anderson RL. *A Brief Agitation Rating Scale (BARS) for nursing home elderly*. J Am Geriatr Soc. 1993. (En ligne). Adresse URL : <http://qmweb.dads.state.tx.us/Behavior/Agitate.html>

Avant le programme, les différences concernant le niveau d'agitation et le nombre de contentions par patient n'étaient pas significatives. Après le programme, le nombre de contentions a nettement diminué, bien que le score BARS ait augmenté et soit plus élevé que dans le groupe de contrôle n'ayant pas participé au programme. Les auteurs émettent l'hypothèse que la conscience augmentée des soignants face à l'agitation ait poussé ceux-ci à rapporter un nombre plus élevé de comportements agités durant l'interview.

Les chercheurs ont finalement conclu que leur programme d'entraînement a permis une amélioration de la qualité des soins dans la démence en réduisant l'utilisation des contraintes de 50%, sans forcément agir sur le niveau d'agitation. Les chercheurs ne précisent pas si une autre évaluation de la qualité des soins a été basée sur d'autres critères. Le fait de trouver une alternative à la contrainte physique est certes une manière d'améliorer la qualité, tout d'abord en réduisant les conséquences qu'elle peut engendrer.

Les chercheurs précisent leur conclusion ci-dessus en émettant l'hypothèse que les cours théoriques durant le séminaire, suivi des conseils spécifiques lors des problèmes de comportement ont permis aux soignants de développer la mise en place d'une procédure de « non-contrainte » basée sur l'individualité de chaque patient. Le programme a également permis aux soignants d'augmenter leur tolérance aux états d'agitation du patient. Finalement, les soignants ont exprimé une grande satisfaction dans leurs situations de travail durant la période d'intervention. Cela serait dû aux solutions pratiques développées et à la guidance donnée par des infirmières hors de l'institution. Une année plus tard, lors d'une visite informelle, les chercheurs ont eu l'impression que l'équipe de soin utilisait toujours la « non-contrainte ». Pour aller plus loin dans les résultats, les auteurs suggèrent tout de même que des futures recherches sont nécessaires pour confirmer les effets bénéfiques sur la qualité des soins et la satisfaction des soignants.

Les biais soulignés par les auteurs et ayant pu influencer le travail sont : le nombre de patients était plus élevé dans le groupe de contrôle. Il y avait respectivement 55 patients dans le groupe d'intervention et 96 patients dans le groupe de contrôle. Le nombre plus élevé de patients peut amener les soignants à considérer les mesures de contraintes.

Dans mon cadre théorique, un auteur écrit que les soignants avouent que le nombre de personnes âgées et de patients confus pris en charge a une influence sur le fait de contenir.

Pour conclure l'analyse de cette étude je reprendrai les mots de l'auteur : « *Désigner des interventions pour gérer les problèmes de comportements est une clé importante pour tous les professionnels qui veulent s'améliorer dans les soins des personnes âgées atteintes de démence* ». Gérer les comportements perturbateurs est une première étape pour diminuer le nombre de contentions physiques. Ensuite, les éléments apportés à l'équipe soignante par les programmes d'entraînement doivent continuer d'être mis en pratique sur le long terme.

5.4 ETUDE N°3

« Méthodes pour améliorer la communication verbale entre les individus souffrant de DMA et leur soignant formel et informel »⁹¹

Les chercheurs ont recensé uniquement des essais randomisés et contrôlés qui enquêtaient sur des méthodes pouvant améliorer la communication verbale entre les personnes atteintes de la DMA et leurs soignants formels ou informels. Les essais devaient contenir au moins 50% de patients avec un diagnostic de DMA dans leurs échantillons.

Les chercheurs affirment que les problèmes de mémoire sont les symptômes les plus caractéristiques lors de DMA, mais progressivement certaines personnes peuvent faire l'expérience de problèmes de communication. Le déclin des capacités de communication se fait de manière progressive. Au début, le patient a de la peine à nommer les objets. Ensuite, il oublie les noms propres, a de la difficulté à trouver les mots ou les noms. (Cela pourrait correspondre aux stades 2 et 3 de l'échelle de Reisberg). Comme il est écrit dans mon cadre conceptuel, la personne atteinte de DMA peut aussi avoir des troubles au niveau de son raisonnement ou de son jugement. Parfois, ses propos peuvent devenir totalement incohérents et le patient n'arrive plus à se faire comprendre ou à comprendre les informations du soignant.

⁹¹ Il s'agit ici, des soignants professionnels (formels) et naturels pouvant comprendre les membres de la famille, les proches etc. (informels).

Selon les auteurs, la détérioration de ces habiletés de communication peut contribuer au stress des soignants et constituer un fardeau auquel ils doivent faire face, tout comme les proches du patient. La pauvreté de la communication entre le patient et les soignants formels ou informels peut mener à des conflits, à l'isolement et à la dépression chez le patient et aussi chez le soignant. Ces problèmes de communication peuvent aussi engendrer un placement plus tôt en institution. Par conséquent, connaître des méthodes pouvant améliorer la communication serait dans l'intérêt du personnel infirmier et des membres de la famille.

A l'intérieur de cette étude, trois méthodes sont mises en avant et évaluées à travers les différents essais randomisés et contrôlés.

Voici ces trois méthodes :

1. Les aide-mémoire

Généralement ces aide-mémoire incluent des informations biographiques, par exemple le nom, l'adresse, le numéro de téléphone du patient, mais aussi des photos des membres de sa famille, des descriptions d'évènements importants de sa vie. Le but des ces aide-mémoire est d'améliorer la structure et la qualité de la communication avec les autres. Au niveau linguistique, ils fournissent un soutien sémantique sous la forme de phrases, de mots et d'images. En offrant des signaux visuels, ils servent à rappeler le patient à la tâche actuelle ou au thème de la conversation. Socialement, cette méthode soutient le désir de communiquer.

La méthode des aide-mémoire à été analysée dans 8 des essais inclus à la recherche. Les auteurs de ces essais ont examiné leurs impacts et sont arrivés à la conclusion que les patients produisent plus d'énoncés et donnent plus d'informations au soignant durant un temps de conversation de 5 minutes. Ils ont également découvert que le pourcentage de discours cohérent, le pourcentage de temps de parole avec les autres patients ainsi que le nombre de déclarations positives aux soignants avaient augmentés avec l'utilisation des aides mémoires.

2. L'éducation et les techniques d'entraînement

Dans cette catégorie, les auteurs donnent l'exemple d'un programme qui offre différentes techniques et recommande aussi des stratégies pour améliorer la communication entre les soignants et le patient atteint de DMA. Le programme FOCUSED recommande des stratégies telles que : utiliser des questions fermées ou à choix en évitant les questions ouvertes. Cette recommandation est contraire à la recommandation de l'Etude N°1 de mon travail dans laquelle les chercheurs recommandent plutôt des questions ouvertes. FOCUSED recommande encore l'utilisation de phrases simples, la répétition des mots et des idées de la conversation, l'utilisation du contact direct (le regard, le toucher) ainsi que des signaux non verbaux (ces signaux pourraient être d'encourager le patient à parler avec des gestes de la main ou de la tête).

D'autres programmes apportent encore des stratégies : offrir un feedback⁹² positif quand le patient a répondu à une demande, donner le temps suffisant au patient pour répondre à la question ou à la demande et parler avec le patient de sa vie ou de ses passe-temps. Ces stratégies amélioreraient la qualité de la communication avec le patient atteint de DMA.

Seulement 3 essais ont examiné des programmes d'entraînement. Dans ces différents essais il n'y a pas eu de changements significatifs au niveau de l'amélioration de la communication.

3. Les programmes d'activités

Cette méthode peut être effectuée individuellement ou en groupe et utiliser divers types d'activités, par exemple préparer un repas, faire une promenade etc. Le but étant de stimuler la communication. En 2009 lorsque la revue a été effectuée, il n'y

⁹² Définition : De façon générale, le feedback correspond à toute information ou signification en retour, qui partant du récepteur, revient à l'émetteur ; donc, toute réaction verbale ou non verbale au comportement de l'autre constitue une forme de feedback.

Références : CORMIER, Solange. *La communication et la gestion*. 2006. (En ligne). Adresse URL : http://books.google.ch/books?id=0WgT-Ymu2BkC&pg=PA109&lpg=PA109&dq=d%C3%A9finition+feedback+communication&source=bl&ots=CfHDThwVK1&sig=FHsPv1CHKuAWoe7sI7Wl_KUstn4&hl=fr&ei=K8TsTZO8FYXYsgarzfXnCG&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=5&ved=0CDsQ6AEwBA#v=onepage&q=d%C3%A9finition%20feedback%20&f=false

avait que 2 études qui avaient analysé ce genre de méthode sur des patients atteints de DMA.

Deux essais ont enquêté sur les programmes se basant sur des activités. Une a examiné les effets de la marche et de la conversation, l'autre l'effet du petit déjeuner en groupe. La conversation pendant la marche n'est pas recommandée pour améliorer la communication, tandis que le petit déjeuner en groupe est fortement recommandé.

Les biais pouvant être présents sont : dans 6 des études incluses à la revue, le diagnostic de DMA n'était pas spécifié mais étant donné que le score MMS des patients démontraient une démence, les études ont tout de même été incluses. Les auteurs soulignent aussi que pour mesurer de façon convaincante l'effet de ces méthodes, les futures études doivent inclure des mesures reflétant la capacité de communication du patient. Pour répondre encore mieux à ma question de recherche, les auteurs auraient pu évaluer l'effet de ces différentes techniques lors d'un contexte d'anxiété chez le patient.

En synthèse, les aide-mémoire ainsi que l'entraînement des soignants seraient des méthodes recommandées en pratique soignante pour améliorer la communication avec le patient atteint de DMA. Nous pouvons également imaginer que si la communication permet d'être améliorée, les comportements perturbateurs pourraient être mieux gérés par l'équipe soignante.

5.5 ETUDE N°4

« *La thérapie de la Validation pour la démence (Revue)* »

Etant donné que je développe une partie de la théorie de la Validation dans mon cadre conceptuel, j'ai trouvé intéressant de l'introduire dans la partie analyse de mon travail. Cette revue a étudié trois essais randomisés dans le but d'évaluer l'efficacité de la technique de Validation avec des personnes ayant un diagnostic de démence de n'importe quel type ou souffrant de désordres cognitifs. Ce qui m'intéresse dans cette étude est de savoir si la Validation est efficace pour la prise en charge des

comportements perturbateurs et quelles techniques ou stratégies apportent Naomi FEIL⁹³ dans sa théorie.

Les explications concernant la théorie de la Validation de N.F. sont disponibles dans mon cadre théorique des pages 46 à 48. C'est pourquoi, je ne me répéterai pas sur certains points à l'intérieur de ce chapitre.

Dans cette étude, les auteurs commencent par remarquer quelques contradictions dans la théorie de la Validation créée par N.F. Les chercheurs affirment qu'elle a sa propre méthode pour classer la démence et celle-ci ne correspond pas au classement médical. En effet N. F. classe la démence selon 4 stades. Ce classement résulte des observations qu'elle a faites au cours de ses rencontres avec des personnes confuses. Ces stades sont : la malorientation, la confusion temporelle, les comportements répétitifs et l'état végétatif.⁹⁴ Tandis qu'un exemple du classement médical serait l'échelle de Reisberg.

Mais encore, les chercheurs citent : « *au début, N.F. disait que sa théorie ne s'appliquait pas aux démences organiques et a ensuite appliqué sa théorie à la démence d'Alzheimer, qui fait elle aussi partie des démences organiques* ». ⁹⁵

Quelques traits de la Validation incluent : des moyens de classer les comportements, des techniques pratiques pour aider et restaurer la dignité, prévenir la détérioration vers un stade végétatif, fournir une écoute empathique etc. Ces caractéristiques ne seraient pas propres à la théorie de la Validation. Selon les auteurs, d'autres approches incluraient ces éléments. Les auteurs ne précisent pas ces autres approches.

La théorie de la Validation se base sur des techniques principalement appliquées lors du stade de « la malorientation ». Selon N.F. : « *à ce stade, les personnes ressentent le besoin de régler des problèmes relationnels restés sans solutions et de compléter les*

⁹³ Tout au long de cette analyse Naomi Feil sera nommée N. F.

⁹⁴ PHANEUF, Margot. *Communication, entretien, relation d'aide et validation*. Ed. de la Chenelière Inc. 2002.

⁹⁵ Dans le DSM-III-R, les démences étaient décrites dans un chapitre intitulé « *syndromes et troubles mentaux organiques* ». Le terme trouble mental organique a été abandonné dans le DSM-IV car il pourrait impliquer à tort que les troubles mentaux « non organiques » ne possèdent pas une base biologique.

Références : American Psychiatric Association. DSM-IV-TR. *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Texte révisé. Paris. Ed. Masson. 2003.

tâches qu'elles n'auraient pas entièrement accomplies aux étapes antérieures de leur vie ». ⁹⁶ Ces différentes techniques sont citées en annexe G de mon travail.

Certains auteurs critiquent la théorie de la Validation en affirmant que les techniques principales de la théorie sont douteuses quant à leur formulation et leur utilisation. (Morton 1999). Un autre auteur trouve la théorie incohérente et non convaincante. (Goudies 1989). Ces deux chercheurs ne confirment par leur point de vue par des exemples concrets mettant en avant une inefficacité de la méthode ou une incohérence.

En effet, les techniques principales de la théorie sont formulées de manière très générale. C'est pourquoi, elles peuvent paraître incompréhensibles et susciter des doutes quand à leur utilisation par les soignants ou par les proches du patient.

Afin de bien comprendre cette théorie il serait nécessaire de suivre une formation sur la mise en application des différentes techniques. Dans l'étude, les auteurs indiquent que des thérapeutes voulant s'exercer à la thérapie de la Validation peuvent être formés et accrédités au Feil's Validation Institute.

Malgré ces critiques, N.F. défend sa thérapie en indiquant plusieurs bénéfices notamment pour les familles en réduisant les sentiments de frustration, en créant une communication plus efficace, en augmentant le nombre de visites. Il y a aussi selon elle, des bénéfices pour les soignants, comme par exemple la réduction des frustrations, la prévention du burn-out⁹⁷, l'envie de communiquer ainsi que l'augmentation de la satisfaction professionnelle. D'autres études ont observé et indiqué qu'il y avait des effets positifs à l'utilisation de la théorie de la Validation. (Bleathman 1996 ; Babins 1998).

⁹⁶ PHANEUF, Margot. Communication, entretien, relation d'aide et validation. Ed. de la Chenelière Inc. 2002. P.580-581.

⁹⁷ Définition : Le Burnout (nommé Burn Out Syndrome chez les anglophones) est un syndrome d'épuisement professionnel, consécutif à l'exposition à un stress permanent et prolongé.

Références : Bibliothèque Psy. *Le syndrome d'épuisement ou burn out : définition et présentation*. (En ligne). 2003. Adresse URL : <http://www.bibliotheques-psy.com/spip.php?article103>.

Dans cette étude, les chercheurs ont analysé 3 essais randomisés qui comparaient l'efficacité de la théorie de la Validation à d'autres formes d'interventions psychosociales. Ces interventions pouvaient être, par exemple des groupes de réminiscence⁹⁸ ou des groupes utilisant d'autres techniques que celles identifiées par N. F. Dans les essais, les éléments évalués étaient la cognition, les comportements, l'état émotionnel et les activités quotidiennes. Dans ces 3 essais, 2 comprenaient des groupes mixtes avec une majorité de femmes. Un autre comprenait uniquement des hommes.

Quelques biais ont été remarqués dans cette étude, notamment à travers le diagnostic de démence. Dans 2 essais, le ou les types de démences ne sont pas précisés. Dans un des essais, les échantillons de patients comprenaient des personnes atteintes de démence de Pick⁹⁹ et de chorée d'Huntington¹⁰⁰. Pour répondre au mieux à ma question de recherche, il aurait été important de connaître le pourcentage de personnes atteintes de DMA dans chaque échantillon.

Les auteurs affirment encore qu'il n'y pas suffisamment de recherches pour confirmer l'efficacité ou la non efficacité de la thérapie de la Validation de N.F. A la suite de l'analyse, les chercheurs ont découvert qu'il y avait peu de résultats statistiques significatifs à l'exception d'une amélioration des comportements (Peoples, 1982) et d'un bénéfice pour la dépression (Toseland, 1997) lors de l'utilisation de la Validation, en comparaison avec les soins usuels.

Comme le dit l'auteure KHOSRAVI Mitra, la communication avec la personne atteinte de DMA, dans un contexte de manifestations anxieuses et de troubles du comportement

⁹⁸La Thérapie de Réminiscence implique la discussion d'activités passées, d'événements et d'expériences avec une autre personne ou en groupe, d'habitude à l'aide de moyens, tels que les photographies, d'autres objets familiers, de la musique etc. Les groupes de réminiscence impliquent typiquement des réunions de groupe dans lesquelles les participants sont encouragés à parler des événements passés au moins une fois par semaine.

References: The Alzheimer's Reading Room. *Reminiscence Therapy and Dementia*. (En ligne). 2011. Adresse URL: <http://www.alzheimersreadingroom.com/2008/03/reminiscence-therapy-2.html>

⁹⁹ Définition : La maladie de Pick est une maladie dégénérative du cerveau affectant particulièrement les lobes frontaux et temporaux. Comme les autres démences du lobe frontal, la maladie de Pick est caractérisée par des modifications précoces de la personnalité, une détérioration des compétences sociales, un émoussement affectif, une désinhibition comportementale etc.

¹⁰⁰ Définition : La maladie de Huntington est une maladie dégénérative héréditaire progressive touchant le fonctionnement cognitif et émotionnel ainsi que la motricité. Le début de la maladie est souvent annoncé par des modifications du comportement et de la personnalité y compris par de la dépression, de l'irritabilité et de l'anxiété.

Ces 2 définitions sont tirées du livre : American Psychiatric Association. DSM-IV-TR. *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Texte révisé. Paris. Ed. Masson. 2003. P. 190-191

permet d'encourager le patient à exprimer ses besoins. Un patient souffrant de DMA qui ne parvient pas à exprimer ses besoins avec ses mots peut devenir agité, irritable et violent¹⁰¹. C'est pourquoi les techniques de la validation permettent tout de même de calmer ou de prévenir certains comportements, permettant ainsi une meilleure prise en charge sans l'usage des contentions.

« *Il existe une raison derrière le comportement des vieilles personnes* »¹⁰²

Pour conclure, l'insuffisance de recherche dans ce domaine ne permet pas aux chercheurs, à travers cette étude, de démontrer une réelle efficacité de la thérapie de la Validation. Néanmoins, les techniques adoptées par la thérapie peuvent constituer des stratégies que les soignants et les membres de la famille peuvent utiliser dans leur pratique quotidienne auprès des personnes souffrant de démence.

5.6 ETUDE N°5

« *Entraînement de communication thérapeutique dans les institutions de soins à long terme : recommandations pour la future recherche* »

Dans cette revue de la littérature, le but de l'auteur est de critiquer des récentes recherches expérimentales. L'étude recommande des directions de recherche concernant des interventions de communication thérapeutiques pour les CNAs (Certified nursing aides)¹⁰³ avec des personnes âgées ayant des désordres cognitifs ou atteintes de démence, se trouvant dans une institution de longue durée.

L'auteur a choisi comme population cible, les aides soignantes car selon lui, ce sont elles qui procurent le 90% des soins directs dans les maisons de retraite. Mais encore, selon les auteurs, les CNAs auraient peu de communication avec le patient durant leurs interactions avec lui.

¹⁰¹ Tiré de : KHOSRAVI, Mitra. *La communication lors de la maladie d'Alzheimer et des démences séniles*. France : Ed. Doins. 2003. P.34-39

¹⁰² Tiré de : DE KLERK-RUBIN, Vicki. *La méthode de Naomi Feil à l'usage des familles. La Validation, pour garder le lien avec un proche âgé désorienté*. France : Ed. Lamarre. 2010. P. 24

¹⁰³Les CNAs correspondent actuellement à des aides soignantes certifiées.

Le chercheur remarque aussi que les interactions avec les résidents souffrant de démence est moins fréquente et plus pauvre en terme de qualité, en comparaison avec les résidents n'ayant pas de démence. Selon son étude, la moitié des résidents souffriraient de démence dans les maisons de retraite.

Peut être que ce manque d'initiative de la part des CNAs à engager la communication provient d'abord d'un besoin d'informations ou d'enseignements sur le thème de la communication avec un patient atteint de démence ou sur la démence de manière générale. Nous pouvons aussi penser à une surcharge de travail et un manque de temps, si effectivement ce sont elles qui assument la quasi totalité des soins directs. L'auteur ne précise pas les connaissances des aides soignant (e)s sur le thème de la démence.

Dans les milieux de soins rencontrés, les aides soignant (e)s ont une proximité aussi importante avec le patient que peut l'avoir un (e) infirmier (ère) durant les soins d'hygiène, par exemple. Les intégrer à la recherche et aux programmes d'entraînement est primordial pour concevoir une meilleure qualité des soins et de qualité de vie durant l'hospitalisation ou l'institutionnalisation.

L'auteur affirme que les résidents avec des désordres cognitifs ou ceux atteints de démence n'exacerbent pas le risque d'une pauvre communication mais demandent un plus haut niveau de communication déterminée comme thérapeutique. Afin de définir le sens de la communication thérapeutique, l'auteur s'est référé à la définition de VAN SERVELLEN, G. qui définit la communication thérapeutique comme suit : « *Echange interpersonnel, qui utilise les messages verbaux et non verbaux, qui permettent d'aider une personne à surmonter le stress, l'anxiété, la peur, ou d'autres expériences émotionnelles qui provoquent la détresse* ».

A l'intérieur de mon cadre conceptuel, la communication a été définie par l'auteure et infirmière Margot PHANEUF comme : « *un processus de création et de recréation d'information, d'échange, de partage et de mise en commun de sentiments et d'émotions entre des personnes. La communication se transmet de manière consciente ou inconsciente par le comportement verbal et non verbal, et de manière plus globale, par la manière d'agir des intervenants. Par elle, nous arrivons mutuellement à saisir et à comprendre les intentions, les opinions, les sentiments et les émotions ressentis par*

l'autre personne et, selon le cas, à créer des liens signifiants avec elle ». ¹⁰⁴ Les deux auteurs se rejoignent dans leur définition à travers lesquelles la communication thérapeutique est définie comme un échange de sentiments et d'émotions permettant de mieux comprendre ce que vit l'autre et de l'aider.

L'auteur de cette étude a évalué en tant que « communication thérapeutique » des approches orientées sur les émotions. Celles-ci incluaient : les soins centrés sur la personne, les compétences culturelles, les connaissances sur la démence ainsi que les connaissances sur la prise en charge des comportements.

Pour analyser les points ci-dessus, l'auteur a analysé 13 études dont 7 étaient des essais randomisés et contrôlés. Ces 13 études ont été effectuées dans des délais allant de 3 mois à 2 ans. L'auteur fait remarquer aux lecteurs **les biais** et les données manquantes de son travail, en lien avec l'augmentation de l'âge, le risque de mortalité chez les résidents et les changements dans les équipes de soins.

A travers ces 13 études, l'auteur a obtenu comme résultats principaux, à la suite des interventions thérapeutiques citées plus haut :

- * Le temps de discussion des CNAs a augmenté auprès des personnes âgées.
- * L'agitation dans les groupes d'interventions a diminuée.
- * Les infirmières étaient plus intéressées et plus chaleureuses après les interventions.
- * Les tensions ressenties dans les groupes d'intervention ont diminuées.
- * La perception de la famille quant à l'empathie du personnel soignant a augmentée.
- * Les connaissances au sujet de la communication et du langage avec la personne atteinte de démence ont augmentées.
- * La gestion de la prise en charge des comportements perturbateurs et de l'agitation s'est améliorée.
- * La perception des résidents sur leur relation avec les soignants s'est améliorée.

Concernant les stratégies de communication, certaines études analysées par l'auteur disent avoir utilisé des stratégies de communication dans les interactions avec la personne atteinte de démence mais n'ont pas spécifié quelles étaient ces stratégies. La

¹⁰⁴ Définition tirée de : PHANEUF, Margot. *Communication, entretien, relation d'aide et validation*. Canada : Ed. De la Chenelière Inc. 2002. P.21

majorité des 13 études a évalué des interventions thérapeutiques en évoquant peu de détails concernant la communication actuelle des infirmières ou CNAs avec les patients. En effet, une comparaison de la communication avant et après les interventions ou les programmes d'entraînement aurait apporté des résultats plus précis.

Une des études a entraîné les CNAs à la communication verbale, par exemple à l'utilisation des questions ouvertes. Les CNAs ont également reçu des enseignements sur la communication non verbale en essayant des stratégies telles que le regard, les inclinaisons ou les signes de la tête. La méthode de collecte de cette étude a été d'effectuer des vidéos avant et durant l'intervention des interactions infirmières et patients. A la suite de ces entraînements, les infirmières ont fourni plus d'informations aux patients concernant leurs soins et ont utilisé plus de questions ouvertes. Les infirmières ont aussi été évaluées comme plus impliquées, chaleureuses et moins autoritaires envers les patients.

Une autre étude s'est focalisée sur la méthode Snoezelen ou les soins par stimulation multi-sensorielle. Ce soin évite la stimulation intellectuelle et demande au patient de se concentrer uniquement sur ses sens et ses sentiments. Les résultats de cette étude incluaient une augmentation de la communication verbale et une diminution des comportements indésirables. Plusieurs améliorations ont été notées de la part des soignants au niveau de l'utilisation des regards, du toucher et des sourires.

A la suite de son analyse, l'auteur a fourni quelques **stratégies de communication** établies par des experts permettant aux personnes soignant des patients atteints de démence d'avoir un but clair pour les utiliser.

Voici ces stratégies :

Le but : « *Etablir une connexion émotionnelle avec le résident* »

1. Attirer son attention en l'appelant par son prénom et en le saluant. S'asseoir ou être debout en face du résident, le regarder dans les yeux, rediriger son attention régulièrement.
2. Parler avec un ton de voix calme, avoir une voix rassurante, éviter de parler trop vite, avoir une attitude décontractée, calme et rassurante.

3. Surveiller notre langage, utiliser des mots simples et familiers, donner des messages courts, répéter l'information, utiliser un langage adulte (l'auteur pense certainement à ne pas infantiliser le patient durant la conversation), utiliser des déclarations positives et rassurantes, ne pas parler de la personne comme si elle n'était pas présente à nos côtés.
4. Cet auteur recommande d'utiliser des questions fermées alors que dans une des études analysées plus haut, l'efficacité des questions ouvertes a elle aussi été prouvée et même recommandée lors d'une conversation avec une personne atteinte de démence.
5. Répéter et reformuler pour maintenir la conversation lorsqu'il manque des informations.
6. Utiliser le toucher, l'utiliser durant la conversation pour attirer l'attention du patient, pour calmer et rassurer, l'utiliser pour dire « Je t'aime ».
7. Ecouter, donner du temps au patient pour qu'il donne sa réponse, ne pas l'interrompre.

Le but : « Adapter la communication aux besoins cognitifs et émotionnels du patient souffrant de démence »

1. Exprimer des regards positifs, utiliser des mots encourageants.
2. Eviter de parler avec une voix forte. Approcher le patient de manière calme.
3. Utiliser des phrases simples, présenter une idée à la fois.
4. Poser une question à la fois, donner des choix simples, identifier les expressions non verbales du patient, telles que la douleur ou l'inconfort physique.
5. Utiliser à nouveau le toucher pour attirer l'attention.
6. Ecouter et répondre aux messages émotionnels.
7. Eviter de demander « pourquoi » et de corriger le patient.

Le but : « Les connaissances interpersonnelles »

1. Maintenir le contact par le regard, être debout en face du résident, utiliser le prénom du résident.
2. Supposer que le résident peut tout entendre. Utiliser le langage du corps pour confirmer ce que nous disons. Annoncer au patient qui nous sommes. Ne pas forcer le patient à faire ce que nous voulons qu'il fasse.

3. Utiliser une communication écrite, par exemple utiliser des images ou des dessins pour illustrer les mots. Orienter le résident. Ne pas poser de questions sur les faits. Certains auteurs affirment que la personne atteinte de DMA pourrait ne pas se souvenir des faits qu'elle a vécu et devenir irritable de cette incapacité à se rappeler.
4. Utiliser le toucher pour transmettre de la tendresse, de la chaleur, montrer que l'on se soucie du patient. Utiliser des gestes d'affection.
5. Guider le patient à prendre ses propres décisions ou à faire des choix quand cela est possible. Ecouter les souvenirs du patient.

Plusieurs des stratégies citées ci-dessus sont également indiquées dans d'autres études qui ont été analysées dans cette partie. Celles-ci se ressemblent car leur utilisation est recommandée pour des personnes atteintes de démence de manière générale ou lors de DMA.

5.7 ETUDE N°6

<i>« Le massage et le toucher dans la démence »</i>

Les études précédentes abordent essentiellement des stratégies de communication verbale avec le patient atteint de démence.

Le but de cette revue de la littérature est d'évaluer des aspects de la communication non verbale. En effet, cette étude évalue l'efficacité d'une gamme de thérapies par le massage et par le toucher aux symptômes associés à la démence, tels que l'anxiété, les comportements d'agitation et la dépression.

A travers mon concept sur la communication avec la personne atteinte de DMA, il a été démontré qu'il est tout aussi important de communiquer avec les gestes, les expressions faciales, le toucher, le ton de la voix, les attitudes et le contact visuel.¹⁰⁵ C'est-à-dire d'utiliser également la communication non verbale avec le patient souffrant de démence.

¹⁰⁵ Inspiré du livre : KHOSRAVI, Mitra. *La communication lors de la maladie d'Alzheimer et des démences séniles*. France : Ed. Doins. 2003. P.34-39

Un groupe de travail de La Haute Autorité de Santé a également recommandé l'utilisation du toucher lors d'état d'agitation, d'agressivité et lorsque le patient se met à crier. Ce groupe de travail s'oppose aussi à l'utilisation des moyens de contentions lorsque le patient refuse les soins, lors d'états d'agitation, d'agressivité, d'hallucinations et lorsqu'il crie.¹⁰⁶

L'infirmière Margot PHANEUF propose également le toucher chaleureux ayant un effet calmant sur les comportements anxieux et agités. Elle recommande, par exemple les massages du dos face à l'agressivité verbale du patient.¹⁰⁷

Selon les auteurs de cette étude, le massage et le toucher ont été suggérés comme des alternatives ou en supplément aux autres traitements permettant de réduire les comportements associés à la démence qui ont été énoncés dans le premier paragraphe. Les auteurs affirment également que les massages et le toucher contrediraient le déclin cognitif du patient. En effet, comme l'explique l'auteure KHOSRAVI Mitra¹⁰⁸, la communication dans sa globalité aide la personne à maintenir sa réserve cognitive, c'est-à-dire les capacités cognitives restantes et empêche par ce biais-là, l'isolement social.

Dans cette étude, plusieurs modèles théoriques ont été proposés pour expliquer la possibilité d'un impact positif du massage et du toucher pour les personnes atteintes de démence. Il y d'abord le modèle physiologique qui explique que la sensation du toucher ou de la proximité avec le patient a un effet calmant et rassurant. Le toucher permettrait aussi de modifier certains symptômes, tels que l'inconfort, l'agitation et les troubles de l'humeur. (Lund 2002 ; Uvnäs-Moberg 1998). Ensuite, le modèle psychologique, à travers lequel, le toucher est un moyen pour rester en contact et maintenir un sens à la

¹⁰⁶ Tiré de : La HAS (Haute Autorité de Santé). *Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs*. (En ligne). 2009. Adresse URL: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-07/maladie_dalzheimer-troubles_du_comportement_perturbateurs-recommandations.pdf. P. 77-78.

¹⁰⁷ PHANEUF, Margot. *La maladie d'Alzheimer et la prise en charge infirmière*. Canada : Ed. de la Chenelière Inc. 2007.P. 211-213-221

¹⁰⁸ KHOSRAVI, Mitra. *La communication lors de la maladie d'Alzheimer et des démences séniles*. Paris : Ed. Doins. 2003.

communication, même quand les mots du patient commencent à devenir incompréhensibles ou incohérents. (Bush 2001 ; Vanderbilt 2000).

Plusieurs études recensées par les chercheurs décrivent les parties du corps des patients les plus souvent massées ou touchées. Dans la plupart des cas, ces parties sont le dos, les épaules et la nuque (Rowe 1999 ; Sansone 2000). Dans d'autres cas, les mains et les bras (Kim 1999), seulement les mains (Snyder 1995 ; Snyder 1999a) ou seulement le bas des jambes et les pieds (Malaquin-Pavan 1997). Les types de toucher, tels que l'effleurage, le pétrissage et le frottement sont aussi décrits dans d'autres études.

Dans 4 études, l'intervention utilisée avec le patient était le toucher thérapeutique¹⁰⁹ seul ou en combinaison avec une autre intervention. Dans l'étude, les auteurs définissent le TT comme étant une intervention dans laquelle les mains du thérapeute sont à une courte distance du corps du patient, sans un contact physique direct. Dans les études, la fréquence de l'utilisation du TT varie. Dans la majorité des études, elle a été fixée à une ou deux fois par jour, dans des durées variant de 1 à 30 minutes.

La plupart des études ont également donné quelques informations concernant les personnes ayant procuré des interventions de massages et de toucher aux patients. Dans certaines études, les pourvoyeurs des interventions étaient l'équipe infirmière, les infirmières travaillant avec un protocole spécifique, les infirmières entraînées par un thérapeute, les thérapeutes, des investigateurs ou chercheurs, des assistants en recherche entraînés par les chercheurs ainsi que des membres de la famille entraînés par des infirmières.

En général, dans les études, les éléments évalués étaient les changements reportés au niveau de la fréquence et de la sévérité des comportements d'agitation, le bien être émotionnel du patient, son humeur, l'inconfort et la douleur ainsi que l'impact sur les habiletés cognitives du patient. Des échelles d'évaluation, des tests psychologiques et

¹⁰⁹ Tout au long de ce travail, le Toucher Thérapeutique sera nommé TT.

Le TT est un processus consciemment dirigé d'échange d'énergie, pendant lequel les praticiens utilisent leurs mains comme un objet pouvant faciliter la guérison. L'intervention est administrée avec l'intention de permettre aux gens de remodeler leur champ d'énergie. Il peut être utilisé isolément, ou comme un complément à d'autres interventions. Il permettrait d'induire la relaxation et de réduire l'inquiétude, de changer la perception de la douleur, de faciliter le processus fortifiant naturel du corps et d'améliorer le rapport entre le patient et le praticien.

Références: *Therapeutic Touch Network of Ontario (TTNO)*. (En ligne). 2007. Adresse URL : <http://www.therapeutictouchontario.org/index.php>.

des mesures physiologiques ont été utilisées pour mesurer les éléments cités ci-dessus. Les auteurs relèvent que les comportements agités et le niveau d'anxiété ont été le plus souvent évalués dans les études.

Dans cette revue, les types d'interventions relevées dans les études comprenaient les massages standards, les thérapies centrées sur des points de pression spécifiques (réflexologie, shiatsu) et le TT. Ces différentes interventions ont été comparées à d'autres interventions ou traitements n'utilisant ni le massage, ni le toucher. Par exemple, une étude a comparé l'effet des encouragements verbaux avec le toucher et les encouragements verbaux seuls durant le repas du patient. Selon les auteurs, la consommation nutritive peut être identifiée comme un problème de comportement ou d'humeur associé à la démence et expliquent que les patients confus et désorientés se promènent souvent autour de la table, en quittant la nourriture sans l'avoir touchée. L'auteur de cette étude a trouvé comme résultats : une augmentation de la prise de calories et de protéines durant l'alimentation des patients, dans le groupe ayant reçu les encouragements verbaux accompagnés du toucher.

Une autre étude analysée a obtenu comme résultat, une diminution de l'agitation dans le groupe de patients recevant des massages des mains. L'efficacité de ce traitement par des massages aurait eu un effet comparable aux traitements pharmacologiques.

Les auteurs affirment que seulement 2 des essais randomisés avaient une rigueur méthodologique suffisante pour prouver l'efficacité des massages et du toucher dans un contexte de démence. Ces deux essais ont évalué uniquement l'effet immédiat et à court terme de ces interventions. Des effets à long terme sur l'humeur ou la dépression ont été évalués dans d'autres études, mais leur rigueur méthodologique a été jugée insuffisante. Les auteurs concluent qu'il existe un manque de publications pour déterminer quel type de massage ou de toucher est le meilleur ou le plus efficace pour délimiter les bénéfices possibles de ces interventions.

Deux évidences identifiées dans cette revue soutiennent l'efficacité du massage et du toucher : l'utilisation du massage des mains pour une diminution immédiate ou à court terme de l'agitation ainsi que l'addition des encouragements verbaux et du toucher pour améliorer la nutrition du patient.

Concernant la réponse à ma question de recherche, les études analysées ont inclus des participants ayant une DMA mais également d'autres types de démence à leurs recherches. Les résultats ne sont donc pas spécifiques aux patients atteints de DMA. Les chercheurs ajoutent aussi qu'il est nécessaire d'apporter des descriptions précises des interventions pour permettre leur utilisation dans la pratique. Ces informations pourraient contenir : qui procure le massage, la durée, la fréquence, la situation, la position physique du masseur et du patient, les parties du corps touchées, la force appliquée durant le massage ou le toucher, la conversation qui l'accompagne et la préparation du thérapeute. En effet, ces données pourraient modifier les résultats ou les préciser.

Pour conclure, quelques questions pourraient encore se poser. Est-ce que le cadre (milieu hospitalier, EMS, institutions spécialisées, domicile etc.) dans lequel se font les interventions, la relation du pourvoyeur du massage/toucher avec le patient et les connaissances du masseur au sujet de la démence peuvent-ils influencer les résultats ?

5.8 ETUDE N°7

« L'efficacité d'entraînement de stratégies de communication des aidants naturels envers les patients atteints de démence »

A travers cette étude menée au Brésil, les auteurs ont évalué l'efficacité d'un programme de formation pour faciliter les stratégies de communication des aidants naturels avec les personnes âgées et atteintes de DMA, au stade modéré. Ce stade correspondrait aux stades 4 et 5 de l'échelle de Reisberg. D'après B. Reisberg, à ces stades, la personne présente déjà des difficultés à trouver les mots et les noms de son entourage, elle a des oublis fréquents ainsi que de la difficulté à se concentrer. Il peut aussi se manifester une désorientation temporo-spatiale ainsi que des comportements anxieux. Les personnes atteintes de DMA participant à l'étude étaient traitées par des antagonistes du récepteurs glutamate et par des inhibiteurs de l'acétylcholinestérase¹¹⁰

¹¹⁰ L'Aricept[®] (donepezil), l'Exelon[®] (rivastigmine) et le Reminyl[®] (galantamine) sont des substances pouvant ralentir la progression des lésions neurologique liées à la DMA.

depuis 3 mois. Nous pouvons imaginer que les résultats seraient différents sans la prise des traitements.

Durant cette étude, les auteurs ont donc identifié l'utilisation et l'efficacité des stratégies de communication utilisées par les aidants avant et après le programme de formation.

Selon les auteurs, l'importance de la communication serait remarquée par les aidants uniquement lorsque quelque chose l'affecte, tels que les désordres liés à la DMA. Selon eux, la dépendance grandissante du patient envers l'aidant rend la communication essentielle pour exprimer les désirs et les besoins. Les difficultés d'expression et de compréhension de la part du patient peuvent créer des conflits avec son entourage. Ces difficultés peuvent aussi amener à l'isolement social, la dépression, le stress et à un recours à l'institutionnalisation.

Pour établir cette recherche, un questionnaire sur l'utilisation et l'efficacité des stratégies mentionnées par les aidants ainsi qu'un film enregistré des interactions entre les aidants et les personnes âgées ont été utilisés. Le questionnaire s'est basé sur des études précédentes et sur des stratégies de communication citées dans la littérature. Le film, quant à lui, a été enregistré 15 jours après l'application des questionnaires. Concernant le programme de formation, des groupes de 5 aidants ont été effectués. L'entraînement incluait une brève discussion sur la communication et sa relation à la démence, à l'aide de ressources audiovisuelles, de supports écrits et de scènes de théâtre.

Sept personnes âgées et sept aidants ont participé à la recherche. Tous les aidants étaient des femmes avec un âge moyen de 48 ans. Les patients, 5 femmes et 2 hommes avaient un âge moyen de 74 ans. Si les aidants avaient été des hommes est-ce que le choix et l'utilisation des stratégies aurait été différents ? En imaginant que les hommes et les femmes ne communiquent pas de manière semblable.

Une vingtaine de stratégies de communication utilisées par les aidants ont été identifiées dans cette recherche :

- * Utiliser des propositions simples et courtes.
- * Parler lentement.

- * Poser une question et donner qu'un ordre à la fois.
- * Utiliser une approche frontale lente et utiliser le toucher pour attirer l'attention.
- * Parler en face de la personne en gardant le contact visuel.
- * Retirer les bruits pouvant distraire.
- * Eviter d'interrompre son discours.
- * Poser des questions fermées et ouvertes.
- * Répéter avec le même mot ce qui n'a pas été compris.
- * Répéter avec d'autres mots ce qui n'a pas été compris.
- * Aider la personne à se souvenir d'un mot.
- * Utiliser des gestes ou des expressions en accord avec ce qui est dit
- * Utiliser l'intonation de voix en accord avec ce qui est dit.
- * Si le discours de la personne n'a pas été compris, répéter ce que vous croyez avoir compris et vérifier auprès d'elle.
- * Essayer de comprendre ce que la personne désire, en interprétant son comportement.
- * Baisser les lumières de la pièce lors d'une conversation.
- * Utiliser des situations quotidiennes associées à l'heure ou au temps ex : à la place de dire : « nous partons dans la matinée », il est préférable de dire : « nous partons après le déjeuner ».
- * Utiliser des objets, des images et des mots écrits pour aider à la compréhension.

Certaines stratégies ressorties dans cette recherche sont similaires à celles identifiées dans les études précédentes de mon travail. D'autres, comme par exemple retirer les bruits pouvant distraire l'attention, baisser les lumières de la pièce ainsi que l'utilisation de situations reliées à l'heure et au moment de la journée sont venues s'ajouter aux diverses stratégies déjà rencontrées au fil de cette analyse des données.

Dans cette étude, la particularité est d'aborder les stratégies de communication avec les aidants naturels. A travers cette recherche, nous pouvons nous rendre compte des connaissances préalables des aidants concernant la communication avec leurs proches. Comme le confirment les auteurs avant le programme de formation, 5 des aidantes avaient reçu des informations sur la communication et la démence par des lectures, par des professionnels de la santé et par les médias.

Les auteurs ont tout de même remarqué une augmentation significative de l'utilisation des stratégies après le programme de formation. A la suite de ce programme, tous les aidants ont également rapporté un impact positif sur leur manière de communiquer, sur leur relation avec leur proche âgé ainsi que dans les performances des activités quotidiennes. Les aidants ont avoué se sentir plus calmes et plus patients avec leur proche atteint de démence. Ils ont encore mentionné une diminution des comportements agressifs chez leurs proches malades.

Les auteurs ont désiré souligner la non participation de certains aidants à cette recherche, selon l'hypothèse: « *le manque de conscience des problèmes de communication de la part des aidants, qui ont niés, au téléphone, les difficultés de communication avec leur patient atteint de DMA* ». Mais encore, selon les auteurs, les aidants attacheraient moins d'importance aux difficultés de communication qu'aux autres désordres ou limitations. Enfin, les chercheurs ont encore supposé que la participation à cette recherche pourrait être un facteur de stress supplémentaire pour les aidants. Ces hypothèses expliqueraient le nombre très restreint de participants à la recherche.

Les auteurs affirment encore que la diminution des troubles du comportement après les programmes éducatifs est décrite, dans la littérature, en mettant en évidence que la communication est essentielle pour maintenir la relation familiale.

En conclusion, à travers les études précédentes se trouvant à l'intérieur de ce chapitre, certains programmes éducatifs ont apporté des résultats positifs sur quelques troubles du comportement, notamment lors d'état d'agitation et d'anxiété. Le programme éducatif de cette étude a la particularité d'avoir apporté des résultats significatifs également pour les aidants en leur permettant de se sentir plus à l'aise dans leur rôle et avec leur proche.

Dans le chapitre suivant concernant la synthèse des résultats, je présenterai les éléments significatifs et principaux ressortis de l'analyse ci-dessus.

6 SYNTHÈSE DES RÉSULTATS

Pour clore le chapitre ci-dessus concernant l'analyse des données, il est important de relever les principaux résultats de chaque étude étant en lien avec ma question de recherche qui était : « *Quelles stratégies de communication, les soignants peuvent-ils adopter afin de réduire la mise en place d'une contention physique chez un patient souffrant de DMA ayant un comportement perturbateur* » ? Cette synthèse sera suivie par un retour sur mes objectifs de recherche.

Tout d'abord, il est nécessaire de souligner qu'à travers cette analyse, de nombreuses stratégies de communication avec la personne atteinte de démence ont été identifiées. Dans ce chapitre, je ne répéterai pas l'intégralité des stratégies de communication. Bien sûr, cela n'enlève rien à l'importance et à la particularité de chacune d'elles. En tant que synthèse, des résultats plus généraux seront discutés.

Premièrement, il a été mis en évidence dans les études que ces stratégies de communication étaient utilisées pour permettre une expression des inquiétudes et des sentiments, pour améliorer la communication entre le patient et le soignant ou l'aidant naturel, pour prendre en charge les comportements perturbateurs, comme par exemple l'agitation, l'agressivité, l'anxiété ainsi que le refus de soins, mais encore pour découvrir et comprendre l'expérience du patient.

Deuxièmement, des divergences d'opinions au sujet de certaines stratégies ont été identifiées entre les différents chercheurs, notamment pour l'utilisation des questions fermées ou ouvertes dans une conversation avec le patient. Des similitudes dans les stratégies recommandées par les études ont aussi été relevées. J'ai pu remarquer que ces diverses stratégies étaient de manière générale utilisées pour plusieurs types de démence et non exclusivement pour la DMA.

J'ai pu encore souligner des interventions permettant une amélioration de la communication verbale avec le patient souffrant de démence : les aide-mémoire, les programmes d'entraînement ainsi que des activités (ex : déjeuner en groupe, promenade) mais aussi les approches orientées sur les émotions, l'apprentissage de techniques de communication par les soignants et la méthode Snoezelen qui avait été définie brièvement dans le chapitre précédent, concernant l'analyse.

Outre la communication verbale, la communication non verbale évaluée en tant qu'interventions par massages et toucher, dans une étude, a démontré des résultats significatifs dans la gestion des comportements agités, anxieux ou agressifs.

Concernant les mesures de contrainte, il a été mis en évidence qu'une bonne gestion des comportements perturbateurs dans la démence était une première étape pour diminuer le nombre de contentions physiques. Les programmes de formation de l'équipe soignante apportent des résultats satisfaisants : l'utilisation des contentions diminue, des alternatives sont recherchées et la qualité des soins s'améliorent.

Dans ces différentes études, des programmes de formation ont été proposés aux infirmières, mais aussi aux aide(s) soignant(e)s ainsi qu'aux aidants naturels.

6.1 RETOUR SUR LES OBJECTIFS DE MA RECHERCHE

Les objectifs de ma recherche visaient à :

- Identifier les conséquences physiques et psychologiques liées à l'utilisation de la contention.
- Identifier et expliquer la communication avec la personne atteinte de DMA.
- Identifier et proposer des stratégies de communications et des interventions relationnelles infirmières permettant de diminuer le recours à la contention lors de comportement perturbateur ou dangereux.

A ce stade, je peux dire que mes objectifs sont atteints.

En ce qui concerne le premier objectif, les conséquences psychologiques ont été développées en partie dans le cadre conceptuel de mon travail. Des conséquences physiques à l'utilisation des contentions ont aussi été identifiées. Toutefois, ces données n'ont pas été vérifiées à travers l'analyse des études, car aucune des études choisies n'évaluaient ces éléments.

Concernant le deuxième objectif, les données obtenues sont plus complètes car elles sont en lien direct avec ma question de recherche et se retrouvent dans les différentes études analysées. La communication a été en partie expliquée dans le cadre théorique et également dans l'analyse.

Le troisième objectif est également atteint. A travers ce travail, j'ai pu identifier de nombreuses stratégies de communication et quelques interventions permettant de prendre en charge certains comportements perturbateurs.

Certes, le thème de la communication est vaste. Bien sûr, il manque encore des éléments à ma recherche, mais je peux dire que les objectifs principaux sont atteints.

En me référant au paragraphe ci-dessus, je peux dire avoir répondu de manière générale à ma question principale de recherche.

7 DISCUSSION

Dans ce chapitre, j'effectuerai un retour critique sur ma recherche en évaluant la validité de la recherche et en effectuant une auto-évaluation de ma démarche.

7.1 LA VALIDITÉ INTERNE ET EXTERNE

Concernant la validité interne de ma recherche, les résultats obtenus sont plausibles. En effet, les études analysées ont toutes été effectuées par des professionnels de la recherche. Chaque niveau de preuve des études choisies a ensuite été identifié dans un tableau se trouvant en annexe I de mon travail. Durant l'analyse, il a été essentiel de faire preuve de la plus grande objectivité possible et de reprendre les propos les plus proches de ceux des chercheurs. Toutefois, il a été difficile de ne pas interpréter certaines données, essentiellement lors de la traduction des études de l'anglais en français.

Au sujet de la validité externe, cette recherche initiale peut être généralisée. C'est-à-dire que les résultats obtenus peuvent être transférables à tous les lieux de soins, tels que les EMS, les hôpitaux, les institutions et le domicile. Les résultats concernant les stratégies de communication peuvent aussi être appliqués par n'importe quel professionnel de la santé, quel que soit sa qualification ainsi que par les proches aidants des patients atteints de DMA. Néanmoins, cela nécessiterait comme pré requis, d'avoir participé à un programme de formation, comme démontré dans certaines études, et avoir reçu des informations sur les thèmes de la démence et de la communication. Ces résultats peuvent également être compris et appliqués au niveau international. En effet, les

patients atteints de DMA ou d'autres types de démences sont omniprésents de part le monde.

7.2 AUTO-ÉVALUATION

Dans ce chapitre j'évaluerai la méthodologie de mon travail. L'évaluation sera divisée en deux parties : le cadre théorique et le recueil des données.

7.2.1 LE CADRE THÉORIQUE

Le cadre théorique est adapté à la question de recherche et au sens que j'ai donné à mon travail. En effet, tous les grands thèmes qui sous-tendent ma question sont développés dans ce cadre. Je n'ai pas eu de difficulté à identifier les concepts utiles à la création de ce travail. Ceux-ci étaient discernables à la suite de la problématique et de ma question principale de recherche. Il est aussi important de noter que l'intégralité du cadre n'a pas été utilisée de façon approfondie lors de l'analyse. Toutefois, certains éléments comme la législation, les conséquences des contentions ainsi que leurs modalités pratiques ont tout de même apporté des éléments essentiels et m'ont permis de fournir une réponse à mes objectifs, donc à ma question.

7.2.2 LE RECUEIL DES DONNÉES

Étant donné l'étendue des thèmes intégrés à ma revue, il a été difficile de faire un choix lors de la découverte de plusieurs études. Une autre difficulté était que ma recherche se base sur 3 thèmes centraux : « la contention, la communication, la DMA et ses comportements perturbateurs ». Ces sujets ne pouvaient tous se regrouper dans une étude à la fois. C'est pourquoi, j'ai dû me concentrer sur les stratégies de communication, l'élément principal que je recherchais à travers ma question et trouver des études les identifiant et évaluant leur efficacité. Pour ma part, le recueil de données reste incomplet. Il pourrait être plus riche d'informations, essentiellement concernant la contention physique et sa prise en charge dans un contexte de démence.

8 BILANS

Ce chapitre comprend deux bilans : personnel et professionnel, dans celui-ci je ferai un retour sur mes objectifs d'apprentissage.

8.1 BILAN PERSONNEL

D'un point de vue personnel, je peux affirmer que la création de ce travail m'a permis de développer certaines compétences. Notamment, l'importance de l'argumentation et la rigueur. Il m'a encore démontré que j'étais capable d'avancer avec une âme de conquérante, avec persévérance, constance et assurance. Finalement, j'ai pris beaucoup de plaisir dans l'élaboration et l'écriture de ce travail. Au moment de l'annonce de ce Travail de Bachelor, j'ai ressenti un fort sentiment d'appréhension. Ensuite, durant sa réalisation, je me suis apaisée en voyant au fur et à mesure des interrogations, des idées, des pensées et finalement des résultats apparaître.

Pendant plus d'une année j'ai cheminé avec lui, aujourd'hui je peux dire que je suis satisfaite du résultat.

8.1.1 LES FACILITÉS

Tout d'abord, l'opportunité d'avoir pu choisir le thème sur lequel porterait notre Travail de Bachelor, m'a permis de me motiver durant sa réalisation et cela a grandement facilité ma tâche. Mais encore, le fait d'avoir œuvré seule sur ce travail en effectuant une revue de la littérature a aussi simplifié mon organisation.

8.1.2 LES DIFFICULTÉS

Au sujet des difficultés ressenties dans l'élaboration de ce travail, je dirai que la traduction des études de l'anglais en français a été un travail fastidieux. En effet, les paroles traduites avec les sites de traduction devaient être comprises et très souvent le mot adéquat en langue française devait être recherché, afin d'éviter tout anglicisme. La recherche d'études a elle aussi été un travail conséquent. La difficulté principale s'est surtout portée sur le choix des études à analyser. Au départ, la compréhension de la démarche méthodologique n'a pas été manifeste. Avec le temps elle s'est précisée et a été mieux comprise. La mise en page a également été laborieuse, heureusement, des proches étaient présents pour m'apporter leur aide.

8.2 BILAN PROFESSIONNEL

A travers ce travail, j'ai enrichi mes connaissances sur la DMA, la communication avec ce type de patients et découvert également des éléments relatifs à la contention physique. Tout au long de ce travail, j'ai pu réfléchir de manière plus profonde à la question de la contention physique chez le patient atteint de DMA ainsi qu'à la prise en charge des comportements perturbateurs. En tant que future professionnelle de la santé, je dirai que nous devons encore réfléchir, que ce soit au niveau personnel ou organisationnel, à des moyens permettant une amélioration de la qualité dans la prise en charge d'un patient atteint de démence. Dans un contexte de contention, que peut faire une équipe de soins, ou un soignant seul, pour apporter du respect au patient et ne pas porter atteinte à la dignité de celui-ci ? En tant que soignants, il est aussi important de ne pas être « aveugles » à la structure organisationnelle dans laquelle nous travaillons et exécutons nos soins. Il est essentiel de communiquer entre membres d'une même équipe et d'entreprendre des changements si cela est nécessaire. A la suite de ce travail, je pourrai proposer quelques outils à ma future équipe au sujet de la communication avec le patient souffrant de DMA, mais encore discuter avec eux de la mise en place d'une contention physique et ses conséquences.

Le dernier recours devrait être la contention ! Parfois en tant que soignants nous avons l'impression que le patient atteint de démence ne nous comprend pas. Il faut aussi penser que nous, soignants, nous ne le comprenons sans doute pas toujours.

8.2.1 RETOUR SUR MES OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE

Au commencement, j'avais énoncé 7 objectifs que je désirais atteindre à travers la réalisation de cette recherche initiale. Ces objectifs se trouvent dans les pages 8 et 9 de mon travail. Ils comprenaient de manière générale : la communication verbale et non verbale avec la personne atteinte de DMA, la découverte de la législation et de protocoles concernant la contention, la méthodologie de la recherche, les recommandations pour la pratique ainsi que l'autoévaluation de mon travail. Pendant ce travail, je peux dire avoir atteint au fur et à mesure ces objectifs. En effet, un bon nombre de stratégies de communication ont été identifiées durant l'analyse des études et dans le cadre conceptuel. Quant à la loi sur la contention, elle a été brièvement définie dans la partie théorique du travail. Des normes éthiques ainsi que des protocoles sur les contentions ont été recherchés et mis en évidence à l'intérieur du travail et dans les

annexes. A la suite de cette recherche, des connaissances concernant les mesures de contraintes et la communication avec le patient atteint de DMA ont été acquises. Tout au long de ce travail, des autoévaluations régulières par moi-même et en collaboration avec ma directrice ont été effectuées. Je terminerai de compléter mes objectifs d'apprentissage avec le chapitre suivant dans lequel j'aborderai quelques recommandations pour la pratique soignante.

8.3 LES RECOMMANDATIONS POUR LA PRATIQUE

Avant de conclure ce travail, et en tant que future professionnelle de la santé, il me semble important d'apporter encore quelques recommandations pour la pratique soignante. Les idées qui suivront ont été réfléchies tout au long de l'élaboration de cette recherche.

Ces recommandations sont :

Apprendre

- Proposer des actions d'information et de formation du personnel soignant se trouvant en relation avec des patients souffrant de démence, plus précisément de DMA. Ces programmes de formation pourraient contenir des éléments concernant les problèmes de comportements se manifestant dans la DMA ainsi que les troubles de la communication. Ces interventions s'exécuteraient essentiellement dans des services de gériatrie, des cliniques gériatriques, des institutions spécialisées pour ces patients ou pour les patients atteints de DMA et des EMS, par exemple.

Chercher ensemble

- Proposer des informations également sur les contentions physiques, leurs risques pour le patient et établir en équipe pluridisciplinaire, par exemple le chef de service, les infirmiers(ère)s, les ASSC, les aides soignant(e)s, les physiothérapeutes, les ergothérapeutes (...), des alternatives à l'utilisation des contentions. Cette manière de procéder, permettrait de responsabiliser chaque membre de l'équipe face à la contention physique et de partager des idées sur un thème, qui est peu abordé, en général.

Créer en équipe et améliorer la qualité des soins

- Au sujet de la contention physique, les services de soins pourraient élaborer leur propre charte concernant les mesures de contraintes en y incluant les notions légales. Cette charte permettrait aux membres de l'équipe d'avoir une manière commune d'aborder la mise en place d'une contention.
- L'équipe de soins pourrait encore créer un panneau visible, par exemple dans le bureau infirmier sur lequel seraient inscrits les points clés devant être absolument respectés lors d'une mise en place d'une contention chez un patient. Le contenu pourrait être : l'information à la famille et surtout au patient, les alternatives recherchées ou essayées, les surveillances renforcées, les annotations essentielles dans le dossier de soins.

Bien sûr toutes ces actions nécessitent un grand investissement de la part des soignants. Elles demandent aux personnels de la santé de considérer la contention comme un soin à part entière et de l'exécuter, si elle doit l'être, avec la plus grande rigueur et qualité qui soit pour le patient.

9 CONCLUSION

Au commencement de ce travail, durant l'élaboration de son projet, ensuite à travers l'analyse, de nombreuses questions ont traversé mon esprit. Le thème de la contention est un sujet sur lequel un soignant ne cessera de réfléchir ou plutôt sur lequel il se doit d'approfondir la réflexion concernant son action de contenir et son attitude à l'égard du patient étant sur le point d'être contenu. La contention met en relation deux ou plusieurs individus. Seulement le soignant se trouve toujours dans la position du « plus fort »! La contention pourrait-elle être alors, considérée comme un abus de pouvoir ? Bien sûr, à travers ces mots, je me rends compte que mes représentations sur la contention sont parfois encore présentes quand je laisse parler mon cœur. Avant d'entreprendre ce travail, ma représentation de la contention physique, je l'avoue, était mauvaise. Je pensais que cette manière d'intervenir auprès d'un patient ne devait pas exister et ne devait pas être négociée. Quelquefois, je me dis que les soignants devraient penser que la contention n'est pas envisageable afin d'apprendre à réfléchir de plus en plus et mieux à des alternatives. Est-ce que contenir un patient empêcherait la réflexion et la créativité d'une équipe soignante et médicale ?

Durant l'élaboration de cette recherche, j'ai compris que la contention n'est pas uniquement une intervention urgente car le soignant a peur ou car le patient se trouve en

difficulté, mais qu'elle doit être aussi considérée comme un soin, étant donné la prescription médicale qui l'accompagne. Comme l'écrit si bien Christian BOBIN : « soigner c'est aussi dévisager, parler, reconnaître par le regard et la parole la souveraineté intacte de ceux qui ont tout perdu »¹¹¹. C'est pourquoi, « communiquer pour ne pas contenir », dans un contexte de démence annoncerait déjà un pas de la part du soignant vers le respect de cette souveraineté.

A travers cette recherche, la communication avec le patient atteint de démence a longuement été discutée. Un des autres buts de cette recherche était aussi d'approfondir le sujet de la contention physique en milieu hospitalier. D'autres recherches pourraient encore être entreprises pour compléter ce premier travail. L'exploration du milieu pratique serait une manière de découvrir concrètement ce que font les soignants lors de la mise en place d'une contention. A quelles alternatives réfléchissent-ils avant de proposer de contenir un patient ? Qui choisit réellement la mise en place de la contention ? Afin de compléter encore cette recherche, l'avis des patients apporterait également des éléments indispensables. Par exemple, comment les patients vivent-ils la contention physique ? Quelle image ont-ils du soignant, qui tout à coup le prive momentanément de « sa liberté » ? Mais encore, d'autres interrogations viennent s'ajouter à la fin de ce travail. Devrait-on inclure la pose et les surveillances d'une contention physique dans les modules d'enseignement ? Si la contention est réellement considérée comme un soin, elle devrait faire partie de l'apprentissage du futur soignant. Les étudiants se retrouvent alors confrontés à la contention, pour la première fois, durant leur formation pratique. Parfois cela peut les interroger, les frustrer car ils ne comprennent pas, car ils ne savent pas comment agir dans un tel contexte, mais la contention peut aussi les marquer.

Selon mon avis, un futur soignant ou un professionnel de la santé doit d'abord avancer seul sur le chemin de la réflexion autour de la contention physique, en analysant ses propres valeurs et ses ressentis face à « ce soin ».

A méditer (...)

¹¹¹ Bobin, Christian. *Proverbe La présence pure-citation*. (En ligne). Adresse URL : http://www.dicocitations.com/reference_citation/3850/La_presence_pure.php.

10 BIBLIOGRAPHIE

10.1 LIVRES

- American Psychiatric Association. DSM-IV-TR. *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Texte révisé. Paris. Ed. Masson. 2003. ISBN : 978-2-294-00663-0. 1120 P.
- American Psychiatric Association. *Mini DSM-IV-TR. Critères diagnostiques*. (Washington DC, 2000). Traduction française par J.-D. et al. Masson, Paris, 2004.
- AUPETIT, Hubert. *La maladie d'Alzheimer*. Paris : Ed. Odile Jacob. 1998. 239 P. ISBN : 2.7381.1386.9
- BIOY, Antoine, BOURGEOIS, Françoise, NEGRE, Isabelle. *Communication soignant-soigné, repères et pratiques*. France : Ed. Bréal. 2003.
- B.FIRST, Michael. FRANCES, Allen. ALAN PINCUS, Harold. *DSM-IV, Diagnostics différentiels*. Ed : Masson. Paris. 1999. 238 P. ISBN : 2-225-83321-4
- DE KLERK-RUBIN, Vicki. *La méthode de Naomi Feil à l'usage des familles. La Validation, pour garder le lien avec un proche âgé désorienté*. France : Ed. Lamarre. 2010. ISBN : 978-2-7573-0385-6.
- GRAND-PIERRE, Sandrine. Bachelor 07. *L'animal a-t-il sa place dans les milieux de soins ? Un collègue à fourrure*. Juillet 2010.
- GZIL, Fabrice. *La maladie d'Alzheimer : problèmes philosophiques*. Paris : Ed. Presses Universitaires de France, 2009. 249 P. ISBN 978-2-13-057330-2.
- HIRSCH, Emmanuel. *Confrontations à la maladie d'Alzheimer. L'éthique à l'épreuve de la maladie grave, confrontations au cancer et à la maladie d'Alzheimer*. Ed. Librairie Vuibert. France. 2005.
- IMARK, Mélanie, *Violence aux urgences. Soyez patients ! Violence envers le personnel soignant de la part des patients*. Dirigé par M. Salamat Aziz. Juillet 2010.
- KHOSRAVI, Mitra. *La communication lors de la maladie d'Alzheimer et des démences séniles*. Paris : Ed. Doins. 2003. 301 P. ISBN : 2-7040-1131-1
- KHOSRAVI, Mitra. *La vie quotidienne du malade d'Alzheimer*. Paris : Ed. Doins. 1995. ISBN : 2-7040-0773-X.
- LOISELLE, Carmen G. et PROFETTO- MCGRATH, J. *Méthodes de recherches en sciences infirmières, approches quantitatives et qualitatives*. Ed : ERPI. 2007.
- PHANEUF, Margot. *La maladie d'Alzheimer et la prise en charge infirmière*. Canada : Ed. de la Chenelière Inc. 2007. 406 P. ISBN : 978-2-294-70141-2

- PHANEUF, Margot. *Communication, entretien, relation d'aide et validation*. Ed. de la Chenelière Inc. 2002. 364 P. ISBN : 2-89461-857-3.
- SCHOEPF, Chris. *Méthodologie Bachelor 08. Revue de la littérature et recherche en Soins Infirmiers*. 2010.

10.2 ARTICLES

- ANTOINE, Valéry (et al.). *Intérêt de la démarche d'audit clinique ciblé en établissement accueillant des personnes âgées : exemple de la contention physique passive*. La Revue de Gériatrie, Tome 31, N°10 DÉCEMBRE 2006. (Page consultée le 22 avril 2010)¹¹²
- AVET, Stéphane. *Prise en soins d'un patient atteint de la maladie d'Alzheimer au travers de situations spécifiques*. NPG Neurologie- Psychiatrie- Gériatrie. 2008. (Page consultée le 22 avril 2010)¹¹³
- FRIARD, Dominique. *Attacher n'est pas contenir*. Revue Santé Mentale. No. 86. 2004
- LEBERT, Florence. *La gestion et la prise en charge des troubles du comportement dans la maladie d'Alzheimer*. La Revue de Gériatrie, Tome 28, N°1. 2003. (Page consultée le 22 avril 2010)¹¹⁴
- MONTROY, Delphine, MASSOT, Michel, LOMBARD, Simone. *Évaluation des modalités de contention physique passive en unité de soins de longue durée, avant et après formation des soignants*. La Revue de Gériatrie, Tome 32, N°7. 2007. (Page consultée le 22 avril 2010)¹¹⁵
- PALAZZOLO, Jérôme. *Pour une éthique de la contention*. Revue Santé Mentale. No 86. 2004.
- TOUZET, Patrick. *Pour une éthique de la contention*. Revue Santé Mentale. No 86. 2004.

¹¹² Cet article m'a été envoyé par le Dr. PRADINES Bernard, suite à une lecture de son site web (La référence du site se trouve en cyberographie)

¹¹³ Cet article m'a été envoyé par le Dr. PRADINES Bernard, suite à une lecture de son site web (La référence du site se trouve en cyberographie)

¹¹⁴ Cet article m'a été envoyé par le Dr. PRADINES Bernard, suite à une lecture de son site web (La référence du site se trouve en cyberographie)

¹¹⁵ Cet article m'a été envoyé par le Dr. PRADINES Bernard, suite à une lecture de son site web (La référence du site se trouve en cyberographie)

10.3 CYBEROGRAPHIE

- Académie Suisse des sciences médicales (ASSM). Directives médico-éthiques. *Mesures de contrainte en médecine*. (En ligne). 2005. Adresse URL : <http://www.psy-desir.com/leg/spip.php?article962>. (Page consultée le 26 avril 2010)
- ACKERMANN, Myriam. *Travail Ecrit de synthèse de module 14. Ergothérapie et alternatives à la contention physique au fauteuil du sujet âgé en milieu gériatrique*. (En ligne). 2004. Adresse URL : <http://www.jp.guihard.net/IMG/pdf/contention.pdf>. (Page consultée le 27 avril 2010)
- Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSAPS). *Bonne utilisation des barrières de lit*. (En ligne). 2006. Adresse URL : <http://geriatrie-albi.com/contentionfauteuil.html>. (page consultée le 12 mars 2010)
- Alzheimer's Diseases International. *Rapport Mondial Alzheimer 2009*. (En ligne). 2009. Adresse URL : http://www.alz.ch/f/data/data_249.pdf. (Page consultée le 22 avril 2010)
- Alzheimer's disease International. *Communiqué de presse du 26 janvier 2010*. (En ligne). Adresse URL: <http://www.alz.co.uk/media/nr100126fr.html>. (Page consultée le 30 novembre 2010)
- ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé). *Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé. Limiter les risques de la contention physique de la personne âgée*. (En ligne). 2000. Adresse URL : <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/contention.pdf>. (Page consultée le 29 avril 2010)
- Association Alzheimer Suisse. *107 000 personnes atteintes d'Alzheimer vivent en Suisse*. (En ligne). 2010. Adresse URL : http://www.alz.ch/f/data/data_279.pdf. (Page consultée le 30 novembre 2010)
- Bibliothèque Psy. *Le syndrome d'épuisement ou burn out : définition et présentation*. (En ligne). 2003. Adresse URL : <http://www.bibliotheques-psy.com/spip.php?article103>. (Page consultée le 6 juin 2011)
- BOBIN, Christian. *Citation. La présence pure*. (En ligne). 2007. Adresse URL: <http://www.biblioblog.fr/post/2007/09/19/672-presence-pure-christian-bobin> (Page consultée le 23 mars 2011)
- BOBIN, Christian. *Citation. La présence pure-citation*. (En ligne). Adresse URL : http://www.dicocitations.com/reference_citation/3850/La_presence_pure.php. (Page consultée le 10 juillet 2011)

- Business Dictionary. *Arbre de décision*. (En ligne). 2011. Adresse URL : <http://translate.google.ch/translate?hl=fr&langpair=en%7Cfr&u=http://www.businesdictionary.com/definition/decision-tree.html>. (Page consultée le 15 juillet 2011)
- CANDAU, Debbie. *Bloom's taxonomy of Cognitive Levels*. (En ligne). 2001. Adresse URL : http://www.hecvssante.ch/Libraries/EcolesStages/Verbes_pour_une_approche_par_competences.sflb. (Page consultée le 25 mars 2010)
- CAPPUCIO, Rosaria (et al.). Centro Studi EBN Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna. *La contenzione fisica e la sedazione farmacologica per la prevenzione delle cadute, l'interruzione dei trattamenti e l'aggressività nei pazienti con demenza senile e disorientatione cognitivo*. (En ligne). 2008. Adresse URL : http://www.evidencebasednursing.it/master/revisioni/contenzione_disorientamento.pdf. (Page consultée le 16 avril 2010)
- CIM 10-Chapitre V-*Troubles mentaux organiques, y compris les troubles symptomatiques (F00-F09)*. (en ligne). 2003. Adresse URL : <http://www.legislation-psy.com/spip.php?article436>. (Page consultée le 28 mai 2011)
- Classification Statistique Internationale des maladies et des problèmes de santé connexes *CIM 10*. Version française officielle. (En ligne). 1993. Adresse URL : <http://www.icd10.ch/> (Page consultée le 22 mai 2011)
- CORMIER, Solange. *La communication et la gestion*. (En ligne). 2006. Adresse URL : http://books.google.ch/books?id=0WgTYmu2BkC&pg=PA109&lpg=PA109&dq=d%C3%A9finition+feedback+communication&source=bl&ots=CfHDThwVKl&sig=FHsPv1CHKuAWoe7sI7Wl_KUstn4&hl=fr&ei=K8TsTZO8FYXYsgarzfXnCg&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=5&ved=0CDsQ6AEwBA#v=onepage&q=d%C3%A9finition%20feedback%20&f=false. (Page consultée le 6 juin 2011)
- Dr. PRADINES, Bernard. Association Daniel Goutaine, Albi gériatrie, France. *Un drame encore tabou : Les contentions*. (En ligne). 2009. Adresse URL : <http://geriatrie-albi.com/contentionfauteuil.html>. (Page consultée le 8 avril 2010)

- Dr. GULIZIA, Domenico (et al.). *La contenzione fisica in ospedale. Evidence based guideline*. (En ligne). 2008. Adresse URL : http://www.ospedaleniguarda.it/resources/LG%20La%20contenzione%20fisica%20in%20ospedale_1182.pdf. (Page consultée le 23 avril 2010)
- ECHELLE GLOBALE DE DÉTÉRIORATION (*Global Deterioration Scale GDS*) pour la maladie d'Alzheimer et les désordres cognitifs liés à l'âge (En ligne). Adresse URL : http://web.mac.com/arpul/ARPUL/echelles_files/GDS%20-%20Reisberg.pdf. (Page consultée le 22 avril 2010)
- Encyclopédie vulgaris-médical. (En ligne). Adresse URL : <http://www.vulgaris-medical.com/encyclopedie/aphasie-533.html>. (Page consultée le 5 juin 2011)
- Equipe de consultation sur les aides techniques. *Les mesures de contrôles en soutien à domicile : les alternatives et l'utilisation exceptionnelle des contentions*. (En ligne). 2005. Adresse URL : http://www.centreinterval.qc.ca/client/documentation/Contention_FINAL_05_01_15.pdf. (Page consultée le 2 mai 2011)
- Fédération hospitalière de France (FHF). *Conférence de Consensus. Liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux, et obligations de soins et de sécurité*. (En ligne). 2005. Adresse URL: <http://www.fhf.fr/Informations-Hospitalieres/Dossiers/Vieillesse-Handicap/informations-generales/liberte-d-aller-et-venir-dans-les-etablissements-sanitaires-et-medico-sociaux-obligations-de-soins-et-de-securite-les-constats-et-les-recommandations-de-la-conference-de-consensus-des-24-et-25-novembre-2005>. (Page consultée le 22 avril 2010)
- Finkel SI Lyons JS Anderson RL. *A Brief Agitation Rating Scale (BARS) for nursing home elderly*. J Am Geriatr Soc. 1993. (En ligne). Adresse URL : <http://qmweb.dads.state.tx.us/Behavior/Agitate.html> . (Page consultée le 6 juin 2011)
- FOURNIER, Marianne (et al.). *Détachez-moi, quelqu'un : je suis plus qu'une personne démente! L'efficacité des alternatives à la contention auprès des personnes âgées démentes en soins de longue durée*. (En ligne). Adresse URL : http://w3.fmed.ulaval.ca/readaptation/fileadmin/doc_readaptation/Documents/Seminaire_d_integration/2009/Detachez-moi_quelqu_un-demence_Pers_agees.pdf. (Page consultée le 16 avril)
- FONTANA, S, MARCHETI, F, TURRIN, T. Centro Studi EBN (Evidence Base Nursing). *La contenzione fisica in ospedale*. (En ligne). 2001. Adresse URL : <http://www.evidencebasednursing.it/revisioni/SI4contenzione.pdf> (Page consultée le 30 avril 2010)

- GASSER, Jacques. Département de psychiatrie du CHUV. *L'expertise civile et la notion de discernement*. (En ligne). 2006. Adresse URL : <http://www.unil.ch/webdav/site/fbm/shared/psyleg/expertise-civile-9p.pdf>. (Page consultée le 15 avril 2010)
- Groupe travail Ethique & Démence du Comité d'Ethique du CHA. *Recommandations. La contention du patient dément*. (En ligne). 2006. Adresse URL : http://www.ch-avignon.fr/sections/nous/actions_qualite/instances/comite-d-ehique/travaux-du-comite-d/contention-du-patient/downloadFile/attachedFile_f0/Contention_patient_dement.pdf?nocache=1216124276.35. (Page consultée le 16 avril 2010)
- HAS (Haute Autorité de Santé). *Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs*. (En ligne). 2009. Adresse URL: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-07/maladie_dalzheimer-troubles_du_comportement_perturbateurs-recommandations.pdf (Page consultée le 3 mai 2010)
- HAS (Haute Autorité de Santé). *Evaluation des pratiques professionnelles. Rapport de l'expérimentation nationale audit clinique cible appliqué à la contention physique chez la personne âgée*. (En ligne). 2006. Adresse URL : http://www.geriatrie-albi.fr/cppa_-_rapport_final_HAS2006.pdf (Page consultée le 3 janvier 2011)
- HAS (Haute Autorité de Santé). *Les indicateurs d'alerte et de maîtrise du programme AMI-Alzheimer*. (En ligne). 2010. Adresse URL : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-10/v18_brochure-ami_alzheimer.pdf. (Page consultée le 7 juin 2011)
- HELIOT-MAILLOT, Céliane (et al.). (Hôpitaux Universitaires de Genève). *Le recensement des pratiques cliniques liées à la contention physique et environnementale dans les unités de soins, rapport de synthèse*. (En ligne). 2009. Adresse URL : http://soins.hug-ge.ch/_library/specialistes_clin_pdf/Rapport_recensement_pratiques_cliniques_contention_2009.pdf. (Page consultée le 3 mai 2010)
- *La validation. Extraits des œuvres de Naomi Feil*. (En ligne). Adresse URL: http://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:kImv0ZSEZz8J:tabenkin.free.fr/La%2520validation.doc+naomi+feil&hl=fr&gl=ch&pid=bl&srcid=ADGEESiJY0FXZBtjLQkIX_Ot4oC62NdbeQHP4F3gw34CCAaYdgpABd59ESOCR9fGPPiHx93AWO4NKaqRmFTLQxFt8dJCLTb6H__m3uPMkimJYCKiVOR9kiME33-bgaceFrd_nhQafetV&sig=AHIEtbTON3Jwo0JQQqzcXkNYa-4LpMy0hA (Page consultée le 20 juin 2011)

- LEBERT, Florence. *Recommandations pour la gestion de l'agitation lors de syndrome démentiel*. (En ligne). 2001. Adresse URL : <http://www.alzheimer-adna.com/Clinic/agitation.html>. (Page consultée le 7 juin 2011)
- Loi sur la santé du 14 février 2008. (En ligne). Adresse URL : http://www.Vs.ch/public/public_lois/fr/LoisHtml/frame.asp?link=800.1.htm. (Page consultée le 2 avril 2010)
- Loi sur la santé Suisse. (En ligne). 2006. Adresse URL : http://www.geneve.ch/legislation/rsg/f/rsg_k1_03.html. (Page consultée le 9 avril 2010)
- Mesures de contrainte en médecine: *le moins et le mieux possibles*. (En ligne). 2005. Adresse URL : <http://www.saez.ch/pdf/2005/2005-35/2005-35-920.PDF>. (Page consultée le 2 janvier 2011)
- MEUSER, Tom; Ph, D. Alzheimer's Disease Research Center. Washington University. *Clinical Dementia Rating (CDR) Scale*. (En ligne). 2001. Adresse URL : http://alzheimer.wustl.edu/cdr/PDFs/CDR_OverviewTranscript-Revised.pdf. (Page consultée le 16 mai 2011)
- Ordre des infirmières et infirmier de l'Ontario (OIIO). *La contention*. (En ligne). 2006. Adresse URL : http://www.cno.org/docs/prac/51043_restraints.pdf (Page consultée le 3 mai 2010)
- PAHUD, Claude. Vaud, Loi sur la santé publique : *Psychiatrie et droit des patients*. (En ligne). 1998. Adresse URL : <http://www.domainepublic.ch/files/articles/html/6942.shtml>. (Page consultée le 6 avril 2010)
- PARENTEAU, Pierre, M.D., FRCP. *La communication avec la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer : une question de cœur, de temps et de contact*. (En ligne). 2000. Adresse URL : http://www.stacommunications.com/customcomm/Backissue_pages/AD_Review/adPDFs/november2000f/05.pdf. (Page consultée le 5 janvier 2011)
- PLOTON, Louis. *A propos des démences*. (En ligne). Adresse URL : http://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:8Z9ZxX9bJkcJ:www.cec-chibougamau.qc.ca/DES/Documents_TES/Nouveau%2520dossier/A%2520propos%2520des%2520d%25C3%25A9mences.ppt+poly+syndrome+de+la+d%25C3%25A9mence+louis+ploton&hl=fr&gl=ch&pid=bl&srcid=ADGEESgUNCiNySuxFAG1KFVsh49jHDEZm0hxhu1y99vryiMJgcwvX1Qb74qs3KWmEZfkQx85XXXebFzHiqVmK1mzoaYxquMZEE5LxR9b5SCJApY3h2h0cRd4qBbcOZzGRmqPPAuzcqV&sig=AHIEtbTcJe2U3gPuoDbpsS0nL7CBe0OhRA. (Page consultée le 5 juillet 2011)

- POLI, Nadia, ROSSETTI, Anna M. L. *Linee guida per l'uso della contenzione fisica nell'assistenza infermieristica*. (En ligne). 2001. Adresse URL : <http://www.nursesarea.it/invito/invito73ti.pdf> (Page consultée le 28 avril 2010)
- Service de la santé publique et Service des assurances sociales et de l'hébergement. CIVEMS-Coordination interservices des visites en établissements médico-sociaux. Mesures de contraintes. (En ligne). 2010.
Adresse
URL :
http://www.vd.ch/filadmin/user_upload/organisation/dsas/sash/fichiers_pdf/Mesures_de_contrainte.pdf. (Page consultée le 22 février 2011)
- Société Alzheimer. *Les traitements médicamenteux*. (En ligne). 2006. Adresse URL : <http://www.alzheimer.ca/french/research/current-chol.htm#Aricept>. (Page consultée le 3 juin 2011)
- Société Alzheimer Canadienne. *L'intimité et la sexualité*. (En ligne).
Adresse URL : <http://www.alzheimer.ca/french/care/ethics-intimacy.htm>. (Page consultée le 23 mai 2011)
- Société Alzheimer du Canada. *Lignes directrices pour l'éthique. Les contentions*. (En ligne). 1997-2010. Adresse URL : <http://www.alzheimer.ca/french/care/ethics-restraints.htm>. (Page consultée le 2 mai 2011)
- Société Française de Gériatrie et de Gérontologie. Direction générale de la santé et direction générale de l'action sociale. *Les bonnes pratiques de soins en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes*. (En ligne). 2007.
Adresse URL :
http://www.lamaisondelautonomie.com/dmdocuments/DGAS_BONNES_PRATIQUES_SOINS_EHPAD.pdf (Page consultée le 23 avril 2010)
- TEST DE FOLSTEIN ou Mini Mental Score (MMS). (En ligne). Adresse URL : <http://www.esculape.com/fmc/folstein.html>. (Page consultée le 3 juin 2011)
- The Alzheimer's Reading Room. *Reminiscence Therapy and Dementia*. (En ligne). 2008.
Adresse URL: <http://www.alzheimersreadingroom.com/2008/03/remembrance-therapy-2.html> (Page consultée le 23 Mai 2011)
- *Therapeutic Touch Network of Ontario (TTNO)*. (En ligne). 2007. Adresse URL : <http://www.therapeutictouchontario.org/index.php>. (Page consultée le 3 juin 2011)

10.4 RÉFÉRENCES DES ÉTUDES ANALYSÉES

- EGAN, Mary, BERUBE, Daniel, RACINE, Geneviève and al. *Methods to enhance verbal communication between individuals with Alzheimer's disease and their formal and informal caregivers: a systematic review*. (En ligne). 2010. Adresse URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2925413/pdf/IJAD2010-906818.pdf>. (Page consultée le 15 février 2011)
- HANSEN, NV, JORGENSEN, T, and ORTENBLAD, L. *Massage and touch for dementia*. Adresse URL: http://onlinelibrary.wiley.com/o/cochrane/clsysrev/articles/CD004989/pdf_fs.html. (Page consultée le 15 avril 2011)
- LEVY-STORMS, Lené. *Therapeutic communication training in long term care institutions: recommandations for future research*. (En ligne). 2008. Adresse URL: http://www.sciencedirect.com/science?_ob=MIimg&_imagekey=B6TBC-4T29WHB-2-3&_cdi=5139&_user=6563152&_pii=S0738399108002760&_origin=search&_coverDate=10%2F31%2F2008&_sk=999269998&view=c&wchp=dGLbVlzSkzS&md5=bb7d59ff8a2576eab33e0064495ae21b&ie=/sdarticle.pdf. (Page consultée le 18 mars 2011)
- NEAL, M, BARTON WRIGHT, P. *Validation Therapy for Dementia (Revue)*. (En ligne). 2009. Adresse URL: http://onlinelibrary.wiley.com/o/cochrane/clsysrev/articles/CD001394/pdf_fs.html. (Page consultée le 24 janvier 2011)
- PIVETTA ROQUE, Franceline, ZAZO ORTIZ, Karin, DA SILVA CAMARA ARAUJO, Mariana and al. *Communicative strategies training effectiveness to caregivers of patients with dementia*. (En ligne). 2009. Adresse URL: http://www.scielo.br/pdf/pfono/v21n3/en_08.pdf. (Page consultée le 9 janvier 2011)
- TAPPEN, M.Ruth, WILLIAMS-BURGESS, Christine, EDELSTEIN, Jackie and al. *Communicating with individuals with Alzheimer's disease: examination of recommended strategies*. (En ligne). 1997. Adresse URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1987309/pdf/nihms25145.pdf>. (Page consultée le 25 mars 2011)
- TESTAD, I, AASLAND, A.M, AARSLAND, D. *The effect of staff training on the use of restraint in dementia: a single blind randomized controlled trial*. (En ligne). 2005. Adresse URL: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/gps.1329/pdf>. (Page consultée le 22 février 2011)

ANNEXES

- A-** Echelle globale de détérioration pour la maladie d'Alzheimer et les désordres cognitifs liés à l'âge

- B-** Annexe 5 de l'ANAES : Exemple de fiche de recueil spécifique à chaque épisode de contention

Annexe 6 de l'ANAES : Grille finale d'évaluation de la pratique pour la mise en place d'une contention

- C-** Annexe de l'ANAES : Référentiel de pratique pour la contention

- D-** Annexe de l'ANAES : Contentions : Arbre décisionnel

- E-** Protocole de contention du CHUV

- F-** Protocole de mesures de contraintes de l'HFR

- G-** Les techniques principales de la théorie de la Validation

- H-** Tableau de stratégie de recherche

- I-** Etudes retenues et critères d'inclusion

- J-** Etudes non retenues et critères d'exclusion

- K-** Tableaux de recension

A-Echelle de Reisberg

Echelle globale de détérioration (Global Deterioration Scale-GDS) pour la maladie d'Alzheimer et les désordres cognitifs liés à l'âge

Degré de détérioration	Stade clinique	Caractéristiques cliniques
1. Pas de déficit cognitif	Normal	<p>Pas de plaintes subjectives</p> <p>Pas de déficit évident lors de l'interrogatoire</p>
2. Déficit cognitif très léger	Léger déficit mnésique	<p>Plaintes subjectives de troubles de la mémoire particulièrement fréquents dans les domaines suivants :</p> <p>a) oubli de la place des objets familiers</p> <p>b) oubli de noms propres auparavant bien connus</p> <p>Pas de troubles objectifs lors de l'interrogatoire</p> <p>Pas de modifications de la vie sociale et professionnelle</p>
3. Déclin cognitif léger	Troubles de la mémoire évidents, baisse de l'attention et de la concentration	<p>Premiers signes déficitaires apparents. Manifestations dans au moins 2 des domaines suivants :</p> <p>a) le patient peut s'être perdu quand il se déplace dans un endroit inconnu</p> <p>b) les collègues de travail s'aperçoivent d'une baisse de l'efficacité professionnelle</p> <p>c) la difficulté à trouver des mots et des noms devient évidente pour l'entourage</p> <p>d) le patient peut lire un chapitre sur un livre mais n'en retient que peu de choses</p> <p>e) le patient a moins de facilité à retenir les noms des personnes qui lui sont présentées pour la première fois</p> <p>f) le patient peut perdre ou mal ranger un objet de valeur</p> <p>g) les difficultés de concentration sont évidentes à l'examen clinique</p> <p>La mise en évidence d'un déficit mnésique "objectif" ne peut s'obtenir que par un entretien poussé réalisé avec des épreuves psychométriques. Diminution des performances dans les situations professionnelles ou sociales difficiles. La négation du trouble par le patient devient manifeste. Une anxiété légère ou modérée accompagne les symptômes.</p>
4. Déficit cognitif modéré	Déficit prononcé des trois items ci-dessus	<p>Déficit net lors d'un interrogatoire soigneux qui se manifeste dans les domaines suivants :</p> <p>a) le malade est moins au courant de l'actualité</p> <p>b) peut manifester des lacunes dans le souvenir de son propre passé</p> <p>c) trouble de la concentration évident sur le test des soustractions en série</p> <p>d) diminution de la capacité de voyager, gérer son budget</p> <p>Habituellement pas de déficit dans les domaines suivants :</p> <p>a) orientation dans le temps et vis-à-vis des personnes</p> <p>b) reconnaissance des visages et des personnes familières</p> <p>c) capacité de se déplacer dans des endroits connus</p> <p>Incapacité à réaliser des tâches complexes. La négation des troubles ou leur non-conscience est fréquemment rencontrée. Erousement de l'activité et évitement des situations de concurrence</p>

Evaluation mnésique

Global Deterioration Scale

<p>5. Déficit cognitif modérément sévère</p>	<p>Démence débutante</p>	<p>Le patient ne peut pas survivre sans aide. Il est incapable lors de l'entretien de rappeler une caractéristique importante de sa vie courante (par ex. : adresse, numéro de téléphone datant de plusieurs années, nom des membres proches de sa famille comme les petits-enfants, nom du lycée ou de l'université où il a suivi ses études)</p> <p>Fréquemment il existe une désorientation temporo-spatiale. Une personne cultivée pourra avoir des difficultés à compter de 4 en 4 à l'envers à partir de 40 ou de 2 en 2 à partir de 20</p> <p>Les personnes à ce stade gardent la notion des faits majeurs qui les intéressent ou intéressent les autres. Elles connaissent toujours bien leur propre nom et généralement le nom de leurs enfants. Elles n'ont pas besoin d'aide pour se laver ou manger mais elles peuvent avoir quelques difficultés à choisir leurs vêtements et occasionnellement s'habiller de manière inadéquate (par ex. : mettre la chaussure droite au pied gauche...)</p>
<p>6. Déficit cognitif sévère</p>	<p>Démence avancée</p>	<p>Le patient peut occasionnellement oublier le nom de son conjoint (dont il dépend entièrement pour sa survie). Il est totalement inconscient de tous les événements et expériences récents de sa vie. Il retient quelques éléments de son passé mais de façon très imprécise</p> <p>En général, il ignore son environnement (année, saison). Il peut avoir des difficultés compter de 10 à 1 et parfois même de 1 à 10. Il a besoin d'aide pour les activités de la vie quotidienne (par ex. : il peut devenir incontinent). Il a besoin d'aide pour se déplacer mais quelquefois il se montre capable d'aller dans des lieux familiers. Le rythme nyctéméral est fréquemment perturbé. Il se souvient presque toujours de son propre nom. Habituellement, il reste capable de distinguer les familiers des étrangers dans son entourage. A ce stade, surviennent des modifications de la personnalité et de l'émotivité. Elles sont très variables et associées :</p> <ul style="list-style-type: none"> a) des hallucinations (par ex. : le patient peut accuser son conjoint d'être un imposteur il peut parler à des personnages imaginaires ou à sa propre image dans un miroir) b) des manifestations obsessionnelles (par ex. le malade peut répéter continuellement des gestes de nettoyage) c) des signes d'anxiété, une agitation et même un comportement violent, jusque-là inconnu, peuvent survenir d) une aboulie cognitive c'est-à-dire une perte de la volonté car l'individu ne peut pas poursuivre une pensée suffisamment longtemps pour dégager une ligne de conduite déterminée
<p>7. Déficit cognitif très sévère</p>	<p>Démence avancée</p>	<p>Toutes les capacités verbales sont perdues et fréquemment il n'y a pas de langage du tout, seulement des grognements. Incontinence urinaire. Le patient a besoin d'aide pour la toilette et le repas. Apparaissent des déficits psychomoteurs fondamentaux touchant par ex. : la marche. Le cerveau paraît ne plus être capable de signifier au corps que faire. Toutes les fonctions corticales sont touchées</p>

D'après B. Reisberg, S.H. Ferris et T. Crook

B- Annexes du document de l'ANAES

ANNEXE 5. EXEMPLE DE FICHE DE RECUEIL SPÉCIFIQUE A CHAQUE ÉPISODE DE CONTENTION

Données générales

1 : Service de soins : /-----/

2 : Nom du patient : /-----/ 3 : Prénom : /-----/
(Mettre les trois premières lettres ou rendre anonyme)

4 : Âge : /-----/ 5 : Sexe : M /-----/ F : /-----/

6 : Date d'entrée dans l'unité : /-----/-----/-----/

7 : Date de début de l'épisode de contention : /-----/-----/-----/

8 : Date de jour de l'observation : /-----/-----/-----/

Critère 1 - Prescription médicale de la contention

1 : Contention programmée prescrite par médecin oui non

ou

2 : Contention prescrite en urgence par médecin oui non

ou

3 : Contention appliquée par l'équipe de soins et secondairement confirmée par un médecin oui non

ou

4 : Contention appliquée par l'équipe de soins et secondairement invalidée par un médecin oui non

5 : Préciser pour 3 et 4 si le délai entre la mise en œuvre de la contention et la confirmation ou l'invalidation de l'indication par un médecin est supérieur ou égal à 3 heures oui non

— Si une réponse positive est apportée à la question 4, passer directement au critère 2

6 : Si la contention a été initiée ou confirmée par un médecin au moins dans les 3 heures, il existe une trace écrite de la prescription médicale dans le dossier du patient qui détaille les raisons de la contention oui non

— Si oui, quelles sont ces raisons :

▪ Risque de chute oui non

Agitation oui non

Déambulation excessive oui non

Autre préciser :

- La durée oui non

- Le matériel de contention à utiliser oui non

- Le nom et la signature du prescripteur oui non

— *Le critère 1 est rempli si une réponse positive est apportée à toutes les questions suivantes : (1 ou 2 ou 3) et 6 et 7 et 8 et 9*

Critère 2 - Appréciation du rapport bénéfice/risque pour le sujet âgé par l'équipe pluridisciplinaire

1 : Les causes possibles du comportement ou de la situation à l'origine de la contention sont identifiées ou au moins recherchées oui non

2 : Les risques éventuels d'une contention pour le sujet âgé sont évalués oui non

3 : Le rapport bénéfice/risque est évalué par l'équipe pluridisciplinaire oui non

— *Le critère 2 est rempli si une réponse positive est apportée à toutes les questions suivantes 1-2-3*

Critère 3 - La surveillance

1 : La surveillance est programmée et retranscrite dans le dossier du patient oui non

2 : Les risques liés à l'immobilisation sont prévenus oui non

3 : Les soins liés à l'hygiène, la nutrition, l'hydratation sont assurés oui non

4 : Un accompagnement psychologique est réalisé oui non

— *Le critère 3 est rempli si une réponse positive est apportée à toutes les questions suivantes : 1-2-3-4*

Critère 4 - Informations délivrées

1 : Informations données à la personne âgée sur les raisons, les buts et les modalités de mise en œuvre de la contention oui non

2 : Informations données à la famille oui non

— *Le critère 4 est rempli si une réponse positive est apportée aux questions 1 et 2 ou si une réponse oui est apportée à 1 et non applicable à 2*

Critère 5 - Matériel de contention

1 : Contention au lit oui non

2 : Contention au fauteuil oui non

3 : Nature du matériel utilisé

- 3-1 : Matériel spécifique oui non
- 3-2 : Matériel non spécifique oui non
- 4 : Matériel adapté à la taille de la personne oui non
- 5 : Dans le cas d'un lit standard
- 5-1 : Le matériel de contention est fixé au sommier
ou au cadre de lit oui non
- 5-2: Le matériel de contention est fixé au matelas
ou aux barrières oui non
- 6 : Dans le cas d'un lit réglable ou médicalisé :
- Le matériel de contention est fixé aux parties qui
bougent avec le malade oui non
- 7 : Matériel adéquat en termes de sécurité pour cette personne oui non
- 8 : Matériel adéquat en termes de confort pour cette personne oui non
- 9 : La tête de lit est surélevée oui non
- 10 : Des actions de prévention d'escarres sont réalisées oui non
- *Le critère 5 est rempli si une réponse positive est apportée aux questions 3-1, 4, 5-1, 6, 7, 8, 9, 10*

Critère 6 - Installation de la personne

- 1: La tenue vestimentaire est adaptée et préserve la pudeur oui non
- 2: L'installation physique de la personne est appropriée à ses besoins oui non
- 3: Le lieu où est installée la personne âgée est approprié oui non
- 4: Le matériel de contention est discret et permet une certaine
liberté de mouvement oui non
- *Le critère 6 est rempli si une réponse positive est apportée aux questions 1, 2, 3, 4*

Critère 7 - La contention est levée aussi souvent que possible

- Des mobilisations sont prévues et assurées oui non
- *Le critère 7 est rempli si une réponse positive est apportée à cette question*

Critère 8 - Activités pour le confort psychologique

Des activités sont proposées à la personne durant la journée

oui non

Si oui, lesquelles préciser nature et fréquence :

— *Le critère 8 est rempli si une réponse positive est apportée à cette question*

Critère 9 - Évaluation

Depuis le début de la contention :

1 : L'état de santé du sujet âgé a été évalué quotidiennement

oui non

2 : Les conséquences de la contention sur l'état de santé physique et psychologique ont été évaluées quotidiennement

oui non

3 : Les conséquences de la contention sur l'état de santé physique et psychologique sont notées dans le dossier du patient

oui non

— *Le critère 9 est rempli si une réponse positive est apportée aux questions 1, 2, 3*

Critère 10 - Le prolongement de la contention

- L'arrêt ou le prolongement de la contention ont été validés par une prescription médicale motivée, toutes les 24 heures

oui non

— *Le critère 10 est rempli si une réponse positive est apportée à cette question.*

ANNEXE 6. GRILLE FINALE D'ÉVALUATION DE LA PRATIQUE POUR LA MISE EN PLACE D'UNE CONTENTION

Date du recueil : -----	
Abréviations utilisées	DP : Dossier patient
	QS : Question aux soignants
	O : Observation
	NA : Non applicable

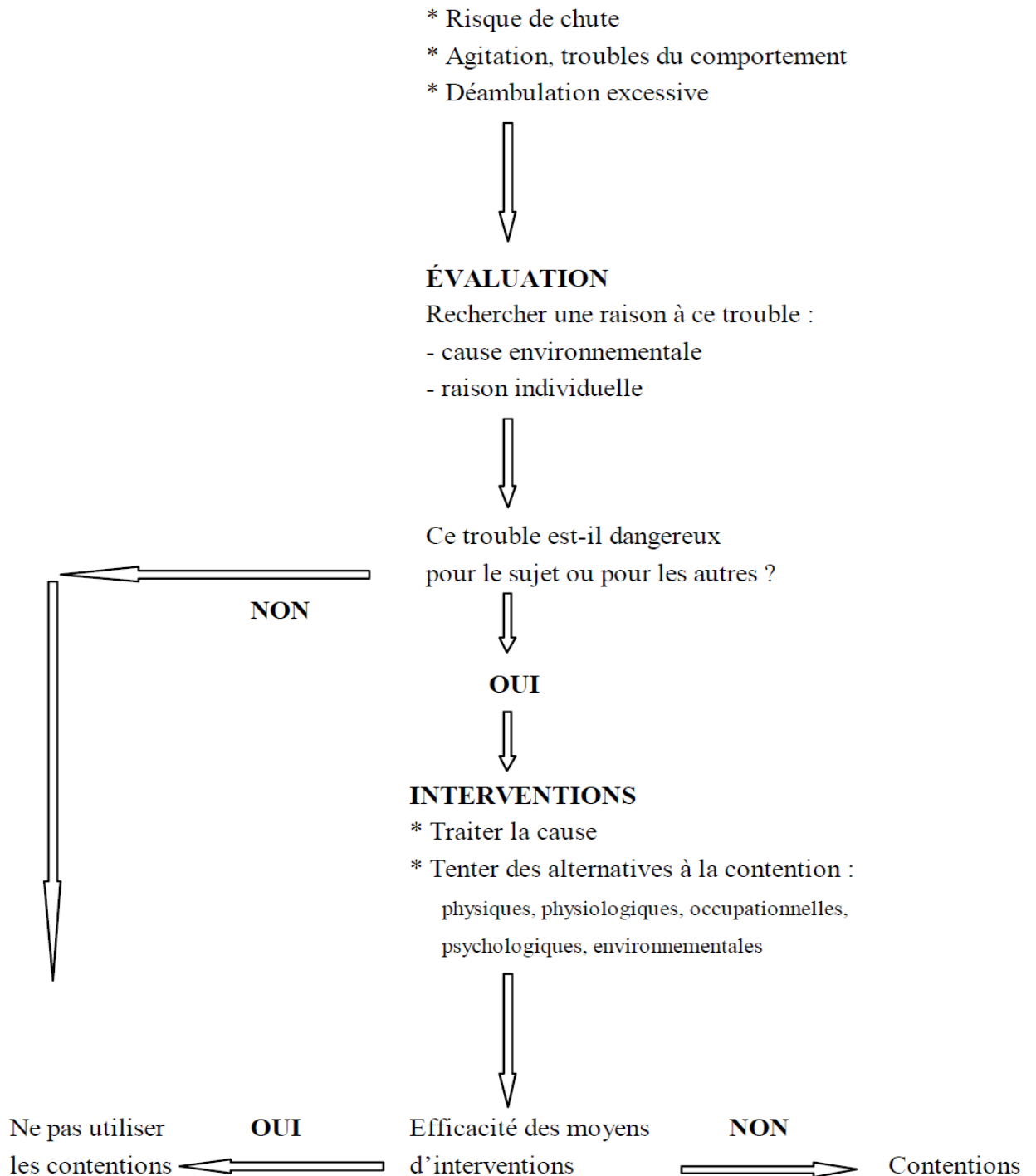
N°	Sources	Critères	Oui	Non	NA	Commentaires
1	DP	La contention est réalisée sur prescription médicale. Elle est motivée dans le dossier du patient.				
2	QS +DP	La prescription est faite après l'appréciation du rapport bénéfique/risque pour le sujet âgé par l'équipe pluridisciplinaire.				
3	DP	Une surveillance est programmée et transcrite dans le dossier du patient. Elle prévient les risques liés à l'immobilisation et prévoit notamment les soins d'hygiène, la nutrition, l'hydratation et l'accompagnement psychologique.				
4	QS +DP	La personne âgée et ses proches sont informés des raisons et buts de la contention. Leur consentement et leur participation sont recherchés.				
5	O+QS	Dans le cas d'une contention au lit, le matériel est fixé sur les parties fixes, sommier ou cadre de lit, jamais au matelas, ni aux barrières. Dans le cas d'un lit à hauteur variable, les contentions sont fixées aux parties du lit qui bougent avec le patient. En cas de contention en position allongée, les risques de régurgitations et d'escarres font l'objet d'une prévention.				
6	O	L'installation de la personne âgée préserve son intimité et sa dignité.				
7	O	La personne âgée est sollicitée pour effectuer des activités de la vie quotidienne et maintenir son état fonctionnel. La contention est levée aussi souvent que possible durant l'épisode de contention.				
8	O+QS	Des activités, selon son état de santé, lui sont proposées pour assurer son confort psychologique.				
9	DP	Une évaluation de l'état de santé du sujet âgé et des conséquences de la contention a été réalisée au moins toutes les 24 heures.				
10	DP	La contention a été reconduite, si nécessaire, par une prescription médicale motivée toutes les 24 heures.				

C- Annexe du document de l'ANAES

RÉFÉRENTIEL DE PRATIQUE POUR LA CONTENTION

- Critère 1 :** la contention est réalisée sur prescription médicale. Elle est motivée dans le dossier du patient.
- Critère 2 :** la prescription est faite après l'appréciation du rapport bénéfice/risque pour le sujet âgé par l'équipe pluridisciplinaire.
- Critère 3 :** une surveillance est programmée et retranscrite dans le dossier du patient. Elle prévient les risques liés à l'immobilisation et prévoit notamment les soins d'hygiène, la nutrition, l'hydratation et l'accompagnement psychologique.
- Critère 4 :** la personne âgée et ses proches sont informés des raisons et buts de la contention. Leur consentement et leur participation sont recherchés.
- Critère 5 :** le matériel de contention sélectionné est approprié aux besoins du patient. Il présente des garanties de sécurité et de confort pour la personne âgée.
Dans le cas de contention au lit, le matériel est fixé sur les parties fixes, au sommier ou au cadre du lit, jamais au matelas ni aux barrières.
Dans le cas d'un lit réglable, les contentions sont fixées aux parties du lit qui bougent avec le patient.
En cas de contention en position allongée, les risques liés aux régurgitations et aux escarres sont prévenus.
- Critère 6 :** l'installation de la personne âgée préserve son intimité et sa dignité.
- Critère 7 :** selon son état de santé, la personne âgée est sollicitée pour effectuer des activités de la vie quotidienne et maintenir son état fonctionnel. La contention est levée aussi souvent que possible.
- Critère 8 :** des activités, selon son état, lui sont proposées pour assurer son confort psychologique.
- Critère 9 :** une évaluation de l'état de santé du sujet âgé et des conséquences de la contention est réalisée au moins toutes les 24 heures et retranscrite dans le dossier du patient.
- Critère 10 :** la contention est reconduite, si nécessaire et après réévaluation, par une prescription médicale motivée toutes les 24 heures.

D- Contentions : Arbre décisionnel de l'ANAES¹¹⁶



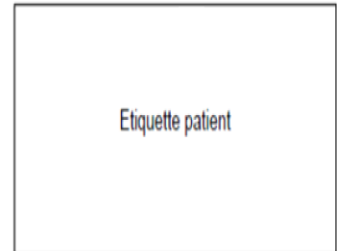
¹¹⁶ Arbre décisionnel tiré de : ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé). Évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé. Limiter les risques de la contention physique de la personne âgée. (en ligne). 2000. Adresse URL : <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/contention.pdf>.

E- Protocole de contention du CHUV¹¹⁷



Chef de Département
Prof. Patrice Gueux

SUPAA
Service universitaire
de psychiatrie
de l'âge avancé



Protocole de contention

Service : _____ Date : _____ Heure : _____

INDICATION A LA CONTENTION

Risque pour le patient

Risque pour d'autres personnes

Description de la situation

Mesure de contention appliquée et localisation

Attaches <input type="checkbox"/>	Gilet de contention <input type="checkbox"/>	Ceinture <input type="checkbox"/>	Couverture de sécurité <input type="checkbox"/>
Tablette de fauteuil <input type="checkbox"/>	Isolement fermé <input type="checkbox"/>	Autre (préciser) _____	Autre (préciser) : _____
Agent de sécurité <input type="checkbox"/>	Membres supérieurs G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	Membres inférieurs G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	Tronc <input type="checkbox"/>
Traitement contre gré <input type="checkbox"/>	Barrière de lit <input type="checkbox"/>		

Information sur la contention

Date et heure Identité des personnes informées

Patient informé des mesures prises _____

Représentant thérapeutique, légal
informé _____

Famille, proches informés _____

Signature patient _____

Refus de signer

Incapacité de signer



Conten. Grille d'Observ. Clinique

V2 12/2005

COPIL Sécurité/Protocole contention, modèle CHUV

¹¹⁷ Protocole de contention transmis par le CHUV suite à une prise de contact

F- Protocole de contention de l'HFR¹¹⁸



Protocole de mesure de contrainte

Etiquette du/de la patiente

Données personnelles du/de la patient/e

Nom, prénom :	Date de naissance :	Sexe :	Clinique/service :	HFR, site :
---------------	---------------------	--------	--------------------	-------------

Mesure de contention physique ou chimique

Motif d'application de la mesure :	Objectifs visés :	Moyens de contention :	Date & heure du début :
			Date & heure de la levée :

Démarche

Discussion en équipe, date et heure :	Entretien avec le/la patient/e ou son/sa représentant/e, le :	Signature de l'infirmier/ère responsable du/de la patient/e:	Signature du/de la médecin responsable :
---------------------------------------	---	--	--

Signature patient/e ou représentant/e

Par ma signature, j'atteste que je refuse la/les mesure/s de contention proposées par l'équipe soignante et que j'ai été informé/e de la possibilité de recours auprès de la Commission de surveillance des professions de la santé et des droits des patients et patientes (route des Cliniques 17, 1700 Fribourg, tél. : +41 (0)26 305 29 04).

Si incapacité de discernement du/de la patient/e :

Date : _____

Nom, prénom de son/sa représentant/e : _____;

Signature du/de la patient/e ou

Degré de parenté, resp. fonction : _____

de son/sa représentant/e : _____

Documentation du suivi

Date	Heure	Motif(s) de la prolongation, commentaires	Signature médecin	Signature infirmier/ère	Signature méd. cadre après 12 h

Nom du fichier	Auteur	Date du document	Version antérieure	N° de version	Approbation	Page
Protocole MesuresContrainte HFR_fr.doc	MJ/SR	20.12.2010	18.03.2010	2.0	BV/RR	1 de 1

¹¹⁸ Protocole transmis à la suite d'une prise de contact

G- Les techniques principales de la théorie de la Validation

1. **Se concentrer avant d'entrer en contact avec la personne.** Cela permet d'évacuer sa colère et ses émotions et permet d'écouter cette personne avec empathie.
2. **Utiliser des termes factuels concrets, non menaçants.** Il faut éviter de poser des questions qui obligent la personne à faire face à ses émotions. Il faut plutôt l'amener à se concentrer sur des faits concrets.
3. **Ne valider les émotions que lorsque la personne les exprime.** Il ne faut pas se faire explorateur des émotions.
4. **Faire des réponses-reflets et se synchroniser.** Il s'agit ici d'utiliser la reformulation simple. La personne se sent écoutée et reconnue dans ce qu'elle dit.
5. **Utiliser la polarité.** En fonction de ce dont la personne se plaint, l'amener à imaginer le pire pour lui permettre d'exprimer ses émotions et ses sentiments.
6. **Utiliser les contraires.** Par exemple, pour faire parler une malade qui imagine que sa sœur qu'elle n'aimait pas vient la visiter toutes les nuits, on peut recourir à la question d'exception : « y a-t-il des nuits où vous ne la voyez pas ? Que se passe-t-il alors ? »
7. **Utiliser la réminiscence.** Il faut aider la personne à se souvenir du passé pour l'amener à communiquer.
8. **Garder un contact visuel rapproché.** On lui donne ainsi l'impression qu'elle est aimée et qu'elle est en sécurité.
9. **Accepter l'ambiguïté, le parler flou, sans l'éclaircir.** Accepter les mots du patient, qui sont parfois sans significations pour nous.
10. **Utiliser une voix basse, calme, affectueuse.**
11. **Synchroniser sa posture, son ton de voix ou ses mouvements avec ceux de la personne.** Cela permet d'entrer dans son monde.
12. **Associer le comportement aux besoins humains non satisfaits.**
13. **Reconnaître le sens préféré de la personne.**
14. **Ne pas discuter avec la personne.** Il faut accepter ce qu'elle dit.
15. **Utiliser le toucher intentionnel.**

H- Stratégie de recherche¹¹⁹

Base de données	Mots clés	résultats	Total	Etudes non retenues	Etudes retenues
BDSP	Troubles du comportement AND Alzheimer Communication	14	163	14	0
	Contention	135		135	0
	Contention AND démence	14		13	1
Pubmed	Communication strategies AND restraint use	19	439	19	0
	Behaviour Alzheimer AND communication strategies	47		46	1
	Communication AND dementia	261			4
	Communication AND Alzheimer disease	112		111	1
Cochrane Library	Physical restraint AND communication strategies AND Alzheimer	3	8	0	0
	Alternatives to physical restraint AND dementia Alzheimer	5			3
Science direct	Physical restraint Alzheimer AND communication strategies	100	225	99	1
	Communication AND Alzheimer behavior	100		99	1
	Communication AND dementia behavior	25		23	2

¹¹⁹ Tableau tiré du mémoire de fin d'études : IMARK, Mélanie, Violence aux urgences. *Soyez patients ! Violence envers le personnel soignant de la part des patients*. Dirigé par M. Salamat Aziz. Juillet 2010.

I- Etudes retenues et critères d'inclusion

- Articles en français, anglais, espagnol, italien
- Articles répondant à ma question de manière totale ou partielle
- Articles écrits et recherches menées par des professionnels, si possible en soins infirmiers
- Articles ayant un abstract et démontrant une méthode de collecte et d'analyse
- Articles si possibles écrits et parus entre 2005-2010

Numérotation	Auteur	Titre	Base de donnée	Année	Niveau de preuve
N°1	TAPPEN, Ruth M., WILLIAMS-BURGESS, Christine, EDELSTEIN, Jackie and al.	<i>Communicating With Individuals With Alzheimer's Disease: Examination of Recommended Strategies.</i>	PUBMED	1997	5
N°2	Testad, AASLAND, A.M and Aarsland, D.	<i>The effect of staff training on the use of restraint in dementia: a single blind randomized controlled trial.</i>	COCHRANE	2005	1
N°3	EGAN, Mary, BERUBE, Daniel, RACINE, Geneviève and al.	<i>Methods to Enhance Verbal Communication between Individuals with Alzheimer's Disease and Their Formal and Informal Caregivers: A Systematic Review.</i>	PUBMED	2009	2
N°4	NEAL, Martin and BARTON WRIGHT, Philip.	<i>Validation therapy for dementia (Review)</i>	COCHRANE	2009	2
N°5	LEVY-STORMS, Lené	<i>Therapeutic communication training in long-term care institutions: Recommendations for future research.</i>	SCIENCE DIRECT	2007	4

<p>N°7</p>	<p>VIGGO HENSEN, Niels, JORGENSEN, Torben, and ORTENBLAD, Lisberth.</p>	<p><i>Massage and touch for dementia.</i></p>	<p>COCHRANE</p>	<p>2008</p>	<p>2</p>
<p>N°6</p>	<p>PIVETTITA ROQUE, Francelise, ZAZO ORTIZ, Karin, and DA SILVA CAMARA ARAUJO, Mariana.</p>	<p><i>Communicative strategies training effectiveness to caregivers of patients with dementia.</i></p>	<p>PUBMED</p>	<p>2009</p>	<p>3</p>

J- Etudes non retenues et critères d'exclusion

- 1) Articles n'étant pas en français, anglais, espagnol ou italien
- 2) Articles ne répondant pas à ma question de recherche
- 3) Articles non écrits et menés par des professionnels
- 4) Articles ne démontrant pas une méthode de recherche
- 5) Articles parus avant 2005

Auteurs	Titres	Années	Bases de données	Critères d'exclusion
National Institutes of Health	<i>Agitated behavior in persons with dementia: The relationship between type of behavior, its frequency, and its disruptiveness.</i>	2008	PUBMED	2
BMC Geriatrics	<i>Belt restraint reduction in nursing homes: design of a quasi experimental study.</i>	2010	PUBMED	2
National Institutes of Health	<i>Communicating With Individuals With Alzheimer's Disease: Examination of Recommended Strategies.</i>	1997	PUBMED	5
J.C.M. van Weert et al. / Patient Education and Counseling 58 (2005) 312–326	<i>Effects of snoezelen, integrated in 24 h dementia care, on nurse–patient communication during morning care</i>	2004	SCIENCE DIRECT	2
BMC Geriatrics	<i>Evaluation of an evidence-based guidance on the reduction of physical restraints in nursing homes: a cluster-randomised controlled trial.</i>	2009	PUBMED	2
Jane, TILLY and al./Alzheimer's Association	<i>Falls, Wandering, and Physical Restraints: Interventions for Residents with Dementia in Assisted Living and Nursing Homes.</i>	2006	PUBMED	2

Kristine N. Williams and Ruth E. Herman University of Kansas School of Nursing	<i>Linking Resident Behavior to Dementia Care Communication: Effects of Emotional Tone</i>	2010	SCIENCE DIRECT	2
BMC Geriatrics Philippe, VOYER et al./	<i>Prevalence of physical and verbal aggressive behaviours and associated factors among older adults in long-term care facilities.</i>	2005	PUBMED	2
Charles. D. PHILIPPS and al./	<i>Use of Physical Restraints and Psychotropic Medications in Alzheimer Special Care Units in Nursing Homes.</i>	2000	PUBMED	2
Gabriele MEYER, et al./	<i>Restraint use among nursing home residents: cross-sectional study and prospective cohort study.</i>	2008	PUBMED	2
Sherry K. MARKWELL, RN.	<i>Long-term Restraint Reduction One Hospital's Experience With Restraint Alternatives.</i>	2005	PUBMED	2

K-Tableaux de recension

Etude N°1 : Communicating with Individuals with Alzheimer's Disease : Examination of Recommended Strategies						
Titre en français: Communiquer avec les individus atteints de la maladie d'Alzheimer: Examen des stratégies recommandées						
Type d'étude	Échantillon	But/Questions/Hypothèses/	Cadre de référence/théorique/concepts	Méthode de collecte	Méthode d'analyse	Résultats/conclusions
<p>Etude examinant des recommandations de stratégies de communication trouvées dans la littérature.</p> <p>Revue de la littérature quantitative et qualitative (Méta analyse)</p>	<p>35 sujets dans cet échantillon étaient des résidents de deux grandes maisons de retraite urbaines.</p> <p>Chaque personne avait un diagnostic clinique de démence Alzheimer (DMA) fondé sur la révision psychiatrique</p>	<p>B: Déterminer si oui ou non les stratégies recommandées pour faciliter la communication avec la personne atteinte de DMA, sont soutenues par des données empiriques.</p> <p>Q: Quels types de questions ouvertes, fermées ou une combinaison des deux obtiennent la plus grande et la plus pertinentes des réponses auprès des</p> <p>- Quelles stratégies facilitent l'expression des sentiments</p>	<p>Dans cette étude les chercheurs ont utilisés comme cadre de références, des recommandations pour communiquer avec des personnes atteintes de DMA ainsi que les principes thérapeutiques de la communication énoncés par Hildegard E. PEPLAU.</p> <p>-Communication</p> <p>-Démence Alzheimer</p>	<p>35 interviews effectués auprès de 23 patients atteints de DMA dans les stades moyens et avancés. Ces interviews ont été conduits par des infirmières de pratiques avancées.¹²⁰ La méthode de collecte à durer 16 semaines.</p>	<p>D'abord les chercheurs ont évalués l'effet de chaque type de questions, plus précisément la fréquence d'utilisation, la longueur des réponses données, la pertinence des réponses ainsi que la capacité cognitive du patient à l'aide du MMSE (Mini</p>	<p>En conclusion, les données analysées ont démontré pour les chercheurs, que les patients souffrant de démence sont capables de répondre à des questions ouvertes ou mixtes. La recommandation d'utiliser le plus souvent des questions fermées, n'est donc pas totalement correcte. Dans cette analyse, plusieurs</p>

¹²⁰ Je suppose, que ces infirmières correspondent, dans notre pays, à des infirmières cliniciennes spécialisées dans les soins aux personnes démentes.

K-Tableaux de recension

	(DSM IV).	et des inquiétudes. - Quelles stratégies facilitent le maintien de la conversation			<p>Mental Test Examination)¹²¹</p> <p>Dans leur étude ils ont également analysés l'effet de quelques techniques de communication pouvant faciliter l'expression des sentiments et inquiétudes chez le patient atteint de démence.</p>	<p>stratégies de communication ont été identifiées comme encourageantes et facilitant l'expression des sentiments, ainsi que les inquiétudes de la part du patient atteint de DMA. Il y a notamment l'utilisation des questions ouvertes, le fait de parler d'égal à égal avec le patient, d'établir des familiarités et de partager des soi aux patients a été aidant.</p>
--	-----------	---	--	--	--	---

K-Tableaux de recension

Résumé de l'étude N°1

Etude quantitative et qualitative établie en 1997 par des infirmières spécialisées dans les soins aux personnes démentes, auprès de patients souffrants de DMA de stade moyen et avancé. (Premier biais identifié : possible évolution des patients vers un stade plus avancé, durant le temps de l'étude). A la suite de l'analyse, les recommandations suivantes (utiliser des questions ouvertes, parler d'égal à égal avec le patient, établir des familiarités et partager de soi au patient) ont été aidantes pour faciliter la communication avec les patients atteints de DMA. Pour aider à maintenir la conversation avec le patient, les diverses stratégies suivantes ont été recommandées (l'utilisation de la communication verbale et non verbale, la réflexion, le fait de reformuler, le fait de résumer). Une contradiction avec la doctoresse Peplau a été identifiée dans l'étude (le fait d'établir des familiarités et le partage de soi qui est inapproprié pour Peplau). Bon développement du concept de communication, ainsi que bonne exploitation de la théorie de H. Peplau.

K-Tableaux de recension

Etude N°2: The effect of staff training on the use of restraint in dementia: a single-blind randomised controlled trial.						
Titre en français: L'effet d'entraînement du personnel soignant, sur l'utilisation des contraintes, dans la démence: un essai randomisé et contrôlé en simple aveugle.						
Type d'étude	Echantillon	Buts/Questions/Hypothèses/	Cadre de référence/théorique /concepts	Méthode de collecte	Méthode d'analyse	Résultats/conclusions
<p>Essai randomisé et contrôlé en simple aveugle, établi en Norvège.</p> <p>Type quantitatif</p>	<p>4 maisons de retraites publiques et résidentielles ont été choisies au hasard et soumises au contrôle ou au programme d'entraînement.</p> <p>Des infirmiers de ces différentes maisons de retraite ont été interviewés.</p>	<p>B: Le but de cette étude était de réduire les problèmes de comportements ainsi que l'utilisation des mesures de contraintes chez les patients avec un diagnostic de démence, en utilisant un programme d'entraînement chez le personnel soignant.</p> <p>Q: Est-ce qu'un programme éducatif structuré et soutenu du personnel soignant, peut réduire les comportements perturbateurs et l'utilisation des contraintes physiques.</p> <p>H : l'hypothèse émise par les chercheurs, était que la combinaison de la théorie enseignée par le programme au séminaire, suivi des conseils spécifiques prodigués par les chercheurs, concernant les patients et leurs problèmes de comportement, menait un</p>	<p>Les cadres de références identifiés dans l'étude sont les mesures de contraintes physiques et pharmacologiques, la démence, le comportement agité évalué grâce à l'échelle BARS¹²² (Brief Agitation Rating) Ainsi que la sévérité de la démence évaluée avec le Clinical Dementia Rating (CDR) (Hugues et al., 1982).</p>	<p>La méthode d'entraînement pour les 2 groupes d'interventions a été effectuée d'abord par un séminaire d'enseignement de 6 heures sur la démence (les problèmes d'agression, les comportements perturbateurs, la décision de contenir et les alternatives utilisées à la contrainte). Ensuite chaque groupe a reçu des conseils pendant 1 heure chaque mois, pendant 6 mois.</p> <p>Le groupe de contrôle a fonctionné comme à</p>	<p>Dans un premier temps, les chercheurs ont mesuré le nombre de contentions établies par patient dans les deux groupes, ainsi que le niveau d'agitation associé, en s'aidant de l'échelle "BARS" (Brief Agitation Rating Scale) (Finkel et al., 1993). La sévérité de la démence a elle aussi été évaluée, ainsi que l'utilisation de médicaments pour les pathologies physiques des patients.</p> <p>Les données démographiques et cliniques ont été comparées en utilisant le Test de</p>	<p>Il y avait 55 patients dont 67% de femme, d'âge moyen de 84,9, avec un CDR de 2, dans le groupe d'intervention. Dans le groupe de contrôle il y avait 96 patients dont 72% de femme, âge moyen 84 ans, et CDR à 2,2. Les groupes étaient donc très similaires au niveau démographique et clinique. Durant la période du programme 14soignants du groupe d'intervention et 22 du groupe de contrôle ont quittés ou changés de poste, mais les données n'ont pas étaient statistiquement significatives.</p>

¹²² L'échelle BARS a été développée pour aider les infirmiers et autres soignants à évaluer le niveau d'agitation d'un patient.

K-Tableaux de recension

		<p>processus d'apprentissage où les soignants ont basés leurs observations sur leurs connaissances et sur la nouvelle théorie. Ils seraient capables par la suite, de développer une routine de non-contrainte basée sur l'individualité de chaque patient.</p>		<p>son habitude.</p> <p>Les données ont été récoltées immédiatement avant et après l'intervention par un évaluateur spécialiste qui ne connaissait ni l'hypothèse de l'étude, ni les interventions.</p> <p>Les infirmières participant au programme ne connaissaient pas la totalité de l'étude, ni les hypothèses.</p>	<p>Student et le Test de Chi Square. Les Mann-Whitney U Test et le Test de Wilcoxon ont été également utilisés. Pour analyser et créer les statistiques le SPSS version 11.5 a été utilisé, et une <i>p</i>-value de 0, 05 a été considérée comme statistiquement significative.</p>	<p>Après la période d'intervention, le nombre de contraintes a décliné de 54 % dans le groupe de traitement et a augmenté de 18 % dans le groupe de contrôle.</p> <p>L'échelle de BARS a démontré un score légèrement plus élevé d'agitation dans le groupe de contrôle. Pour conclure, les chercheurs affirment que le programme éducatif, n'a pas apporté de gros changement quant aux comportements agités, mais a permis de réduire considérablement les mesures de contraintes.</p>
--	--	---	--	---	--	--

K-Tableaux de recension

Résumé de l'étude N°2

Essai randomisé et contrôlé en simple aveugle effectuée en 2004, en Norvège par des infirmières spécialisées dans la recherche, auprès d'infirmières travaillant dans des maisons de retraites, dans un laps de temps de 6 mois. Les biais ayant pu influencer les résultats étaient que le nombre de patients soit plus élevé dans le groupe de contrôle ainsi qu'un nombre de décès des résidents plus important dans le groupe de contrôle. Les chercheurs ont obtenu comme résultats que l'utilisation des contraintes était significativement plus basse dans le groupe d'intervention mais que le score d'agitation (BARS) était plus haut que dans le groupe de contrôle. A la fin de l'étude, les chercheurs arrivent à la conclusion que les programmes éducatifs augmentent la qualité des soins dans la démence en réduisant l'utilisation des contraintes d'au moins 50% sans forcément agir sur le niveau d'agitation du patient. Le programme éducatif a donc permis : d'augmenter l'observation des comportements d'agitation et d'augmenter la tolérance des soignants vis-à-vis de l'agitation. Il y a eu également moins de demandes de prescriptions de psychotropes de la part des soignants. Le personnel soignant a également exprimé une meilleure satisfaction dans leur travail durant la période d'entraînement.

K-Tableaux de recension

Etude N°3: Methods to Enhance Verbal Communication between Individuals with Alzheimer's Disease and Their Formal and Informal Caregivers.						
Titre en français: Méthodes pour améliorer la communication verbale entre les individus souffrant de DMA et leur soignant formel et informel.						
Type d'étude	Echantillon	Buts/Questions/ Hypothèses	Cadre de référence/théorique /concepts	Méthode de collecte	Méthode d'analyse	Résultats/conclusions
Revue de la littérature qui a analysé uniquement des essais randomisés et contrôlés ayant des résultats quantitatifs.	Essais randomisés et contrôlés ayant des résultats quantitatifs. Études expérimentales. Au moins 50% des participants aux études devaient avoir un diagnostic de démence Alzheimer. Les interventions visant à améliorer la communication verbale.	B: le but de cette revue systématique de la littérature est d'enquêter sur l'efficacité des méthodes de communication verbales permettant d'améliorer la communication entre des personnes atteintes de DMA et leurs soignants formels et informels ¹²³ . H: connaître des pratiques pour améliorer la communication avec l'individu atteint de DMA serait efficace et dans l'intérêt des soins infirmiers, soins en réhabilitation, et des proches du patient.	Les concepts identifiés dans cette revue étaient la démence Alzheimer et la communication. Ainsi que 3 pratiques (les aides mémoires, l'éducation et l'entraînement des soignants, les activités) pour améliorer la communication verbale entre le patient et ses soignants.	Les auteurs ont décidé au préalable que leur recherche ne contiendrait que des analyses d'études randomisées et contrôlées. Les critères d'inclusions étaient que les études analysées soient expérimentales, que les résultats soient quantitatifs, que l'étude examine effectivement l'amélioration de la communication verbale entre le patient atteint de DMA et son soignant, et que 50% des patients aient un diagnostic de démence.	Les chercheurs ont établis un résumé des recommandations concernant les différentes interventions de communication en utilisant à chaque fois une force de recommandation taxonomique. A chaque intervention un degré de pertinence a aussi été attribué.	Sur 67 documents obtenus et identifiés, seulement 13 études ont été inclus à la revue. L'aide-mémoire et l'entraînement des soignant, a permis à ce que les patients produisent plus d'informations. A la suite de l'intervention le pourcentage de discours cohérent et le temps de parole avec les autres ainsi que des paroles positives aux soignants avaient augmentés. Cette intervention devrait être reconnue d'un grade B. L'éducation et l'entraînement quant à eux, n'ont pas apportés de résultats significatifs, mis à part le nombre de mots par thèmes qui avaient augmentés. Cette intervention est reconnue par une gradation C.

¹²³ Les chercheurs entendent par soignants informels, les aidants naturels, c'est-à-dire la famille ou proches du patient.

K-Tableaux de recension

						Des activités programmées ont aussi été analysées. La conversation durant la promenade n'a pas apporté de bons résultats et n'est donc pas recommandée. Mais le petit déjeuner partagé en groupe est reconnu comme étant un grade B.
--	--	--	--	--	--	--

Résumé de l'étude N°3

Cinq chercheurs au Canada ont entrepris une revue de la littérature, ayant analysé uniquement des essais randomisés et contrôlés contenant des résultats quantitatifs. La recherche dans la littérature a été conduite par les chercheurs jusqu'en juillet 2006 et actualisée en 2009. A travers ces études, les chercheurs ont examinés l'effet de plusieurs méthodes permettant de maximiser le potentiel de communication des soignants et des patients. Ces méthodes incluaient : les aide-mémoire, l'éducation et l'entraînement des soignants et des activités individuelles ou en groupe. Le centre d'intérêt de ces activités en groupe étant d'améliorer ou maintenir le nombre d'habiletés fonctionnelles et la communication. En conclusion, cette revue de la littérature, l'utilisation des aide-mémoire, combinée avec l'entraînement des soignants pour améliorer la communication entre les patients et leurs soignants est fortement recommandée. Points forts de la revue : analyse d'études randomisés et contrôlées majoritairement, bonne méthodologie. Points faibles : l'échantillon n'a pas été clairement défini, la capacité de communication des patients atteints de démence n'a pas été évaluée dans les différentes études.

K-Tableaux de recension

Etude N°4 : Validation therapy for dementia (Review)						
Titre en français : La thérapie de la Validation pour la démence (Revue)						
Type d'étude	Echantillon	Buts/Questions/ Hypothèses/	Cadre de référence/théorique/ concepts	Méthode de collecte	Méthode d'analyse	Résultats/conclusions
<p>Une revue de la littérature qui a inclus pour son analyse uniquement des essais randomisés et contrôlés.</p> <p>De type quantitatif.</p>	<p>Les participants aux études sont des personnes âgées de 65 ou plus, qui ont un diagnostic de démence Alzheimer, de démences séniles ou souffrant d'une autre forme d'affaiblissement cognitif.</p>	<p>B: Evaluer l'efficacité de la technique de validation pour des personnes ayant un diagnostic de démence de n'importe quel type ou souffrants de désordres cognitifs.</p>	<p>Le cadre de référence identifié dans cette revue de la littérature, est la thérapie de la Validation.</p> <p>Les chercheurs mettent en avant des contradictions ou des désaccords concernant la validité et l'efficacité de cette théorie.</p> <p>La validation a été définie par les chercheurs comme : chaque activités faisant référence à la Validation, chaque groupe utilisant des techniques de la Validation, la thérapie par les techniques d'interventions, et l'évaluation de ces interventions au moins 1fois par semaine.</p> <p>Le groupe de contrôle a été spécifié comme: les</p>	<p>Pour la collecte des données, les chercheurs ont décidés d'examiner uniquement des études qui reportaient l'efficacité de la thérapie de la Validation, en comparaison avec une autre forme d'intervention psychosociale.</p> <p>Les essais randomisés et contrôlés ont été identifiés par une recherche d'un registre spécialisé de la Cochrane Library, au sujet de la démence et d'autres désordres cognitifs. Ce registre spécialisé a effectué des recherches sur plusieurs bases de données.</p> <p>La sélection des essais a été entreprise par plusieurs critiques.</p>	<p>Dans ces différentes études, les auteurs ont identifiés plusieurs items et ont obtenus des résultats concernant la cognition, le comportement, l'état émotionnel, ainsi que les activités de la vie quotidienne.</p> <p>Une analyse de la qualité des études a également été effectuée.</p>	<p>Concernant les résultats principaux: deux résultats significatifs ont été identifiés.</p> <p>En comparant la thérapie de la Validation et les soins usuels, une amélioration du comportement a été identifiée en utilisant la Validation.</p> <p>L'état dépressif chez le patient a également été moindre lors de l'utilisation de la thérapie de la Validation.</p> <p>Les chercheurs concluent tout de même qu'il n'existe pas suffisamment d'évidence dans les essais analysés pour conclure l'efficacité de la thérapie de la Validation chez les personnes atteintes de démence.</p>

K-Tableaux de recension

			soins ordinaires sans activités supplémentaires, les thérapies qui diffèrent de la Validation, mais apportent un supplément (groupe de réminiscence, orientation etc.)			
--	--	--	--	--	--	--

Résumé de l'étude N°4

Revue de la littérature établie par deux chercheurs. Cette revue a analysé uniquement des essais randomisés et contrôlés. Les essais ont été identifiés par une recherche faite par le groupe du registre spécialisé de Cochrane (base de données) au sujet de la démence et des améliorations cognitives. La recherche a été effectuée en 2005. Les biais possibles pouvant influencé les résultats seraient la différence d'âge, de genre, et des stades de démence dans les différents essais randomisés. Il y a aussi des biais identifiés par les chercheurs, concernant le manque de clarté au sujet du diagnostic de démence dans les essais analysés. Mais encore les chercheurs pensent qu'il a été difficile pour les participants aux études d'être complètement aveugles aux hypothèses de l'étude en cours. A la suite de leur analyse, les chercheurs sont arrivés à la conclusion qu'il n'existe pas suffisamment d'évidence dans les essais analysés pour conclure l'efficacité de la thérapie de la Validation chez les personnes atteintes de démence.

K-Tableaux de recension

Etude N°5: Therapeutic communication training in long term care institutions: Recommendations for future research.						
Titre en Français: Entraînement de communication thérapeutique dans les institutions de soins à long terme: recommandations pour la future recherche.						
Type d'étude	Echantillon	Buts/Questions/ Hypothèses/	Cadre de référence/théorique / concepts	Méthode de collecte	Méthode d'analyse	Résultats/conclusio ns
<p>Cette étude est une revue de la littérature</p> <p>De type qualitative</p>	<p>L'échantillon dans les études comprend des individus âgés souffrant de désordres cognitifs et atteint de démence, se trouvant dans une institution de soins de longue durée.</p>	<p>B: Le but de cette étude est la critique de la recherche expérimentale contemporaine. Elle recommande des directions de recherches concernant des interventions de communication thérapeutiques pour les infirmières assistantes (NAs)</p> <p>H: les patients atteints de démence ne créent pas de pauvre communication mais demandent un plus haut niveau de communication, dite thérapeutique.</p>	<p>Le concept énoncé dans cette revue, est la communication thérapeutique. Dans cette revue, le chercheur a apporté une définition établie par Van Servellen.¹²⁴ Dans son travail le chercheur a opérationnalisé la communication thérapeutique en une variété d'approches orientées vers les émotions, qui inclue: le soin centré sur la personne, les connaissances de la démence, le soin orienté vers l'émotion, et les connaissances de la prise en charge des comportements.</p>	<p>L'auteur a fouillé les bases de données PubMed, CINHALL, Ageline, et Psychinfo academic pour rechercher uniquement des articles de journaux.. Les critères d'inclusions étaient : les sujets inclus mais non exclusivement des infirmières assistantes, dans une institution de soins longue durée, une intervention expérimentale établie au sujet de la communication thérapeutique, et enfin une étude incluant un groupe de contrôle.</p>	<p>Les études restantes ont été revues en avec les composantes suivantes :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La grandeur du cadre (du contexte), le consentement, les réponses. 2. L'étude : si l'étude est randomisée, et a été contrôlée par un groupe ou non, s'il y a eu pré et post test, si l'aveuglement a eu lieu. 3. Les interventions: la structure d'entraînement, la durée des séances, le matériels présents, la présentation des entraîneurs etc. 	<p>Les conclusions des études dans cette révision indiquent que les techniques de communication thérapeutiques peuvent être enseignées et peuvent profiter au personnel soignant et pourvoir à la qualité des soins, ainsi qu'à la qualité de vie des adultes plus âgés. Ces techniques peuvent comprendre :</p> <p>Les comportements de communication verbaux et non-verbaux en incluant des questions flexibles, positives les déclarations, le regard, et le sourire.</p>

¹²⁴ La communication est un échange interpersonnel qui utilise les messages verbaux et non verbaux, qui permettraient d'aider à surmonter le stress, l'anxiété, la peur et d'autres expériences émotionnelles qui provoquent la détresse.

K-Tableaux de recension

Résumé de l'étude N°5

Revue de la littérature établie par Lené Levy-Storms, en 2007, aux Etats Unis. Pour établir cette revue, le chercheur a analysé 13 études, dont 7 sont des essais randomisés. Les autres études sont des études de type quasi-expérimentales. La majorité des études n'a offert que des interventions thérapeutique mais a émis peu de détails concernant la communication, et ne l'a pas évaluée réellement. Par contre 2 études hollandaises ont inclus les connaissances de communications verbale et non verbale. Une des ces études a également entraînée les CNAs (Certified Nurses Aids) à la communication au moyen de l'analyse d'action réciproque. Une autre a développé la méthode SNOEZELEN (simulation multi sensorielle) qui permettrait une amélioration de la communication non verbale et la diminution de comportements indésirables. Ces 2 études ont apporté comme résultats que les infirmières ont donnés plus d'informations aux patients, au sujet de leurs soins et ont utilisés plus de questions ouvertes dans leur communication avec le patient. L'auteur recommande donc pour la pratique : que les programmes d'éducation des CNAs devraient accentuer sur les comportements de communication simple verbale et non verbale, que l'équipe ait un entraîneur professionnel externe à l'équipe de soins, centrer leur programme sur les aspect psychosociaux des soins à long terme, concevoir l'évaluation et les interventions comme un effort d'améliorer la qualité des soins et travailler aussi dans d'autres établissements de soins de longues durées du même type.

K-Tableaux de recension

Etude N°6: Massage and touch for dementia (Review).						
Titre en français: Le massage et le toucher dans la démence (Revue).						
Type d'étude	Echantillon	Buts/Questions/ Hypothèses/	Cadre de référence/théorique /concepts	Méthode de collecte	Méthode d'analyse	Résultats/conclusion s
<p>Revue de la littérature qui procure une vue d'ensemble des recherches existantes sur l'utilisation des massages et du toucher dans la démence.</p> <p>De type quantitative et qualitative.</p>	<p>Des études randomisées et contrôlées, série de cas avec groupes de contrôles.</p> <p>Les participants aux études étaient des patients atteints de n'importe quel type de démence recevant des soins professionnels standards à leurs conditions, à leur domicile, à l'hôpital ou dans une institution.</p> <p>Les types d'interventions retenues dans les études incluaient les massages standards, les thérapies centrées sur les points de pression spécifiques (réflexologie, shiatsu), et le toucher thérapeutique.¹²⁵</p>	<p>B: Le but de cette revue est d'évaluer les effets d'une gamme de thérapies par massages et par le toucher, aux conditions associées à la démence, telles que l'anxiété, les comportements d'agitation et la dépression.</p> <p>B: Donner une vue d'ensemble des formes de massages qui ont été appliqués et étudiés dans un contexte de soins à des patients souffrants de démence.</p> <p>B: Présenter les effets nocifs expérimentés ou les difficultés rencontrées dans la pratique.</p>	<p>Les concepts identifiés dans cette revue, sont le massage et le toucher.</p> <p>Dans l'introduction, les auteurs abordent quelques modèles théoriques concernant ces 2 interventions. Ils parlent du modèle physiologique, neurologique et psychologique.</p>	<p>Les auteurs ont recherché des essais dans un registre spécialisé de Cochrane sur la Démence et un groupe d'amélioration cognitif, en utilisant les mots clés: massages, réflexologie, toucher et shiatsu.</p> <p>En plus de consulter des bases de données, les auteurs ont recherché des organisations, et pris contact avec des patients et des thérapeutes.</p> <p>Dans les essais analysés les auteurs ont également voulu qu'il y ait l'évaluation des effets sur les problèmes de comportement, le « fardeau » des</p>	<p>Les auteurs ont identifiés 34 références initiales de recherches. Sur ces 34 références, 8 étaient actuelles, et étaient des essais randomisés et contrôlés. Sur ces 8, seulement 2 avaient les critères méthodologiques minimaux requis.</p> <p>Ensuite 2 évaluateurs ont évalués les 8 articles qui étaient des essais randomisés et contrôlés potentiels pour vérifier leur inclusion dans la revue.</p>	<p>Les évidences bien que limitées, sont en faveur des interventions de massage de toucher pour les problèmes associés à la démence.</p> <p>Mais cette évidence a tout de même 2 spécifications :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Le massage réduit immédiatement ou à court terme le comportement agité. 2. Le toucher associé à des encouragements verbaux durant la nutrition, participe à une normalisation de la nutrition chez le patient. <p>L'évidence ne soutient pas de conclusions générales au sujet des</p>

¹²⁵ Dans l'étude, les auteurs, définissent le TT (Toucher Thérapeutique) comme étant une intervention, dans laquelle les mains du thérapeute, sont à une courte distance du corps du patient, sans un contact physique direct.

K-Tableaux de recension

		B: Fournir des recommandations pour la recherche dans ce sujet.		aidants, le stress émotionnel, et la capacité s cognitive des patients.		effets de ces interventions, mais en tout les cas, aucun effet néfaste n'a été identifié. Les auteurs concluent que le massage et le toucher peuvent servir d'alternatives ou de complément aux thérapies prenant en charge les comportements, l'affect, ainsi que d'autres conditions associées à la démence.
--	--	---	--	---	--	---

Résumé de l'étude N°6

Revue de la littérature publiée en 2008 par 3 chercheurs. Les chercheurs ont analysés 18 études, dont 8 étaient de probables essais randomisés. Dans ces études, les participants étaient des personnes âgées atteintes de n'importe quel type de démence recevant des soins professionnels standards à leurs conditions, à leur domicile, à l'hôpital ou dans une institution. Les types d'interventions retenues dans les études incluait les massages standards, les thérapies centrées sur les points de pression spécifiques (réflexologie, shiatsu) et le toucher thérapeutique. Les chercheurs ont aussi cherché à identifier si l'évaluation des effets sur les problèmes de comportement, le fardeau des soignants, l'état émotionnel et la capacité des patients avaient été effectuée. Les auteurs de cette revue ont conclu de manière générale, que le massage et le toucher peuvent servir d'alternatives ou de complément aux thérapies prenant en charge les comportements, l'affect ainsi que d'autres conditions associées à la démence. Les biais identifiés par les auteurs seraient le manque de précision concernant la méthode de randomisation de certaines études ainsi que le petit nombre de participants à l'étude.

K-Tableaux de recension

Etude N°7: Communicative strategies training effectiveness to caregivers of patients with dementia.						
Titre en français: L'efficacité d'entraînement de stratégies communicative des aidants naturels envers les patients atteints de démence.						
Type d'étude	Echantillon	Buts/Questions/Hypothèses/	Cadre de références théoriques/concepts	Méthode de collecte	Méthode d'analyse	Résultats/conclusions
<p>Etude empirique analytique.</p> <p>Avec résultats quantitatifs et qualitatifs.</p>	<p>L'échantillon comprenait 7 aidants principaux, ainsi que 7 personnes âgées avec une démence d'Alzheimer de stade modéré qui suivaient un traitement depuis au moins 3 mois. Tous les aidants étaient des femmes, et concernant les 7 patients, 5 étaient des femmes.</p> <p>Le diagnostic de démence a été établi par des gériatres ou des neurologues, selon les critères du DSM IV.</p>	<p>B: Le but de cette recherche est de vérifier l'efficacité d'un programme de formation pour faciliter les stratégies de communication des aidants avec les personnes âgées et atteintes de démence modéré.</p>	<p>Les concepts identifiés dans cette étude, sont la démence d'Alzheimer, ainsi que la communication.</p>	<p>L'étude a tout d'abord été approuvée par le Comité de Recherche Ethiques de l'Université Fédérale de Sao Paulo, au Brésil.</p> <p>Cette étude a été conduite dans 2 capitales du nord du Brésil, de novembre 2004 à avril 2006.</p> <p>Les auteurs ont enquêtés sur les les stratégies de communication utilisées par les aidants avant et après le programme de formation.</p> <p>Pour cette recherche un questionnaire sur l'utilisation et l'efficacité de stratégies communicatives énoncées par les aidants a été effectué</p>	<p>Les stratégies ont été divisées en 2 groupes</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1^{er} groupe: chaque stratégie a été considérée comme présente ou absente. • 2^{ème} groupe: la fréquence relative de la présence de la stratégie a été analysée et représentée par un ratio entre le nombre de tours de communication dans lesquels elles étaient utilisées et le nombre total de tours de communication entre l'aidant et le patient. <p>Le Wilcoxon test¹²⁶ a été utilisé pour</p>	<p>5 aidants avaient reçu, avant la formation, des informations sur la communication dans la démence, en lisant du matériel spécifique, ou par les médias.</p> <p>Les auteurs ont remarqué qu'il y avait une augmentation significative de l'utilisation des stratégies après le programme de formation.</p> <p>Concernant l'efficacité, il n'y a pas eu de différence statistique significative après le programme de formation.</p> <p>Tous les aidants ont rapporté un impact positif de dans leur manière de communiquer, dans</p>

¹²⁶ Le test de Wilcoxon permet de tester l'effet d'un traitement sur un caractère donné (si deux échantillons peuvent être issus de la même loi).

Références : *Le teste de Wilcoxon*. Adresse URL : <http://www.u707.jussieu.fr/biostatgv/wilcox.php>

K-Tableaux de recension

				<p>par des étudiants en pathologie de langues, ainsi qu'un enregistrement sur vidéo des situations entre les aidants et les patients..</p> <p>Les enregistrements vidéos ont été conduits environ 15 jours après les questionnaires, à la maison es patients, durant le dîner ou souper.</p> <p>Entre 7 et 21 jours après le programme, les aidants ont à nouveau eu droit à un questionnaire, afin de connaître les bénéfices perçus par chacun.</p>	<p>comparer la fréquence et l'efficacité des stratégies utilisées par les aidants, avant et après la formation.</p> <p>La corrélation Spearman¹²⁷ a été utilisée pour vérifier la corrélation entre l'utilisation et l'efficacité des stratégies de communication.</p>	<p>leur relation avec leurs parents, et dans la performance des activités quotidiennes.</p> <p>Les aidants ont affirmés qu'ils se sentaient plus calmes, et qu'ils avaient plus de patience. Les aidants ont également mentionnés une diminution des épisodes d'agressivité physiques pratiqués par leurs mères ou pères.</p>
--	--	--	--	---	---	---

¹²⁷ Le coefficient de corrélation de Spearman permet d'étudier l'existence de relation entre deux variables.
 Références : *La corrélation de Spearman*. Adresse URL : <http://www.u707.jussieu.fr/biostatgv/spearman.php>

K-Tableaux de recension

Résumé de l'étude N°7

Etude empirique menée dans 2 capitales Brésilienne, de novembre 2004 à avril 2006 par 4 chercheurs. Les participants à l'étude étaient des patients atteints de la DMA au stade modéré qui prenaient un traitement, et leurs aidants. Au total 7 aidants dont 5 femmes, et 7 patients ont participé à la recherche. Comme conclusion à leur étude, les chercheurs ont remarqué une augmentation des stratégies de communication, après le programme de formation. A la suite de cette formation, les aidants ont exprimés un impact général positif sur leurs comportements et sur celui de leurs parents malades.

Important de souligner le déni à la participation à cette recherche, selon l'hypothèse que : le manque de conscience de problèmes de communication de la part des aidants, qui ont niés, au téléphone, les difficultés de communication avec leur parent atteint de DMA. 2^{ème} hypothèse : les aidants attachent moins d'importance aux difficultés de communication qu'aux autres désordres ou limitations. Les chercheurs ont alors pensé que la participation à la recherche serait un stress supplémentaire pour les aidants.

Concernant l'efficacité des stratégies, les auteurs soulignent 3 hypothèses : le film a été tourné dans une période courte après l'entraînement, cela n'a donc pas permis aux aidants de vérifier quelles étaient les stratégies plus efficaces. La 2^{ème} hypothèse : le fait de tourner des situations interactives augmenterait les contextes de communications et l'utilisation des stratégies. La 3^{ème} hypothèse : la méthode pour analyser l'efficacité n'est pas suffisante pour analyser la qualité de la communication.