

---

***Comment comprendre le comportement de déambulation  
et quelles stratégies peuvent être mises en place pour  
gérer ce symptôme auprès des personnes âgées atteintes  
de démence de type Alzheimer et vivant en institution?***

***Une revue de littérature étoffée***

Travail de Bachelor

Par  
**Iolanda Monteiro Garcia et Floriane Ropraz**  
Promotion : 2010-2013

Sous la direction de : Jessica Graber  
**Haute Ecole de Santé, Fribourg**  
Filière soins infirmiers

Le 1<sup>er</sup> Juillet 2013

## RÉSUMÉ

---

De nombreux chercheurs signalent le fait qu'il n'existe pas de définition claire sur le comportement d'errance (Lévesque, Roux et Lauzon, 1990).

Ces auteurs démontrent également que « l'errance et la fugue sont deux comportements qui retiennent particulièrement l'attention du personnel soignant » (Lévesque, Roux et Lauron, 1990, p. 182). En effet, plusieurs recherches évoquent que les personnes atteintes de démence de type Alzheimer (DTA) développant ces comportements sont plus à risques d'accidents (Rolland et al, 2003 ; Lévesque, Roux et Lauzon, 1990). La DTA amène ces personnes démentes à enfreindre certaines règles comme franchir des propriétés privées ou même aller dans des endroits dangereux. Parfois ces sujets tentent de sortir à l'extérieur sans prendre en compte les conditions météorologiques (Lévesque, Roux et Lauzon, 1990).

Pour gérer ce comportement d'errance, certaines institutions ou intervenants mettent en place des stratégies restrictives visant la protection des personnes. Ces dernières sont limitées à « l'utilisation de médicaments, du fauteuil gériatrique, au confinement dans un territoire donné, parfois même verrouillé, à l'interdiction d'accéder à certains endroits communautaires ou à la surveillance du résident par une personne payée par la famille ou par l'établissement » (Lévesque, Roux et Lauron, 1990, p. 182).

**Buts:** l'objectif de cette étude est de comprendre le comportement de déambulation et découvrir quelles stratégies peuvent être mises en place pour gérer ce symptôme auprès des personnes âgées atteintes de DTA et vivant en institution. La notion de qualité de soins est visée dans le but d'offrir une qualité de vie favorable aux résidents.

**Méthode:** cette revue de littérature étoffée se base sur un ensemble de dix-sept articles scientifiques. Ces recherches ont été sélectionnées dans les banques de données telles que PubMed/Medline. La sélection d'articles se déroule sur une période allant de septembre 2010 à mai 2013. Pour répondre à la question de recherche, une sélection de critères d'inclusion et d'exclusion a été menée. Chaque article a été synthétisé sous forme de grilles de lecture. Les résultats ont ensuite été analysés à l'aide de concepts et de cadres de références tels que le concept de bientraitance, le concept de qualité de soins, l'approche prothétique et l'approche Snoezelen.

**Population cible:** sujets âgés atteints de DTA, errant et vivant en institution.

**Résultats:** la déambulation et l'errance sont perçues comme étant des synonymes. Les différentes recherches menées jusqu'à ce jour n'ont pas permis d'établir une définition claire et précise de la déambulation. Ce comportement est difficile à gérer pour les soignants. Divers outils d'évaluation permettent de décrire et de quantifier l'errance. Plusieurs stratégies d'interventions développées par les chercheurs contribuent à la gestion du comportement errant.

**Implications pour la pratique:** l'utilisation de nouvelles stratégies améliorent la prise en soins des résidents déambulant. Les professionnels de la santé sont régulièrement amenés à soigner des personnes âgées atteintes de troubles comportementaux dans divers services de soins. En travaillant avec cette population, ils peuvent parfois être confrontés à des problèmes relationnels. Le sujet principal répondant à cette problématique peut donc être synthétisé par l'interrogation suivante : comment en tant que professionnels de la santé, peuvent-ils soigner des personnes déambulant vivant en Établissement Médico-Social (EMS) ?

**Mots-clés:** Aged, Nursing Homes, Dementia, Alzheimer Disease, Wandering Behaviour, Geriatric Assessment

## REMERCIEMENTS

---

Notre premier grand « Merci ! » va tout particulièrement à Madame Jessica Graber, notre directrice de mémoire, pour son soutien, ses précieux conseils et encouragements tout au long de la réalisation de ce travail de Bachelor.

Nous remercions également Mélanie Ropraz pour sa précieuse aide et pour son temps consacré à la relecture de cet écrit.

Un autre grand « Merci ! » s'adresse à nos familles, amis et spécialement à nos parents qui ont supporté nos humeurs, qui nous ont soutenues et encouragées tout au long de ce travail.

Pour terminer, nous remercions nos collègues de classe de la promotion Bachelor 2010 ainsi que certains professeurs qui nous ont apporté leurs conseils et leurs encouragements durant les moments de remise en question.

# TABLE DES MATIÈRES

---

<b>INTRODUCTION</b> .....	9
<b>1. Thématique : la maladie d'Alzheimer et les SCPD</b> .....	10
1.1. Problématique et formulation de la question de recherche .....	12
<b>2. Concepts et cadres de références clés en lien avec la problématique</b> .....	15
2.1. Concept de bienveillance .....	15
2.2. Qualité de soins .....	16
2.3. Approche prothétique.....	17
2.4. Approche Snoezelen.....	19
<b>3. Méthode</b> .....	21
3.1. Argumentation du devis et recherche de sources probantes .....	21
3.2. Critères de sélection .....	21
3.2.1. Critères d'inclusion .....	21
3.2.2. Critères d'exclusion.....	22
3.3. Méthode d'analyse des études.....	22
3.4. Stratégies de recherches .....	23
3.5. Méthode d'analyse des études.....	27
<b>4. Résultats</b> .....	27
4.1. Le comportement d'errance .....	27
4.2. Les outils d'évaluation de l'errance .....	30
4.3. Les stratégies mises en place pour gérer l'errance.....	31
<b>5. Discussion</b> .....	35
5.1. Critiques et limites des recherches .....	35

5.2. Discussion des résultats.....	36
5.3. Le comportement d'errance .....	36
5.4. Les outils d'évaluation de l'errance .....	38
5.5. Les stratégies mises en place pour gérer l'errance.....	39
<b>6. Réponse à la question et implications pour la pratique infirmière .....</b>	<b>41</b>
<b>7. Critiques et limites de la revue de littérature.....</b>	<b>44</b>
<b>8. Perspectives futures .....</b>	<b>45</b>
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>47</b>
Mots des auteures .....	47
<b>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES .....</b>	<b>49</b>
<b>ANNEXES .....</b>	<b>55</b>
Annexe A : Déclaration d'authenticité.....	55
Annexe B : Tableau des différentes catégories .....	56
Annexe C : Tableau de synthèse des études retenues .....	57
Annexe D : Grilles critiques des articles scientifiques.....	60

## LISTE DES ABRÉVIATIONS

---

**ANESM :** Agence Nationale de l'évaluation et de la qualité des  
Établissements et Services sociaux et Médicaux sociaux

**AWS :** Algase Wandering Scale qui est l'échelle d'Algase

**DTA :** Démence de Type Alzheimer

**EHPAD :** Établissement d'Hébergement pour les Personnes Agées  
Dépendantes

**EMS :** Établissements Médicaux Sociaux

**GPS :** Système de Positionnement Global

**MMSE :** Mini-Mentale State Examination

**NLM :** National Library of Medicine

**SCPD :** Symptômes Comportementaux et Psychologiques de la  
Démence.

## PRÉAMBULE

---

*Au bout du couloir, je le vois déambuler.  
Je l'ai appelé par son nom afin qu'il vienne prendre le goûter.  
Dans son monde, il ne peut m'apercevoir. Alors de lui, je me suis approchée.  
Je lui ai tendu la main, il a ainsi levé sa tête et m'a regardée.*

*Un seul geste a suffi, afin qu'on puisse communiquer.  
Il m'a alors serré la main et m'a dit : « Bonjour».  
J'ai souri et l'ai accompagné à la salle de séjour.  
On s'est assis, je l'ai aidé à manger et à boire son thé.*

*Soudain, sans raison, il s'est levé et a commencé à s'agiter.  
Le pourquoi ? Sincèrement, je ne saurais l'interpréter.  
Il a ensuite pris son tintébin et s'est remis à errer.  
Comprendre son comportement, j'aimerais tant pouvoir l'expliquer.*

*Floriane Ropraz  
Iolanda Monteiro Garcia  
Bachelor 2010*

## INTRODUCTION

---

Avant de choisir et de définir la thématique, les thèmes les plus sensibles ont été relevés. Les auteures de ce travail ont toutes les deux exercé en tant qu'Assistante en Soins et Santé Communautaire dans une institution pour personnes âgées. Elles ont pu assister à des comportements surprenants de certains soignants envers les résidents atteints de démence. Ces attitudes consistaient par exemple à contenir un résident qui déambulait en le bloquant avec des meubles ou en lui donnant des réserves médicamenteuses sans même chercher la cause de ce changement de comportement.

Il semble pertinent d'amener quelques statistiques évoquant la situation en Suisse. L'Office Fédérale de la Statistique (OFS, 2013) mentionne qu'en 2010, il y avait plus de 17% de la population (1,308 million) âgée de 65 ans et plus. Parmi ces personnes, 6% (85'000) étaient institutionnalisées. En 2012, l'Association Alzheimer stipule qu'en 2011, la suisse comptait plus de 107'500 personnes atteintes de démence (Association Alzheimer Suisse, 2012).

Ces quelques chiffres permettent d'émettre l'hypothèse qu'à l'avenir, la profession d'infirmière sera amenée à soigner de plus en plus de personnes démentes. « En raison du vieillissement global de la population, la fréquence du nombre de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer croît de façon dramatique et cette maladie devient un problème de santé publique majeur » (Dufouil et Alperovitch, 2005, p. 1869).

La prise en soins auprès des personnes âgées démentes est difficile. « Dans la maladie d'Alzheimer, les patients peuvent présenter divers symptômes [...]. Une meilleure compréhension de ces comportements et des besoins du patient aidera les aidants à prodiguer des soins d'une qualité optimale » (Groulx, 1998, p. 6). Suite à ces propos, la complexité de cette thématique est une motivation à réaliser cette revue systématique.

## 1. THÉMATIQUE: LA MALADIE D'ALZHEIMER ET LES SYMPTÔMES PSYCHOLOGIQUES ET COMPORTEMENTAUX DE LA DÉMENCE

---

Le docteur Aloïs Alzheimer a donné son nom à la maladie d'Alzheimer en 1906. Il définit celle-ci comme une dégénérescence des cellules nerveuses des centres de la mémoire s'étendant dans d'autres régions du cerveau entravant certaines fonctions telles que le savoir-faire, le jugement ou le langage (Verdurand, 2008).

Selon Phaneuf (2007) professeure de sciences infirmières et consultante internationale, la démence est définie comme :

Une atteinte au fonctionnement intellectuel accompagnée d'une perte importante de la mémoire, de changements de la personnalité et de l'affectivité, mais aussi sur le plan de la reconnaissance des personnes, de désorientations temporelle et spatiale, et d'une incapacité de résoudre des problèmes ou de manifester les comportements appropriés aux situations. Pour qu'il y ait véritablement démence, la détérioration doit durer depuis plus de six mois et être assez importante pour perturber les activités quotidiennes de la personne (p. 26).

De plus, l'Association Alzheimer Suisse (2011) définit la maladie d'Alzheimer par : « la disparition massive et progressive de cellules dans le cerveau. On observe aussi la diminution de substances chimiques nécessaires pour l'échange d'informations entre les cellules cérébrales » (p. 5).

La démence comprend divers Symptômes Comportementaux et Psychologiques de la Démence (SCPD). Selon Camus et al. (2009), les SCPD tels que la déambulation, les fugues, les cris, les plaintes, l'agressivité et l'agitation font partis des symptômes les plus difficiles à gérer pour les proches, mais aussi pour les soignants. Ces comportements de la maladie d'Alzheimer prédisent un délai d'entrée plus rapide en institution.

Par ailleurs, Lévesque, Roux et Lauzon (1990) définissent l'errance comme des « déambulations répétées, parfois presque continues, que la personne amorce de sa propre initiative et qui peuvent comporter ou non des dangers pour elle » (p. 183). Cette définition met en avant trois points : « l'errance n'est pas toujours un problème en soi ; un résident peut errer sans chercher à fuir ; celui qui fait une tentative de fuite n'est pas nécessairement un bénéficiaire errant » (p. 183).

De nombreux auteurs se questionnent sur la possibilité d'avoir un lien entre le comportement d'errance et le passé de la personne. Mailloux et Lévesque (1988 cités par Lévesque, Roux et Lauzon, 1990) signalent dans leur étude, menée auprès de personnes démentes, que le comportement d'errance n'est pas étranger à leurs habitudes de vie. En 1982, Monsour et Robb (cités par Lévesque, Roux et Lauzon, 1990) affirment que les personnes démentes étaient actives dans leur passé ; par exemple lors de situations de stress, elles recouraient à la marche. Par ces propos, il est essentiel de s'informer de l'histoire de vie de la personne atteinte de DTA lors du processus de soins (Lévesque, Roux et Lauzon, 1990).

En 1981, Hussian quant à lui, (cité par Lévesque, Roux et Lauzon, 1990) indique « [...] que le comportement d'errance est influencé par des caractéristiques de l'environnement et qu'il ne s'effectue pas au hasard autant que l'on pourrait le croire » (p. 185). De nombreux auteurs ont adopté ce point de vue et soulignent que les personnes déambulent « [...] en suivant un parcours régulier, propre à chacune, qui peut être facilement reconstitué » (p. 185). Tout comme Hussian (1981), Snyder et ses collaborateurs (1978) croient que les résidents poursuivent un but en déambulant comme « aller à la recherche de quelqu'un ou de quelque chose ou vouloir demeurer occupé » (Lévesque, Roux et Lauzon, 1990, p. 185).

Rader, Doan et Schwab, (1985, cités par Lévesque, Roux et Lauzon, 1990) renforcent l'idée que la personne démente erre en poursuivant un but. Ces auteurs insistent aussi sur le fait que « l'errance constituerait donc un comportement auquel les résidents ont recours pour satisfaire des besoins » (p. 185).

Snyder et ses collaborateurs (1978, cités par Lévesque, Roux et Lauzon, 1990) proposent trois types de déambulation : « l'errance avec but et comportement de recherche ; l'errance avec but et comportement d'occupation ou d'auto-stimulation ; l'errance sans but apparent » (p. 186). Tandis que Hussian et Davis (1985, cités par

Lévesque, Roux et Lauzon, 1990) proposent un quatrième type d'errance qui est lié à l'akathisie<sup>1</sup> (Lévesque, Roux et Lauzon, 1990).

Les soins auprès des personnes âgées démentes sont complexes. Il est souvent ardu de les comprendre, car elles communiquent autrement que par la parole (Moulias, Hervy, Ollivet et Mischlich, 2005). « Soigner la personne atteinte de démence Alzheimer représente tant pour la famille que pour le personnel soignant, une situation exigeante, voire énigmatique qui provoque bien souvent des sentiments de découragement et d'impuissance difficiles à tolérer » (Lévesque, Roux et Lauzon, 1990, p. 11). Avet (2008) stipule que la prise en soins d'une personne atteinte de DTA demande aux soignants de développer les connaissances nécessaires à la compréhension de la pathologie telles que les signes typiques de la démence. Dès lors, l'adaptation des soins propres à chaque résident sera envisageable.

L'étude de Miyamoto, Tachimori et Ito (2010) démontre que les SCPD ont un impact négatif chez les soignants. Ils soutiennent également que le fait de prodiguer des soins auprès des patients ayant un SCPD engendre un mal-être chez les aidants.

### **1.1. Problématique et formulation de la question de recherche**

Dans la littérature, l'errance et la déambulation sont perçues comme étant des synonymes (Ligue Européenne Contre la Maladie d'Alzheimer, s.d.). La déambulation est un facteur de risques de chutes et de lésions graves. Il en ressort également que ce trouble comportemental est souvent observé auprès des personnes atteintes de DTA à un stade avancé. L'errance est vécue comme une source d'inquiétude et d'épuisement pour les familles et les soignants. Ce comportement suscite chez les aidants une crainte que leurs proches atteints de démence ne se perdent ou se blessent en chutant. La surveillance constante d'un proche est cependant difficile. Ce sont l'ensemble de ces raisons qui font que, la déambulation va alourdir le « fardeau familial » (Rolland et al.,

---

<sup>1</sup> L'akathisie se caractérise par : « un sentiment d'inconfort, de malaise musculaire, une difficulté à rester quelque temps dans la même position ; le patient bouge très souvent les membres inférieurs s'il est assis et, s'il est debout, il a une tendance à piétiner ou à marcher » (Fattorusso et Ritter, 2004, p. 157).

2003, p. 335). De plus, ce comportement est aussi l'une des causes d'un placement en institution. Il appartient ainsi à l'accompagnant de trouver la raison de cette marche infinie afin de réagir par des mesures adéquates (Rolland et al., 2003).

Parmi les SCPD, la thématique de la déambulation des personnes âgées interpelle davantage les professionnels de la santé. Elle représente une problématique de taille pour la profession infirmière. En effet, la prise en soins de ces patients requiert « [...] une exigeante et une grande responsabilité » (Association Alzheimer, 2009, p. 1). Comprendre ce qui se cache derrière ce besoin de bouger est essentiel pour mieux gérer certaines situations (Association Alzheimer, 2009). Le souhait de ce travail est de baser le questionnement sur les types de soins à prodiguer aux personnes âgées ayant des troubles comportementaux tels que la déambulation.

D'après Strubel et Corti (2008), la déambulation se définit comme un trouble du comportement, fréquent dans les cas de démence. Elle correspond à un besoin répété, prolongé, parfois compulsif de marcher, avec ou sans but. Sa fréquence augmente avec la sévérité de la maladie, elle est plus marquée en milieu institutionnel et dans la maladie d'Alzheimer. De plus, Rolland et al. (2003), Strubel et Corti (2008) appuient que les conséquences pour le malade peuvent être graves, il peut se perdre, s'épuiser et être victime de traumatismes suite à des chutes.

Selon Lévesque, Roux et Lauzon (1990), la personne démente éprouve des difficultés pour s'exprimer. Le comportement d'errance peut être une forme d'expression. Il est primordial de rechercher le sens de ce comportement même si cela est difficile à être interprété. Ces mêmes auteurs décrivent trois façons d'intervenir lors d'errance. La première étant « la description du comportement » (p. 191). Celle-ci consiste à décrire précisément les caractéristiques du comportement de déambulation. La deuxième quant à elle examine les antécédents de la personne errante. Pour cela, il faut prendre en compte les facteurs environnementaux et individuels de la personne. En ce qui concerne la dernière intervention, celle-ci vise à observer les conséquences du comportement errant tant sur les conséquences pour le malade que pour son entourage. Pour le malade, les déambulations peuvent « être des occasions de contact avec d'autres résidents et le personnel ou une façon de libérer des tensions » (Lévesque, Roux et Lauzon, 1990, p. 195). L'errance peut aussi engendrer des complications de santé par exemple, des

problèmes de déshydratation, de phlyctènes, des œdèmes voire même des risques de s'infliger des blessures graves lorsqu'elles errent dans des endroits pouvant être dangereux. Concernant les conséquences pour l'entourage, « la famille éprouve parfois de l'angoisse – elle craint que son parent s'égare, s'enfuie, se blesse, dérange d'autres résidents ou soit rejeté par l'entourage [...] » (Lévesque, Roux et Lauzon, 1990, p. 196). Ces derniers disent qu'il est essentiel d'éviter « le piège de présumer que l'errance est toujours un comportement problématique pour la personne ; l'évaluation des conséquences nous prouve parfois le contraire » (Lévesque, Roux et Lauzon, 1990, p. 196).

De son côté, l'Association Alzheimer Suisse (2009) affirme que « les personnes atteintes de démence déambulent afin de pouvoir se défouler tout en restant actives, mais parfois, elles ressentent un malaise, une peur ou alors une douleur » (p. 1).

C'est pourquoi, selon Rolland et al. (2003), il est important qu'une personne qui déambule puisse bouger librement. Cependant, lorsque l'architecture n'est pas adaptée à ces personnes, l'appréhension et les surveillances harassantes contraignent certains soignants à mettre en place des moyens de contention physique ou des interventions médicamenteuses. « Cette option ne fait pourtant que majorer les comportements moteurs aberrants et place les sujets âgés sur une trajectoire de déclin fonctionnel, de perte d'autonomie et de grabatisation » (Rolland et al., 2003, p. 334).

Ces propos ne sont pas exhaustifs, mais démontrent l'ampleur que peut prendre la déambulation sur la vie quotidienne du patient dément et sur son entourage.

Pour les soignants, il s'agit d'une problématique répétitive du terrain impliquant d'avoir des connaissances et une pratique réfléchie. Moulias (2005), professeur de médecine et président de l'Association Internationale de Gérontologie atteste que « pour avoir un sens, le soin exige une compétence » (p. 254). Lai et Arthur (2003) soulignent dans la littérature que l'errance est un comportement complexe et difficile à définir. Cependant, il existe des hypothèses sur l'étiologie de ce symptôme comme par exemple, l'interaction biomédicale, psychosociale et environnementale. Du point de vue psychosocial, l'errance est vue comme une expression de ses propres besoins. La personne qui erre pourrait être à la recherche de quelque chose ou souhaiterait simplement s'exprimer. Le stress, l'ancienne profession et le besoin de trouver un

repère afin de se sentir en sécurité peuvent influencer l'errance chez un individu (Lai et Arthur, 2003).

Les soignants sont régulièrement confrontés à soigner des personnes âgées ayant des troubles cognitifs. Pour cela, le questionnement sera basé sur les soins auprès de ces personnes vivant en établissement médico-social (EMS) étant donné qu'elles représentent une grande partie de la population soignée. L'augmentation de personnes touchées par la démence, mais également la complexité que représentent ces prises en soins constitue une détermination à réaliser cette revue de littérature étoffée.

Après la recension des écrits, il a été décidé d'approfondir la problématique de la déambulation. Pour cela, la question de recherche de ce travail est la suivante :

**Comment comprendre le comportement de déambulation et quelles stratégies peuvent être mises en place pour gérer ce symptôme auprès des personnes âgées atteintes de démence de type Alzheimer et vivant en institution ?**

## **2. CONCEPTS ET CADRES DE RÉFÉRENCES CLÉS EN LIEN AVEC LA PROBLÉMATIQUE**

---

Pour poursuivre, les différents concepts utilisés en lien avec la problématique seront définis. La notion de « concept » est : « un objet abstrait, conçu par l'esprit, ou acquis par lui, et permettant d'organiser les perceptions et les connaissances » (Dictionnaire Larousse, cité par Formarier et Jovic, 2009, p. 13).

### **2.1. Concept de bientraitance**

En 2008, l'Agence Nationale de l'Évaluation et de la qualité des établissements et Services sociaux et Médicaux sociaux (l'ANESM) définit la bientraitance comme : « une culture inspirant les actions individuelles et les relations collectives au sein d'un établissement ou d'un service. Elle vise à promouvoir le bien-être de l'utilisateur en gardant présent à l'esprit le risque de maltraitance » (p. 16). L'ANESM (2008) ajoute :

Ainsi, la bientraitance ne se réduit ni à l'absence de maltraitance ni à la prévention de la maltraitance. Elle n'est ni le contraire logique ni le contraire pragmatique de la maltraitance. La bientraitance s'inscrit dans les conceptions d'une société spécifique, à un moment donné du temps. Il appartient à chaque équipe de professionnels, en lien avec les usagers, d'en déterminer les contours et les modalités de mise en œuvre dans le cadre du projet de service et

d'établissement, faute de quoi la démarche perdrait de sa dynamique et de son sens. Néanmoins, si la bientraitance est par définition une notion contextuelle et non figée, elle comporte un certain nombre de dimensions incontournables et ne peut donc relever d'un choix arbitraire (p. 16).

La bientraitance peut alors contribuer à la prévention de la maltraitance. Selon l'ANESM (2008) la posture professionnelle de bientraitance est citée comme :

Une manière d'être, d'agir et de dire, soucieuse de l'autre, réactive à ses besoins et à ses demandes, respectueuse de ses choix et de ses refus. Elle ne peut se résumer à une série d'actes. Mais cette posture professionnelle n'est pas faite que d'acceptation. Elle comporte tout aussi bien le nécessaire souci de maintenir un cadre institutionnel stable, avec des règles claires et sécurisantes pour tous, et un refus sans concession de toute forme de violence et d'abus sur le plus faible, d'où qu'elle émane. Cela implique que les professionnels eux-mêmes soient reconnus, soutenus et accompagnés dans le sens qu'ils donnent à leurs actes (p. 17).

Afin d'aider les professionnels de la santé à émettre une réflexion sur le sens de leurs actes, il est important de pouvoir définir ce concept de bientraitance au sein de l'équipe. Fillion (2012) a établi un projet de sensibilisation du personnel soignant par rapport à la bientraitance en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) afin de prévenir les comportements professionnels inadaptés. Selon Fillion (2012), la déambulation est régulièrement rencontrée dans les EHPAD, mais le manque de formation auprès de ces malades suscite souvent un sentiment de gêne, de faiblesse, d'épuisement voire d'appréhension rendant difficile la prise en soins. Fillion (2012) atteste que le projet de sensibiliser le personnel à la bientraitance « a permis d'amorcer une communauté conceptuelle, [...] qui permet aux soignants de se détacher de leur routine pour élaborer le soin » (p. 8).

## 2.2. Qualité de soins

Définir le concept de qualité de soins s'inscrit dans une suite logique par rapport au concept abordé précédemment. La notion de qualité de soins permet d'offrir une qualité de vie adéquate aux personnes atteintes de SCPD, notamment auprès de résidents qui déambulent. La qualité dans les soins infirmiers est primordiale. Elle concerne « [...] tous les domaines des soins : clinique, organisation, transmissions, compétences du personnel, bientraitance des patients et des familles [...] » (Formarier et Jovic, 1986, p. 232).

D'après Hurlimann (2001), les définitions de la qualité des soins sont « nombreuses et cette multiplicité entraîne une certaine confusion chez les professionnels de la santé » (p. 23).

Selon l'Organisation mondiale de la santé (1982, cité par Hurlimann, 2001), le concept de la qualité de soins est défini comme:

Une démarche qui doit permettre de garantir à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques lui assurant le meilleur résultat en terme de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour le même résultat, au moindre risque iatrogénique, pour sa plus grande satisfaction en termes de procédure, résultats, contacts humains à l'intérieur du système de soins (p. 24).

L'Association Médicale Américaine (1984, cité par Hurlimann, 2001) quant à elle certifie que « les soins de haute qualité contribuent fortement à augmenter ou maintenir la qualité de vie et/ou la durée de vie » (p. 24).

Selon l'Institute of Medicine (1990, cité par Hurlimann, 2001) définit la qualité de soins comme « la capacité des services de santé destinés aux individus et aux populations d'augmenter la probabilité d'atteindre les résultats de santé souhaités, en conformité avec les connaissances professionnelles du moment » (p. 24).

Quant au Conseil International des infirmières (1986, cité par Formarier et Jovic, 2009), la qualité de soins est définie comme : « le degré de conformité des soins donnés par le personnel infirmier, à des normes fixées d'avance. La norme correspondant au niveau à atteindre. Elle est fixée en fonction de ce qui est souhaitable pour le client et l'avancée des connaissances » (p. 231).

### **2.3. Approche prothétique**

Le terme prothétique vient du mot prothèse désignant un instrument ou un dispositif servant à compenser les pertes fonctionnelles de la personne (Monat, 2006). Depuis les années 90, les auteurs parlent d'approche prothétique élargie, car elle conçoit l'environnement, mais également les activités et la communication (Ducros-Gagné, 1988).

À l'aide de l'approche prothétique :

Le milieu de vie et les intervenants compensent la difficulté qu'éprouve la personne à se repérer dans les lieux, sa perte de mémoire, ses pertes liées aux gestes appris, et ses difficultés à reconnaître des objets et même des personnes (Dolbec, 2005 cité par Miller, 2007, p. 158).

Ce modèle aide ainsi les soignants et les proches à faire face aux obstacles vécus par la personne démente. Pour pouvoir exclure ou réduire les attitudes perturbatrices que présentent les résidents par exemple un comportement d'errance ou de fugue, il est important que les soignants préservent les autres comportements des personnes âgées et restent vigilants à leur sécurité (Miller, 2007).

« L'approche prothétique est une approche personnalisée » (Dolbec, 2005, cité par Miller, 2007, p. 158) au sein de laquelle, les actes de la vie quotidienne sont adaptés au rythme des personnes âgées atteintes de démence ou d'autres pathologies. Le personnel soignant devra rester attentif au fait que « ce qui est bon pour une personne ne l'est pas automatiquement pour une autre » (Dolbec, 2005, cité par Miller, 2007, p. 158). Lorsqu'un soignant propose une intervention à une personne âgée, le but principal est de créer un résultat positif chez cette dernière. Pour cela, avant qu'une action puisse fonctionner, il faut prendre le temps nécessaire afin de trouver la meilleure intervention. La participation au sein de l'équipe soignante est un élément clé pour la réussite dans l'utilisation de cette approche (Dolbec, 2005, cité par Miller, 2007).

Miller (2007) affirme que « l'aménagement du milieu de vie d'une personne atteinte de démence revêt une grande importance, car ses capacités fonctionnelles en dépendent, surtout aux stades intermédiaires et avancés de la maladie » (p. 159). Afin de réduire les comportements tels que l'errance, il est conseillé d'avoir un aménagement du milieu de vie adapté aux personnes âgées. Les facteurs comme le bruit, les couleurs, l'éclairage, la présence de plantes, un mobilier ajusté, etc. agissent au confort des résidents (Miller, 2007).

De nombreuses maisons Alzheimer se sont développées un peu partout dans le monde, principalement aux États-Unis. Le but de ces dernières est de « regrouper en unités semi-familiales une douzaine de patients » (Viau, s.d., p. 22). Diverses études ont déjà été effectuées à ce sujet. Selon Viau (s.d.), une architecture fondée sur la géométrie

diminuerait le stress, mais permettrait d'améliorer la sécurité et la qualité de vie des personnes démentes. La gestion des ressources humaines est également un élément primordial au sein d'une institution, le fait qu'il n'y ait quasiment pas de changement au sein du personnel, mais aussi le fait de pouvoir offrir des formations sont des éléments clés de la réussite. Les moyens technologiques sont également des éléments importants permettant de progresser dans les prises en soins. Les maisons Alzheimer prennent de l'ampleur et tendent à se multiplier « c'est donc aujourd'hui qu'il faut en raffiner le concept, en y intégrant une approche prothétique qui a fait ses preuves, une architecture de la guérison, une gestion des ressources humaines basée sur le respect et des technologies d'intelligence artificielle adaptées en gérontologie » (p. 24).

La communication non verbale auprès d'une personne âgée atteinte de démence est essentielle afin de pouvoir être en relation avec elle (Bedalov, 2000 cité par Miller, 2007). Pour pouvoir déchiffrer un sujet dément, la communication prothétique est souvent utilisée. Cette dernière consiste à exploiter les modes de correspondance permettant de « compenser les difficultés d'expression et de compréhension » (Vézina et Pelletier, 2009, p. 105).

En résumé, l'approche prothétique évite à la personne démente d'être confrontée à ses pertes et de protéger sa décence. Le personnel soignant et les proches d'une personne atteinte de démence obtiennent plus de réussite dans leurs interventions en utilisant cette approche (Miller, 2007).

#### 2.4. Approche Snoezelen

D'après Gardette, Coley et Andrieu (s.d.), la méthode Snoezelen appelée aussi stimulation multisensorielle est apparue aux Pays-Bas en 1970.

Orain (2008), mentionne que le terme Snoezelen est né de la contraction de deux verbes néerlandais : « *snuffelen* qui signifie renifler, flairer, fureter et présente une dimension plutôt active, de découverte, [...], de stimulation, et *doezelen* qui signifie somnoler, estomper, [...], et renvoie davantage à une idée de calme, de sérénité et de détente » (p. 158). Cette approche se réfère à un processus d'accompagnement des personnes soignées ; consistant à leur offrir du temps et « un espace approprié, à des activités

reposant sur des sollicitations sensorielles, où la stimulation des sens se fait simultanément ou séparément » (p. 158).

Le Snoezelen est fondé sur le bien-être des résidents. Cette approche semble efficace lors de traitement de patients présentant des déficiences intellectuelles ou des troubles de l'apprentissage. Elle est non-pharmacologique et s'appuie sur: « la stimulation visuelle, auditive, tactile, gustative et olfactive des sujets aux moyens d'effets lumineux, de surfaces tactiles, de musique et d'huiles essentielles » (Gardette, Coley et Andrieu, s.d., p. 19). L'approche Snoezelen est aussi employée « pour améliorer l'humeur et atténuer les troubles du comportement ou pour encourager la communication » (Gardette, Coley et Andrieu, s.d., p. 19).

Le Snoezelen est utilisé depuis de nombreuses années dans des centres pour personnes handicapées. En 1986, l'approche Snoezelen est apparue en France (Orain, 2008). Depuis peu, ce cadre de référence a été utilisé en gérontologie (Orain, 2008).

Pour Orain (2008), le Snoezelen ne se définit pas ; mais se vit, se sent, dans la relation et dans l'intensité. Cette approche est « avant tout un état d'esprit qui s'attache de façon prioritaire à trois axes : l'importance du respect de la personne ; la priorité aux expériences sensorielles ; la recherche de la détente et de la satisfaction » (Orain, 2008, p. 159).

Il est important de prendre du temps pour apprécier cette expérience. Elle peut être vécue n'importe où et à n'importe quel moment de la journée (Orain, 2008). Il précise également que « les objets ne sont que des supports. Seule la relation humaine, son intensité, son authenticité peuvent donner une véritable valeur à l'outil » (Orain, 2008, p. 159).

Le Snoezelen doit avoir lieu dans un endroit « contenant, cocoonant même, rassurant, apaisant où le résident se sent en sécurité, en confiance (Orain, 2008, p. 160). Ce lieu doit laisser place à l'imagination, au rêve, à la subjectivité et à la créativité. Cette approche doit être dans « un espace de liberté qui n'engage aucun enjeu d'acquisition cognitive, ni de performance physique » (Orain, 2008, p. 160). Ainsi dans cette philosophie de prise en soins, « le rien faire devient accessible, tolérable et permmissible » (Orain, 2008, p. 160).

Dans cette approche, les soignants doivent être :

Dans la relation en associant profondeur, respect, sincérité, sensibilité, authenticité. [...] Pour le soignant, oser toucher l'autre, c'est aussi prendre le risque d'être touché, et d'être éventuellement déstabilisé par la puissance de la relation d'où un certain nombre de pré-requis pour lesquels il faut être particulièrement vigilant » (Orain, 2008, p. 161).

La sécurité des personnes est un élément fondamental de cette approche. En effet, le Snoezelen constitue « un espace où la relation est si intense qu'elle n'a pas besoin d'être rythmée par des mots. Les réactions, les regards, les sourires, les émotions, la gestuelle ont plus d'importance que n'en aurait le langage parlé » (Orain, 2008, p. 161). De ce fait, la communication non verbale prend là, un véritable sens.

### **3. MÉTHODE**

---

#### **3.1. Argumentation du devis et recherche de sources probantes**

Le devis utilisé pour répondre à la question de recherche dans ce travail de Bachelor est la revue systématique de littérature étoffée. Selon Nadot (2009), cette dernière consiste en une démarche scientifique, rigoureuse et critique de passage en revue de la littérature. Son but est de rassembler, d'évaluer et de synthétiser toutes les études pertinentes et parfois contradictoires abordant un problème donné. Pour cela, des recherches d'articles scientifiques dans des bases de données ont été effectuées, afin de trouver des connaissances pertinentes à l'aide de grilles d'analyse. Par le biais de ce travail de recherche, le fait de pouvoir parvenir à mettre en évidence des interventions infirmières efficaces auprès des personnes qui déambulent est un souhait.

#### **3.2. Critères de sélection**

Pour répondre à la question de recherche, il a été nécessaire de sélectionner quelques critères d'inclusion et d'exclusion à prendre en considération lors des recherches d'articles scientifiques.

##### **3.2.1. Critères d'inclusion**

- Population/Échantillon : personnes âgées atteintes de DTA aux stades modérés à sévères de la maladie

- Contexte : personnes âgées (hommes et femmes) institutionnalisées
- Articles publiés durant les quinze dernières années
- Langues : français et anglais
- Articles ayant une valeur scientifique. Loisel et Profetto-McGrath (2007) définissent cette valeur comme « degré de sérieux d'une étude sur les plans méthodologique et conceptuel » (p. 43)
- Présence d'un résumé reprenant les différentes étapes essentielles de la recherche comme l'état des connaissances, le but, les méthodes, les résultats, les conclusions et les mots-clés sont présents
- Impact des SCPD sur le personnel soignant et sur les aidants
- Articles gratuits.

### 3.2.2. Critères d'exclusion

- Articles ayant comme Population/Échantillon des personnes âgées hospitalisées ou vivant à domicile
- Articles de plus de 15 ans
- Articles dans une langue autre que le français ou l'anglais.

### 3.3. Méthode d'analyse des études

Loiselle et Profetto-McGrath (2007) définissent les bases de données informatisées comme une « banque de fichiers bibliographiques consultée par la personne souhaitant effectuer une analyse documentaire à l'aide d'un ordinateur » (p. 140). Plusieurs recherches ont été effectuées dans diverses banques de données telles que Pubmed/Medline. Cette revue systématique permettra de : « faire le point sur l'état des connaissances touchant un sujet donné [...] » (Loiselle et Profetto-McGrath, 2007, p. 138).

En se limitant à ces banques de données, de nombreux articles scientifiques en lien avec cette problématique ont été obtenus gratuitement. En effet, Pubmed est décrit comme un portail de recherche concernant des informations médicales créées par la National Library of Medicine (NLM) aux États-Unis. Ce portail est composé de Medline, une base de données rassemblant plus de dix-neuf millions de références d'articles venant

de 4'800 revues médicales depuis 1949 jusqu'à ce jour (Guide abrégé par la bibliothèque de la Faculté de médecine du CHUV, 2009).

Les recherches sur les bases de données ont été menées de septembre 2010 à mai 2013. Les cours donnés durant la formation d'infirmière, le guide de recherche documentaire d'articles scientifiques (2010) et l'ouvrage de méthodes de recherche en sciences infirmières de Loiselle et Profetto-McGrath (2007) ont permis de réaliser ce travail.

Les recherches ont été effectuées sur Pubmed à l'aide de mots-clés. Ensuite, une sélection de termes [Mesh] en adéquation avec la question de recherche a été appliquée. La lecture de ces articles a aussi permis de trouver d'autres mots [Mesh]. Cependant, l'association des « bons » termes [Mesh] a été difficile à réaliser.

### **3.4. Stratégies de recherches**

Au départ, il était difficile de trouver des termes [Mesh] pertinents. Cependant, la lecture d'articles a permis de sélectionner d'autres mots-clés et davantage de termes [Mesh]. Finalement, seize stratégies de recherches ont été retenues en associant les différents termes [Mesh].

## TABLEAU DES STRATÉGIES DE RECHERCHES

Banques de données	Termes Mesh	Articles	Nombre d'études retenues
Pubmed	"Aged, 80 and over"[Mesh] AND "Health Facility Environment"[Mesh] AND "Nursing Homes"[Mesh] AND "Walking"[Mesh]	2	<b>1 retenu:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Yao, L., et Algase, D.L. (2006). Environmental Ambiance as a New Window on Wandering. <i>Western Journal of Nursing Research</i>, 28 (1), 89-104.</li> </ul> Un article a été exclu, car il était payant.
Pubmed	"Aged"[Mesh] AND "Risk Factors"[Mesh] AND "Alzheimer Disease"[Mesh] AND "Long-Term Care"[Mesh] AND "Nursing Homes"[Mesh]	4	<b>1 retenu:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Kiely, D.K., Morris, J.N. et Algase, D.L. (2000). Resident characteristics associated with wandering in nursing homes. <i>International journal of geriatric psychiatry</i>, 11 (15), 1013-1020.</li> </ul> Trois autres articles ont été exclus, car ils ne correspondaient pas à la problématique. Ces recherches traitaient de la dépression, de la démence, en lien avec le système urinaire et le dernier dans un contexte à domicile.
Pubmed	"Aged"[Mesh] AND "Nursing Homes"[Mesh] AND "Dementia"[Mesh] AND "Walking"[Mesh] AND "Psychiatric Status Rating Scales"[Mesh]	2	<b>1 retenu:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Algase, D.L., Beattie, E.R., Song, J.A., Milke, D., Duffield, C. et Cowan, B. (2004). Validation of the Algase Wandering Scale (Version 2) in across cultural sample. <i>Aging &amp; Mental Health</i>, 8 (2), 133-142.</li> </ul> Un article a été exclu, car au total seize articles avaient déjà été sélectionnés.
Pubmed	"Home Nursing"[Mesh] AND "Wandering Behavior"[Mesh]	2	<b>1 retenu:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Landau, R. et Werner, S. (2012). Ethical aspects of using GPS for tracking people with dementia: recommendations for practice. <i>International Psychogeriatrics</i>, 24 (03), 358-366.</li> </ul> Un article a été exclu, car le sujet traitait de la surveillance des patients la nuit dans un contexte de soins à domicile.
Pubmed	"Aged"[Mesh] AND "Alzheimer Disease"[Mesh] AND "Nursing Homes"[Mesh] AND "Homes for the Aged"[Mesh] AND "Caregivers"[Mesh] AND "Locomotion"[Mesh]	2	<b>1 retenu:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Algase, D.L., Beattie, E.R., Bogue, E.L. et Yao, L. (2001). The Algase Wandering Scale: initial psychometrics of a new caregiver reporting tool. <i>American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias</i>, 16 (3), 141-152.</li> </ul> Un article a été exclu, car le résumé n'était pas pertinent ni en lien avec la problématique.

Pubmed	"Aged"[Mesh] AND "Homes for the Aged"[Mesh] AND "Nursing Homes"[Mesh] AND "Dementia"[Mesh] AND "Wandering Behavior"[Mesh]	4	<p><b>2 retenus:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Algase, D.L., Antonakos, C., Beati, E.R., Beel-Bates, C.A. et Yao, L. (2009). Empirical derivation and validation of a wandering typology. <i>Journal of the American Geriatrics Society</i>, 57 (11), 2037-2045.</li> </ul> <p>&amp;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Algase, D.L. Beattie, E.R., Anotnakos, C., Beel-Bates, C.A. et Yao, L. (2010). Wandering and the Physical Environment. <i>American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias</i>, 25 (4), 340-346.</li> </ul> <p>Deux articles ont été exclus, car ils ne répondaient pas à la problématique.</p>
Pubmed	"Walking"[Mesh] AND "Aged"[Mesh] AND "Dementia"[Mesh] AND "Geriatric Assessment"[Mesh] AND "Institutionalization"[Mesh]	2	<p><b>1 retenu :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Song, J.A., Lim, Y.M. et Hong, G.R. (2008). Wandering behaviour of persons with dementia in Korea: investigation of related factors. <i>Aging &amp; Mental Health</i>, 12 (3), 366-373.</li> </ul> <p>Un article a été exclu, car il traitait la problématique de la chute.</p>
Pubmed	"Music Therapy"[Mesh] AND "Social Behavior Disorders"[Mesh] AND "Homes for the Aged"[Mesh]	3	<p><b>1 retenu:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Svansdottir, H.B. et Snaedal, J. (2006). Music therapy in moderate and severe dementia of Alzheimer's type: a casa-control study. <i>International psychogeriatrics</i>, 18 (4), 613-621.</li> </ul> <p>Deux articles ont été exclus, car un était payant et l'autre n'était pas pertinent par rapport à la problématique.</p>
Pubmed	"Long-Term Care"[Mesh] AND "Cooperative Behavior"[Mesh] AND "Behavior Therapy"[Mesh] AND "Aged, 80 and over"[Mesh]	2	<p><b>1 retenu:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Kutsumi, M., Ito, M., Sugiura, K., Terabe, M. et Mikami, H. (2009). Management of behavioral and psychological symptoms of dementia in long care facilities in Japan. <i>Psychogeriatrics</i>, 9, 186-95.</li> </ul> <p>Un article a été exclu, car il traitait l'incontinence urinaire.</p>
Pubmed	"Alzheimer Disease"[Mesh] AND "Accidental Falls"[Mesh] AND "Aged, 80 and over"[Mesh] AND "Caregivers"[Mesh]	4	<p><b>1 retenu :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Jacqueline, F.M., Janet, S.C., Farzaneh, P.A. et Donald, L.B. (2007). Utility of the Algase Wandering Scale in an outpatient Alzheimer's disease sample. <i>International Journal of Geriatric Psychiatry</i>, 22 (8), 801-5.</li> </ul> <p>Trois articles n'ont pas été retenus, un se situait dans un contexte à domicile, un autre parlait du syndrome de fragilité et un dernier des chutes.</p>

Pubmed	"Wandering Behavior"[Mesh] AND "Perception"[Mesh]	4	<p><b>1 retenu:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Houston, A.M., Brown, L.M., Rowe, M.A. et Barnett, S.D. (2011). The Informal Caregivers' Perception of Wandering. <i>American Journal of Alzheimer's Disease Other Dementias</i>, 26 (8), 616-22.</li> </ul> <p>Trois articles n'ont pas été retenus, car ils étaient payants ou traitaient la désorientation.</p>
Pubmed	"Stress, Psychological"[Mesh] AND "Nursing Homes"[Mesh] AND "Nursing Staff"[Mesh] AND "Attitude of Health Personnel"[Mesh] AND "Dementia"[Mesh] AND "Job Satisfaction"[Mesh]	3	<p><b>1 retenu:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Brodaty, H., Draper, B. et Low, L.-F. (2003). Nursing home staff attitudes towards residents with dementia: strain and satisfaction with work. <i>Journal of Advanced Nursing</i>, 44 (6), 583-90.</li> </ul> <p>Deux articles ont été exclus, car ils ne correspondaient pas à la problématique.</p>
Pubmed	"Aged"[Mesh] AND "Behavior"[Mesh] AND "Cognition Disorders"[Mesh] AND "Nursing Homes"[Mesh] AND "Walking"[Mesh]	3	<p><b>1 retenu:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Schonfeld, L., King-Kallimanis, B., Brown, L., Davis, D., Kearns, W., Molinari, V., Werner, D., Beattie, E. et Nelson, A. (2007). Wanderers with Cognitive Impairment in Department of Veterans Affairs Nursing Home Care Units. <i>International Journal of Geriatric Sociology</i>, 55 (5), 692-9.</li> </ul> <p>Deux articles n'ont pas été retenus, car l'un traitait d'un traumatisme et l'autre était payant.</p>
Pubmed	"Aged, 80 and over"[Mesh] AND "Residence Characteristics"[Mesh] AND "Wandering Behavior"[Mesh]	2	<p><b>1 retenu:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Rowe, M., Vandevier, S.S., Greenblum, C.A., List, C., Fernandez, R.M., Mixson, N.E. et Ahn H.C. (2011). Persons with dementia missing in the community: Is it wandering or something unique?. <i>Biomedcentral Geriatrics</i>, 11, 1-8.</li> </ul> <p>Un article a été exclu, car il traitait du comportement de fugue.</p>
Medline	Wandering in Keywords AND Pacing in Keywords AND Alzheimer in Keywords	2	<p><b>1 retenu:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Koji, H., Toshiva, I., Itaru, T., Tatsuro, O., Hiroshi, T., et Haruo K. (2001). Pacing rhythms of "wanderers" with dementia. <i>Psychogeriatrics the Official Journal of the Japanese Psychogeriatric Society</i>, 1 (1), 76-81.</li> </ul> <p>Un article a été exclu, car il n'était pas pertinent à la problématique.</p>
Article donné par la directrice de Bachelor.			<p><b>1 retenu:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Algase, D.L., Moore, D.H., Vandeweerd, C. et Gavin-Dreschnack, D.J. (2007). Mapping the maze of terms and definition in dementia-related wandering. <i>Aging &amp; Mental Health</i>, 11 (6), 686-689.</li> </ul>

### 3.5. Méthode d'analyse des études

Les résumés des articles permettent d'observer leur pertinence. Des recherches à travers diverses banques de données ont permis d'obtenir les textes intégraux nécessaires pour la lecture. Après une sélection d'articles, dix-sept études ont été retenues. Enfin, précisons qu'un article a été obtenu par la directrice de Bachelor. Pour comprendre les articles en anglais, une traduction libre a été établie. Les contenus de cours du module 15 et 16.1 ainsi que l'ouvrage de Loisel et Profetto-McGrath (2007) ont été utilisés pour réaliser ce travail.

## 4. RÉSULTATS

---

Dans le chapitre ci-dessus, les différentes étapes utilisées pour la recherche ainsi que pour la synthèse des résultats ont été décrites. En effet, comprendre comment structurer un texte est essentiel avant la rédaction de cette revue systématique (Loisel et Profetto-McGrath, 2007). « Toutefois, l'objectif général est de structurer l'analyse dans le but de parvenir à une présentation logique et synthétique, qui permette de faire le bilan des connaissances sur le sujet » (Loisel et Profetto-McGrath, 2007, p. 147).

Afin que les résultats soient structurés le plus clairement possible, il semble nécessaire de les classer en trois thèmes<sup>2</sup>. La première partie abordera la question de recherche qui consiste à comprendre le comportement de déambulation. La seconde partie quant à elle, permettra d'estimer la fiabilité et la validité des outils évaluant ce comportement d'errance. Enfin, le troisième point portera sur les stratégies pouvant être mises en place pour gérer la déambulation chez les personnes âgées atteintes de DTA et vivant en EMS.

### 4.1. Le comportement d'errance

Divers auteurs attestent que déambuler est un problème majeur pour la personne âgée atteinte de démence (Yao et Algase, 2006 ; Algase, Beattie, Bogue et Yao, 2001 ;

---

<sup>2</sup> ANNEXE B : Tableau des différentes catégories

Algase, Moore, Vandeweerd et Gavin-Dreschnack, 2007). Wigg (2010, cité par Landau et Werner, 2011) constate dans son étude que 37 à 60% des personnes démentes développent un comportement d'errance au cours de leur maladie. Houston, Brown, Rowe et Barnett (2011) ainsi qu'Algase et al. (2004) indiquent qu'il n'existe aucune définition claire et précise de l'errance. Cependant, divers termes sont utilisés pour décrire ce comportement potentiellement dangereux, sans même en connaître sa signification. En outre, Koji et al. (2001) stipulent que l'errance est définie de différentes façons ; cela peut créer de mauvaises interprétations. Quant à Rowe et al. (2011), ils soulignent que le terme errance manque encore de précision. Algase, Moore, Vandeweerd et Gavin-Dreschnack (2007) démontrent également que la déambulation comprend différentes connotations. Pour cela, ils proposent alors une définition de l'errance lors de DTA. Ces auteurs décrivent ce trouble comme un syndrome comportemental accompagné de désorientation temporo-spatiale se manifestant par une marche persistante. En outre, les personnes ayant des troubles cognitifs risquent de fuguer ou de se perdre sans accompagnant. Dans l'étude de Rowe et al. (2011), ils ont utilisé la définition citée ci-dessus. Cependant, Algase, Moore, Vandeweerd et Gavin-Dreschnack (2007) mentionnent en tant que perspectives futures qu'il serait judicieux de définir et normaliser la démence liée à l'errance de manière plus adaptée à la pratique. Algase, Antonakos, Beattie, Beel-Bates et Yao (2009) désirent développer et valider une typologie de l'errance. Cette dernière est peu comprise et des interventions adaptées sont manquantes.

Song, Lim et Hong (2008) mentionnent que les personnes errent pour trouver un environnement plus familier et sécurisant. Quant à Koji et al., (2001), ils indiquent que ce comportement est lié à l'ennui, à la faim ou à la douleur ; d'autres disent que les besoins fondamentaux ne sont pas satisfaits. Ils stipulent également que l'errance est fréquemment présente auprès des résidents atteints de DTA à un stade sévère. L'Algase Wandering Scale (AWS) a permis à Algase, Beattie, Bogue et Yao (2001) de quantifier deux dimensions du comportement errant : le type et le rythme. Par la suite, quatre types d'errance ont été définis à l'aide de cet outil. Ces derniers sont : la marche aléatoire ; la marche répétitive ou en boucle ; les allers-retours entre deux points ; la marche directe du point A au point B sans déviation, ni de changement de direction. Lucero et al.

(1993, cité par Koji et al., 2001) relatent qu'il est essentiel de structurer les journées des personnes démentes ; cela diminuerait leur comportement d'errance.

Song, Lim et Hong (2008) stipulent qu'il est essentiel de comprendre les facteurs contribuant à réduire le comportement de déambulation afin de développer des interventions efficaces. Dans leur étude réalisée en Corée, 85% des aidants familiaux indiquent que l'errance engendre du stress et un fardeau (Fils et al., 2003 cités par Song, Lim et Hong, 2008). De même Papastavrou et al., (2007, cités par Landau et Werner, 2011), indiquent que le comportement d'errance est perçu comme stressant et pénible pour les familles et le personnel soignant. Selon Yao et Algase (2006), ce comportement peut produire de nombreux problèmes de gestion. Ces derniers ont expérimenté les liens possibles entre l'ambiance et l'errance, afin de comprendre comment l'environnement influe sur le comportement ; dans le but de proposer des interventions adéquates. L'étude de Kiely, Morris et Algase (2000) qui dit que le comportement d'errance est plus fréquent chez les hommes que chez les femmes ; se contredit à celle de Yao et Algase (2006) qui met en évidence que les femmes errent plus souvent que les hommes.

Il semble pertinent de s'intéresser à la satisfaction des soignants au travail. De nombreux auteurs, dont Brodaty, Draper et Low (2003) ont cherché à s'informer sur la perception et les attitudes des soignants dans les soins ou au travail avec des personnes démentes. Leurs études mettent en évidence que les soignants ont une attitude plutôt négative envers les résidents déments. Il en ressort de cette étude, cinq perceptions des soignants par rapport aux patients déments : « ils sont anxieux », « ils ont peu de contrôle sur leurs problèmes comportementaux », « ils sont imprévisibles », « ils sont solitaires », « ils sont apeurés et vulnérables » (p. 586). Il semble également pertinent de pouvoir comprendre la satisfaction des soignants travaillant avec les personnes atteintes de DTA. Brodaty, Draper et Low (2003) ressortent que de nombreux soignants pensent que le comportement d'errance est volontaire ; la perception du personnel est donc négative envers les personnes âgées. Les résidents agressifs et hostiles ; ceux qui ont un faible contrôle sur leurs comportements ainsi que ceux résistants lors des soins font partis des caractéristiques difficiles rencontrées par le personnel soignant (Brodaty, Draper et Low, 2003). Cependant, de nombreux soignants pensent que les comportements des résidents sont réfléchis plutôt que dus à la démence. Un quart des

soignants affirme que ces résidents ne leur fournissent pas de satisfaction dans leur travail. Malgré ces différents points, le personnel soignant pense que les résidents reçoivent de bons soins (Brodaty, Draper et Low, 2003).

#### 4.2. Les outils d'évaluation de l'errance

Divers appareils ont été développés pour mesurer les mouvements des personnes atteintes de DTA (Koji et al., 2001). Dans leur étude, ces auteurs ont développé le podomètre, appareil permettant de quantifier les pas quotidiens. Dans la même idée, Ballard et al. (1991, cités par Koji et al., 2001) ont recommandé l'utilisation du podomètre comme étant un moyen simple et fiable pour évaluer l'errance. Koji et al. (2001) ont défini un critère limitant le comportement d'errance ; à partir de plus de 10'000 pas par jour une personne est considérée comme errante. Pour Thomas (1995, cité par Koji et al., 2001), les personnes avec une DTA modérée errent plus de 30% de leur temps d'éveil, tandis que ceux qui sont au stade sévère de la maladie se déplacent plus de 50% de ce même temps. Il existe aussi des moyens technologiques comme le téléphone portable ou les Systèmes de Positionnement Global (GPS) permettant de retrouver les personnes égarées. Un désavantage de ces moyens est le manque de réseau à certains endroits. Landau et Werner (2011) ont développé ces technologies de repérage à mettre en place auprès des personnes démentes. La prise de décision concernant l'utilisation des GPS doit être faite en accord avec tous les membres de la famille et l'aide des professionnels ; tout en prenant en considération les souhaits des résidents (Laudau et Werner, 2011).

Algase, Beattie, Bogue et Yao (2001) indiquent que l'errance est un problème clinique important et complexe dans la prise en charge des personnes atteintes de DTA. Bien que l'intérêt de comprendre ce comportement d'errance ait augmenté, les résultats des études déjà effectuées sont souvent de valeurs incertaines en raison du manque de critères ou de mesures non validées pour quantifier l'errance. Cette recherche met en place une échelle qui consiste à établir un rapport entre le développement et les propriétés psychométriques d'un nouveau barème conçu pour combler cette lacune. Cette étude confirme que l'AWS est un outil d'évaluation permettant de décrire et de quantifier l'errance dans les établissements de soins. Quant à Algase et al. (2004), ils ont actualisé une nouvelle version de l'échelle AWS en AWS-Version 2 (AWS-V2).

Cette nouvelle version permet d'avoir un complément d'observation lors de l'évaluation de l'errance, particulièrement en cas de marche persistante, de désorientation spatiale et lors de comportement de fugue.

Marcus, Cellar, Ansari et Bliwise (2007), mettent en avant que l'errance présente un problème majeur dans la gestion des patients atteints de DTA. De plus, l'errance est un facteur favorisant des chutes. Cette étude examine l'utilité de l'AWS auprès de ces personnes. Cet instrument permet aux soignants d'évaluer le comportement de déambulation. Cette échelle comprend trente-neuf items. Chaque item est évalué par un score de 1 à 5; sachant que 1 est égal à « jamais » et que 5 signifie « toujours ». Elle se compose de six sous-échelles telles que: « la marche persistante », « la marche répétitive », « le comportement de fugue », « la désorientation spatiale », « les résultats négatifs », « l'impulsivité des repas » (p. 802). Tous les participants ont été soumis à passer un examen du Mini-Mental State-Examination (MMSE) afin de voir si les personnes âgées présentent des déficits cognitifs. Dans cette même étude, les auteurs se sont questionnés auprès des résidents qui prenaient des médicaments et ceux qui n'en prenaient pas. Le résultat démontre que les patients recevant des traitements d'antidépresseurs étaient plus susceptibles de chuter que ceux qui n'en recevaient pas (Marcus, Cellar, Ansari et Bliwise, 2007).

#### **4.3. Les stratégies mises en place pour gérer l'errance**

Kiely, Morris et Algase (2000) décrivent cinq groupes de résidents déambulant, dont le déficit cognitif, le sentiment de gêne, l'utilisation de médicaments, les facteurs cliniques et la capacité à se mobiliser. Le premier groupe comprend les résidents atteints de démence ou ayant des troubles de mémoire. Les troubles cognitifs peuvent, selon eux accentuer le comportement d'errance. Le second comprend des outils de mesure des expressions chez les sujets. Un résident triste, anxieux ou ayant des douleurs peut avoir recours à l'errance afin de soulager son malaise. Ce point de vue est cohérent avec l'hypothèse que les états physiologiques et psychologiques des besoins des patients peuvent influencer sur la quantité et le type de comportement de l'errance. Le troisième groupe comprend l'utilisation de médicaments antipsychotiques. Ces traitements peuvent causer une confusion, une désorientation ou une désinhibition qui peuvent conduire la personne à l'errance. Une autre explication possible est que ces derniers

peuvent être associés à l'apparition d'une akathisie. Le quatrième groupe comprend la constipation et la pneumonie. Les résidents étant constipés peuvent éprouver de la douleur. Pour cela, les promenades ont un effet positif sur le bien-être des personnes en soulageant leur douleur. Dans le dernier groupe, la déficience fonctionnelle diminue le comportement d'errance. D'autre part, Koji et al. (2001), suggèrent une approche de prise en soins temporellement structurée. Quant à Kutsumi, Ito, Sugiura, Terabe et Mikami (2009), ils ajoutent que pour prendre en soins le patient et mettre en place des stratégies d'intervention adaptées à chaque individu, il est nécessaire de comprendre le comportement de la déambulation.

Kutsumi, Ito, Sugiura, Terabe et Mikami (2009) identifient quatre types de techniques de gestion de l'errance dans leur étude. La première étant les émotions et les techniques de gestion du comportement. Celle-ci mentionne qu'il est important que le personnel soignant prodigue des soins aux personnes démentes dans le calme. En comprenant ce comportement, les soignants peuvent alors mettre en place des stratégies d'interventions individualisées. La seconde technique se réfère à l'acceptation et au soutien consistant à respecter la personne démente et son comportement tout en lui offrant un espace sécurisant. Le rôle des soignants est alors de permettre aux résidents d'errer « librement » tout en ayant une supervision à distance. Les troisièmes techniques de gestion sont les techniques de contention limitant les mouvements et les actions de la personne démente. La dernière technique est la stratégie d'évitement ; elle a pour but de veiller à la sécurité de tous. Ces mêmes auteurs mettent aussi en évidence quatre règles de gestion du comportement de l'errance telles que : les surveillances, l'écoute, la sécurité des personnes démentes et fournir des soins de qualité tout en adoptant une attitude sereine. Certaines combinaisons de techniques sont efficaces dans la gestion de la déambulation (Kutsumi, Ito, Sugiura, Terabe et Mikami, 2009). En outre, Rowe et al. (2011) proposent comme stratégies de gestion de l'errance, des systèmes d'alarme comme les tapis sonnettes, les bips d'alarme, les capteurs aux portes ou des bracelets contenant des informations personnelles permettant de retrouver les personnes égarées. Celles-ci ne sont plus capables d'indiquer leur identité due à leur démence. Parmi ces stratégies, il existe des techniques pour empêcher les personnes de franchir des lieux qui leur sont interdits ; par exemple le changement de serrure, mettre des alarmes aux portes de sorties, mais encore le déguisement des portes avec des miroirs ou des cadres.

Laudau et Werner (2011) accordent également de l'importance à la sécurité des résidents. Ces auteurs émettent l'importance de trouver un consensus entre l'équilibre des besoins d'une personne atteinte de DTA pour sa protection, sa sécurité, son autonomie et sa vie privée. Pour cela, l'utilisation d'un GPS va procurer aux familles et aux soignants une tranquillité. Grâce à ces systèmes, ils savent que la personne errante est en sécurité. Cette méthode ne peut être utilisée que lorsque la démence est formellement diagnostiquée ou si les signes et les symptômes sont mis en évidence. Une bonne collaboration, un consentement des personnes démentes, ainsi que des directives anticipées formulées sont des éléments clés dans cette stratégie (Landau et Werner, 2011).

Par ailleurs, Kutsumi, Ito, Sugiura, Terabe et Mikami (2009) décrivent quatre éléments en lien avec les moyens de contrainte: les médicaments psychotropes, la restriction des mouvements, le maintien des personnes dans leur chambre ou le port des vêtements contenant. L'utilisation de ces derniers lors de comportements errants a été relevée dans leur étude, à une fréquence de 13%. Depuis 1999, la loi japonaise interdit l'utilisation des moyens de contention physique. Ces moyens sont permis si la vie de la personne ou d'autrui est menacée. Celui-ci se doit d'être court et réévalué. Les auteurs expliquent que les moyens de contrainte ont été mis en place, car aucune autre solution n'était efficace dans les établissements. Koji et al. (2001) affirment qu'il ne faut pas prévenir l'errance à l'aide de moyens physiques ou de contraintes chimiques ; il faudrait remplacer le comportement par des activités pouvant être bénéfiques pour les résidents.

En 2007, Schonfeld et al., affirment que des stratégies de communication peuvent aider les résidents à rester plus longtemps assis lors des repas. Un programme de marche en début de soirée pour les résidents atteints de démence sévère s'est avéré efficace lors du comportement errant. Ces mêmes auteurs mettent en avant que l'utilisation de stimuli multisensoriels comme des exercices ou l'aromathérapie sont efficaces pour réduire l'errance. Yao et Algase (2006) ainsi qu'Algase, Beattie, Antonakos, Beel-Bates (2010), concluent que d'autres facteurs en plus de l'éclairage influencent l'errance ; notamment le bruit, l'activité ou d'autres sources de distraction. Tout comme Yao et Algase (2006), Schonfeld et al. (2007) prouvent que l'utilisation d'interventions telles que les techniques de modification du comportement, de l'environnement et des activités

thérapeutiques sociales peuvent aider à créer un environnement sécurisant et agréable pour le personnel et les résidents. Enfin, ils émettent l'hypothèse que la faible luminosité au coucher du soleil provoque chez les résidents une plus grande tendance à errer et à être confus. Algase, Beattie, Antonakos, Beel-Bates (2010), eux aussi affirment que l'éclairage influe sur le comportement errant. Ils stipulent que les résidents déambulent davantage dans certaines pièces de l'établissement que d'autres. Leurs observations ont montré quatre emplacements où les sujets sont plus susceptibles de déambuler; la chambre des autres résidents, les couloirs, les salles de bains et les endroits hors de l'unité.

Dans la même idée que Schonfeld et al. (2007), Svansdottir et Snaedal (2006) ont réalisé une étude traitant une approche non pharmacologique auprès des individus avec des SCPD. Cette approche traite sur le concept de la musicothérapie. Celle-ci est définie comme étant une intervention non pharmacologique qui est basée sur l'utilisation systématique de mélodies, de sons spécifiques et de mouvements. Dans la plupart des cas, les patients atteints de démence sont en mesure de participer à la musicothérapie. Les participants à l'étude ont bénéficié de dix-huit séances de musicothérapie, d'une durée de 30 minutes à une fréquence de trois fois par semaine. L'autonomie du patient est favorisée au maximum dans cette thérapie. Le fait que le patient puisse choisir la musique ou l'instrument qu'il désire pratiquer, le rend acteur de sa propre prise en soins. Plusieurs études mettent en avant que cette thérapie a un effet positif sur le bien-être des personnes atteintes de démence. En effet, elle leur permet de donner un sens à leurs activités entreprises ; elle les pousse à faire l'exercice jusqu'au bout (Clair, 1996 cité par Svansdottir et Snaedal, 2006). D'après Pollack et Namazi (1992, cités par Svansdottir et Snaedal, 2006), la musicothérapie renforce les interactions entre les patients et diminue le sentiment d'isolement. Une participation active lors des séances devrait donner un sens à la vie des patients qui ne sont plus capables d'organiser leurs activités de la vie quotidienne. Le fait d'avoir des difficultés à identifier leur environnement engendre de l'anxiété chez ces patients. Les auteurs affirment que la musicothérapie a un effet positif sur les SCPD et l'anxiété (Svansdottir et Snaedal, 2006). Au final, leur recherche a démontré une amélioration des comportements d'errance. La durée d'efficacité est encore observable même quatre semaines après l'intervention.

## 5. DISCUSSION

---

Le début de ce chapitre met en évidence la critique méthodologique et les limites des recherches sélectionnées. Ensuite, les résultats probants des articles seront mis en lumière avec les concepts et les cadres de références développés au travers de ce travail. La réponse à la question de recherche et l'implication pour la pratique seront exposées à la suite de la discussion des résultats. Par la suite, les critiques et les limites de ce travail seront abordées. Pour terminer, des perspectives futures pour la recherche en sciences infirmières seront proposées.

### 5.1. Critique et limites des recherches

Dix-sept articles ont été retenus et analysés afin de réaliser cette revue de littérature étoffée. Toutes les études retenues traitent de la problématique de l'errance et comprennent divers devis<sup>3</sup>. La variété de ces dernières a apporté une pertinence pour traiter cette thématique. Treize articles s'inscrivent dans un devis de recherches quantitatives et trois autres sont des devis qualitatifs. Effectivement, ces données qualitatives enrichissent les études scientifiques réalisées dans le cadre d'un devis expérimental lorsque le chercheur estime que les interventions sont complexes (Loiselle et Profetto-McGrath, 2007). La dernière étude retenue est un devis mixte. Les éléments de la question de recherche sont principalement abordés dans la littérature aux moyens de recherches de types quantitatifs. L'intégration de recherches qualitatives a donc été difficile. Au final, ce travail s'inscrit dans une démarche de littérature mixte. Pour la sélection des études, la priorité a été donnée aux articles démontrant une bonne qualité d'informations et contenant un résumé, une introduction, une méthode, des résultats, une discussion, des mots-clés et une conclusion. L'ancienneté des articles a été une des limites rencontrées lors de la réalisation de cette revue systématique. En outre, ces articles doivent également respecter les critères d'inclusion et d'exclusion. Cependant, il n'a pas toujours été possible de respecter ces derniers étant donné que certaines études comprennent des sujets manifestant d'autres SCPD que l'errance. Une autre limite

---

<sup>3</sup> Annexe C : Tableau de synthèse des études retenues

rencontrée par les chercheurs a été le fait que les résidents n'étaient pas tous au même stade de DTA. Dans la majorité des recherches, les auteurs ont respecté la notion d'éthique par l'accord de chaque participant. Les études qui ne mentionnent pas de données éthiques sont un point faible des recherches sélectionnées. Les concepts et les cadres de références ne sont pas toujours mentionnés par les auteurs. La plupart des articles ne contiennent pas de question de recherche ; cependant les buts sont toujours présents. Aucune de ces dix-sept études ne s'est déroulée en Suisse. Toutes sont effectuées dans d'autres pays comme les États-Unis, le Japon, la Corée, le Canada, l'Australie, Israël et l'Islande. La culture peut être différente d'un pays à l'autre, ce qui influence les résultats. La plupart des études retenues apportent des recommandations utiles pour la pratique infirmière. Néanmoins, les recherches n'abordent pas d'intervention spécifique à mettre en pratique face au comportement de l'errance. Par ailleurs, la recension des stratégies pertinentes a été effectuée en regard de la population cible déterminée par les critères d'inclusion.

## 5.2. Discussion des résultats

Au travers de ce chapitre, les résultats significatifs vont être explorés afin de répondre à la question de recherche suivante :

**Comment comprendre le comportement de déambulation et quelles stratégies peuvent être mises en place pour gérer ce symptôme auprès des personnes âgées atteintes de démence de type Alzheimer et vivant en institution ?**

La suite de ce chapitre reprend les éléments thématiques issus des recherches et présentés dans la synthèse des résultats. Il s'agit notamment du comportement d'errance, des outils d'évaluation du comportement d'errance et des stratégies mises en place.

## 5.3. Le comportement d'errance

Divers auteurs affirment que la déambulation est un problème dans les institutions (Yao et Algase, 2006 ; Algase, Beattie, Bogue et Yao, 2001 ; Algase, Morre, Vandeweerd et Gavin-Dreschnack, 2007). Suite à cette affirmation, l'échantillon de l'étude de Wigg (2010, cité par Landau et Werner, 2011) démontre que 37 à 60% des résidents

développent un comportement d'errance au cours de leur maladie. En effet, il est indispensable que les chercheurs définissent précisément cette problématique, car de nombreux termes sont utilisés pour décrire ce trouble (Koji et al., 2001).

Dans la majorité des études retenues et analysées, la déambulation n'est définie que très rarement. En effet, seules deux études apportent une définition à ce comportement (Algase, Moore, Vandeweerd et Gavin-Dreschnack, 2007 ; Rowe et al., 2011). La problématique a également été étoffée avec l'unique définition recensée dans la littérature (Strubel et Corti, 2008). Cela met en évidence que cette notion reste peu claire et nécessite encore davantage de précision. De nombreux outils d'évaluation permettent de décrire et de quantifier le comportement d'errance, mais ne permettent pas de le définir. Quant à Lucero et al. (1993, cités par Koji et al., 2001), ils relatent que si les journées sont structurées ; cela aura un effet positif sur la déambulation. Suite à cela, Rolland et al. (2003) exposent qu'il est important de laisser le résident errer dans un cadre sécurisant.

Les chercheurs affirment que les résidents ayant des troubles cognitifs ont plus tendance à s'égarer (Algase, Morre, Vandeweerd et Gavin-Dreschnack, 2007). D'autres études mentionnent que les aidants et les soignants craignent l'égarement des personnes errantes. Pour cela, il est primordial d'intégrer les familles dans les soins en favorisant l'échange. Dans les situations difficiles, les familles sont parfois incapables de prendre des décisions. De ce fait, les soignants veillent à ce qui est bon pour les résidents (Landau et Werner, 2011). Si l'on croit en ces chercheurs, il est important d'inciter le patient à formuler des directives anticipées, cela permettra de respecter les désirs des résidents.

D'après l'étude de Brodaty, Draper et Low (2003), il en ressort que les soignants ont tendance à avoir une attitude négative au sujet des résidents déments. Ils indiquent également qu'un quart des soignants témoignent n'avoir aucune satisfaction au travail avec ces résidents. Ces affirmations permettent de penser que les soignants peuvent développer des contres-attitudes envers les personnes âgées déambulant. En outre de nombreux soignants pensent que les comportements des résidents sont intentionnels. Pourtant, les sujets atteints de DTA ont peu de contrôle sur leur comportement (Brodaty, Draper et Low (2003). Le fait d'avoir recourt à une bonne formation peut

permettre aux soignants de mettre en place des stratégies d'interventions. Ces dernières ont un effet bénéfique sur l'anxiété, le stress et le fardeau. Fils et al. (2003, cités par Song, Lim et Hong, 2008) rejoignent ces propos.

Dans les recherches, la déambulation a été attribuée à différentes étiologies. Par exemple, Koji et al. (2001) atteste qu'elle survient à la suite de l'ennui, de la faim, d'une douleur ou que les besoins fondamentaux ne sont pas satisfaits. Rader, Doan et Schwab, (1985, cités par Lévesque, Roux et Lauzon, 1990) indiquent que les résidents n'errant pas sans but. Le comportement d'errance est également attribué à la notion de satisfaction des besoins. De son côté, l'Association Alzheimer Suisse (2009) reprend également l'idée que l'errance est causée par la présence d'une douleur ou d'un mal-être.

L'étude de Kiely, Morris et Algase (2000) se contredit à celle de Yao et Algase (2006). Cette dernière mentionne que les femmes ont tendance à déambuler plus que les hommes. Ces propos permettent de penser qu'il serait judicieux d'effectuer davantage de recherches sur cette tendance.

#### **5.4. Les outils d'évaluation de l'errance**

Les auteurs proposent plusieurs modalités d'évaluation de l'errance telles que l'AWS, le podomètre, le GPS (Koji et al., 2001 ; Landau et Werner, 2011 ; Algase et al., 2004 ; Marcus, Cellar, Ansari et Bliwise, 2007 ; Algase, Beattie, Bogue et Yao, 2001). Ces outils ne permettent pas de définir la déambulation (Marcus, Cellar, Ansari et Bliwise, 2007). Quant à Lévesque, Roux et Lauzon (1990), eux affirment qu'il est essentiel de rechercher le sens du comportement de l'errance. En outre, ils décrivent trois façons d'intervenir lors d'errance. La première intervention s'intéresse à la description du comportement. Les caractéristiques (lieux, fréquences, moments, temps, rythmes) du comportement sont également abordées à travers les modalités d'évaluation, relevées dans les études. Décrire et quantifier l'errance sont les objectifs principaux de l'AWS (Algase, Beattie, Bogue et Yao, 2001). Une fois de plus, Kutsumi, Ito, Sugiuria, Terabe et Mikami (2009) ajoutent que pour prendre en soins le patient et mettre en place des stratégies d'intervention adaptées à chaque individu, il est nécessaire de comprendre le comportement de la déambulation. Ces propos vont dans le sens des affirmations d'Avet

(2008). Pour comprendre ce comportement, le soignant doit acquérir des connaissances spécifiques à la pathologie. Ces idées sont explicitées dans le concept de qualité de soins mettant en avant que les connaissances du personnel sont essentielles aux soins de qualité (Formarier et Jovic, 1986).

### **5.5. Les stratégies mises en place pour gérer l'errance**

Afin de gérer le comportement d'errance, le corps médical propose divers traitements médicamenteux. Ces derniers provoquent plusieurs effets secondaires tels que l'hypotension, l'étourdissement et les troubles de la vision (Marcus, Cellar, Ansari et Bliwise, 2007). Ces propos permettent de faire le lien entre l'errance et les chutes. De plus, ces mêmes auteurs affirment que les chutes font parties des conséquences de l'errance, cependant ils indiquent qu'il existe également d'autres causes possibles (Marcus, Cellar, Ansari et Bliwise, 2007).

L'utilisation d'interventions comme certaines techniques modifiant le comportement, l'environnement, mais aussi les activités thérapeutiques sociales ; créent un milieu sécurisant et agréable autant pour les résidents que pour le personnel soignant (Yao et Algase, 2006 ; Schonfeld et al., 2007). Une faible luminosité lors du coucher du soleil à tendance à augmenter l'errance (Schonfeld et al., 2007). Dans cette même idée, Algase, Beattie, Antonakos, Beel-Bates (2010) mentionnent dans leur étude que l'éclairage joue un rôle important dans ce comportement. Ces observations évoquées par les auteurs s'intègrent à l'approche prothétique développée par Miller (2007). Effectivement, ce dernier conseille l'aménagement du milieu de vie adapté aux résidents, tout en sachant que le bruit, les couleurs, l'éclairage, la présence de plantes et un mobilier adapté influencent sur le confort des personnes âgées.

Quant à Rowe et al. (2011), ils proposent des systèmes d'alarme tels que les bips d'alarme, les bracelets avec l'identité des personnes, les capteurs aux portes et encore les tapis sonnettes ayant pour but de veiller à la sécurité des résidents. Il est vrai que ces moyens permettent de protéger les résidents, cependant des problèmes éthiques se posent. L'utilisation des technologies de surveillances suscite un questionnement sur les conséquences de l'emploi de ces moyens. Il existe également d'autres techniques telles que : le changement de serrure, le déguisement des portes avec des miroirs empêchant

les résidents de s'égarer de l'établissement (Rowe et al., 2011). Ces stratégies mises en évidence par les auteurs concordent avec l'idée exposée dans les propos de Viau (s.d.), affirmant que l'architecture contribue à diminuer le stress ; elle permet également d'améliorer la qualité de vie et la sécurité des personnes démentes. De son côté, Miller (2007) précise que ce type d'intervention a pour but de réduire les risques de fugue et d'errance. Les propos cités dans ce paragraphe s'inscrivent également dans la notion de bientraitance décrite par l'ANESM en 2008, portant sur la mise en place d'une structure sécurisante pour chaque individu. Le concept de bientraitance renvoie également au principe de bienfaisance qui implique « l'obligation morale d'aider autrui à obtenir ce qui lui est bénéfique, ce qui favorise son bien-être, [...] et de protéger et de défendre les intérêts d'autrui, sa vie, sa sécurité, sa santé » (ASI, 2003, p.13). De ce fait, si le soignant perçoit que le résident est dans un cadre sécurisant, il est important de le laisser déambuler (Rolland et al., 2003).

Koji et al. (2001) quant à eux, suggèrent une approche de prise en soins temporellement structurée. L'idée de structure est liée à l'organisation présente au sein du service, faisant partie de la qualité des soins (Formarier et Jovic, 1986). Kutsumi, Ito, Sugiura, Terabe et Mikami (2009) ajoutent que pour soigner un patient, il est essentiel de mettre en place des stratégies adaptées propres à chaque individu. Cette prise en soins est rapportée par Dolbec (2005, cité par Miller, 2007) mettant en avant que : « ce qui est bon pour une personne ne l'est pas automatiquement pour une autre » (p. 158).

Le personnel soignant, semble avoir des difficultés à gérer les patients atteints de DTA et déambulants. Marcus, Cellar, Ansari et Bliwise (2007) affirment ces propos. Quant à Kutsumi, Ito, Sugiura, Terabe et Mikami (2009), ils exposent quatre techniques de gestion de l'errance. Ils proposent des stratégies où le personnel soignant doit prodiguer des soins en adoptant un comportement serein. Cette affirmation reflète la notion de compétence du personnel abordé dans le concept de qualité des soins (Formarier et Jovic, 1986). Cette conception se retrouve confrontée au manque de formation du personnel vis-à-vis des personnes atteintes de DTA décrit par Fillion (2012). La prise en soins se trouve alors d'autant plus difficile et épuisante (Fillion, 2012). Lévesque, Roux et Lauzon (1990) apportent des indications allant dans le même sens de ce qui précède. Dès lors, Brodaty, Draper et Low (2003) accordent une importance particulière à la

formation continue des soignants diminuant ainsi le sentiment de fardeau. Au final, les comportements difficiles à gérer englobent la déambulation et les fugues, mais également les cris, les plaintes, l'agressivité et l'agitation des résidents (Camus et al., 2009).

Il semble également pertinent d'établir des liens entre l'approche Snoezelen et certaines études. Cette dernière porte une attention particulière au bien-être des résidents abordé par des démarches non pharmacologiques telles que : « la stimulation visuelle, auditive, tactile, gustative et olfactive des sujets au moyen d'effets lumineux, de surfaces tactiles, de musique et d'huiles essentielles » (Gardette, Coley et Andrieu, s.d., p. 19). En effet, plusieurs auteurs proposent des stratégies s'inscrivant dans cette approche. En 2007, Schonfeld et al., relèvent des stratégies de communication pouvant aider les résidents à passer un moment dans le calme lors du repas. Dans la même idée, ils proposent l'instauration d'un programme de marche en début de soirée qui aura un impact positif sur la fréquence d'apparition au comportement d'errance. De plus, ils mettent en avant l'utilisation de médecine alternative telle que l'aromathérapie. L'éclairage, le bruit, l'activité et d'autres sources de distraction influencent le comportement d'errance (Yao et Algase, 2006 ; Algase, Beattie, Antonakos et Beel-Bates, 2010). Dans la même optique, l'utilisation de la musicothérapie est efficace lors du comportement d'errance. Cette thérapie rend les individus responsables et leur permet de donner un sens à ce qu'ils vivent (Svansdottir et Snaedal, 2006).

## **6. RÉPONSE À LA QUESTION ET IMPLICATIONS POUR LA PRATIQUE INFIRMIÈRE**

---

Cette revue de littérature tend à répondre à la question de recherche : comment comprendre le comportement de déambulation et quelles stratégies peuvent être mises en place pour gérer ce symptôme auprès des personnes âgées atteintes de démence de type Alzheimer et vivant en institution ?

Deux thématiques s'intègrent à la question de recherche. Il s'agit à la compréhension du comportement et des stratégies mises en place. Dès lors, la réponse à la question de recherche se basera sur ces deux axes.

### **Compréhension du comportement de déambulation :**

Le fait que la définition soit peu claire rend la compréhension du comportement difficile ; ceci entrave une prise en soins adéquate. Divers auteurs cités ci-dessus indiquent que l'errance est plus fréquente auprès des résidents atteints de DTA. Ils indiquent également qu'il existe différentes étiologies à ce comportement comme l'ennui, la faim, la douleur ou encore les besoins fondamentaux non satisfaits. De plus, divers outils existent pour évaluer et quantifier le comportement d'errance, dont l'AWS, le podomètre, le GPS et les téléphones portables.

### **Stratégies mises en place pouvant gérer le comportement de déambulation :**

- Médecine naturelle (aromathérapie, musicothérapie, relaxation, stimulation sensorielle)
- Exercices de marche en début de soirée
- Structurer le temps (stratégies d'interventions individualisées, planifier les activités sur la journée)
- 4 techniques de gestion (émotions et techniques de gestion du comportement, l'acceptation et le soutien, techniques de contention, techniques d'évitement)
- Espace sécurisant (laisser errer le résident)
- Éviter les techniques de contention limitant les mouvements
- 4 règles pour gérer le comportement d'errance (surveillance, écoute, sécurité, soins de qualité)
- Système de protection (systèmes d'alarme, tapis sonnettes, bips d'alarme, capteurs aux portes, bracelet avec l'identité du résident, GPS)
- Changement de serrures, déguisement des portes, alarmes aux portes de sorties
- Éviter les contraintes physiques ou chimiques (médication, vêtements contenant, blocage)
- Favoriser le relationnel

- Facteurs influençant le comportement (éclairage, bruit, activité ou d'autres sources de distraction).

### **Implication pour la pratique:**

Les résultats de cette revue de littérature ont un impact sur la pratique professionnelle. En se basant sur les statistiques de l'OFS (2013) et l'Association Alzheimer (2012), l'hypothèse qu'à l'avenir la rencontre de personnes atteintes de démence dans les services de soins sera en augmentation peut être émise. De ce fait, ces propos font penser que le taux de dépendance des sujets âgés augmente avec l'âge. Lorsque les aidants ne peuvent plus prendre soins de leurs aînés à domicile, l'entrée en institution devient inévitable. L'étude de Wigg (2010, cité par Landau et Werner, 2011) démontre que 37 à 60 % des personnes âgées démentes déambulent. Quant à Brodaty, Draper et Low (2003), ils émettent l'hypothèse que les soins prodigués aux sujets âgés engendrent énormément de stress, ce qui influence la satisfaction du personnel au travail. Selon Schonfeld et al. (2007), il est important que le personnel soignant reste attentif au comportement d'errance sachant que les résidents ne peuvent souvent plus communiquer leurs besoins. La déambulation engendre des conséquences néfastes pour la santé telles que la fatigue, la déshydratation. Les soignants ont donc un rôle clé auprès des personnes âgées errantes ; ils se doivent de veiller à la sécurité de la clientèle (Landau et Werner (2012)). Enfin, une autre hypothèse de cette étude formule que plus le personnel soignant est formé auprès de personnes démentes, moins il sera sujet au stress et à l'anxiété. De cette hypothèse, la nécessité d'apporter les connaissances nécessaires au personnel soignant est démontrée. En s'appropriant de manière adéquate le sens de l'errance, le personnel soignant pourra mettre en place des stratégies adaptées à chaque individu. Cependant, il est important de ne pas généraliser ce genre de comportement à chaque personne. Ce travail a pour but d'apporter une aide à la compréhension du comportement de déambulation. Les stratégies ressorties des différentes études permettent de guider le personnel soignant dans sa prise en soins. Enfin, bien que les résultats n'amènent pas de conclusion définitive, ils invitent cependant le personnel à s'interroger sur ce comportement de déambulation. Pourtant, aucune recherche n'a été établie en Suisse. Le pourquoi ? Ci-dessous les auteures de ce travail émettent quelques avis :

- Manque de chercheurs portant un intérêt sur la gérontologie
- Manque de données uniformisées pour toute la Suisse
- Manque de budget.

Au final, le fait de comprendre le comportement d'errance permet aux aidants (familles et soignants) d'accepter ces symptômes dus à la maladie et d'éviter de mauvaises interprétations du trouble. Pour cela, l'actualisation des connaissances permet d'exclure tous risques d'abus et de mettre en place des stratégies appropriées. En outre, un aménagement du milieu de vie adapté aux aînés contribue au bien-être et à la sécurité de ces derniers.

## 7. CRITIQUES ET LIMITES DE LA REVUE DE LITTÉRATURE

---

En tant que novices dans la recherche, cibler la problématique a été complexe. Au départ, la rigidité portée sur la thématique a suscité de la difficulté à trouver des articles pertinents. Toutefois, les études auraient dû être davantage plus critiquées. De ce fait, cette revue de littérature serait abordée avec plus de finesse. Le fait d'avoir deux thématiques dans la formulation de la problématique a amené à de nombreuses stratégies de recherches. Avec du recul une critique peut être apportée à ces dernières. Effectivement, de nombreuses stratégies sont utilisées dans cette revue. La sélection et l'association des termes [Mesh] pertinents ont été difficiles. Il est vrai que les mots-clés des articles ont permis d'obtenir d'autres termes [Mesh]. À ce jour, la thématique de l'errance n'a pas de définition concrète; cela a été un frein pour ce travail. Les auteures de cette revue de littérature sont conscientes des lacunes auxquelles elles ont pu être confrontées ; probablement d'autres solutions auraient pu être plus judicieuses. Au fil du temps, la découverte d'autres études pertinentes en lien avec la problématique sont apparues sur Pubmed. Ces études auraient été pertinentes dans ce travail. Certains articles répondant à la question de recherche étaient introuvables ou payants. Cela a également été un frein dans la réalisation de ce Bachelor Thesis. Les articles comportant les outils d'évaluation ont été jugés difficiles à la compréhension ; le style d'écriture et les contenus décrits sont très spécifiques à cette thématique. Il est vrai que les

connaissances et les compétences dans la langue anglaise ainsi que la méthodologie ont été des limites à la réalisation de ce travail. Cependant, les grilles<sup>4</sup> d'analyses ont permis de synthétiser les résultats des recherches. Malgré les difficultés rencontrées, tous les moyens mis à disposition pour réaliser ce premier travail de Bachelor ont été utilisés. Le choix des concepts et des cadres de références a été en adéquation pour répondre à la problématique. Bien que cette dernière comprenne une double question de recherche ; cela a permis de mettre en évidence divers contenus et d'endosser de meilleures connaissances. S'il fallait recommencer cette revue de littérature étoffée, une seule question serait développée. Cela permettrait d'y répondre de manière plus ciblée et plus approfondie. Néanmoins, la collaboration, la bonne entente et la bonne humeur ont régné tout au long de cette revue de littérature systématique.

## 8. PERSPECTIVES FUTURES

---

Cette revue de littérature souligne que le comportement d'errance reste encore abstrait et manque de définition. En effet, peu de recherche s'intéresse clairement à la problématique de l'errance. Les interventions ne sont pas toujours adaptées aux individus. À l'avenir, des études pourraient s'intéresser davantage à ce sujet. Il est vrai que la question de recherche ne se porte pas spécifiquement sur des interventions non pharmacologiques. Cependant, ces dernières ont un effet positif sur le comportement de déambulation. Toutefois, il serait pertinent d'effectuer des recherches sur ces approches. Pour cela, à l'avenir, les chercheurs peuvent s'intéresser aux thèmes suivants :

- chercher la corrélation entre la médecine naturelle et la déambulation
- l'effet des approches non médicamenteuses sur le comportement errant
- liens entre l'errance et les habitudes antérieures
- la communication et la relation avec une personne errante.

---

<sup>4</sup> Annexe D : Grilles critique des articles scientifiques

Finalement, il serait intéressant de réaliser une étude en Suisse à propos de cette thématique. Cette dernière est tout de même fréquente dans les établissements de soins ; cela permettrait donc d'amener une réflexion sur la qualité des soins des résidents.

## CONCLUSION

---

La réalisation de cette revue de littérature a permis de mettre en lumière qu'à ce jour, il n'existe aucune définition claire et précise du comportement d'errance. Malgré cela, une réponse à la question de recherche a pu être apportée. Les apports retirés de la littérature et des études retenues démontrent que l'errance est une problématique complexe. En effet, les recherches ont permis de recenser divers outils et de multiples stratégies d'interventions pouvant être mis en place pour gérer la déambulation. Diverses études mettent en évidence, des approches non pharmacologiques ayant pour but de diminuer le comportement d'errance ; celles-ci se sont avérées efficaces et ne comportent aucun effet secondaire. Ces thérapies rendent les individus acteurs et responsables de leurs propres soins. Au-delà de ces propos, il est essentiel de veiller à la sécurité des résidents. De nombreuses études indiquent également que les soignants éprouvent de la difficulté à soigner les personnes errantes. Au vu de l'augmentation de la population vieillissante, les soignants seront davantage confrontés à soigner des personnes démentes présentant des SCPD. De plus, des chercheurs attestent dans leur étude que les personnes atteintes de DTA développent un comportement errant au cours de leur maladie. D'autant plus que diverses études démontrent que la déambulation est une problématique difficile à gérer pour les aidants ; c'est également une des premières causes d'institutionnalisation. Toutefois, il semble essentiel que les maisons de soins offrent la possibilité au personnel d'accéder à des formations continues auprès de personnes atteintes de DTA qui déambulent. De plus, chaque soignant se doit de respecter leur déontologie lors des soins.

Pour conclure, les auteures de cette revue systématique ont trouvé pertinent de s'intéresser à cette problématique, en cherchant des explications et des techniques d'intervention scientifiques dans le but de l'étayer dans leur pratique professionnelle.

### Mots des auteures

L'errance a toujours été pour les auteures, un thème intrigant ; c'est pourquoi elles ont décidé de porter une attention toute particulière à ce comportement. La réalisation de ce travail a suscité beaucoup de doutes, de stress et de remises en question. Toutefois, elles

sont fières d'avoir accompli ce travail ayant été un réel défi. Au terme de cette revue, les auteures peuvent émettre qu'elles repartent avec une valise riche d'expériences et de connaissances ; essentielle pour les soins auprès des personnes errantes et atteintes de DTA. Pour cela, elles aimeraient continuer à enrichir leurs apprentissages professionnels pour prodiguer des soins de qualité à la clientèle.

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

---

- Agence Nationale de l'Évaluation et de la qualité des établissements et Services sociaux et Médicaux sociaux. (2008). *Recommandation de bonnes pratiques professionnelles*, 16-17.
- Algase, D.L., Antonakos, C., Beatti, E.R., Beel-Bates, C.A. et Yao, L. (2009). Empirical derivation and validation of a wandering typology. *Journal of the American Geriatrics Society*, 57 (11), 2037-2045.
- Algase, D.L., Beattie E.R, Antonakos, C., Beel-Bates, C.A. et Yao, L. (2010). Wandering and the Physical Environment. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 25 (4), 340-346.
- Algase, D.L., Beattie, E.R., Bogue, E.L. et Yao, L. (2001). The Algase Wandering Scale: initial psychometrics of a new caregiver reporting tool. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 16 (3), 141-152.
- Algase, D.L., Beattie, E.R., Song, J.A., Milke, D., Duffield, C. et Cowan, B. (2004). Validation of the Algase Wandering Scale (Version 2) in across cultural sample. *Aging & Mental Health*, 8 (2), 133-142.
- Algase, D.L., Moore, D.H., Vandeweerd, C. et Gavin-Dreschnack, D.J. (2007). Mapping the maze of terms and definition in dementia-related wandering. *Aging & Mental Health*, 11 (6), 686-689.
- Association Suisse des Infirmières (2003). *L'éthique dans la pratique des soins*. Berne : Association Suisse des Infirmières.
- Associations Alzheimer Suisse. (2009). *Gérer les déambulations et prévenir les disparitions : Conseils utiles*. Yverdon-les-Bains : Association Alzheimer Suisse.
- Associations Alzheimer Suisse. (2011). *Quelques informations générales sur la démence et ses causes*. Yverdon-les-Bains : Association Alzheimer Suisse.

- Associations Alzheimer Suisse. (2012). *107'500 personnes atteintes d'Alzheimer vivent en Suisse*. Yverdon-les-Bains : Association Alzheimer Suisse.
- Avet, S. (2008). La prise en soins d'un patient atteint de la maladie d'Alzheimer, au travers de situations spécifiques. *Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*, 8, 17–26.
- Bassal, C. (2010). *Les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) : Identification et interventions*. [Polycopié]. Fribourg : Haute École de Santé.
- Benoit M., Brocker, P., Clement, J.-P., Cnockaert, X., Hinault, P., Nourashemi, F., Pancrazi, M.-P., Portet, F., Robert, P., Thomas, P. et Verny, M. (2005). Les symptômes psychologiques et comportementaux de la démence : description et prise en charge. *Revue Neurologique*, 161 (3), 357-366.
- Brodaty, H., Draper, B. et Low, L.-F. (2003). Nursing home staff attitudes towards residents with dementia: strain and satisfaction with work. *Journal of Advanced Nursing*, 44 (6), 583-90.
- Camus, V., Zawadzki, L., Peru, N., Mondon, K., Hommet, C. et Gaillard, P. (2009). Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence : aspects cliniques. *Annales Médico-Psychologiques*, 167, 201-205.
- Dubey, C. (2010). *Recherche documentaire d'articles scientifiques*. [Polycopié]. Fribourg : Haute Ecole de Santé.
- Ducros-Gagné, M. (1988). L'approche prothétique : Une mesure d'aide spécifique à la clientèle âgée. *Un défi simplement humain, des soins pour les personnes âgées atteintes de déficits cognitifs*. Montréal : Editions du Renouveau Pédagogique, 41-52.
- Dufouil, C. et Alperovitch, A. (2005). Epidémiologie de la maladie d'Alzheimer : Maladie d'Alzheimer. *La revue du praticien*, 55 (17), 1869-1878.
- Fattorusso, V. et Ritter, O. (2004). *Vademecum clinique: du diagnostic au traitement*. Paris : Masson.

- Fillion, E. (2012). La bientraitance en EHPAD. *Une approche de sensibilisation du personnel*. [Page WEB]. Accès : <http://www.lettre-psychogeriatric.com/wp-content/uploads/2012/11/56-Emmanuelle-FILLION-bientraitance-SA-24.pdf> [Page consultée le 9 Juin 2013].
- Formarier, M. et Jovic, L. (2009). *Les concepts en sciences infirmières*. Lyon : Mallet Conseil
- Gardette, V., Coley, N. et Andrieu, S. (s.d). Les traitements non pharmacologiques : une approche différente de la MA. *La revue canadienne de la maladie d'Alzheimer et autres démences*, 13-22.
- Groulx, B. (1998). Une meilleure compréhension de ces comportements et des besoins du patient aidera les aidants à prodiguer des soins d'une qualité optimale. *Revue canadienne de la maladie d'Alzheimer*, 6-8.
- Guide abrégé de la Faculté de médecine du CHUV. (2009). *Pubmed*. [Page WEB]. Accès : <http://www.chuv.ch/bdfm/pubmed1.pdf>. [Page consultée le 27 mai 2013].
- Houston, A.M., Brown, L.M., Rowe, M.A. et Barnett, S.D. (2011). The Informal Caregivers' Perception of Wandering. *American Journal of Alzheimer's Disease Other Dementias*. 26 (8), 616-22.
- Jacqueline, F.M., Janet, S.C., Farzaneh, P.A. et Donald, L.B. (2007). Utility of the Algate Wandering Scale in an outpatient Alzheimer's disease sample. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22 (8), 801-5.
- Kiely, D.K., Morris, J.N. et Algate, D.L. (2000). Resident characteristics associated with wandering in nursing homes. *International journal of geriatric psychiatry*, 11 (15), 1013-1020.
- Koji, H., Toshiva, I., Itaru, T., Tatsuro, O., Hiroshi, T., et Haruo K. (2001). Pacing rhythms of "wanderers" with dementia. *Psychogeriatrics the Official Journal of the Japanese Psychogeriatric Society*, 1 (1), 76-81.

- Kutsumi, M., Ito, M., Sugiura, K., Terabe, M. et Mikami, H. (2009). Management of behavioral and psychological symptoms of dementia in long care facilities in Japan. *Psychogeriatrics*, 9, 186-95.
- Lai, C.K.Y. et Arthur, D.G. (2003). Wandering behaviour in people with dementia. *Journal of Advanced Nursing*, 44 (2), 173-182.
- Landau, R. et Werner, S. (2012). Ethical aspects of using GPS for tracking people with dementia: recommendations for practice. *International Psychogeriatrics*, 24 (03), 358-366.
- Landreville, P., Rousseau, F., Vézina, J. et Voyer, P. (2005). *Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence*. Canada: Maloine.
- Lévesque, L., Roux, C. et Lauzon, S. (1990). *Alzheimer Comprendre pour mieux aider*. Canada : Éditions du Renouveau Pédagogique.
- Ligue Européenne Contre la Maladie d'Alzheimer. (s.d.). *Errance*. [Page WEB]. Accès : [http://www.maladiealzheimer.fr/maladie\\_soigner.php?article=30](http://www.maladiealzheimer.fr/maladie_soigner.php?article=30). [Page consultée, le 10 mai 2013].
- Loiselle, C.G. et Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthode de recherche en sciences infirmières. Approches quantitatives et qualitatives*. Québec : Éditions du Renouveau Pédagogique Inc.
- Miller, C. (2007). *L'essentiel en soins infirmiers gérontologiques*. Canada : Editions Beauchemin.
- Miyamoto, Y., Tachimori, H. et Ito, H. (2010). Formal Caregiver Burden in Dementia: Impact of Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia and Activities of Daily Living. *Geriatric Nursing*, 31 (4), 246-253.
- Monat, A. (2006). L'approche prothétique élargie. *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie*. Montréal : Édition du Renouveau Pédagogique, 495-505.
- Moulias, R., Hervy, M.-P., Ollivet, C. et Mischlich, D. (2005). *Alzheimer et maladies apparentées: traiter, soigner et accompagner au quotidien*. Paris : Masson.

- Office Fédérale de la Statistique. (2011). Enquête sur la santé des personnes âgées vivant en institution. [Page WEB]. Accès : <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/14/02/01/key/07.html> [Page consultée, le 10 mai 2013].
- Office Fédérale de la Statistique. (2012). *Santé des personnes âgées - Données, indicateurs*. [Page WEB]. Accès : <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/14/02/01/key/07/01.html> [Page consultée le 28 Mai 2013].
- Phaneuf, M. (2007). *La maladie d'Alzheimer et la prise en charge infirmière*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.
- Rolland, Y., Gillet-Guyonnet, S., Nourhashémi, F., Andrieu, S., Cantet, C., Payoux, P., Ousset, P. J., Vellas, B. et le groupe REAL.FR. (2003). Déambulation et maladie de type Alzheimer. *La revue de médecine interne*, 24, 333s-338s.
- Rowe, M., Vandever, S.S., Greenblum, C.A., List, C., Fernandez, R.M., Mixson, N.E. et Ahn H.C. (2011). Persons with dementia missing in the community: Is it wandering or something unique?. *Biomedcentral Geriatrics*, 11, 1-8.
- Schonfeld, L., King-Kallimanis, B., Brown, L., Davis, D., Kearns, W., Molinari, V., Werner, D., Beattie, E. et Nelson, A. (2007). Wanderers with Cognitive Impairment in Department of Veterans Affairs Nursing Home Care Units. *International Journal of Geriatric Sociology*, 55 (5), 692-9.
- Song, J.A., Lim, Y.M. et Hong, G.R. (2008). Wandering behaviour of persons with dementia in Korea: investigation of related factors. *Aging & Mental Health*, 12 (3), 366-373.
- Strubel, D. et Corti, M. (2008). La déambulation chez les patients déments. *Psychologie & NeuroPsychiatrie du Vieillissement*, 6 (4), 259-264.
- Svansdottir, H.B. et Snaedal, J. (2006). Music therapy in moderate and severe dementia of Alzheimer's type: a casa-control study. *International psychogeriatrics*, 18 (4), 613-621.

- Verdurand, M., (2008). Thèse de Doctorat de l'Université Claude Bernard-Lyon 1. *Vers l'image TEP de la neurotransmission sérotoninergique dans la maladie d'Alzheimer*. [Page WEB]. Accès : [http://hal.archives-ouvertes.fr/docs/00/34/89/75/PDF/These\\_MV.pdf](http://hal.archives-ouvertes.fr/docs/00/34/89/75/PDF/These_MV.pdf) [Page consultée le 31 Mai 2013].
- Vézina, A. et Pelletier, D. (2009). Le maintien du pouvoir chez la personne âgée hébergée souffrant de déficits cognitifs. *Service social*, 55 (1), 97-110.
- Viau, B. (s.d). La maison Alzheimer idéale. *La revue canadienne de la maladie d'Alzheimer et autres démences*, 22-24.
- Yao, L., et Algase, D.L. (2006). Environmental Ambiance as a New Window on Wandering. *Western Journal of Nursing Research*, 28 (1), 89-104.

## ANNEXES

---

### Annexe A : Déclaration d'authenticité

Nous déclarons que nous, Floriane Ropraz et Iolanda Monteiro Garcia, sous la direction de Madame Jessica Graber, avons réalisé personnellement ce Bachelor Thesis conformément aux directives. Nous attestons clairement avoir signalé tout emprunt fait à autrui et nous assurons ne pas avoir commis de plagiat.

## Annexe B : Tableau des différentes catégories

Définitions- causes- caractéristiques	Outils d'évaluation	Stratégies mises en place
24 résultats, dont <b>9</b> études retenues	8 résultats, dont <b>3</b> études retenues	13 résultats, dont <b>5</b> études retenues
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Kiely, Morris et Algase (2000).</li> <li>➤ Song, Lim et Hong (2008).</li> <li>➤ Kutsumi, Ito, Sugiura, Terabe et Mikami (2009).</li> <li>➤ Houston, Brown, Rowe et Barnet (2011).</li> <li>➤ Brodaty, Draper et Low (2003).</li> <li>➤ Schonfeld L et al. (2007).</li> <li>➤ Rowe et al. (2011).</li> <li>➤ Koji et al. (2001).</li> <li>➤ Algase, Moore, Vandeweerd et Gavin-Dreschnack (2007).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Algase et al. (2004).</li> <li>➤ Algase, Beattie, Bogue et Yao (2001).</li> <li>➤ Marcus, Cellar, Ansari et Bliwise (2007).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Yao et Algase (2006).</li> <li>➤ Landau et Werner (2012).</li> <li>➤ Algase, Antonakos, Beattie, Beelbates et Yao (2009).</li> <li>➤ Algase, Beattie, Antonakos, Beelbates et Yao (2010).</li> <li>➤ Svansdottir et Snaedal (2006).</li> </ul>

### Annexe C : Tableau de synthèse des études retenues

Études	Buts	Population/ Échantillon	Méthodologie	Pays
Yao, Algase (2006).	Cette étude a pour but de comprendre comment l'environnement influence l'errance et d'autres comportements.	47 résidents	<b>Devis quantitatif</b> (étude transversale, corrélationnelle)	USA
Algase, Beattie, Bogue et Yao (2001).	Cette recherche a pour but de mettre en place une nouvelle échelle qui consiste à établir un rapport sur le développement et les propriétés psychométriques d'un nouveau barème.	23 infirmiers 151 résidents	<b>Devis quantitatif</b>	USA
Algase, Antonakos, Beattie, Beel-Bates et Yao (2009).	Cette étude permet de développer et valider une typologie de l'errance.	142 résidents	<b>Devis quantitatif</b> (étude corrélationnelle descriptive transversale)	USA
Algase, Beattie, Antonakos, Beel-Bates, Yao (2010).	Comblent les lacunes de l'environnement physique en examinant l'influence des éléments spécifiques de l'environnement sur les comportements des aînés déambulant atteints de démence.	122 résidents	<b>Devis quantitatif</b> (étude descriptive, transversale, corrélationnelle)	USA
Koji et al. (2001).	Définir quantitativement le comportement errant en utilisant un podomètre ; étudier les différents rythmes des participants (déments et déambulant ; déments, mais ne déambulant pas ; non-déments).	115 résidents	<b>Devis quantitatif</b>	Japon
Song, Lim et Hong (2008).	Étudier les divers facteurs pouvant contribuer à un comportement errant avec une démence chez les personnes vivant dans des établissements de soins de longue durée.	160 résidents	<b>Devis quantitatif</b> (étude transversale, corrélationnelle)	Corée

Études	Buts	Population/ Échantillon	Méthodologie	Pays
Algase et al. (2004).	Décrire les révisions apportées à l'échelle d'origine et de signaler des nouvelles estimations de la validité et de la fiabilité pour l'AWS-Version 2 dans un échantillon interculturel.	172 résidents	<b>Devis quantitatif</b> (étude corrélacionnelle, transversale)	USA Canada Australie
Kiely, Morris et Algase (2000).	Identifier les caractéristiques chez les résidents déambulant dans un contexte de soins de longue durée (EMS). Décrire la prévalence de base de l'errance pour tout l'échantillon et de stratifier selon le sexe.	108 résidents	<b>Devis quantitatif</b> (étude expérimentale)	USA
Algase, Moore, Vandeweerd et Gavin-Dreschnack (2007).	Proposer une nouvelle définition qui reprend et affine les travaux existants au sujet du comportement errant.	183 articles	<b>Devis qualitatif</b>	USA
Svansdottir et Snaedal (2006).	Évaluer l'effet de la musicothérapie sur les SCPD chez les patients atteints de démence modérée à sévère.	38 résidents	<b>Devis Qualitatif</b> (étude ce cas témoins)	Islande
Kutsumi, Ito, Sugiura, Terabe et Mikami (2009).	Informers les chercheurs et les soignants sur les types de techniques de gestion des SCPD.	1 <sup>ère</sup> étude : 15 soignants  2 <sup>ème</sup> étude: 633 soignants	<b>Étude mixte</b>	Japon
Marcus, Cellar, Ansari et Bliwise (2007).	Examiner l'utilité de l'AWS auprès des personnes atteintes de DTA.	40 résidents	<b>Devis quantitatif</b>	USA
Houston, Brown, Rowe et Barnett (2011).	Expliquer la perception des aidants naturels sur le comportement d'errance.	128 aidants	<b>Devis Quantitatif</b> (étude longitudinale)	USA
Brodaty, Draper et Low (2003).	Investiguer le stress et la satisfaction des soignants au travail par rapport aux personnes atteintes de DTA. Décrire les caractéristiques des résidents. Les soignants estiment ces dernières comme étant difficiles.	647 résidents  253 soignants	<b>Devis quantitatif</b> (étude non expérimentale descriptive)	Australie
Schonfeld et al. (2007).	Explorer l'ampleur et les facteurs associés à l'errance auprès des résidents dans des institutions de soins de longue durée.	15'094 maisons de soins	<b>Devis quantitatif</b> (étude transversale)	USA

Études	Buts	Population/ Échantillon	Méthodologie	Pays
Rowe et al. (2011).	Confirmer les résultats concernant les antécédents et les caractéristiques du comportement errant. Distinguer les personnes déambulant de celles qui n'errent pas.	325 articles	<b>Devis quantitatif</b> (étude rétrospective)	USA
Landau et Werner (2012)	Explication de l'utilisation du GPS auprès des résidents atteints de DTA. Aborder quelques recommandations pour la pratique.	32 soignants 36 aidants	<b>Devis qualitatif</b>	Israël

## Annexe D : Grilles critiques des articles scientifiques

Algase, Beattie, Bogue et Yao (2001). The Algase Wandering Scale: initial psychometrics of a new caregiver reporting tool. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 16 (3), 141-152.

### Grille quantitative

Aspects du rapport	Questions	Argumentation à l'aide de connaissances (cours et article lui-même) méthodologiques et scientifiques
<b>Titre</b>	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?	Le titre sous-entend que l'article traite d'une échelle de déambulation d'Algase.
<b>Résumé</b>	-Contient-il les principales parties de la recherche	Il est décrit en un texte uni, mais contient les différentes parties de la recherche (le but, la méthode, les participants, les résultats et une conclusion).
<b>Introduction</b> Énoncé du problème	-Le problème de recherche est-il énoncé clairement ?	L'errance est un problème clinique important et complexe dans la prise en soins des personnes atteintes de démence. Bien que l'intérêt de comprendre ce comportement ait augmenté, les résultats des études déjà effectuées sont souvent de valeurs incertaines en raison du manque de critères ou de mesures non validées pour quantifier l'errance. Aucune échelle spécifique n'a été trouvée à ce jour pour mesurer le comportement de l'errance. Par conséquent, le but de cette recherche est de mettre en place une nouvelle échelle consistant à établir un rapport entre le développement et les propriétés psychométriques d'un nouveau barème.
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur les variables étudiées ?	Une revue de littérature comprenant, 108 articles a déjà été publiée. Elle contient les plus publiés depuis 1990 sur la problématique de l'errance. Malgré cela, les résultats de ces études sont incertains ; les mesures ne sont pas validées pour quantifier l'errance.
Cadre théorique ou	-Les principales théories et concepts	Les principaux concepts et théories de l'étude sont définis : soins de longue durée, l'errance, l'échelle d'évaluation.

conceptuel	sont-ils définis ?	
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	-Est-il décrit ?	Le devis n'est pas clairement formulé. Cependant en lisant la méthode, nous pouvons déduire que cette recherche est un devis quantitatif.
Population et contexte	-La description de l'échantillon est-elle suffisamment détaillée ?	<p>Sujets : 23 infirmiers d'un État du Midwestern, aux États-Unis ; les sites ont été sélectionnés au hasard parmi des établissements de plus de 100 lits dans lesquels les résidents étaient atteints de déficits cognitifs.</p> <p>En raison de certains critères d'exclusion à l'étude, l'échantillon a été réduit. Tous les sujets ayant un consentement éclairé et réunissant tous les critères d'inclusion ont été acceptés. Les critères d'inclusion à l'étude étaient: avoir un diagnostic médical de démence selon le DSM-IV, être indépendant, parler l'anglais comme langue principale, avoir une note inférieure à 24/30 au MMSE. Pour que la population cible réponde aux critères du DSM-IV, une infirmière spécialisée en gérontologie a utilisé des données provenant de la famille, des dossiers médicaux et de certains examens médicaux.</p> <p>L'échantillon comprenait au total 151 sujets dont 74,8% étaient des femmes de race blanche ayant un âge moyen de 85,7 ans. Les hommes étaient âgés de 84,08 ans. Tous les sujets analysés répondaient aux critères du DSM-IV pour la démence ; cependant, seuls 89,3% avaient le diagnostic de démence noté dans leur dossier médical. Sur le total des sujets, 74 personnes ont été diagnostiquées de la maladie d'Alzheimer, 18 personnes avaient une démence de type vasculaire et les autres n'étaient pas diagnostiquées.</p>
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	Deux mesures de collecte de données ont été utilisées dans cette étude. Le MMSE et le TSI (test court pour quantifier la déficience cognitive). Les scores du MMSE vont de 0 à 30 ; les scores inférieurs à 24 indiquent une déficience cognitive importante. Certaines personnes atteintes de démence ne peuvent effectuer le test du MMSE par contre elles peuvent compléter le TSI. Ce dernier comprend 21 points en six catégories : la performance, la compréhension de la langue, le parler, la mémoire, les connaissances générales et la conceptualisation.
	-Les variables à mesurer sont-elles décrites et	Les épisodes de déambulation de chaque résident ont été chronométrés et codés. Les épisodes

	opérationnalisées ?	<p>d'errance ayant eu lieu dans les espaces publics et à l'intérieur des établissements ont été évalués à l'aide d'un lecteur de code-barre tenu à la main. Avec cet outil, deux dimensions de l'errance ont pu être quantifiées : le type et le rythme. Suite à cela, 4 types ont été défini 1) aléatoire : le résident marche de manière aléatoire 2) marche « rodage »: marche de manière répétitive, en boucle sur un même parcours 3) stimulation : aller-retour entre deux-points 4) directe : marcher directement du point A au point B sans déviation, ni de changement de direction.</p> <p>Dans cette étude le comportement errant était composé du type aléatoire, marche « rodage » et de stimulation. Seuls les épisodes de types directs n'étaient pas considérés comme de l'errance. Le rythme quant à lui, a été mesuré au niveau de deux phases ; soit le résident déambulait, soit il ne déambulait pas.</p>
Déroulement de l'étude	<p>-La procédure de recherche est-elle décrite ?</p> <p>-A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?</p>	<p>Le MMSE et le TSI ont été terminés au cours de la première semaine. Les tests ont été effectués par deux techniciens (une infirmière et un étudiant en psychologie) ; formés par un neuropsychologue avec une spécialisation en évaluation de la démence. Au cours de la seconde semaine, les sujets ont été observés par rapport à leur comportement de déambulation. Les sujets ont été répartis au hasard en deux ou trois périodes d'observations de quatre heures. Durant les périodes d'observations, les résidents ont été surveillés en permanence par les collecteurs de données. Le nombre d'observateurs ayant connaissance des sujets variait selon les sites. Chaque soignant a rempli une échelle des résidents dont il s'occupait.</p> <p>Comme cité auparavant, le consentement de chaque participant a été obtenu à partir de procurations autorisées par les familles dans le dossier médical. Le personnel soignant a également donné sa volonté de suivre l'étude ou non.</p>
<b>Résultats</b> Traitement des données	Des analyses statistiques ont-elles été entreprises pour répondre à chacune des hypothèses ?	<p>Les analyses des données ont été effectuées à l'aide d'un logiciel statistique pour les sciences sociales. Un total de 532 échelles d'Algase était disponible pour l'analyse. La cohérence interne de l'AWS et de ses sous-échelles a été calculée à partir du coefficient alpha de Cronbach. L'échelle AWS qui se réduit à 23 points de et 5 facteurs, a eu un coefficient alpha de Cronbach de 87 pour l'échantillon 1 soit (N=100) et un coefficient de 86 sur l'échantillon 2 soit (N=93). À travers les cinq sous-échelles, les alphas variaient de 0,88 pour la marche persistante (échantillon 1 N= 108) à 57 pour la marche routinière (échantillon 2 N=145). Un alpha supérieur à 70 est la norme acceptable pour des nouvelles mesures, 30 a été obtenu dans les deux échantillons sur trois sous-échelles :</p>

- La marche persistante (88,88)
- La désorientation spatiale (83,83)
- Le comportement eloping = fugue (80,77)

La fiabilité de l'AWS a également examiné les scores de corrélation obtenus de l'échelle, mais aussi des sous-échelles entre les échantillons 1 et 2. Les valeurs les plus importantes allaient de 65 (P <01) pour l'AWS à 44 (P <01) pour l'observation des sous-échelles. Seule la sous-échelle de la marche routinière a eu un résultat négligeable ( $r = 0,75$ ,  $p = 37$ ).

La validité de l'échelle a été évaluée de plusieurs façons. Tout d'abord, la capacité de l'AWS et de ses sous-échelles permettent d'examiner les résidents afin de pouvoir différencier les personnes déambulant ayant différents niveaux d'errance de ceux ne déambulant pas. Les soignants devaient répondre par 4 notations possibles afin de savoir si un résident déambulait : 1) certainement pas 2) des fois 3) oui, mais ce n'est pas un problème 4) oui c'est un problème.

L'AWS et toutes les sous-échelles mise à part la marche routinière ont été significativement corrélées ( $p < 0,01$ ).

Dans l'échantillon 2, les scores AWS différaient significativement ( $p < 0,005$ ) entre les différents niveaux de notation et les deux sous-ensembles homogènes identifiés :

- Les personnes déambulant
- Les personnes ne déambulant pas

Dans l'échantillon 1, il n'y avait pas de sous-ensemble homogène identifié, ce qui a créé un certain déséquilibre entre les scores des sujets à chaque niveau de notation. Dans les deux échantillons, le comportement de fugue avait un sous-ensemble homogène pour le « oui, c'est un problème ». Les deux échantillons ont révélé deux sous-ensembles homogènes pour la sous-échelle de la marche persistante. Concernant la sous-échelle de la désorientation spatiale, la notion de « certainement pas » était le seul sous-ensemble homogène. La validité de l'AWS et de ses sous-échelles était évaluée pour comparer les scores obtenus à partir de 2 échantillons et les corrélations étaient significatives ( $p < .01$ ) pour l'AWS (- 23, - 37) ; la désorientation spatiale (- 39, - 52), et (- 24, l'échantillon 2 seulement) le comportement de fugue. Les corrélations pour la marche persistante et l'altération cognitive étaient pour l'échantillon 1:  $r = - 0,15$ ,  $p = 0,1$ ; et de 2:  $r = - .16$ ,  $p = .09$  pour

		l'échantillon 2. Ni « shadowing » ni la marche routinière n'avaient de corrélation significative avec la déficience cognitive. Au final, 7 des 12 corrélations possibles étaient significatives pour les 2 échantillons.
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire	<p>La recherche comprend différents tableaux qui appuient le texte.</p> <p>Tableau 1 : saturations, la variance expliquée, sous-échelle alpha et le score à l'échelle de deux échantillons de répondants indépendants</p> <p>Tableau 2 : niveaux de significations pour les multiples comparaisons sur l'AWS et ses sous-échelles</p> <p>Tableau 3 : corrélations significatives pour l'AWS et les sous-échelles ; résultats des scores observés dans les deux échantillons sur le comportement de l'errance</p>
<b>Discussion</b> Intégration de la théorie et des concepts	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir du cadre théorique et conceptuel, ainsi que des recherches antérieures ?	<p>Seuls cinq facteurs étaient conformes à la base conceptuelle de l'échelle. Trois facteurs ont été utilisés pour la pertinence de l'instrument : la fréquence de la marche persistante, le comportement de fugue et la désorientation spatiale. Les corrélations relevées entre les évaluateurs (sauf pour la marche routinière) et les tests-t indiquent que les scores n'étaient pas significativement différents dans les 2 échantillons.</p> <p>L'AWS et ses trois sous-échelles sont utiles pour différencier les résidents qui déambulent de ceux qui ne déambulent pas. Elle est également efficace pour détecter les niveaux d'errance. Les sujets ayant un score plus élevé au niveau de la marche persistante et au niveau de la désorientation spatiale ont été classés comme errant ; mais pas nécessairement comme étant un problème. Au final, les chercheurs expliquent que l'errance est associée au niveau de déficience cognitive. La désorientation spatiale ainsi que la marche persistante constituent les dimensions essentielles du comportement errant.</p>
Perspectives futures	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de	<p>Les chercheurs mentionnent que l'AWS est un nouvel instrument prometteur pour décrire et quantifier l'errance.</p> <p>L'étude a été établie aux États-Unis, cependant la validation dans d'autres cultures peut s'avérer utile afin de différencier les aspects d'errance. Enfin, d'autres études concernant l'AWS doivent être conçues pour pouvoir aborder les questions cliniques. À ce jour, peu d'informations sont disponibles</p>

	recherche à venir ?	pour aider les cliniciens à porter un jugement sur les résidents pouvant développer un comportement de déambulation.
<b>Questions générales</b> Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	L'article est bien écrit, comme cité ci-dessus, les chercheurs se sont basés sur une étude aux États-Unis. Il serait plus judicieux d'évaluer la validation de l'échelle AWS dans d'autres cultures afin de différencier les aspects du comportement de déambulation.

Algase, Antonakos, Beattie, Beel-Bates et Yao (2009). Empirical derivation and validation of a wandering typology. *Journal of the American Geriatrics Society*, 57 (11), 2037-2045.

### Grille quantitative

Aspects du rapport	Questions	Argumentation à l'aide de connaissances (cours et article lui-même) méthodologiques et scientifiques
<b>Titre</b>	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?	Le titre décrit le but de la recherche : une dérivation empirique et une validation du type d'errance.
<b>Résumé</b>	-Contient-il les principales parties de la recherche ?	Il comprend les différentes parties de la recherche (objectifs, conception, concepts, participants, méthode, résultats, conclusion) de manière détaillée.
<b>Introduction</b> Énoncé du problème	-Le problème de recherche est-il énoncé clairement ?	L'errance n'a été que rarement étudiée au niveau scientifique. Sa cause est peu comprise et les interventions testées auprès des sujets âgés déambulant sont peu nombreuses et pas toujours efficaces pour améliorer ce comportement. De ce fait, les chercheurs veulent développer et valider une typologie de l'errance.
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur les variables étudiées ?	Plusieurs typologies ont déjà proposé bien qu'elles manquent de fondement empirique. Seule une typologie a été développée précédemment ; elle se concentre uniquement sur les tendances géographiques de l'errance (le rodage, la stimulation, la marche aléatoire et la marche directe).
Cadre théorique ou conceptuel	-Les principales théories et concepts sont-ils définis ?	Les principaux concepts qui ressortent de cette étude sont : l'errance, l'observation, la démence.
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ?	C'est un devis corrélationnel descriptif transversal qui a été utilisé dans le cadre d'une vaste étude testant le modèle NDB.

Population et contexte	-La description de l'échantillon est-elle suffisamment détaillée ?	<p>Les sujets ayant une démence (N=181) provenaient de 22 maisons de soins infirmiers (NHS) et de 6 logements avec assistance (ALFs). Ils ont été filmés afin de s'assurer que chaque participant ait un nombre suffisant d'observations, ceux qui avaient entre 10 et 12 observations sur le projet parent (qui ont des traits communs avec une autre étude) ont été choisis pour la seconde analyse.</p> <p>Le total de participants (N=142) de l'échantillon parent répondait aux critères d'inclusion : parler anglais, être atteint de troubles cognitifs, avoir les critères de diagnostic médical de démence, avoir un score inférieur de 24 au MMSE, ne pas prendre de médicaments psychotropes, être dans un établissement avec ou sans dispositif d'aide. Les participants ne sont pas différents des autres études en termes de sexe, d'âge, de Score MMSE, de la mobilité ou de leurs résidences.</p>
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	<p>Les données recueillies sur le comportement errant ont été effectuées à l'aide d'observations directes disposant de 21 paramètres, réduits par une analyse factorielle de quatre éléments : 1) un taux élevé 2) une longue durée du comportement 3) un taux faible à modéré 4) l'heure à laquelle le comportement a eu lieu.</p> <p>D'autres mesures ont été utilisées dans la recherche : le MMSE, le minimum Data Set 2.0 pour le score de mobilité, le classement de l'échelle gériatrique et la température tympanique.</p>
	-Les variables à mesurer sont-elles décrites et opérationnalisées ?	<p>Variables dépendantes : l'errance a été quantifiée en fonction des quatre éléments cités ci-dessus. Dans l'étude, chaque sujet a été filmé durant 12 périodes de 20 minutes se produisant une fois par heure entre 08h00 et 20h00. Les périodes d'observations se sont déroulées de manière aléatoire pendant 2 jours suivis d'une pause de 2 jours. Les épisodes de déambulations enregistrés ont été codés en utilisant le Noldus Observateur logiciel 5.0.</p> <p>Variables indépendantes : les variables ont été choisies parmi les facteurs du modèle NDB. Les chercheurs ont également inclus les déficiences cognitives, la mobilité, la santé en générale, les troubles du rythme circadien, l'âge et le sexe. La déficience cognitive a été évaluée par le MMSE (évalue l'orientation, l'enregistrement, l'attention, le calcul, le rappel, la langue) pour donner un score global entre 0 (sévèrement altérée) et 30 (aucune altération).</p>
Déroulement de l'étude	-La procédure de recherche est-elle	<p>Pour valider l'acceptabilité de l'étude, le MMSE a été distribué en premier. Les participants ont reçu à manger, de quoi boire et la possibilité d'utiliser les toilettes avant le test. Ce dernier a été effectué dans une pièce silencieuse sans aucune interruption. L'infirmière effectuant la recherche</p>

	<p>décrite ?</p> <p>-A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?</p>	<p>communiquait avec chaque participant afin de créer un cadre confortable avant le début du test. Les recherches infirmières déjà étudiées en gériatrie se sont basées pour l'évaluation à partir d'un examen physique complet, à l'aide de dossiers médicaux et des valeurs du laboratoire.</p> <p>Les données concernant la température ont été obtenues toutes les 3 heures sur une période de 36 heures qui débutait à 18h00. Les températures tympaniques ont été prises à chaque observation, y compris pendant que les participants dormaient. Avant de prendre la température, le canal de l'oreille a été inspecté pour visualiser s'il y avait ou non la présence de cire, de liquide ou de sang. Si c'était le cas, la mesure était prise dans l'autre oreille. Si le résident portait un appareil auditif, il devait l'enlever durant 10 minutes avant que le soignant puisse prendre la température. Quant aux mesures appropriées afin de préserver l'éthique, les participants ont été recrutés à l'aide d'une substitution appropriée.</p>
<p><b>Résultats</b></p> <p>Traitement des données</p>	<p>Des analyses statistiques ont-elles été entreprises pour répondre à chacune des hypothèses ?</p>	<p>L'analyse des résultats a donné lieu à trois groupes (A = 14, B= 55 C= 54) et laissé un autre groupe de 19 participants non affectés aux résultats. Les valeurs plus élevées de Calinski-Harabasz pseudo-F, indiquent une grande variance entre les groupes. La moyenne des scores et les classements sont présentés pour chaque groupe dans le tableau 2. Au niveau des résultats, il y a eu un grand écart concernant la variable de la durée (différence absolue = 5,72) et un petit écart concernant la variable de l'heure (différence absolue = 0,28), ce qui indique que les résultats sont différents. De plus, ces derniers démontrent que l'errance varie au cours de la journée. Le groupe correspond à N=14,9 soit 9% de l'échantillon. Ce groupe comprend des scores plus élevés concernant les variables de la durée et du taux d'errance. Ce groupe a également eu le score le plus bas concernant la variable de l'heure, ce qui indique que le plus haut taux d'errance concernant les variables horaire et durée a eu lieu plus tôt dans la journée.</p> <p>Les individus du groupe B correspondent à N= 55 soit 38,7% de l'échantillon. Ces derniers ont obtenu des scores moyens concernant un taux d'errance élevé, la durée et aussi pour la composante du mouvement. Le groupe C (N=54, soit 38%) a obtenu les scores les plus faibles concernant les trois composantes (haut débit, durée, mouvement modéré à faible) ; cependant ils étaient proches des résultats du groupe A. Le groupe des participants non inclus soit N= 19 ce qui représente 13,4% de l'échantillon est celui qui n'a montré aucun comportement d'errance au cours d'une période d'observation. Par rapport à la validité des résultats, aucune différence n'a été révélée pour l'âge et l'amplitude du rythme circadien, mais des différences significatives ont été trouvées pour les déficits</p>

cognitifs et également pour la santé en général.

Le Groupe A a eu le score le plus bas du MMSE (2.5 + ou - 4.9) et le groupe B le score le plus élevé (9,41 + ou - 6,9). Le groupe B a également eu le meilleur état de santé en général (CIRS-G 0,61+ ou - 0,22). Les tests du  $X^2$  ont été utilisés pour évaluer l'association entre les différentes catégories de variables et tous les résultats en incluant les résidents qui ne déambulaient pas. Cependant aucune association n'a été trouvée pour le sexe. Les personnes déambulant soit 92,9 % dans le groupe A étaient indépendantes au niveau de la mobilité tandis que les pourcentages dans les autres groupes B, C et les personnes qui ne déambulaient pas étaient de 64,8%, 67,9% et 52,6%. Enfin, l'association entre le personnel évaluateur du statut de l'errance et les résultats des personnes déambulant et celles qui ne déambulent pas a été évaluée à l'aide du  $X^2$ . L'évaluation du personnel en soins infirmiers correspondait à 80% des personnes déambulant du groupe A et à 78% du groupe B ; tandis que l'évaluation du groupe C correspondait seulement à 43% des personnes qui déambulaient et à 64% des non déambulant. L'association était presque significative lorsque toutes les évaluations du personnel (111) ont été utilisées et les deux catégories étaient séparées.

Étant donné que les personnes déambulant ont attribué une meilleure santé que les personnes ne déambulant pas, la conclusion est que seul le groupe B a présenté une meilleure santé.

Une analyse de variance a été effectuée afin de comparer les résultats des évaluations pour chaque système d'organe, pour cela il a été utilisé un Bonferroni correcteur alpha de 0,0056 pour accueillir de multiples tests. Le tableau 2 démontre pour tous les résultats des personnes qui ne déambulaient pas: les systèmes dans lesquels les différences ont été trouvées par exemple: le système cardio df (3, 133) F = 4.73, P = 0.04; le statut nutritionnel et le système gastro-intestinal supérieur df (3, 133) F=2,56, P=0.6 ; le système gastro-intestinal inférieur df (3, 133) F=4,06 P=0.009.

Enfin, les variables significatives ou les tendances importantes dans la différenciation entre les résultats ont été utilisées dans une régression logistique pour prédire la probabilité de l'appartenance aux résultats par rapport aux personnes ne déambulant pas (N=129). Les résultats globaux ont été hautement significatifs (probabilité  $x^2$  (15) = 43.75, P<001) ce qui indique un bon ajustement au modèle. Deux facteurs prédictifs étaient significatifs pour le groupe A : la mobilité (coefficient = 2,38, P = 0,48) et les troubles cognitifs (coefficients = -0,41, P= 0,47) ; CIRS-G de l'évaluation du

		système cardiaque a été une approche significative (coefficient = - 0,803, P =13). Deux autres facteurs étaient significatifs pour le groupe B : le système gastro-intestinal supérieur et l'état nutritionnel (coefficient = 0,807, p =0.2), le système gastro-intestinal inférieur (coefficient = 0.881, P=0.2). Pas de facteur significatif ressortait dans le groupe C.
<p><b>Discussion</b></p> <p>Intégration de la théorie et des concepts</p>	<p>-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir du cadre théorique et conceptuel, ainsi que des recherches antérieures ?</p>	<p>Cette étude a abouti à une typologie empirique des personnes atteintes du comportement d'errance. Elle est basée sur la variation du taux du comportement et de la durée au cours des heures de la journée. Cette typologie est dérivée d'un moyen afin de mieux caractériser les personnes déambulant en ce qui concerne leur expression globale ou possible phénotype de l'errance et également examiner les variations dans les facteurs étiologiques potentiels pour le comportement. En outre, certains facteurs de fond du modèle NDB étaient utiles dans la démonstration au niveau des résultats entre les différents types d'errance et en comparaison avec les non déambulant. Par conséquent, cette étude est descriptive. Les analyses ont révélé trois groupes distincts d'errance. Les scores des composantes, les valeurs des paramètres clés de l'errance et les résultats de la régression logistique caractérisent les résultats. Les membres du groupe A, dit les errants classiques, présentaient le taux et la durée d'errance les plus élevés. Ils ont obtenu un pourcentage plus élevé d'observations que les autres groupes. Ils étaient également plus susceptibles d'avoir un taux d'errance horaire ; ce comportement se produisait un peu plus tôt dans la journée, en moyenne juste avant 15h00. Il n'y avait pas de grande différence entre les groupes en terme de temps de la journée. Les analyses de validation ont montré que les errants classiques ont des troubles cognitifs plus sévères, une plus grande autonomie au niveau de la mobilité et une moins bonne santé générale que les autres groupes. Bien que leur état de santé général n'est pas différent des autres groupes, ils ont eu des problèmes cardiaques plus sévères que les autres et sont plus sensibles au niveau gastro-intestinal et nutritionnel que le groupe B (mais similaire au groupe C). Les paramètres significatifs du rythme circadien n'expliquent pas la répartition temporelle de l'errance pour ces résultats. Les errants classiques diffèrent des non déambulant. Ils ont un plus grand déficit cognitif, mais une meilleure mobilité, des problèmes cardiaques plus sévères, mais manifestent de faibles problèmes avec la partie supérieure du tractus gastro-intestinal et l'état nutritionnel. Le personnel infirmier était susceptible d'identifier les errants classiques comme des personnes déambulant. Les membres du groupe B ou errants modérés avaient un taux d'errance appréciable et des durées inférieures aux errants classiques. Les analyses de validation ont montré que les errants modérés avaient une déficience cognitive moins bonne que les errants classiques (mais plus grande que le groupe C), une faible indépendance au niveau de la mobilité (mais similaire au groupe C) et le meilleur état de santé</p>

		de tous les errants. Les errants modérés avaient le même niveau de déficience cognitive, une meilleure santé, mais inférieure au niveau gastro-intestinal. Ils avaient également une meilleure mobilité que les personnes ne déambulant pas. Le personnel infirmier était susceptible d'identifier les errants modérés comme personne déambulant. Le groupe C ou errants subcliniques a démontré un faible niveau d'errance pendant la journée. Les analyses ont indiqué que ce dernier groupe a le moins de troubles cognitifs de tous les errants.
	-les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	Une limite de l'étude est l'utilisation unique des heures de la journée (8h00 à 20h00) pour quantifier les paramètres de l'errance. Le rythme circadien a été évalué près de la température du corps, les observations pratiques limitées à l'errance aux heures de jour. La mesure en continu de l'errance permettrait de renforcer les études futures, en particulier celles de l'évaluation des troubles circadiens. Le groupe des non déambulant dans cette étude a été formé en fonction de l'absence d'errance observée. Ces personnes peuvent avoir erré à d'autres moments que ceux observés, notamment la nuit. Avec une mobilité diminuée et un âge avancé, ils sont en moins bonne santé et ont une plus faible probabilité d'être considérés comme errant par le personnel infirmier.
Perspectives futures	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?	Les résultats de cette étude soulignent également l'importance des mesures dans de futures études examinant l'errance. Cette dernière est un problème multifactoriel pas uniquement expliqué selon le degré de déficience cognitive. La classification des individus comme errant ou non est extrêmement difficile comme approche de travail de tous les jours.
<b>Questions générales</b> Présentation	-L'article est-il bien écrit et détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	L'article est bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé afin de se prêter à une analyse critique minutieuse. Le seul reproche est que cette étude ne se passe que durant la journée. Cela est bien dommage, car quand on imagine les moyens qui ont été mis en place, on serait en droit d'attendre un travail plus complet.

Algase, Beattie, Antonakos, Beel-Bates et Yao (2010). Wandering and the Physical Environment. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 25 (4), 340-346.

### Approche quantitative

Aspects du rapport	Questions	Argumentation à l'aide de connaissances (cours et article lui-même) méthodologiques et scientifiques
<b>Titre</b>	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?	Le titre traite de l'errance et l'environnement physique. Il permet également de saisir le but de la recherche, mais pas forcément le problème de recherche en lui-même.
<b>Résumé</b>	-Contient-il les principales parties de la recherche ?	Le résumé comprend le contexte, la méthode, les résultats et la conclusion ; celui-ci représente les principales parties de la recherche. Elles sont détaillées et structurées.
<b>Introduction</b> Énoncé du problème	-Le problème de recherche est-il énoncé clairement ?	Le but de cette étude est de combler la lacune de l'environnement physique en examinant son influence sur le comportement des aînés déambulant atteints de démence.
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur les variables étudiées ?	Les associations entre l'environnement et l'errance ont été évaluées par des tests du $X^2$ et des tests-t.
Cadre théorique ou conceptuel	-Les principales théories et concepts sont-ils définis ?	Les différents concepts de la recherche sont: la démence, les tests de modèle, l'errance, les méthodes d'observation et de l'environnement physique. Les chercheurs ont conceptualisé cette étude à l'aide de modèle du comportement de la démence (NDB).
<b>Méthodes</b>	-Le devis de recherche est-il décrit ?	Cette recherche est une étude transversale et corrélacionnelle.

Population et contexte	-La description de l'échantillon est-elle suffisamment détaillée ?	La description de l'échantillon est brièvement expliquée. L'étude a été menée dans 22 maisons de soins infirmiers et 6 maisons de vie ayant des unités spécifiques pour la démence. Les patients atteints de démence ont été filmés pour 12 observations de 20 minutes réparties au hasard sur 2 jours non consécutifs.
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	<p>La luminosité (lux) a été mesurée en utilisant la couleur Gossen Pro 3F Light Meter. Ce compteur peut mesurer avec précision la lumière ambiante de 10 à 190'000 lux. La température et l'humidité ont été mesurées en utilisant un thermo-hydromètre.</p> <p>L'ambiance environnementale a été mesurée à l'aide de l'échelle (AS) avec un instrument à 9 points qui possède 2 sous-échelles (engageante et apaisante). Il capte des impressions subjectives d'un observateur de la maison de soins infirmiers.</p>
	-Les variables à mesurer sont-elles décrites et opérationnalisées ?	<p>Variables dépendantes : le comportement errant est codé pour le taux et la durée de la vidéo, un codage se met en place pendant chaque période d'observation.</p> <p>Variables indépendantes : le modèle NDB propose une relation entre les caractéristiques de l'environnement physique, mais aussi du comportement errant.</p> <p>Les variables d'intérêt sont: le bruit ambiant, la lumière, la température et le taux d'humidité de l'environnement.</p>
Déroulement de l'étude	-A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?	Tous les sujets de l'étude ont répondu aux critères d'inclusion. Le consentement a été obtenu à partir d'une procuration.
<b>Résultats</b> Traitement des données	Des analyses statistiques ont-elles été entreprises pour répondre à chacune	Dans l'ensemble, les participants ont été observés dans 11 endroits discrets à l'intérieur des établissements de soins. Environ 80% du temps, les résidents étaient situés dans un des quatre endroits: leur propre pièce (32%), la salle de séjour (20%), les couloirs (17%) et la salle à manger (11%). Le 20% restants est réparti sur 7 sites, 5% se produisent dans le hall et environ 2% à 3% se produisent dans chacun des quatre autres endroits soit les chambres des autres résidents, les

	des hypothèses ?	<p>salles d'activités, le bureau du personnel et le salon de beauté et &lt;2% dans la douche / bains ou à l'extérieur.</p> <p>Pour les observations qui se produisent dans chacun des 4 emplacements, un résident était plus susceptible d'errer dans : la chambre des autres résidents (60%); les couloirs (73%); la salle de bains (92%), et les endroits hors de l'unité (72%). Les 5 autres endroits où un résident était moins susceptible d'errer comme dans : la salle à manger (32%); la salle sociale (38%); la salle d'activités (40%); domaine du personnel (40%), et dans sa propre chambre (32%). Les observations effectuées dans le hall et à l'extérieur démontrent que l'errance a été constatée sur environ la moitié du temps. Une analyse <math>X^2</math> examinant les lieux enregistrés au cours des périodes d'observation était significative (<math>X^2</math> (10, N = 1341) = 140.12, p &lt;.001). L'analyse du <math>X^2</math> était également significative (<math>X^2</math> (10, N =1032) = 148.98, p &lt;.001). Les variables environnementales sont présentées dans le tableau 1.</p> <p>Au tableau 2 : une lumière plus vive, une meilleure variation des niveaux sonores et une qualité de l'environnement supérieure ont été associées avec des périodes où l'errance n'a pas eu lieu. Dans une régression logistique, on utilise la variable de l'environnement (significatif par test-t) pour différencier les périodes avec et sans errance (voir le tableau 3). Le modèle global était très significatif (LR <math>X^2</math> = 50,38, p &lt;.0001). Les 5 variables du modèle sont également significatives; les odds ratios étaient le plus élevés pour la proximité de personnes (odds Ratio [OR] = 1,87) et l'ambiance environnementale s'engageait comme une sous-échelle (1,84). La sous-échelle de l'ambiance apaisante a été associée de manière négative au comportement d'errance. La régression logistique des analyses a été refaite en utilisant le même modèle pour chaque sous-ensemble d'observations représentant l'errance classique, modérée et subclinique. Tous les modèles sont significatifs (voir le tableau 3) et chacun comprend différentes variables intéressantes. Durant l'observation des errants classiques, les variables significatives étaient la proximité de la personne (soit = 5,59) et la sous-échelle de l'ambiance apaisante (OR = 0,12). Pour les errants modérés, les variables significatives étaient des variations de niveaux sonores (OU = 1,09), la sous-échelle de l'ambiance apaisante (ou =de .24) et la sous-échelle de l'engagement de l'ambiance a eu l'odds ratio le plus élevé (1,14). Pour les observations des errants subcliniques, les variables significatives étaient la proximité des personnes (soit = 2,21) et le niveau d'éclairage moyen (OU = 1.002); la sous-échelle de l'ambiance a eu l'odds ratio le plus élevé.</p>
--	------------------	---

<p><b>Discussion</b></p> <p>Intégration de la théorie et des concepts</p>	<p>-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir du cadre théorique et conceptuel, ainsi que des recherches antérieures ?</p>	<p>Les principaux résultats sont interprétés à l'aide du cadre théorique et conceptuel, mais aussi par des recherches antérieures.</p> <p>En ce qui concerne l'environnement physique, les résultats ont été effectués à l'aide du modèle NDB, à l'exception de la température ambiante et de l'humidité pour lesquelles la variation était insuffisante pour mesurer les effets. Quand l'errance se produisait, la plupart des facteurs environnementaux ont été mesurés à l'extrémité supérieure des valeurs obtenues. Seul l'aspect apaisant de l'ambiance (environnementale) a eu un effet modérateur sur l'errance. Cette étude démontre clairement que l'environnement physique varie de façon importante par rapport à la survenance du comportement errant. Les aspects différents de l'environnement sont importants pour les différents types d'errance.</p> <p>Dans l'étude on ne sait pas si l'observation des lieux a été faite par auto-sélection ou si elle a des effets en raison de possibilités non évidentes de surveillance des sorties et des pratiques de contrôle. Les personnes déambulant étaient réunies dans 4 endroits : leur propre chambre, les salles communes, les couloirs et la salle à manger. La forte probabilité d'errer, survenant dans les couloirs suggère que la conception des installations à éliminer ou à réduire peut servir à diminuer une importante tendance à errer. Les endroits où les errants étaient moins susceptibles de se promener sont aussi ceux où la probabilité d'interaction sociale était supérieure (salle d'activités, salle sociale, salle du personnel), où l'environnement était plus apaisant (leur propre chambre), ou lorsque les chambres ont une « fin désignée » (par exemple, la salle de séjour, la propre chambre de l'errant, les activités et zones réservées au personnel). Inversement, dans la salle à manger (sauf pour les repas), la salle de bains et les autres chambres des résidents, le comportement d'errance était plus susceptible de se produire.</p> <p>Les données sur l'emplacement sont également compatibles avec une hypothèse précoce que seule l'utilisation d'usage de l'espace peut favoriser la fonction des personnes atteintes de démence dans les soins résidentiels. En général, les individus connus pour errer étaient plus susceptibles de le faire quand un endroit était plus éclairé. Ces résultats sont en accord avec d'autres études (Cohen-Mansfield et al. et Yao et Algase).</p> <p>En conséquence, la réduction de l'errance est un objectif thérapeutique approprié.</p> <p>La température ambiante et l'humidité ne diffèrent pas à travers les observations avec ou sans</p>
---	---	--

		<p>errance, probablement en raison de la variance limitée dans ces mesures. Les variables de l'environnement étaient importantes dans la différenciation des observations avec et sans errance. Cependant, les résultats sont restés significatifs dans la différenciation des observations avec ou sans errance. Le modèle a été examiné pour les différents types d'errants et il a révélé des variations concernant les facteurs environnementaux pour chaque type. Cette information peut être utile pour modifier l'environnement afin de mieux gérer l'errance.</p> <p>En somme, cette étude a démontré que l'errance est omniprésente. Les variables environnementales dans le modèle NDB se sont révélées être ajustées aux données pour expliquer les conditions de l'environnement dans lesquelles l'errance était plus susceptible de se manifester. L'environnement physique a longtemps été pensé pour contribuer au comportement de déambulation. Cette étude offre des preuves empiriques à l'appui par exemple l'amélioration de l'éclairage, une plus grande variation des niveaux sonores et une atmosphère engageante. Ces éléments sont associés à l'errance. Ces résultats ont des implications pour la conception des environnements et des pratiques de travail avec les soins des personnes déambulant.</p>
--	--	---

Yao et Algase (2006). Environmental Ambiance as a New Window on Wandering. Western Journal of Nursing Research, 28 (1), 89-104.

Grille quantitative

Aspects du rapport	Questions	Argumentation à l'aide de connaissances (cours et article lui-même) méthodologiques et scientifiques
<b>Titre</b>	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?	Le titre permet de saisir le but de la recherche. L'environnement influe sur le comportement de l'errance.
<b>Résumé</b>	-Contient-il les principales parties de la recherche ?	Les principales parties de la recherche ne sont pas détaillées dans cette étude. Le résumé explique brièvement le but de la recherche, la méthode utilisée en quelques lignes et seuls les résultats sont résumés.
<b>Introduction</b> Enoncé du problème	-Le problème de recherche est-il énoncé clairement ?	Les auteurs expliquent qu'il manque une définition claire et précise de l'errance. Ils sont conscients comme la plupart des auteurs que le fait de déambuler est un problème majeur pour les personnes âgées atteintes d'un type de démence (EWD = elderly with dementia). Les comportements psychomoteurs dans l'EWD sont les plus gênants pour les aidants. Ceci pose de nombreux problèmes de gestion. Pour cette raison, le but de cette étude est de tester les liens possibles entre l'environnement et l'errance pour mieux comprendre leurs interactions et ainsi trouver des interventions adéquates.
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur les variables étudiées ?	La plupart des approches de soins infirmiers traitant l'errance proviennent de nombreuses théories. Les chercheurs affirment que l'environnement contribue au comportement d'errance, cependant peu de recherches ont été faites à ce sujet.
Cadre théorique ou conceptuel	-Les principales théories et concepts sont-ils définis ?	Les principaux concepts de l'étude sont : le comportement errant, l'environnement (ambiance), les émotions et les interventions.  Les principales théories de l'étude sont : le modèle de comportement (NDB), le modèle de locomoting responses to environment (LRE-EWD) et la théorie psycho-évolutionniste d'Ulrich.

Hypothèses	-Les hypothèses sont-elles clairement formulées ?	Les hypothèses sont clairement formulées : -il existe une relation entre l'errance et l'environnement -les personnes avec un plus faible statut cognitif marchent davantage afin d'éviter des situations défavorables et/ou de chercher des situations favorables.
Méthodes Devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ?	C'est une étude transversale, corrélacionnelle ayant pour but d'explorer les relations entre l'environnement et les comportements d'errance des aînés atteints de démence.
Population et contexte	-La description de l'échantillon est-elle suffisamment détaillée ?	Participants : personnes âgées atteintes de démence (+65 ans, MMSE $\leq$ 23), pouvant marcher de façon autonome, vivant depuis longtemps dans l'établissement. Tous les résidents étaient consentants (choisi au hasard). Un total de 432 séances d'observations (filmées) auprès de 47 résidents. Sur ces derniers, 30 provenaient de maisons de soins infirmiers et 17 de résidences « services » (résidences services = lieu d'hébergement d'une clientèle autonome, valide ou semi-valide). Leur lieu d'habitation est spécialement conçu et équipé pour leur fournir des prestations adaptées à leurs besoins. Les sujets participant à l'étude étaient principalement des femmes blanches, quant à l'âge, il variait de 72 à 103 ans (âge moyen = 84,77). Environ 70% des résidents marchaient de manière indépendante. Le MMSE des participants variait de 0 à 21 (M=9,26 ; SD = 5.56).
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	L'ambiance a été mesurée par les scores obtenus sur l'Échelle Environnementale (AS). L'AS est un instrument de 9 éléments mis au point avec deux sous-échelles (engageante et apaisante) qui capturent les observations sur l'environnement de la maison de soins infirmiers. La déficience cognitive a été mesurée en utilisant le MMSE. A l'aide des notes du personnel soignant, les chercheurs ont pu établir si une personne déambulait ou non.
Déroulement de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ?  -A-t-on pris les mesures	Après un consentement obtenu, les résidents ont dû passer le test du MMSE. Les observations sur le comportement et l'environnement ont été effectuées au hasard au cours de périodes d'observations de 20 minutes ; entre 8 heures et 20 heures, sur 2 jours non consécutifs et selon 4 tableaux de randomisation déjà établis à l'avance. Au cours de l'observation, un Assistant de Recherche (AR) a filmé les participants par caméscope sur une distance de 3 à 6 mètres. L'AS a été complétée à la fin de chaque période d'observation, elle a été conçue pour capturer les

	appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?	réactions émotionnelles. Les données concernant l'environnement ont été établies sur des formulaires conçus; numérisés à l'aide de Teleform Elite 7.0 et exportés au format SPSS automatiquement. Les cassettes vidéo des résidents ont été gravées sur CD et par la suite codées par l'AR. Ce dernier travaillait de manière individuelle en utilisant l'Observer 5.0. Les épisodes du comportement errant et l'heure à laquelle ce dernier se produisait ont été enregistrés. L'heure interne de l'Observer 5.0 retient chaque entrée et vérifie la configuration prédéfinie telles que les durées et les fréquences ; si la personne est assise, debout, entrain de marcher ou couchée. Cela se passe au cours de la période des 20 minutes d'observations qui étaient calculés dans l'Observer 5.0 puis exportés vers SPSS. Tous les participants que l'AR a filmés ont reçu 8 à 12 heures de formation afin d'apprendre les procédures de collecte de données et à maîtriser les techniques des enregistrements vidéo. Les codeurs étaient tenus d'effectuer 16 heures de pratique. Ils ont été autorisés à coder une seule bande de données de 3 heures par séance. Les bandes de données ont ensuite été regroupées et assignées de manière aléatoire à des codeurs.
<b>Résultats</b> Traitement des données	Des analyses statistiques ont-elles été entreprises pour répondre à chacune des hypothèses ?	Dans cet article, il y a eu 432 séances d'observations. Le comportement dominant est le fait de rester assis ce qui représente 69,60% du temps observé. La marche quant à elle avait lieu en moyenne dans 6,74% du temps. En comparant les durées pendant les séances d'observations, les taux observés des personnes assises (10,62 par heure) ou des épisodes de marche (9,25 par heure) étaient approximatifs. Durant le reste du temps d'observation, les participants à l'étude étaient debout, couchés ou leurs comportements n'étaient pas observables. De cette étude, il en est ressorti que les femmes avaient un taux plus élevé ( $9,24 \pm 10,75$ ) que les hommes ( $5,61 \pm 5,66$ ) concernant la marche. Cependant, les scores du MMSE n'avaient pas de corrélation significative entre le fait d'être assis et le comportement d'errance. L'âge quant à lui était positivement mis en lien avec la durée d'être assis ( $r = 385, P < 01$ ), négativement avec la fréquence ( $r = - 303, p < 01$ ) ainsi que la durée de marche ( $r = - 393, p < 01$ ). Dans cette recherche, l'errance a été associée au jeune âge ( $r = - 300, p < 05$ ), aux déficits cognitifs ( $r = - 450, p < 01$ ) et aux meilleurs statuts ambulatoires ( $r = - 412, p < 01$ ). La personne errante a tendance à avoir une plus longue durée de marche ( $r = 406, p < 01$ ) ainsi qu'une plus grande fréquence des épisodes ( $r = 428, p < 01$ ). Durant l'observation des participants, l'analyse de la variance a montré que l'effet des scores du MMSE et du statut ambulatoire était significatif concernant la marche. Lorsque le MMSE a augmenté d'une unité, la fréquence de la marche a diminué de 304 unités, ce qui ne représente pas de corrélation entre une faible capacité cognitive et la marche. Le test du MMSE a estimé pour les résidents qui marchent de manière indépendante un score de 5,332 unités supérieures aux

		personnes avec une dépendance pour la marche.
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire	Il y a une figure (1) qui explique les réponses du comportement errant à l'environnement chez les personnes atteintes de démence (LRE-EWD). Il y a également un tableau (1) qui explique les spécificités globales du modèle linéaire MOELING pour les régressions hiérarchiques. Le tableau (2) résume les résultats finaux des régressions hiérarchiques.
<b>Discussion</b> Intégration de la théorie et des concepts	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir du cadre théorique et conceptuel, ainsi que des recherches antérieures ?	Le modèle LRE-EWD accepte l'idée que les réponses émotionnelles de bases sont génétiquement ordonnées (Panksepp, 1998) et reflète l'opinion que les dimensions émotionnelles d'une situation sociale et/ou physique de l'environnement sont traitées plus rapidement et indépendamment de la cognition (Zajonc, 1980). Par rapport à cette dernière, les réponses émotionnelles sont rigides et automatiques, mais offrent un grand avantage de survie (Le Doux, 1996). Des analyses bivariées et des analyses de variance ont fourni des résultats préliminaires concernant les facteurs qui influent sur les comportements de marche. Toutefois, ces analyses n'ont pas pris en compte la structure au niveau des données. En raison des données mélangées, les analyses associées au niveau des résidents (N = 47) peuvent manquer de fiabilité. Des scores élevés concernant le fait de se sentir bien dans son environnement ont été associés à une fréquence moindre des épisodes de marche. En outre, les données ont montré que les caractéristiques environnementales: stimulant, chaleureux, embelli, accueillant, coloré ont contribué à l'influence de l'errance. L'association positive entre la position assise et la durée de l'ambiance indique qu'un environnement attrayant attire le résident. Les résultats sont également en accord avec une étude sur l'amélioration des unités de soins infirmiers à domicile (Cohen- Mansfield & Werner, 1998). Les comportements des personnes ne déambulant pas ont montré que les participants avaient tendance à passer plus de temps dans des endroits caractérisés par un environnement amélioré (soit comme à la maison ou comparable à la nature) par rapport à d'autres endroits (Cohen-Mansfield et Werner (1998). Les résultats de l'étude ont également soutenu l'hypothèse que les comportements errants sont des manifestations de préférences environnementales des EWDS. Les milieux naturels ont été systématiquement préférés (Kaplan et Kaplan, 1982; Ulrich, 1983), malgré les différences culturelles. Néanmoins, la plupart des gens préfèrent la musique dans leur environnement, leurs goûts musicaux pourraient être affectés par l'origine ethnique de chaque individu. La théorie psycho-évolutionniste d'Ulrich a expliqué cette préférence pour les paramètres naturels, car ils permettent aux gens de récupérer du stress par l'énergie. De ce fait,
	-Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?	
	-les chercheurs rendent-ils compte des limites de	

	l'étude ?	comme la maison est considérée comme familière, le degré de confiance de l'environnement ne garantit pas de s'améliorer (Wilson, 1979). Seules les caractéristiques étant associées à un sentiment de confort, d'attachement et à une expérience positive peuvent susciter la préférence et un affect positif. Pour conclure, l'étude affirme que l'ambiance est plus robuste que la marche.
Perspectives futures	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?	Le modèle NDB démontre que les facteurs (par exemple, les troubles cognitifs) EWD donnent lieu à des risques, tandis que les facteurs proximaux (par exemple, les facteurs environnementaux) déclenchent l'apparition des NDB. Lors du traitement d'observations, l'analyse de la variance a indiqué une association entre le MMSE et la fréquence de la marche. Toutefois, le pouvoir explicatif limité à l'analyse de la variance ( $X^2 = 4\%$ ) a suggéré que le MMSE et la mobilité n'étaient pas des prédicateurs clés pour la fréquence de la marche. Les données indiquent que le rôle de l'environnement influence la variable de la marche. L'effet minimisé du MMSE y compris l'environnement aurait reflété le fait que la situation environnementale est plus puissante dans le comportement, comme l'association entre le MMSE et la fréquence des épisodes de marche. Une autre explication possible du pourquoi le MMSE ne permet pas de prédire la marche après avoir inclus l'environnement est que la marche n'est pas la seule réponse émotionnelle pouvant faire face à l'environnement pour les participants étant gravement atteints au niveau cognitif et inclus dans l'étude actuelle. Le modèle NDB déduit que l'errance, la communication et l'agression physique peuvent toutes avoir des réactions à des stimuli environnementaux et également des besoins non satisfaits (Algase et al., 1996). La déficience cognitive a été régulièrement signalée comme un facteur contribuant à l'errance (Algase, 1992; Algase, Kupferschmid, Beel-Bates, et Beattie, 1997; Cohen-Mansfield et al, 1991; Edgerly & Donovick, 1998; Martino-Saltzman, Blasch, Morris, & McNeal, 1991 ; Teri et al., 1988). Ce résultat pourrait indiquer que les patients qui errent sont plus sensibles à la stimulation de l'environnement et/ou utilisent la marche comme réponse (plus que les patients qui n'errent pas et qui sont cognitivement altérés). Algase (1997) a testé l'errance sous différentes conditions d'éclairage dans une maison de soins infirmiers. L'hypothèse de l'étude est que la condition de faible luminosité au coucher du soleil augmenterait la confusion et l'errance. Dix personnes déambulant ont participé à l'étude; étonnamment peu de comportements d'errance ont eu lieu au cours de l'une des conditions d'éclairage. Les chercheurs ont conclu que des facteurs autres que l'éclairage influencent l'errance. Notamment, le bruit, l'activité ou d'autres sources de distraction. Dans l'étude actuelle, le fait d'être assis est le comportement dominant. Les observations de la salle à manger ont eu lieu dans 42,7% des maisons de soins infirmiers, mais seulement 27,9%

		dans les établissements médico-sociaux. Les résidents dans les établissements médico-sociaux semblent avoir plus d'options pour être dans des endroits comme le jour et/ou l'activité des chambres, salons et autres lieux (34,4%) que les résidents de maisons de soins (12,5%).
<b>Questions générales</b> Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	Les hypothèses n'ont pas été toutes détaillées. Les chercheurs ne savent pas pourquoi les femmes sont plus susceptibles d'errer que les hommes. Cependant, dans d'autres études les hommes déambulent davantage que les femmes. Aucune hypothèse de compréhension n'est alors expliquée. Dans cet article, les résultats démontrent qu'il n'existe aucune corrélation significative entre une faible cognition et le comportement d'errance. L'article est malgré tout bien décrit même si la structure est différente des articles scientifiques. Les auteurs auraient peut-être pu expliquer les résultats en y ajoutant des tableaux ; cela aurait rendu l'étude plus pertinente.

Koji et al. (2001). Pacing rhythms of “wanderers” with dementia. *Psychogeriatrics The Official Journal of the Japanese Psychogeriatric Society*, 1 (1), 76-81.

### Grille quantitative

Aspects du rapport	Questions	Argumentation à l'aide de connaissances (cours et article lui-même) méthodologiques et scientifiques
<b>Titre</b>	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?	Le titre de l'article permet de saisir le thème de l'étude. Le rythme des personnes errantes atteintes de démence.
<b>Résumé</b>	-Contient-il les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?	Le résumé comprend le contexte, la méthode, les résultats et la conclusion. Ces parties sont détaillées de manière pertinente.
<b>Introduction</b> Énoncé du problème	-Le problème de recherche est-il énoncé clairement ?	Les chercheurs ont tenté de quantifier le comportement errant. Pour cela, ils ont utilisé un podomètre pour étudier les différents rythmes des personnes démentes qui déambulent.
Cadre théorique ou conceptuel	-Les principales théories et concepts sont-ils définis ?	L'errance, le rythme, la démence, la maladie d'Alzheimer sont les principaux sujets de cette étude.
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ?	Le devis de recherche est quantitatif, il est expliqué dans le résumé au niveau du contexte.

Population et contexte	-La description de l'échantillon est-elle suffisamment détaillée ?	La description de l'échantillon est brève. Les sujets représentaient 115 patients atteints de DTA et 40 patients non déments (tableau 1).
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	Dans cette étude un podomètre a été fixé à la ceinture de chaque participant afin de mesurer les pas quotidiens.
	-Les variables à mesurer sont-elles décrites et opérationnalisées ?	Les chercheurs veulent mesurer les rythmes de stimulation des patients déments qui errent, des patients déments et des sujets non déments qui n'errent pas.
Déroulement de l'étude	<p>-La procédure de recherche est-elle décrite ?</p> <p>-A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?</p>	<p>Un podomètre a été fixé à la ceinture de chaque participant. Le premier jour la mesure a débuté à 09h00, les ceintures ont été laissées en place durant 48 heures consécutives. Les chercheurs ont par la suite comptabilisé le nombre d'étapes à 13h00, 17h00 sur 24h00. Pour le second jour, les étapes à 09h00, 13h00, 17h00 sur 24h00 et le troisième jour à 09h00.</p> <p>Ils ont obtenu 2 résultats de mesure de pas quotidiens pour 8 groupes de personnes. Le maximum de pas effectués durant les 2 jours a été défini comme une mesure maximale quotidienne. Les différentes heures auxquelles elles ont été réalisées ont été appelées comme : l'étape de la matinée, l'étape de l'après-midi, l'étape de la soirée et l'étape de la nuit.</p> <p>Dans un même temps, les chercheurs ont marqué la catégorie du comportement « errant » dans l'échelle des comportements perturbateurs (TBS) composé de 15 éléments. Ils ont évalué l'errance de chaque patient en les classifiant selon leur comportement du mois précédent. Les catégories ont été classées selon 5 critères possibles correspondant à la fréquence du comportement errant (0 = jamais, 1 = rarement, une fois par mois, 2 = parfois, une fois par semaine, 3 = souvent, deux ou trois fois par semaine, 4 = toujours). Sur la base de la S.D, le nombre de pas quotidiens des personnes non démentes a déterminé les personnes déambulant avec ou sans démence.</p>

<p><b>Résultats</b></p> <p>Traitement des données</p>	<p>Des analyses statistiques ont-elles été entreprises pour répondre à chacune des hypothèses ?</p>	<p>Il n'y avait pas de différence significative entre les personnes démentes et les personnes non démentes au niveau de l'âge (test-t) et du sexe (<math>\chi^2</math> test) → tableau 1. Le total de pas quotidiens des personnes non démentes par rapport à la moyenne +2S.D était de 9'979 pas par jour.</p> <p>10'000 pas par jour ont été définis comme le critère d'errance. Le score de la catégorie errante était positif à la somme des étapes journalières (0 = 0.75, <math>r &lt; 0,001</math>). 97.6% des déambulant porteurs du podomètre ont marqué la note 3 ou 4 dans la catégorie « errance » du SCT = haute fréquence pour ces personnes. 95% des personnes non déambulant défini par le podomètre ont enregistré un résultat de 0, 1 ou 2, ce qui signifie une faible fréquence de déambulation.</p> <p>Le tableau 2 : présente les données démographiques des personnes démentes déambulant (elles marchaient plus de 10'000 pas en une seule journée) et des déments non déambulant (ils marchaient en dessous de 10'000 pas en une journée). Les AVQ n'étaient pas différents entre les déambulant déments et les non déambulant déments. Par conséquent, les chercheurs ont démontré le rapport entre le sexe, l'âge, la moyenne d'évaluation clinique de la démence CDR et le rapport d'un groupe F00 et d'un groupe F01. La déambulation a tendance à être plus fréquente chez les patients atteints de la maladie d'Alzheimer (<math>p &lt; 0.1</math>).</p> <p>Le tableau 3 : Montre le nombre de déambulant pour chaque niveau de gravité et de diagnostic. Avec la maladie d'Alzheimer, les personnes déambulant ont été réparties de manière égale. La plupart des errants ayant une démence vasculaire sont modérément déments.</p> <p>Les chercheurs ont comparé la stimulation des rythmes parmi les personnes déambulant ayant une démence sévère, légère à modérée.</p> <p>Dans le tableau 4, il y a les totaux des pas effectués quotidiennement par les 4 groupes déments d'errants.</p> <p>Les personnes atteintes de DTA et d'errance (sévère et légère) ont un plus grand nombre de pas quotidiens que les personnes atteintes d'errance (modéré) de type vasculaire.</p> <p>Le tableau 5 montre qu'il n'y avait aucune différence statistique entre les sujets déments et les non-déments.</p>
---	---	---

		<p>Le tableau 6 indique l'amplitude des étapes. Il n'y a pas de différence significative entre les six groupes. Avec la maladie d'Alzheimer à un stade sévère, les chercheurs ont constaté une plus grande amplitude de l'errance.</p>
<p><b>Discussion</b> Intégration de la théorie et des concepts</p>	<p>-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir du cadre théorique et conceptuel, ainsi que des recherches antérieures ?</p>	<p>L'errance a été définie de manière différente par les spécialistes, ce qui provoque une certaine confusion dans sa signification. Récemment, il a été suggéré que l'errance devait être définie de manière quantitative. C'est pourquoi divers appareils permettant la mesure du mouvement ont été mis en place. Ballard et ses collègues ont recommandé un podomètre, qui est un moyen simple et fiable d'évaluer l'errance. Dans l'étude, les chercheurs ont évalué le comportement errant en utilisant cet appareil. Ils ont défini l'errance en utilisant un paramètre supplémentaire à savoir la moyenne S.D des pas totaux des personnes non démentes. Les personnes déambulant avec un podomètre correspondent aux errants qui sont définis cliniquement parce que le score de l'errance est positif au total des pas quotidiens. Lucero et al. ont déclaré que l'errance est due au manque de journées structurées. Ils ont classé l'errance dans la démence modérée. Les personnes atteintes d'une démence modérée interagissent avec le personnel et les autres résidents. Les interactions avec d'autres personnes conduisent souvent à des crises. Au contraire, les déambulant ayant une démence sévère, marchent sans but et sont totalement incontinents. Thomas a classé les errants comme des personnes sporadiques. Il a défini ces dernières comme celles qui se déplacent à plus de 30% de leur temps d'éveil et comme personnes qui déambulent en continu sur plus de 50% de ce même temps. Lucero et al. décrivent que les personnes errantes sporadiques correspondent aux déambulant avec une démence modérée. Les autres personnes correspondent aux errants avec une démence sévère. Les résidents avec une démence modérée effectuaient près de 15'000 pas par jour, tandis qu'avec une intensité légère ou sévère ils dépassaient 20'000 pas par jours. Ces résultats ont montré que les personnes modérément démentes et déambulant avaient tendance à errer. L'errance est plus fréquente chez les patients atteints de la maladie d'Alzheimer avec une démence sévère. En ce qui concerne les rythmes de stimulation, Satlin et al. ont rapporté que dans la maladie d'Alzheimer, la phase de locomotion circadienne (rythmes) a été considérablement retardée et que l'amplitude des rythmes circadiens d'activité locomotrice était faible. Les anomalies de l'amplitude du rythme et le retard dans la phase de la démence n'étaient pas significatifs. Cela sous-entend que les troubles du sommeil ou de délire ne sont pas liés à l'errance. Certains chercheurs ont indiqué que ce comportement était lié à l'ennui, la tension, la faim et la douleur. D'autres ont dit que ce comportement pourrait également avoir des besoins fondamentaux non satisfaits. Cependant, les chercheurs disent qu'il ne faut pas arrêter ou prévenir l'errance à l'aide physique ou de contraintes</p>

		chimique. Il faudrait remplacer le comportement errant avec une activité bénéfique.
Perspectives futures	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?	Les chercheurs soulignent qu'il faudrait envisager de prendre soins des personnes errantes atteintes de démence. Quand on prend soins des déments déambulant atteints d'une démence légère ou modéré, le temps devrait être structuré en début de matinée afin de créer des variations rythmiques. Lorsque l'on prend soins des errants atteints de démence sévère, le temps devrait être établi en fonction de leur propre stimulation afin d'éviter l'initiation au comportement nomade.
<b>Questions générales</b> Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	L'article est décrit de manière brève, il est bien structuré, mais pas suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse. Cependant, la recension des écrits ne traite pas des connaissances sur les variables étudiées.

Song, Lim et Hong (2008). Wandering behaviour of persons with dementia in Korea: investigation of related factors. *Aging & Mental Health*, 12 (3), 366-373.

### Grille quantitative

Aspects du rapport	Questions	Argumentation à l'aide de connaissances (cours et article lui-même) méthodologiques et scientifiques
<b>Titre</b>	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?	Le titre saisi le but de l'article : enquête sur les facteurs liés au comportement de l'errance des personnes atteintes de démence en Corée.
<b>Résumé</b>	-Contient-il les principales parties de la recherche	Le résumé contient les objectifs de la recherche, la méthodologie, les résultats et la conclusion de manière détaillée.
<b>Introduction</b> Énoncé du problème	-Le problème de recherche est-il énoncé clairement ?	Le problème de recherche est clairement énoncé dans l'introduction. L'article étudie les divers facteurs pouvant contribuer à un comportement errant chez les personnes avec une démence ; vivant dans des établissements de soins de longue durée. Deux questions de recherches ont été identifiées. La première est comment au niveau démographique (par exemple l'âge, le sexe, l'éducation, le statut marital), au niveau cognitif (par exemple degré de déficience cognitive), au niveau personnel (par exemple perte de valeur des activités physiques de la vie quotidienne vie, antécédents de chutes) et au niveau de l'environnement (par exemple la longueur de rester dans l'établissement, le nombre total de résidents dans une chambre) les facteurs sont liés aux caractéristiques générales et spécifiques de l'errance ?  La seconde question est : quelle est la signification de la relation des facteurs identifiés associés aux caractéristiques globales et spécifiques de l'errance ?
Hypothèses	-Découlent-elles de l'état des connaissances ?	Le nombre de personnes âgées de plus de 65 ans représentait 9,5% de la population totale du pays en 2007, ce qui indique une société vieillissante. Ce groupe augmentera à 14,3% en 2018 et de 20,8% en 2026. Toutefois, 85% des aidants familiaux coréens ont indiqué que l'errance est l'un des facteurs les plus importants liés à la démence causant fardeau et stress (Kwon, 1995; Fils et al., 2003). Par conséquent, d'autres interventions, moins restrictives et plus efficaces, sont nécessaires pour faire face au comportement d'errance.

<b>Méthodes</b> Devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ?	Une corrélation transversale a été utilisée dans cette étude.
Population et contexte	-La description de l'échantillon est-elle suffisamment détaillée ?	L'échantillon (N=160) se composait de personnes démentes de 14 établissements de soins comprenant six types de démence spécifiques et 8 maisons de soins infirmiers généraux se situant dans six provinces de la Corée du Sud.  Les critères d'inclusion pour les personnes atteintes de démence étaient les suivants : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Être âgé de + de 60 ans</li> <li>- Être diagnostiqué d'une démence</li> <li>- MMSE inférieur à 24/30</li> <li>- Être capable de marcher de façon indépendante</li> <li>- Résidant dans l'établissement depuis au moins 3 mois</li> </ul>
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	Le degré de déficience cognitive a été mesuré en utilisant la version coréenne du MMSE. La fiabilité et la validité de la K-MMSE ont été bien établies. Le comportement errant a été mesuré en utilisant l'AWS. Basé sur une version antérieure de l'AWS (Algase et al., 2001), le RAWS-NH (Song, 2003) est un questionnaire de 59 points composé de six sous-échelles : la marche persistante (PW); les modèles spécifiques (PS); la désorientation spatiale (SD); le comportement de fuite (EB); l'échelle de l'environnement (AS) et les résultats négatifs (NO).
	-Les variables à mesurer sont-elles décrites et opérationnalisées ?	Les variables étudiées sont résumées. La démographie, les facteurs cognitifs, le personnel et les facteurs environnementaux ont été examinés afin d'identifier s'il existait des effets sur la ou les relations du comportement errant.  Les variables dépendantes sont : <ul style="list-style-type: none"> <li>-marche persistante</li> <li>-modèles spécifiques</li> <li>-désorientation spatiale</li> <li>-comportement de fugue</li> <li>-l'échelle de l'environnement</li> </ul>

		<p>-résultats négatifs</p> <p>Variables indépendantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-l'âge</li> <li>-MMSE</li> <li>-PADL</li> <li>-Les antécédents de chutes</li> <li>-TNR</li> <li>-<math>X^2</math></li> <li>F</li> </ul>
Déroulement de l'étude	<p>-La procédure de recherche est-elle décrite ?</p> <p>-A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?</p>	<p>Un consentement écrit a été obtenu par chaque directeur de sites. Les listes de personnes atteintes de démences ont été fournies par des médecins traitants, des infirmiers et des travailleurs sociaux.</p> <p>Pour les participants ayant une déficience cognitive, ce sont les directeurs de chaque site qui ont donné un consentement verbal.</p> <p>Une fois le consentement obtenu, un examen des dossiers a été effectué pour finaliser les éléments des critères d'inclusion. Deux assistants de recherche (AR), ont été spécialement formés pour les tests neurocognitifs. Ensuite, le personnel de l'établissement (par exemple les infirmières, les aides-infirmières, les travailleurs sociaux) qui avait connu et pris en charge les participants pour plus de 3 mois ont été sélectionnés pour compléter le M. Kraws-NH et le PADL sur la base de leurs connaissances générales des sujets. Ils ont alors rempli les échelles de manière indépendante, sans aucune collaboration.</p>
Résultats Traitement des données	<p>Des analyses statistiques ont-elles été entreprises pour répondre à chacune des hypothèses ?</p>	<p>Comme le montre le tableau 2 :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-échantillon : était principalement des femmes (86,9%)</li> <li>-âge moyen de 78,8 années (SD= 7.2)</li> <li>-déficience cognitive modérée (moyenne MMSE = 12.4).</li> </ul> <p>Plus de la moitié des participants (66,3%) étaient veufs et 99 participants (61,9%) n'ont reçu aucune éducation, seulement 9 personnes (5,6%) avaient reçu une formation après l'école</p>

secondaire. Les participants ont résidé dans l'établissement pour une durée moyenne de 29 mois (SD = 23,1) et avaient un score moyen de 24,1 PADL (SD = 10,9) indiquant un niveau équitable de l'état de santé, ce qui nécessite un niveau faible à modéré de l'aide lors des AVQ physiques.

L'expérience antérieure de chutes a été trouvée dans 46,9% des participants et cinq personnes en moyenne ont partagé une chambre (SD = 1.8). Finalement, le degré du comportement errant des participants était faible à modéré (moyenne M. Kraws-NH = 2.27, SD = 0,67).

Parmi les six sous-échelles, les participants ont montré le score le plus bas sur NO (moyenne = 2,01) et le score le plus élevé sur PW (Moyenne = 2,75).

D'autre part, il y avait des différences significatives sur l'échelle SP en fonction du sexe ( $t = -2.07$   $df = 158$ ,  $p = 0,04$ ) et de l'échelle N par expérience de chutes ( $t = -5,68$ ,  $df = 157$ ,  $p = 0,00$ ).

Ces résultats suggèrent que les femmes et ceux ayant déjà chuté auparavant avaient des scores plus élevés du comportement errant. Aucune différence n'a été trouvée pour les autres sous-échelles. Dans les analyses de corrélation des sujets, des relations positives et significatives, mais aussi négatives ont été observées entre l'âge des participants, le MMSE, le PADL, le nombre total des résidents dans une chambre (TNR) et l'errance globale ( $R = 0,21$ ,  $-0,26$ ,  $0,22$  et  $-0,17$ , respectivement  $p < 0.05$  et des sous-échelles (tableau 4). L'âge était significativement corrélé positivement avec les cartes SD, AS et NO ( $R = 0,29$ ,  $0,16$  et  $0,23$ , respectivement;  $p < 0.01$ ); les scores du MMSE étaient significativement corrélés négativement avec les cinq échelles, SD, AS, NO, PW et SP, mais pas EB; PADL était significativement corrélée positivement avec les cartes SD et NO et TNR était significativement corrélée négativement avec EB, AS et NO. Cependant, beaucoup de ces corrélations significatives ont été une signification pour la clinique ( $r = 0,40$ ), sauf pour la relation entre le PADL et la SD sous-échelle ( $r = 0,42$ ;  $p < 0.01$ ).

Une série d'analyses de régression simultanée avec des méthodes ont été menées pour examiner les relations prédictives entre les caractéristiques des participants. Ces derniers ont été identifiés comme des facteurs importants de l'errance dans les analyses décrites.

Chaque modèle inclu l'âge de régression, le MMSE, le PADL, les antécédents de chutes et le TNR comme facteurs prédictifs (démographique, cognitive, les facteurs personnels et environnementaux). En dépit que le sexe soit identifié comme un facteur lié à l'échelle SP, les

		<p>auteurs ont décidé de ne pas l'inclure.</p> <p>L'âge, le MMSE, le PADL et le TNR représentaient ensemble 5 à 26% de la variance du M. Krawns-NH-échelles globales. Parmi les variables indépendantes, le MMSE était le facteur le plus important suivi de l'âge.</p>
<p><b>Discussion</b></p> <p>Intégration de la théorie et des concepts</p>	<p>-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir du cadre théorique et conceptuel, ainsi que des recherches antérieures ?</p>	<p>Les résultats de cette étude offrent des aperçus sur la nature du comportement errant présenté chez les personnes démentes coréennes résidant dans des établissements de soins de longue durée. Les moyennes et les écarts-types obtenus à partir des statistiques descriptives sur l'M. Krawns-NH globale et des sous-échelles suggèrent des résultats similaires à ceux d'autres pays qui utilisent les versions anglaises originales de l'AWS-V2 et RAWs-NH. Comme les personnes démentes résident dans les maisons de soins infirmiers (NHS) aux États-Unis, en Australie et au Canada (Song et al., 2003), les personnes démentes coréennes ont montré un degré similaire (faible à modérée) du comportement de l'errance avec un PW plus fréquemment en cause et un NO moins fréquent. Toutefois, en dépit d'avoir une meilleure fonction cognitive (c'est-à-dire moyen MMSE = 12.4), les personnes démentes coréennes ont obtenu de meilleurs EB et NO sur les sous-échelles (Moyenne = 2.13, 2.01, respectivement) que les personnes démentes (Moyenne MMSE =7,56; EB moyenne, NO = 1,97, 1,82, respectivement) (Beattie, Song, et Lagore, 2005).</p> <p>Toutefois, l'âge était un prédicteur important seulement pour la SD. Compte tenu de l'incohérence entre la littérature antérieure sur la relation de l'âge à l'errance, il n'est pas surprenant de voir que l'âge avancé a été corrélé avec l'errance (Cooper et al., 1990). Cependant, il est intéressant de noter que dans les années 70, il y avait une signification plus élevée que les participants plus jeunes (Algase, Beattie, et Song, 2000). Cela implique que les personnes démentes dans les années 70 pouvaient être plus susceptibles de précipiter un comportement errant parce que leur état de santé leur permettait de marcher de façon indépendante. Leur fonction cognitive était suffisamment altérée pour être désorientée (âge =78,8 signifier; signifierait MMSE =12.4). En outre, le sujet âgé est corrélé à une augmentation des troubles cognitifs (Evans et al., 1989).</p> <p>Comme dans la plupart des études la cognition a été associée à l'errance (Kiely, Morris, &amp; Algase, 2000; Logsdon et al., 1998). Cette étude a révélé que le score inférieur du MMSE a été corrélé avec un comportement d'errance plus élevé. Les résultats des analyses de régression ont également montré que le MMSE était un facteur prédictif important de l'errance et l'ensemble de toutes les</p>

	<p>sous-classes, sauf pour EB, qui a été prédit par le nombre total de résidents dans une chambre. Cette constatation peut signifier que certains aspects de l'errance sont plus influencés par des facteurs environnementaux, que ce soit physique ou social (Linton, Matteson, et Byers, 1997; Snyder, Rupprecht, Pyrek, Brekhus, et Moss, 1978; Struble, 1995). Une autre explication possible de cette constatation est que l'EB peut se produire lorsque les personnes démentes font un effort pour trouver un environnement plus familier et sécurisant. En d'autres termes, les personnes démentes coréennes entre 1970 et 1980 ont vécu dans le système de la famille élargie traditionnelle, dans laquelle au moins trois générations partagent un ménage et donc différents niveaux d'engagement social.</p> <p>Par conséquent, les contextes institutionnels pour partager une chambre avec un petit nombre de personnes doivent être l'objet de soins pour les activités les plus élémentaires de la vie quotidienne. Les personnes non apparentées pourraient être une menace non seulement à leur attente sociale, mais aussi à leur estime.</p> <p>Des études supplémentaires pouvant contrôler une telle cohorte peuvent fournir des informations utiles afin de mieux comprendre l'errance des personnes démentes coréennes.</p> <p>Par conséquent, en contrôlant les effets du développement cognitif, d'autres études ont examiné la relation entre l'environnement et l'errance.</p> <p>Troisièmement, le PADL et les antécédents de chutes ont été jugés comme prédicteurs positifs les plus importants de la SD et de la NO. Pour conclure, la démence, en particulier de type Alzheimer, provoque une déficience physique en affectant une personne à effectuer des AVQ (Souren, Franssen, et Reisberg, 1997). L'agnosie peut provoquer une déficience fonctionnelle et peut également entraîner une incapacité à reconnaître la salle de bain ou de se rappeler comment revenir à sa chambre. Les histoires de chutes et du comportement d'errance ont été rapportés comme deux facteurs de risques associés aux chutes chez les résidents des maisons de soins infirmiers (Kiely et al., 2000). Ce résultat indique que les personnes démentes qui errent ont également une expérience antérieure de chutes et sont plus susceptibles de tomber à nouveau.</p> <p>Par conséquent, l'évaluation des chutes antérieures serait le critère le plus efficace de dépistage initial pour prévenir l'errance. Enfin, cette étude a montré que les différents facteurs de personnes démentes ont contribué à différents aspects de l'errance. Cela implique que différentes approches</p>
--	--

		devraient être examinées pour répondre à un comportement d'errance. Dans le même sens, différentes stratégies peuvent devoir être appliquées aux différentes fonctionnalités d'errance en réponse à des situations différentes. Par conséquent, il est important pour les aidants naturels de soulever la question de ce qui fonctionne pour les personnes avec un comportement d'errance ; plutôt que la simple question de ce qui marche pour se balader. Les soignants seraient en mesure de fournir des soins individualisés plus efficaces, permettant la dignité des personnes.
Perspectives futures	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?	Des recherches complémentaires sont nécessaires pour explorer divers facteurs, y compris psychosociaux et environnementaux. En outre, il serait également intéressant de générer des profils du comportement d'errance, qui pourraient fournir des informations utiles pour guider les aidants coréens à fournir des interventions efficaces.

Algase et al.(2004). Validation of the Algase Wandering Scale (Version 2) in across cultural sample. *Aging & Mental Health*, 8 (2), 133-142.

### Grille quantitative

Aspects du rapport	Questions	Argumentation à l'aide de connaissances (cours et article lui-même) méthodologiques et scientifiques
<b>Titre</b>	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?	Dans cet article, le titre explique le but de l'étude qui est de valider l'échelle d'Algase dans un échantillon interculturel.
<b>Résumé</b>	-Contient-il les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?	Le résumé ne contient pas de distinction entre les parties de la recherche. Tout est mélangé, mais nous pouvons tout de même retrouver un bout des différentes parties de la recherche ; cependant elles ne sont pas détaillées.
<b>Introduction</b> Énoncé du problème	-Le problème de recherche est-il énoncé clairement ?	Certaines études utilisent des modèles théoriques spécifiques pour décrire ou expliquer l'errance. La recherche actuelle examine la NDB = Need-driven Dementia-compromised Behavior pour expliquer l'errance des résidents dans des établissements de soins. Le développement des connaissances sur l'errance, au sein de la NDB ou tout autre modèle, dépend d'une définition conceptuelle claire et de la disponibilité des mesures congruentes qui sont valides et fiables. Les approches existantes pour mesurer l'errance varient. Ces approches reflètent divers points de vue concernant l'errance. La plupart n'ont pas une définition conceptuelle claire ou une preuve suffisante de la validité et de la fiabilité. Aucune recherche n'a été évaluée au niveau interculturel. Plus récemment, l'échelle d'Algase a été développée pour rendre opérationnel une notion empirique de l'errance et d'élargir la définition et la mesure d'errance dans le modèle NDB. Par conséquent, le but de cette recherche est de décrire les révisions apportées à l'échelle d'origine et de signaler des nouvelles estimations de la validité et de la fiabilité pour l'AWS-V2 dans un échantillon interculturel (par rapport à des sujets anglophones des États-Unis, du Canada et de l'Australie).

<p>Recension des écrits</p>	<p>-Résume-t-elle les connaissances sur les variables étudiées ?</p>	<p>Il est expliqué dans l'article que la base conceptuelle de l'AWS avait débuté à partir d'une analyse d'études publiées qui proposaient une définition de l'errance. Le comportement d'errance des personnes atteintes de démence comprenait cinq dimensions. Ces dernières fournissent un cadre utile pour structurer l'AWS. Par la suite, les articles ont été identifiés pour représenter chaque dimension 1) ils ont choisis des items provenant d'autres instruments de mesure dans lesquels le comportement de l'errance a été évalué comme une grande partie des comportements liés à la démence ; 2) des items généralisés pour représenter plus entièrement toutes les dimensions à l'aide de l'expérience clinique et la recherche à partir d'une centaine d'heures d'observation du comportement de l'errance. L'évaluation originale de l'AWS a révélé une structure de cinq facteurs confirmant trois dimensions de la définition conceptuelle : fréquence (persistant à pied), les transgressions des limites (comportement de fugue), et les déficits de navigation (désorientation spatiale).</p> <p>Les items comprenant la dimension temporelle ont été englobés dans une sous-échelle, dans laquelle émerge la représentation de la fréquence. Les items venant des patterns de dimension sont divisés pour former de deux sous-échelles : la marche routinière et l'observation. Toutefois, les résultats des deux sous-échelles ont été plus courts que les autres et ne correspondaient pas à celles de Martino Satzman et ses collègues. En raison de leur courte durée, la routine, la marche et l'observation ont également eu une faible estimation de la fiabilité (<math>\alpha = 0.57 - 0.64</math> par rapport à <math>0.77 - 0.88</math> pour les trois autres sous-échelles).</p> <p>La marche routinière ne fait pas de distinction entre les groupes (non-errants, déambulant sporadiques, déambulant non problématiques; déambulant problématique), quant à la sous-échelle de l'observation, elle différencie seulement la problématique des non déambulant. Toutefois, la persistance de la marche et la désorientation spatiale sont différenciées en plusieurs groupes dans des sous-échelles. Les analyses originales de l'AWS ont également montré des corrélations significatives entre certaines sous-échelles de l'AWS pour observer les modèles d'errance. Cependant, la proportion de la variance inexplicée dans le chevauchement de l'AWS avec les paramètres observés ont suggéré que l'AWS n'a pas représenté entièrement certains aspects de l'errance.</p> <p>Par conséquent, la valeur potentielle de l'AWS comme un complément d'observation dans les tests prévus du modèle NDB est pris en charge, mais les résultats de son évaluation suggèrent une</p>
-----------------------------	--	---

		<p>nécessité de poursuivre le modèle élaboré ou la qualité comme une dimension de l'errance. Les révisions de l'AWS ont ensuite été fabriquées spécialement afin d'élargir la gamme d'articles censés représenter les modèles ou les qualités de l'errance. L'intention était de renforcer potentiellement l'observation et la marche routinière comme sous-échelles et de capturer d'autres motifs ou les qualités possibles. En conséquence, l'AWS-V2 a été construite en conservant les 29 items de l'échelle d'origine et en ajoutant neuf nouveaux éléments. Bien que tous les éléments d'origine ont contribué à la structure des cinq facteurs originaux. Tous les articles ont été compilés dans une échelle ayant 38 items.</p>
<p>Cadre théorique ou conceptuel</p>	<p>-Les principales théories et concepts sont-ils définis ?</p>	<p>Le comportement déambulant des personnes atteintes de démence comprend cinq dimensions. Ces dernières fournissent un cadre utile pour structurer l'AWS.</p> <p>L'évaluation originale de l'AWS a révélé une structure de cinq facteurs confirmant trois dimensions de la définition conceptuelle : la fréquence (persistant à pied), les transgressions des limites (comportement de fugue), et les déficits de navigation (désorientation spatiale).</p> <p>Les items venant des patterns de dimension sont divisés pour former deux sous-échelles : la routine de la marche et l'observation.</p>
<p><b>Méthodes</b> Devis de recherche</p>	<p>-Le devis de recherche est-il décrit ?</p>	<p>Le devis de recherche utilisé dans cette étude est une corrélation transversale.</p>
<p>Population et contexte</p>	<p>-La description de l'échantillon est-elle suffisamment détaillée ?</p>	<p>L'échantillon (n = 172) était composé de tous les résidents sur un total de 15 établissements de soins de longue durée. 13 aux États-Unis (n = 110 de quatre maisons de soins infirmiers, neuf sont des résidences services) et une maison de soins infirmiers au Canada (n = 42) et en Australie (n = 20). Les maisons de soins infirmiers (NH) et les installations de logement avec assistance (ALF) aux États-Unis ont été comparées sur la conception et la dotation pour garantir la similarité dans la liberté disponible aux résidents de se déplacer indépendamment au-delà de leurs chambres. L'installation australienne a été soigneusement sélectionnée pour ressembler à des installations nord-américaines.</p>

		<p>Les sujets répondaient aux critères d'inclusion (les critères du DSM-IV pour la démence, absence d'une maladie aiguë évidente, résident sur l'unité pendant au moins trois mois, droitier, anglophone comme première langue, un minimum de huit ans de mise en éducation et un statut Mini-Mental Score (MMSE) dessous de 24/30).</p> <p>La moyenne d'âge était de 84,6 ans, de femme blanche avec un niveau modéré à faible de déficience cognitive due à la maladie d'Alzheimer. Les hommes représentaient 26% de l'échantillon et les Afro-Américains seulement 4%. Plus de la moitié des sujets (58%) ont eu un diagnostic médical de maladie d'Alzheimer (AD), tandis que 8% avaient une démence vasculaire (MID), 11% ont eu un type mixte de la MA et de la MID et 17% ont eu un diagnostic de type générique (par exemple, la démence sénile). L'âge moyen des sujets était de 84,57 ans (SD = 7,14); des sujets de nationalité américaine (85,92) étaient plus âgés que les Australiens (80.95) ou les Canadiens (82.76) (F = 6,24, p &lt;0,01). Le test (MMSE) pour les sujets ne diffère pas à travers les pays et le score pour signifier l'ensemble de l'échantillon était de 12,14 (SD = 6,33). Cependant, les scores du MMSE n'étaient pas réalisables pour tous les sujets en raison de refus ou d'incapacité de terminer le test. Les répondants (évaluateurs) étaient infirmières (RN, LPN et CNA) aux Etats-Unis et en Australie et aides-infirmières au Canada. Les autres professionnels (par exemple, les travailleurs sociaux, ergothérapeutes) ont été également inclus parmi les américains et les australiens (évaluateurs).</p>
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	<p>La déficience cognitive a été évaluée en utilisant MMSE. Il donne un score mondial de performance de 11 articles qui mesurent l'orientation, l'enregistrement, l'attention le calcul, les tâches rappel, la langue et la construction. Les scores vont de 0 à 30, avec des scores inférieurs à 24 cela indique une déficience cognitive. La validité du MMSE a été démontrée par corrélation au QI sur le Weschler Adult Intelligence Scale. La fiabilité du test dépasse 0,89 et les évaluateurs ont une fiabilité constante qui dépasse 0,82. Le comportement errant a été mesuré en utilisant l'Algase Wandering Scale-Version 2.</p> <p>L'AWS utilise une échelle de quatre points spécifiée pour chaque élément. Elle prend environ 10 minutes à remplir. Comme décrit précédemment, l'AWS-V2 a été développée en se basant sur l'originale échelle d'Algase. En outre l'AWS-V2, indique que l'errance était considérée comme définitivement pas ; parfois ; oui, mais ce n'est pas un problème ; et oui, c'est un problème.</p> <p>Il existe une psychométrie pour l'AWS qui est déterminée en utilisant la version originale en 28</p>

		points de l'échelle générés par les soignants des maisons de soins infirmiers. L'examen de la cohérence interne de l'AWS a rapportée à une alpha globale de 0,86 = gamme 0,57 à 0,88).
Déroulement de l'étude	<p>-La procédure de recherche est-elle décrite ?</p> <p>-A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?</p>	<p>Les résidents ont été recrutés en tant que sujets de l'étude de manière individuelle. Après l'obtention du consentement, chaque sujet a été testé par le MMSE. Ce dernier était réalisé au cours de la période de temps où chaque sujet était plus alerte et réactif. Les sujets avec une note inférieure à 24/30 sur le MMSE ont été retenus dans l'échantillon. Les répondants (soignants), habituellement impliqués avec les soins de résidents ont également donné leur propre consentement pour répondre à l'AWS-V2.</p> <p>Les Assistants de Recherches (AR) ont administré l'AWS-V2 aux répondants soit individuellement ou en petits groupes pour compenser les compétences limitées en lecture de certains.</p>
Résultats Traitement des données	Des analyses statistiques ont-elles été entreprises pour répondre à chacune des hypothèses ?	Les valeurs propres supérieures à 1,0, analyse PCF avec rotation Quartimax extrait 10 facteurs pour l'échantillon 1 et neuf facteurs pour l'échantillon 2. Ces solutions expliquées 68,46% et 66,24% de la variance respectivement. Pour les deux échantillons, les données étaient adaptées pour l'analyse des facteurs par le test de sphéricité de Bartlett ( $P < 0,0001$ ) et les valeurs «méritants» (0,809 et 0,813 respectivement) sur la mesure Kaiser-Meyer-Olin d'adéquation d'échantillonnage (Kim & Mueller, 1978). Lors d'un point de coupe de 0,40 pour les saturations, huit des 10 facteurs étaient identiques (sauf pour les deux éléments).
Discussion Intégration de la théorie et des concepts	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir du cadre théorique et conceptuel, ainsi que des recherches antérieures ?	Les corrélations de l'AWS-V2 et ses sous-échelles de scores du MMSE ont soutenu la validité de l'échelle de la marche persistante. Par conséquent, ces résultats ne précisent pas si l'AWS-V2 est plus efficace que l'ancienne. La marche persistante, la désorientation spatiale et le comportement de fugue font partis du comportement d'errance. En outre, l'utilisation de l'AWS-V2 comme un complément d'observation au sujet de l'errance dans les études de la NDB soutiendrait une conceptualisation élargie de l'errance, en particulier en ce qui concerne la persistance, la désorientation spatiale et le comportement de fugue.

Kiely, Morris et Algase (2000). Resident characteristics associated with wandering in nursing homes. *International journal of geriatric psychiatry* 11 (15), 1013-1020.

### Grille quantitative

Aspects du rapport	Questions	Argumentation à l'aide de connaissances (cours et article lui-même) méthodologiques et scientifiques
<b>Titre</b>	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?	L'objectif principal de cette étude est défini dans le titre : identifier les caractéristiques de la déambulation chez les résidents dans un contexte de soins de longue durée.
<b>Résumé</b>	-Contient-il les principales parties de la recherche	Le résumé contient les parties suivantes de la recherche : objectifs, méthode, résultats, conclusions. Cependant, ces différentes parties sont brièvement détaillées.
<b>Introduction</b> Énoncé du problème	-Le problème de recherche est-il énoncé clairement ?	L'énoncé du problème est clairement expliqué, le premier objectif est d'identifier les caractéristiques chez les résidents déambulant dans un contexte de soins de longue durée. Le second objectif est de décrire la prévalence de l'errance pour tout l'échantillon selon le sexe.
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur les variables étudiées ?	Dans la recension des écrits, il est estimé que la prévalence de l'errance varie de 6 à 100%. Les causes de cette dernière sont mal connues. Il y a un manque d'études visant une compréhension de l'errance. Certaines d'entre elles ont examiné les liens entre les caractéristiques des pensionnaires et le comportement errant. Dans cet article, aucune étude en relation aux résidents en soins de longue durée n'a été développée.
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ?	Le devis de recherche n'est pas clairement décrit, cependant il y a des variables dépendantes et indépendantes qui nous permettent de déduire que c'est une étude expérimentale.
Population	-La description de l'échantillon est-elle suffisamment	Le sujet de cette étude concerne des résidents dépendants dans l'état du Mississippi au Texas. Elle a été effectuée entre le 1 <sup>er</sup> Janvier 1996 et le 31 Décembre 1997.

et contexte	détaillée ?	Les résidents (N = 108) atteints de démence ont été sélectionnés parmi 21 établissements.
	-La taille de l'échantillon est-elle adéquate par rapport au contexte de la recherche ?	La taille de l'échantillon est adéquate au contexte de la recherche. L'OMS avait une base et une évaluation de 3 mois de suivi (n= 8982). Ils ont utilisé ces données suite à la création d'une nouvelle MDS 2.0.
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	Le MDS est utilisé pour enregistrer des informations sur l'état fonctionnel, médical, psychologique, social et cognitif de chaque résident. Ces évaluations sont utilisées par chaque établissement pour surveiller le statut des résidents.
	-Les variables à mesurer sont-elles décrites et opérationnalisées ?	<p>Les variables à mesurer sont décrites de la manière suivante :</p> <p>Variables dépendantes :</p> <p>Pour cette étude, l'errance est définie comme une « locomotion » à l'exclusion du rythme, sans but et doit être différenciée du mouvement intentionnel. La fiabilité pour se balader en utilisant le MDS est de 0.83. Les valeurs supérieures à 0.75 représentent un excellent accord au-delà du hasard. L'errance a une variable avec des valeurs allant de 0 à 3. Des valeurs plus élevées indiquent que ce comportement est plus fréquent. Pour s'assurer que les facteurs de risque potentiel ont eu lieu avant le développement de l'errance, « wanderers at baseline » les valeurs 0 ont été exclues.</p> <p>Variables indépendantes :</p> <p>Les caractéristiques des pensionnaires pouvant être liées à l'errance ou à ceux qui ont été signalés dans les publications antérieures sont considérées comme des variables indépendantes.</p> <p>Ils représentent une gamme complète de caractéristiques : sexe, âge, articles de la MDS, la mémoire, les indicateurs de délire, la communication, l'humeur, la capacité, les conditions fonctionnelles de la santé (pneumonie, constipation), la douleur et l'utilisation des médicaments.</p> <p>Une échelle des AVQ a été créée en additionnant les 7 éléments suivants : l'habillement, l'hygiène, l'utilisation des WC, le déplacement, les transferts, la mobilité au lit, le manger. Chaque élément variait de 0 à 4 et les rangées de l'échelle de 0 à 28. Des valeurs plus élevées indiquent une plus</p>

		grande déficience fonctionnelle. Les résidents dont le score était supérieur à la valeur médiane étaient considérés comme douteux.
Déroulement de l'étude	<p>-La procédure de recherche est-elle décrite ?</p> <p>-A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?</p>	<p>La procédure de recherche décrit l'association entre le résident et l'errance, une analyse par régression logistique a été effectuée. Chaque facteur de risque potentiel a d'abord été examiné dans un examen (2 variables). L'objectif principal de l'analyse bidimensionnelle était d'identifier les variables.</p> <p>Il n'y a pas de mesures appropriées décrites afin de préserver le droit des participants.</p>
<b>Résultats</b> Traitement des données	Des analyses statistiques ont-elles été entreprises pour répondre à chacune des hypothèses ?	<p>L'âge moyen = 82 + ou - 11 SD ans</p> <p>75% étaient des femmes.</p> <p>Temps moyen de suivi = 89 + ou 9 SD jours</p> <p>La durée médiane du suivi était de 87 jours</p> <p>La prévalence de base de l'errance était de 10.7%, plus élevée chez les hommes (11%) que chez les femmes (10.6%).</p> <p>Un total de 175 sur 8021 soit 2% des résidents ont développé l'errance pendant le suivi.</p>
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	<p>Le premier tableau présente la prévalence, les odds ratios, les intervalles de confiance à 95% et les valeurs des analyses bidimensionnelles (n= 8021) pour les caractéristiques des résidents sélectionnés. Il y a eu le sexe, la démence, deux éléments de mémoire, des documents de communication, trois articles sur le délire, onze articles sur l'humeur et l'anxiété, deux articles sur le comportement, trois conditions cliniques, et quatre articles de médicaments qui étaient significativement associés au développement de l'errance.</p> <p>Le second tableau présente : les odds ratios, les intervalles de confiance à 95% et les valeurs de</p>

		<p>l'analyse multi variée (n=6732). Les résidents ayant un problème de mémoire à court terme (odds ratio = 3.05) et de pneumonie (3.15) étaient plus susceptibles de développer un comportement errant que les résidents sans ces problèmes de santé. Les résidents qui posaient des questions répétitives (2.19) avaient un problème de mémoire à long terme (2.06), ils présentaient une démence (1.94) et étaient constipés (1.82). Ils utilisaient également des médicaments antipsychotiques (1.70). Ces sujets développaient également de la tristesse liée à une douleur (1.65).</p>
<p><b>Discussion</b></p> <p>Intégration de la théorie et des concepts</p>	<p>-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir du cadre théorique et conceptuel, ainsi que des recherches antérieures ?</p>	<p>5 groupes de caractéristiques de résidents qui déambulent :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Déficit cognitif</li> <li>2) Le sentiment de malaise</li> <li>3) L'utilisation de médicaments</li> <li>4) Les facteurs cliniques</li> <li>5) La capacité de se promener</li> </ol> <p>Le premier groupe comprend des résidents ayant un problème de mémoire ou atteints de démence. Une augmentation de la perte de mémoire ou d'autres troubles cognitifs peuvent être associés à une augmentation de l'errance.</p> <p>Le deuxième groupe comprend des éléments de mesure d'expressions comme la tristesse, la douleur voire même des questions répétitives. Un résident triste, souffrant ou anxieux risque de se déplacer dans l'unité afin de soulager son mal-être, mais cette action est souvent perçue comme sans but. Ce point de vue est cohérent avec l'hypothèse que les états physiologiques et psychologiques des besoins peuvent influencer sur la quantité et le type de comportement d'errance.</p> <p>Le troisième groupe comprend l'utilisation de médicaments antipsychotiques. Une explication possible entre l'errance et l'utilisation de ce genre de médicaments est qu'ils peuvent causer une confusion, une désorientation ou une désinhibition qui peut conduire la personne à errer. Une autre explication est que ces substances peuvent être associées à l'apparition d'une akathisie.</p> <p>Le quatrième groupe comprend la constipation et la pneumonie. Les résidents qui sont constipés peuvent éprouver des douleurs. Ces derniers, se promènent afin d'atténuer leur malaise. Une autre interprétation plus cohérente avec le modèle NDB est que le fait de marcher seul peut diminuer</p>

		<p>l'inconfort associé à la constipation.</p> <p>L'association entre la pneumonie et l'errance n'est pas évidente. Au départ, les auteurs émettent l'hypothèse que les résidents atteints de pneumonie pourraient également montrer des signes de délire donc ils seront plus susceptibles d'errer. Les personnes avec une déficience cognitive sont plus susceptibles d'être classées comme errant. L'hypothèse des auteurs est peut-être erronée, car les mesures de délire dans les MDS sont insuffisantes. L'état cognitif peut varier chez les personnes âgées atteintes de démence.</p> <p>Le cinquième groupe implique la capacité à déplacer. Les résidents ayant une déficience fonctionnelle diminuent les chances d'errer en raison de la baisse de leur mobilité. Cependant, on ne sait pas pourquoi les femmes développent moins fréquemment un comportement d'errance que les hommes.</p>
	-les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	<p>Les erreurs de classifications limitent un peu cette étude. Certains comportements d'errance n'ont pas été notés tandis que d'autres attitudes similaires auraient pu être classées. De même, certains résidents ayant erré pendant le suivi, mais pas durant les 7 derniers jours précédant l'évaluation ; ont été classés comme non errants. Il y a également la possibilité que d'autres caractéristiques de résidents n'aient pas été enregistrées sur le MDS et par conséquent pas inclus dans le modèle de l'étude. La longueur de la période de suivi est également considérée comme une limitation, mais également comme un avantage.</p>
Perspectives futures	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique?	<p>Certaines caractéristiques de pensionnaires associées au comportement errant sont signalées dans cette étude. La prise de médicaments, la pneumonie et la constipation peuvent être évitées ou modifiées par une intervention. Pour cela, il est essentiel de développer une base théorique pour comprendre les causes de l'errance avant la conception ou la mise en œuvre d'interventions. Par contre, il n'y a pas d'explication pour les travaux à venir.</p>
<b>Questions générales</b> Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	<p>L'article est bien écrit, compréhensible, suffisamment détaillé. Les limites de l'étude sont clairement expliquées. La grande taille de l'échantillon utilisé fournit de nombreux exemples d'errance qui permet de se prêter à une analyse critique minutieuse.</p>

Algase, Moore, Vandeweerd et Gavin-Dreschnack (2007). Mapping the maze of terms and definition in dementia-related wandering. *Aging & Mental Health*, 11 (6), 686-689.

### Grille qualitative

Aspects du rapport	Questions	Argumentation à l'aide de connaissances (cours et article lui-même) méthodologiques et scientifiques
<b>Titre</b>	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?	Le titre « Mapping the maze of terms and definitions in dementia-related wandering » est clair, précis et détermine la problématique.
<b>Résumé</b>	-Synthétise-t-il clairement les principales parties de la recherche	Le résumé synthétise les principales parties de la recherche : le but, la méthode, les résultats et les enjeux. Cependant le cadre théorique n'est pas défini.
<b>Introduction</b> Énoncé du problème	-Le problème ou phénomène étudié est-il clairement défini ?	Le problème est clairement défini. Dans le langage de tous les jours, le terme errance comprend différentes connotations c'est pour cela que les auteurs veulent proposer une nouvelle définition qui reprend et affine les travaux existants.
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur le problème ou phénomène étudié ?	Le terme « errance » n'est pas défini dans la recherche, c'est pourquoi le but de ce dernier est de trouver une meilleure définition de la déambulation en examinant l'usage vernaculaire. Dans le langage de tous les jours, le terme errance comprend différentes connotations pour définir une association ou une signification. Les auteurs ont identifié 4 connotations distinctes à travers plusieurs sources consultées (Roget's Thesaurus, Microsoft Office Thesaurus, The Visual Thesarus and Webster's Collegiate Dictionary). La première connotation est de serpenter sans destination spécifique, souvent pour combler le temps. La seconde est d'avancer pour répondre à ses propres besoins ou trouver son chemin. Le troisième sens est de s'égarer comme en s'écartant d'une voie et la dernière connotation signifie voyager comme des nomades. L'utilisation scientifique du terme déambuler a évolué par les chercheurs afin d'étudier un phénomène classé dans le langage de la pratique clinique. Une approche scientifique concernant la déambulation a classé le comportement de la personne errante sous différentes formes. Par exemple, Greene et al. (1982) ont séparé l'errance en

trois types 1) déambuler en dehors de la nuit 2) errer en dehors du domicile, durant la journée 3) se perdre. Plus récemment, Lai et Arthur (2003) renforcent l'idée que le comportement errant peut être ou ne pas être dangereux ; il doit être différencié du comportement de fugue. D'autres auteurs ont proposé différentes typologies de la déambulation. Par exemple, Butler et Barnett (1991), Hussain et Davis (1985) ont classé différents aspects du comportement de l'errance. Cependant, excepté un schéma qui décrit une déambulation en fonction de la traçabilité dans l'espace, ces typologies manquent d'une validation empirique. Un autre obstacle bloque la précision de la définition. Les auteurs ont tendance à confondre le phénomène d'errance. Malgré ces problèmes, les définitions empiriques ont été publiées. Pour exemple, une définition a été adoptée par l'association North American Nursing Diagnosis, elle est axée sur les aspects de la mobilité, essentielle dans la maladie d'Alzheimer liée au comportement de l'errance 1) les mouvements fréquents ou continus dans un endroit souvent le même 2) se mouvoir au hasard 3) marcher dans des espaces non autorisés ou privés, sans destination apparente 4) marche irritante, incapacité à localiser des repères dans un périmètre familier 5) marche qui ne peut pas être facilement dissuadée ou redirigée 6) rester derrière un soignant et le suivre 7) les intrusions, l'hyperactivité, la numérisation, recherche ou recherche de comportements 8) période de marche entrecoupée de période d'immobilité 9) se perdre.

Dans un autre exemple, il est expliqué 5 dimensions de la déambulation développées à travers une critique d'examen, d'analyse de synthèse des définitions et des mesures stratégiques. Au total 108 études empiriques.

- 1) Montant (amount)
- 2) Qualité du modèle (quality pattern)
- 3) Frontière (boundary transgressions)
- 4) Les déficits de la navigation (navifational deficits)
- 5) Distribution temporal (temporal distribution)

Ces dimensions ont par la suite été utilisées comme concept de base pour développer l'échelle d'Algase. Dans un dernier exemple, Algase et ses collègues ont démontré que Martino Salzman, décrivent une typologie des modes de déplacement qui pourrait être utilisée pour opérationnaliser la déambulation dans les études observationnelles.

Ainsi en transformant le mot errance de la langue vernaculaire en un terme scientifique qui définit un

		<p>phénomène comportemental spécifique de la démence, les scientifiques ont commencé à réduire une partie du flou qui a obscurci les significations et les connotations.</p> <p>Ce travail a été précieux pour délimiter certains types et certaines dimensions de la déambulation. Personne n'a pris en compte la complexité du phénomène jusqu'à récemment. Ces études ont pris du temps à s'initier malgré une large diffusion du travail. Ainsi l'objectif de cette recherche est d'avancer au sujet de la déambulation que ce soit au niveau scientifique, mais également dans la pratique en proposant une nouvelle définition empirique de la déambulation qui reprend et affine les travaux existants.</p>
<b>Méthodes</b> Tradition et devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ?  -Les méthodes utilisées pour recueillir et analyser les données correspondent-elles à la tradition de recherche ?	Le devis de recherche n'est pas défini.  Ils ont décrit une définition provisoire du comportement de déambulation. Tout d'abord, ils ont organisé des termes et des définitions qui ont été appliqués dans un glossaire concernant des comportements d'errance. Ils ont par la suite élaboré les domaines et les dimensions de l'errance sur une carte conceptuelle.
Population et contexte	-La description du cadre et de l'échantillon est-elle détaillée ?	183 articles de différentes bases de données ont été examinés pour extraire les termes et les définitions de l'errance. Les termes et les définitions étaient classés par ordre alphabétique dans un glossaire. 4 domaines (locomotion, drive, space and time) ont été suffisants pour englober la définition de l'errance. Les termes de l'errance étaient placés dans une carte conceptuelle.
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	Recherche avec Medline, OVID, CSA Journals, OCLC First Search, Google Scholar, PubMed, EBSCO)
	-Y-a-il une adéquation entre le phénomène étudié,	Il y a une adéquation entre le phénomène étudié, la question de recherche et les instruments de collecte des données. Tout d'abord un glossaire comprenant des termes en lien avec la déambulation a été mis

	la question de recherche et les instruments de collecte des données ?	en place. Par la suite une carte conceptuelle a été établie afin de répertorier les termes dans le tableau.
Rigueur	-Les chercheurs ont-ils suffisamment étayé le déroulement de l'étude afin que leurs conclusions soient crédibles et transférables ?	Les chercheurs ont suffisamment étayé le déroulement de l'étude. Ils ont également établi une carte conceptuelle qui permet d'appuyer leurs résultats trouvés. Cependant, un récent examen complet de l'errance a été étudié. Dans huit bases de données, sur une période de 30 ans, ils soulignent que la variabilité des définitions rend les conclusions difficiles et que les recherches futures doivent inclure des définitions plus claires de l'errance.
<b>Résultats</b> Traitement des données	Les méthodes de traitement des données ont-elles été suffisamment décrites ?	<p>Les méthodes de traitement des données sont suffisamment décrites et développées. Les chercheurs proposent une définition provisoire de la démence liée à l'errance. Ce comportement est défini comme : un syndrome comportemental de locomotion liée à la démence ayant une fréquence répétitive, temporellement désordonnée et/ou spatialement désorientée qui se manifeste dans le rodage, le hasard et/ou des modèles de stimulation, dont certains, sont associés au comportement de fugue, aux tentatives de fugue ou au fait de se perdre sans accompagnant.</p> <p>La nouvelle définition provisoire de l'errance est basée sur un examen vernaculaire de l'usage de la langue et d'une synthèse clinique scientifique de l'usage dans la littérature. Pour examiner la congruence à travers ces approches, les résultats de chaque stratégie sont alignés dans le tableau 2. Les quatre connotations du mot errant ont été réfléchies dans la définition et la carte provisoire. La définition provisoire correspond aux quatre connotations d'errance. La répartition des éléments de définition à travers les connotations montre un élément correspondant à chacun des deux connotations (meandering and foraging/exploring), tandis que plusieurs éléments correspondent à chacune des autres connotations.</p>
<b>Discussion</b> Intégration de la théorie	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir	<p>Le manque d'une définition normalisée de l'errance est un problème fondamental qui entrave la réalisation de la pratique clinique et les objectifs de recherche.</p> <p>Un examen destiné à développer les théories, pratiques et perspectives de recherche à travers 31 études</p>

et des concepts	de l'approche philosophique, ainsi que des recherches antérieures ?	<p>a noté que l'errance est souvent regroupée indifféremment avec d'autres symptômes comportementaux de la démence. Un récent examen complet de l'errance, comprenant 8 bases de données sur 30 ans, souligne que la variabilité des définitions rend les résultats difficiles et que les recherches futures devraient inclure des définitions plus claires de l'errance. Les auteurs ont formulé une nouvelle définition provisoire de l'errance liée à la démence, comme un chemin vers la normalisation. Ils ont examiné et découvert une forte congruence entre la définition provisoire, les connotations vernaculaires et leur carte conceptuelle.</p> <p>Ils ont entrepris cette étude pour ajouter des précisions pour faire face aux lacunes dans l'errance. Une meilleure définition de l'errance est un besoin prioritaire identifié dans chacune des cinq méta-analyses qui étudie l'errance. Lorsqu'ils ont examiné toute la gamme des études physiologiques, épidémiologiques, descriptives, interventionnelles, neuropsychologiques et les essais cliniques ; les auteurs ont découvert qu'il manquait des définitions précises et congruentes du comportement de l'errance.</p>
	-La recherche tient-elle compte de la question de généralisation des conclusions ?	Un récent examen au sujet de l'errance a été établi dans huit bases de données sur 30 ans. Ce dernier souligne que la variabilité des définitions rend une généralisation des résultats difficiles et que les recherches futures devraient inclure des définitions plus claires de l'errance
	-Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	Les chercheurs tiennent compte des limites de l'étude. L'absence d'une définition normalisée de l'errance est un problème fondamental qui entrave la réalisation de la pratique clinique, mais également les objectifs de la recherche.
Perspectives	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?	La définition provisoire des auteurs s'avère valable et complète avec un potentiel pour éclairer et élargir la pratique clinique et les axes de recherches actuelles. En attendant grâce à son utilisation répétée dans des études empiriques à venir, une définition normalisée de démence liée à l'errance sera adoptée dans la science et la pratique.

Svansdottir, H.B. et Snaedal, J. (2006). Music therapy in moderate and severe dementia of Alzheimer's type: a casa-control study.

*International psychogeriatrics*, 18 (4), 613-621.

### Grille quantitative

Aspects du rapport	Questions	Argumentation à l'aide de connaissances (cours et article lui-même) méthodologiques et scientifiques
<b>Titre</b>	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?	-Le titre permet de saisir le but de cette recherche. Les auteurs vont traiter de la musicothérapie en tant qu'intervention auprès des patients atteints de démence modérée à sévère. Dans cette étude, seuls les patients avec une démence modérée à sévère était inclus.
<b>Résumé</b>	-Contient-il les principales parties de la recherche ?	<p>L'état des connaissances, le but, les méthodes, les résultats, les conclusions et les mots clés sont présents.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- L'état des connaissances: met en avant que la musicothérapie est un traitement non pharmacologique pour le traitement des SCPD (Symptômes Comportementaux et Psychologique de la démence).</li> <li>- le but de cette étude de cas est d'évaluer l'effet de la musicothérapie sur les SCPD chez les patients atteints de démence.</li> <li>- Les méthodes: cette recherche est une étude de cas-témoins réalisée par des musicothérapeutes qualifiés dans 2 maisons de soins. L'échantillon de cette étude comprend 38 patients atteints de la maladie d'Alzheimer. Cet échantillon est pris par hasard. Au total, deux groupes : un groupe de sujet était traité avec de la musicothérapie tandis que l'autre était un groupe de contrôle. Durant les séances les mêmes musiques étaient utilisées pour tous les patients.</li> <li>- Les résultats: l'étude a montré une réduction importante de l'activité dans le groupe de patient qui était traité par la musicothérapie.</li> <li>- Les conclusions: l'étude démontre que la musicothérapie est une méthode sûre et efficace pour le traitement de l'agitation et de l'anxiété auprès des patients déments.</li> </ul>

		- Les mots clés: maladie Alzheimer, la démence, la musicothérapie
<b>Introduction</b> Énoncé du problème	-Le problème de recherche est-il énoncé clairement ?	D'après ces auteurs, la majorité des malades atteints d'Alzheimer présentent des signes de détresse psychiatrique. La plupart des résidents présentent des comportements d'errance au stade final de la maladie. Les auteurs mettent en avant que les SCPD ont tendance à être épisodiques et progressifs. Ces derniers reflètent une diminution du bien-être du patient, ainsi qu'une dépréciation de la qualité de vie. Ces comportements engendrent un fardeau aux aidants ainsi qu'aux soignants. De plus, ils sont souvent la cause d'institutionnalisation des personnes dans les établissements de soins (Herrmann et Black, 2000). Les soins à prodiguer peuvent être lourds pour le personnel. Le traitement de ces symptômes est souvent pharmacologique. La plupart du temps, les personnes sont traitées avec des sédatifs, des neuroleptiques ou des antidépresseurs.
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur les variables étudiées ?	Peu de recherches ont été menées sur ce sujet. La musicothérapie est une intervention non pharmacologique. La thérapie se base sur l'utilisation de mélodies, de sons et de mouvements. La musicothérapie augmente les interactions entre les patients et diminue donc le sentiment d'isolement
Cadre théorique ou conceptuel	-Les principales théories et concepts sont-ils définis ?	Les auteurs donnent une brève explication des SCPD. De plus, ils abordent aussi quelques points sur l'échelle BEHAVE-AD. La musicothérapie est une des méthodes non pharmacologiques utilisées dans le traitement des SCPD (Grässer et al., 2003). Le cadre de référence de cette étude est l'échelle BEHAVE-AD de Reisberg et al. (1987). Celle-ci est une échelle d'évaluation des comportements. De plus, elle comporte 7 grands items. Un des items étant les troubles des activités. Dans celle-ci figurent les comportements de fugue, les activités sans objet et/ou inappropriées. Il est vrai que ces comportements ne sont pas bien explicités par les auteurs.
Hypothèses	-Les hypothèses sont-elles clairement formulées ?	Les hypothèses sont peu claires. Les chercheurs ont recherché des liens qu'il pourrait y avoir entre la musicothérapie et la démence de type Alzheimer. Diverses recherches ont été incluses dans cette étude. De plus, les auteurs mentionnent que peu de chercheurs ont porté un intérêt sur les approches non médicamenteuses.
<b>Méthodes</b>	-Le devis de recherche est-il	Le devis de recherche est une étude de cas-témoins randomisée et contrôlée. Celle-ci a été évaluée sur 6 semaines. La thérapie de groupe a reçu 18 séances de musicothérapie, d'une durée de 30min, à

Devis de recherche	décrit ?	une fréquence de 3 fois par semaines. Chaque groupe a été évalué 2 fois. Le thérapeute a choisi une collection de chansons connues par tous les participants. Ces chansons ont été utilisées tout au long des thérapies. Durant les séances, le thérapeute jouait de la guitare et chantait avec les résidents. Les participants qui savaient encore jouer d'un instrument pouvaient y participer. Les résidents ayant envie de bouger ou de danser en harmonie avec la musique ; pouvaient le faire lors des séances.
Population et contexte	-La description de l'échantillon est-elle suffisamment détaillée ?	<p>Au départ, 47 patients de 71 à 87ans ont été recrutés de deux maisons de soins et de deux salles de psychogériatrie. Toutes les personnes étaient diagnostiquées avec une démence sévère à modérée. Parmi les 47 résidents, un seul d'entre eux a refusé de participer à la musicothérapie.</p> <p>Les 46 participants restants ont été répartis de manière aléatoire dans les groupes, dont une moitié était dans le groupe de contrôle et l'autre dans le groupe de la musicothérapie. Il y a eu un taux important de décrochage des résidents soit 8 participants (17.4%). Parmi ces derniers, 5 ont été institutionnalisés, 2 ont leur état de santé qui a détérioré et un est décédé. Donc seuls 38 résidents ont participé à toutes les séances (20 étaient dans le groupe des musicothérapies et 18 dans le groupe témoin).</p>
	-La taille de l'échantillon est-elle adéquate par rapport au contexte de la recherche ?	Il y avait approximativement le même nombre de résidents dans les deux groupes. Malgré le petit échantillonnage, les auteurs ont pu tout de même faire deux groupes (groupe de thérapie et groupe contrôle) ; cela a pu rendre les résultats plus fiables.
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	Les mesures entreprises pour la réalisation de cette étude ont été détaillées par les chercheurs. Les soignants ont passé des interviews. Dans cette recherche, il y avait 2 infirmières formées auprès des personnes démentes qui ont évalué les participants avec l'échelle BEHAVE-AD. Ces 2 infirmières ont évalué les patients avant l'intervention, puis 6 semaines après et ensuite 10 semaines après.
	-Les variables à mesurer sont-elles décrites et opérationnalisées ?	Les SCPD ont été classés selon l'échelle BEHAVE-AD. La musicothérapie a été utilisée dans le but de voir si cette dernière influence les comportements d'errance.

<p>Déroulement de l'étude</p>	<p>-La procédure de recherche est-elle décrite ?</p> <p>-A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?</p>	<p>Les droits des personnes ont été respectés. Dans l'article, les auteurs mentionnent qu'un consentement éclairé a été demandé aux proches des résidents ; si ceux-ci n'étaient plus capables de discernement. Un comité bioéthique a également approuvé son accord pour cette étude.</p>
<p><b>Résultats</b> Traitement des données</p>	<p>Des analyses statistiques ont-elles été entreprises pour répondre à chacune des hypothèses ?</p>	<p>Les auteurs mentionnent qu'ils ont aussi utilisé le test de Wilcoxon. En revanche, ils n'ont pas pris le temps pour expliquer en quoi consiste ce test.</p>
<p>Présentation des résultats</p>	<p>-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?</p>	<p>Dans cet article, ils mentionnent que les participants sont restés stables au cours des séances. L'échelle de BEHAVE-AD a été utilisée pour évaluer les comportements d'errance. Les symptômes les plus prévalents sont les troubles des activités.</p> <p>Après 6 semaines de séance, les chercheurs ont constaté une diminution des symptômes dans le groupe de thérapie (<math>p=0.02</math>). Une diminution des symptômes a été observable durant les 4 premières semaines suivant la thérapie.</p> <p>Les auteurs auraient pu détailler davantage et porter plus de précisions quant à la définition et les symptômes. Il est vrai que les troubles de l'activité renvoient au comportement d'errance. Est-ce vraiment le cas ?</p>
<p><b>Discussion</b> Intégration de la théorie et des</p>	<p>-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir du cadre théorique et conceptuel, ainsi</p>	<p>La musicothérapie est une méthode non pharmacologique qui s'est avérée efficace dans le traitement des SCPD. Les chercheurs pensent que la participation active dans la musique pourrait donner un sens à la vie des résidents qui ont perdu la capacité d'organiser leur activité dans le quotidien. De plus, ils mettent en avant que les résidents ayant une difficulté à reconnaître leur environnement sont plus anxieux. Ces auteurs prennent également en compte dans leurs recherches, des autres études</p>

concepts	que des recherches antérieures ?	<p>traitant sur la musicothérapie. Cependant, l'échantillonnage était trop petit.</p> <p>Selon les auteurs, les résultats de cette étude confirment que de nombreuses études et rapports de cas montrent un effet positif de la musicothérapie sur les activités perturbatrices et sur l'anxiété. Cette activité n'est cependant pas définie par les auteurs. Fait-elle partie du comportement d'errance ?</p> <p>Un des avantages de la musicothérapie est que celle-ci n'a pas d'effets secondaires. De la participation active du personnel motivé lors des thérapies ; ne peut qu'être bénéfique pour le patient.</p>
	-Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?	<p>Les chercheurs affirment que plusieurs études ont été réalisées sur l'effet de la musicothérapie auprès de patients atteints de démence. Toutes celles-ci mettent en avant le fait qu'on remarque un changement significatif dans le comportement des résidents (diminution du comportement d'agitation).</p> <p>Il est dommage que cette étude ait été faite que sur un type de musicothérapie. Le chant ou l'écoute passive semble être d'autres types de musicothérapie.</p>
	-les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	<p>Ces chercheurs affirment qu'une des limites de leur étude a été la faible taille de l'échantillon ainsi que le décrochage de 20% des résidents lors des thérapies. Ces derniers ayant participé à la thérapie ont montré un changement dans leur comportement qui auparavant était perturbateur. De plus, cette étude a montré un effet positif, avec une participation active des patients avec le thérapeute, en chantant ou en utilisant un instrument.</p> <p>L'inconvénient de cette étude est que les participants n'étaient pas tous au même stade de la démence ce qui semble biaiser les résultats.</p>
Perspectives futures	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude?	<p>Un avantage de la musicothérapie est le fait qu'il n'y a pas d'effets secondaires.</p> <p>Les chercheurs affirment qu'il serait important de faire une comparaison entre la musicothérapie et les approches pharmacologiques en tant que thérapie dans les SCPD.</p>

Landau, R. et Werner, S. (2012). Ethical aspects of using GPS for tracking people with dementia: recommendations for practice.  
*International Psychogeriatrics*, 24 (03), 358-366.

### Grille qualitative

Aspects du rapport	Questions	Argumentation à l'aide de connaissances (cours et article lui-même) méthodologiques et scientifiques
<b>Titre</b>	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?	Le titre sous-entend que les auteurs de cet article ont traité des aspects éthiques sur l'utilisation du GPS auprès d'une personne atteinte de démence. De plus, à travers celui-ci, ces auteurs ont abordé quelques recommandations pour la pratique.
<b>Résumé</b>	-Synthétise-t-il clairement les principales parties de la recherche ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- L'état des connaissances: met en avant que la problématique de la mobilité est un des problèmes les plus fréquents chez une personne démente. A présent, les personnes âgées atteintes de démence peuvent être aidées avec des technologies d'assistance facilement accessibles telles que l'utilisation d'un Système de Positionnement Global (GPS). L'utilisation de ces technologies reste encore peu concluante et soulève fréquemment des préoccupations éthique. L'utilisation de cette technologie souligne la nécessité d'avoir des directives pratiques claires.</li> <li>- Les méthodes: c'est une étude qualitative qui résume les résultats de divers projets de recherches qui ont été faits sur les aspects éthiques en lien avec l'utilisation des GPS pour suivre les personnes atteintes de démence.</li> <li>- Les résultats: ceux-ci sont décrits sous forme de recommandations pour les professionnels et les aidants familiaux. Toute personne a le droit de donner son avis ou son accord sur les décisions. Pour cela, il est important d'avoir leur consentement.</li> <li>- Les conclusions: la décision de l'utilisation du GPS auprès des personnes doit être prise au moment du diagnostic. La personne malade, la famille et les professionnels de la santé sont présents lors des réunions. Ces dernières doivent être structurées et animées par un professionnel.</li> <li>- Les mots clés: démence, l'autonomie, la sécurité, les soignants, les GPS</li> </ul>

<b>Introduction</b> Énoncé du problème	-Le problème ou phénomène étudié est-il clairement défini ?	Les troubles liés à la démence sont présents auprès de la population âgée. Les troubles de la mobilité sont parmi les troubles les plus courants et les plus problématiques. Cette étude révèle que 37 à 60% des personnes démentes développent de l'errance à un certain moment de la maladie (Wigg, 2010). Ce comportement est perçu comme stressant et pénible par les familles et les soignants (Papastavrou et al, 2007). La société perçoit l'errance comme étant dangereuse. De plus, elle est considérée comme étant un problème médical nécessitant des investigations et des traitements.
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur le problème ou phénomène étudié ?	Cette médication de légitime contrôle au niveau social a pour but de protéger les personnes déambulant (Wigg, 2010). Ce contrôle des personnes atteintes de démence a un grand risque d'abus des soignants, car ceux-ci utilisent des moyens pour empêcher les personnes de déambuler. Les soignants peuvent restreindre ou limiter les mouvements des aînés. Il existe divers dispositifs technologiques tels que les téléphones et les caméras pouvant être utilisés pour transmettre les informations au sujet des personnes. Cette étude s'est centrée sur l'utilisation des techniques d'assistance pour les personnes atteintes de démence en institution.
Cadre théorique ou conceptuel	-La base philosophique, la tradition, le cadre conceptuel ou l'orientation idéologique sont-ils définis ?	Les GPS sont des dispositifs pouvant permettre aux personnes de rester le plus de temps possible à domicile.  En Angleterre, ils ont mis en place une loi sur la capacité mentale des personnes atteintes de démence. Celle-ci met l'accent sur les droits à l'autonomie des personnes n'ayant plus leur capacité de discernement lors de prises de décisions. Selon cette loi, toute personne peut prendre ses propres décisions. Si la personne n'en est plus capable, une tierce personne peut le faire pour elle. En revanche, toutes prises de décisions doivent être faites pour l'intérêt du résident.
Question de recherche	- Les questions de recherche sont-elles clairement formulées ?  -Découlent-elles de l'état des connaissances (théories, concepts, idéologie et	Les auteurs mettent en avant que les dispositifs de repérages comme les GPS sont bénéfiques pour le malade, les aidants ou le personnel soignant.  Les GPS permettent aux soignants de surveiller les personnes atteintes de démence à distance. Si besoin, ils peuvent alerter les soignants des éventuels dangers que la personne démente encoure. Il existe plusieurs méthodes qui sont utilisées pour recueillir des informations sur l'activité des résidents.

	<p>recherches antérieures) ?</p>	<p>Le GPS est composé d'une série de satellites en orbite autour de la terre avec des signaux de radiodiffusions qui sont captés par des réseaux récepteurs. Il existe également des GPS assistés qui fournissent une plus grande précision, en particulier dans les zones fermées en permettant l'utilisation de petits combinés. Ces dispositifs se composent d'un récepteur de GPS avec un système global pour les communications mobiles (montre-bracelet, unité de surveillance). Ces outils permettent aux soignants de savoir ou alors d'être avertis à chaque fois qu'une personne quitte l'établissement ou franchit un lieu qui lui est interdit. Le fait d'utiliser le GPS auprès des personnes est constamment perçu comme étant négatif. En outre, leur utilisation soulève des problèmes éthiques. Selon les auteurs, la vie privée des personnes n'est pas respectée. Les personnes qui s'y opposent à ces technologies mentionnent que ces dispositifs de suivis peuvent interférer en diminuant le contact social de la personne âgée.</p>
<p><b>Méthodes</b> Tradition et devis de recherche</p>	<p>-Le devis de recherche est-il décrit ?</p> <p>-Les méthodes utilisées pour recueillir et analyser les données correspondent-elle à la tradition de recherche ?</p> <p>-Les temps passés sur le terrain sont-ils en adéquation avec les devis de recherche ?</p>	<p>Les données qualitatives ont été recueillies auprès de 4 groupes : 2 groupes étant des groupes de professionnels et 2 groupes étant des aidants familiaux.</p> <p>Le but de cette étude est d'obtenir des points de vue par rapport à l'utilisation des GPS auprès des personnes démentes. Les personnes incluses dans cette recherche étaient les familles, le personnel soignant et les personnes âgées.</p> <p>L'implication des professionnels diffère de celle des aidants familiaux en raison de leur implication émotionnelle.</p> <p>La procédure de discussion était similaire dans les 4 réunions, avec une vignette présentée comme base de discussion. Un bref résumé de la vignette : veuve de 77 ans, désorientée. Celle-ci a 4 enfants. Ses enfants lui ont offert un GPS pour sa sécurité. Un des enfants s'est opposé à celui-ci, car il pense que la vie privée de sa mère est dévoilée. Suite à cela, les participants ont reçu des informations sur les GPS.</p> <p>Un questionnaire a également été développé afin de voir comment les personnes perçoivent l'utilisation de cet outil. Le questionnaire comporte 23 critères classés sur une échelle de likert à 4 points allant de 1 qui veut dire « je ne suis pas du tout d'accord » et 4 « très d'accord » a été distribué aux participants.</p>

		<p>5 éléments sont ressortis des questionnaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Autonomie de la personne âgée</li> <li>➤ Opposition à l'utilisation des dispositifs</li> <li>➤ Utilisation des appareils pour procurer de la tranquillité aux soignants</li> <li>➤ Utiliser les appareils pour la sécurité des patients</li> <li>➤ Appareil d'usage restreint</li> </ul> <p>Les auteurs ont recueilli des données à partir de 69 familles et 96 soignants. 76% des participantes étaient des femmes contre 24% d'hommes. Par la suite, ils ont cherché au niveau cognitif comment les individus percevaient ce suivi électronique.</p> <p>L'analyse a été basée sur des données recueillies auprès de 296 participants sélectionnés de 5 groupes de patients :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Personnes âgées avec le cognitif intact soit 44 personnes</li> <li>➤ Les aidants familiaux des personnes démentes soit 94 personnes</li> <li>➤ Travailleurs sociaux soit 51 personnes</li> <li>➤ Autres professionnels de soins soit 48 personnes</li> <li>➤ Étudiants de travail social soit 59 personnes</li> </ul> <p>Par la suite, ces personnes ont été invitées à l'évaluation des personnes entrant dans l'évaluation. Pour cela, ils ont aussi utilisé l'échelle de likert à 4 points allant de 1 qui veut dire « je ne suis pas d'accord du tout » et 4 « très d'accord ».</p>
Population et contexte	-La description du cadre et de l'échantillon est-elle détaillée ?	<p>Dans cette même étude, il y avait un groupe de discussion de professionnels expérimentés au travail avec des personnes atteintes de démence composée de 20 personnes. La plupart des personnes de ce groupe étaient des femmes faisant des réunions mensuelles pour parler des patients atteints de démence et de leur famille.</p> <p>Le groupe de professionnels quant à lui était composé de 12 personnes (psychiatres, gériatres, infirmières, travailleurs sociaux, thérapeute de danse et des ergothérapeutes et des membres d'une équipe de psychogériatrie).</p>

		Les 2 groupes de discussions des aidants naturels (un groupe était composé de 22 personnes et l'autre de 14 personnes) comprenaient les conjoints et les enfants d'âge adulte qui participaient à des groupes de soutien organisés par la société Alzheimer.
	-Les chercheurs ont-ils saturé les données ?	Les résultats utilisés dans les différentes études étaient utilisés pour sauvegarder et pour fournir des recommandations pour la pratique.
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	Dans la première phase, les chercheurs ont étudié les attitudes des aidants familiaux et des professionnels, mais aussi des personnes atteintes de démence par rapport à l'utilisation des GPS.
Déroulement de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ?  -A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?	Tout au long de leur étude, ces auteurs ont décrit leur procédure de recherches. Cependant, ils n'ont pas abordé l'éventuel problème éthique qu'il pourrait y avoir par rapport à l'utilisation de ces techniques d'assistance dans les soins aux personnes âgées dans les établissements.
<b>Résultats</b> Traitement des données	Les méthodes de traitement des données ont-elles été suffisamment décrites ?	Ce point est assez bien décrit, ce qui permet de comprendre leur procédure. Parfois, il y aurait besoin d'exemple plus concret et plus clair afin de mieux comprendre les résultats.
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires,	Cette recherche ne contient pas de résultats sous forme de tableau. En revanche, cette étude est bien construite et comprend toutes les étapes essentielles de l'article.  Les résultats sont présentés sous forme de 8 recommandations qui seront discutées ci-dessous.

	tableaux, graphiques, etc.) ?	<p>1. Il est important d'avoir un consensus entre l'équilibre des besoins de la personne atteinte de démence pour sa protection, sa sécurité, son autonomie et sa vie privée. L'utilisation des GPS doit être entreprise que si la sécurité des personnes est en jeu. De plus, cela va procurer aux familles et aux soignants un sentiment de tranquillité, car ils savent où se trouve la personne. Cette méthode peut être utilisée que lorsque la démence est formellement diagnostiquée ou si les signes et les symptômes sont mis en évidence. Le concept de sécurité et de protection des personnes démentes est plus important que celui de l'autonomie ou de l'intimité.</p> <p>2. La décision de l'utilisation des GPS doit être prise en collaboration avec la personne démente, la famille et les professionnels. La personne considérée comme la plus apte à prendre des décisions à ce sujet est le conjoint de la personne démente, suivi d'un membre de la famille, le plus impliqué dans les soins.</p> <p>3. La personne démente devrait être invitée à donner son consentement éclairé sur l'utilisation des GPS. La personne âgée est toujours inquiète quant à la perte de son autonomie et de la perte du contrôle de sa vie. Souvent, elles craignent que leurs souhaits ne soient pas respectés. Selon Robinson et al. (2007) les personnes atteintes de légère démence sont encore apte à prendre des décisions. Il est important de créer et de maintenir un lien de confiance avec la personne démente. Cela est important pour leur bien-être.</p> <p>Tous les participants sont d'accord que l'utilisation des dispositifs de surveillance ne peut pas être utilisée sans la coopération et le consentement de la personne démente. Un grand nombre d'aidants disent être prêts à forcer leurs parents à utiliser des GPS et même d'autres font des demandes d'implantation de puce dans le corps de la personne démente afin de permettre un suivi en ligne.</p> <p>4. Les directives anticipées semblent être la meilleure solution pour faire face aux questions de consentement éclairé. Cela permet à la personne de rédiger ses souhaits et de mentionner quelques recommandations à suivre en cas de perte de capacité de discernement.</p> <p>5. La prise de décision concernant l'utilisation des GPS doit être faite avec tous les membres de la famille. Les professionnels ont comme rôle de guider les familles dans leur choix. Les souhaits et les valeurs de la personne démente sont pris en compte, mais également ceux des proches. Cette approche comprend le bien-être des aidants en réduisant leur stress et le sentiment de fardeau qui</p>
--	-------------------------------	---

		<p>découle de leur prise en soins.</p> <p>6. Les soignants devraient participer à la prise de décisions importantes pour leur résident ainsi que sur l'utilisation des GPS. Lors de situation difficile, les familles ne se sentent pas capables de prendre des décisions difficiles en fin de vie ; pour guider leur choix, ils ont besoin d'aide des soignants.</p> <p>7. Dès le début du programme des soins pour la démence, des réunions formelles et structurées doivent être mises en place afin que la personne démente, sa famille et les soignants prennent des décisions adéquates.</p> <p>8. Les dispositifs doivent être légers, petits et confortables à porter et à utiliser. Il est important que l'efficacité, la simplicité et la sécurité de la technologie lors de l'utilisation des GPS soient respectées.</p>
<p><b>Discussion</b></p> <p>Intégration de la théorie et des concepts</p>	<p>-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir de l'approche philosophique, ainsi que des recherches antérieures ?</p> <p>-La recherche tient-elle compte de la question de généralisation des conclusions ?</p> <p>-Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?</p>	<p>Les personnes démentes doivent être au cœur des décisions difficiles. Il est important aussi que les personnes écrivent leurs directives à suivre en cas d'incapacité de discernement. Tout cela dans le but de respecter l'autonomie et la vie privé des personnes. En respectant cette démarche, cela évite tout abus et respecte aussi les désirs des personnes. Il y a des procédures formelles à respecter comme le consentement, la capacité, les droits et les soins centrés sur la clientèle. Lorsqu'une personne n'est plus capable de prendre des décisions, celles-ci doivent être prises en leur propre intérêt (des personnes démentes).</p> <p>La décision sur l'utilisation des GPS doit être prise avec la personne démente, sa famille et avec le personnel soignant. L'utilisation de ce moyen technologique peut être entreprise que lorsque la démence est diagnostiquée. Pour cela, il est essentiel que le personnel organise des réunions.</p> <p>Ces auteurs perçoivent plusieurs limites de leur étude. Pour les auteurs, l'échantillonnage était minime. Cette étude a été faite en Israël et la littérature provient des pays occidentaux. Le niveau culturel peut être différent d'un pays à l'autre.</p>

<p><b>Questions générales</b></p> <p>Présentation</p>	<p>-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?</p>	<p>Dans cet article, les titres étaient pertinents. Ils donnaient la possibilité de comprendre de quoi traitait tel ou tel paragraphe. Cet article est bien structuré et comprend toutes les étapes essentielles d'un article scientifique. Les auteurs mettent en avant la collaboration des soignants. Cette dernière est importante lors de réunion ou lors de prises de décisions. De plus, ces dernières doivent être faites en faveur des résidents. D'où l'importance de placer les résidents au centre des décisions entreprises.</p>
---	---	---

Kutsumi, M., Ito, M., Sugiura, K., Terabe, M. et Mikami, H. (2009). Management of behavioral and psychological symptoms of dementia in long care facilities in Japan. *Psychogeriatrics*, 9, 186-95.

### Grille mixte

Aspects du rapport	Questions	Eléments de l'article
<b>Titre</b>	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?	L'article traite de la gestion des SCPD dans les établissements de soins de longue durée au Japon.
<b>Résumé</b>	-Contient-il les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?	<p>L'état des connaissances, le but, les méthodes, les résultats, les conclusions et les mots clés sont présents.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- L'état des connaissances: met en avant qu'un grand nombre de personnes âgées ne peut pas être pris en soins par les familles. Au Japon, la tradition est de s'occuper de leurs aînés à la maison. Le nombre de personnes avec une démence augmente, mais les SCPD aussi. Cela va rendre les soins plus difficiles à l'avenir. Dans cette étude, les techniques de gestion des SCPD dans les établissements de soins au Japon ; utilisent la méthode d'extraction de données qui se penche sur les comportements des fournisseurs de soins.</li> <li>- Le but: est d'informer les chercheurs et les fournisseurs de soins au Japon sur les types de techniques de gestion de l'errance. Les chercheurs regardent également si le personnel a besoin de plus de formations.</li> <li>- Les méthodes: les premières interviews ont été menées auprès des fournisseurs de soins. Les données ont été analysées qualitativement, puis synthétisées avec des critères de la littérature professionnelle. Le résultat des auto-questionnaires sur les techniques utilisées pour gérer les différents symptômes de la démence ont été complétés par 275 fournisseurs de soins. De plus, 15 techniques de gestion liée aux 13 SCPD ont été examinées.</li> </ul>

		<p>- Les résultats: 4 types de techniques de gestion ont été identifiés :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Émotion et techniques de comportement de concordance</li> <li>• Acceptation et soutien de techniques</li> <li>• Techniques de contention</li> <li>• Techniques d'évitement</li> </ul> <p>Ces différentes techniques de gestion et de combinaisons ont été utilisées pour gérer les SCPD.</p> <p>- Les conclusions: cette recherche démontre que les bonnes techniques de gestion des SCPD ont été développées et mises en œuvre par les fournisseurs de soins.</p> <p>- Les mots clés: les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD), les fournisseurs de soins, les techniques de gestion des SCPD, l'exploration des données.</p>
<p><b>Introduction</b> Énoncé du problème</p>	<p>-Le problème de recherche est-il énoncé clairement ?</p>	<p>L'augmentation des personnes âgées ainsi que leurs besoins médicaux font que les familles n'arrivent plus à leur consacrer du temps à la maison. S'occuper des aînés est une pratique traditionnelle et rependue au Japon.</p> <p>Les SCPD augmentent la charge de travail du personnel soignant et cela engendre plus de complications de l'état de santé des patients.</p> <p>Les SCPD comme l'errance, la résistance aux soins, l'agitation et l'agression causent des difficultés dans la prise en soins de ces personnes atteintes de démence. De plus, cela procure au personnel une faible satisfaction dans leur travail. Celui-ci contribue également à l'épuisement du personnel soignant.</p> <p>Les auteurs mentionnent que les émotions ressenties par les soignants dans les situations de soins peuvent influencer leurs intentions et leur comportement dans les soins aux personnes démentes.</p> <p>Ils mettent en avant que 14 études faites antérieurement ont montré que ces difficultés peuvent conduire les soignants à maltraiter les aînés ou à utiliser des moyens de contention physique.</p> <p>Il est alors important que les soignants ne perçoivent pas les SCPD comme un comportement négatif. En revanche, ces symptômes surviennent lorsqu'il y a une perturbation dans l'esprit et le</p>

		<p>corps de la personne atteinte de démence.</p> <p>Les SCPD sont susceptibles d'être aggravés par l'action des catalytiques de la démence et la prévalence des SCPD dans l'environnement. Il est important de maintenir la tranquillité d'esprit des personnes démentes afin de ne pas augmenter les SCPD.</p> <p>Une bonne gestion de la maladie évitera l'aggravation et la minimisation de la confusion des personnes atteintes de démence.</p>
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur les variables étudiées ?	<p>Le ministère de la santé a constaté que plus de 820'000 personnes âgées étaient institutionnalisées dans les établissements de soins de longue durée. De plus environ 80% de ces personnes présentent des SCPD.</p> <p>D'après ces auteurs, il existe plusieurs approches pour gérer les SCPD. Le traitement de Donépézil améliore le fonctionnement cognitif et soulage également les SCPD. Les approches telles que la réadaptation cognitive, l'orientation dans la réalité et la thérapie de validation étaient aussi bien connues pour soulager les SCPD.</p> <p>Les auteurs citent Tanaka et al. qui disent que 30% des abus surviennent dans les maisons de soins infirmiers.</p> <p>La difficulté de la gestion de chaque SCPD a été évaluée à l'aide d'une l'échelle analogique visuelle allant de 0 à 100. Plus le score était élevé plus cela indiquait une grande difficulté à gérer les SCPD.</p> <p>Les techniques de gestion sont bien expliquées. En revanche, les auteurs auraient pu expliquer davantage les outils comme certaines échelles utilisées dans cette étude</p>
Cadre théorique ou conceptuel	-Les principales théories et concepts sont-ils définis ?	<p>Il est vrai que dans cet article, les auteurs se sont basés sur comment les soignants font pour gérer les SCPD. Il regarde aussi si les méthodes utilisées pour la gestion des SCPD sont efficaces.</p> <p>De plus, les auteurs ne mettent pas en avant qu'elle est la véritable cause des SCPD. De même pour les théories. Par contre, ils définissent les SCPD comme des symptômes causant des difficultés dans les soins, cela augmente le fardeau des familles et des aidants. De plus ces symptômes ont un impact négatif dans la relation soignant-soigné.</p>

		<p>En outre, ils disent qu'auparavant les personnes avec une démence étaient soignées dans des hôpitaux, mais maintenant à cause des coûts, elles sont placées dans des établissements ou font recours aux soins à domicile.</p> <p>Les établissements de soins de longue durée ont peu d'expérience sur les soins auprès des personnes ayant des SCPD. Souvent, le personnel n'a pas de formation sur la façon pour y faire face à ces symptômes. Au Japon les prestations de soins sont fournies par le personnel infirmier.</p>
Question de R/Buts	-Question	Elle n'est pas clairement formulée, mais on peut sous-entendre que la question de recherche de cette étude est de trouver des approches efficaces pour le traitement des SCPD.
	-Buts de l'étude	<p>Dans cette étude, les chercheurs étudient les techniques de soins que les soignants disent utiliser dans leur pratique. Parmi ces techniques les auteurs regardent celles qui sont le plus efficaces pour gérer les personnes atteintes de démence pouvant contribuer à la diminution des SCPD. Cela va également réduire le stress que peuvent ressentir les soignants en diminuant leur charge de travail tout en facilitant les soins.</p> <p>Le premier objectif est d'identifier les techniques de gestion des SCPD qui sont utilisés par les soignants dans les établissements de soins de longue durée. Le second est de proposer des techniques de gestion efficaces lors de SCPD, en associant divers méthodes.</p>
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ?	Les premiers entretiens ont été faits pour identifier les techniques de gestion utilisées pour les SCPD. Une analyse qualitative des données recueillies à travers ces interviews a conduit à la mise au point d'un questionnaire. Les interviews étaient semi-structurées. Cette étude s'inscrit dans un devis de recherche mixte. Cette recherche présente des résultats concernant deux études qui examinent les techniques de gestion des SCPD dans les établissements de soins de longue durée.
Population et contexte	-La description de l'échantillon est-elle suffisamment détaillée ?	Dans les deux études, ils ont détaillé et décrit comment ils ont procédé pour l'échantillonnage et pour la récolte des données.

	<p>-La taille de l'échantillon est-elle adéquate par rapport au contexte de la recherche ?</p>	<p>Dans la première étude, les participants ont été recrutés en utilisant un échantillonnage en effet boule de neige.</p> <p>Au total, 15 soignants ont été interviewés (7 soignants qualifiés, 4 non-certifiés, 3 infirmiers, 1 aide-soignante). Le nombre d'années d'expériences professionnelles avec les personnes démentes varie de 6 mois à 8 ans d'un soignant à l'autre.</p> <p>Dans la 2ème étude : un questionnaire anonyme a été distribué auprès de 633 soignants de 42 établissements de soins de longue durée pour personnes âgées des banlieues du Japon.</p>
<p>Collecte des données et mesures</p>	<p>-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?</p>	<p>Dans la 2ème étude : les auteurs ont mené une enquête par un questionnaire auprès des soignants.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 292 questionnaires ont été retourné par les soignants de 26 établissements (12 maisons de soins, 5 services de soins de santé, 3 établissements de soins médicaux, 6 foyers pour personnes atteintes de démence)</li> <li>• 3 questionnaires n'ont pas été remplis et 14 ont été complété par des gens qui n'étaient pas des soignants → donc ils étaient exclus de l'analyse.</li> <li>• Les données de 275 soignants ont été analysées. Parmi ces 275 personnes, 32 étaient des infirmières, 21 étaient des infirmières auxiliaires, 91 personnes étaient soignants certifiés et 131 étaient du personnel non certifié.</li> <li>• La moyenne d'âge des soignants était de 35 ans. La majorité des soignants étaient des femmes soit 74.9%.</li> </ul>
<p><b>Résultats</b> Traitement des données</p>	<p>Des analyses statistiques ont-elles été entreprises pour décrire en détail les facteurs d'influence (obstacles)</p>	<p>4 types de techniques de gestion ont été identifiés dans la première étude:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Émotion et techniques de comportement de concordance</li> <li>• Acceptation et soutien techniques</li> <li>• Techniques de contention</li> <li>• Techniques d'évitement</li> </ul> <p><b>Émotion et techniques de comportement de concordance :</b> à plusieurs reprises, les auteurs mettent en évidence qu'il est important que les soignants développent une attitude sereine lors des soins aux personnes atteintes de démence. De plus, il est essentiel de caractériser les techniques de gestion des SCPD, de tenter de comprendre les sentiments des soignants et des soignés atteints de</p>

démence tout en essayant de comprendre le sens de leur comportement. En comprenant ce qui se passe, cela va faire que les soignants vont être plus tolérants et donc respecter le droit de l'être humain.

**Acceptation et soutien techniques :** respecter la personne démente et leur comportement tout en leur offrant de la sécurité. Les personnes démentes sont libres d'agir à moins qu'elles dérangent les autres résidents ou même si elles mettent leur propre vie en danger. Le rôle des soignants est de permettre à ces comportements tout en les supervisant à distance. L'acceptation et les techniques de soutien comprennent 6 méthodes : gardiennage, soigner de manière calme, relationnel, détourner l'attention, réconfort et la correction.

**Techniques de contention (privation de liberté):** les techniques de contraintes physiques sont des stratégies de soins ayant pour but de limiter les mouvements et les actions de la personne démente. Ces techniques préservent la tranquillité des personnes. Dans cette étude, 4 éléments en lien avec les moyens de contrainte ont été observés: les médicaments psychotropes, la restriction des mouvements, maintenir ou laisser les personnes démentes dans leur chambre ou le port de vêtements contenant. Depuis 1999, la loi japonaise interdit l'utilisation des moyens de contention physique. Ces moyens sont permis si la vie de la personne ou d'autrui est menacée. Celui-ci doit d'être court et réévalué. Les auteurs expliquent que les moyens de contraintes ont été mis en place, car dans les établissements aucun moyen n'était efficace.

**Techniques d'évitement :** les techniques pour éviter les risques doivent répondre aux besoins (alimentation, aides pour les soins) des personnes démentes tout en essayant de réduire les risques dans les prestations de soins. Il est important que le soignant veille aussi à sa propre sécurité lors de situation d'agressivité.

Dans cette deuxième étude, ils mettent en avant que la gestion de l'agressivité physique est la plus difficile de tous les SCPD. En revanche, dans cette étude, l'usage des vêtements contenant lors de comportement d'errance était plus fréquent à 13%.

La combinaison de 3 techniques de gestion s'est avérée efficace pour gérer les comportements difficiles. Pour cela, le soignant se doit de : savoir écouter, prodiguer des soins avec une attitude calme et l'ignorance des comportements.

		<p>Certaines combinaisons de techniques sont efficaces dans la gestion des SCPD. La combinaison émotionnelle et le comportement de concordance ainsi que l'acceptation et les techniques de soutien étaient efficaces lors de déambulation ainsi que pour des autres troubles (comme les plaintes, troubles du sommeil, l'agressivité verbale, résistance aux soins et l'exigence de vouloir rentrer chez eux).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Un soignant dit : lorsqu'une personne démente erre, il faut le laisser déambuler tout en restant attentif à ce qu'elle fait. Si la personne errante va dans des lieux qui lui sont interdit, les soignants essaient d'attirer leur attention.</li> <li>➤ En lien avec la contention, les soignants disent que parfois, ils sont obligés de contenir les personnes démentes contre leur volonté dans le but de les protéger et de les sécuriser (risque de chute ou de fugue).</li> <li>➤ Pour les techniques d'évitement, les soignants disent que lors d'agressions physiques, ils essaient d'éviter les coups, de sécuriser les lieux et les autres résidents. Pour cela, il est important d'avoir une bonne collaboration entre les professionnels au sein de l'équipe. Ces situations difficiles engendrent de l'angoisse auprès autres résidents.</li> </ul> <p>À plusieurs reprises, les auteurs disent qu'il est important de ne pas être constamment en train d'essayer de contenir les personnes qui errent ou de se mettre en colère contre eux à cause de leur comportement, car cela va aggraver les symptômes ou les prolonger.</p>
<p><b>Discussion</b></p> <p>Intégration de la théorie et des concepts</p>	<p>-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir du cadre théorique et conceptuel, ainsi que des recherches antérieures ?</p>	<p>Cette étude présente des techniques pour la gestion des SCPD dans les établissements de soins de longue durée du Japon.</p> <p>La méthode d'extraction des données a démontré qu'il existe diverses techniques différentes pour la gestion des différents SCPD.</p> <p>L'errance influence la qualité de vie de la personne démente et celle des autres résidents, car la personne errante, déambulant peut entrer dans leur sphère privée. Cela engendre souvent des conflits entre les résidents.</p> <p>Le rôle des soignants est de veiller à la sécurité des personnes atteintes de démence. Ces personnes ne sont plus conscientes des dangers qu'elles encourent</p>

		<p>Les techniques émotionnelles et comportementales sont des stratégies pratiquées pour la gestion des SCPD. Ces techniques demandent beaucoup de temps et d'effort au soignant.</p> <p>Les moyens de contention ne sont pas acceptés. Pour les auteurs, la contention physique veut dire violation du droit de l'homme. De plus, ils pensent que les soignants devraient éviter cette procédure et rechercher d'autres alternatives.</p> <p>En 2004, US Food and Drug Administration (s.d.) ont indiqué que l'utilisation des antipsychotiques atypiques chez les personnes âgées augmente le taux de mortalité. Au Japon, les antipsychotiques ne sont pas indiqués pour le traitement de la démence. Le problème est que dans plusieurs établissements ils sont utilisés.</p>
	<p>-Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?</p>	<p>Il y a 4 types de techniques de gestion de SCPD qui ont été identifiés :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Émotion et techniques de comportement de concordance</li> <li>• Acceptation et soutien techniques</li> <li>• Techniques de contention</li> <li>• Techniques d'évitement</li> </ul>
	<p>-les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?</p>	<p>Cette étude est limitée par le manque d'observation des données, car les soignants ont seulement indiqué ce qu'ils font pour gérer les SCPD. Ces techniques de gestion n'ont pas réellement été vérifiées. Il serait bien pour les futures recherches d'examiner l'efficacité de ces interventions.</p>
<p>Perspectives futures</p>	<p>-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?</p>	<p>Les auteurs disent que d'autres recherches devraient évaluer les techniques de gestion des SCPD.</p> <p>Pour les auteurs, les futures recherches devraient prendre en compte les facteurs suivants: l'âge de la personne, le type de démence et la sévérité de la démence.</p> <p>Le fait que les interventions n'ont pas pu être vérifiées par les chercheurs sur le terrain a été une faiblesse de cette étude.</p>

Jacqueline, F.M., Janet, S.C., Farzaneh, P.A. et Donald, L.B. (2007). Utility of the Algase Wandering Scale in an outpatient Alzheimer's disease sample. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22 (8), 801-5.

### Grille quantitative

Aspects du rapport	Questions	Argumentation à l'aide de connaissances (cours et article lui-même) méthodologiques et scientifiques
<b>Titre</b>	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?	Le titre mentionne que l'article traite de l'utilité de l'AWS auprès des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.
<b>Résumé</b>	-Contient-il les principales parties de la recherche ?	<p>L'état des connaissances, les méthodes, les résultats, les conclusions et les mots clés sont présents.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- L'état des connaissances: met en avant que l'errance présente un problème majeur dans la gestion des patients atteints de la maladie d'Alzheimer. Cette étude examine l'utilité de l'échelle d'Algasse Wandering Scale (AWS) auprès des personnes errantes. Cet instrument permet aux soignants d'évaluer le comportement d'errance.</li> <li>- Les méthodes: cette échelle a été donnée aux aidants familiaux auprès de 40 patients atteints de la maladie d'Alzheimer. Les scores permettaient de voir l'état mental et fonctionnel, les symptômes, l'état dépressif et permettent aussi de faire le lien avec la prise de médicaments des résidents.</li> <li>- Les résultats: les scores supérieurs étaient associés à une démence plus sévère. Certains résultats de cette étude ont révélé une augmentation de chutes et de blessures.</li> </ul> <p>Les conclusions: l'étude démontre que cette échelle est utile pour évaluer le comportement d'errance.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les mots clés: errance, échelle Wandering d Algasse, syndrome des jambes sans repos, la maladie d'Alzheimer</li> </ul>

<b>Introduction</b> Énoncé du problème	-Le problème de recherche est-il énoncé clairement ?	L'errance représente un enjeu important dans la gestion de ce comportement. L'étiologie de l'errance est souvent mal comprise.  Certains chercheurs supposent que l'errance peut provenir de l'anxiété, de la dépression, des hallucinations, des troubles du sommeil ou due à la prise des traitements neuroleptique. D'autres chercheurs ont déduit que l'errance est une expression d'une personnalité de recherche sociale.
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur les variables étudiées ?	Les recherches font le lien entre l'errance et les chutes. De plus, ils disent que l'errance est l'une des causes principales de la fracture de la hanche (colon-Emeric et al., 2003).  Dans les établissements, divers moyens ont été mis en place pour réduire ces comportements ou les dangers qu'encourent les personnes âgées.
Cadre théorique ou conceptuel	-Les principales théories et concepts sont-ils définis ?	Les auteurs décrivent l'utilisation de l'échelle. Cette dernière va permettre aux soignants d'évaluer le comportement d'errance des résidents.
Hypothèses	-Les hypothèses sont-elles clairement formulées ?	Il en ressort de cette étude diverses explications scientifiques pour expliquer le comportement d'errance.  <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ L'étude met en avant que les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer déambulent, car leur débit sanguin au niveau cérébral est diminué.</li> <li>➤ Une autre étude dit que par rapport aux personnes qui ne déambulent pas, la personne avec la maladie d'Alzheimer erre, car il y a un déficit dans la capture de dopamine.</li> </ul> Parmi tous les SCPD, l'errance est parmi l'un des plus difficiles à gérer. De plus la sécurité du patient est difficile à gérer.
	-Découlent-elles de l'état des connaissances (théories et recherches antérieures ?	L'état des connaissances met en évidence que l'échelle est utile pour évaluer le comportement d'errance chez une personne qui déambule.  Les échelles ont été utilisées pour permettre de quantifier la probabilité de l'errance chez les patients atteints de démence.

<b>Méthodes</b> Devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ?	Le devis de recherche est peu détaillé, mais nous pouvons sous-entendre que le devis utilisé pour cette étude est de type quantitatif.
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	<p>Cette échelle comporte 39 items, classés de 1-5. Elle permet aux soignants d'indiquer quelle est la caractéristique des patients en lien avec l'errance. Chaque item est évalué par un score de 1 à 5; sachant que 1 est égal à « jamais » et que 5 signifie « toujours ». De plus, elle se compose de 6 sous-échelles :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. marche persistante</li> <li>2. marche répétitive</li> <li>3. comportement de fugue</li> <li>4. désorientation spatiale</li> <li>5. résultats négatifs</li> <li>6. impulsivité des repas</li> </ol> <p>La somme des éléments évalués pour chaque sous-échelle est divisée par le nombre d'éléments évalué.</p>
	-Les variables à mesurer sont-elles décrites et opérationnalisées ?	<p>Tous les patients ont passé un examen de mini-mental state-examination (MMSE) dans le but de voir si les résidents avaient un trouble cognitif. Un score de &lt; 25/30 indique un déficit cognitif.</p> <p>Des tests ont aussi été effectués pour comparer les scores de l'échelle auprès des patients qui prenaient des médicaments et auprès de ceux qui ne recevaient pas de traitement. Ensuite les résultats ont été comparés.</p> <p>Ils ont aussi examiné s'il y avait des corrélations entre l'échelle et le MMSE. Les auteurs ont constaté aussi que la médication interfère dans le comportement d'errance.</p>
Dérroulement de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ?	Cette étude n'aborde pas le comment les chercheurs ont procédé pour les recherches ni comment, ils ont fait pour préserver les droits des participants.

	-A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?	
<b>Résultats</b> Traitement des données	Des analyses statistiques ont-elles été entreprises pour répondre à chacune des hypothèses ?	<p>L'échantillonnage de l'étude était modérément dément avec une légère baisse de l'humeur. De plus, les résidents présentaient une légère incapacité fonctionnelle.</p> <p>Les patients recevant des antidépresseurs étaient plus susceptibles de fournir des antécédents de blessure liée à l'errance.</p> <p>Les chercheurs ont par la suite, vérifié les effets des médicaments sur le comportement errant. Enfin, ils ont aussi examiné plusieurs relations possibles aidant à l'interprétation des résultats. Les personnes qui reçoivent des antidépresseurs ont démontré un score plus faible d'errance.</p>
<b>Discussion</b> Intégration de la théorie et des concepts	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir du cadre théorique et conceptuel, ainsi que des recherches antérieures ?	<p>Les résultats suggèrent que même si, l'AWS ne présente pas d'observations sur les comportements, elle est prouvée comme étant une échelle utile aidant les soignants à évaluer le comportement d'errance. Cependant, cette échelle ne peut être utilisée comme instrument de dépistage.</p> <p>Les chercheurs ont mis en avant que les chutes sont une des conséquences de l'errance. Mais, ils voient encore d'autres causes possibles comme une personne âgée peut se blesser parce qu'elle souffre de comorbidités telles que l'ostéoporose ou des problèmes de neuropathies.</p>
	-Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?	D'autres liens possibles ont été mis en avant par les chercheurs. Selon eux, l'errance peut être en relation avec l'anxiété et l'état dépressif des gens. De plus, il peut aussi y avoir des effets négatifs lors de l'utilisation des traitements antidépresseurs. Ces traitements ont notamment plusieurs effets secondaires qui peuvent contribuer aux chutes comme l'hypotension, l'étourdissement et les troubles de la vision.

Houston, A.M., Brown, L.M., Rowe, M.A. et Barnett, S.D. (2011). The Informal Caregivers' Perception of Wandering. *American Journal of Alzheimer's Disease Other Dementias*. 26 (8), 616-22.

### Grille quantitative

Aspects du rapport	Questions	Argumentation à l'aide de connaissances (cours et article lui-même) méthodologiques et scientifiques
<b>Titre</b>	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?	Le titre est clair, il mentionne que l'étude va traiter de la perception des aidants naturels sur la déambulation.
<b>Résumé</b>	-Contient-il les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?	<p>L'état des connaissances, le but, les méthodes, les résultats, les conclusions et les mots clés sont présents.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- L'état des connaissances: met en avant que le terme errance est couramment utilisé par les cliniciens, les chercheurs et les aidants naturels. La signification de ce terme varie en fonction de la source et du contexte dans lequel il est utilisé.</li> <li>- Le but de cette étude est d'examiner comment les aidants naturels décrivent les différents scénarios qui ont été identifiés par la littérature comme « errant », puis de déterminer leurs perceptions des risques, en comparant leur définition de l'errance à celle des chercheurs.</li> <li>- Les méthodes: des entretiens structurés ont été menés auprès de 128 aidants naturels.</li> <li>- Les résultats: les aidants naturels utilisent rarement le terme d'errance pour classer les différents scénarios qui ont été identifiés dans la littérature comme errants.</li> <li>- Les conclusions: cette étude démontre que les réponses portées lors d'un sondage auprès de 17 experts sur le comportement d'errance sont en désaccord avec les définitions. Les résultats suggèrent que divers termes peuvent être utilisés pour décrire ce comportement potentiellement dangereux. D'où l'importance d'avoir une bonne communication entre les professionnels de la</li> </ul>

		<p>santé et les aidants naturels.</p> <p>- Les mots clés: la maladie d'Alzheimer, l'errance, la démence, les soignants, la perception, perdre, un incident manquant</p>
<b>Introduction</b> Énoncé du problème	-Le problème de recherche est-il énoncé clairement ?	<p>Le terme errance est couramment utilisé par les cliniciens, les chercheurs et les aidants naturels pour décrire un comportement étant lié à la démence. Ce comportement a une connotation avec l'institutionnalisation, l'anxiété, les blessures physiques et même la mort.</p> <p>Un des objectifs de cette étude était d'identifier et d'explorer les incompréhensions des aidants naturels sur l'errance. Leur dernier objectif se porte sur la comparaison de la compréhension du comportement d'errance auprès des aidants naturels et celui des chercheurs qui ont une expertise sur ce comportement. En se questionnant sur ce sujet, les chercheurs veulent améliorer la sécurité des personnes démentes. Ceci est particulièrement important parce que les antécédents et les interventions par rapport aux comportements d'errance diffèrent d'une personne à l'autre.</p>
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur les variables étudiées ?	<p>La signification du terme d'errance varie en fonction des définitions et du contexte dans laquelle, elle est utilisée.</p> <p>Il existe plusieurs définitions de l'errance. Algasse et ses collègues ont défini l'errance comme un syndrome du comportement locomoteur qui est lié à la démence. Ce comportement peut-être fréquent, répétitif, désordonné dans le temps ou dans l'espace se manifeste par une marche répétitive, aléatoire ou par stimulation. Certains comportements sont associés à des fugues.</p> <p>Les chercheurs et les soignants ont utilisé l'errance comme un terme générique comprenant plusieurs représentations comme la marche la nuit, marcher sans un but ou des activités excessives.</p> <p>Des chercheurs mettent en évidence que se perdre sans accompagnant est un comportement distinct de l'errance.</p>
Hypothèses	-Les hypothèses sont-elles clairement formulées ?	<p>Bien que les définitions de l'errance doivent être approfondies par les chercheurs et les professionnels, une des limites est que ces définitions ne prennent pas en compte la manière dont les aidants définissent ce comportement d'errance de leur proche.</p>

	-Décourent-elles de l'état des connaissances (théories et recherches antérieures ?	<p>Les chercheurs mentionnent qu'à ce jour, il n'existe aucune recherche effectuée sur les aidants naturels et leur perception du comportement d'errance.</p> <p>La littérature montre que certains aidants naturels sont préoccupés, car les bénéficiaires de soins errent et risquent de se perdre. Une étude a démontré que ¼ des participants (aidants naturels) sont préoccupés par ce comportement d'errance.</p> <p>Ces chercheurs mettent également en avant qu'il existe des lacunes dans la façon dont les aidants naturels et les professionnels de la santé perçoivent l'errance. De plus, ce manque de connaissance peut avoir des conséquences sur la gestion de ce comportement.</p>
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ?	<p>Cette étude a été réalisée en complément d'une étude fait sur la trajectoire précoce d'errance chez les personnes âgées avec une légère démence.</p> <p>Cette étude longitudinale de 2 ans a recruté des personnes âgées ayant été diagnostiquées avec une légère démence. Ces personnes recrutées pour cette étude vivent en institutions.</p>
Population et contexte	-La description de l'échantillon est-elle suffisamment détaillée ?	<p>Un total de 138 personnes âgées atteintes de démence ont participé à l'étude, 10 personnes âgées ont abandonné, car : 7 personnes sont mortes, un a été transféré de l'établissement, 2 personnes ont eu une aggravation de la maladie.</p> <p>Les 128 aidants ont accepté de participer à l'étude. Parfois, les chercheurs ont du faire des entrevues téléphoniques.</p>
Déroulement de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ?  -A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?	<p>Les participants ont donné leur consentement éclairé pour leur participation à la recherche.</p> <p>La procédure de l'étude comprenait 4 rencontres sur une période de 2 ans. Des interviews structurées ont été menées auprès des aidants naturels. Ces interviews ont duré environ 10 minutes.</p> <p>Tous les aidants naturels ont eu l'occasion de répondre à des questions ouvertes ou fermées sur le terme qu'ils utilisent pour décrire l'errance. Les aidants étaient invités à donner leur propre définition de l'errance. Une fois les interviews terminées, les données ont été analysées de manière quantitative. Les examinateurs ont regroupé des thèmes ressortis des questions et des interviews.</p>

<b>Résultats</b> Traitement des données	Des analyses statistiques ont-elles été entreprises pour répondre à chacune des hypothèses ?	<p>Il y avait 101 aidants naturels dont la plupart étaient des femmes, 115 personnes âgées déambulant de sexe masculin avec un âge moyen de 71 ans.</p> <p>Au début 19 aidants mentionnent qu'ils ne savaient pas où était leur proche. Plus tard dans l'interview, 27 aidants affirment que leur proche s'était déjà égaré au moins une fois dans l'année. A la fin, seuls 6 aidants ont défini les comportements des résidents comme étant de l'errance. Les autres participants classent les comportements de leur proche dans le thème de l'égarement.</p> <p>De nombreux soignants définissent l'errance comme étant une marche sans but. Les experts disent que l'errance est un comportement présenté fréquemment par les personnes démentes.</p>
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	<p>Les résultats de cette recherche sont présentés sous forme de tableau.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 62 aidants craignent que leur proche se perde en raison de leur trouble de la mémoire.</li> <li>-18 pensent les placer dans une institution (pour leur sécurité).</li> <li>- Ces comportements commencent dans le stade avancé de la maladie.</li> </ul> <p>-Les moyens: diverses méthodes sont mises en place pour empêcher que les personnes se perdent : bracelet d'identification, installation des portes verrouillée ou il y a besoins d'une clé pour l'ouvrir par exemple.</p> <p>Il y a eu une question par rapport aux sorties nocturnes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 8 aidants signalent que leur proche son déjà sorti durant la nuit</li> <li>- 4 classifient ce comportement comme étant dû à l'errance</li> <li>- Moyens: mise en place des alarmes pour la nuit</li> </ul>
<b>Discussion</b> Intégration de la théorie et des concepts	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir du cadre théorique et conceptuel, ainsi que des recherches antérieures ?	<p>Les auteurs mentionnent qu'il est difficile de définir clairement ce comportement d'errance.</p> <p>Les aidants ont un manque de connaissances au sujet des comportements d'errance. Il semble essentiel que les aidants comprennent cette problématique afin qu'ils puissent mettre en place des moyens pour sécuriser la personne errante.</p> <p>Les chercheurs mettent en avant qu'il est important que les aidants soient au clair avec le terme errance.</p>
Perspectives futures	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de	<p>Les cliniciens et les chercheurs doivent encore travailler sur la clarification de la définition de l'errance. Il serait bien que les futures recherches que les chercheurs prennent du temps pour définir les termes/concept de la perte et de l'errance. Cela permettrait à tous les participants de partir de la</p>

	l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?	même définition. De plus, en ayant une bonne définition, cela permettra d'avoir une meilleure compréhension sur ce l'errance ainsi qu'une meilleure gestion des patients avec errance permettront aux aidants de mettre en place des moyens pour veiller à leur sécurité.
--	--	---

Schonfeld, L., King-Kallimanis, B., Brown, L., Davis, D., Kearns, W., Molinari, V., Werner, D., Beattie, E. et Nelson, A. (2007). Wanderers with Cognitive Impairment in Department of Veterans Affairs Nursing Home Care Units. *International Journal of Geriatric Sociology*, 55 (5), 692-9.

### Grille quantitative

Aspects du rapport	Questions	Argumentation à l'aide de connaissances (cours et article lui-même) méthodologiques et scientifiques
<b>Titre</b>	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?	Le titre traite des concepts étudiés dans cet article: les attitudes des soignants (stress et satisfaction) envers les patients déments.
<b>Résumé</b>	-Contient-il les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?	<p>- L'objectif est d'explorer l'ampleur et les facteurs associés à l'errance dans des institutions de soins.</p> <p>- La méthode: étude transversale avec une analyse des données. 15'080 maisons de soins pour les personnes ayant des déficits cognitifs ont été admises sur une période de 4 ans. Ces personnes âgées présentaient divers types de symptômes comme les troubles cognitifs de l'humeur, les comportements à problèmes, les activités de la vie quotidienne et le comportement d'errance.</p> <p>- Les résultats: dans cet échantillon, les résidents ayant des troubles cognitifs représentaient plus de 21% des déambulant. De plus, les personnes errantes étaient plus susceptibles de présenter des déficiences cognitives, des comportements inappropriés, de la résistance aux soins et de prendre des antipsychotiques comme traitements. Ces personnes sont dépendantes d'un soignant par exemple dans les AVQ.</p> <p>- Les mots clés: errance, comportement perturbateur, soins infirmiers, résidents aux homes</p>
<b>Introduction</b> Énoncé du	-Le problème de recherche est-il énoncé	L'errance dans les maisons de soins est un problème majeur en lien avec le comportement des résidents et de leur sécurité. Diverses problématiques sont en lien ou dues à l'errance : perte de poids, fatigue, troubles du sommeil, abus, chutes, se perdre et la mort. Parmi les personnes errantes, celles qui sont autonomes sont plus susceptibles de tomber et d'avoir

problème	clairement ?	<p>une fracture.</p> <p>L'errance est l'une des causes d'institutionnalisation. Ce comportement est problématique, car il crée des préoccupations (aux soignants) sur la sécurité des personnes qui déambulent.</p>
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur les variables étudiées ?	<p>Dans cette étude, le taux de personnes démentes est de 11% à 63 %. L'errance apparaît le plus souvent chez les personnes ayant été diagnostiquées de la maladie d'Alzheimer. Ces personnes peuvent aussi avoir des troubles cognitifs, troubles de la mémoire, trouble de l'orientation, et souvent, ils sont incapables d'avoir une conservation structurée ou de manière appropriée.</p> <p>Les auteurs mettent en avant des variables en lien avec l'errance : environnement, médication, traits de la personnalité, l'histoire de vie (activité sociale ou les loisirs), les événements stressants. La variable la plus spécifique à l'errance est l'akathisie (dû aux effets secondaires des neuroleptiques).</p>
Cadre théorique ou conceptuel	-Les principales théories et concepts sont-ils définis ?	Il existe différentes définitions de l'errance. La plupart des chercheurs et des soignants pensent que l'errance se réfère à une marche sans but ou à une désorientation de la personne errante dans un espace.
Hypothèses	-Les hypothèses sont-elles clairement formulées ?	<p>Ils précisent que ces comportements sont associés à l'errance : l'agitation non agressive, les cris, l'agression physique et la perturbation du sommeil.</p> <p>Les hommes semblent plus exposés à l'errance que les femmes.</p>
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ?	Cette étude transversale a été réalisée à l'aide d'une étude rétrospective réalisée sur 4 ans. L'étude s'est portée sur 134 centres médicaux auprès des résidents qui étaient admis depuis plus de 14 jours.
Collecte des données et	-Les instruments de collecte des données sont-ils	Ils ont utilisé un outil d'évaluation pour évaluer le comportement des personnes errantes dans les maisons de soins. Pour cela, ils mettent en avant une définition de l'errance :

mesures	décrits ?	mouvement répétitif (ou marche répétitive) sans but.
<b>Résultats</b> Traitement des données	Des analyses statistiques ont-elles été entreprises pour répondre à chacune des hypothèses ?	<p>Dans l'échantillon de l'étude, 15'092 personnes errantes présentaient un déficit cognitif modéré ou sévère, seules 21% ont été jugées, comme déambulant.</p>
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	<p>Le tableau 2 présente les caractéristiques descriptives détaillées des « errants et des non errants ». Les seules variables qui n'ont pas de différences significatives entre les « déambulant et les non déambulant » étaient des variables médicales, d'accident ischémique transitoire, de trouble bipolaire et de l'anxiété. Des différences significatives ont été observées dans les autres variables.</p>
<b>Discussion</b> Intégration de la théorie et des concepts	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir du cadre théorique et conceptuel, ainsi que des recherches antérieures ?	<p>Il s'agit de la première grande étude se concentrant exclusivement sur les résidents masculins présentant des déficiences cognitives modérées ou sévères qui errent. La plupart des résidents errants présentent une déficience cognitive sévère. L'errance est souvent associée à d'autres comportements perturbateurs.</p> <p>Les résultats montrent également qu'une proportion importante de personnes errantes utilise des fauteuils roulants (24%).</p> <p>La classification d'une personne comme errante semble être liée à une meilleure capacité</p>

		<p>physique pour se déplacer. Bien que la mobilité soit une condition préalable à l'errance, les soignants reconnaissent que ce comportement peut se produire lorsque les résidents utilisent des moyens alternatifs pour se déplacer.</p> <p>L'utilisation de neuroleptiques a été également associée à une plus grande possibilité d'être classé comme un « errant ». Une étude constate que les antipsychotiques sont plus susceptibles d'être administrés aux personnes qui ont la maladie d'Alzheimer présentant des problèmes de comportement.</p> <p>De nombreux travaux indiquent que l'utilisation de contentions physiques et chimiques n'est pas une bonne chose. Des stratégies de communication ont été mises en place lors des repas afin d'aider les résidents à rester plus longtemps assis. Un programme de marche en début de soirée pour les résidents atteints de démence sévère a également été élaboré.</p> <p>L'utilisation de stimuli multi sensorielle comme des exercices ou comme l'aromathérapie peuvent réduire l'errance.</p> <p>Les recherches portant sur l'effet des changements physiques dans l'établissement (veilleuses, sonnettes alarme, dispositifs de surveillance, environnement adapté) démontrent que les facteurs environnementaux peuvent favoriser ou entraver l'errance et jouer un rôle dans la gestion de ce comportement.</p> <p>L'utilisation d'interventions telles que les techniques de modification du comportement, modifications de l'environnement et des activités thérapeutiques sociales peuvent aider à créer un environnement sûr et agréable pour le personnel et les résidents. Tout en offrant des programmes utiles pour la population démente.</p> <p>Il est important que les soignants soient attentifs à ces comportements, car cela peut avoir des conséquences négatives sur la personne : fatigue, déshydratation surtout que ces personnes ne peuvent pas communiquer leur besoin.</p>
	-Les chercheurs abordent-ils la question de la	Il est important que le personnel soit bien formé pour évaluer les diverses causes possibles de l'errance.

	généralisation des conclusions ?	
Perspectives futures	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?	<p>Il serait important de faire des recherches sur les médications, afin de comprendre le lien qu'il y a entre les antipsychotiques et l'errance.</p> <p>Bien qu'un certain nombre de modifications de l'environnement et des programmes sociaux pour réduire la problématique de l'errance ont été développés et évalués.</p>

Rowe, M., Vandaveer, S.S., Greenblum, C.A., List, C., Fernandez, R.M., Mixson, N.E. et Ahn H.C. (2011). Persons with dementia missing in the community: Is it wandering or something unique?. *Biomedcentral Geriatrics*, 11, 1-8.

### Grille quantitative

Aspects du rapport	Questions	Argumentation à l'aide de connaissances (cours et article lui-même) méthodologiques et scientifiques
<b>Résumé</b>	-Contient-il les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?	<p>- L'état des connaissances: permet à un certain moment dans le processus de la maladie que de nombreuses personnes atteintes de démence (PWD) ne peuvent pas retourner en toute sécurité à leur environnement de soins. Dans les recherches antérieures, les chercheurs ont commencé à se demander si ce comportement devrait continuer à être appelé errance.</p> <p>-Le but: confirmer les résultats concernant les antécédents et les caractéristiques du comportement errant. Il faut comprendre les différences, distinguer et comparer les caractéristiques d'un manque d'incidents à celui de l'errance.</p> <p>- Les méthodes: une étude rétrospective a été utilisée pour analyser 325 articles de journaux des personnes atteintes de démence.</p> <p>- Les conclusions: cette recherche prouve que la notion d'errance, dans son sens formel, et des incidents manquants sont deux concepts distincts. Il serait important de développer davantage le concept en identifiant les différences et les similitudes de l'errance. Cela permettra une évaluation plus ciblée et une stratégie d'intervention pour chaque problème.</p>
<b>Introduction</b> Enoncé du problème	-Le problème de recherche est-il énoncé clairement ?	<p>L'un des problèmes le plus difficiles liés à la prise en soins des personnes atteintes de démence est la survenance des sorties de l'environnement de soins sans supervision.</p> <p>60% des personnes démentes errent dans la communauté à un moment donné au cours de leur maladie.</p> <p>Des stratégies de prévention peuvent aussi réduire les effets négatifs d'un incident manquant telles que le placement institutionnel. Enfin, les auteurs ont essayé d'examiner les</p>

		différences entre les définitions de l'errance et les caractéristiques des personnes démentes.
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur les variables étudiées ?	<p>Le terme errance est fréquemment utilisé dans la littérature comme un vaste terme englobant un ensemble de comportements variés, y compris les comportements locomoteurs sans but avec un motif répétitif comme une marche, l'hyperactivité et la marche excessive.</p> <p>L'impossibilité de trouver leur chemin est due à l'absence d'une bonne structure de soins. Lors de fugue, la plupart de ces personnes sont retrouvées saines et sauvées.</p> <p>Suite à la perte de ces personnes, la plupart sont retrouvées saines et sauvées, noyées, ou subissent des blessures après avoir été impliquées dans un accident de voiture soit comme un conducteur ou comme piéton.</p> <p>Une définition de l'errance a été proposée en 2007 par une équipe de chercheurs. Celle-ci est définie comme un syndrome comportemental accompagné de désorientation temporo-spatiale se manifestant par une marche persistante. En outre, les personnes ayant des troubles cognitifs risquent de fuguer ou de se perdre sans accompagnement.</p>
Hypothèses	-Les hypothèses sont-elles clairement formulées ?	Les personnes démentes qui errent semblent se perdre pendant les activités. Ces personnes ont aussi tendance à disparaître lorsqu'on les laisse seules dans un lieu familier au cours d'une activité habituelle ; par exemple, lorsqu'elles regardent la télévision pendant que le soignant est ailleurs.
	-Découlent-elles de l'état des connaissances (théories et recherches antérieures ?	<p>Les recherches antérieures dans ce domaine se concentrent spécifiquement sur les personnes démentes qui se sont perdues dans la communauté ainsi que des études portant sur l'errance dans des établissements de soins.</p> <p>Lorsque les personnes partent et se perdent à plusieurs reprises, il est conseillé de leur mettre un bracelet d'identification.</p> <p>Beaucoup de personnes errantes ont été retrouvées mortes dans les bois ou dans des structures abandonnées.</p>

<b>Méthodes</b> Devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ?	Cette étude rétrospective descriptive, réalisée en recueillant des données à partir d'articles de journaux américains publiés à partir de Juillet 2003 à Juin 2008. Les critères d'inclusion étaient les suivants: la personne a reçu un diagnostic de démence. Au total, 325 cas ont été identifiés et utilisés dans l'analyse.
Collecte des données et mesures	-Les variables à mesurer sont-elles décrites et opérationnalisées ?	Les auteurs parlent à plusieurs reprises de la problématique de l'errance, ils expliquent que les personnes démentes ne peuvent plus retrouver leur chemin ce qui provoque du stress chez les soignants.
<b>Résultats</b> Traitement des données	Des analyses statistiques ont-elles été entreprises pour répondre à chacune des hypothèses ?	Le manque de surveillance est l'une des causes les plus fréquentes de fugue. Le 10% des causes de décès est dû à l'errance de ces personnes. La désorientation spatiale est un élément clé de la disparition des personnes démentes.
<b>Discussion</b> Intégration de la théorie et des concepts	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir du cadre théorique et conceptuel, ainsi que des recherches antérieures ?  -les chercheurs rendent-ils compte	Il est important d'avoir une définition claire du terme errance, celui-ci manque encore de précision. Il est important que les soignants s'assurent que toutes les personnes démentes soient en sécurité. La désorientation est une des causes de l'égarement <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les systèmes d'alarme (tapis sonnette, les bips d'alarme/capteur aux portes)</li> <li>• les bracelets contenant des informations essentielles sont utiles, car les personnes démentes sont incapables d'indiquer leur identité (nom, adresse ou numéro de téléphone).</li> <li>• Téléphone portable ou les systèmes de GPS, permettent de retrouver la personne, l'inconvénient est le manque de réseau dans certain endroit.</li> <li>• Des technologies de repérage des personnes démentes qui se sont égarées.</li> <li>• Stratégies types pour l'errance : techniques pour empêcher la sortie (changement de type de serrure, déguiser les portes, alarmes aux portes de sorties).</li> </ul> La principale limite de cette étude est que les données ont été tirées de cas faisant aussi appelle à la loi pour retrouver l'individu. Peu de personnes démentes sont directement

	des limites de l'étude ?	retrouvées par les soignants sans faire appel à une aide externes.
Perspectives futures	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?	Les auteurs mentionnent que l'errance a besoin d'être mieux définie. Cette dernière et le fait de s'égarer sont deux concepts différents. Il sera important de développer davantage chacun de ces concepts. Il est important de comprendre chacun de ces problèmes survenant chez les personnes atteintes de démence ; cela permettra de développer des stratégies d'interventions mieux ciblées afin de réduire ces problématiques.

Brodaty, H., Draper, B. et Low, L.-F. (2003). Nursing home staff attitudes towards residents with dementia: strain and satisfaction with work. *Journal of Advanced Nursing*, 44 (6), 583-90.

### Grille quantitative

Aspects du rapport	Questions	Argumentation à l'aide de connaissances (cours et article lui-même) méthodologiques et scientifiques
<b>Titre</b>	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?	Le titre permet de saisir le but de cet article. Les auteurs se questionnent sur les attitudes que les soignants (stress et satisfaction) ont envers les patients déments.
<b>Résumé</b>	-Contient-il les principales parties de la recherche ?	Le résumé de cette recherche contient les parties principales d'un article. L'introduction, les buts, la méthode et les résultats sont décrits et détaillés.
<b>Introduction</b> Énoncé du problème	-Le problème de recherche est-il énoncé clairement ?	<p>Dans cette partie, les auteurs mettent en avant que soigner des personnes avec des troubles cognitifs peut engendrer du stress et avoir un impact sur leur satisfaction professionnelle.</p> <p>Le but de cette recherche est d'investiguer le stress et la satisfaction des soignants au travail avec les personnes atteintes de démence. Ces auteurs cherchent aussi à décrire les caractéristiques des résidents que les soignants estiment comme étant difficiles. Les auteurs investiguent également les aspects qui procurent aux soignants de la satisfaction dans leur travail.</p>
<b>Hypothèses</b>	-Les hypothèses sont-elles clairement formulées ?	<p>Une des hypothèses mises en avant dans cette étude est le fait que si un soignant a une bonne formation auprès des personnes démentes, peut réduire le fardeau. Une autre hypothèse mise en avant est que les soins aux personnes démentes procurent du stress et influencent leur satisfaction au travail.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Probable lien entre le stress professionnel des soignants, le renouvellement des équipes et la satisfaction au travail (Hinshaw &amp; Atwood, 1993).</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Niveau de stress élevé dans les équipes de soins associé avec le fait de travailler avec des résidents « cognitivement affaiblis » (Everitt et al., 1991).</li> <li>• Augmentation du stress des soignants est relié à l'agression des résidents et surtout si le comportement est vu comme menaçant (Rodney, 2000).</li> <li>• La formation aux soins des personnes ayant des troubles cognitifs contribue à la réduction du sentiment de fardeau des aides-soignants.</li> </ul>
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ?	Le devis est quantitatif non expérimental et plus précisément, c'est une étude corrélationnelle descriptive.
<b>Population et contexte</b>	-La description de l'échantillon est-elle suffisamment détaillée ?	Cette étude a été réalisée dans 12 établissements de soins à Sydney ; fait partie d'un processus sur le traitement de la dépression et de la psychose de la personne démentie (Brodaty et al., 2003). Au final, il y avait 11 établissements qui comptaient 647 résidents. Les participants avaient la liberté de participer ou pas à cette étude. De plus, cette dernière ne contenait pas de critères d'inclusion ou d'exclusion.
<b>Collecte des données et mesures</b>	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	<p>Les soignants ont rempli une échelle comportementale pour chaque résident. Les directeurs de chaque établissement ont distribué des questionnaires sur le stress et la satisfaction au travail aux équipes soignantes.</p> <p>L'échelle suédoise « Strain in Nursing Care Assessment Scale » (SNC) a été utilisée pour mesurer le stress des soignants en relation avec les soins aux personnes démentes. Cette échelle est établie sur 36 items (15 positifs et 21 négatifs). Il faut additionner tous les items pour avoir un score total (score le plus haut = attitudes plus négatives).</p> <p>Les chercheurs ont utilisé l'échelle « Satisfaction with Nursing Care and Work Assessment Scale » (SNCW) pour mesurer la satisfaction des soignants. Celle-ci est composée de 35 items (comme charge de travail, coopération, qualité des soins, développement, ...), qui sont ensuite additionnés (le score total élevé = grande satisfaction).</p>

		Les 647 résidents ont été évalués à l'aide de l'échelle BEHAVE-AD. Cette échelle permet de mesurer les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD).
Déroulement de l'étude	<p>-La procédure de recherche est-elle décrite ?</p> <p>-A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?</p>	Les résidents et les proches ou alors le médecin traitant ont dû donner leur consentement pour cette recherche. De plus, cette étude a reçu une approbation d'une commission d'éthique (New South Wales Guardianship).
<b>Résultats</b> Traitement des données	Des analyses statistiques ont-elles été entreprises pour répondre à chacune des hypothèses ?	<p>Au total, 253 questionnaires ont été retournés.</p> <p>Les auteurs mettent en avant 5 perceptions des soignants envers des personnes démentes : anxieux, peu de contrôle sur leurs problèmes comportementaux, imprévisibles, solitaires et vulnérables.</p> <p>Par rapport à la satisfaction des soignants au travail, 5 affirmations ont été mises en avant par les soignants (qui sont le plus d'accords):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• les résidents reçoivent presque toujours de bons soins</li> <li>• il est important d'essayer d'entrer dans l'expérience que vivent les patients</li> <li>• donner des informations sur les soins et les traitements à l'entourage</li> <li>• j'apprécie ma situation de travail actuelle et notre organisation de travail est adéquate</li> </ul>
<b>Discussion</b> Intégration de la théorie	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir du cadre théorique	<p>Les auteurs ont remarqué que l'attitude des soignants était plus négative que positive envers les résidents.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les comportements les plus difficiles à gérer pour les soignants ont été l'agressivité, la non-coopération et l'imprévisibilité des résidents.</li> </ul>

<p>et des concepts</p>	<p>et conceptuel, ainsi que des recherches antérieures ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De nombreux soignants pensent que ces comportements sont réfléchis plutôt que dus à la démence.</li> <li>• 1/4 des soignants disent que ces résidents ne leur fournissent pas de satisfaction dans leur travail. Malgré cela, les soignants pensent que les résidents reçoivent de bons soins et qu'il est important d'essayer de les comprendre.</li> <li>• 91.7 % des soignants aiment leur contexte de travail. De plus, 89.2% disent être contents des responsabilités et 84.2 % sont contents aussi de l'indépendance qu'ils ont au sein de leur travail.</li> <li>• 50% des soignants disent ne pas avoir assez de temps pour compléter leurs tâches. Ils mentionnent également être inquiets du fait que leur travail soit affecté par des changements au niveau organisationnel.</li> </ul> <p>Les auteurs mettent en avant plusieurs facteurs en lien avec le stress et les différences culturelles. Une hypothèse mise en avant est que si le soignant est moins impliqué dans son travail, il verra les résidents d'un point de vue négatif.</p> <p>Le fait d'être âgé est associé à un stress dans la relation avec les comportements des résidents et à une moins bonne satisfaction.</p> <p>30 % des soignants disent ne pas avoir l'opportunité de discuter du stress psychologique rencontré au travail et 55 % pensent qu'ils n'ont pas assez de connaissances sur les pathologies et les traitements des résidents.</p>
	<p>-les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?</p>	<p>Les auteurs mentionnent un manque de données de l'échantillon, les auto-évaluations et le manque de données démographiques ont limité l'analyse.</p> <p>Les questionnaires ont été laissés aux directeurs de chaque home afin qu'ils les distribuent au personnel. Une faiblesse de l'étude est le manque d'information sur le nombre de questionnaires distribués. Quelques hypothèses ont été émises : les soignants n'ont peut-être pas répondu parce qu'ils n'ont pas reçu le questionnaire, ils étaient trop occupés, ils n'étaient pas intéressés ou ils voulaient conserver leur intimité. Les auteurs affirment que les instruments de mesure étaient une limitation à l'étude. Le SNC (échelle d'évaluation des soins infirmiers) mesure seulement l'expérience du stress à travers les interactions avec les patients et n'inclut pas le stress en lien avec la charge de travail, les relations sur la place de travail et la gestion des conflits contribue</p>

		<p>aussi au stress des soignants (Wheeler, 1998). Le SNC ne mesure pas de valeurs comme la récompense et la motivation pouvant influencer la satisfaction.</p> <p>Les soignants dans cette étude sont généralement satisfaits de leur travail, mais perçoivent les résidents comme ayant des caractéristiques négatives et difficiles à prendre en soins. De nombreux soignants ressentent les comportements des résidents comme intentionnels.</p> <p>La modification des imprévus (stress causé par la gestion du temps) et des incertitudes liées à l'organisation, à la formation et au soutien des soignants pourrait les aider. Ces auteurs mentionnent que de futures études pourraient inclure la mesure des variables mentionnées ci-dessus.</p>
<p>Perspectives futures</p>	<p>-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?</p>	<p>Ils émettent également quelques pistes de réflexion pour d'éventuelles futures recherches : inclure la formation, donner des supports et des techniques de coping.</p> <p>Ces résultats nous permettent de faire/d'avoir une réflexion sur notre manière d'être auprès des personnes démentes.</p>

*CBassal/NNadot dernière modification : 13.09.2011*

Loiselle, C.G. & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec : ERPI.