

h e d s

Haute école de santé
Genève

Filière Soins infirmiers

***La validation de Naomi Feil comme méthode
infirmière dans la prise en soins de la
personne âgée démente aux urgences***

Travail de Bachelor

Vaucher Florian

N° 4070016538

Vuilleumier Marc

N° 4070016543

Directeur : Boloré Sylvain – Inf. exp. soins d’urgence, MScEd,
Chargé d’enseignement HES à la Haute école de santé de Genève

Membre du jury externe : Garapon Gay Maryline – Inf. exp. soins d’urgence, cert.
Soins aux patients en souffrance psychique, Chargée d’encadrement clinique, Service
des urgences, HUG



Genève, Août 2016

Déclaration

« Ce travail de bachelor a été réalisé dans le cadre d'une formation en soins infirmiers à la Haute école de santé - Genève en vue de l'obtention du titre de *Bachelor of Science HES-SO en Soins infirmiers* ». L'utilisation des conclusions et recommandations formulées dans le travail de bachelor, sans préjuger de leur valeur, n'engage ni la responsabilité des auteurs, ni celle du directeur du travail de bachelor, du juré et de la HEdS.

Nous attestons avoir réalisé seuls/seules le présent travail sans avoir plagié ou utilisé des sources autres que celles citées dans la bibliographie ».

Fait à Genève, le 6 août 2016

Vaucher Florian & Vuilleumier Marc

Remerciements

Nous remercions M Sylvain Boloré pour son encadrement et son suivi pour la réalisation de ce travail. Ses conseils et ses corrections nous ont permis de progresser dans la rédaction de ce travail.



Nous tenons également à remercier Mme Garapon Gay Maryline, jury externe pour notre mémoire.



Pour la démarche de recherche, nous remercions Mme Fabienne Terraneo qui nous a suivi lors des cours théoriques.



Nous remercions Loïc Nicollet, Louise Meynard et Ugo Grecuccio pour la relecture et les corrections apportées au travail, dans la forme et la formulation.



Nous remercions l'ensemble de la volée Bachelor 13 pour les conseils et le partage d'informations nécessaires à l'élaboration de ce mémoire.

Résumé :

Problématique. Le vieillissement démographique actuel et futur pousse à la réflexion quant à la prise en soins d'une population âgée toujours plus nombreuse. L'espérance de vie augmente et les pathologies dégénératives liées au vieillissement aussi, notamment les démences. C'est un enjeu de santé majeur que de prévoir des structures de soins adaptées à cette population de patients et d'améliorer la qualité des soins proposés. Le contexte des urgences est un lieu particulièrement éprouvant pour ces personnes hospitalisées, aussi bien psychologiquement qu'émotionnellement parlant. Le **but** de cette revue de littérature est de mettre en avant les difficultés de prise en soins de cette population de patients, ainsi que de montrer l'intérêt d'une approche communicative adaptée, telle que la méthode de la validation proposée par Naomi Feil, dans l'objectif de gérer au mieux les troubles du comportement et l'anxiété sous-jacent. Le **cadre théorique** s'appuie sur la théorie de la relation soignant-soigné de Peplau. Cette dernière propose une démarche centrée sur le monde émotionnel de la personne dans un processus évolutif et les soins comme une relation interpersonnelle entre l'infirmière et le patient. La **méthode** utilisée pour ce travail est celle d'une revue de littérature. Sept articles ont été sélectionnés dans le but de répondre à la question de recherche. Ces articles ont été trouvés essentiellement à l'aide des moteurs de recherche CINAHL et PubMed.

Les **résultats** de la recherche confirment les hypothèses formulées quant aux difficultés liées à la communication au sein des urgences. Les résultats démontrent, dans un premier temps, un certain nombre de lacunes quant à la prise en soins des personnes âgées démentes aux urgences. La seconde partie des résultats révèle un effet positif de la méthode de la validation sur les troubles du comportement.

Conclusion. Compte tenu des résultats obtenus, il est important de trouver des stratégies et d'adapter les soins et l'approche auprès de la personne âgée atteinte de démence aux urgences. De ce fait, la méthode de Naomi Feil permettrait d'améliorer l'aspect communicatif de la prise en soins de cette population. L'objectif de la méthode de la validation serait de diminuer les troubles du comportement et entendre les besoins subjectifs de la personne âgée démente au cœur des urgences.

Mots-clés : Démence - Méthode de la validation - Urgences - Communication - Anxiété

Key words : Dementia - Validation therapy - Emergency department – Communication - Anxiety

Liste des abréviations

AVQ	Activité de la vie quotidienne
BANSS	Bedford Alzheimer Nursing Severity Scale
CINAHL	Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature
EMS	Établissements médico-sociaux
HEdS	Haute Ecole de Santé - Genève
IVA	Integration Validation Therapy = la méthode d'intégration de la validation
MMSE	Mini-mental state examination
NHS	National Health Service
NPI	Neuropsychiatric Inventory
OFS	Office Fédérale de la Statistique
OFSP	Office Fédérale de la Santé Publique
SR	Sensorial Reminiscence = la méthode par la réminiscence sensorielle
VT	Validation Therapy = la méthode de la validation

Liste des tableaux

Tableau 1. PICO.....	22
Tableau 2. Tableau comparatif des études retenues pour l'analyse critique.....	28-34

Liste des figures

Figure 1. Diagramme de flux décrivant le processus d'identification des articles.....	27
---	----

Table des matières

1. Introduction.....	8
1.1 Problématique.....	9
1.1.1 Vieillesse démographique	9
1.1.2 Vieillesse pathologique et démence	9
1.1.3 La prise en soins dans le contexte des services d'urgences	10
1.1.4 L'anxiété	11
1.1.5 La communication dans les soins	13
1.1.6 La méthode de la validation.....	13
1.2 Cadre théorique	17
1.2.1 Ancrage disciplinaire	17
1.2.2 Métaconcepts	18
1.2.3 Assomptions	20
1.2.4 Méthodologie de la pratique	20
1.3 Question de recherche.....	21
2. Méthode.....	22
2.1 Sources d'information et stratégie de recherche documentaire.....	22
2.2 Les bases de données.....	23
2.3 Diagramme de flux.....	27
3. Résultats.....	27
3.1 Tableaux comparatifs.....	28
3.2 Analyse critique des articles retenus	35
3.2.1 Prise en soins des personnes âgées aux urgences.....	35
3.2.2 La méthode de la Validation.....	38
4. Discussion	40
4.1 La communication aux urgences : une difficulté pour les personnes âgées démences ?	40
4.2 L'intérêt de la méthode de la validation aux urgences ?.....	43
4.3 Limites du travail	45
4.4 Recommandations	46
5. Conclusion.....	48
6. Références	49
7. Annexes.....	54
7.1 Fiches de lecture.....	54

1. INTRODUCTION

Selon Aristote (384-322):

« Les vieux ont mauvais caractère; car avoir mauvais caractère consiste à tout prendre au pire. En outre ils soupçonnent partout le mal à cause de leur défiance, et ils sont défiant à cause de leur expérience... Ils sont d'esprit mesquin, parce qu'ils ont été humiliés par la vie... Ils sont craintifs et enclins à s'effrayer à l'avance... Ils sont égoïstes, plus qu'il ne faut... Ils sont impudents plutôt que pudiques... Ils vivent par le souvenir plus que par l'espérance. »

Ainsi, Aristote dépeint une vision plutôt péjorative de la personne âgée. Malheureusement, cette vision négative de la personne âgée persiste encore de nos jours. Subséquemment, ces questions peuvent être posées: Les personnes âgées ont-elles foncièrement mauvais caractères ? Pourquoi sont-elles craintives et/ou s'effrayent-elles à l'avance ? Quelle place ont les souvenirs dans leur vie ?

Ce travail se penche sur la thématique de la prise en soins infirmière des personnes âgées démentes au sein des urgences.

L'évolution de la pratique fait partie intégrante de la discipline infirmière. Elle se doit de s'améliorer avec son époque ainsi que de s'adapter dans le but de continuer à offrir des soins de qualité. La profession infirmière se doit de rester dans une démarche de pratique réflexive. Pour se faire, elle doit baser ses connaissances en analysant les contextes socio-démographiques et sanitaires dans l'optique de répondre au mieux aux demandes de santé des populations. Anticiper ces demandes est primordial dans le contexte d'évolution rapide de notre société. En effet, le vieillissement démographique accroît l'incidence des maladies chroniques et neurodégénératives telles que la démence ou la maladie de Parkinson. Au vu de cette perspective, il est nécessaire de prendre en considération ces impératifs de santé et de proposer des stratégies innovantes dans le but d'adapter et d'améliorer la qualité des soins.

Cette revue de la littérature se penche sur la prise en soins des personnes âgées démentes et sur la méthode de la validation de Naomi Feil. Ce travail se décline en plusieurs étapes. Premièrement, il est pertinent de préciser le contexte socio-politique et sanitaire actuel, à savoir le vieillissement démographique et l'augmentation de l'incidence de maladies neurodégénératives telle que la démence. Par la suite, des précisions seront apportées quant au cadre théorique choisi et qui seront basées sur la théorie de Peplau. Deuxièmement, la méthodologie de la recherche sera détaillée et

décrite. Dernièrement, Les résultats seront présentés à la suite du travail de recherche. Ces résultats seront discutés au regard de la théorie de Peplau. Les limites du travail de recherche seront énoncées et des recommandations seront proposées.

1.1 Problématique

1.1.1 Vieillesse démographique

En Suisse, actuellement, selon les chiffres de l'Office Fédérale de la Statistique Suisse, la population des personnes de 65 ans ou plus représente 17,8% de la population totale (Office fédérale de la statistique [OFS], 2014). Selon les prévisions de l'OFS, il faut s'attendre à une augmentation de ce nombre. En effet, la Suisse est sujette au phénomène du vieillissement démographique. Ce phénomène se traduit par l'augmentation de l'espérance de vie et la diminution du taux de fécondité. Les chiffres présentés par l'OFS montrent une augmentation d'année en année de l'espérance de vie à la naissance. Actuellement, l'espérance de vie à la naissance est de 81 ans pour les hommes et de 85.2 ans pour les femmes (2014), alors qu'elle était de 72.4 ans pour les hommes et de 79.2 pour les femmes en 1981 (OFS, 2016). L'OFS prévoit une augmentation de 17,8% en 2014 à 28% en 2060 pour la proportion des 65 ans et plus (OFS, 2015, p.3).

1.1.2 Vieillesse pathologique et démence

À ce phénomène de vieillissement démographique s'ajoute la problématique du vieillissement pathologique. En effet, avec l'augmentation progressive du nombre de personnes âgées de 65 ans et plus, il faut s'attendre à une augmentation du nombre de maladies liées à l'âge, notamment les maladies chroniques ou dégénératives. Parmi ces pathologies dégénératives, sont regroupées sous le terme de démence les maladies qui altèrent les fonctions cérébrales de l'individu et engendrent des troubles cognitifs.

Selon l'Office fédérale de la santé publique [OFSP] (2013) :

La pathologie de la démence est caractérisée par une altération progressive de la mémoire combinée à un trouble d'au moins une des fonctions tels que des troubles du langage (aphasie), des troubles au niveau gestuel (difficulté à effectuer des mouvements (apraxie), un

déficit de reconnaissance visuelle et spatiale (agnosie) ou un déclin des fonctions exécutives (perte de la capacité de planifier et d'agir) (p.8).

L'augmentation de ces maladies durant les prochaines décennies est une problématique de santé majeure. En ce qui concerne les démences, en 2013, la Revue Médicale Suisse publiait un article proposant des données épidémiologiques qui faisait alors état d'une prévalence de 3% pour les personnes âgées de 65 à 69 ans et de 36% pour celles entre 85 et 93 ans (Revue Médical Suisse, 2013, p.2345). On ne peut qu'imaginer l'augmentation de ce nombre d'ici ces prochaines années. En effet, en 2014, on estimait 116 000 cas de démence en Suisse pour une prévalence d'environ 300 000 en 2050. Chaque année, l'incidence s'estime à 28 000 cas. (Association Alzheimer Suisse Jura, 2014, p. 1). De ce fait, il faut s'attendre à une hausse de demande en matière de prestations de soins auprès de cette population, aussi bien dans le milieu des soins à domicile, que dans les Établissements Médico-Sociaux (EMS), mais aussi en milieu hospitalier. C'est dans cet objectif, que la Confédération a édité le document sur la Stratégie nationale en matière de démence de 2014 à 2017. Ce dernier traite de la prise en soins de manière générale des personnes atteintes de démence, en mentionnant l'accompagnement dans certaines structures de soins (soins à domicile, secteur ambulatoire) ainsi que l'accompagnement des proches aidants.

1.1.3 La prise en soins dans le contexte des services d'urgences

La Stratégie national en matière de démence aborde certaines problématiques quant à la difficulté rencontrée lors des prises en soins de cette population, notamment dans le milieu hospitalier. A l'exception des structures hospitalières spécifiques au domaine de la gériatrie et de la gérontologie, certains secteurs ne sont que peu adaptés à une prise en soins spécifique de la personne âgée démente.

La situation géographique, leur accessibilité à toute heure et le grand nombre de prestations de soins à disposition font des urgences des lieux très fréquentés par la population. En Suisse, le taux de recours à un service d'urgence pour mille habitants a augmenté de 15% pour les personnes de 66 à 85 ans et de 20% pour les personnes âgées de 86 ans et plus. (OBSAN, 2013, p.3). Par extrapolation, il faut s'attendre à ce que ce nombre continue à croître d'ici ces prochaines années, engendrant l'augmentation du nombre de personnes âgées démentes dans ces lieux. Cela amène à la question d'offrir un lieu adapté à la prise en soins de cette population de patient. En effet, « les services d'urgences ne sont pas adaptés [...] encore moins lorsqu'il

s'agit de personnes âgées fragiles et/ou atteintes de troubles cognitifs. » (Leblanc Briot, 2014, p.105).

Selon l'Office fédéral de la santé publique (2013) :

En raison de la dégradation de leurs fonctions cognitives, de troubles de l'orientation, de comportements irritants, de départ inopiné, etc., le traitement et les soins des personnes atteintes d'une pathologie de la démence perturbent le fonctionnement hospitalier et exigent beaucoup du personnel médical et soignant. Le risque de complications (p. ex., lors d'un refus de se faire traiter ou de delirium) et de mesures thérapeutiques inadéquates (p. ex., à cause de problèmes de communication) est plus élevé chez les patients atteints de démence (p.15).

En plus de ne pas être adaptés, les services d'urgences sont des lieux anxiogènes et angoissants qui peuvent être délétères pour cette population de patients et ainsi amener à d'autres problématiques. Les troubles du comportement sont souvent une des difficultés majeurs auxquels les équipes soignantes doivent faire face dans ces lieux.

Selon National Health Service (2011), traduction libre :

Les bruits peuvent être insistants, inconnus et incessants et cela peut être plus difficile lorsque la personne est venue de sa propre maison où ils possèdent un certain contrôle sur leur environnement. La plupart des conversations qu'ils entendent seront disjointes avec le bruit de fond des machines et des téléphones. Les gens se déplaçant constamment autour d'eux peuvent également ajouter à la pression initiale des multiples sons qu'ils éprouvent de base. Cela peut augmenter l'anxiété, pouvant ainsi conduire à une augmentation de l'agitation (p.66).

1.1.4 L'anxiété

Il existe un diagnostic infirmier relatif à l'anxiété établie par la classification internationale des diagnostics infirmiers. Il en va du rôle autonome de l'infirmière de prendre en considération l'anxiété du patient dans sa prise en soins. « Avec l'avancée en âge, les symptômes anxieux sont plus souvent retrouvés chez les sujets avec une démence qu'en l'absence de déclin cognitif. » (Boulenger & Lepine, 2014, p.309). La désorientation dans l'espace et le temps, l'état confusionnel et les déliriums rendent la

personne âgée vulnérable. Cette vulnérabilité peut être d'autant plus accrue dans des environnements qui ne sont pas familiers à la personne. On peut donc constater que les personnes âgées démentes sont facilement sujettes à l'anxiété.

Dans la perspective de ce travail de recherche, il est nécessaire de définir l'anxiété et l'angoisse :

Anxiété : « Un sentiment pénible d'attente, une peur sans objet, la crainte d'un danger imprécis. »(Guelfie, 1987, cité par Radat, 1998, p.3). On peut donc retenir que l'anxiété est comme la manifestation psychique d'un sentiment d'insécurité liée à une situation non définie, perçue comme dangereuse. Le milieu hospitalier, y compris le service des urgences, est un lieu où la maladie et la souffrance sont omniprésentes. En effet, la maladie est perçue comme une atteinte à l'intégrité de la santé physique et psychique de la personne. De ce fait, cette atteinte place la personne dans une situation qu'il peut percevoir comme dangereuse et insécure, malgré le contexte de soins (notamment lors de séjour en milieu hospitalier).

Cette anxiété peut avoir un impact direct et/ou à long terme sur différents systèmes et accentuer une problématique dans un contexte de comorbidité, comme par exemple des effets sur les systèmes sympathique (hypertension artérielle, fréquence cardiaque et respiratoire augmenté) et parasympathique (douleur abdominale, diarrhée (incontinence, troubles électrolytiques) ainsi que des perturbations du sommeil (fatigue) (NANDA International, 2013, p.393-395). L'anxiété est une composante psychique importante dans la prise en soins des patients, surtout lorsque l'on voit les effets et les conséquences qu'elle peut avoir. Cela est d'autant plus vrai dans la prise en soins d'une personne âgée démente étant donné sa fragilité et sa vulnérabilité.

L'une des difficultés pour les soignants est de percevoir cette anxiété chez les patients déments, sachant que les troubles cognitifs vont impacter la communication. « La maladie d'Alzheimer (MA) est, en effet, sous diagnostiquée et nombre de collègues [personnel soignant] ne sont pas préparés par leur cursus professionnel à aborder les troubles de la communication, dans la démence comme dans d'autres pathologies » (Thomas, Lathière, Passat & Peix, 2008, p.381). En effet, la personne âgée souffrant de démence aura tendance à traduire son anxiété en adoptant des troubles du comportement ou en se montrant agitée. (NHS, 2011) C'est pour cela que bien souvent, l'anxiété chez les personnes démentes est évaluée grâce aux échelles d'agitation et de troubles du comportement. Il faut donc comprendre que plus une personne démente sera anxieuse, plus elle montrera des signes d'agitation ou des troubles du comportement.

Les équipes se trouvent rapidement impuissantes et démunies face aux troubles du comportement et à l'agitation. De nombreux auteurs se sont intéressés à cette problématique et plusieurs méthodes ont émergées pour améliorer l'approche auprès de ces patients. La majorité d'entre elles sont centrées sur une approche communicative des soins.

1.1.5 La communication dans les soins

Dans sa pratique, l'infirmier doit démontrer des compétences relationnelles afin de construire avec le patient une relation thérapeutique. « Toute relation interpersonnelle est un échange, à la fois verbal et non verbal, entre l'émetteur d'un message et le récepteur de celui-ci. C'est le concept de communication. » (Reny, 2012, p.10). Cette relation est nécessaire dans le but de créer un contexte propice au bon déroulement des soins. « Dans la relation aidant, [...] l'infirmière s'appuie sur des connaissances fondamentales. Elle dispose d'outils et de moyens qui sont à la base de la relation professionnelle.» (Reny, 2012, p.11-12).

Comme il a été mentionné précédemment, l'OFSP (OFSP, 2013) met en avant, dans son document sur la stratégie nationale en matière de démence, le manque de communication comme un frein lors de la prise en soins en milieu hospitalier. Le bruit et l'environnement des service d'urgences sont relevés comme des obstacles à une communication efficace lorsque le personnel soignant prend en soins des patients qui ont des troubles cognitifs liés à la démence (Hwang & Morrison, 2007, cité par Cleve & Walker, 2013, traduction libre, p.2).

On peut émettre l'hypothèse que les moyens de communication, dans cet environnement précis, ne soient pas des plus adaptés à la personne âgée démente. Il est vrai que les troubles cognitifs impactent sur les capacités de compréhension dans certaines situations, d'où la nécessité d'adapter la communication à la personne. En effet, plusieurs auteurs (Camerlain et al., 2013) mettent en avant la relation thérapeutique et tout particulièrement la communication comme notion importante dans les soins et dans la perspective de maintenir au maximum les capacités cognitives.

1.1.6 La méthode de la validation

Un auteur américain a développé une méthode centrée sur la communication et la relation à entretenir auprès des personnes âgées démentes. Effectivement, c'est au début des années soixante que Naomi Feil cherchait un moyen de réorienter les

personnes âgées démentes en les confrontant la réalité. C'est à ce moment-là qu'elle se rendit compte que ce retour à la réalité était intolérable. Cette réorientation engendrait de l'agitation (agressivité) ou le repli de la personne sur elle-même. Cela a eu l'effet inverse de ce qu'elle souhaitait apporter aux personnes démentes. C'est dans le courant des années suivantes qu'elle commença à élaborer sa méthode: la méthode de la Validation.

Selon Naomi Feil, « La méthode de la validation est fondée sur le fait de soutenir la réalité émotionnelle d'autrui en la reconnaissant comme pertinente et chargée de sens. » (De Klerk- Rubin, 2015, p.17).

Dans la perception de la réalité de la personne âgée, ses comportements sont cohérents et sensés. Naomi Feil cherche à ce que le soignant comprenne ces comportements et leurs sens, tout cela dans le but de légitimer ce que vit et ressent la personne âgée démente et ainsi de l'apaiser.

Une des difficultés dans la méthode de Naomi Feil est de comprendre la réalité subjective de la personne âgée.

Selon De Klerk-Rubin (2015) :

Du point de vue soignant, il est souvent difficile de trouver un sens au comportement de la personne.

C'est sur ce point que la validation peut constituer une aide. Elle propose à l'aidant de porter toute son attention sur la signification potentielle du comportement, d'explorer cette réalité différente et de lui accorder plus de valeur qu'à la réalité objective des faits. Le soignant entre alors dans la réalité subjective de la personne pour être là, avec elle, de telle sorte qu'elle ne soit plus isolée et qu'elle puisse s'exprimer.

De cette façon, le soignant va pouvoir mieux appréhender la personne et créer une relation chaleureuse et bienveillante (p.19).

1.1.6.1 La méthode de la validation dans la pratique

Naomi Feil met en application sa méthode en six étapes :

- *Se centrer :*

Cette étape consiste chez le soignant de faire abstraction des stimuli externes qui pourraient prêter l'écoute active. C'est le fait de se montrer disponible et présent

dans l'interaction pour la personne âgée démentée par une position corporelle, une gestuelle adaptée (De Klerk-Rubin, 2015).

- *Observer :*

Dans cette deuxième étape, « il est important d'observer très attentivement la personne désorientée » (De Klerk-Rubin, 2015, p.43). A travers l'apparence physique, le soignant cherche à déceler les émotions de la personne dans le but de « faire le "miroir" de l'émotion que l'on perçoit » (De Klerk-Rubin, 2015, p.43).

- *Trouver la distance appropriée :*

« L'utilisation de la validation nécessite d'être suffisamment proche de la personne pour qu'elle remarque notre présence, tout en respectant la distance dont elle a besoin à ce moment précis. » (De Klerk-Rubin, 2015, p.45). Le soignant doit adapter la distance en fonction de la phase dans laquelle se trouve la personne âgée.

Naomi Feil définit quatre phases (De Klerk-Rubin, 2015, p.45) :

1. La personne en phase de malorientation : Se résume à la distance sociale.
2. La personne en phase de confusion : Besoin d'une plus petite distance pour entrer en communication. « En pratique, la distance du champ d'énergie semble être de 20cm pour un individu en phase de confusion temporelle » (De Klerk-Rubin, 2015, p.45).
3. Les personnes en phases de mouvement répétitifs : « Les personnes en phases de mouvements répétitifs se sont repliées encore plus ; aussi, pour établir un contact, il faudra s'en rapprocher davantage. Toucher devient nécessaire, simplement pour leur permettre de ressentir notre présence » (De Klerk-Rubin, 2015, p.45).
4. La phase végétative : « Quant à celles en phases végétative, elles requièrent une bien plus grande proximité [...] Il est alors indispensable de les toucher pour établir le contact. » (De Klerk-Rubin, 2015, p.45)

- *Se mettre en empathie :*

Selon De Klerk-Rubin (2015) :

En étant centré, on a mis de côté ses propres sentiments et pensées du moment. Par l'observation, on repère dans quel type d'émotions est la personne. Ainsi, quand on s'en approche, en reflétant son attitude, il est possible de trouver le chemin pour la rejoindre dans son émotion (p.47).

- *Utiliser les techniques verbales ou non verbales adéquates :*
 - Techniques verbales (De Klerk-Rubin, 2015, p.49-51) :
 - Questions ouvertes
 - Reformulation
 - Explorer l'opposé
 - Utiliser les souvenirs autobiographiques
 - Techniques non verbales (De Klerk-Rubin, 2015, p.54-55) :
 - Utiliser le sens préféré
 - Contact visuel
 - Refléter
 - Contact physique
 - Toucher réançant

- *Terminer la rencontre sur une note positive :* Comme son nom l'indique, c'est la manière de terminer la discussion en véhiculant un message positif auprès de la personne.

Selon De Klerk-Rubin (2015) :

Il est possible, parfois, que la conversation n'arrive pas à se terminer naturellement, mais qu'il faille quand même y mettre un terme. Bien qu'il soit difficile de la terminer dans un moment émouvant, si l'on est honnête et que l'on promet de revenir, la plupart des personnes âgées désorientées l'acceptent [...] (p.61).

Au vu des différents éléments présentés dans la problématique, certaines questions émergent.

Concernant les personnes âgées démentes au sein des urgences :

- Quelles sont les difficultés mises en exergue dans la prise en soins des personnes âgées démentes aux urgences ?

Etant donné l'approche communicative mise en évidence pour ce travail, il serait pertinent de se poser la question suivante :

- Renforcer l'approche communicative aux urgences permettrait-elle de prévenir les troubles du comportement et les symptômes d'agitation chez la personne âgée démente ?

L'intérêt d'une méthode centrée sur la communication, dans le but de diminuer les troubles du comportement :

- La méthode de la validation de Naomi Feil serait-elle bénéfique pour la pratique infirmière aux urgences dans la prise en soins des personnes âgées démentes ?

1.2 Cadre théorique

Au vu des éléments mentionnés dans la problématique et de la démarche communicationnelle du soignant auprès du patient âgé dément, il semble pertinent de s'appuyer sur une théorie de soin s'inscrivant dans l'école de l'interaction. En effet, il est judicieux d'ancrer ce travail en utilisant la théorie de Peplau qui prend en considération l'état émotionnel du patient et vise à répondre à ses besoins, ce qui paraît approprié pour les personnes anxieuses.

1.2.1 Ancrage disciplinaire

Peplau a basé sa théorie sur le concept de « la relation patient-infirmier ». Elle a développé sa théorie de prise en soins après avoir travaillé plusieurs années en tant qu'infirmière en psychiatrie. Elle s'est aidée de la théorie de Harry Stack Sullivan (Meleis, 2011, traduction libre, p.70). Ce dernier était un psychiatre et psychanalyste américain, qui a développé la théorie des relations interpersonnelles. Selon Peplau, les relations interpersonnelles permettent de créer des liens sociaux, ce qui améliore la qualité de vie du patient. L'oeuvre de Peplau est devenue au fil des années une référence dans la profession infirmière, et surtout dans le domaine de la psychiatrie.

La théorie de Peplau s'inscrit dans l'école de l'interaction. Par rapport à la hiérarchie des connaissances, selon Fawcett (2005), la théorie de Peplau s'intègre parmi les

théories intermédiaires (p.528). Elle se situe également dans le paradigme de l'intégration (Pepin, 2010, p.90). Dans cette école de pensées, le soin est un processus qui découle de l'interaction entre le patient (qui nécessite de l'aide) et le soignant (qui est capable d'offrir de l'aide).

1.2.2 Métaconcepts

Pour son modèle théorique, Peplau définit les métaconcepts de la manière suivante :

1.2.2.1 La personne

Selon Peplau, l'être humain est un être « bio-psycho-socio-spirituel », c'est-à-dire un être qui est en constant développement tout au long de sa vie. Pour permettre ce développement constant, l'être humain va ressentir des émotions et des sentiments. Ceux-ci vont obliger la personne à évoluer pour répondre à leurs besoins. (Pepin, Kérouac & Ducharme, 2010, p. 57).

1.2.2.2 Le soin

Peplau définit le soin comme une relation interpersonnelle (entre deux personnes) à des fins thérapeutiques, autrement dit « la relation d'aide ». Cette interaction est menée par deux personnes, tous deux ayant un objectif commun. (Pepin, Kérouac & Ducharme, 2010, p. 58). Elle introduit quatre phases dans son processus de soin : l'orientation, l'identification, l'exploitation et la résolution. En 1991, Forchuk, un chercheur canadien ayant testé et affiné certains des travaux de Peplau, a proposé trois phases: l'orientation, le travail, et la résolution. Les phases d'identification et d'exploitation ont été rassemblées dans la phase de travail (Parker & Smith, 2010, traduction libre, p. 71).

- La phase d'orientation : au cours de cette première phase, le patient exprime son «besoin ressenti» et demande de l'aide professionnelle à l'infirmière. En réaction à ce besoin, l'infirmière aide l'individu par la reconnaissance et l'évaluation de sa situation. C'est lors de l'évaluation que les besoins du patient sont déterminés par le patient et l'infirmière qui travaillent ensemble comme une équipe. (Parker & Smith, 2010, traduction libre, p. 71).

- La phase de travail : Elle se décline en deux étapes; la première correspond à la phase d'identification où le patient «exploite» ses ressources pour améliorer sa santé; la deuxième correspond à la phase d'exploitation dans laquelle l'infirmière édicte les rôles de «personne-ressource, conseiller, de substitution, et professeur à faciliter le développement [...] vers le bien-être » (Fitzpatrick & Wallace, 2005, p.460 cité par Parker & Smith, 2010, traduction libre, p. 72). Cette phase de la relation est destinée à être flexible, de sorte que le patient soit capable de fonctionner « dépendamment, indépendamment, ou en interdépendance avec l'infirmière, fondée sur (...) la capacité de développement, le niveau d'anxiété, la conscience de soi... » (Fitzpatrick, 2005, p.460 cité par Parker & Smith, 2010, traduction libre, p. 72).
- La phase de résolution : La phase de résolution est la dernière phase qui implique un mouvement continu du patient de la dépendance à l'indépendance. Cette phase se base à la fois sur l'éloignement de l'infirmière et le renforcement de la capacité de l'individu à gérer ses propres soins. (Peplau, 1952, cité par Parker & Smith, 2010, traduction libre, p. 72). Selon Peplau, la résolution ne peut avoir lieu que lorsque le patient a acquis la capacité d'être libre de l'infirmière et d'agir indépendamment (Lloyd, Hancock, & Campbell, 2007 cité par Parker & Smith, 2010, traduction libre, p. 72).

1.2.2.3 La santé

Peplau considère la santé comme un état qui évolue constamment en même temps que la personnalité (Pepin, Kérouac & Ducharme, 2010, p. 58). La santé permet d'entretenir des relations interpersonnelles, et ainsi contribuer au développement de la personne.

1.2.2.4 L'environnement

Peplau voit l'environnement comme étant un ensemble d'individus en interaction avec la personne. De plus, Peplau met l'accent sur le phénomène culturel comme ayant une influence dans la relation qu'entretient la personne avec les individus. (Pepin, Kérouac & Ducharme, 2010, p. 57)

1.2.3 Assomptions

Selon Fawcett, il existe trois principales assomptions dans la théorie de Peplau (Fawcett & DeSanto- Madeya, 2013, traduction libre, p. 383) :

Postulat philosophique de l'être humain et son comportement : Il s'agit de la façon d'agir et de réagir par rapport aux sens que donne l'être humain aux évènements qui émanent des relations.

Postulat philosophique sur les relations interpersonnelles : Dans les relations interpersonnelles, il y a toujours une interaction entre les attentes et les perceptions du patient et le comportement actuel des autres personnes.

Postulat philosophique sur l'infirmière et la relation avec le patient : La relation infirmière-patient dépend à la fois du style de l'infirmière et des concepts théoriques sur lesquels elle se base, mais aussi sur les compétences intellectuelles et interpersonnelles qui y sont intégrées.

1.2.4 Méthodologie de la pratique

La méthodologie de la pratique se compose en quatre étapes: L'observation, la communication, l'enregistrement et l'analyse des données. (Fawcett & DeSanto-Madeya, 2013, traduction libre, p. 390, 391).

- L'observation : L'observation des mots de l'infirmière et du patient, les tonalités de la voix, le langage du corps et autre messages gestuels.
- La communication : Intervention verbale utilisée par les infirmières au cours de la relation infirmière – patient (technique interpersonnelle), mots et phrases utilisés pour communiquer (principe de clarté). La continuité dans la communication se produit lorsque la langue est utilisée comme un outil pour la promotion de la cohérence ou pour la connexion des idées exprimées (principe de continuité).

- L'enregistrement: Le procès-verbal de la communication entre l'infirmière et le patient. Le but est de capturer le libellé exact de l'interaction entre l'infirmière et le patient.
- L'analyse des données : L'analyse se concentre sur les tests des hypothèses de l'infirmière, qui sont formulées à partir des premières impressions ou des intuitions concernant le patient.

1.3 Question de recherche

Au vu du contexte présenté, la question de recherche retenue est :

« En quoi la méthode de la validation permettrait-elle de diminuer l'anxiété des personnes âgées démentes dans le contexte des urgences ? »

2. METHODE

2.1 Sources d'information et stratégie de recherche documentaire

Pour la revue de la littérature, la méthode PICO a été définie ainsi que les Mesh Terms afin d'effectuer les recherches dans les différentes bases de données scientifiques.

Tableau 1. PICO et Termes MeSH

PICO	PICO	Termes MeSH Principaux	Termes MeSH Supplémentaires
P - Patient / Pathologie	La personne âgée démente	Dementia	Older adult
I - Intervention	Les moyens de communication	Communication, Validation therapy, Therapy empathy	Tools communication
C - Contexte	Séjour dans un service d'urgences	Emergency department	
O - Outcomes	La diminution de l'anxiété	Anxiety	

2.1.1 Les critères d'inclusions des articles

- La langue : français et anglais.
- Les méthodes de recherche : qualitative / quantitative / revue de synthèse.
- Les études menées sont en lien avec notre problématique.
- L'échantillonnage est clairement énoncé ainsi que la méthode utilisée
- La date de parution de l'article est comprise entre 2005 et 2016.
- La population cible : les personnes âgées atteintes de démence et en fonction des termes MeSH : filtre +65 ans.
- La pertinence du titre.

- L'abstract disponible et pertinent en lien avec la problématique.
- L'article suit les règles de l'IMRAD.
- La littérature grise pertinente pour éventuellement dans la discussion.

2.1.2 Les critères d'exclusion des articles

- La pertinence du titre et de l'abstract.
- La méthode n'est pas expliquée et pas détaillée ainsi que l'échantillonnage.
- L'année de parution est antérieure à 2005.
- Les articles qui sont rédigés dans d'autres langue que le français et l'anglais.
- Les littératures grises si elles ne sont pas pertinentes pour la discussion.

2.2 Les bases de données

Les modalités de recherche sont effectuées selon les critères d'inclusion et d'exclusion mentionnés ci-dessus.

PubMed

En appliquant l'équation complète des termes MeSH du PICO « Emergency department » AND « Communication » AND « Dementia » AND « Anxiety », la base de recherche ne propose aucun résultat (N=0). En enlevant le terme « Communication » à l'équation précédente, Pubmed propose 9 résultats qui n'ont pas été retenus à partir des critères d'exclusions du premier processus de sélection (titres et résumés). En essayant de remplacer le terme « Anxiety » par « Communication », ce qui donne l'équation de recherche suivante : « Emergency department » AND « dementia » AND « Communication », la base de donnée propose 17 résultats. Aucuns des résultats ne sont retenus pour l'analyse à partir des critères d'exclusions du premier processus de sélection. Avec l'équation « Emergency department » AND « tools communication » AND « Older adult », Pubmed propose 19 résultats, qui ne sont pas retenus à partir des critères d'exclusions du premier processus de sélection.

En effet, très peu d'articles scientifiques sont proposés concernant la question de recherche. En s'appuyant sur les termes MeSH, il est nécessaire d'élargir les recherches et décliner la question de recherche en deux parties. Pour cela, la première partie des recherches portait sur la technique de communication auprès des personnes âgées démentes. Suite aux résultats obtenus, la question de recherche

s'est orientée vers la méthode de la validation par Naomi Feil (termes MeSH : Validation therapy / Therapy empathy). Dans un second temps, les recherches se sont dirigées sur le contexte des urgences dans les bases de données PubMed et CINAHL avec soit l'anxiété, soit la démence, soit la méthode de la validation.

La première équation de recherche à partir de la méthode de la validation et la démence, « Therapy empathy » AND « Dementia » a eu pour résultats 62 articles. Parmi ces 62 articles, 5 ont été consultés, les autres ont été exclus à partir des titres qui n'étaient pas en lien avec la question de recherche. Parmi les 5 consultés, un a été retenu, les autres ont été exclu à partir de la pertinence des résumés. En utilisant, le traducteur des termes MeSH HOnselect, la méthode de validation a donné « Validation Therapy ». En posant l'équation de recherche « Validation Therapy » AND « Dementia » AND « Anxiety », 7 résultats ont été obtenus. Cinq articles sur les sept n'ont pas été consultés à cause de la pertinence des titres en lien avec la question de recherche. Parmi les 2 articles consultés, un a été retenu à partir de la pertinence du résumé. De plus, en supprimant l'anxiété de l'équation précédente, la base de donnée propose 390 résultats. Dans l'ensemble des résultats, seuls 8 articles ont été consultés à partir de la pertinence du titre et 4 ont été retenus à partir de la congruence des résumés.

La seconde partie des recherches portait sur le contexte des urgences et la démence, les urgences et l'anxiété, les urgences et la méthode de validation. Les termes MeSH suivant ont été introduits : « Emergency department » AND « Dementia ». Les résultats obtenus proposaient 369 articles. Parmi l'ensemble des résultats, 10 ont été consultés, les autres ont été exclus à partir des titres qui n'étaient pas en lien avec la question de recherche. Trois ont été retenus, les autres articles, inappropriés au vue de la question de recherche ont été exclus à partir des résumés.

Ensuite, l'équation suivante « Emergency department » AND « Anxiety » a montré un résultat de 191 articles. Parmi l'ensemble de ces résultats 8 ont été consulté, les autres ont été exclus à partir du titre. Aucun des 8 articles n'a été retenu après consultation des résumés. La dernière équation de la deuxième partie de recherche était « Emergency department » AND « Validation therapy » avec un résultat de 267 articles. Sur l'ensemble des articles, seulement 2 ont été consultés. Les autres résultats ont été exclus à partir du titre en lien avec la question de recherche. Aucun des 2 articles consultés n'ont été retenus à partir du résumé. Le deuxième terme

MeSH supplémentaire « Therapy empathy » combiné avec « Emergency department » ont donné 7 résultats. Parmi les 7 articles, aucun n'a été retenu à partir des critères d'exclusions du premier processus de sélection.

CINAHL

Dans un premier temps, la première méthode de recherche appliquée sur Pubmed a été testée sur CINAHL. L'équation complète du PICO « Emergency department » AND « Communication » AND « Dementia » AND « Anxiety », propose aucun résultat de recherche. En essayant d'enlever le terme « Communication » à l'équation précédente, la base de donnée présente 2 résultats de recherches dont un que l'on retient et l'autre que l'on exclut sur la base du résumé. En remplaçant le terme « Anxiety » par « Communication », l'équation de recherche est la suivante : « Emergency department » AND « Dementia » AND « Communication ». La base de données propose 2 résultats, un article a été retenu, l'autre a été exclu sur la base du titre. Avec l'équation « Emergency department » AND « tools communication » AND « Older adult », CINAHL soumet un résultat qui n'est pas retenu sur la base du titre inapproprié au vue de la question de recherche.

Avec les termes MeSH « Therapy empathy » AND « Dementia », la base de données propose 4 résultats. Deux ont été retenus, les autres articles ont été exclus sur la base du titre ainsi que du résumé. L'autre manière était « Validation therapy » AND « Dementia », pour un résultat de 14 articles. Parmi les 14 résultats, 4 ont été consultés et les autres ont été exclus à partir des titres. Deux ont été gardés, les autres articles ont été exclus sur la base des résumés. Pour pouvoir choisir quelle combinaison était la plus adéquate pour la question de recherche en comparant les deux bases de données, les recherches ont été effectuées sur CINAHL entre Urgences et Anxiété, Urgences et Démence, Urgences et Méthode de la validation (Validation Therapy / Therapy empathy).

Avec l'équation « Anxiety » AND « Emergency department », la base de données propose 17 résultats. Les 17 articles ont été consultés à partir des titres mais aucun n'a été retenu pour l'analyse à partir des résumés. Avec l'équation « Emergency department » AND « Dementia », CINAHL proposait 31 articles. Parmi les résultats obtenus, 5 ont été consultés et les autres ont été exclus à partir des titres. Trois articles sur cinq ont été retenus et les autres ont été rejetés à partir des résumés. La dernière combinaison essayée était la suivante : « Validation therapy » AND

« Emergency department ». CINAHL a fourni 10 résultats mais aucun n'a été retenu à partir de la base des titres et des résumés en lien avec la question de recherche. Pour finir, l'équation « Therapy empathy » AND « Emergency department » n'a donné aucun résultat.

Suite aux recherches qui ont été effectuées, la combinaison la plus pertinente est « les urgences » avec « la démence ». Les résultats seront traités en deux parties, la première traitant de la méthode de la validation qui aborde l'anxiété et la démence, et la seconde abordant le contexte des urgences en adéquation avec la démence. Cela permettra de croiser les résultats lors de la discussion.

Autres moteurs de recherche

En utilisant l'équation « Validation Therapy », « Emergency department », « Dementia » comprenant plusieurs filtres sur Google Scholar :

- 2005-2016
- Trier par pertinence.
- Langue : Français et anglais.

Seules les deux premières pages du moteur de recherche ont été consultées. Chaque page comportant 10 articles pour un total de 20. Cinq articles sur 20 ont été consultés, les autres ont été exclus sur la base du titre. Un seul a été retenu à partir de la pertinence du résumé.

Durant les recherches sur PubMed, certains articles étaient indisponibles, Ils ont pu être consultés via Google Scholar.

Lors de nos recherches, plusieurs articles ne répondant pas aux critères d'articles scientifiques étaient néanmoins des éléments intéressants pour étayer la discussion. Ces articles ont été sélectionnés comme éléments de littératures grises. Certains articles ont été trouvés dans les deux bases de données, CINAHL et PubMed.

2.3 Diagramme de flux

Le processus d'identification des articles est fourni dans le diagramme de flux présenté dans la Figure 1.

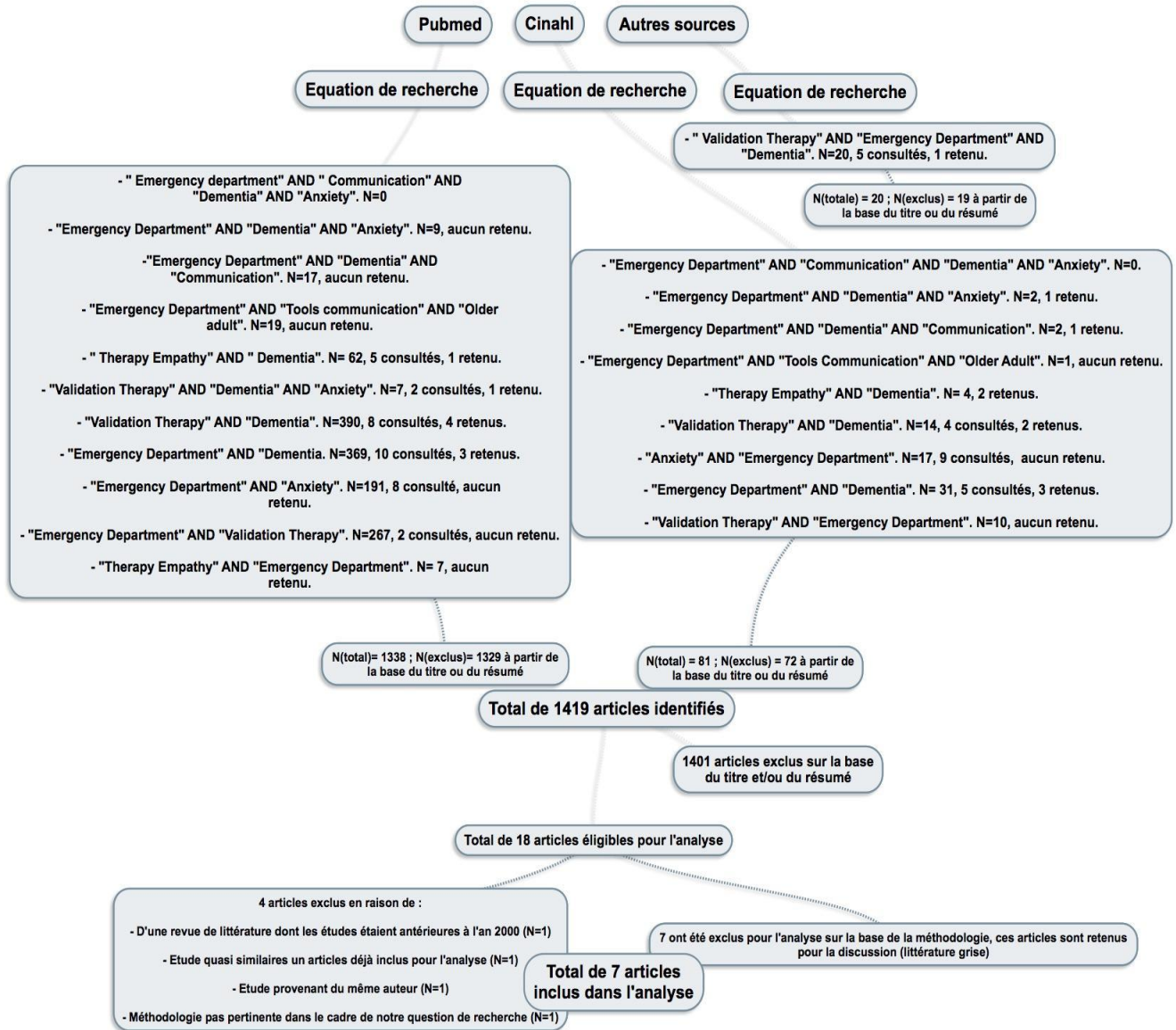


Figure 1. Diagramme de flux décrivant le processus d'identification des articles

3. RESULTATS

Après analyses des différents articles scientifiques, plusieurs thématiques reviennent fréquemment. En effet, des thématiques pertinentes ont été relevées durant l'analyse, ce qui nous permet d'appuyer la question de recherche. Étant donné la nature de la question de recherche qui fait appel aux ressentis des patients, des proches aidant, des infirmières, les données récoltées sont de type qualitatif.

3.1 Tableaux comparatifs

Tableaux comparatifs des études retenues pour l'analyse critique.

N° de fiche de lecture	Auteurs - Année	Population / Type d'étude / Lieux de l'étude	But de l'étude	Intervention / Méthode / Instrument de mesure	Principaux résultats	Limites
1	Brick, C., Lowe, J., Lovstrom, L., Kokotilo, A., Villa- Roel, C., Lee, P., Lang, E. & Rowe, B-H. (2014).	Étude quantitative de type étiologique. Patient demandant une consultation durant la période de l'étude (n=1180). Edmonton, Canada.	Cette étude permet de quantifier la contribution des consultations dans deux services d'urgences (l'hôpital Universitaire d'Alberta et l'hôpital Royal Alexandra) et ainsi d'examiner les caractéristiques des patients et des consultations associés au prolongement du séjour aux urgences.	Une étude de cohorte prospective a été réalisée dans cette étude avec un échantillon de 1180 patients. Les patients ont été vus pendant les changements des médecins d'urgences dans deux hôpitaux d'enseignement de soins tertiaires urbains au Canada. Cinq changements ont été sélectionnés pour chaque médecin des urgences, impliquant le jour, le soir, le week-end et la nuit. Cette étude a été réalisée entre Juillet et Septembre 2010, Les médecins d'urgence ont utilisé des formulaires normalisés sur tous les patients de plus de 17 ans pour lesquels une consultation a été demandée. Deux consultations maximums par patient ont été mises en place. Les consultations sur la durée du séjour ont été analysées grâce à un modèle de régression linéaire multiple. Pour le modèle de régression, la durée du séjour était la variable dépendante : c'est à dire le temps du triage à la décision d'admission pour les patients et le temps admis du triage à la décharge pour les patients sortants des urgences. Les tests Mann -Whitney et le χ^2 ont été utilisés pour la comparaison des médianes et des proportions.	Il y a 379 personnes âgées (≥ 65 ans) sur les 1180 patients de cette étude, elles représentent 32,1% de l'échantillon total. Dans la figure 2 de l'article, les résultats de cette étude nous montrent que les personnes âgées (≥ 65 ans) sont sujettes aux longs séjours aux urgences et nécessitent plusieurs consultations (deux ou plus) contrairement aux sujets de moins de 65 ans. Les patients diagnostiqués avec une démence ont nécessité plusieurs consultations et ont connu une augmentation de 7,9 h dans le service des urgences. Le lien entre les patients présentant une démence et les multiples consultations sont significatifs ($p < 0,001$). 34 patients présentaient une démence, soit 2,9% de l'échantillon total.	Les auteurs mentionnent que c'est l'une des premières études à se pencher sur cette problématique, et donc l'échantillon peut ne pas être représentatif de la population générale. D'après les auteurs, sur 66 médecins tous ont acceptés (sauf un) de participer à l'étude, ce qui rend la possibilité d'avoir un biais dans les résultats. Les médecins ont utilisé une approche de consultations qui peut être différente à d'autres centres d'urgences et qui ne peuvent donc pas être généralisables.

N° de fiche de lecture	Auteurs - Année	Population / Type d'étude / Lieux de l'étude	But de l'étude	Intervention / Méthode / Instrument de mesure	Principaux résultats	Limites
2	Gallagher, R., Fry, M., Chenoweth, L., Gallagher, P. & Stein-Parbury, J. (2014).	<p>Étude qualitative descriptive de type phénoménologique</p> <p>Personnel infirmier des urgences (n=27).</p> <p>Sydney, Australie</p>	<p>Le but de l'étude est d'identifier les perceptions des infirmières dans un service d'urgences et les expériences de prestation des soins pour les personnes âgées.</p>	<p>Quatre groupes de discussion entre six et 12 participants ont été utilisés pour le recueil des données.</p> <p>Les groupes de discussion ont été guidés par un plan d'entretien de manière semi-structuré.</p> <p>10 questions ouvertes ont été posées sur les pensées des infirmières quant à leurs perceptions des personnes âgées, ainsi que sur leurs expériences dans les soins gériatologiques.</p> <p>Les groupes de discussion se sont déroulés une fois par semaine pendant quatre semaines entre Septembre et Novembre 2011.</p> <p>La durée d'un groupe de discussion était de 60 minutes.</p> <p>Les groupes de discussion ont été enregistrés sur bande audio.</p> <p>Le personnel des urgences comprend 60 infirmières.</p> <p>L'échantillon :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> représente 45% de l'effectif total des infirmières des urgences. <input type="checkbox"/> 89% sont des femmes. <input type="checkbox"/> Elles avaient en moyenne une expérience de 5 ans dans le service des urgences. 	<p>2 thèmes principaux sont ressortis des résultats :</p> <ul style="list-style-type: none"> -le choc des attentes liées à la sécurité et à la qualité des soins infirmiers. -la famille ou les proches aidant comme un filet de sécurité potentiel. <p>Ces deux thèmes font apparaître la vulnérabilité des personnes âgées aux urgences.</p> <p>Dans le premier thème, les infirmières perçoivent une frustration quant aux besoins des personnes âgées aux urgences qui ne peuvent être atteints, d'une part par manque de temps et d'autre part par la priorité des soins aigus.</p> <p>Le second thème relève de la contribution des familles ou proches aidants et des moyens qui pourraient permettre de procurer la sécurité des personnes âgées aux urgences.</p> <p>Familles et soignants sont des ressources vitales pour soutenir et assurer la sécurité des personnes âgées lorsque l'équipe infirmière à une surcharge de travail.</p> <p>Quand les infirmières ont une surcharge de travail, les personnes âgées deviennent vulnérables. C'est alors que la famille ou les proches aidant interviennent comme des guides pour gérer la personne âgée, que ce soit physiquement ou émotionnellement.</p> <p>Les infirmières ont fait ressortir dans une des discussions de groupe que la famille ou les proches aidant sont utiles pour faciliter la communication des besoins et des inconforts des personnes âgées lorsqu'elles ne disposent pas d'un proche.</p> <p>Les participants ont relevé que les personnes âgées les plus vulnérables sont les patients confus, délirants ou désorientés.</p>	<p>D'après les auteurs, les participants de l'étude provenaient seulement des urgences et donc les résultats peuvent être différents sur chaque lieu de soins.</p> <p>Il est possible, d'après les auteurs, que certaines infirmières n'ont pas été entendues dans les groupes de discussions.</p>

N° de fiche de lecture	Auteurs - Année	Population / Type d'étude / Lieux de l'étude	But de l'étude	Intervention / Méthode / Instrument de mesure	Principaux résultats	Limites
3	Parke, B., Hunter, K. F., Strain, L. A., Beryl-Marck, P., Waugh, E. H., & McClelland, A. J. (2013)	<p>Étude qualitative descriptive de type phénoménologique.</p> <p>Personnes âgées de 60 ans et plus souffrants de troubles cognitifs léger à modérés (MMSE 18 à 23), visite aux urgences durant les 6 derniers mois + Proches aidant (n=16)</p> <p>Infirmière des urgences (n=14)</p> <p>Edmonton, Canada</p>	<p>Identifier les facteurs favorisant et entravant les soins en tout sécurité des personnes âgées démentes aux urgences + Identifier des solutions qui permettraient d'appuyer le rôle infirmier et fournir des soins gérontologiques adaptés.</p>	<p>Étude divisée en trois étapes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Interview semi-structurée sur l'expérience vécue aux urgences. (Personnes âgées, proches aidants et soignants) 2. Création roman photo qui met en avant des problématiques dans la prise en soins. 3. Groupe de discussions autour du roman photo dans le but de dégager les facteurs favorisant et entravant la prise en soins. 	<p>4 thématiques dégagées:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sous évaluation au triage à cause des difficultés de la personne âgée à communiquer ses symptômes + soins à la personne âgée perçus comme non prioritaires (non urgents). 2. Temps d'attente long qui développe des craintes et de l'agitation chez la personne âgée. 3. Pression du temps chez les soignants. Manque de temps et d'attentions sur les besoins basiques. Autre prise en soin prioritaire. 4. Relations et interactions limitées: <ul style="list-style-type: none"> - Sentiment d'être ignoré par le personnel soignant - Se sentir oublié - Se sentir sans importance. - Manque de communication de la part des soignants. 	<p>Difficulté des personnes âgées à participer aux interviews:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mémoires défaillantes - Communication limitée - Fatigue <p>Réponse du personnel soignant:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Réponses pas honnêtes ou attendues <p>Limitation au niveau de la localisation géographique et du système de santé.</p>

N° de fiche de lecture	Auteurs - Année	Population / Type d'étude / Lieux de l'étude	But de l'étude	Intervention / Méthode / Instrument de mesure	Principaux résultats	Limites
4	Nolan, L. (2007)	<p>Etude qualitative de type phénoménologique.</p> <p>Personnel infirmier (n=7).</p> <p>Dublin, Ireland</p> <p>Hôpital de soins aigus pour personnes âgées.</p>	<p>Comprendre les expériences des infirmières auprès des personnes âgées atteintes de démence dans un hôpital de soins aigus.</p>	<p>L'échantillon de 7 infirmières a été sélectionné à partir des critères d'inclusion de l'étude :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le niveau de certificat (n=3). - Seulement le diplôme en soins infirmiers (n=1). - le degré d'étude en soins infirmiers (n=1). - Diplôme en science infirmière et diplôme en gérontologie (n=2). <p>Toutes ces infirmières ont été considérées comme infirmières générales dans l'étude avec des niveaux de formations différents. Cette étude a été menée sur une période de 3 mois.</p> <p>Ces interviews se sont déroulées dans une salle privée par choix des infirmières. Ces entretiens sont non directifs.</p>	<p>La configuration physique du service de soins aigus est décrite généralement par les infirmières comme inadaptée pour les personnes âgées atteintes de démence, avec l'incapacité de répondre à leurs besoins. Les infirmières ont relevé que l'environnement est mieux approprié pour les personnes âgées démentes qui ne sont pas agitées et qui ne présentent pas d'épisodes d'agressivité dans un état confusionnel.</p> <p>Les infirmières ressentent le service aigus comme une surstimulation des facteurs d'anxiété et de confusion pour les personnes âgées démentes liés à l'augmentation du nombre de personnes et d'activités dans le service.</p> <p>Les infirmières ont exprimé que plus de temps et plus de priorités sont nécessaires pour soigner les personnes atteintes de démence. Les infirmières ne sont pas toujours disponibles en raison de leur charge de travail.</p> <p>Les résultats de la recherche montrent la nécessité de mettre l'accent sur l'identification des besoins individuels de chaque personne âgée démente et ainsi promouvoir leur personnalité.</p>	<p>L'auteur décrit que le volume de recherche se basant sur les soins aux personnes atteintes de démence dans des contextes aigus est limité.</p> <p>Cette étude a été menée essentiellement pour les soins aux personnes âgées dans un service aigus. Or, on ne sait pas si les infirmières dans d'autres services de soins aigus perçoivent les mêmes expériences.</p> <p>L'auteur ne détaille pas la méthode d'enregistrement et de retranscription des données.</p> <p>Le type de service n'est pas mentionné.</p>

N° de fiche de lecture	Auteurs - Année	Population / Type d'étude / Lieux de l'étude	But de l'étude	Intervention / Méthode / Instrument de mesure	Principaux résultats	Limites
5	Erdmann, C.& Schnepf, W. (2014).	<p>Étude mixte : Qualitative (étude de cas) et une revue de littérature.</p> <p>- 17 interviews d'experts. - Les interviews sont partagées en quatre groupes.</p> <p>- 2 entretiens d'experts des deux méthodes de la validation.</p> <p>Hambourg, Allemagne</p>	<p>Le but de cette étude est d'évaluer la méthode de validation d'intégration (IVA) dans une maison de soins infirmiers pour des personnes atteintes de démence en étudiant le point de vue des professionnels ainsi que ceux des proches.</p> <p>IVA : l'IVA est une modification de la méthode de la validation de Naomie Feil qui a été reprise par Richard. Ces deux méthodes se penchent sur les personnes âgées désorientées, confuses et démentes.</p>	<p>Dans la maison de soins, 61 personnes âgées démentes résident. Il y a quatre groupes différents pour mener cette étude : un grand groupe rassemblant 30 personnes âgées démentes sans problèmes comportementaux, deux autres petits groupes comprenant 12 personnes âgées démentes présentant des troubles du comportement.</p> <p>Le plus petit groupe est constitué de 7 personnes âgées démentes qui se situent dans le dernier processus démentiel : immobiles et aphasiques.</p> <p>L'échantillon (n=17) comprend 7 infirmières qui pratiquent l'IVA dans la maison de soins, 2 infirmières qui enseignent cette méthode, 7 proches des personnes âgées de la maison de soins et 1 médecin de l'établissement de soins. (tableau 1)</p> <p>Les entretiens individuels et la discussion finale en focus groupe ont été enregistrées et transcrites textuellement. Les données ont été enregistrées par écrit lors des entretiens.</p> <p>Les auteurs ont élargi les interviews en utilisant la méthode non structurée entre les praticiennes de l'IVA et les personnes atteintes de démence au cours de la matinée ou l'après-midi.</p>	<p>Les auteurs en concluent que cette méthode infirmière est bénéfique pour aider le processus de transition lié à la maladie des personnes atteintes de démence. Cette intervention les aide également pendant la détresse émotionnelle durant leurs phases de transition (l'irritabilité, l'anxiété, la dépression etc.).</p> <p>Les résultats des interviews montrent une diminution des apports médicamenteux comme les benzodiazépines et les neuroleptiques grâce à l'IVA.</p> <p>Dans le focus groupe final, les infirmières praticiennes et les infirmières qui enseignent l'IVA ont exprimé que la plupart du temps, lorsqu'elles valident la motivation et les sentiments de leurs résidents, les personnes âgées démentes montrent une diminution des crises comportementales et des sentiments de stress.</p> <p>Les résultats de cette étude pour les infirmières qui pratiquent quotidiennement l'IVA sont la diminution du stress psychologique, la résistance aux soins, la diminution du danger de la violence dans les soins ainsi que leurs satisfactions dans la maison de soins avec une nette amélioration de la communication entre le personnel soignant.</p> <p>Les proches des personnes âgées démentes ont perçu un état de bien pour les résidents grâce à l'IVA.</p>	<p>Cette étude ne peut pas être généralisée à cause des différentes variables comme, par exemple, institutionnelles (la maison de santé étudiée est spécialisée dans les personnes âgées démentes et comprend seulement ce type de patients). Ce type de variable peut donc affecter les résultats.</p> <p>Dans d'autres établissements de soins de longue durée ou dans d'autres pays avec un système de soins de santé différents, cela pourrait également altérer les résultats de cette recherche.</p> <p>Les auteurs mentionnent que les observations transmises par les infirmières ont donné seulement un regard approximatif des techniques de validation non verbales auprès des résidents atteints de démence.</p> <p>Des recherches avec vidéographies seront nécessaires afin de décrire et de visualiser précisément l'interaction non verbale entre l'infirmière et la personne âgée démentes à l'aide de l'IVA.</p>

N° de fiche de lecture	Auteurs - Année	Population / Type d'étude / Lieux de l'étude	But de l'étude	Intervention / Méthode / Instrument de mesure	Principaux résultats	Limites
6	Tondi, L., Ribani, L., Bottazzi, M., Viscomi, G., & Vulcano, V. (2007)	<p>Étude quantitative expérimentale</p> <p>Personnes âgées en EMS ayant un score MMSE de 0 à 13 (troubles cognitifs sévères) (n=50)</p> <p>Bologne, Italie</p>	Démontrer les effets positifs de la thérapie de la validation sur les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence et l'impact sur la vie quotidienne.	<p>Répartition des sujets en deux groupes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Groupe test, avec la thérapie de la validation (n=27). 2. Groupe témoin, pas d'intervention (n=23) <p>Les patients du groupe test ont bénéficié d'une intervention 3 fois par semaine en groupe ou en individuel de la part des soignants sur la thérapie de la validation, durant 4 mois.</p> <p>Évaluation des troubles cognitifs (MMSE) en début d'étude. Évaluation des troubles du comportement (NPI) au début et à la fin de l'étude.</p> <p>Évaluation des activités de la vie quotidienne (BANSS) au début et à la fin de l'étude</p>	<p>L'étude montre une diminution significative des troubles du comportement se basant sur l'échelle NPI (22.0 au début de l'étude contre 9.5 à la fin)</p> <p>Amélioration modérée dans l'activité de la vie quotidienne (BANSS) (T0 =17.7, T1= 16.2) surtout au niveau des troubles du sommeil et dans l'aide pour s'alimenter.</p> <p>Diminution de l'état général dans le groupe témoin aussi bien au niveau des activités de la vie quotidienne (T0= 18.9, T1= 20.0) qu'au niveau des troubles du comportement (T0=21.7, T1 24.1).</p>	<p>Impossibilité de savoir si la répartition des groupes était aléatoire (randomised) ou non.</p> <p>Echantillonnage de petite taille, difficilement généralisable.</p> <p>Identité des auteurs non connue</p> <p>Pas de notion d'approbation de l'étude par un comité d'éthique</p>

N° de fiche de lecture	Auteurs - Année	Population / Type d'étude / Lieux de l'étude	But de l'étude	Intervention / Méthode / Instrument de mesure	Principaux résultats	Limites
7	Deponte, A., & Missan, R., (2006)	<p>Étude quantitative comparative</p> <p>Population âgée (minimum 70 ans) avec diagnostic de démence, résident en EMS depuis minimum 6 mois. Absence de pathologies psychiatriques concomitantes (n=27)</p> <p>Trieste, Italie</p>	<p>Comparer les effets de la VT et de la SR sur l'état cognitif, fonctionnel, affectif des participants et ainsi évaluer la prise de médicaments psychotropes.</p>	<p>Répartition en 3 groupes de manière aléatoire.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. groupe avec la thérapie de la validation 2. groupe avec autre méthode (rémémorance sensorielle) 3. groupe témoins (aucune intervention) <p>Évaluation des personnes âgées au début et à la fin de l'étude:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fonction cognitive (MMSE) - Activité de la vie quotidienne (BANSS) - Trouble du comportement (NPI) <p>Intervention deux fois par semaines auprès des deux groupes durant trois mois. Session de 45 à 60 minutes par des soignants. Évaluation en fin d'études avec les mêmes échelles (MMSE, BANSS, NPI)</p>	<p>La thérapie de la validation présente une diminution légère et peu significative des troubles cognitifs ($Z=-2.21$, $p < 0.03$). Pas de changement dans les activités de la vie quotidienne (BANSS) ($Z= -0.34$). Diminution significative des comportements à problèmes (NPI) ($Z= -2.21$, $p < 0.02$).</p> <p>En comparaison, la méthode de la mémorance sensorielle propose une amélioration significative au niveau des troubles cognitifs (MMSE) ($Z= -2.05$, $p < 0.05$). Amélioration significative aussi pour les activités de la vie quotidienne (BANSS) ($Z= -2.41$, $p < 0.05$), et les troubles du comportement (NPI) ($Z= -2.52$, $p < 0.01$).</p> <p>Déclin général pour le groupe témoin surtout pour les activités de la vie quotidienne (BANSS)) ($Z= -2.06$, $p < 0.05$).</p> <p>Pas de modification évidente dans la consommation de médicaments psychotropes pour l'ensemble des trois groupes.</p>	<p>Limitation dans le temps dévolu au session (uniquement 2 heures par semaines sur 3 mois), résultats peu significatifs et aussi par le petit échantillonnage présent.</p> <p>D'après les auteurs l'administration des médicaments psychotropes est probablement affectée par de multiples facteurs, ce qui abaisse le niveau de preuve et des résultats obtenus.</p> <p>Pas de notion d'approbation de l'étude par un comité d'éthique</p>

3.2 Analyse critique des articles retenus

3.2.1 *Prise en soins des personnes âgées aux urgences.*

Les articles traitant de la thématique de la prise en soins de personnes âgées démentes aux urgences soulèvent plusieurs difficultés, allant des facteurs humains jusqu'aux aspects environnementaux, qui entravent la bonne prise en soins de cette population.

3.2.1.1 La temporalité dans les soins pour les personnes âgées démentes

Une thématique qui revient souvent dans les résultats des études est la longueur du séjour aux urgences comme étant un frein à la qualité des soins.

Les résultats d'une étude nous montrent que les personnes âgées (≥ 65 ans) sont davantage sujettes aux longs séjours au sein des urgences et nécessitent plus de consultations (deux ou plus) contrairement aux sujets de moins de 65 ans (Brick et al. 2014, p. 137) (*cf. figure 2*). De plus, les résultats montrent une corrélation significative ($p < 0,001$) entre les personnes âgées souffrant de démence et les multiples consultations (Brick et al., 2014, traduction libre, p. 136-137).

L'étude démontre aussi une différence dans la durée de prise en soins selon l'âge et les comorbidités. La durée du séjour était significativement plus longue pour les patients âgés (≥ 65 ans) que pour les patients plus jeunes (15,5 heures vs 10.3 heures ; $p < 0,001$) (Brick et al., 2014, traduction libre, p. 136).

Des infirmières des urgences ont reconnu qu'une longue période d'attente peut ajouter des problèmes de déshydratation, d'incontinence et entraîner une dégradation de l'état générale (physiologique et cognitif) (Parke et al. 2013, traduction libre, p.1213). La durée du temps d'attente va générer de nouveaux besoins auxquels devra répondre l'infirmière.

3.2.1.2 Disponibilité des soignants

Par rapport à la question de recherche, les résultats traitant de la communication soignant-soigné, les résultats de l'étude qualitative (Parke et al., 2013) amènent des résultats pertinents en ce qui concerne le ressenti de l'expérience des proches aidant aux urgences. Lors des groupes de discussion, les proches aidant ont exprimé le fait qu'ils (les proches et le patient) se sont sentis ignorés, oubliés et sans importance. La cause pointée du doigt par les proches aidant lors des interviews est le manque de

communication et le manque de clarté dans la transmission des informations concernant la prise en soins (Parke et al., 2013, p.1214). Chronologiquement, cela débute lors de l'attente en salle après le tri et par la suite dans les boxes en attente d'être vu par un médecin, d'aller en examen, ou en attente de résultats. L'incertitude de la durée du temps d'attente et son manque d'information créent chez les patients et leurs proches aidant la peur d'avoir été oubliés et/ou d'être sans importance (Parke et al. 2013, p.1214). Une des raisons évoquée dans cette même étude met en cause la charge de travail de l'infirmière comme facteur entravant la prise en soin des personnes âgées démentes et de leurs proches. Des infirmières d'un hôpital de soins aigus pour personnes âgées ont relevé que plus de temps et de priorités sont nécessaires pour soigner les personnes âgées atteintes de démence. Les infirmières ne sont pas toujours disponibles en raison de la charge de travail (Nolan, 2007, traduction libre, p. 420). Celle-ci, trop importante, peut aussi avoir des conséquences quant à l'approche des soins qu'aura l'infirmière (Parke et al., 2013, traduction libre, p.1213). En effet, d'autres auteurs (Gallagher et al., 2014) relèvent que lorsque les infirmières ont une surcharge de travail, c'est à ce moment précis que les personnes âgées sont vulnérables aux urgences, par manque d'attention (Gallagher et al.,2014, traduction libre p.451). D'après les infirmières de cette étude (Gallagher et al., 2014), les personnes âgées les plus vulnérables sont celles qui sont confuses, délirantes ou désorientées (Gallagher et al.,2014, traduction libre p.452).

Les participantes (infirmières) de l'étude (Gallagher et al., 2014) ont mis en avant leur frustration issue de leur incapacité à fournir des soins liés aux besoins de bases, telles que l'hydratation, les soins de continence et les mesures de confort. Lors des groupes de discussion, les infirmières ont admis que les soins de bases sont négligés dans le but de donner la priorité aux soins aigus (Gallagher et al.,2014, traduction libre p.451).

D'autres résultats (Parke et al., 2013) font apparaître des résultats similaires : les infirmières ont reconnu que les soins de bases comme la nutrition, l'hydratation, les soins de continence et la mobilité étaient négligés et que cela pouvait avoir une répercussion grave (pas explicitée) pour les personnes âgées atteintes de démence. (Parke et al., 2013, traduction libre, p.1213). Les infirmières participantes ont reconnu que les besoins en soin personnel sont parfois négligés ou reportés dans le but de prioriser des soins plus urgents (Parke et al., 2013, traduction libre, p.1213).

3.2.1.3 Environnement

Parmi les études analysées, certaines mettent en avant l'environnement des urgences comme potentiellement problématique.

Dans l'étude qualitative (Nolan, 2007) menée dans un hôpital de soins aigus pour personnes âgées, l'auteur relève les ressentis des infirmières en ce qui concerne le service aiguë. Elles perçoivent ce type de service comme une surstimulation des facteurs d'anxiété et de confusion pour les personnes âgées démentes qui sont liés à l'augmentation du nombre de personnes et d'activités dans le service (Nolan, 2007, traduction libre, p. 420). Des résultats similaires ont été relevés dans une autre étude (Parke et al., 2013) propre au service des urgences. Certains intervenants (dont les infirmières de l'étude) ont relevé que l'ensemble du service est très bruyant et très stressant. Dans le service des urgences, il existe beaucoup de stimulation (exemple : les alarmes, les bruits de monitoring en continu) qui peuvent affecter les personnes âgées démentes en les rendant plus agitées et plus anxieuses (Parke et al., 2013, traduction libre, p.1213). Dans cette même étude, les proches aidant ont également mis en avant l'environnement bruyant du service des urgences (Parke et al., 2013, traduction libre, p.1213).

Comme mentionné précédemment pour le service des urgences, lorsque les infirmières ont une surcharge de travail, les personnes âgées sont vulnérables. En effet, l'étude (Gallagher et al., 2014) relève que lorsque les personnes âgées sont vulnérables, elles présentent des comportements à risques dans un environnement dit non sécurisé. (Gallagher et al.,2014, traduction libre p.451).

3.2.1.4 Famille et proches aidant aux urgences

Les résultats de l'étude (Gallagher et al., 2014) amènent la thématique de la famille et des proches aidant aux urgences. Dans un groupe de discussion, la famille ou les proches aidant ont été mis en avant par l'équipe infirmière comme ressources. Ils sont des ressources qui permettent de gérer physiquement et émotionnellement la personne, ainsi que la prise médicamenteuse en cas de vulnérabilité de la personne âgée (Gallagher et al.,2014, traduction libre p.451). En effet, la famille et les proches aidant sont des ressources pour les infirmières afin de soutenir et d'assurer la sécurité des personnes âgées lorsqu'une surcharge de travail est présente (Gallagher et al., 2014, traduction libre p.451). Pour que les familles et les proches aidant soient appelés

à s'occuper de la patiente, les infirmières évaluent d'abord leurs connaissances spécifiques en ce qui concerne la problématique de santé (Gallagher et al.,2014, p.451).

Les infirmières de cette étude ont fait ressortir que la famille ou les proches aidant sont utiles pour faciliter la communication des besoins et des inconforts des personnes âgées aux urgences (Gallagher et al.,2014, p.452).

3.2.2 La méthode de la Validation

Dans le cadre des recherches effectuées sur cette approche, les études mettent en avant la méthode de Naomi Feil ainsi que la méthode de la validation d'intégration. Cette dernière est une dérivée de celle qu'a proposé Feil : les objectifs et les concepts de soins sont similaires, seule la manière de percevoir la maladie est différente.

3.2.2.1 Agitation et troubles comportementaux

3.2.2.1.1 La méthode de la Validation d'intégration par Richard

L'étude qualitative qui a été menée sur la méthode de la validation d'intégration dans une maison de soins pour personnes âgées atteintes de démence (Erdman et al, 2014) relève plusieurs résultats d'un point de vue comportemental. En effet, les infirmières du groupe de discussion final (celles qui enseignent la thérapie) ont exprimé que, la plupart du temps, lorsqu'elles valident la motivation et les sentiments des résidents, elles perçoivent une diminution des crises comportementales et des sentiments de stress (Erdman et al., 2014, traduction libre, p.12). Dans un des groupes de discussion, une infirmière qui pratique cette thérapie ajoute que cette méthode est une indication et qu'elle permet de rassurer le patient et le détendre. (Erdman et al. 2014, traduction libre, p.16). Cette méthode infirmière est bénéfique pour faciliter le processus de transition lié à la maladie des personnes atteintes de démence. Cette méthode les aide également pendant la détresse émotionnelle durant leurs phases de transitions (comme par exemple l'irritabilité, l'anxiété etc.) (Erdman et al., 2014, traduction libre, p.1).

L'étude a montré que l'application de la méthode de la validation d'intégration avait des bénéfices pour les proches des personnes âgées démentes et le personnel soignant. Les proches des personnes âgées démentes ont perçu un état de bien être pour les résidents grâce à l'utilisation de la méthode de la validation de l'intégration

(Erdman et al., 2014, traduction libre, p.15). Le personnel soignant qui pratique quotidiennement cette méthode a perçu des effets positifs telles que la diminution du stress psychologique au travail, la diminution du danger et de la violence dans les soins, la satisfaction à travailler dans la maison de soin ainsi qu'une nette amélioration de la communication entre le personnel de la maison de soin. (Erdman et al., 2014, traduction libre, p.16). La plupart du temps, les effets souhaitables de cette méthode ne durent que peu de temps. Les praticiennes de l'IVA doivent donc avoir de la patience pour recommencer maintes et maintes fois (Erdman et al., 2014, traduction libre, p.9).

3.2.2.1.2 La méthode de la Validation par Feil

L'étude quantitative menée en Italie dans un EMS (Tondi et al., 2007) démontre une diminution significative des troubles du comportement se basant sur l'échelle NPI. Cette étude présente également une amélioration modérée dans le groupe test au niveau des AVQ en se basant sur l'échelle d'évaluation BANSS (Tondi et al., 2007, traduction libre, p.410). A contrario, le groupe témoin a présenté une diminution de l'état général aussi bien au niveau des troubles du comportement que des AVQ.

Dans l'autre étude quantitative portant également sur la méthode de la validation (Deponte et al., 2006), on observe une diminution légère et peu significative des troubles cognitifs (MMSE). Cependant, la recherche met en avant une diminution significative ($p < 0,03$) des troubles du comportement évalués à l'aide de l'échelle NPI (Deponte et al., 2006, traduction libre, p.116).

Dans le tableau 1, on observe que l'étude ne relève pas d'amélioration significative quant aux AVQ (Deponte et al., 2006, p.116).

3.2.2.1.3 Comparaison avec la méthode par la réminiscence sensorielle

L'étude quantitative (Deponte et al., 2006) compare trois groupes : un groupe ayant bénéficié la méthode de la validation de Naomi Feil, un groupe ayant bénéficié de la méthode par la réminiscence sensorielle et un dernier groupe témoin ayant bénéficié d'aucune intervention. [...] les meilleurs résultats ont été observés dans le groupe de la réminiscence sensorielle, où le score MMSE a augmenté significativement ($p < 0,05$), et où le score BANSS ($p < 0,02$) et le score NPI ($p < 0,01$) ont diminué de manière significative (Deponte et al., 2006, traduction libre, p.116). Au vu de cette étude, la

méthode de la réminiscence sensorielle montre une amélioration significative des troubles cognitifs, des AVQ et des troubles du comportement, comparée à la méthode de la validation.

4. DISCUSSION

« La chose la plus importante en communication, c'est d'entendre ce qui n'est pas dit »

Peter Drucker

En se basant sur les résultats des études menées aux urgences, les ressentis des proches aidants, des patients et des infirmières montrent une difficulté et un enjeu important dans la prise en soins de cette population de patients.

4.1 La communication aux urgences : une difficulté pour les personnes âgées démentes ?

Un aspect important à considérer dans les soins à la personne âgée démente est le contexte général et l'environnement. Les urgences sont un lieu important de premier recours. « Ces services vont se trouver assez rapidement débordés, à la fois parce que la population perçoit la médecine urgentiste comme un mode de recours rapide et efficace grâce à la permanence des soins... » (Lasserre, 2013, p.13). A Genève, il y a environ 160 à 180 personnes par jour qui se présentent au service d'urgence des HUG (HUG, 2012, p.5). Ces lieux sont souvent surpeuplés. Depuis plus de 20 ans, les hôpitaux publics des pays occidentaux, y compris la Suisse, sont confrontés à une augmentation importante des patients qui viennent consulter. C'est particulièrement vrai dans les hôpitaux de grande dimension, qui ont tous été contraints d'adapter en urgences leurs infrastructures pour faire face à ce flux (Observatoire Suisse de la santé [OBSAN], 2013, p.1). Les services d'urgences ont longtemps été reconnus comme des environnements inadaptés pour les personnes atteintes de démence (Hodnett & James, 2009, traduction libre, p.10). L'environnement des urgences peut être facilement anxiogène de manière générale par son intensité sonore et sa surpopulation. Le rythme et le bruit des soins d'urgences sont telles que les urgences ne peuvent pas répondre aux besoins spécifiques de cette population vulnérable (Hodnett & James, 2009, traduction libre, p.10). Comme confirment les résultats, cela

est d'autant plus vrai pour les personnes âgées démentes, qui sont plus facilement sujet à l'anxiété. Cette population de patient est souvent demandeuse de plus d'attention de la part des équipes. En effet, le stress que génère l'environnement des urgences aura tendance à fortement favoriser l'anxiété et l'agitation chez la personne démente. L'agitation et l'anxiété sont souvent considérées comme des comportements «difficiles», qui peuvent être interprétés comme de la détresse dû au fait d'être dans un environnement qui est handicapant pour la personne atteinte de démence. (NHS, 2011, traduction libre, p.24). Cette notion est donc importante et doit être intégrée dans l'approche réflexive de l'infirmière auprès de la personne démente, pour adapter les soins et son confort.

Par rapport aux thématiques abordées dans les résultats, on peut faire ressortir la communication comme étant prépondérant dans l'accompagnement et le suivi des patients âgés déments. En effet, les études qualitatives, concernant le contexte des urgences et les patients déments, ont permis de mettre en avant ces problèmes de communication. Cela vient confirmer les propos de l'OFSP, dans son document, la stratégie nationale en matière de démence (2013), qui mettait déjà l'accent sur cet aspect. Naomi Feil met en avant dans ses écrits le fait que la personne âgée démente aura tendance à communiquer une problématique, un besoin de manière différent d'une personne sans troubles cognitifs. Le problème étant que bien souvent ce sera par le biais de troubles du comportement qu'elle communiquera son besoin. Essayez de garder à l'esprit que la personne n'est pas délibérément difficile, mais c'est souvent la seule manière qu'elle connaît pour essayer d'obtenir de l'aide. (NHS, 2011, traduction libre, p.21). Nous devrions essayer de faire correspondre notre niveau de communication au leur (NHS, 2011, traduction libre, p.7). Comme le met en évidence un document de recommandation de bonne pratique auprès des personnes âgées démentes aux urgences, édité en Écosse : « Il est utile d'essayer de suivre leur ligne de pensée, cela peut rendre votre communication plus efficace... » (NHS, 2011, traduction libre, p.7). Si on s'appuie sur la théorie de Peplau et le métaconcept de l'être humain, il est nécessaire d'entendre les émotions et les sentiments ressentis afin d'adapter le soin et ainsi répondre aux besoins. C'est bien là toute la difficulté pour le soignant, comment entendre les besoins de la personne démente qui a une manière de les exprimer bien à elle et qui a une perception de la réalité altérée par les troubles cognitifs. Cette façon de les exprimer aura tendance à être directement influencée par les émotions dominantes. Nous pouvons faire le lien avec la théorie de Peplau qui met l'accent sur ces aspects, à savoir le monde émotionnel de la personne. En effet, la

théorie de Peplau, permettrait au soignant d'adapter son approche et favoriser la relation d'aide dans le but d'atteindre les besoins de la personne.

Selon le rapport « National Audit of Dementia Care in General Hospitals », trop peu de praticiens ont été formés pour reconnaître la démence, communiquer de façon appropriée avec des personnes démentes et ou gérer le stress et la détresse vécue par ce type de patients (Emergency nurse, 2012, traduction libre, p.14). Le manque de formation des équipes et le manque d'expériences spécifiques à la personne âgée démente font que les équipes se retrouvent vite en difficulté dans la prise en soin de cette population.

La première difficulté dans la communication avec une personne âgée démente, est d'entendre la problématique exprimée. L'étude de Parke et al. (2013), met en avant par le biais des infirmières la difficulté à comprendre les signes et symptômes et d'entendre précisément la problématique de santé. Cette difficulté aura pour cause de minimiser le problème de la personne âgée. Cela aura pour conséquence une sous-évaluation au triage et un prolongement de la durée du séjour. De plus, dans l'étude, la démence n'entre pas en compte comme élément favorisant la prise en soins rapide de ces patients. Ne pas tenir compte d'un diagnostic de démence lors de l'évaluation au tri a été considéré comme potentiellement à risque d'aggraver un problème médical atypique non reconnu mais urgent (Parke et al., 2013, traduction libre, p.1212). Lorsque l'on sait qu'une personne âgée est plus fragile et vulnérable, l'attente dans un environnement anxiogène stressant et inadapté peut engendrer d'autres problématiques. Le stress est un aspect très important et souvent sous-estimé de l'expérience de la personne démente (NHS, 2011, traduction libre, p.19). Plus le séjour est long plus il y a de risque pour la personne de développer un nouveau problème, quand on sait l'impact que l'anxiété et le stress peuvent avoir physiologiquement. Toutes les personnes âgées souffrant de démence qui sont restées trop longtemps aux urgences ont été sujettes à des facteurs de risques physiques, émotionnels et psychologiques (Parke et al., 2013, traduction libre, p.1212). Nous avons tous l'expérience de stress à un moment donné, et pour la personne qui souffre de démence, le stress peut être écrasant, conduisant à un comportement de détresse et qui peut être difficile pour le personnel soignant (NHS, 2011, traduction libre, p.18). Si le stress n'est pas réduit ou géré pour la personne atteinte de démence, le résultat peut engendrer ce que l'on appelle souvent un comportement difficile... (NHS, 2011, traduction libre, p.21). Ces comportements difficiles font référence aux troubles du

comportement tel que l'agitation psychosomatique (exemple : l'agressivité, l'anxiété, l'angoisse).

Dans l'étude de Gallagher et al., 2014, les infirmières font ressortir la nécessité d'avoir plus de temps à disposition pour les personnes âgées démentes. Le temps à disposition de l'infirmière et des priorités qu'elle rencontre à ce moment-là vont impacter la prise en soins de cette population. Cela est surtout vrai dans les services d'urgences où il est difficile de prévoir à l'avance la charge de travail. Le manque de temps à disposition et la difficulté de comprendre les demandes de la personne démente auront comme conséquence pour l'infirmière le risque de passer à côté des besoins de bases de la personne.

Selon National Health Service (2011), traduction libre :

Ils peuvent ressentir une douleur ou être en détresse et incapable d'expliquer comment ils se sentent. Ils peuvent également rencontrer un certain nombre de besoins physiques qu'ils sont incapables d'exprimer en raison de leur détresse croissante. Ceux-ci peuvent inclure la soif, la faim ou le besoin d'aller aux toilettes (p.54).

Ne pas tenir compte des besoins de base va renforcer le sentiment négatif éprouvé par le patient et les proches aidant. Dans l'étude de Parke et al., (2013) les sentiments négatifs perçus sont le manque de considération et le sentiment de ne pas être important. En effet, « Ne pas reconnaître ses émotions revient à nier l'individu. » (Feil, 2005, p.5). Tenir compte de ces émotions négatives, en s'appuyant sur la théorie de Peplau, permettrait de répondre aux besoins et de limiter l'apparition de troubles du comportement. Ce manque de considération est pris en compte par la méthode de Naomi Feil, où l'approche communicative adaptée à la personne va restaurer sa dignité.

4.2 L'intérêt de la méthode de la validation aux urgences ?

L'intérêt de la méthode de la validation dans le contexte des urgences est de baser la pratique sur l'expérience subjective que vit la personne, validant de ce fait les émotions ressenties.

Selon National Health Service (2011), traduction libre :

La personne atteinte de démence peut souvent avoir des problèmes de communication extrêmes, tant dans l'expression que la réception

d'informations. Ces défis sont complexes impliquant des éléments neurologiques, psychologiques et interpersonnels, ainsi que la personnalité, l'histoire, l'origine ethnique de l'individu et la spiritualité (p.18).

On peut dénoter une volonté d'intégrer le soin à travers une approche holistique. Comme présenté précédemment dans les métaconcepts de Peplau, l'intérêt est d'avoir une approche se basant sur les émotions et les sentiments de la personne pour répondre à ses besoins. Selon Peplau, les émotions et les sentiments vont favoriser le développement de la personne (Pepin, Kérouac & Ducharme, 2010).

En partant de ce postulat, la méthode de Naomi Feil va permettre de répondre aux besoins. En effet, la méthode de la validation va tout d'abord permettre au soignant d'adapter la communication à la personne âgée démente. « La Validation emploie l'empathie pour s'accorder à la réalité intérieure de la personne âgée désorientée. » (Feil, 2005, p.5). Elle va permettre au soignant de comprendre les enjeux de la situation. Ce dernier, en démontrant à la personne âgée qu'il a entendu sa plainte et en légitimant les émotions ressenties, va créer un sentiment de considération. La personne âgée se sentira importante et considérée comme un être humain à part entière aux yeux des soignants.

La méthode de la validation de Feil est un outil pour adapter son approche des soins à la personne âgée et entrer en interaction. De ce fait, cette méthode correspond au sens large à la définition du métaconcept du soin selon Peplau. En effet, elle perçoit le soin comme une relation interpersonnelle entre deux individus ayant un but commun, en l'occurrence le bon développement de la personne.

De ce point de vue, la méthode de la validation de Naomi Feil est un soin à part entière et adapté, que l'on peut mettre en place auprès de la personne âgée démente. La démarche de Naomi Feil, va prôner l'interaction pour favoriser la santé, selon la théorie de Peplau, et conserver la dimension sociale malgré la démence et les troubles cognitifs. Il est important que la personne démente soit entourée par des individus ayant une communication qui lui soit adaptée, ce qui lui permettra d'évoluer dans un environnement social adapté, dans le but de promouvoir sa santé. De plus l'étude de Gallagher et al., (2014), montre le bénéfice de la présence du proche aidant comme facteur facilitant la communication. Etant donné le lien entre la personne âgée démente et le proche aidant, ce dernier serait plus à même d'aider les soignants dans la compréhension des besoins et des plaintes. Avoir quelqu'un de familial peut calmer et

rassurer, ce qui rend le contact initial et l'obtention d'informations beaucoup plus facile (NHS, 2011, traduction libre, p.8).

Comme nous avons pu le constater avec les résultats des études, la mise en place de cette méthode en EMS permet une meilleure gestion des troubles du comportement. L'application de cette même méthode aux urgences permettrait de gérer au mieux ces troubles du comportements, qui rendent complexes la prise en soins. En effet, cela améliorerait la pratique infirmière dans le but de dispenser des soins adaptés dans un cadre sécuritaire. D'après Naomi Feil, « La confiance engendre la sécurité. La sécurité amène de la force. La force permet de retrouver le sentiment de sa propre valeur. Et cela réduit le stress. » (Feil, 2005, p.5). De ce fait, l'anxiété générée par l'insécurité ressentie par la personne se voit palier par la relation de confiance établie par l'infirmière.

Dans son ouvrage, Naomi Feil présente les effets de la méthode de la validation sur les personnes âgées désorientées (Feil, 2005, p.47) dont plusieurs éléments sont présents dans les difficultés de la prise en soins des personnes démentes aux urgences :

- Diminution de l'agressivité
- Diminution de l'anxiété
- Amélioration de la communication verbale
- Amélioration de la communication non verbale
- Diminution du repli sur soi

Si l'on prenait en compte les différents éléments présentés dans la discussion en prévention des troubles du comportement, l'infirmière pourrait anticiper les difficultés que rencontrerait la personne âgée aux urgences et ainsi améliorer la qualité des soins. Faire un effort pour réduire leur anxiété et le stress autant que possible peut amener à une expérience plus calme et plus positive pour les patients, les proches aidant et le personnel soignant lors du séjour aux urgences (NHS, 2011, traduction libre, p.24).

4.3 Limites du travail

Les résultats de cette recherche ne fournissent pas de preuves sur l'efficacité de la méthode de la validation dans le contexte des soins aigus. Nous avons donc dû croiser nos données suite aux manques de résultats probants, ce qui fait ressortir dans cette recherche seulement des hypothèses. L'une des limites de notre travail est la nature

des articles retenus pour l'analyse. En effet, nos recherches sont essentiellement de nature qualitative, ce qui ne nous permet pas de généraliser les résultats.

Etant donné que la question de recherche est basée sur des notions subjectives, les résultats ne permettent pas d'atteindre un haut niveau de preuve.

Au cours de nos recherches, nous avons constaté un manque de littérature sur la prise en soins des personnes âgées démentes aux urgences. Malgré le fait que certains articles problématissent la prise en soins de cette population aux urgences, aucune action n'est recommandée. Les études menées auprès des personnes âgées, dans un contexte de soin aigu, avaient pour but de déceler des problématiques de terrain pour envisager d'autres études par la suite.

Nous avons relevé le résultat d'un article qui peut se présenter comme une limite dans le contexte aigu à l'application de cette méthode. En effet, l'article sur la méthode de la validation d'intégration (Erdman et al., 2014) met en perspective la patience de l'infirmière à appliquer cette méthode. Au vue de son efficacité de courte durée, l'infirmière doit pouvoir recommencer à plusieurs reprises. De plus, dans l'ouvrage de Naomi Feil, les effets de cette méthode y sont décrits et se présenteraient également comme une limite dans le contexte aigu. « Les modifications de comportement sont lentes et fluctuantes d'un jour à l'autre, mais des changements durables se produisent » (Feil, 2005, p.47). La méthode n'aura donc pas le même impact en fonction de l'humeur de la personne âgée.

4.4 Recommandations

Au vu du vieillissement démographique et de l'augmentation du nombre de personnes âgées touchées par la démence, c'est un enjeu majeur pour la profession infirmière. Les personnes âgées démentes nécessitent une approche adaptée à leurs troubles cognitifs. La personne atteinte de démence doit bénéficier d'une approche plus ciblée sur la communication (NHS, 2011, traduction libre, p.12). Les soignants se doivent donc d'ajuster leur manière de communiquer, d'où la nécessité de former les soignants à la méthode de la validation. Cette formation serait une plus-value dans le contexte des urgences et dans les soins aigus, et permettrait, en outre, d'anticiper les problématiques liées à la prise en soins de cette population. Cependant, il serait pertinent d'effectuer d'autres recherches concernant la méthode de Naomi Feil dans le contexte des soins aigus et ainsi évaluer l'impact qu'elle aurait sur l'accompagnement et le suivi des patients déments. Il existe des ouvrages traitant de la méthode de la

validation, ayant pour but de sensibiliser les familles et proches aidants. Il serait donc intéressant d'informer et de sensibiliser les familles des personnes atteintes de démence quant aux ressources à disposition afin d'améliorer leur qualité de vie face à la maladie.

Dans le guide de bonne pratique, pour l'évaluation d'une personne atteinte de démence dans les services d'urgences, édité en Écosse, on peut trouver quelques exemples de recommandations (NHS, 2011, traduction libre, p.12) :

- Procédez à l'évaluation dans un lieu calme et tranquille.
- Assurez-vous que le proche aidant de la personne reste avec eux tout le temps.
- Essayez de faire en sorte que le même soignant travaille avec la personne âgée, pendant toute la durée de la prise en soins.
- Essayez de ne pas déplacer la personne à différents endroits dans le département.
- Demandez les besoins de la personne, écoutez ces besoins et ensuite expliquer ce qui se passe et ce qui va se passer à chaque étape de la prise en soins.

Dans cette revue de littérature, des enjeux sociaux-politiques sont à prendre en considération. En effet, il serait pertinent d'approfondir le sujet de la prise en soins des personnes âgées démentes aux urgences et dans les soins aigus. Une sensibilisation à la discipline infirmière serait nécessaire dans le but d'anticiper les demandes en soins à venir pour cette population de patient.

5. CONCLUSION

Il est important de considérer le vieillissement démographique et le contexte socio-politique futur, pour adapter progressivement les soins et ainsi anticiper d'éventuelles problématiques de santé. Ce travail a mis en lumière le manque de connaissance et de savoir sur les soins apportés auprès des personnes âgées démentes aux urgences. En effet, plusieurs chercheurs se sont intéressés à la problématique des personnes âgées démentes dans un service d'urgences et ont fait apparaître des lacunes dans la prise en soins de cette population par sa complexité. Parmi les articles analysés dans le contexte des urgences, aucune intervention concrète n'est proposée afin d'améliorer la qualité de la prise en soins de cette population. Beaucoup d'études démontrent qu'il est possible d'améliorer la qualité de vie des personnes âgées démentes par une approche communicative. En effet, cette approche permettrait de diminuer les troubles du comportement de la personne âgée, tels que l'anxiété, l'agitation, mais également de procurer un état de bien-être lors de la prise en soins aux urgences. Le manque de temps, la priorité des soins aigus et le manque de connaissances sur l'approche d'une personne âgée démente aux urgences constituent les principaux facteurs qui entravent la démarche communicative.

Ce travail fait ressortir l'importance de la considération de la personne âgée démente dans un service d'urgences. D'après la théorie de Peplau, percevoir les émotions et les ressentis va favoriser l'identification des besoins de la personne, dans le but de favoriser le développement. On observe ici une corrélation avec la méthode de la validation de Naomi Feil qui, pour sa part, se base sur l'expérience de la réalité subjective que vit la personne, validant ainsi les émotions ressenties. De ce fait, cette méthode permettrait aux soignants d'établir une relation de confiance avec la personne âgée démente et de lui offrir un cadre sécuritaire dans le but d'améliorer la qualité des soins.

Malgré l'impossibilité de répondre directement à la question de recherche, on peut partir du postulat qu'il est pertinent d'appliquer la méthode de la validation auprès des personnes âgées démentes aux urgences.

Il serait toutefois intéressant de mener des recherches pour valider ou non les hypothèses pour baser la pratique infirmière sur le plus haut niveau de preuve.

6. REFERENCES

6.1 Ouvrages

Albert, E. & Chneiweiss, L. (1999). *L'anxiété*. Paris : Editions Odile Jacob

Boulenger, J-P. & Lepine, J-P. (2014). *Les troubles anxieux*. Paris : Lavoisier.

De Klerk-Rubin, V. (2015). *La méthode de Naomi Feil : à l'usage des familles*. Paris : Lamarre.

Fawcett, J. (2005). *Contemporary Nursing Knowledge : Analysis and Evaluation of Nursing Models and Theories*. Philadelphie : F. A. Davis Company.

Fawcett, J. & Desanto-Madeya, S. (2013). *Contemporary Nursing Knowledge : Analysis and Evaluation of nursing Models and Theories*. Philadelphie : F. A. Davis Company.

Feil, N. (2005). *Validation : La méthode de Naomi Feil : Pour une vieillesse pleine de Sagesse*. Paris : Lamarre.

Lasserre, H. (2013). *Comprendre la psychiatrie des urgences*. Lyon : Chronique sociale.

Meleis, A I. (2011). *Theoretical Nursing : development & progress*. Philadelphie : Wolters Kluwer.

NANDA International. (2013). *Diagnostics infirmiers : Définition et classification : 2012-2014*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.

Parker, M E. & Smith, M C. (2010). *Nursing theories : Nursing practice*. Philadelphie : F.A. Davis Company.

Pepin, J., Kéroac, S. & Ducharme, F. (2010). *La pensée infirmière*. Montréal :

Chenelière éducation.

Radat, F. (1998). *Les états anxieux*. Paris : Doin éditeurs.

Reny, P. (2012). *Savoir communiquer : pour mieux aider*. Québec : ERPI.

6.2 Brochures

Association Alzheimer Suisse Jura. (2014). *116 000 personnes atteintes de démence en Suisse* [Brochure]. Accès <http://www.alz.ch/ju/index.php/des-faits-et-des-chiffres.html>

Emergency Nursing. (2012). *A new strategy for patients with dementia* [Brochure]. Accès <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22876402>

HUG. (2012). *Votre prise en charge au service des urgences* [Brochure]. Accès http://www.hug-ge.ch/sites/interhug/files/documents/urgences_fran_0.pdf

National Health Service. (2011). *Dementia Care in the Emergency department* [Brochure]. Accès <http://www.nes.scot.nhs.uk/education-and-training/by-theme-initiative/mental-health-and-learning-disabilities/publications-and-resources/publications-repository/dementia-care-in-the-emergency-department.aspx>

Observatoire Suisse de la santé. (2013). *Consultations dans un service d'urgence en Suisse* [Brochure]. Accès <http://www.obsan.admin.ch/fr/publications/consultations-dans-un-service-durgence-en-suisse>

Office fédérale de la statistique. (2015). *Le panorama du thème «Population»* [Brochure]. Accès <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/01/01/pan.html>

Office fédérale de la santé publique. (2013). *Stratégie nationale en matière de démence 2014-2017* [Brochure]. Accès

<http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/13916/index.html?lang=fr>
download=NzLpZ

6.3 Revues

Brick, C., Lowes, J., Lovstrom, L., Kokotilo, A., Villa-Roel, C., Lee, P., Rowe, B-H. (2014). The impact of consultation on length of stay in tertiary care emergency departments. *Emergency Medicine Journal*, 31(2), 134-138.
doi:10.1136/emmermed-2012-201908

Camerlain, M. & Myhal, G. (2013). Communiquer avec les aînés : un atelier pour le personnel infirmier. *Le Journal de la Société Canadienne de Rhumatologie*. 23(3), 25-25b. Accès http://www.stacomcommunications.com/customcomm/Back-issue_pages/CRAJ/crajPDFs/2013/Automne2013/25.pdf

Cleeve, G. & Walker, S. (2013). Can Using a Communication Tool within the Emergency Department Enhance Verbal Interactions between Nurses and Patients with Moderate Cognitive Impairment related to Dementia?. *Health Sciences*. 1(5), 1-6. Accès <http://eprints.soton.ac.uk/id/eprint/360877>

Deponte, A. & Missan, R. (2007). Effectiveness of validation therapy (VT) in group: Preliminary results. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 44(2), 113-117. doi:10.1016/j.archger.2006.04.001

Erdmann, A. & Schnepf, W. (2014). Conditions, components and outcomes of Integrative Validation Therapy in a long-term care facility for people with dementia. A qualitative evaluation study [Numéro special]. *Dementia : The international journal of social research and practice*.
doi:10.1177/1471301214556489

Gallagher, R., Fry, M., Chenoweth, L., Gallagher, P. & Stein-Parbury, J. (2014). Emergency department nurses' perceptions and experiences of providing care older people. *Nursing and Health Sciences*, 16(4), 449-453.
doi: 10.1111/nhs.12137

Hodnett, C. & James, J.(2009). A Taking the anxiety out of dementia. *Emergency*

Nurse, 16(9), 10-13. Accès <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19263815>

Lavanchy, A.S., Humm A. M., Annoni J. M. (2013). Screening ambulatoire des troubles cognitifs. *Revue Médical Suisse*, 410, p.2345. Accès <http://www.revmed.ch/rms/2013/RMS>

Leblanc Briot, M-T. (2014). Fin de vie des personnes âgées. *Jusqu'à la mort accompagner la vie*, 4(119), 97-108.

Nolan, L. (2007). Caring for people with dementia in the acute setting : a study of nurses' views. *British Journal of Nursing*, 16(7), 419-422. Accès <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17505366>

Parke, B., Hunter, K.F., Strain, L.A., Beryl Marck, P., Waugh, E.H. & McClelland, A.J. (2013). Facilitators and barriers to safe emergency department transitions for community dwelling older people with dementia and their caregivers: A social ecological study. *International Journal of Nursing Studies*, 50(9), 1206-1218. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.11.005>

Shankar, K.k., Walker, M., Frost, D. & Orrell, M.W. (1999). The development of a valid and reliable scale for rating anxiety in dementia (RAID). *Aging & Mental Health*, 3(1), 39-49. doi: 10.1080/13607869956424

Thomas, P., Lathière, P., Passat, N. & Peix, R. (2008). Bien communiquer avec un malade dément. *La revue francophone de gériatrie et de gérontologie*, 15, p.381- 388

Tondi, L., Ribani, L., Bottazzi, M., Viscomi, G. & Vulcano, V. (2007). Validation therapy (VT) in nursing home : a case-control study. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 44(supplement),407-411. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.archger.2007.01.057>

6.4 Page web

Annals of Emergency Medicine. (2003). *A conceptual model of emergency department crowding*. Accès

<http://www.annemergmed.com/article/S0196-0644%2803%2900444-X/abstract>
British Journal of Nursing. (2015). *Welcome to British Journal of Nursing's Official Subscription Site*. Accès <http://info.britishjournalofnursing.co>

Emergency Medicine Journal. (2016). *Emergency Medicine Journal [Home]*. Accès <http://emj.bmj.com>

Emergency Medicine Journal. (2016). *Archive of All Online Issues*. Accès <http://emj.bmj.com/content/by/year>

Health Science Journal. (2016). *Health Science Journal*. Accès <http://www.hsj.gr/>

Office fédérale de la statistique. (2014). *Population : Les principaux chiffres*. Accès <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/01/01/key.html>

QSRinternational. (2015). *What is NVivo?*. Accès <http://www.qsrinternational.com/what-is-nvivo>

Questia. (2016). *Book details, Research Methods in Education*.
Accès [://www.questia.com/library/103778255/research-methods-in-education](http://www.questia.com/library/103778255/research-methods-in-education)

Sage Journals. (2016). *Dementia : The international journal of social research and practice [Home]*. Accès <http://dem.sagepub.com/>

SAGE : researchmethods. (2013). *Analyzing Qualitative Data*.
Accès <http://www.srmo.sagepub.com/view/analyzing-qualitative-data/n4.xml>

The University of Western Ontario. (2007). *Hildegard Peplau Nursing Theorist Homepage*.
Accès <http://publish.uwo.ca/~cforchuk/peplau/peplau.html>

7. ANNEXES

7.1 Fiches de lecture

7.1.1 FICHE DE LECTURE N°1

Brick, C., Lowes, J., Lovstrom, L., Kokotilo, A., Villa-Roel, C., Lee, P., ... Rowe, B-H. (2014). The impact of consultation on length of stay in tertiary care emergency departments. *Emergency Medicine Journal*, 31(2), 134-138. doi:10.1136/emmermed-2012-201908

1. *Démarche descriptive*

1.1 Le contexte de réalisation et de publication de l'étude

- *Identité des auteurs (p.134) :*
 - Craig Brick : Craig est un médecin provenant de l'Université Collège Cork en Irlande.
 - Plusieurs auteurs médecins travaillent dans le même lieu : Justin Lowes, Lindsay Loystrom, Andrea Kokotilo, Cristina Villa-Roel et Brian H Rowe proviennent du département de médecine d'urgence, faculté de médecine et de dentiste d'Alberta au Canada.
 - Cristina Villa – Roel et Brian H Rowe collaborent avec l'Ecole de Santé Publique d'Alberta au Canada.
 - Patricia Lee et Eddy Lang : Médecins provenant de la division de médecine d'urgence, faculté universitaire de médecine de Calgary au Canada.

- *Le nom et type de revue :*

La revue « Emergency Medicine Journal » est internationale. Elle se penche sur des recherches, des critiques basés sur des preuves sur des thématiques différentes comme les urgences médicales, les traumatismes, l'enseignement etc... Cette revue vise plusieurs champs professionnels comme les médecins, les ambulanciers, les infirmières. (Référence : Emergency Medicine Journal. (2016). *Emergency Medicine Journal*. Accès <http://emj.bmj.com/>). La revue a commencé à être publiée en mars 1984, chaque mois un nouveau numéro d'un volume est publié. (Référence :

Emergency Medicine Journal. (2016). *Archive of All Online Issues*. Accès <http://emj.bmj.com/content/by/year>).

- *Le lieu de l'étude* :

L'étude a été réalisée dans deux hôpitaux d'enseignement de soins tertiaires urbains au Canada: L'Hôpital Universitaire d'Alberta et l'Hôpital Royal Alexandra (p.134).

1.2 L'objet de l'article et le cadre théorique

1.2.1 Objet de la recherche :

Cette étude vise à quantifier la contribution des consultations à la durée du séjour aux urgences, d'examiner les caractéristiques des patients et des consultations qui sont associées à la durée du séjour aux urgences (p.134).

1.2.2 Hypothèse de travail :

« Nos hypothèses étaient que les retards de consultation étaient une composante importante de la durée totale du séjour aux urgences et que cette durée serait pour tout patient avec de multiples consultations » (p.134).

1.2.3 Cadre théorique de la recherche :

Les auteurs de cette étude se sont appuyés sur un modèle conceptuel de flux qui divise le surpeuplement aux urgences en trois composantes: l'entrée, le débit et la sortie (p. 134). Ce modèle permet d'aider les chercheurs à comprendre les causes et à en tirer des solutions pour le surpeuplement des services d'urgences. (Référence : *Annals of Emergency Medicine. (2003). A conceptual model of emergency department crowding*. Accès

<http://www.annemergmed.com/article/S0196-0644%2803%2900444-X/abstract>)

1.2.4 Principaux concepts et/ou notions utilisés :

- La durée du séjour aux urgences.
- Les retards des consultations.
- Les caractéristiques des patients.

1.3 Méthodologie de la recherche

1.3.1 Outil pour la récolte de données

Les médecins d'urgences ont utilisé des formulaires normalisés sur tous les patients de plus de 17 ans pour lesquels une consultation a été demandée aux urgences. Seules les consultations cliniques ont été incluses dans l'étude, les consultations non cliniques comme la radiologie, les services sociaux, les AVC, les infarctus et l'équipe de traumatologie ont été exclus. Les premières informations de la récolte des données se fait via le score de triage et de gravité Canadienne à l'admission. Ces informations ont été récoltées par les dossiers informatisés des patients et enregistré dans un système d'information électronique des urgences (p.135).

Pour relier les deux centres hospitaliers, les médecins des urgences engagent les consultations par le biais d'un système d'échange d'informations centrales qui est généralement entretenu par un médecin résidant du service. L'heure d'arrivée du patient jusqu'à la sortie, en passant par le tri, l'évaluation infirmière, l'évaluation du médecin de triage de liaison (diagnostic primaire), l'attribution d'un box, l'évaluation du médecin (diagnostic final) ont été enregistrés. Le moment des contacts entre patients et personnels ont été directement enregistrés dans le système d'information électronique des urgences. Deux consultations (au maximum) par patient ont été établies (p.135).

La durée du séjour était la variable dépendante. Cette dernière est définie comme le temps du triage à la décision d'admission pour intégrer les patients et le temps du triage à décharge des patients.

Dans la variable indépendante, des associations ont été incluses : l'âge (<65 vs ≥65 ans), le sexe, le mode d'arrivée (ambulance vs autre mode d'arrivée), la gravité à partir du score de triage (degré 3 par rapport aux autres degrés), la démence, le temps entre l'arrivée et la demande de consultation, l'imagerie avant la consultation et les procédures aux urgences (p.135).

Les tests de Mann -Whitney et X² ont été utilisés pour la comparaison des médianes et des proportions. L'influence des caractéristiques des patients et celle des facteurs de consultation sur la durée du séjour aux urgences ont été analysées grâce à un modèle de régression linéaire multiple (p.135).

1.3.2 Population de l'étude :

Dans l'étude, les patients ont été vus pendant les changements des médecins d'urgences dans les deux hôpitaux. Cinq changements ont été sélectionnés pour chaque médecin des urgences impliquant le jour, le soir, le week-end et la nuit (p.134). 66 médecins ont accepté de participer à l'étude (p.138).

L'échantillon total présentait 21 956 patients adultes qui ont visité les deux urgences des deux hôpitaux durant la période de l'étude. 1180 patients ont été inclus dans l'étude au moment du changement des médecins d'urgences dans les deux hôpitaux. La cause des patients qui n'ont pas été inclus dans l'analyse est présentée dans la Figure 1 (p. 135).

Nous pouvons voir les caractéristiques des patients dans le tableau 1 et 2 qui ont demandé une consultation au cours de la période d'étude des changements des médecins d'urgences (p.135).

1.3.3 Type d'analyse :

Cette étude se penche sur une recherche quantitative étiologique : Une étude de cohorte prospective a été menée pour la réalisation de cette étude. L'étude a été réalisée entre Juillet et Septembre 2010.

1.4 Présentation des résultats

1.4.1 Principaux résultats de la recherche :

« Le modèle de régression linéaire a révélé que l'âge avancé (>65 ans), la latence entre l'arrivée et la première demande de consultation, la documentation de la démence ainsi que les multiples consultations étaient significativement associés à l'augmentation de la durée du séjour aux urgences. » (p.134).

- Il y a 379 personnes âgées (≥ 65 ans) sur les 1180 patients de cette étude, elles représentent 32,1% de l'échantillon total (p.136).
- Dans le tableau 1 qui présente les caractéristiques des patients étudiés, 34 patients présentaient une démence, soit 2,9% de l'échantillon.

- Dans la figure 2 de l'article, les résultats de cette étude nous montrent que les personnes âgées (≥ 65 ans) sont sujettes aux longs séjours aux urgences et nécessitent plusieurs consultations (deux ou plus) contrairement aux sujets de moins de 65 ans (p.137).
- La modélisation avancée a permis aux auteurs d'estimer l'impact des caractéristiques des patients et des consultations sur les retards des prises en soins des patients. Chaque heure de retard de l'arrivée dans le service des urgences à la demande de consultation a été associée avec une augmentation de 1,4 h à la durée du séjour. Les auteurs expliquent qu'environ un tiers de toutes les consultations pour les personnes âgées concernées (≥ 65 ans) ont passé 5.1 heures de plus dans le service des urgences. Les personnes qui ont été diagnostiquées avec une démence et qui ont nécessité plusieurs consultations ont connu un supplément de 7,9 heures dans le service des urgences. (p.137)
- La corrélation entre les patients présentant une démence et les multiples consultations est significative ($p < 0,001$) (p.136-137).
- La durée du séjour était significativement plus longue pour les patient âgés (≥ 65 ans) que pour les patient plus jeunes (15,5 heures vs 10.3 heures ; $p < 0,001$) (p.136).

1.4.2 Conclusions générales :

Les auteurs concluent ainsi : « Être âgé, avoir la démence et nécessiter une évaluation par les services de consultation multiple ont été fortement associés avec le prolongement de la durée du séjour aux urgences. » (p.138)

1.5 Éthique

Les patients n'ont pas donné leurs consentements. Tous les médecins des urgences qui ont participé dans cette étude ont donné leurs consentements (p.135).

Cette étude a été approuvée par le Comité d'éthique de la recherche en santé de l'Université de l'Alberta (p.138).

2. Démarche interprétative

2.1. Apports de l'article :

Cet article nous permet d'appuyer notre problématique sur les personnes âgées démentes qui sont sujettes aux longs séjours aux urgences.

2.2 Limites (méthodologiques ou de connaissances) :

- Pour les auteurs, il n'a pas été possible de randomiser les changements des médecins d'urgences en raison de l'évolution rapide des horaires des médecins (p.138).
- Les auteurs mentionnent que c'est l'une des premières études à se pencher sur cette problématique. L'échantillon peut ne pas être représentatif de la population générale (p.138).
- L'inclusion de quatre équipes de jour et de soir et une équipe de nuit pour chaque participant médecin d'urgences peut avoir entraîné une surreprésentation des consultations de jour, qui impliquent un ensemble de questions différentes que les consultations de nuit (p.138).
- D'après les auteurs, sur 66 médecins, tous ont acceptés (sauf un) de participer à l'étude, ce qui rend la possibilité de devenir un biais dans les résultats (p.138).
- Les consultations avec la radiologie et les services sociaux ont été exclues, avec un accent plutôt prononcé sur des consultations cliniques. Or, les auteurs expriment que des recherches supplémentaires sont nécessaires pour évaluer la contribution des consultations non cliniques à la durée du séjour aux urgences (p138).
- Le personnel des médecins utilise une approche de consultations qui peut être différente à d'autres centres d'urgences et donc ne peuvent pas être généralisables (p.138).

2.3 Pistes de réflexion :

- Les auteurs relèvent que la compréhension des sous-groupes des patients de l'étude offre la possibilité d'explorer les moyens d'améliorer la circulation des patients dans le service des urgences. Des stratégies impliquant les services et les médecins d'urgences visant à réduire le temps de consultation peuvent être étudiés dans le cadre d'une stratégie pour atténuer le surpeuplement aux urgences (p. 138).
- L'amélioration de la communication entre les médecins d'urgences et le personnel consultant peut jouer un rôle dans l'amélioration de la circulation des patients aux urgences et dans le retard des consultations (p. 137).

7.1.2 FICHE DE LECTURE N°2

Gallagher, R., Fry, M., Chenoweth, L., Gallagher, P. & Stein-Parbury, J. (2014). Emergency department nurses' perceptions and experiences of providing care for older people. *Nursing and Health Sciences*, 16(4), 449-453. doi: 10.1111/nhs.12137

1. **Démarche descriptive**

1.1 Le contexte de réalisation et de publication de l'étude

- **Identité des auteurs :**

- L'ensemble des auteurs provient de la faculté de santé, l'Université de technologie à Sydney en Australie

- **Le nom et type de revue :**

La revue s'intitule « Nursing and Health Sciences ». Cette revue vise à enrichir les scientifiques de la santé en ressources et en connaissances. Elle est publiée par des experts de hautes qualités, que ce soit des articles scientifiques et d'autres documents à propos de thèmes différents comme : la biochimie, l'épidémiologie, la génétique, les soins infirmiers, la santé publique, la psychologie, etc... (Référence : Health Science Journal (2016). *Health Science Journal*. Accès <http://www.hsj.gr/>)

- **Le lieu de l'étude :**

L'étude a été réalisée dans un hôpital de soins tertiaires à Sydney en Australie. (p.450)

1.2 L'objet de l'article et le cadre théorique

1.2.1 Question de recherche :

La question de recherche n'est pas mentionnée, on peut supposer en reformulant le contexte de l'étude : « Comment les infirmières perçoivent elles les expériences et les prestations des soins des personnes âgées aux urgences ? » (p.450).

1.2.2 Objet de la recherche :

Le but de l'étude est d'identifier les perceptions des infirmières dans un service d'urgence et leurs expériences de prestation des soins pour les personnes âgées (p.449).

1.2.3 Cadre théorique de la recherche :

Les données ont été analysées et organisées par thème et ont été guidées par l'approche de Gibbs. Dans ce processus, on y retrouve : la transcription et la familiarisation, la construction de code, le développement du thème de confirmation, la consolidation ainsi que l'interprétation des données (p.450).

Le codage est la façon de définir les données par l'analyse. Il comprend l'enregistrement de passage de texte ou d'autres éléments. (Référence: SAGE : researchmethods. (2013). *Analyzing Qualitative Data*. Accès <http://www.srmo.sagepub.com/view/analyzing-qualitative-data/n4.xml>)

1.2.4 Principaux concepts et/ou notions utilisés :

- La qualité des soins
- La famille
- la sécurité
- Proche aidant

1.3 Méthodologie de la recherche

1.3.1 Outil pour la récolte de données :

Des groupes de discussions ont été menés pour la réalisation de l'étude : (p.450)

- Quatre groupes de discussion entre six et 12 participants ont été utilisés pour le recueil des données.
- Les groupes de discussion ont été guidés par un plan d'entretien de manière semi structuré. Il composait 10 questions ouvertes qui ont permis

de diriger les pensées des infirmières sur leurs perceptions des personnes âgées ainsi que leurs expériences avec elles.

- Pour sensibiliser le personnel infirmier de participer à l'étude, des affiches ont été mises en place dans le service et des réunions d'informations ont été organisées.
- Les groupes ont été menés pendant le changement du personnel dans la salle d'informations des urgences, une fois par semaine pendant quatre semaines entre Septembre et Novembre 2011.
- La durée d'un groupe de discussion était de 60 minutes.
- Un animateur expert étant indépendant du service des urgences a mené les groupes de discussion.
- Les groupes de discussion ont été enregistrés sur bande audio.

Les données audio ont été enregistrées et stockées dans un logiciel « NVivo » (p.450). C'est un logiciel qui aide à organiser et à analyser des données provenant d'étude mixte et qualitative (Référence : QSRinternational. (2015). *What is NVivo?*. Accès <http://www.qsrinternational.com/what-is-nvivo>).

Le personnel des urgences comprend 60 infirmières. Pour être admises dans l'étude, les infirmières devaient être employées soit à temps partiel, soit à temps plein pendant au moins trois mois au sein du service des urgences.

1.3.2 Population de l'étude : (p.450)

L'étude vise la population âgée au sein du service des urgences. Les groupes de discussion qui ont été menés pour comprendre les perceptions des infirmières comprenaient 27 infirmières.

L'échantillon :

- représente 45% de l'effectif total des infirmières des urgences.

- 89% sont des femmes.
- Elles avaient en moyenne une expérience de 5 ans dans le service des urgences.
- Elles étaient âgées de plus de 30 ans (72%).
- 10 infirmières (37%) avaient des qualifications avec un diplôme dont 3 infirmières avaient un diplôme de qualification supérieure.
- 7 infirmières avaient un master.

1.3.3 Type d'analyse :

Cette étude se concentre sur une recherche qualitative descriptive de type phénoménologique.

1.4 Présentation des résultats

1.4.1 Principaux résultats de la recherche : (p. 451-452)

Deux thèmes principaux sont ressortis des résultats :

- Le choc des attentes liées à la sécurité et à la qualité des soins infirmiers
- La famille ou les proches aidant comme étant un filet de sécurité potentiel.

Ces deux thèmes font apparaître la vulnérabilité des personnes âgées aux urgences.

- Dans le premier thème, les infirmières perçoivent une frustration quant aux besoins des personnes âgées aux urgences qui ne peuvent être atteints, d'une part par manque de temps et d'autre part par la priorité des soins en aiguë. Cette frustration a été accentuée lorsque les infirmières ont perçues que la famille ou les proches aidant ont été déçus par le manque de soins individualisés.
- Le second thème relève de la contribution des familles ou proches aidant, c'est-à-dire les moyens qui pourraient être instaurés pour permettre un certain sentiment de sécurité des personnes âgées aux urgences.

Les infirmières ont mises en avant leur frustration issue de leur incapacité à fournir des soins liés aux soins de bases, telles que l'hydratation, les soins de continence et les mesures de confort. Les infirmières ont convenu que « les soins relatifs aux besoins de base avaient disparu depuis longtemps, souvent abandonné au profit de l'évaluation et du traitement de la maladie aiguë: » (Focus Group1) (p.451).

La famille et les proches aidant sont des ressources vitales pour soutenir et assurer la sécurité des personnes âgées lorsque l'équipe infirmière a une surcharge de travail.

- Quand les infirmières ont une surcharge de travail, c'est à ce moment précis que les personnes âgées sont vulnérables. Ainsi, la famille ou les proches aidant peuvent être des guides pour gérer la personne âgée, que ce soit physiquement ou émotionnellement.
- Les infirmières évaluent les connaissances spécifiques de la famille ou des proches aidant pour pouvoir les laisser s'entretenir avec la patiente.

Les infirmières ont fait ressortir dans une des discussions de groupe que la famille ou les proches aidant sont utiles pour faciliter la communication des besoins et des inconforts des personnes âgées lorsqu'elles ne disposent pas d'un proche.

Les participants ont relevé que les personnes âgées les plus vulnérables sont les patients confus, délirants ou désorientés.

Dans la discussion, les auteurs de l'étude s'appuient sur d'autres auteurs pour pouvoir verbaliser que :

- « les résultats de l'étude contribuent à un corps de montage des éléments de preuve que les infirmières, les familles et les proche aidant sont de plus en plus frustrés de leur perception de la qualité des soins qu'ils sont en mesure de fournir aux personnes âgées aux urgences, qui est, selon eux, insuffisante (Hayes, 2000; Kihlgren et al., 2005; Shanley et al., 2008) » (p.452).
- « Le consensus entre les infirmières, la famille ou les proches aidant et les patients eux-mêmes démontre que les soins ne sont pas optimaux. C'est,

en outre, un bon indicateur que la prise en charge des personnes âgées aux urgences nécessite une attention particulière (Chagrin, 2003; Muntlinet al., 2006) » (p.452).

1.4.2 Conclusions générales :

Avec l'accroissement du nombre de personnes âgées aux urgences, les infirmières ont besoin de soutien pour pouvoir assurer des soins de qualités en toute sécurité (p.453).

1.5 Éthique (p.450) :

- Chaque groupe de discussion a commencé par une introduction, où les principes de confidentialité et de processus pour le groupe ont été présentés.
- Une liste de vérification confidentielle a été utilisée pour recueillir des données sur le sexe, l'âge, l'éducation des participants et l'expérience dans le service des urgences.
- Les participants ont rempli les procédures de consentement et la liste de contrôle sociodémographiques avant que les groupes de discussion aient commencé.
- Les données collectées sur les participants ont été recueillies confidentiellement, et toutes les réponses au cours des groupes de discussion ont été rendues anonymes, sans la transcription.
- L'étude a reçu l'approbation de la recherche humaine de l'université.
- Les processus de recherche ont été en harmonie avec la déclaration sur la conduite éthique de la recherche humaine décrite dans la Déclaration d'Helsinki.

2. ***Démarche interprétative***

2.1. Apports de l'article :

Cette étude nous permet de voir que la famille ou les proches aidant des personnes âgées aux urgences jouent un rôle dans la qualité de la prise en soins. La famille ou

les proches aidant peuvent être un intermédiaire dans notre problématique entre les infirmières et les personnes âgées aux urgences.

2.2 Limites (méthodologiques ou de connaissances) : (p.452)

- D'après les auteurs, les participants de l'étude provenaient seulement des urgences et donc les résultats peuvent être différents sur chaque lieu de soins.
- Il est possible, d'après les auteurs, que certaines infirmières n'aient pas été entendues dans les groupes de discussions.

2.3 Pistes de réflexion :

- De plus amples recherches sont nécessaires sur la perception de la qualité des soins des personnes âgées aux urgences avec la famille et les proches aidant (p.452).
- « Les connaissances spécialisées en soins infirmiers en gériatrie sont également nécessaires, en particulier dans la différenciation des symptômes de maladie aiguë et d'autres symptômes que les personnes âgées pourraient éprouver » (Parke & McCusker , 2008) (p. 45).

7.1.3 FICHE DE LECTURE N°3

Parke, B., Hunter, K.F., Strain, L.A., Beryl Marck, P., Waugh, E.H. & McClelland, A.J. (2013). Facilitators and barriers to safe emergency department transitions for community dwelling older people with dementia and their caregivers: A social ecological study. *International Journal of Nursing Studies*, 50(9), 1206-1218.

doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.11.005>

1. **Démarche descriptive**

1.1 Le contexte de réalisation et de publication de l'étude

- *Identité des auteurs :*

- Belinda Parke fait partie de la faculté en Soins Infirmiers de l'Université d'Edmonton dans la province de l'Alberta au Canada.
- Kathleen F. Hunter fait partie de la faculté en Soins Infirmiers de l'Université d'Edmonton dans la province de l'Alberta au Canada.
- Laurel A. Strain fait partie du département de Sociologie de l'Université de l'Alberta.
- Patricia Beryl Marck fait partie de l'école en Soins Infirmiers, de la faculté du développement de la Santé et du Social, de l'Université de Colombie Britannique au Canada.
- Earle H. Waugh fait partie du département de Médecine de famille de l'Université d'Alberta au Canada.

- *Le nom et type de revue :*

L'étude a été publiée dans la revue « International Journal of Nursing Studies », aux éditions Elsevier. Cette revue a pour but de présenter des études dans le domaine de la santé et des soins et particulièrement des soins infirmiers afin d'améliorer les pratiques. L'article de Belinda Parke et al., a été publié en 2013. (Référence : International Journal of Nursing Studies (2013). Accès www.journals.elsevier.com/international-journal-of-nursing-studies/).

- *Le lieu de l'étude :*

L'étude a été menée dans des services d'urgences. Toutefois, le lieu n'est mentionné à aucun moment dans l'article. Hypothèse du lieu de l'étude : Edmonton (Alberta), Canada.

1.2 L'objet de l'articles et cadre théorique

1.2.1 Objet de la recherche :

Identifier les facteurs facilitant et entravant les soins à la personne âgée démente dans les départements d'urgences, ainsi qu'identifier des solutions qui pourraient être un support à la pratique infirmière, dans le but de dispenser des soins gérontologiques qui pourraient être testés dans des études futures (p.1207).

1.2.2 Cadre théorique de la recherche :

L'auteur ne fait pas mention du cadre théorique sur lequel il base son étude.

1.2.3 Principaux concepts et/ou notion utilisés :

Le principal concept utilisé est celui de la perception des infirmiers/ères des services d'urgences ainsi que la perception des proches aidants accompagnant des personnes âgées démentes.

1.3 Méthodologie de la recherche

1.3.1 Outil pour la récolte de données :

L'auteur utilise la méthode d'entrevue semi-structurée (p.1209).

1.3.2 Population de l'étude :

16 personnes ont été sélectionnées pour la première partie de l'étude (interview). Parmi ces 16 personnes on y retrouve les personnes atteintes de démence et les proches aidants. Les critères d'inclusion étaient les suivants :

- Personnes âgées souffrant de démence et ayant visité les urgences sur une période de 6 mois avant les entrevues.
- Un score à l'échelle du Mini Mental Status Examination (MMSE) compris entre 18 et 23.
- Les capacités à répondre aux questions.
- Le consentement des familles.

Les proches aidant qui ont accompagné les personnes âgées démentes ont aussi été sollicités pour l'étude et ont répondu aux questions de l'interview (p.1208-1209).

Dans la seconde partie de l'étude qui correspondait aux groupes de discussion autour des problématique relevées et perçues par les patients et leurs proches aidants, ce sont des infirmiers/ères qui y ont participé (n total = 14). Dix infirmiers/ères des services d'urgences ont participé et quatre infirmiers/ères certifiaient dans les pratiques gériatologiques (p.1210).

1.3.3 Type d'analyse :

Il s'agit d'une étude qualitative descriptive de type phénoménologique.

1.4 Présentation des résultats

1.4.1 Principaux résultats de la recherche :

Les résultats des entretiens et des groupes de discussion ont fait émerger quatre thématiques :

- La sous-évaluation au triage
 - Difficulté à comprendre la problématique de santé et tendance à sous évaluer les problématiques des personnes âgées démentes.
- L'attente : l'inquiétude
 - Le temps d'attente dans un environnement non familial et anxiogène ainsi que le manque de clarté dans les informations données engendre une crainte importante de la part de la personne âgée et du proche aidant.
- Pression du temps : manque d'attention des besoins basiques
 - Le temps à disposition de l'infirmière et les priorités auxquelles elle est contrainte font que, bien souvent, les besoins basiques de la personne

ne sont pas pris en compte et renforce le sentiment négatif perçus par la personnes démente et le proche aidant.

- Relation et interaction : sentiment d'être ignoré, oublié et pas important
 - Le manque de communication entre les soignants et les patients et proches aidants est mis en avant. Ce manque d'interaction à tendance à créer des sentiments négatifs et faire ressentir un manque de considération chez les patients et proches aidants.

1.4.2 Conclusions générales :

L'auteur met en avant dans sa conclusion le fait que les problématiques soulevées peuvent avoir des conséquences négatives sur les personnes âgées démentes. Il souligne également la nécessité de repenser à la manière de prendre en soins cette population de patients (p.1216).

1.5 Ethique

L'étude a été approuvée par l'université d'Alberta. Tous les participants à l'étude ont donné leur consentement.

2. Démarche interprétative

2.1 Apports de l'article :

Cette étude nous permet d'avoir un aperçu de l'expérience que vivent les patients déments et les proches aidants, ainsi que le point de vue de l'infirmière sur la prise en soins de cette population dans le contexte des urgences. Elle met aussi en avant les difficultés rencontrées par les différents partis.

2.2 Limites (méthodologiques ou de connaissances) :

- L'auteur met en avant la difficulté de participation des personnes âgées démentes et les souvenirs parfois limités de l'expérience vécue aux urgences (p.1216).

- Il met aussi en avant le manque de réponses honnêtes de la part des infirmiers/ères, des patients et des proches aidants (p.1216).
- Contexte socio-sanitaire et petit échantillon qui ne permettent pas de généraliser (p.1216).

2.3 Pistes de réflexion :

- L'auteur propose de poursuivre des études sur cette même thématique en partant des difficultés démontrées dans la prise en soins de cette population (p.1216).

7.1.4 FICHE DE LECTURE N°4

Nolan, L. (2007). Caring for people with dementia in the acute setting : a study of nurses' views. *British Journal of Nursing*, 16(7), 419-422.

1. **Démarche descriptive**

1.1 Le contexte de réalisation et de publication de l'étude

- *Identité de l'auteur* : Cet article est écrit par:
 - Louise Nolan est chargée d'enseignement et est également étudiante en recherche dans une école des sciences infirmières et obstétricales à l'université de Dublin en Irlande.
 - Louise Nolan a effectué cette étude dans le cadre d'un master en soins infirmiers en collaboration avec le Royal College of Nursing.

- *Le nom et type de revue* :

La revue « British Journal of Nursing » est la principale revue infirmière du Royaume-Uni. Les lecteurs de cette revue sont autant des étudiants que des spécialistes cliniques. Cette revue est divisée en plusieurs domaines comme la nutrition, la dermatologie, etc. L'article de Louise Nolan a été publié dans le domaine de la santé mentale. Il y a vingt-deux articles de recherches ou de documents qui sont publiés par année. (Référence : British Journal of Nursing. (2015). *Welcome to British Journal of Nursing's Official Subscription Site*. Accès <http://info.britishjournalofnursing.com/>).

- *Le lieu de l'étude* :

L'étude a été réalisée dans un grand hôpital de soins aigus pour personnes âgées. (p.419). Le lieu de l'étude n'est pas mentionné.

- *Les objectifs pratiques* :

« Les préoccupations uniques au contexte de soins aigus doivent être abordées pour renforcer les capacités des infirmiers en soins et les expériences de soins des personnes atteintes de démence » (p.422).

1.2 L'objet de l'article et le cadre théorique

1.2.1 Objet de la recherche :

Comprendre les expériences des infirmières des soins aux personnes âgées atteintes de démence dans un hôpital de soins aigus pour personnes âgées (p.419).

1.2.2 Cadre théorique de la recherche :

L'auteur a utilisé l'approche décrite par Cohen et al., (2000) pour l'analyse des données de l'étude (p.420). Cette approche se porte sur « les méthodes de recherche en éducation ». (Référence : Questia. (2016). *Book details, Research Methods in Education*. Accès <https://www.questia.com/library/103778255/research-methods-in-education>).

1.2.3 Principaux concepts et/ou notions utilisés :

Le principal concept est celui de la perception des infirmières dans l'hôpital de soins aigus.

1.3 Méthodologie de la recherche

1.3.1 Outil pour la récolte de données :

L'auteur a utilisé la méthode d'entrevue non directive (p.419).

1.3.2 Population de l'étude :

Sept infirmières ont été sélectionnées pour les interviews avec différents critères d'inclusion :

- Le niveau de certificat (n=3) .
- Seulement le diplôme en soins infirmiers (n=1).
- Le degré d'étude en soins infirmiers (n=1).
- Diplôme en science infirmière et diplôme en gérontologie (n=2).

Toutes les infirmières ont été enregistrées comme infirmières générales avec des degrés différents de formation. Les expériences des infirmières variaient de 2,5 à 16 ans (p.419).

1.3.3 Type d'analyse :

Cette étude se porte sur une recherche qualitative descriptive de type phénoménologique et qui a été menée sur une période de 3 mois.

1.4 Présentation des résultats

1.4.1 Principaux résultats de la recherche :

Les résultats des entretiens ont été divisés en trois sous catégories : (p.420)

- La réalité du soin.
- Les soins pour les personnes avec une démence qui sont agitées ou agressives, et la différence avec celles qui ne le sont pas.
- Le sens du soin.

L'ensemble des principaux résultats relevés si dessous se trouve en page 420.

- La configuration physique du service de soins aigus est décrite par les infirmières généralement comme inadapté pour les personnes âgées atteintes de démence, avec l'incapacité de répondre à leurs propres besoins. Les infirmières ont relevé que l'environnement est mieux approprié pour les personnes âgées démentes qui ne sont pas agitées et qui ne présentent pas d'épisodes d'agressivité dans un état confusionnel.
- Les infirmières ressentent le service aigu comme une surstimulation des facteurs d'anxiété et de confusion pour les personnes âgées démentes, liés à l'augmentation du nombre de personnes et d'activités dans le service.
- Les infirmières ont exprimé que plus de temps et plus de priorités sont nécessaires pour soigner les personnes âgées atteintes de démence. Les infirmières ne sont pas toujours disponibles en raison de la charge de travail.

- Les résultats de la recherche montrent la nécessité de mettre l'accent sur l'identification des besoins individuels de chaque personne âgée démente et ainsi promouvoir leur personnalité.

1.4.2 Conclusions générales :

L'auteur met en avant dans sa conclusion que cela pourrait être un problème concernant les infirmières qui travaillent dans des contextes de soins de courte durée. En effet, le manque d'expérience de ce type de soins auprès des personnes âgées démentes fait que les infirmières peuvent avoir un besoin d'apprentissage et de qualification en matière de démence (p.422).

1.5 Éthique

L'étude a été approuvée par le comité d'éthique local. Les infirmières ont préféré effectuer les entretiens dans une salle privée adjacente au service plutôt qu'un lieu de commodité pour les infirmières (p.419). L'auteur ne nous fait pas part des éventuels consentements des infirmières.

2. Démarche interprétative

2.1. Apports de l'article :

Cet article nous permet d'avoir un aperçu du ressenti et de l'expérience des infirmières auprès des personnes âgées démentes dans un hôpital de soins aigus.

2.2 Limites (méthodologiques ou de connaissances) :

- L'auteur décrit que le volume de recherche se basant sur les soins aux personnes âgées atteintes de démence dans des contextes aigus est limité (p.421).
- Le type de service n'est pas mentionné.

- Cette étude a été menée essentiellement pour les soins aux personnes âgées dans un service aigu. Or, on ne sait pas si les infirmières dans d'autres services de soins aigus perçoivent des expériences identiques (p.422).
- L'auteur ne détaille pas la méthode d'enregistrement et de retranscription des données.

2.3 Pistes de réflexion :

- D'après l'auteur, une étendue de cette thématique de recherche serait nécessaire dans d'autre service de soins aigus avec un environnement qui n'est pas conçu spécifiquement pour les personnes âgées (p.422).
- L. Nolan se réfère à un auteur qui décrit que « La qualité des soins de la démence peut être atteint même avec des ressources limitées » (Marshall, 2001) (p.422).

7.1.5 FICHE DE LECTURE N°5

Erdmann, A. & Schnepf, W. (2014). Conditions, components and outcomes of Integrative Validation Therapy in a long-term care facility for people with dementia. A qualitative evaluation study. *Dementia : The international journal of social research and practice*, 0(0), 1-21. doi:10.1177/1471301214556489

1. **Démarche descriptive**

1.1 Le contexte de réalisation et de publication de l'étude

- *Identité des auteurs :*

- Anke Erdmann : Chercheuse en sciences sociales et doctorante au Département de Sciences Infirmières à l'Université Witten/ Herdecke et chercheuse à l'Université des sciences appliquées et au ministère de la Santé et des soins infirmiers en Allemagne (p.21).
- Wilfried Schnepf : Professeur de soins infirmiers de famille dans le département de Science infirmières à l'Université de Witten/ Herdecke en Allemagne (p.21).

- *Le nom et type de revue :*

La revue s'intitule « Dementia » ; c'est une revue internationale. Elle vise l'amélioration de la qualité de vie et des soins pour les personnes atteintes de démence et leurs familles. Cette revue, qui a comme paradigme primaire l'expérience vécue de la démence, est disponible pour les universités ainsi que pour les praticiens. Cet article a été publié en ligne avant d'être imprimé, c'est un article qui fait partie des "OnlineFirst" et donc n'a pas de numéro de fascicule et de volume. (Référence : Sage Journals. (2016). *Dementia : The international journal of social research and practice*. Accès <http://dem.sagepub.com/>).

- *Le lieu de l'étude :*

L'étude a été réalisée dans une maison de soins infirmiers spécialisés dans un village du nord de l'Allemagne (p.3).

- *Les objectifs pratiques* : (p.2)
 - Développer une étude sur la manière dont IVA (la thérapie de la validation intégrative) est pratiquée dans un centre de soins de longue durée.
 - Générer des hypothèses sur les effets de l'IVA sur les personnes atteintes de démence, leurs proches et leurs infirmières.
 - D'explorer comment l'IVA est acceptée par les infirmières et parents de personnes atteintes de démence.

1.2 L'objet de l'article et le cadre théorique

1.2.1 Question de recherche :

1. Avec quelles catégories peut-on décrire la pratique de l'IVA?
2. Comment l'IVA est elle évaluée par les infirmiers et les proches ?

1.2.2 Objet de la recherche :

Le but de cette étude est d'évaluer la méthode de validation d'intégration (IVA) dans une maison de soins infirmiers pour des personnes atteintes de démence en étudiant le point de vue des professionnels ainsi que des proches.

- La méthode de validation d'intégration (IVA) (p.2) :

L'IVA est une modification de la méthode de validation de Naomie Feil qui a été reprise par Richard. Ces deux méthodes se penchent sur les personnes âgées qui sont désorientées, confuses et démentes. Elles ont tout deux des similitudes concernant la forme du modèle et les objectifs.

Les techniques de validation de Richard sont de percevoir et de valider les sentiments (par exemple l'anxiété) et la motivation de la personne en verbalisant des phrases courtes.

« Feil suppose que les très vieilles personnes désorientées ne sont plus capables de faire face aux nombreuses pertes physiques et sociaux qu'ils ont engagés et voilà pourquoi ils se tournent vers le passé (Feil, 1985; Feil & de Klerk-Rubin, 2010), alors que Richard suit l'approche médicale qui dit que la démence est juste une maladie organique du cerveau. La similitude la plus importante est une attitude de respect et d'appréciation absolue des personnes atteintes de démence, ce qui est fondamental pour les deux méthodes »

1.2.3 Cadre théorique de la recherche :

La théorie de la transition de Meleis et la théorie des soins centrés sur la personne de Kitwood ont été utilisées pour l'interprétation des données de l'étude (p.5).

1.2.4 Principaux concepts et/ou notions utilisés :

- La thérapie de la validation
- La démence
- Fourth Generation Evaluation
- La théorie de la transition

1.3 Méthodologie de la recherche

1.3.1 Outil pour la récolte de données :

Les auteurs ont choisi « Fourth Generation Evaluation » (Guba & Lincoln, 1989) comme une conception descriptive et exploratoire, qui fournit un cadre structuré pour l'évaluation de nouveaux programmes, les processus, les organisations (DER Lu, 2006) ou encore des interventions infirmières (Duhamel & Talbot, 2004). « Fourth Generation Evaluation » est connu sous le nom d'évaluation constructiviste, qui est basée sur les hypothèses du constructivisme. Les hypothèses méthodologiques de base du constructivisme sont l'herméneutique et la dialectique... (p.3).

Les auteurs ont préféré les méthodes qualitatives pour la collecte des données. Un guide d'entretien a été utilisé comme liste de contrôle pour veiller à ce que toutes les

questions pertinentes soient posées avant la fin de l'entrevue. Pendant l'entrevue, l'intervieweur a utilisé trois stratégies à suivre :

- L'enquêteur établit sa compréhension en reflétant la narration dans ses propres mots,
- il / elle pose des questions de clarification,
- il / elle confronte le participant avec des contradictions, des sujets inexplicables ou incohérences (p.3).

Les auteurs ont effectué 17 interviews qualitatives d'experts à l'aide d'un guide d'entrevue avec des individus de quatre groupes d'intervenants : médecin, proches, infirmières pratiquant l'IVA et celles qui l'enseignent. Tous travaillent avec ou sont liés à des résidents de la maison de soin (p.3).

Pour améliorer l'apport théorique, les auteurs ont effectués une revue de la littérature ainsi que la réalisation de deux interviews d'experts initiaux avec l'auteur de la méthode Richard, et une infirmière formatrice de la méthode Feil (p.3).

Les auteurs ont élargi les interviews en utilisant les observations des participants en non structurées, entre les praticiennes de l'IVA et les personnes atteintes de démence au cours de la matinée ou l'après-midi. (Tableau 2) (p.4).

Après l'analyse qualitative du contenu des entrevues les auteurs ont présenté et discuté des résultats dans deux sessions de groupes de discussion finaux (p.4). L'élaboration de la synthèse a été effectuée à partir de « higher-level synthesis » (Guba & Lincoln, 1989, p. 149) des déclarations contradictoires (processus dialectique). L'ensemble du processus d'évaluation constructiviste est résumé dans la figure 1. (p.4).

Les entretiens individuels ainsi que la discussion de groupe finale ont été enregistrés et retranscrits mot à mot. Les données d'observation ont été enregistrées par écrit pendant les observations.

En raison de problèmes techniques, la discussion de groupe dans la maison de soins infirmiers n'a pas pu être enregistrée sur bande, mais les résultats ont été rédigés dans un rapport. Les données ont été analysées en utilisant une analyse de contenu qualitative développée par Mayring (2008) et le logiciel software MAXQDA (p.5).

1.3.2 Population de l'étude :

La maison de soins infirmiers spécialisés pour les personnes âgées démentes accueille 61 résidents. Ils passent leurs journées dans quatre groupes différents :

- Un groupe plus important qui comporte 30 personnes sans problèmes de comportement.
- Deux petits groupes avec chacun 12 personnes souffrant de troubles du comportement.
- Un petit groupe se composant de sept personnes dans la dernière étape de la démence, c'est-à-dire immobiles et incapables de parler. Ces personnes ont besoin d'un environnement très calme et attentionné (p.3).

L'échantillon (n=17) comprends 7 infirmières qui pratiquent l'IVA dans la maison de soins, 2 infirmières qui forment le personnel à cette méthode, 7 proches des personnes âgées de la maison de soins et 1 médecin de l'établissement de soins spécialisé en neuro-psychiatrie (tableau 1) (p.4).

Les deux groupes de discussion finale comprenaient :

- Un focus groupe avec les infirmières praticiennes de l'IVA et une infirmière formatrice de l'IVA de la maison.
- Un focus groupe avec deux formatrices de l'IVA de la maison de soins infirmiers, 14 autres formatrices de l'IVA venant d'Allemagne, de la Suisse et l'initiateur de la méthode IVA, Richard®.

1.3.3 Type d'analyse :

Il s'agit d'une recherche mixte. C'est une étude qualitative descriptive (étude de cas) accompagnée d'une revue de la littérature.

1.4 Présentation des résultats

1.4.1 Principaux résultats de la recherche :

A partir de la première question de recherche (1), plusieurs catégories en ont découlé. Les relations entre ces catégories se retrouvent dans la Figure 2 de l'article. Des

composantes de l'IVA sont mises en évidences dans la Figure 2 et certaines d'entre elles s'influencent mutuellement (p.7) :

- L'attitude
- La perception
- La validation
- L'évaluation
- La documentation

Les auteurs ont rédigé les résultats en trois parties (p.7) :

A. Les composantes

a. L'attitude (p.7-9)

C'est l'attitude des infirmières qui pratiquent l'IVA envers les personnes âgées démentes. Elle regroupe plusieurs sous-attitudes en rapport avec l'étude. L'empathie, la congruence, la patience et l'équanimité, le respect des personnes atteintes de démence, l'acceptation de la réalité subjective du patient, la préparation à des réactions inattendues (flexibilité) sont les attitudes qui sont attendues de la part des infirmières afin de pratiquer l'IVA.

b. La perception (p.9-10)

Dans l'établissement de soins, plusieurs compétences perceptives sont présentées : la collecte des données biographiques du patient, la perception des sentiments et la motivation, l'observation des symptômes liés à la démence, la reconnaissance d'autres maladies et d'autres symptômes qui peuvent être une contre-indications à l'IVA telles que la schizophrénie et la dépression (p.9).

La récolte des données biographiques est utile pour comprendre le comportement des résidents et de valider leurs thèmes de vie (p.10).

La perception du courant des sentiments ou des motivations des personnes avec la démence est l'une des tâches les plus importantes dans la pratique de l'IVA. Sans cela, la validation des sentiments ou la motivation est impossible (p.10).

c. La validation (p 10-14)

La validation regroupe les principes et les techniques d'interaction verbale et non verbale (présentés en page 10-11). Voici quelques principes et techniques : généraliser les sentiments et la motivation avec des proverbes, des dictons, des

chansons et des phrases, la mise en miroir du langage du corps de la personne... (p.10-11)

Dans le focus groupe final, Les infirmières praticiennes et les infirmières qui enseignent l'IVA ont exprimé que, la plus part du temps, lorsqu'elles valident la motivation et les sentiments de leurs résidents, ces personnes connaissent moins souvent des crises comportementales et des sentiments de stress (p.12).

Les auteurs mentionnent que, lors de leurs observations, la technique de toucher se faisait sur une partie dite acceptable du corps (main, bras ou épaule). Cette technique est utilisée non seulement pour établir un contact avec la personne, mais aussi quand de forts sentiments de tristesse, de l'anxiété ou de l'insécurité se produisent. Les infirmières savent aussi que si quelqu'un est très excité ou ressent des sentiments de colère intense, il est inutile d'effectuer la technique du toucher (p.14).

B. L'évaluation et la documentation : voir page 14.

C. Les résultats

D'après les participants de l'étude, l'IVA pour les personnes âgées démentes se résume et se traduit entre autres comme une expérience de confiance, d'appartenance, d'attachement, de respect, de bien-être, de joie et de diminution des troubles du comportement comme l'agitation ou un comportement agressif (p.14-15).

Les proches ont relevé un état de bien être auprès des personnes âgées démentes grâce à l'IVA (p. 15) et qu'ils étaient bien soignés au sein de cet établissement (p.16). Une infirmière qui pratique l'IVA verbalise que cette intervention rassure et détend les patients (p.16).

Les résultats de cette étude pour le personnel qui pratique quotidiennement l'IVA sont les suivants : une diminution du stress psychologique, une meilleure efficacité lors des soins, une diminution du danger de la violence dans les soins ainsi qu'une satisfaction dans la maison de soins avec une nette amélioration de la communication entre les membres du personnel soignant (p.16).

D. Le contexte institutionnel. (p.17)

- Les auteurs en résumé que ce contexte institutionnel semble faciliter l'application de la l'IVA. (p.17)

Dans la discussion, les auteurs font référence à d'autres auteurs qui expliquent « qu'en pratiquant l'IVA, les besoins psychologiques des personnes avec une démence peuvent être satisfaits, et donc l'une des multiples causes de troubles du comportement est éliminé » (Halek & Bartholomeyczik, 2006, p 49; Kolanowski, 1999, p 8). L' IVA contribue à la satisfaction des besoins typiques des personnes atteintes de démence comme par exemple le confort, l'attachement, l'inclusion ou encore l'identité (Kitwood, 2012) (p.18).

1.4.2 Conclusions générales :

Les auteurs en concluent que cette méthode infirmière est bénéfique pour aider le processus de transition lié à la maladie des personnes atteintes de démence. Cette intervention les aide également en cas de détresse émotionnelle, durant les phases de transition (l'irritabilité, l'anxiété, la dépression, etc.) (p.1).

1.5 Ethique

Cette étude a été approuvée par le comité d'éthique de l'Université de Witten / Herdecke en Allemagne. Les participants de l'étude ont approuvé un consentement éclairé écrit. L'inclusion des personnes atteintes de démence ainsi que les questions éthiques sont discuté dans un autre document (p.18-19).

2. Démarche interprétative

2.1. Apports de l'article :

Cet article nous a permis d'avoir un aperçu de la méthode d'IVA, un dérivé de la méthode de Feil, appliquée dans un établissement de soins de longue durée. L'article nous permet également de comparer ces pratiques à celles d'un service d'urgences.

2.2 Limites (méthodologiques ou de connaissances) : (p.18)

1. Cette étude ne peut pas être généralisée. La maison de santé étudiée est spécialisée dans les personnes âgées et démentes et comprend seulement ce type de patients, ce qui peut être un biais.
2. Les auteurs mentionnent que les observations transmises par les infirmières ont montré seulement un aperçu approximatif des techniques de validation non verbales auprès des résidents.
3. Des recherches avec vidéographies seraient nécessaires afin de décrire et de visualiser précisément l'interaction non verbale entre l'infirmière et la personne âgée démente à l'aide de l'IVA.
4. D'après les auteurs, une étude basé sur « Fourth Generation Evaluation », les résultats d'une étude de cas ne peuvent être généralisés.
5. La plupart des infirmières qui pratiquent l'IVA sont conscientes de la psychologie humaniste comme fondement théorique de l'IVA. La psychologie humaniste fait partie de la philosophie institutionnelle d'après une enquête de la maison de soins infirmiers étudiée, et cela peut donner un certain soutien aux praticiens de l'IVA (p.8).
 - Limites à d'autres institutions et infirmières concernant des philosophies de soins différentes, ce qui pourrait altérer la pratique de l'IVA ?

2.3 Pistes de réflexion :

- Pour l'IVA : « Les effets souhaitables la plus part du temps ne durent que peu de temps, et donc les praticiennes de l'IVA doivent avoir de la patience pour recommencer maintes et maintes fois » (p.9) → applicable aux urgences dans un cadre de soins aigus ?

7.1.6 FICHE DE LECTURE N°6

Tondi, L., Ribani, L., Bottazzi, M., Viscomi, G. & Vulcano, V. (2007). Validation therapy (VT) in nursing home : a case-control study. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 44 (supplément), 407-411.

doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.archger.2007.01.057>

1. **Démarche descriptive**

1.1 Le contexte de réalisation et de publication de l'étude

- *Identité des auteurs :*

Non mentionnée

- *Le nom et type de revue :*

L'étude a été publiée dans un supplément de la revue « Archives of Gerontology and Geriatrics », aux éditions Elsevier. Le but principal de la revue est de faciliter les échanges d'informations relatives à la prise en soins de personnes âgées que ce soit sur le plan médical ou sur le plan social, en publiant des études. (Référence : Archives of Gerontology and Geriatrics. (2007). Site. Accès : <http://www.journals.elsevier.com/archives-of-gerontology-and-geriatrics>

- *Le lieu de l'étude :*

L'étude a été menée dans un Établissement Médico-Social (EMS) à Bologne en Italie

1.2 L'objet de l'articles et cadre théorique

1.2.1 Objet de la recherche :

Démontrer les effets positifs de la thérapie de la validation sur les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence et son impact sur la vie quotidienne.

1.2.2 Cadre théorique de la recherche :

Les auteurs se basent sur les écrits de Naomi Feil (1967) et la méthode de la validation comme élément pouvant améliorer la qualité de vie des personnes âgées démentes (p.407).

1.2.3 Principaux concepts et/ou notion utilisés :

- Troubles cognitifs
- Troubles du comportement
- Autonomie dans les actes de la vie quotidienne (AVQ)

1.3 Méthodologie de la recherche

1.3.1 Outil pour la récolte de données :

Les auteurs ont commencé par une évaluation globale des personnes âgées démentes en utilisant trois échelles d'évaluation :

- Mini Mental Status Examination (MMSE) : Troubles cognitifs (seulement au début de l'étude).
- Bedford Alzheimer Nursing Severity Scale (BANSS) : Activité de la vie quotidienne
- Neuro-Psychiatric Inventory (NPI) : Troubles du comportements.

Deux groupes ont été constitués :

1. groupe avec la thérapie de la validation
2. groupe témoins (aucune intervention)

Les patients du groupe test ont bénéficié d'une intervention 3 fois par semaine en groupe ou en individuel de la part des soignants sur la thérapie de la validation, durant 4 mois.

Évaluation en fin d'études avec les mêmes échelles (BANSS, NPI) (p.408-409).

1.3.2 Population de l'étude :

60 personnes âgées démentes avaient été retenues pour l'étude. Les participants souffraient tous de troubles cognitifs sévères (MMSE en 0 et 13). Dix ont été exclus pour cause de décès ou de transfert dans un autre lieu (N total = 50) (p.408).

1.3.3 Type d'analyse :

Étude quantitative expérimentale

1.4 Présentation des résultats

1.4.1 Principaux résultats de la recherche :

L'étude montre une diminution significative des troubles du comportement chez les participants qui ont bénéficié de la méthode de la validation, en se basant sur l'échelle NPI (22.0 au début de l'étude contre 9.5 à la fin) (p.409-411).

Elle montre aussi une amélioration modérée dans l'activité de la vie quotidienne (BANSS) (T0 =17.7, T1= 16.2) surtout au niveau des troubles du sommeil et dans l'aide pour s'alimenter (p.409-411).

Diminution de l'état général dans le groupe témoin aussi bien au niveau des activités de la vie quotidienne (T0= 18.9, T1= 20.0) qu'au niveau des troubles du comportement (T0=21.7, T1 24.1) (p.409-411).

1.4.2 Conclusions générales :

Les auteurs mettent en valeur les résultats de la méthode de la validation au sein des EMS et la plus valu pour les soignants les familles, dans les relations avec les personnes souffrant de démence (p.411).

1.5 Ethique

Non mentionnée.

2. Démarche interprétative

2.1 Apports de l'article :

Cette étude nous montre l'effet positif de la méthode de la validation sur les troubles du comportement de la personne âgée démente.

2.2 Limites (méthodologiques ou de connaissances) :

- Impossibilité de savoir si la répartition des groupes était aléatoire (randomised) ou non.
- Echantillonnage de petite taille, difficilement généralisable.
- Identité des auteurs non connue
- Pas de notion d'approbation de l'étude par un comité d'éthique

2.3 Pistes de réflexion :

Non mentionnées.

7.1.7 FICHE DE LECTURE N°7

Deponete, A. & Missan, R. (2007). Effectiveness of validation therapy (VT) in group: Preliminary results. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 44(2),113-117. doi:10.1016/j.archger.2006.04.001

1. **Démarche descriptive**

1.1 Le contexte de réalisation et de publication de l'étude

- *Identité des auteurs :*

- Antonella Deponete fait partie du département de psychologie de l'Université de Trieste en Italie.
- Rossana Missan fait partie de l'institut pour les interventions sociales de Trieste en Italie.

- *Le nom et type de revue :*

L'étude a été publiée dans la revue « Archives of Gerontology and Geriatrics », aux éditions Elsevier. Le but principal de la revue est de faciliter les échanges d'informations relatives à la prise en soins de personnes âgées que ce soit sur le plan médical ou sur le plan social, en publiant des études. (Référence : Archives of Gerontology and Geriatrics. (2006). Site. Accès : <http://www.journals.elsevier.com/archives-of-gerontology-and-geriatrics>

- *Le lieu de l'étude :*

L'étude a été menée dans un Établissement Médico-Social (EMS). L'auteur ne précise pas la ville. Hypothèse du lieu de l'étude : Trieste (Italie).

1.2 L'objet de l'articles et cadre théorique

1.2.1 Objet de la recherche :

Comparer les effets de la méthode de la validation par Naomi Feil et la méthode de la Réminiscence Sensorielle, sur l'état cognitif, fonctionnel et affectif de personnes souffrant de démence, et ainsi évaluer l'effet sur la prise de médicaments psychotropes (p.114).

1.2.2 Hypothèse de travail :

Amélioration des troubles cognitifs et fonctionnels et réduction des troubles du comportement.

1.2.3 Cadre théorique de la recherche :

L'auteur se base sur les écrits de Naomi Feil par rapport à la méthode de la validation (Validation Therapy (VT)). Le cadre théorique s'appuie aussi sur une précédente étude menée par l'un des deux auteurs (Deponce and Sorrentino, 2002) (p.114).

1.2.4 Principaux concepts et/ou notion utilisés :

- Troubles cognitifs
- Troubles du comportement
- Autonomie dans les actes de la vie quotidienne (AVQ)

1.3 Méthodologie de la recherche

1.3.1 Outil pour la récolte de données :

Les auteurs ont commencé par une évaluation globale des personnes âgées démentes en utilisant trois échelles d'évaluation : (p.115)

- Mini Mental Status Examination (MMSE) : Troubles cognitifs
- Bedford Alzheimer Nursing Severity Scale (BANSS) : Activité de la vie quotidienne
- Neuro-Psychiatric Inventory (NPI) : Troubles du comportement

Trois groupes ont été constitués :

1. groupe avec la thérapie de la validation
2. groupe avec autre méthode (réminiscence sensorielle)
3. groupe témoins (aucune intervention)

Intervention deux fois par semaines auprès des deux groupes durant trois mois. Session de 45 à 60 minutes par des soignants formés. Évaluation en fin d'études avec les mêmes échelles (MMSE, BANSS, NPI)

1.3.2 Population de l'étude :

La population étudiée était constituée de personnes âgées démentes de minimum 70 ans. 30 personnes ont été sélectionnées pour l'étude. Trois sont décédées durant la recherche et ont été retirées des résultats. Le nombre final de participants à l'étude était de n=27 (p.114-115).

1.3.3 Type d'analyse :

Il s'agit d'une étude qualitative descriptive de type phénoménologique.

1.4 Présentation des résultats

1.4.1 Principaux résultats de la recherche :

La thérapie de la validation présente une diminution légère et peu significative des troubles cognitifs ($Z=-2.21$, $p < 0.03$). Pas de changement dans les activités de la vie quotidienne (BANSS) ($Z= -0.34$). Diminution significative des comportements à problèmes (NPI) ($Z= -2.21$, $p < 0.02$) (p.116).

En comparaison, la méthode de la réminiscence sensorielle propose une amélioration significative au niveau des troubles cognitifs (MMSE) ($Z= -2.05$, $p < 0.05$). Amélioration significative aussi pour les activités de la vie quotidienne (BANSS) ($Z= -2.41$, $p < 0.05$), et les troubles du comportement (NPI) ($Z= -2.52$, $p < 0.01$) (p.116).

Déclin général pour le groupe témoin surtout pour les activités de la vie quotidienne (BANSS) ($Z= -2.06$, $p < 0.05$) (p.116).

Pas de modification évidente dans la consommation de médicaments psychotropes pour l'ensemble des trois groupes (p.116).

1.4.2 Conclusions générales :

L'auteur met en avant dans sa conclusion la validité et l'efficacité de la méthode de la validation surtout dans la manière de percevoir les besoins de la personne démente et

dans la démarche relationnelle dans le support émotionnel, l'affirmation de la dignité indépendamment de sa condition psychologique (p.117).

1.5 Ethique

Non mentionnée.

2. Démarche interprétative

2.1 Apports de l'article :

Cette étude nous montre l'effet positif de la méthode de la validation sur les troubles du comportement de la personne âgée démente.

2.2 Limites (méthodologiques ou de connaissances) :

- Limitation dans le temps dévolu aux sessions (uniquement 2 heures par semaines sur 3 mois)
- Echantillon de petite taille
- D'après les auteurs, l'administration des médicaments psychotropes est probablement affectée par de multiples facteurs, ce qui abaisse le niveau de preuve et des résultats obtenus.
- Pas de notion d'approbation de l'étude par un comité d'éthique

2.3 Pistes de réflexion :

Les auteurs ne présentent aucune piste de réflexion.