

# **Unités spécialisées de la démence : impacts sur les personnes âgées en milieu de soins de longue durée : une revue de littérature**

Travail de Bachelor

Par

**Andrey Jeanne, Jaquier Sylvain et Spicher Marine**  
Promotion 2013 - 2016

Sous la direction de : Aurélie-Antoinette Klingshirn

**Haute Ecole de Santé, Fribourg**  
Filière soins infirmiers

14 juillet 2016

## Résumé

**Problématique** : Le nombre de personnes atteintes de démence va considérablement augmenter ces prochaines années. Cela représente un problème de santé publique actuel et il est impératif d'y apporter des solutions durables. Cette population représente également deux tiers de la patientèle dans les établissements médicaux sociaux en Suisse. La prise en soins de ces résidents demande un investissement important de la part des équipes de soins. Des compétences professionnelles spécifiques et un environnement adapté peuvent contribuer à une meilleure prise en soins.

**Objectifs** : Identifier l'avancée de la recherche sur les impacts des unités spécialisées de la démence (USD) pour les patients atteints de la maladie d'Alzheimer (MA) en comparaison avec des unités standards.

**Méthode** : Revue de littérature. 6 articles ont été sélectionnés dans Pubmed et analysés à l'aide des cadres de référence : qualité de vie, SCPD ainsi qu'approche centrée sur la personne.

**Résultat** : Les résultats sont dans leurs ensembles mitigés. Quelques bénéfices ont été identifiés, notamment en termes de qualité de vie, d'engagement social des résidents et d'utilisation de médicaments psychotropes et de mesures de contraintes physiques.

**Conclusion** : Il est difficile de relever des recommandations pour la pratique. Il y a une nécessité de poursuivre les recherches sur cette thématique afin de préciser et de standardiser les caractéristiques des USD ainsi que les bonnes pratiques à y adopter.

**Mots-clés** : Démence, maladie d'Alzheimer, soins de longue durée, unité spécialisée, symptômes comportementaux et psychologiques de la démence, qualité de vie.

## Tables des matières

Résumé .....	ii
Liste des tableaux .....	viii
Liste des figures .....	ix
Remerciements.....	x
<b>Introduction.....</b>	<b>1</b>
<b>Problématique.....</b>	<b>2</b>
<b>Question de recherche.....</b>	<b>5</b>
<b>Objectif.....</b>	<b>5</b>
<b>Cadre théorique.....</b>	<b>6</b>
<b>Démence, maladie d’Alzheimer et formes apparentées .....</b>	<b>7</b>
<b>Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence.....</b>	<b>8</b>
<b>Qualité de vie dans le syndrome démentiel .....</b>	<b>11</b>
<b>Soins de longue durée et unités spécialisées de la démence .....</b>	<b>12</b>
<b>Approche centrée sur la personne atteinte de maladie d’Alzheimer (Person centered care).....</b>	<b>14</b>
<b>Méthode.....</b>	<b>16</b>
<b>Devis de recherche .....</b>	<b>17</b>
<b>Banque de données et mots MeSH .....</b>	<b>17</b>
<b>Critères de sélection .....</b>	<b>18</b>
Critères d’inclusion.....	18
Critères d’exclusion .....	18

<b>Stratégies de recherches .....</b>	<b>19</b>
Stratégie 1 .....	19
Stratégie 2 .....	20
Stratégie 3 .....	20
Stratégie 4 .....	21
Stratégie 5 .....	21
<b>Méthodes d'analyse des études .....</b>	<b>21</b>
<b>Résultats .....</b>	<b>24</b>
<b>Caractéristiques des études retenues.....</b>	<b>25</b>
<b>Impacts des unités spécialisées de la démence .....</b>	<b>27</b>
Impacts pour les résidents .....	27
Impacts sur la qualité de vie .....	27
Impacts sur les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence .....	29
Impacts sur le status cognitif.....	30
Impacts sur l'engagement social des résidents .....	31
Impacts sur la dépendance physique des résidents .....	32
Impacts sur l'utilisation de mesures de contraintes et de médicaments psychotropes .....	32
<b>Discussion .....</b>	<b>34</b>
<b>Qualité des résultats .....</b>	<b>35</b>
<b>Impacts probables des unités spécialisées pour les personnes atteintes de démence     .....</b>	<b>37</b>
Qualité de vie .....	37
SCPD .....	38

Approche centrée sur la personne (Person centered care) .....	39
<b>Perspectives pour la recherche</b> .....	<b>40</b>
<b>Implications pour la pratique</b> .....	<b>41</b>
<b>Limites et forces de la revue de littérature</b> .....	<b>43</b>
<b>Conclusion</b> .....	<b>45</b>
<b>Références</b> .....	<b>47</b>
<b>Appendice A : Déclaration sur l'honneur</b> .....	<b>51</b>
<b>Appendice B : Grilles d'analyse quantitative de Abrahamson, Lewis, Perkins, Clark, Nazir &amp; Arling (2013)</b> .....	<b>53</b>
<b>Appendice C : Grilles d'analyse quantitative de Boekhorst, Depla, Lange, Pot &amp; Eefsting (2009)</b> .....	<b>61</b>
<b>Appendice C : Grilles d'analyse quantitative de Crespo, Hornillos &amp; Gómez (2013)</b> .....	<b>71</b>
<b>Appendice D : Grilles d'analyse quantitative de Kok, Van Heuvelen, Berg &amp; Scherder (2016)</b> .....	<b>82</b>
<b>Appendice E : Grilles d'analyse quantitative de Nakanishi, Nakashima &amp; Sawamura (2012)</b> .....	<b>90</b>
<b>Appendice F : Grilles d'analyse quantitative de Verbeek et al. (2014)</b> .....	<b>97</b>
<b>Appendice H : Caractéristiques des études retenues</b> .....	<b>109</b>
<b>Appendice I : Grille SC2 de la maladie d'Alzheimer</b> .....	<b>116</b>

**Appendice J : Tableau des approches non-pharmacologiques..... 121**

**Liste des tableaux**

Tableau 1 .....	9
Tableau 2 .....	19
Tableau 3 .....	28



**Liste des figures**

Figure 1. Flowchart.....23

## **Remerciements**

Nous tenons à remercier notre directrice de travail de Bachelor, Madame Aurélie-Antoinette Klingshirn qui a su nous guider et nous conseiller tout au long de la construction de notre revue de littérature.

Nous remercions également Madame Catherine Dubey pour ses précieuses explications concernant l'interprétation des statistiques de nos études.

Nous remercions également nos proches pour le soutien apporté au cours de l'élaboration de notre travail.

## **Introduction**

## Problématique

La prise en soins des patients souffrant de démence de type Alzheimer est un défi actuel et grandissant. En effet la stratégie nationale en matière de démence 2014-2017 expose qu'en Suisse, la population atteinte de démence pourrait atteindre les 190'000 personnes jusqu'en 2030 et pourrait dépasser les 300'000 personnes d'ici 2060 (Conférence Suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé CDS & Office fédéral de la santé publique OFSP, 2013). Aussi « en 2012, le nombre de personnes atteintes de démence dans le monde était estimé à 35,6 millions. Les prévisions partent de l'hypothèse que ce chiffre aura triplé à l'horizon 2050 (CDS & OFSP, 2013, p. 17) », atteignant les 135 millions ce qui correspond à la population combinée du Lichtenstein, de l'Allemagne, de l'Autriche, du Luxembourg et de la Suisse. Dans les établissements médico-sociaux (EMS) suisses, ce sont près de deux tiers des résidents qui sont atteints d'une pathologie de la démence (CDS & OFSP, 2013). Ces résidents demandent à l'équipe soignante une attention particulière due à la pathologie et à ses manifestations (démarche hésitante, agitation, apathie, adynamie, agressivité, opposition, comportements socialement inappropriés comme désinhibition, etc.). De ce fait, cela requiert des compétences professionnelles reconnues pour aider adéquatement ces personnes dans les difficultés rencontrées dans leur vie quotidienne. De même, avec l'évolution de la maladie, un lieu de vie sécurisé et un aménagement de son architecture s'adaptant aux rythmes de vie des résidents doit être encouragé pour diminuer la stigmatisation, favoriser l'intégration et conserver la qualité de vie des personnes atteintes de démence. Toutes ces données sont comprises dans l'objectif 3.5 du champ d'action 2 : « offres adaptées aux besoins » de la Stratégie nationale en matière de démence (CDS & OFSP, 2013).

En 2007, une prise de conscience quant à la nécessité d'une prise en soins de qualité pour les personnes atteintes de démence s'est faite au niveau international, Alzheimer Europe ayant « appelé à l'Union européenne, à l'OMS, au Conseil de l'Europe et aux gouvernements nationaux afin qu'ils déclarent la MA priorité de santé publique » (CDS & OFSP, 2013, p. 16).

Il a été constaté que seules 10% des institutions de soins et d'accompagnement de longue durée possèdent une unité de soins spécialisée et que dans plus de 60 % des institutions, les patients atteints de démence vivent exclusivement dans des services mixtes avec des personnes autonomes psychiquement (Curaviva.ch, 2013, cité dans CDS & OFSP, 2013).

*Alzheimer-conseil.fr (2015)* définit les unités spécialisées comme des unités de vie protégées devant répondre à des critères spécifiques :

- Sélection des résidents : les patients admis en USD sont atteints de MA et forme apparentée
- Adaptation de l'ergonomie des lieux : l'environnement physique est spécifique et est séparé des autres lieux de soins afin d'éviter les fugues et les accidents et d'assurer un maximum de confort pour le patient, ses proches et l'équipe soignante.
- Qualification du personnel : le personnel soignant est sélectionné, formé et supervisé afin de savoir faire face aux situations délicates induites par la maladie afin afin de savoir faire face aux situations délicates induites par la maladie, ceci dans le but de les appréhender avec professionnalisme.
- Projet de soins : un projet de soins tenant compte du respect des habitudes de vie est mis en place avec un programme d'activités spécifiques et individuel permettant d'optimiser la qualité de vie du patient et de son entourage.

- Implication des familles : les familles et les proches sont pris en compte dans la prise en soins des résidents.

Selon la CDS (2013), les principaux obstacles au développement de telles structures seraient : un financement insuffisant en lien avec les coûts de séjours et une rémunération adaptée aux prestations fournies, une difficulté à financer le temps nécessaire à la coordination et à la communication entre les différents soignants, des instruments d'évaluation des résidents ne permettant que partiellement l'identification des besoins nécessaires à la prise en soins des patients atteints de démence, une formation insuffisante du personnel soignant spécialisé et le manque d'une coordination ou l'absence d'un concept cantonal. L'ensemble de ces difficultés ne favorise pas la prise en soins des personnes atteintes d'une pathologie de la démence (p. 16).

D'après la revue systématique de Cochrane de Lai, Yeung, Mok et Chi (2009) s'étant particulièrement intéressée aux bénéfices des unités spécialisées sur les manifestations de la pathologie, les apports de ces unités n'ont pas pu être clairement identifiés. Une des principales raisons de ces résultats est le nombre restreint d'études ayant été retenues, du fait des exigences pour la recension des écrits. Les auteurs ayant retenu 7 études non randomisées contrôlées, les résultats démontrent que les unités spécialisées ont des effets significatifs sur l'humeur, l'affect et l'utilisation des contraintes physiques sur une période de trois mois et des effets significatifs sur l'agitation et l'usage des psychotropes sur une période de plus de trois mois. Concernant la qualité de vie, les résultats sont non-significatifs.

A partir de ces résultats mitigés, il semble sensé de s'interroger sur l'intérêt de continuer les recherches en sciences infirmières au sujet des bénéfices des USD sur les SCPD. En effet, plusieurs cantons romands développent actuellement des unités

spécialisées de la démence pour cette population, avec pour postulat que ces milieux de soins et accompagnement spécifiques répondent aux besoins des personnes accueillies. C'est la raison pour laquelle la question de recherche de notre revue de littérature sera dirigée dans ce sens.

### **Question de recherche**

Quels sont les impacts des unités spécialisées pour les patients atteints de démence (MA et formes apparentées), en matière de SCPD, de qualité de vie, ou d'autres paramètres liés aux soins et à l'accompagnement de ces personnes ?

### **Objectif**

L'objectif de ce travail est de saisir l'avancée de la recherche sur les impacts des unités spécialisées de la démence pour les patients atteints de la maladie Alzheimer en comparaison avec des unités standards.

## **Cadre théorique**



La démence, en particulier la MA et ses formes apparentées, la qualité de vie, les SCPD et les unités spécialisées de la démence sont des concepts qui découlent de la problématique et de la question de recherche. Ils composent le cadre de référence de ce travail et sont définis dans le présent chapitre. Ils sont un support à la recherche d'articles et à l'analyse des résultats.

### **Démence, maladie d'Alzheimer et formes apparentées**

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 2016), « la démence est un syndrome, généralement chronique ou évolutif, dans lequel on observe une altération de la fonction cognitive, plus importante que celle que l'on pourrait attendre du vieillissement normal ».

Townsend (2010, p. 283) ajoute qu'il s'agit d'une :

Perturbation intellectuelle, acquise et irréversible, comprenant la détérioration du fonctionnement de plusieurs zones de l'activité cérébrale (par exemple de la mémoire, du langage, de l'orientation spatio-temporelle, des sphères émotionnelles et cognitives) et des modifications de la personnalité. [...] La perturbation touche aussi la pensée abstraite, le jugement et la maîtrise des impulsions.

Les démences sont classées selon leur étiologie présumée et on en distingue deux types : la démence primaire et la démence secondaire. Dans les cas de démence primaire telle que la MA, la démence est le symptôme principal présenté par la personne (Townsend, 2010) et conduit progressivement à une perte d'autonomie (Association Alzheimer Suisse, 2015).

La forme la plus fréquente de démence, touchant environ 50% des personnes atteintes de troubles cognitifs, est la MA (MA) (Association Alzheimer Suisse, 2015)

(voir Appendice I : Grille SC2 de la maladie d'Alzheimer). L'étiologie de cette démence neurodégénérative n'est pas clairement établie par les scientifiques mais serait multifactorielle (Institut national de la santé et de la recherche médicale INSERM, 2014). Malgré sa forme incurable et son évolution irréversible, « les traitements actuels et l'adoption de certains modes de vie peuvent souvent ralentir de façon significative l'évolution de la maladie » (Association Alzheimer Suisse, 2015).

### **Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence**

Selon l'Association Internationale de Psychiatrie (IPA, 1998, p. 10), les SCPD sont les « symptômes de troubles de la perception, du contenu des pensées, de l'humeur ou du comportement fréquemment observés chez les patients déments ». On peut les classer en cinq groupes (voir tableau 1).

Leur prévalence varie selon les sources. En effet, Voyer (2013) affirme qu'on retrouve des SCPD chez 30 à 90% des personnes atteintes de démence, ceci dépendamment du milieu de soins, de l'avancée de la démence et de leur méthode d'évaluation. Selon Gillabert et al. (2006) ils toucheraient 40 à 60% des patients atteints de démence. En 1997, l'IPA (cité dans Gagné & Voyer, 2013) disait que leur fréquence était très importante puisqu'ils atteignaient jusqu'à 90% des personnes atteintes de la MA.

Tableau 1

## SCPD

<b>Groupe I</b> (les plus fréquents / les plus éprouvants)	<b>Groupe II</b> (relativement fréquents / relativement éprouvants)	<b>Groupe III</b> (moins fréquents / prise en charge possible)
<b>Psychologiques</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Délires</li> <li>- Hallucinations</li> <li>- Humeur dépressive</li> <li>- Insomnie</li> <li>- Anxiété</li> </ul> <b>Comportementaux</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Agression physique</li> <li>- Errance</li> <li>- Impatience</li> </ul>	<b>Psychologiques</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Troubles de l'identification</li> </ul> <b>Comportementaux</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Agitation</li> <li>- Comportement contraire aux convenances et désinhibition</li> <li>- Cris</li> <li>- Allées et venues</li> </ul>	<b>Comportementaux</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pleurs</li> <li>- Jurons</li> <li>- Questions répétitives</li> <li>- Poursuite incessante d'un proche</li> <li>- Manque d'entrain</li> </ul>

Source : Association Internationale de Psychiatrie. (1998). *Module 2 : Enjeux cliniques*. Repéré à [http://www.granato.fr/images/6\\_publications/2\\_enjeux\\_cliniques.pdf](http://www.granato.fr/images/6_publications/2_enjeux_cliniques.pdf)

Le traitement des SCPD est multimodal. Selon Gagné et Voyer (2013), la prise en soins infirmière des SCPD se fait en 6 étapes :

1. Approches de base : Il s'agit de l'approche centrée sur la personne (voir chapitre « Soins centrés sur la personne », p. 14). Elle permet de « faciliter les interactions avec les personnes atteintes de démence et de prévenir les SCPD » (p. 36). Selon Voyer (2013), aucune intervention ne peut être efficace pour traiter les SCPD sans l'application de ces approches de base.
2. Dépistage : Il nécessite que l'infirmière<sup>1</sup> puisse reconnaître les SCPD et les évaluer. Pour se faire, il existe plusieurs échelles telles que l'inventaire neuropsychiatrique (NPI) qui évalue la sévérité et la fréquence de douze troubles du comportement ou la grille Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI) qui évalue la sévérité de 29 comportements d'agitation (Gillibert et al., 2006).
3. Evaluation : Elle consiste à rechercher les causes des symptômes et sert de ce fait à orienter les interventions.

<sup>1</sup> Ce terme comprend également sa forme au masculin.

4. Interventions non pharmacologiques : Il en existe une multitude (voir Appendice J : Tableau des approches non-pharmacologiques). A titre d'exemple, on peut mentionner les approches comportementales et environnementales ainsi que diverses thérapies.
5. Interventions pharmacologiques : L'utilisation de neuroleptiques n'est possible qu'en seconde intention, si les interventions non pharmacologiques n'ont pas fourni l'effet souhaité (MacCracken, Kagan & Parmar, 2009).
6. Suivi : Il consiste en l'évaluation des interventions appliquées.

Selon les experts, les SCPD ont une signification. Ils représentent un moyen d'expression et de communication pour la personne. Pour Ploton (2010, p. 75) :

L'intérêt d'aborder la symptomatologie psychopathologique sous l'angle de la fonction du symptôme, et notamment sous ces aspects possibles de mécanismes défensifs de mise à distance d'autrui, réside dans la possibilité de leur restituer une légitimité. Celui qui les produit cesse ainsi d'être enfermé dans un état et implicitement ou explicitement désigné comme anormal, voir monstrueux. Il n'est plus le fou mais celui qui affole les autres, pour se protéger, ce dont il est possible de parler avec lui sans le disqualifier, ni attaquer son estime de soi.

Les personnes transmettent des messages à travers leurs symptômes, c'est-à-dire qu'elles démontrent la présence d'un besoin insatisfait. Par exemple, une personne ayant besoin de se défendre ou de se protéger pourrait l'exprimer par de l'agitation ou de l'agressivité.

Plus globalement, selon le programme de formation de l'IPA sur les SCPD : « la plupart des comportements agités [traduisent] un état d'inconfort et de mécontentement » (1998, p. 16). Aussi, une multitude d'hypothèses sont formulées pour expliquer la déambulation. Alors que le stress augmente les comportements de déambulation, ils aident la personne à diminuer son stress car elle l'utilise comme

une stratégie de coping. Par exemple la personne pourrait reproduire les gestes de son activité professionnelle passée, ou être à la recherche de proches ou d'un environnement familial ou sécurisant (Bassal, communication personnelle [PDF], 28 février 2014).

### **Qualité de vie dans le syndrome démentiel**

L'OMS définit la qualité de vie comme étant la :

Façon dont les individus perçoivent leur position dans la vie, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquelles ils vivent et en relation avec leurs buts, attentes, normes et préoccupations. Il s'agit d'un concept large qui incorpore de façon complexe la santé physique d'une personne, son état psychologique, son degré d'indépendance, ses relations sociales, ses croyances personnelles et sa relation avec des éléments importants de son environnement (1994, cité dans Sager Tinguely et Weber, 2011, p. 52).

« En ce qui concerne la personne âgée, la qualité de vie est largement déterminée par la capacité à conserver son autonomie et son indépendance (OMS, 2002, cité dans Sager Tinguely et Weber, 2011, p. 53) ». Elle peut également être un enjeu éthique, par exemple en cas de dépendance extrême comme chez les personnes atteintes de démence (Sager Tinguely et Weber, 2011).

Selon Oppikofer et al. (2013), différents domaines ont pu être identifiés comme étant des facteurs significatifs influençant la qualité de vie chez les personnes atteintes de démence :

L'environnement (spatial, social et fonctionnel), la santé (fonctionnelle, médicale, cognition, psychopathologie), les compétences

comportementales (autonomie, communication, mobilité, capacité à l'activité, capacité d'adaptation, capacité de résolution de problème et de discernement, orientation), l'individualité (estime de soi, niveau de vie, sens moral, spiritualité, personnalité, sens de l'esthétique) aussi bien que le vécu subjectif (cité dans Brod et al., 1999; Ettema et al., 2005; Kane et al., 2003; Lawton, 1997).

Trois approches permettent d'évaluer la qualité de vie des personnes atteintes de démence. La première consiste en l'évaluation subjective de la personne (auto-évaluation), une seconde s'appuie sur son évaluation par les proches ou le personnel soignant (hétéro-évaluation) et la dernière concerne les aspects liés à l'évaluation de la maladie (Oppikofer et al., 2013).

Dans la pratique, les soignants devraient considérer la personne avec ses compétences et non uniquement à travers ses déficits. En effet, l'un des points clés de la prise en soins des patients atteints de démence est de les intégrer à leur prise en soins (Novella et al., 2012).

### **Soins de longue durée et unités spécialisées de la démence**

Selon Sager Tinguely et Weber (2011), on peut définir les soins de longue durée en contredisant la définition des soins aigus qui sont les soins prodigués à une personne durant la période aiguë de son problème de santé. « D'une manière générale, les soins de longue durée sont définis comme les prestations procurées pour maintenir ou restaurer un niveau de qualité de vie optimal compte tenu de l'état de santé et de dépendance fonctionnelle du patient » (Sager Tinguely & Weber, 2011, p. 7).

Selon l'Observatoire suisse de la santé (OBSAN) et l'Institut de recherches économiques de l'Université de Neuchâtel (IRENE, 2006), il existe deux possibilités de soins de longue durée : le recours aux services d'aide et soins à domicile et l'institutionnalisation. Ce travail de Bachelor s'intéresse aux personnes atteintes de démence qui, de par l'avancée de leur maladie et de leurs symptômes, nécessitent une prise en soins plus conséquente telle que fournie en USD.

Ainsi, les USD devraient, dans un but d'améliorer les soins et l'accompagnement des SCPD et des symptômes cognitifs, accueillir un nombre de patients limité dans un espace architecturalement adapté et spécifique (éclairage, intimité, zones de déambulation, etc.), avec un accès à l'extérieur, un ameublement sécurisé et peu stimulant. Le personnel soignant se devrait d'avoir des compétences professionnelles spécifiques afin de pouvoir faire face aux situations difficiles induites par la maladie. Finalement, l'institution devrait s'adapter au rythme de ses résidents, ce qui leur permettrait de suivre le cours de leurs habitudes de vie (Brockner et al., 2005 ; Conférence Suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé CDS & Office fédéral de la santé publique OFSP, 2013).

En ce qui concerne la nomenclature de ces unités spécialisées, on constate actuellement une grande variabilité entre les pays. En effet, pour des caractéristiques semblables, on trouve les termes suivants :

- « Small-scale, home like care environments » : environnement de soins de petite taille identique au domicile ou « small-scale living » : habitation de petite taille pour les Pays-Bas,
- « Group living » : vie de groupe pour la Suède,
- « Group homes » : maisons de groupe pour le Japon,
- « Green House » : maison verte aux Etats-Unis,
- « Shared housing arrangements » : agencements résidentiels partagés pour l'Allemagne (Verbeek et al., 2014).

- « Pflegeoase » : Oasis de soins pour l'Allemagne et la Suisse alémanique (Brandenburg, Adam-Paffrath & Güther, 2014).
- Unités de vie de psychogériatrie et Unités spécialisées de la démence pour la Suisse Romande (CDS, 2013).

Dans ce travail, nous utiliserons le terme d'USD.

### **Approche centrée sur la personne atteinte de maladie d'Alzheimer (Person centered care)**

Selon Edvardsson, Winblad, & Sandman (2008, p.363), le but de l'approche centrée sur la personne atteinte de MA est de considérer la personne dans tous les aspects de soins. Cette approche comprend : la reconnaissance de la personne dans son individualité, la personnalisation de tous les soins et de l'environnement, la promotion du partenariat impliquant le partage des décisions avec la personne malade dans la vie quotidienne, la compréhension et l'interprétation des comportements du point de vue de la personne, la priorité mise sur la relation plutôt que sur les tâches ou les buts [traduction libre] (p.363). La priorité est mise sur des interventions focalisées sur la communication et la relation afin de favoriser l'autonomie de la personne. Certains bénéfices tels qu'une augmentation de l'état de conscience, une diminution des comportements inadéquats et une amélioration du sentiment de bien-être ont pu être identifiés pour les patients.

Dans cette approche, une attention particulière est portée sur le respect de la personne et de sa dignité en tant qu'être humain. Une compréhension de l'expérience de la maladie et de ses comportements permet d'adapter et de personnaliser l'environnement de la personne dans le but de favoriser notamment les interactions sociales. Un changement de regard de la part de l'équipe sur la maladie modifie la prise en soins des patients.



La Société Alzheimer du Canada (2011) ajoute à cela qu'il est nécessaire de collaborer avec les membres de la famille de la personne atteinte de la maladie Alzheimer. Prendre en considération les avis des proches, permet aux soignants de s'assurer du respect des habitudes de vies ainsi que des valeurs de la personne. Ils sont considérés comme des personnes ressources lors de l'élaboration du plan de soins.

## Méthode

Ce chapitre présente le devis de recherche, les stratégies de recherches appliquées afin de sélectionner les articles, les mots MeSH utilisés et les critères d'inclusion et d'exclusion que nous avons définis. Nous présentons également la méthode avec laquelle nous avons analysé les articles sélectionnés.

### **Devis de recherche**

La méthode utilisée pour la réalisation de ce travail est une revue de littérature. Selon Fortin (2010, 263), cela permet « d'identifier, sélectionner, évaluer et résumer une grande quantité d'information afin de favoriser le processus de prise de décision dans la pratique ». De plus, ce devis permet, lors de la discussion, d'effectuer une évaluation critique des différents résultats obtenus par les auteurs.

Le présent travail permet donc de recenser les connaissances actuelles sur l'impact des USD sur les personnes âgées atteintes de démence en milieu de soins de longue durée et de faire une analyse objective de ces savoirs.

### **Banque de données et mots MeSH**

Afin d'identifier les articles permettant de répondre à la question de recherche, plusieurs bases de données et moteurs de recherches ont été consultés.

Ce procédé nous a rapidement orienté vers PUBMED qui s'est avérée la base de données la plus complète et pertinente pour la problématique.

En lien avec l'ampleur de cette base de données et pour optimiser les recherches, les mots MeSH ont été déterminés dans le but de cibler les résultats (voir tableau 2). D'autres mots clés ont également été utilisés.

## **Critères de sélection**

### **Critères d'inclusion**

Afin de réduire le nombre de recherches et de sélectionner des données actualisées sur notre questionnaire, des articles datant de 2009 à aujourd'hui ont été recherchés. Ceci est également lié à la date de réalisation d'une revue de littérature Cochrane de 2009 portant sur une problématique semblable à la nôtre. Les études devaient traiter des thèmes suivants : unités spécialisées de la démence et soins de longue durée. Des comparaisons entre les unités spécialisées de la démence et les établissements standards (hébergement et soins à toutes à personne âgée) devaient être présentes.

De plus, seuls les articles en anglais et en français ont été retenus.

### **Critères d'exclusion**

Les articles publiés avant 2009 ne traitant pas des unités spécialisées de la démence et des soins de longue durée n'ont pas été retenus.

Tout article écrit en une autre langue que l'anglais et le français a été exclu.

Tableau 2

*Mots MeSH*

Anglais	Français
Alzheimer disease	Maladie d'Alzheimer
Cognition Disorders	Trouble cognitif
Dementia	Démence
Geriatric psychiatry	Géronto-psychiatrie
Homes for the Aged	Maison pour personnes âgées
Nursing home	Maison de soins infirmiers (home, EMS)
Long-term care	Soins de longue durée
Residential facilities	Etablissement résidentiel
Behavioral symptoms	Symptômes comportementaux
Quality of life	Qualité de vie

**Stratégies de recherches**

Afin de rentrer dans les critères d'inclusion et d'exclusion préétablis, nous avons intégré directement dans les recherches les filtres des dates de publication des articles.

**Stratégie 1**

("Nursing Homes"[Mesh] AND "Quality of Life"[Mesh]) AND "Cognition Disorders"[Mesh] AND ("2009/01/01"[PDAT] : "2016/12/31"[PDAT])

25 résultats dont 1 étude retenue :

Abrahamson, K., Lewis, T., Perkins, A., Clark, D., Nazir, A. & Arling, G. (2013).  
The influence of cognitive impairment, special care unit placement, and nursing facility

characteristics on resident quality of life. *Journal of Aging and Health*, 25(4) : 574–588. doi :10.1177/0898264313480240.

## Stratégie 2

("Behavioral Symptoms"[Mesh] AND "Homes for the Aged"[Mesh]) AND "Dementia"[Mesh]) AND "Residential Facilities"[Mesh] AND ("2009/01/01"[PDAT] : "2016/12/31"[PDAT])

85 résultats dont 1 étude retenue :

Verbeek, H. et al. (2014). Effets of small-scale, home-like facilities in dementia care on residents' behavior, and use of physical restraints and psychotropic drugs: a quasi-experimental study. *International Psychogeriatrics*, 26, 657 – 668. doi: 10.1017/S1041610213002512.

Article en référence : 1 étude retenue :

Boekhorst, S., Depla, M., Lange, J., Pot, A.-M. & Eefsting, J. (2009). The effects of group living homes on older people with dementia : a comparison with nursing home care. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 24. 970 – 978. doi : 10.1002/gps.2205.

## Stratégie 3

"Dementia"[Mesh] OR "dementia"[All Fields] AND special[All Fields] AND care[All Fields] AND ("2009/01/01"[PDAT] : "2016/12/31"[PDAT])

276 résultats dont 1 étude retenue :

Crespo, M., Hornillos, C. & Gómez, M. M. (2013). Dementia special care units : a comparison with standard units regarding residents' profile and care features.

*International Psychogeriatrics*, 25(12), 2023-2031. doi :  
10.1017/S1041610213001439.

#### **Stratégie 4**

"Geriatric Psychiatry"[Mesh] OR "Dementia"[Mesh] AND homelike[All Fields]

14 résultats dont 1 étude retenue :

Nakanishi, M., Nakashima, T. & Sawamura, K. (2012). Quality of life of residents with dementia in a group-living situation, an approach to creating small, homelike environments in traditional nursing homes in Japan. *Nihon Koshu Eisei Zasshi*, 59(1), 3-10.

#### **Stratégie 5**

("dementia"[MeSH Terms] OR "dementia"[All Fields]) AND unit[All Fields] AND special[All Fields] AND care[All Fields] AND unit[All Fields] AND ("2009/01/01"[PDAT] : "2016/12/31"[PDAT]) AND ("2009/01/01"[PDAT] : "2016/12/31"[PDAT])

61 résultats dont 1 étude retenue :

Kok, J. S., van Heuvelen, M. J. G., Berg, I. J., & Scherder, E. J. A. (2016). Small scale homelike special care units and traditional special care units: effects on cognition in dementia; a longitudinal controlled intervention study. *BMC Geriatrics*. doi : 10.1186/s12877-016-0222-5.

### **Méthodes d'analyse des études**

Nos stratégies de recherches nous ont permis de relever 461 articles comme décrit dans le flow chart ci-dessous (voir Figure 1). Après avoir vérifié la pertinence de leur

titre ainsi que leur adéquation avec nos critères d'inclusions et d'exclusions, 15 articles restaient en accord avec nos exigences. Une lecture plus approfondie nous a permis d'en exclure 9 pour en garder au final 6. Pour ces articles, nous avons réalisé une traduction puis effectué deux grilles (voir Appendices B à G : Grilles d'analyse quantitative) : une grille de lecture critique portant sur la qualité méthodologie de l'étude et une grille de lecture contenant les éléments clés de l'étude. Ces articles ayant répondu à nos conditions forment notre revue de littérature

Les principaux résultats ressortis de ces études seront présentés dans le chapitre suivant.



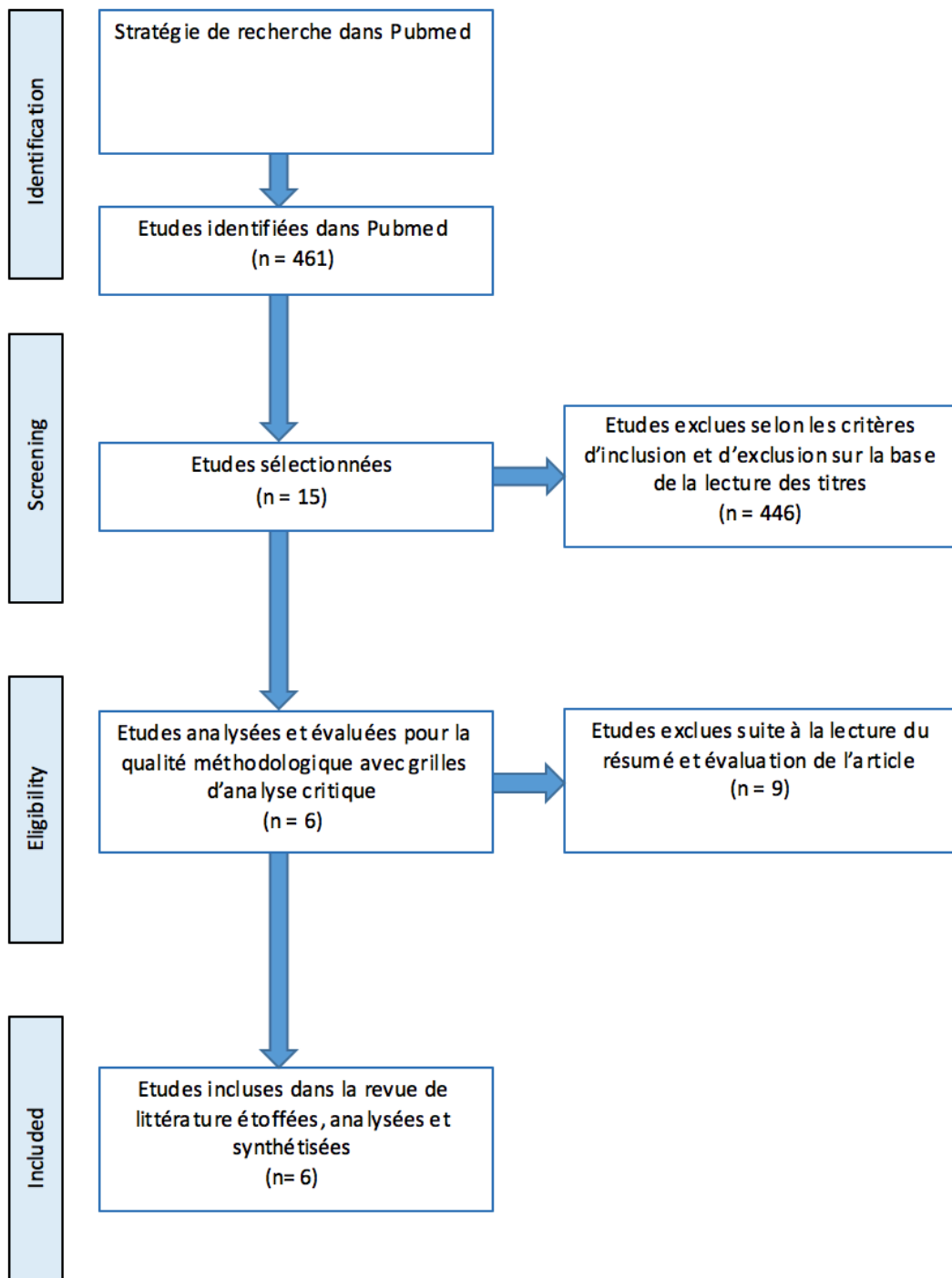


Figure 1. Flowchart.

## Résultats

### **Caractéristiques des études retenues**

Les articles retenus pour cette revue de littérature présentent des caractéristiques variées (voir Appendice H : Caractéristiques des études retenues).

Les 6 articles sélectionnés ont des devis de type quantitatif. 3 études étaient expérimentales. En effet, elles testaient une intervention sur les résidents en effectuant plusieurs temps de mesures. Les échantillons étaient essentiellement composés de résidents atteints de démence vivant au sein d'unités institutionnelles. Cinq des six études avaient un groupe contrôle. Les échantillons étaient de taille variable, allant de moins de 100 résidents à plus de 14'000. Au niveau des pays dans lesquels les études ont été effectuées, 3 d'entre elles se sont déroulées aux Pays-Bas, une aux Etats-Unis et une au Japon.

De manière générale tous les articles traitent de la variable SCPD. Pour 4 articles, ils sont étudiés comme tels en tant que variables. Dans les 2 autres, ils découlent des autres variables étudiées. 4 articles traitent de la variable qualité de vie des résidents institutionnalisés.

Au niveau des outils, on constate l'utilisation d'une multitude d'instruments de mesure. On retrouve à 4 reprises le Mini-Mental State Examination (MMSE) et à 3 reprises la Global Deterioration Scale (GDS). Chaque étude évalue la qualité de vie à l'aide d'outils différents : Dementia Quality of Life Instrument (DQoL), Dementia Specific Quality of Life Instrument (QUALIDEM), Quality of Life in Alzheimer's Disease Scale (QoL-AD), Quality of Life Instrument for Japanese Elderly with Dementia (QLDJ).

Concernant l'évaluation globale des articles, nous relevons que dans plusieurs d'entre eux les hypothèses ne sont pas spécifiées et qu'elles doivent être déduites par le lecteur. Dans l'ensemble, les articles retenus nous semblent de qualité de par

leur application des critères de base pour la diffusion de recherches scientifiques (voir Appendices B à G : Grilles d'analyse quantitative).

Concernant les limites des études sélectionnées, nous avons pu identifier 3 catégories revenant à plusieurs reprises. La première concerne le niveau de déficience cognitive des résidents. En effet, un degré de démence trop élevé n'a pas permis de mener à bien les différents moyens de récolte de données comme le stipulent Abrahamson, Lewis, Perkins, Clark, Nazir & Arling (2013), Boekhorst, Depla, Lange, Pot, & Eefsting (2009) et Kok, van Heuvelen, Berg & Scherder (2016).

La deuxième limite concerne les devis des études. En effet, Crespo, Hornillos & Gómez (2013) et Nakanishi, Nakashima & Sawamura (2012) ont réalisés des articles avec un devis transversal mais suggèrent un devis longitudinal. Abrahamson, Lewis, Perkins, Clark, Nazir & Arling (2013) auraient préféré une méthode qualitative plutôt que quantitative. Quant à Verbeek et al. (2014) et Kok, van Heuvelen, Berg & Scherder (2016), ils auraient souhaité un devis de recherche avec un échantillonnage randomisé. Cependant, ils soulèvent que pour des raisons éthiques, ceci n'aurait pas été réalisable.

La troisième limite identifiée est la non généralisation des résultats. En effet, pour des questions de taille d'échantillonnage pour Kok, van Heuvelen, Berg & Scherder (2016) et de réalisation de l'étude dans une zone géographique peu étendue pour Abrahamson, Lewis, Perkins, Clark, Nazir & Arling (2013), la généralisation n'est pas possible.

## **Impacts des unités spécialisées de la démence**

### **Impacts pour les résidents**

Le tableau 3 présente de manière synthétique les résultats de nos 6 études concernant l'impact des unités spécialisées de la démence pour les résidents.

#### **Impacts sur la qualité de vie**

Selon Abrahamson, Lewis, Perkins, Clark, Nazir & Arling (2013), le fait de résider en USD n'a pas été significativement lié à la qualité de vie au niveau bivariable [traduction libre] (p. 5). Au contraire, le modèle multivarié a indiqué une relation positive entre la qualité de vie et le fait de résider en USD [traduction libre] (p. 5). Dans la discussion, les auteurs ont retenu le résultat du modèle multivarié. Ce lien était davantage significatif dans les structures « entièrement spécialisées » en comparaison avec les structures standards comportant une USD. Selon eux, la formation du personnel, plusieurs caractéristiques environnementales et le respect du rythme de vie des résidents sont des éléments influençant positivement la qualité de vie. De plus, une plus grande dotation en personnel effectuant les soins de base a une influence positive sur la qualité de vie de par sa plus grande proximité avec les résidents.

Selon Boekhorst, Depla, Lange, Pot, & Eefsting (2009), les résultats des scores des deux échelles utilisées pour évaluer la qualité de vie montrent qu'il n'y avait pas de différence significative entre la qualité de vie des résidents des unités standards en comparaison à celle des « foyers de vie en groupe » après 6 mois. A la deuxième mesure, les résidents des foyers de vie en groupe avaient un meilleur « sens de

l'esthétique » que les résidents des maisons de soins infirmiers standards (ils appréciaient plus leur environnement) [traduction libre] (p. 974).

Tableau 3

*Impacts des unités spécialisées de la démence pour les résidents*

	Abrahamson et al., 2013	Boekhort et al., 2009	Crespo et al., 2013	Kok et al., 2016	Nakanishi et al., 2012	Verbeek et al., 2014
Qualité de vie	NS avec l'analyse bivariée ; + avec l'analyse multivariée	=	-	NT	+	NT
SCPD	NT	=	NT	NT	Compris dans la variable « qualité de vie »	Davantage de comportements physiques non agressifs en USD <sup>1</sup> ; = pour les autres symptômes
Status cognitif	NT	=	NT	+	NT	NT
Engagement social	NT	+	NT	+	Compris dans la variable « qualité de vie »	+ pour le T0 et T1 ; = après T2 (12 mois)
Dépendance physique	NT	+	NT	NT	+	NT

*Note.* + signifie « effet positif » ; - signifie « effet négatif » ; = signifie « pas d'effet » ; NT signifie « non traité » ; NS signifie « non significative ».

<sup>1</sup> Il y a davantage de comportements, mais on ne sait pas si l'effet est positif ou négatif (voir discussion).

Selon Crespo, Hornillos & Gómez (2013), les résidents des unités spécialisées présentaient une qualité de vie inférieure mais non significative rapportée par les résidents ( $p = 0.396$ ) et une qualité de vie inférieure significative évaluée par les membres du personnel ( $p = 0.006$ ).

Finalement selon Nakanishi, Nakashima & Sawamura (2012), le groupe expérimental, c'est-à-dire les résidents atteints de démence dans une structure de vie en groupe, présentait une qualité de vie significativement meilleure que le groupe contrôle résidant dans les unités standards. Les auteurs lient ces résultats aux caractéristiques suivantes des structures de vie en groupe : présence d'un espace de vie commun, bonne dotation en personnel et personnel fixe avec des tâches définies. De plus, ils ont remarqué que les contacts fréquents entre le personnel et les résidents leur permettant d'avoir une meilleure compréhension et évaluation des besoins des résidents. Pour eux 3 paramètres déterminent la qualité de vie : l'interaction avec l'entourage, le fait de s'exprimer par soi-même et la manifestation de comportements « négatifs ». Le groupe expérimental présentait significativement plus de ces trois éléments.

### **Impacts sur les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence**

Boekhorst, Depla, Lange, Pot, & Eefsting (2009) spécifient qu'il n'y avait pas de différence de troubles comportementaux entre les deux groupes comparés lors de leur deuxième temps de mesure.

Selon l'étude de Crespo, Hornillos & Gómez (2013) traitant des caractéristiques des résidents des unités spécialisées, une augmentation des comportements agressifs est significativement liée au placement des résidents en unités spécialisées.

En parallèle, il a été mis en évidence que les résidents des unités spécialisées présentaient peu de symptômes de dépression et de comportements perturbateurs.

Pour Nakanishi, Nakashima & Sawamura (2012), le niveau d'interaction avec l'entourage ainsi que le fait de s'exprimer par soi-même sont des facteurs influençant la qualité de vie. Dans leurs résultats, l'interaction avec l'entourage et le fait de s'exprimer par soi-même étaient significativement meilleurs chez les résidents dans le groupe expérimental, soit les résidents des foyers de vie en groupe.

Selon Verbeek et al. (2014), les résidents des structures de vie de petite taille affichaient davantage de troubles du comportement non agressifs dans les 12 mois que les résidents des unités standards. Ils ont montré significativement plus de comportements moteurs aberrants [traduction libre] (p. 661) que les résidents des structures standards. Selon ces auteurs, ces comportements sont de plus en plus acceptés dans les structures de vie de petite taille à contrario des unités standards et semblent être le résultat d'un besoin des résidents d'être stimulés. Aucun autre effet significatif n'a été observé pour les symptômes neuropsychiatriques ou dépressifs [traduction libre] (p. 664).

### **Impacts sur le status cognitif**

Selon Crespo, Hornillos & Gómez (2013), les résidents des unités spécialisées ont certainement eu un développement plus précoce et plus rapide de la démence. En effet, il n'y a pas de différence d'âge entre les deux contextes et les résidents des unités spécialisées ont vécu une longue période en unité standard avant d'être transférés.

Selon Kok, van Heuvelen, Berg & Scherder (2016), la plus grande partie de l'ampleur des effets suggère que la vie dans une unité spécialisée de petite taille



identique au domicile pourrait avoir une influence bénéfique sur le fonctionnement cognitif en particulier la mémoire visuelle et l'identification de photos [traduction libre] (p. 6).

Au deuxième temps de mesure de l'étude de Boekhorst, Depla, Lange, Pot, & Eefsting (2009), il n'y avait pas de différence significative concernant le status cognitif entre les deux groupes.

Selon Crespo, Hornillos & Gómez (2013), l'évolution de la déficience cognitive est significativement liée au moment du placement des résidents en unités spécialisées.

### **Impacts sur l'engagement social des résidents**

Selon Boekhorst, Depla, Lange, Pot, & Eefsting (2009), les résidents étaient significativement plus engagés socialement à la deuxième mesure dans les foyers de vie de groupe ( $p < 0.001$ ).

Selon Kok, van Heuvelen, Berg & Scherder (2016), les relations sociales étaient plus fréquentes dans les unités spécialisées de la démence de petite taille identiques au domicile.

Selon Verbeek et al., (2014), les résidents des structures de vie de petite taille étaient significativement plus engagés socialement au temps de départ et dans les 6 mois suivant [traduction libre] (p. 657). Pour les auteurs, les stimuli environnementaux peuvent influencer l'engagement social, en particulier lorsqu'ils sont relatifs à des tâches du monde réel [traduction libre] (p. 666). Les unités de vie de petite taille offrent aux résidents des stimuli environnementaux intéressants permettant de renforcer l'engagement social des résidents.

### **Impacts sur la dépendance physique des résidents**

Au cours de l'étude de Nakanishi, Nakashima & Sawamura (2012), la dépendance physique a été significativement inférieure chez les résidents du groupe d'intervention.

### **Impacts sur l'utilisation de mesures de contraintes et de médicaments psychotropes**

Selon l'Association Suisse romande Prendsaplace, les mesures de contraintes sont toutes les mesures appliquées à l'insu du patient ou contre sa volonté et qui restreignent sa liberté personnelle (2014). Comme cité par Rayner et al. (2006) et Cohen-Mansfield et al. (2007), de telles mesures peuvent provoquer de la colère et/ou de l'agitation chez la personne atteinte de démence, l'isoler et diminuer son autonomie (cité par Voyer, 2013).

Selon Boekhorst, Depla, Lange, Pot, & Eefsting (2009) concernant l'administration de médicaments psychotropes, il n'y avait pas de différence significative entre le groupe d'intervention et le groupe contrôle, avec une prescription de médicaments psychotropes pour environ 65% des résidents dans chaque groupe. Pour les mesures de contraintes physiques, les foyers de vie en groupe utilisaient significativement moins de contraintes physique en comparaison avec les maisons de soins infirmiers ( $p > 0.01$ ).

Selon Crespo, Hornillos & Gómez (2013), les contraintes physiques étaient utilisées pour la moitié des résidents des unités spécialisées et les contraintes médicamenteuses chez un tiers des résidents. Ces données ne montraient aucune différence significative avec les unités standards.

Selon Verbeek et al. (2014), pour les trois temps de mesure dans les structures de vie de petites taille, significativement moins de médicaments psychotropes et de mesures de contraintes physiques ont été utilisés en comparaison avec les structures standards ( $p = 0.003$ ). Les mesures de contraintes physiques suivantes ont été significativement plus utilisées dans les unités standards en comparaison avec les unités de petite taille : ceintures ( $p = 0.01$ ), « chaise avec un verrouillage par table » ( $p = 0,008$ ) et barrières de lit ( $p < 0.001$ ). Les auteurs expliquent que des différences dans la culture organisationnelle peuvent expliquer ces effets positifs [traduction libre] (p. 666). De plus, une approche axée sur les résidents, mettant l'accent sur les soins individualisés et psychosociaux a démontré une diminution la consommation de psychotropes [traduction libre] (p. 666).

Finalement pour l'utilisation de mesures de contraintes et de médicaments psychotropes, on peut dire sur les 3 auteurs traitent de cette thématique (Boekhorst, Depla, Lange, Pot, & Eefsting, 2009 ; Crespo, Hornillos & Gómez, 2013 ; Verbeek et al., 2014). Leurs résultats sont, de manière générale, en faveur des unités spécialisées de la démence. En effet, les unités spécialisées n'utilisent pas davantage de mesures de contraintes ou de médicaments psychotropes en comparaison avec les unités standards. Cependant les deux types de structures les utilisent malgré tout.

## Discussion

Dans cette revue de littérature, nous avons recherché les impacts potentiels des unités spécialisées de la démence sur les personnes âgées en milieu de soins de longue durée en comparaison avec les unités standards. Nous avons analysé 6 articles, qui ensemble ont traité des impacts sur la qualité de vie, les SCPD, le status cognitif, l'engagement social et la dépendance physique.

Dans le présent chapitre, nous parlons tout d'abord de la qualité des résultats obtenus, puis nous établissons des liens entre les résultats des études analysées et les différents éléments de notre cadre théorique. Enfin nous parlons des recommandations pour la pratique et pour la recherche.

### **Qualité des résultats**

Nous avons défini ces concepts au chapitre « Cadre théorique » en raison de leur lien fort avec la thématique. Ils représentent et caractérisent les difficultés rencontrées lors de la prise en soins des personnes atteintes de démence. En effet la démence de type Alzheimer étant une maladie neurodégénérative incurable qui dure dans le temps, elle peut être définie comme une maladie chronique, dont l'objectif thérapeutique est l'optimisation de la qualité de vie en considérant les manifestations de la maladie, les facteurs environnementaux et personnels de la personne (Sager Tinguely & Weber, 2011). Par manifestations de la maladie, nous entendons ici les SCPD, le status cognitif, l'engagement social et la dépendance physique.

Concernant les devis des études analysées, nous avons constaté qu'elles utilisaient toutes une méthode quantitative. Nous trouverions intéressant d'avoir une approche différente à travers d'autres méthodes et devis d'études tels que les approches qualitatives ou mixtes qui permettraient une meilleure compréhension de la réalité du terrain ainsi que des besoins spécifiques des résidents atteints de démence à travers les caractéristiques des unités. Cela permettrait de mettre en

évidence de potentiels bénéfiques qui ne peuvent pas être prouvés par les études quantitatives. Nous faisons également l'hypothèse qu'en lien avec l'ampleur de la problématique, il est nécessaire de récolter rapidement des données probantes permettant une généralisation de la prise en soins des personnes atteintes de démence et que, de ce fait, les chercheurs privilégient les études quantitatives.

Concernant la population étudiée dans ce travail de Bachelor, nous relevons la difficulté pour les auteurs de récolter des données auprès des personnes âgées atteintes de démence. En effet, la communication peut être complexe en lien avec la sévérité de la démence et comme le mentionne Crespo, Hornillos & Gómez (2013), l'institutionnalisation des personnes atteintes de démence est fortement liée au niveau de déficience cognitive. Aussi comme le mentionnent Boekhorst, Depla, Lange, Pot, & Eefsting (2009), en lien avec la population touchée par la démence, le taux de mortalité des participants est passablement élevé.

Nous avons relevé que 3 articles sur 6 se sont déroulés aux Pays-Bas. Nous nous sommes interrogés sur ce fait et avons constaté que selon Russ et al. (2015), il y avait une prévalence plus élevée de démence dans les pays nordiques et que ceci serait en lien avec des facteurs environnementaux tel que le manque de luminosité. De plus, les gouvernements des Pays-Bas mettent en œuvre des moyens importants dans ce domaine tels que le soutien à la recherche et de grandes campagnes d'information visant à sensibiliser la population sur la thématique. En effet, « qu'il s'agisse des soins ou de la qualité de la recherche en matière de démence, les Pays-Bas font souvent figure de précurseurs » (EU2016.nl, 2016).

## **Impacts probables des unités spécialisées pour les personnes atteintes de démence**

### **Qualité de vie**

Les résultats présentant les impacts des unités spécialisées sur la qualité de vie des résidents restent mitigés. En effet, bien que 4 études sur 6 traitent de cette variable, les auteurs ne s'accordent pas sur un résultat commun. Deux études trouvent un impact positif des USD sur la qualité de vie (Abrahamson, Lewis, Perkins, Clark, Nazir & Arling, 2013 ; Nakanishi, Nakashima & Sawamura, 2012).

Nous pensons que ces différences dans les résultats peuvent notamment s'expliquer par le fait que la qualité de vie est un concept complexe. En effet, il implique une multitude de facteurs comme présentés dans le cadre théorique plus haut. En lien avec sa définition relative, il est difficile à évaluer, d'autant plus dans la population étudiée ici. Nous avons constaté l'utilisation de 4 instruments de mesures différents dans les articles étudiés et de, par nos connaissances, nous pouvons ajouter qu'il en existe beaucoup d'autres pouvant évaluer la qualité de vie en général, ou propre à un domaine (oncologie, proches-aidants, etc.). Ceci démontre bien l'intérêt porté à cette thématique et le besoin de l'évaluer au mieux afin de la considérer en tant que résultat de soins (outcome).

Aussi, Abrahamson, Lewis, Perkins, Clark, Nazir & Arling (2013) mentionnent dans leurs discussions que la formation du personnel et le respect du rythme de vie favorisent la qualité de vie dans les unités spécialisées de la démence. Nakanishi, Nakashima & Sawamura (2012) en relèvent deux autres qui sont la dotation du personnel et l'environnement spécifique. On peut relier ces éléments à ceux cités dans le chapitre « Problématique » par *Alzheimer-conseil.fr*, soit les différents critères

et caractéristiques des unités spécialisées de la démence, à l'exception de celui de l'implication des familles.

## **SCPD**

En USD, Verbeek et al. (2014, p. 661) ont relevé que les résidents présentaient plus de comportements moteurs aberrants [traduction libre] (p. 661). Ces comportements comprennent l'errance, les comportements de vérification, les activités répétitives ou excessives et la déambulation sans but apparent ou dans un but inapproprié (*francealzheimer.fr*, 2012).

Ainsi, nous pouvons faire l'hypothèse suivante : de par la formation spécifique du personnel en matière de démence, les SCPD sont davantage compris, acceptés et pris en compte. En effet, les comportements sont librement exprimés par les résidents dans un environnement adapté et sécurisé. On peut aller plus loin dans l'hypothèse en utilisant les résultats de Crespo, Hornillos & Gómez (2013) qui mettent en évidence que peu de symptômes de dépression et de comportements perturbateurs étaient présentés par les résidents en USD. De ce fait, nous concevons que tolérer et comprendre la manifestation des SCPD permet une diminution des symptômes de dépression et des comportements perturbateurs car leur légitimité et leur sens leur sont restitués, comme énoncé dans le cadre théorique (Ploton, 2010).

En ce qui concerne le concept d'identité, défini par Sabat (2015, p. 35-36) comme étant les manifestations du Self 1 (« fait de n'être qu'une seule de et même personne d'un moment à un autre par rapport à son environnement, et par rapport au temps passé, présent et futur »), du Self 2 (« attributs mentaux et physiques que la personne a actuellement ») et ceux qu'elle a acquis au cours de sa vie en y ajoutant ses croyances) et du Self 3 (manière dont on se montre au monde, avec sa personnalité



et son caractère), nous pouvons relever que dans la MA, la personne est en conflit avec son identité. De ce fait, il appartient à l'entourage et au personnel soignant de se porter garant de maintenir l'identité et de ne pas la dépersonnaliser, car malgré la maladie et une capacité de discernement altérée, elle reste une personne à part entière avec une conscience. De ce fait, nous relevons l'importance de favoriser son autonomie en faisant avec et non pas à sa place.

Dans la pratique, le rôle des soignants de promoteurs de la dignité engendre le respect de l'identité des personnes atteintes de démence. Il est nécessaire de respecter les rôles de la personne atteinte de démence et ses interactions avec son environnement car ceux-ci font partie intégrante de son identité. En effet, le fait de choisir pour la personne et de lui imposer des temps pour des activités spécifiques (repas, toilette, etc) participent à la dépersonnalisation de la personne et donc au non-respect de son identité. La personne acquiert l'identité que le personnel ou ses proches veulent bien lui attribuer (malade, résident). Ce non-respect de l'identité implique de ce fait une perte d'autonomie pour la personne atteinte de démence (Towsend, 2010).

### **Approche centrée sur la personne (Person centered care)**

L'approche centrée sur la personne est mentionnée dans l'étude de Verbeek et al. (2014). En effet les auteurs notent qu'une culture centrée sur les résidents mettant l'accent sur des soins individualisés et psychosociaux permet de diminuer la consommation de psychotropes [traduction libre] (p. 666).

Selon Love & Femia, l'approche centrée sur la personne aurait un effet positif sur les aspects comportementaux de la démence (2015, cité dans Kok, van Heuvelen, Berg & Scherder, 2016).

L'approche centrée sur la personne se prête aux caractéristiques des USD. Elle favorise l'autonomie du résident comme expliqué plus haut, et de ce fait permet de promouvoir l'identité du résident. De plus, l'implication des proches dans la prise en soins des résidents fait partie des caractéristiques des USD énoncées par *Alzheimer-conseil.fr* et elle figure également dans l'approche centrée sur la personne. En effet à un stade avancé de démence, l'implication des proches est d'une importance capitale afin de respecter une approche centrée sur la personne (CDS & OFSP, 2013, p. 24-25). Selon nous, l'intégration des proches favorise une meilleure compréhension des comportements présentés par le résident ainsi que la connaissance du résident à l'aide de l'hétéro-anamnèse des proches qui ont souvent une expérience importante du soin à la personne en question. Dans un souci d'individualité, les habitudes et les valeurs de la personne peuvent ainsi être davantage respectées.

### **Perspectives pour la recherche**

Pour les auteurs des articles analysés, la question des effets des USD sur les personnes âgées en milieu de soins de longue durée reste ouverte. En effet, ils proposent de nombreuses pistes pour les recherches futures.

Plusieurs auteurs se questionnent sur les caractéristiques des USD. Abrahamson, Lewis, Perkins, Clark, Nazir & Arling (2013) et Nakanishi, Nakashima & Sawamura (2012) proposent d'autres recherches pour déterminer le nombre idéal de résidents par unité afin que la prise en soins soit optimale.

Abrahamson, Lewis, Perkins, Clark, Nazir & Arling (2013), Kok, van Heuvelen, Berg & Scherder (2016) et Verbeek et al. (2014) s'interrogent sur les différents aspects organisationnels des USD (activités proposées, composition des équipes) en terme de bénéfices pour les résidents atteints de démence.

Finalement Boekhorst, Depla, Lange, Pot, & Eefsting (2009) suggèrent d'autres études afin de tester l'implantation d'USD au sein de grands établissements de soins. Selon eux, l'expérience et la performance grandissante des structures standards pourraient profiter aux résidents atteints de démence, tout en bénéficiant des caractéristiques des USD.

Selon nous, des recherches futures seraient intéressantes pour déterminer les circonstances dans lesquelles les mesures de contraintes et les médicaments psychotropes sont utilisés. Effectivement, nous avons constaté que leur utilisation tendait vers une diminution en USD en comparaison avec les unités standards. Ceci démontre que ces mesures sont toujours utilisées malgré les recommandations. Il serait judicieux d'analyser le sens et la justification de la mise en place de ces mesures. Nous pensons que l'une des raisons justifiant leur utilisation serait d'atténuer les manifestations de la démence tels que les SCPD qui sont finalement davantage une difficulté pour le personnel soignant plus que pour les résidents.

Etant donné la moindre différence d'utilisation de médicaments psychotropes entre les USD et les unités standards constatée dans l'étude de Boekhorst, Depla, Lange, Pot, & Eefsting (2009), nous nous questionnons sur la signification de ces résultats. En effet, compte tenu de la plus grande déficience cognitive observée chez les résidents des USD, un pourcentage équivalent entre les deux types d'unité serait en faveur des USD.

### **Implications pour la pratique**

Au vu des résultats mitigés et du besoin de poursuivre les recherches un nombre limité de recommandations concrètes peuvent être ressorties pour la pratique.

Pour nous, un point fondamental à intégrer à notre future pratique professionnelle est l'approche centrée sur la personne. En effet, ce modèle nous a permis de mettre en mots des pratiques ancrées dans la discipline infirmière, que nous utilisions déjà mais ne parvenions peut-être pas à identifier clairement. En plus d'être primordiale pour les soins de longue durée, cette approche s'applique à tous les domaines de soins, qu'ils soient aigus ou chroniques. Cependant, certains aspects de l'approche se prêtent mieux aux soins de longue durée car ils nécessitent une prise en soins sur le long terme. C'est le cas par exemple pour l'adaptation de l'environnement.

De plus, il nous paraît essentiel que cette approche ainsi que les manifestations de la démence puissent être connues du personnel soignant prenant en soins des personnes atteintes de démence. Ainsi notre rôle sera de sensibiliser et de former des personnes gravitant autour de cette population afin que celle-ci puisse bénéficier de soins de qualité et que la communication puisse être optimisée, ceci dans le but de respecter l'identité des personnes soignées. Parmi les 4 défis énoncés lors du premier Symposium de la démence qui s'est tenu en Suisse en 2015, cet élément figurait de manière importante (Office fédéral de la santé publique, 2015). Au vu du nombre croissant de recherches sur la thématique et en tant que futurs professionnels de la santé, il est de notre rôle de nous tenir informés en mettant à jour nos connaissances et en proposant aux cadres des institutions où nous travaillerons, d'organiser des formations continues.

Pour Crespo, Hornillos & Gómez (2013), il est du ressort des politiques de promouvoir la recherche afin d'établir des processus de soins spécialisés de la démence et un règlement pour que ces processus soient inclus dans les unités spécialisées.

Toutes ces données sont comprises dans le projet 3.5 cité ci-dessous du champ d'action 2 : « offres adaptées aux besoins » de la Stratégie nationale en matière de démence (CDS & OFSP, 2013) :

Promotion des soins appropriés à la démence dans les soins et de l'accompagnement stationnaire de longue durée : Adaptation des infrastructures existantes (organisation et fonctionnement, RH et aménagement de l'espace) et de la prise en charge (processus thérapeutique, accompagnement et soins) à la demande et aux besoins du nombre croissant de résidents atteints d'une démence (p. 23).

Nous remarquons que cet objectif de la Stratégie nationale en matière de démence correspond en tous points aux caractéristiques des USD ainsi qu'aux perspectives de recherches suggérées par les auteurs. Cela montre qu'au niveau suisse, les politiciens sont en accord avec la recherche et que la préoccupation d'agir auprès de cette population est une réelle problématique. Ce projet fait partie de l'une des approches permettant d'aborder cette large thématique.

### **Limites et forces de la revue de littérature**

L'une des limites importantes de notre revue de littérature a été la disparité rencontrée au niveau des termes utilisés pour définir les USD. En effet, il existe une divergence importante entre les pays ainsi que des caractéristiques non réellement établies et uniformisées. Ceci a été un frein à la recherche d'articles car nous n'avons point pu identifier de mots MeSH spécifiques et de ce fait, avons dû utiliser une multitude de mots MeSH ainsi que beaucoup de mots clés.

Une autre limite est le peu de comparaison possible entre les différents résultats des études. En effet, les impacts sur les variables comme les SCPD, le status cognitif et la dépendance physique n'ont pu être comparés qu'entre 2 articles, les impacts sur l'engagement social ont été eux comparés entre 3 articles et ceux sur la qualité de vie entre 4 articles. Dans le but d'avoir un meilleur aperçu et plus de fiabilité pour généraliser les résultats, nous aurions trouvé nécessaire de comparer ces données avec davantage d'articles.

De plus, la diversité des résultats ne nous a pas réellement permis de ressortir des recommandations pour la pratique. Les auteurs relèvent également le fait qu'il y a un besoin important en terme de recherches futures.

L'un des points positifs de notre travail est l'actualité de la thématique. Nous avons constaté que celle-ci est un problème de santé publique prioritaire en Suisse et en Europe. L'accès aux documents nationaux récents nous a fourni un bon aperçu de la situation actuelle.

## **Conclusion**

Le but de cette revue de littérature était de saisir l'avancée de la recherche sur les impacts des USD pour les patients atteints de MA en comparaison avec des unités standards.

Les résultats ressortis sont mitigés mais cependant ils apportent quelques impacts positifs pour les résidents. Les USD pourraient proposer des améliorations en termes de qualité de vie, d'engagement social et d'utilisation de médicaments psychotropes et de mesures de contraintes physiques. Ces résultats peuvent être en partie considérés comme encourageants. Cela nous permet de relever que les efforts en terme de politique de santé sont entrepris à juste titre et qu'ils peuvent poursuivre dans cette direction, il en va de même pour la recherche. Les différents auteurs des articles exposent notamment diverses pistes à explorer telle que les caractéristiques nécessaires afin que la prise en soins soit optimale.

En terme d'apprentissages réalisés à travers ce travail de Bachelor, nous pouvons tirer les conclusions suivantes. Le cadre des USD permet aux résidents atteints de démence de manifester librement les SCPD. En effet, l'environnement sécurisé permet leur expression, ce qui est primordial afin de ne pas dépersonnaliser le résident en utilisant les mesures de contraintes et les médicaments psychotropes. De plus à travers l'approche centrée sur la personne atteinte de démence, le personnel soignant agit sur la qualité de vie et le bien-être de la personne en s'intéressant davantage à son identité passée et présente et en optimisant son autonomie.

Finalement, malgré la diversité des résultats obtenus, nous pouvons dire que ce travail nous a permis de développer différents apprentissages qu'ils soient au niveau du processus de recherche, des concepts théoriques ou de manière générale en ce qui concerne notre future pratique professionnelle.



## Références

- Abrahamson, K., Lewis, T., Perkins, A., Clark, D., Nazir, A. & Arling, G. (2013). The influence of cognitive impairment, special care unit placement, and nursing facility characteristics on resident quality of life. *Journal of Aging and Health*, 25(4) : 574–588. doi:10.1177/0898264313480240.
- Alzheimer conseil. (2016). *Les unités de vie protégées en maison de retraite pour les malades d'Alzheimer*. Repéré à <http://www.alzheimer-conseil.fr/prise-en-charge-du-malade-d-alzheimer-en-institution/les-unites-de-vie-protégees-en-maison-de-retraite-pour-les-malades-d-alzheimer-a20.html>
- Association Alzheimer Suisse. (2007). Troubles de mémoire ? Un examen permet d'en savoir plus. Repéré à [http://www.alz.ch/fr/index.php/alzheimer-et-autres-demences.html?file=tl\\_files%2Fpublikationen%2FBroschueren%2F149\\_F\\_Vergesslich%3F.pdf](http://www.alz.ch/fr/index.php/alzheimer-et-autres-demences.html?file=tl_files%2Fpublikationen%2FBroschueren%2F149_F_Vergesslich%3F.pdf)
- Association Alzheimer Suisse. (2015). *Formes et causes des démences*. Repéré à <http://www.alz.ch/index.php/formes-et-causes-des-demences.html>
- Association Alzheimer Suisse. (2015). *Les traitements*. Repéré à <http://www.alz.ch/index.php/traitement.html>
- Association Internationale de Psychiatrie. (1998). *Module 1 : Présentation des SCPD*. Repéré à [http://granato.fr/images/6\\_publications/1\\_SCPD.pdf](http://granato.fr/images/6_publications/1_SCPD.pdf)
- Association Internationale de Psychiatrie. (1998). *Module 2 : Enjeux cliniques*. Repéré à [http://www.granato.fr/images/6\\_publications/2\\_enjeux\\_cliniques.pdf](http://www.granato.fr/images/6_publications/2_enjeux_cliniques.pdf)
- Association Suisse romande Prendsaplace. (2014). *Les mesures de contrainte*. Repéré à <http://prendsaplace.com/contention-contrainte/>
- Boekhorst, S., Depla, M., Lange, J., Pot, A.-M., & Eefsting, J. (2009). The effects of group living homes on older people with dementia : a comparison with nursing home care. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 24. 970 – 978.
- Brandenburg, H., Adam-Paffrath, R. & Güther, H. (2014). Lebensqualität von Bewohnerinnen einer Pflegeoase aus der Sicht von Pflegenden und Angehörigen - qualitative Befunde einer Evaluationsstudie. *Pflege*, 27, 69-80. doi : 10.1024/1012-5302/a000347
- Brockner, P., Benoit, M., Clement, J.-P., Cnockaert, X., Hinault, P., Nourasheim, F., ... Verny, M. (2005). Recommandation : les symptômes psychologiques et comportementaux de la démence : description et prise en charge. *La Revue de Gériatrie*, 30(4), 241-252.
- Conférence Suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé & Office fédéral de la santé publique. (2013). *Stratégie nationale en matière de démence 2014-2017*. Repéré à <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/13916/index.html?lang=fr>
- Conférence Suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé. (2013). *État des lieux du développement et de la mise en œuvre dans les cantons des offres de prise en charges des pathologies de la démence : Rapport sur les résultats*

de l'enquête auprès des cantons (janvier-avril 2013). Repéré à [http://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/strategie\\_bundkantone/demenz/bt\\_de\\_menzversorgung\\_f\\_2013.11.21.pdf](http://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/strategie_bundkantone/demenz/bt_de_menzversorgung_f_2013.11.21.pdf)

- Crespo, M., Hornillos, C. & Gómez, M. M. (2013). Dementia special care units: a comparison with standard units regarding residents' profile and care features. *International Psychogeriatrics*, 25 :12. 2023-2031.
- Edvardsson, D., Winblad, B. & Sandman, P. O. (2008). Person-centered care of people with severe Alzheimer's disease : current status and ways forward. *The Lancet Neurology*, 7, 362-367.
- EU2016. (2016). *C'est ensemble que nous rendrons les Pays-Bas respectueux de la démence sénile : Selon Martijn van Rijn*. Repéré à <https://français.eu2016.nl/a-la-une/actualites/2016/05/09/cest-ensemble-que-nous-rendrons-les-pays-bas-respectueux-de-la-demence-senile-selon-martijn-van-rijn>
- Fortin, M. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives*. (2ème éd). Québec : Chenelière Education.
- Francealzheimer.fr. (2012). *Les symptômes comportementaux*. Repéré à <http://www.francealzheimer.org/les-symptomes/les-symptomes-comportementaux/181>
- Gagné, C. & Voyer, P. (2013). *Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence : qu'en savons-nous*. Repéré à [https://www.oiq.org/sites/default/files/uploads/periodiques/Perspective/vol10no4/10\\_recherche.pdf](https://www.oiq.org/sites/default/files/uploads/periodiques/Perspective/vol10no4/10_recherche.pdf)
- Gillabert, C., Desmeules, J., Vogt-Ferrier, N., & Dayer, P. (2006). Prise en charge médicamenteuse des symptômes comportementaux et psychologiques liés à la démence. *Revue Médicale Suisse*, 61.
- Institut national de la santé et de la recherche médicale. (2014). *Alzheimer*. Repéré à <http://www.inserm.fr/thematiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologie-psychiatrie/dossiers-d-information/alzheimer>
- Kok, J. S., Van Heuvelen M.J. G., Berg, I. J., & Scherder, E. J. A. (2016). Small scale homelike special care units and traditional special care units : effects on cognition in dementia; a longitudinal controlled intervention study. *BMC Geriatrics*. doi 10.1186/s12877-016-0222-5.
- Lai, CKY., Yeung, J HM., Mok, V., Chi, I. (2009). Special care units for dementia individuals with behavioural problems. *CochraneDatabase of Systematic Reviews*, 4. doi:10.1002/14651858.CD006470.pub2.
- Nakanishi, M., Nakashima, T. & Sawamura, K. (2012). Quality of life of residents with dementia in a group-living situation, an approach to creating small, homelike environments in traditional nursing homes in Japan. *Nihon Koshu Eisei Zasshi*, 59(1), 3-10.

- Novella, J.-L., Dhaussy, G., Morrone, I., Drame, M., Blanchard, F. & Jolly, D. (2012). Qualité de vie et démence : état des connaissances. *Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillissement*, 10(4), 365-372.
- Observatoire suisse de la santé & Institut de recherches économiques de l'Université de Neuchâtel. (2006). *Comparaison inter-cantonale du recours aux soins de longue durée en Suisse : document de travail 17*. Repéré à <http://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2015/arbeitsdokument-17-f.pdf>
- Office fédéral de la santé publique. (2015). *Symposium « Les défis de l'Alzheimer et d'autres maladies apparentées »*. 4-5 juin 2015, Berne [Vidéo en ligne]. Repéré à <https://www.youtube.com/watch?v=86dVeZZwsjw>
- Oppikofer, S., Martin, M., Wettstein, A., Schelling, H. R., & Moor, C. (2013). *Qualité de vie d'une personne atteinte de démence*. Repéré à [http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/13916/15495/index.html?lang=fr&download=NHZLpZeg7t,Inp6l0NTU042l2Z6ln1ae2lZn4Z2qZpnO2Yuq2Z6gpJCLenx9e2ym162epYbg2c\\_JjKbNoKSn6A--](http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/13916/15495/index.html?lang=fr&download=NHZLpZeg7t,Inp6l0NTU042l2Z6ln1ae2lZn4Z2qZpnO2Yuq2Z6gpJCLenx9e2ym162epYbg2c_JjKbNoKSn6A--)
- Organisation Mondiale de la Santé OMS. (2016). *La démence*. Repéré à <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/fr/>
- Ploton, L. (2010). *Ce que nous enseignent les malades l'Alzheimer*. Lyon, France : Chronique Sociale.
- Russ, T. C., Gatz, M., Pedersen, N. L., Hannah, J., Wyper, G., Batty, G. D., Deary, I. J. & Starr, J. M. (2015). Geographical variation in dementia : examining the role of environmental factors in Sweden and Scotland. *Epidemiology*, 26(2), 263-270.
- Sabat, S. R. (2015) *Le vécu du malade l'Alzheimer : comprendre pour mieux accompagner*. Lyon, France : Chronique Sociale.
- Sager Tinguely, C. & Weber, C. (2011). *Précis de chronicité et soins dans la durée*. Rueil-Malaison cedex, France. : Lamarre.
- Société Alzheimer du Canada. (2011) *Lignes directrices sur les soins centrés sur la personne : Prise en charge des personnes atteintes d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée qui vivent dans un foyer de soins de longue durée*. Repéré à [http://www.alzheimer.ca/~media/Files/national/Culture-change/culture\\_change\\_framework\\_f.pdf](http://www.alzheimer.ca/~media/Files/national/Culture-change/culture_change_framework_f.pdf)
- Townsend, M. C. (2010). *Soins infirmiers : Psychiatrie et santé mentale* (5ème éd., version française). Québec, Canada : Editions du Renouveau Pédagogique Inc.
- Verbeek, H. et al. (2014). Effects of small-scale, home-like facilities in dementia care on residents' behavior, and use of physical restraints and psychotropic drugs: a quasi-experimental study. *International Psychogeriatrics*, 26, 657 – 668.
- Voyer, P. (2013). *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie*. Québec, Canada : Editions du renouveau pédagogique inc.

**Appendice A : Déclaration sur l'honneur**

Nous déclarons avoir réalisé ce travail de manière personnelle conformément aux normes et directives de la Haute Ecole de Santé de Fribourg. Toutes les références utilisées dans le présent travail sont nommées et clairement identifiées.

Andrey Jeanne

Jaquier Sylvain

Spicher Marine

**Appendice B** : Grilles d'analyse quantitative de Abrahamson, Lewis, Perkins,  
Clark, Nazir & Arling (2013)

Aspects du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
<b>Titre</b>	Permet-il de saisir le problème de recherche ?	X			« The influence of cognitive impairment, special care unit placement and nursing facilities characteristics on residents quality of life. » → L'influence de la déficience cognitive (DC), des unités de soins spécialisées et des caractéristiques de l'établissement de soins infirmiers sur la qualité de vie (QV) des résidents [traduction libre] (p.1). Question PICO : - P : les résidents - I : l'influence de la déficience cognitive et des caractéristiques de l'établissement sur la qualité de vie - Co : les unités de soins spécialisées
<b>Résumé</b>	Contient-il les principales parties de la recherche (introduction, cadre théorique, méthodologie, etc.) ?			X	Il manque la conclusion
<b>Introduction</b> Enoncé du problème	Le problème de recherche est-il énoncé clairement ?	X			Parce qu'ils disent ce qu'ils ont déjà fait dans l'étude précédente et ce qui va se faire dans celle-ci. Le but de l'étude est clairement énoncé.
<b>Recension des écrits</b>	Résume-t-elle les connaissances sur les variables étudiées ?	X			Les variables sont : la qualité de vie, les caractéristiques de l'unité spécialisée, les facteurs psychosociaux (engagement social, etc.) les facteurs cliniques et démographiques (démence). Ils expliquent ce qui existe déjà à ce sujet dans la littérature que beaucoup d'études ont déjà été réalisées puis, ils donnent les résultats de leur première étude et qu'ils vont approfondir les résultats de l'ancienne étude.
<b>Cadre théorique ou conceptuel</b>	Les principales théories et concepts sont-ils définis ?	X			Mots clé : maisons de soins infirmier, qualité de vie, troubles cognitifs, caractéristiques des institutions. Ils se basent sur les questions de recherches de leurs anciennes études : les caractéristiques de l'établissement tels que les niveaux de dotation en personnel, le type de propriété, et la présence d'une SCU



					<p>sont-elles associées à la QV du résident ? Le placement du résident dans une SCU est-il associé à sa qualité de vie lorsque les caractéristiques de l'établissement sont prises en compte dans le modèle et les résultats obtenus.</p> <p>Les auteurs disent ce qu'ils entendent par les différentes variables et ce qui existent déjà à ce sujet.</p>
Hypothèses	Les hypothèses sont-elles clairement formulées ?			X	<p>Ils proposent des hypothèses de réponse au but de l'étude :</p> <p>Le but de l'analyse actuelle était d'élargir ces résultats et d'étudier l'influence des caractéristiques de l'établissement sur la QV du résident tout en contrôlant les variables connues pour influencer la QV au niveau du résident [traduction libre] (p.1).</p> <p>Les hypothèses peuvent être déduites :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les caractéristiques des unités spécialisées ont des effets positifs sur la qualité de vie des résidents.</li> <li>- Les caractéristiques des unités spécialisées ont des effets positifs sur la qualité de vie des résidents.</li> </ul>
	Découlent-elles de l'état des connaissances (théories et recherches antérieures ?	X			
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	Le devis de recherche est-il décrit ?		X		
Population et contexte	La description de l'échantillon est-elle suffisamment détaillée ?	X			Les différentes étapes du déroulement de la collecte de données sont mentionnées clairement.
	La taille de l'échantillon est-elle adéquate par rapport au contexte de la recherche ?	X			13'983 résidents (97% des entrevues initiées ont été réalisées). Le nombre moyen d'entrevues réalisées par établissement était de 36, avec une gamme de 9 à 65 interviews au sein de chaque établissement. Parmi les 390 maisons de soins infirmiers certifiés de l'état du Minnesota [traduction libre] (p.3).

Collecte des données et mesures	Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	X			Le Minnesota Resident QOL 2007, Satisfaction Survey Scale, Nursing Home QOL Scale, MDS 2.0, CPS, l'ADL Long-Form Scale, Minnesota Nursing Home Case Mix Index.
	Les variables à mesurer sont-elles décrites et opérationnalisées ?	X			
Déroulement de l'étude	La procédure de recherche est-elle décrite ? A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?	X			La qualité de vie a été évaluée par deux outils spécifiques pour un contexte de maisons de soins. Puis une mesure supplémentaire a été réalisé sur : basée sur les domaines d'activités significatives, l'autonomie, la vie privée, les relations et l'individualité. La mesure du statut cognitif a été prise sur le dernier score MDS. Le statut fonctionnel a été mesuré avec un outil spécifique qui prenait également en compte l'autonomie. La qualité de l'établissement a également été évaluée, ainsi que la satisfaction et l'humeur des résidents.
<b>Résultats</b> Traitement des données	Des analyses statistiques ont-elles été entreprises pour répondre à chacune des hypothèses ?			X	
Présentation des résultats	Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			Il y a trois tableaux qui illustrent les résultats.
<b>Discussion</b> Intégration de la théorie et des concepts	Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir du cadre théorique et conceptuel, ainsi que des recherches antérieures ?	X			Oui, ils présentent les résultats en lien avec les concepts.
	Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?	X			Ils parlent de manière générale pour les institutions avec une population atteinte de troubles cognitifs de type démence.
	Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			
Perspectives futures	Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique	X			Ils proposent également des pistes pour des études à venir.

	clinique et sur les travaux de recherche à venir ?				
<b>Questions générales</b> Présentation	L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			Il manque juste la conclusion. Le devis n'est pas précis, c'est quantitatif mais pas plus d'informations.
Evaluation globale	L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?	X			Des pistes pour la pratique sont énoncées mais ils précisent qu'il faudrait d'avantage de données pour compléter leur étude.

Aspects du rapport	Contenu de l'article
<b>Références complètes</b>	Abrahamson, K., Lewis, T., Perkins, A., Clark, D., Nazir, A. & Arling, G. (2013). The influence of cognitive impairment, special care unit placement, and nursing facility characteristics on resident quality of life. <i>Journal of Aging and Health</i> , 25(4) : 574–588. doi:10.1177/0898264313480240.
<b>Résumé</b>	L'influence des unités spécialisées sur la qualité de vie des résidents atteints de démence a été évaluée ainsi que l'impact du degré de démence a sur la qualité de vie des résidents. Les résultats ont montré que le degré de démence n'avait pas d'impact sur la qualité de vie mais le fait de résider dans des unités spécialisées avait lui un effet positif sur la qualité de vie. Il est important d'avoir un nombre de personnel suffisant et formé dans les unités spécialisées.
<b>Introduction</b> Enoncé du problème	La qualité de vie des résidents atteints de démence est un sujet qui préoccupe beaucoup, notamment en Amérique. La recherche actuelle a mis en avant différents facteurs qui pourraient influencer la qualité de vie des résidents institutionnalisés. En partant des résultats de leur précédente étude, ils ont remarqué que le niveau de qualité de vie variait en fonction du degré de démence et était en lien avec le type d'unité. Le but de cette étude est d'analyser les influences des unités spécialisées sur la qualité de vie des résidents tout en approfondissant les résultats obtenus auparavant et en gardant les variables déjà connues pour influencer la qualité de vie.
Recension des écrits	De nombreuses études scientifiques se sont déjà penchées sur la question de la qualité de vie des résidents en institutions. Il a été prouvé que la qualité de vie est un élément mesurable qui est influencé par différents facteurs notamment : le degré de dépendance, le statut cognitif, l'engagement social, etc. Grâce à des changements organisationnels la qualité de vie des résidents pourrait être améliorée.
Cadre théorique ou conceptuel	Qualité de vie, démence, unité spécialisée, moyens de contention, médicaments psychotropes, activité de la vie quotidienne, maison de soins infirmiers, caractéristiques des institutions
Hypothèses	Le contexte de l'établissement a une influence significative sur la qualité de vie. Les résidents vivant dans une SCU rendent compte d'une qualité de vie plus élevée que ceux qui vivent dans les unités standards [traduction libre] (pp.2-3). Des modèles de soins qui proposent des horaires flexibles, un changement culturel comme par exemple le concept d'un environnement identique au domicile, centré sur le résident. En se basant sur résultats obtenus de leur précédente étude, ils ont pu établir que les caractéristiques de l'unité auraient une influence notable sur la qualité de vie des résidents. Des études auraient démontré que la démence influence négativement la qualité de vie des résidents mais cependant pour ceux placé dans des unités spécialisées la prise en charge étant différente et spécifique ceci pourrait diminuer cette influence sur la qualité de vie.
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	Quantitative Devis non spécifié
Population et contexte	Résidents des unités certifiées de soins infirmiers de l'état du Minnesota, sélectionnée de manière aléatoire mais n'ayant pas un niveau de démence trop élevé MDS Cognitive Performance Scale (CPS) avec un score de 6 ou étant gravement malade et ayant l'autorisation de leur tuteur. Sur les 16'538 résidents admissibles, les entrevues ont été engagées avec 14'381 résidents, un taux de réponse de 87%. Des entrevues complètes ont été obtenues avec 13'983 résidents (97% des entrevues initiées ont été réalisées [traduction libre] (p.4).

Collecte des données et mesures	<p>La collecte des données s'est faite à l'aide d'entretiens en individuel. De multiples outils ont été utilisés. Tout d'abord la qualité de vie, l'humeur et la satisfaction des résidents ont été évalué à l'aide de deux échelles :</p> <p>Le Minnesota Resident QOL 2007 and Satisfaction Survey [traduction libre] (p.4).</p> <p>Ce sont surtout les facteurs influençant et le niveau de qualité de vie qui ont été évalué. Puis, ils ont créé un second outil qui se centrait sur :</p> <p>Les domaines d'activités significatives, l'autonomie, la vie privée, les relations et l'individualité.</p> <p>La mesure du statut cognitif a été reprise du dernier score MDS. Concernant, le degré de démence il a été évalué par le CPS qui a donné un score allant de 0-6 en fonction du degré de gravité. Puis le statut fonctionnel a été mesuré à l'aide du l'ADL Long-Form Scale (Morris, Fries &amp; Morris, 1999), qui évalue l'autonomie des résidents sur sept éléments (mobilité dans le lit, le transfert, la locomotion, l'habillement, manger, l'utilisation des toilettes et l'hygiène personnelle) et varie de 0 à 28. Les données évaluées en lien avec l'institution ont été mesurées avec le MDS 2.0, ainsi que du 2007 Minnesota Department of Human Services Statistical and Cost Report for Nursing Facilities [traduction libre] (p.4).</p>
Déroulement de l'étude	<p>Ils ont commencé par étudié les les données du Minnesota Nursing Home Resident QOL et celles du Consumer Satisfaction Survey mené aux printemps 2007. Puis ils ont sélectionné de manière aléatoire les résidents parmi les résidents des 390 maisons de soins infirmiers certifiées du Minnesota. Les chercheurs ont ensuite contacté les responsables des différentes unités de soins pour planifier des entretiens en face à face. Puis ils ont été informés si les résidents étaient en cours ou long séjour au moment des entretiens. Ils ont ensuite pu réaliser le sondage avec tous les résidents à l'exception de ceux ayant une démence trop sévère, étaient malades ou ceux dont leur tuteur ne leur permettait pas d'y participer. Dans les petits établissements de 25 résidents le sondage a été réalisé sur l'ensemble des résidents. Les entrevues ont été réalisé dans les lieux choisis par les résidents.</p> <p>Des entrevues complètes ont été obtenues avec 13'983 résidents (97% des entrevues initiées ont été réalisées). Le nombre moyen d'entrevues réalisées par établissement était de 36, avec une gamme de 9 à 65 interviews au sein de chaque établissement [traduction libre] (p.4).</p>
<b>Résultats</b> Traitement des données	<p>La différence de caractéristiques entre les institutions a été traitée avec un test qui-carré et deux échantillons t-test, le lien entre la qualité de vie des résidents et les caractéristiques des unités ont été analysés a été mesuré avec un test de Pearson. Les auteurs ont dû utiliser un modèle à multi-niveaux car vu que l'échantillon était en grappe car il y avait un degré d'erreur potentielle pour les résidents au sein de la même institution [traduction libre] (pp.4-5).</p>
Présentation des résultats	<p>La présentation des résultats commence par définir au sein de l'échantillon les différents degrés de déficience cognitive. Puis ils parlent des différences entre les institutions contenant des unités spécialisées ou pas et font le lien avec la qualité de vie. Les scores de la qualité de vie étaient de manière générale nettement meilleure dans les institutions qui possédait une unité spécialisée.</p> <p>Au sein des unités spécialisées, il y avait significativement plus d'heures d'infirmière auxiliaire par jour par résident que dans les unités standards [traduction libre] (p.5).</p> <p>Dans les unités spécialisées, l'utilisation de moyens de contention et de médicaments psychotropes était plus importante que dans les autres unités tandis qu'à l'inverse, la douleur était-elle, moins présente.</p> <p>Le niveau de qualité de vie est ressorti comme mauvais lorsqu'il y avait la présence de ces facteurs : DC, sexe féminin, dépendance dans les AVQ, dépression ou anxiété, aphasie, hémiplégié et incontinence urinaire [traduction libre] (p.5).</p>

	<p>Si la dotation du personnel était élevée par résident cela influençait positivement la qualité de vie. La qualité de vie est influencée négativement par la démence et d'autres maladies psychiatriques. Résider en unité spécialisée n'est pas lié significativement à la qualité de vie.</p>
<p><b>Discussion</b> Intégration de la théorie et des concepts</p>	<p>Les auteurs énoncent que leur hypothèse qui énonçait que les unités spécialisées avaient un impact positif sur la qualité de vie des résidents a pu être vérifiée. Concernant les recommandations pour la pratique, ils disent que la dotation du personnel soignant mais notamment les auxiliaires et le personnel d'activité exerce une influence positive sur la qualité de vie [traduction libre] (p.6).</p> <p>Cet impact ressort davantage chez le personnel soignant qui lui pratiquera plus de soins de base et intime que chez le personnel infirmier. Ceci indique également que ce personnel est présent pour répondre aux besoins directs des résidents. Un élément intéressant est que les institutions possédant des unités spécialisées n'avait pas forcément de bons liens avec le niveau de qualité de vie des résidents alors que les institutions spécialisées elles présentaient un lien significatif.</p> <p>Dans la notion de qualité de vie, les facteurs liés directement à l'individu ont un rôle déterminant tel que le degré de dépendance, le statut cognitif, l'état de santé mentale et physique ainsi que le niveau de communication. Cependant, un long séjour en institution reflétait une qualité de vie supérieure aux autres. Cette étude consistait à démontrer les caractéristiques présents au sein des institutions qui vont augmenter la qualité de vie des résidents.</p> <p>Pistes : des caractéristiques présentent dans les unités spécialisées qui pourraient avoir une influence positive sur la qualité de vie des résidents sont :</p> <p>La formation spécialisée du personnel, les programmes de réduction du bruit, l'utilisation fréquente de chambres privées, des unités de petite taille, la disponibilité accrue de la lumière naturelle, et une flexibilité dans la routine des résidents [traduction libre] (p.6).</p> <p>Limites : Des différences dans l'organisation du travail et des modes d'interaction entre les deux types d'unité pourraient être présentes mais qui aurait pu être sous-estimé à cause de la méthode qui n'est que quantitative.</p> <p>L'incapacité en lien avec la méthode utilisée d'évaluer la qualité de vie des résidents avec une démence trop avancée.</p> <p>Cette étude étant réalisée chez une population institutionnalisée dans l'état du Minnesota, les résultats ne peuvent pas être généralisés pour une population au niveau nationale [traduction libre] (p.7).</p>
Perspectives futures	<p>Les auteurs proposent pour une prochaine étude d'analyser des paramètres comme la composition des équipes de soins, la nature des tâches déléguées et leurs effets significatifs sur la qualité de vie des résidents. La taille de l'unité ainsi que la diversité des activités disponibles seraient également des facteurs à prendre en compte dans une nouvelle recherche.</p>
<p><b>Questions générales</b> Présentation</p>	<p>Article ayant une structure correcte à l'exception du manque de la conclusion. Présentations des résultats claires et détaillées, donne de bonnes pistes pour la suite. Est en lien avec notre problématique et correspond à nos critères d'inclusion.</p>
Evaluation globale	<p>Bon article, apporte des résultats pertinents.</p>

**Appendice C** : Grilles d'analyse quantitative de Boekhorst, Depla, Lange, Pot & Eefsting (2009)

Aspects du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
<b>Titre</b>	Permet-il de saisir le problème de recherche ?	X			<p><u>Titre</u> : « The effects of group living homes on older people with dementia : a comparaison with traditional nursing home care. » qui signifie : « Les effets des foyers de vie en groupe sur les personnes âgées avec une démence : la comparaison avec les maisons de soins infirmiers standards. »</p> <p>Le <u>PICO</u> est complet :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- P (population) : les personnes âgées atteintes de démence</li> <li>- I (phénomène d'intérêt) : les effets des « maisons de vie en groupe » sur les personnes âgées atteintes de démence (population), en comparaison avec les « maisons de soins infirmiers standards»</li> <li>- CO (contexte) : unité spécialisée de la démence, ici « maisons de vie en groupe »</li> </ul>
<b>Résumé</b>	Contient-il les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.) ?	X			Sont présents : « Objectifs », « méthodes », « résultats » et « conclusion ».
<b>Introduction</b> Enoncé du problème	Le problème de recherche est-il énoncé clairement ?	X			Le problème est énoncé dans les chapitres « résumé » et « introduction ».
Recension des écrits	Résume-t-elle les connaissances sur les variables étudiées ?	X			<p>Les variables étudiées sont le statut fonctionnel, la qualité de vie, l'utilisation de médicaments psychotropes et de contraintes physiques et l'engagement social.</p> <p>Les connaissances sur ces variables ne sont pas clairement énoncées car la littérature n'est pas claire à ce sujet.</p>
Cadre théorique ou conceptuel	Les principales théories et concepts sont-ils définis ?	X			Les mots clé sont : « qualité de vie », « maisons de soins infirmiers de psychogériatrie » et « maladie Alzheimer ».
Hypothèses	Les hypothèses sont-elles clairement formulées ?			X	Elles sont déduites mais pas énoncées clairement.



	Découlent-elles de l'état des connaissances (théories et recherches antérieures ?		X		
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	Le devis de recherche est-il décrit ?	X			Devis expérimental
Population et contexte	La description de l'échantillon est-elle suffisamment détaillée ?	X			Elle est détaillée dans deux sous-chapitre de la méthode (« devis » et « échantillon » ainsi que dans le tableau 1 où on trouve également les caractéristiques de l'échantillon.
	La taille de l'échantillon est-elle adéquate par rapport au contexte de la recherche ?	X			
Collecte des données et mesures	Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	X			Ils sont nommés et décrits dans la partie « mesures ».
	Les variables à mesurer sont-elles décrites et opérationnalisées ?	X			Elles sont nommées et opérationnalisées dans les mêmes paragraphes que les instruments de mesures, à savoir dans la partie « mesures ».
Déroulement de l'étude	La procédure de recherche est-elle décrite ?	X			Dans le paragraphe « démarche »
	A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?	X			
<b>Résultats</b> Traitement des données	Des analyses statistiques ont-elles été entreprises pour répondre à chacune des hypothèses ?	X			Elles sont décrites dans le paragraphe « analyse des données ».
Présentation des résultats	Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			Sous forme de texte dans le chapitre « résultats » ainsi que dans les tableaux 1 à 4.
<b>Discussion</b>	Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir du cadre théorique et	X			Les résultats sont présentés par catégories : « participants », « status fonctionnel », « qualité de vie », « utilisation de médicament psychotropes et de contraintes physiques ».

Intégration de la théorie et des concepts	conceptuel, ainsi que des recherches antérieures ?				
	Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?			X	
	Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			Elles sont énumérées dans la partie « discussion ».
Perspectives futures	Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?	X			Les auteurs proposent une piste de recherche future dans le dernier paragraphe de la « discussion ».
<b>Questions générales</b> Présentation	L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			On trouve tous les chapitres importants de l'étude. Le vocabulaire est adapté et l'article est très bien structuré.
Evaluation globale	L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?	X			

Aspects du rapport	Contenu de l'article
<b>Références complètes</b>	Boekhorst, S., Depla, M., Lange, J., Pot, A.-M., & Eefsting, J. (2009). The effects of group living homes on older people with dementia : a comparison with nursing home care. <i>International Journal of Geriatric Psychiatry</i> , 24. 970 – 978.
<b>Résumé</b>	<p>Le but de cette étude quasi-expérimentale était d'investiguer les effets des foyers de vie de groupe sur les patients atteints de démences [traduction libre] (p.970), lors de deux temps de mesure et à l'aide de différents instruments de mesure (DQOL, QUALIDEM, MMSE, IDDD, RMBPC, NPI-Q, RISE, RAI).</p> <p>La qualité de vie, le statut fonctionnel, l'engagement social, l'utilisation de médicaments psychotropes et de contraintes physiques ont été mesurés. Les résultats ont montré que les foyers de vie de groupes avaient certains effets bénéfiques sur leurs résidents notamment une diminution de la dépendance dans les AVQ, un meilleur engagement social et une diminution de l'utilisation de contraintes physiques. Concernant utilisation de médicaments psychotropes, du statut cognitif et des problèmes de comportements, aucune différence n'a été relevée.</p> <p>Malgré quelques effets bénéfiques des foyers de vie de groupe, il a été démontré que les unités standards sont de plus en plus performantes.</p>
<b>Introduction</b> Enoncé du problème	La prévalence de la démence est en hausse, spécialement dans les pays développés où les populations sont plus âgées et l'espérance de vie continue d'augmenter [traduction libre] (p. 970). Les personnes atteintes de démences, souvent atteintes de troubles du comportement qui fatiguent les proches aidants, sont presque toujours institutionnalisées à un moment donné. Les structures des maisons de soins infirmiers standards ressemblent à celles des structures hospitalières et selon Hammer (1999), ce type d'structures ne répond pas aux besoins particuliers des personnes atteintes de démence [traduction libre] (p. 970). De nouvelles structures ont donc vu le jour et regroupent des critères tels qu'une architecture typique et une normalisation de la vie de tous les jours. Cependant, la littérature n'est pas au clair sur les effets des foyers de vie de groupe sur la qualité de vie et le statut fonctionnel des résidents, ainsi que sur l'utilisation de médicaments psychotropes et de contraintes physiques en comparaison avec les unités standard.
Recension des écrits	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les Pays-Bas compte déjà 200'000 personnes atteintes de démence sur une population de 16 millions d'habitants (1,3%), et ce chiffre va plus que doubler dans les trois décennies à venir (National Health Council, 2002) [traduction libre] (p. 970).</li> <li>- La majorité des personnes atteintes de démence sont initialement soignées à domicile, mais une combinaison de facteurs tel que des sévères problèmes de comportements et un épuisement des proches aidants mène presque toujours à une transition vers une maison de soins infirmier (Yaffe et al., 2002) [traduction libre] (p. 970).</li> <li>- Aux Pays-Bas ainsi que dans d'autres pays, les maisons de soins infirmiers ressemblent traditionnellement aux unités hospitalières, avec de grandes chambres à coucher pour plusieurs résidents. Cependant, dans les dernières décennies, la sensibilisation a ressorti que ce type de structure ne doit pas répondre aux besoins particuliers des personnes atteintes de démence (Hammer, 1999) [traduction libre] (p. 970).</li> <li>- L'idéal des foyers de vie en groupe est situé dans une « architecture typique, dans laquelle les résidents peuvent rester jusqu'à leur mort. De plus, l'organisation de la vie de tous les jours est similaire à celle d'un ménage normal, ce qui signifie qu'un petit staff détermine le programme de chaque jour ensemble avec les résidents et les aidants informels (Te Boekhorst et al., 2007) [traduction libre] (p. 971).</li> <li>- Un nombre d'études, principalement suédoises, ont recherché les différents aspects des foyers de vie en groupe pour les patients atteints de démence. Une partie d'entre eux ont décrit le contexte, le développement et les conséquences des structures de vie en groupe (Annerstedt, 1993 ; Malmberg and Zarit, 1993 ; Häggström and Norberg, 1996 ; Annerstedt, 1997) [traduction libre] (p. 971).</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les structures de vie en groupe pourraient augmenter la qualité de vie des résidents pour une période ne dépassant pas 2-2,5 ans en comparaison avec maisons de soins infirmiers standards (Annerstedt, 1994) [traduction libre] (p. 971).</li> <li>- La qualité de vie des résidents a augmenté trois mois après l'admission et cette augmentation a été influencée par l'acquisition de rôles au sein des foyers de vie en groupe (Funaki et al., 2005) [traduction libre] (p. 971).</li> <li>- La polymédication semblaient augmenter dans les deux ans après l'admission. Les symptômes de dépression en particulier étaient présents chez environ 80% des résidents, tandis que seulement 12% des résidents recevaient une médication pour cela (Elmstahl et al., 1998) [traduction libre] (p. 971).</li> </ul>
Cadre théorique ou conceptuel	« Qualité de vie », « maisons de soins infirmiers de psychogériatrie » et « maladie Alzheimer ».
Hypothèses	<p>Les auteurs ne formulent pas de question d'hypothèses. Cependant, deux données peuvent guider le lecteur celles-ci:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Le but de cette étude était d'investiguer les effets des foyers de vie en groupe sur la qualité de vie et le fonctionnement des personnes atteintes de démence [traduction libre] (p. 970).</li> <li>- Notre étude a visé à examiner le statut fonctionnel, la qualité de vie et l'utilisation de médicaments psychotropes et de contraintes physiques sur les résidents des foyers de vie de groupe en comparaison avec les résidents des maisons de soins infirmiers standards [traduction libre] (p. 971).</li> </ul> <p>On peut alors déduire les hypothèses suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les foyers de vie en groupe ont davantage d'effets positifs sur la qualité de vie et le status fonctionnel et l'utilisation de médicaments psychotropes et de mesures de contraintes que les maisons de soins infirmiers standards.</li> <li>- Les foyers de vie en groupe ont moins d'effets positifs sur la qualité de vie et le status fonctionnel et l'utilisation de médicaments psychotropes et de mesures de contraintes que les maisons de soins infirmiers standards.</li> </ul>
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	Devis quasi-expérimental
Population et contexte	<p><u>Population :</u> Les résidents nouvellement admis dans les foyers de vie de groupe et des maisons de soins infirmiers standards à condition qu'ils aient un aidant naturel pouvant fournir les informations nécessaires à propos de la personne.</p> <p><u>Echantillon :</u> Le groupe expérimental est constitué de 79 résidents nouvellement admis dans un foyer de vie de groupe, dont 67 ont participé au deuxième temps de mesure. Au départ, le groupe contrôle est constitué de 132 résidents nouvellement admis dans une maison de soins infirmiers standard, dont 97 ont participé au deuxième temps de mesure.</p> <p><u>Contexte :</u></p>

	<p>20 foyer de vie de groupe spécialisés pour les personnes atteintes de démence qui répondaient à des critères d'inclusion contenus dans les bases d'un Concept Map :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Maximum de 6 résidents</li> <li>- Maximum de 6 unités</li> <li>- Etre situés à plus de 200 mètres de la maison de soins à laquelle appartient le foyer de vie de groupe</li> <li>- Préparer leurs propres repas</li> <li>- Avoir été construits au minimum deux ans avant le début de l'étude</li> </ul> <p>14 maisons de soins infirmiers standard qui répondaient à des critères d'inclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Etre construite selon le règlement du bâtiment néerlandais de 1997 pour les maisons de soins infirmiers et offrir des améliorations structurelles telle que des chambres individuelles</li> <li>- Minimum 20 patients par unité</li> </ul>
Collecte des données et mesures	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le fonctionnement cognitif a été mesuré avec le Mini-Mental State (MMS) standardisé. Il contient 19 questions avec un score maximal de 30 ne montrant pas de déclin cognitif.</li> <li>- Le besoin d'assistance pour les activités de la vie quotidienne (AVQ) a été évalué avec « The Interview for the Deterioration of Daily Living activities in Dementia (IDDD) ». Il contient 11 items à évaluer sur des échelles de 5. Un score élevé signifie une dépendance plus importante.</li> <li>- Les problèmes comportementaux ont été mesurés avec la « Revised Memory and Behavioral Problems Checklist (RMBPC) » et la « Neuropsychiatric Inventory-Questionnaire (NPI-Q) ». La RMBPC comprend trois sous-échelles : problèmes comportementaux liés à la mémoire, dépression et comportements perturbateurs. Chaque item s'évalue sur une échelle de 5. Un score plus élevé indique davantage de symptômes. La NPI-Q mesure les symptômes psychiatriques sur 12 items. Chaque item s'évalue sur une échelle de 4 avec un score plus élevé indiquant davantage de symptômes.</li> <li>- L'engagement social a été mesuré avec le « Revised Index of Social Engagement (RISE) » du « Resident Assessment Instrument (RAI) ». Il consiste en 6 items avec une échelle dichotomique. Un score plus élevé indique un engagement social plus élevé.</li> <li>- La qualité de vie a été évaluée à l'aide de deux instruments : Dementia Quality of Life instrument (DQoL) qui mesure 6 dimensions de la qualité de vie. 5 dimensions ont été évaluées sur une échelle de 5 : sens de l'esthétique, estime de soi, affects positifs, affects négatifs et sentiment d'appartenance. La dernière dimension : qualité de vie globale, a été mesurée par 1 item sur une échelle de 5. Un score plus élevé indiquait un résultat plus élevé de chaque dimension. Le deuxième instrument est QUALIDEM. Elle n'a été utilisée que lors de la deuxième mesure. Elle mesure 9 dimensions de qualité de vie sur une échelle de 4 : relation dans les soins, affects positifs, affects négatifs, comportement tendu agité, relations sociales, avoir quelque chose à faire. Les autres ne sont pas utilisés.</li> <li>- L'utilisation de médicaments psychotropes et de mesures de contraintes physiques a été mesurée à la deuxième mesure par le médecin ou le psychologue. Il leur a été demandé si oui ou non des médicaments psychotropes et/ou des mesures de contraintes étaient prescrites.</li> </ul>

Dérroulement de l'étude	Les données ont été récoltées en deux temps : une mesure à l'admission et une mesure des effets après 6 mois.
<b>Résultats</b> Traitement des données	Méthode statistique inférencielle : « Chi-square tests and multilevel univariate and multivariate linear and logistic regression analyses » ont été utilisés.
Présentation des résultats	<p>Les résultats sont présentés en 4 chapitres</p> <p><u>Participants</u> : Les résultats sur les participants sont présentés dans le tableau 1.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- &gt; de femmes célibataires qui vivaient à domicile avant l'admission</li> <li>- Ø de différence au niveau des problèmes comportementaux et de l'engagement social</li> <li>- Les résidents des foyers de vie de groupe avaient un meilleur status cognitif et nécessitaient moins d'aide pour les AVQ [traduction libre] (p. 973).</li> </ul> <p><u>Status fonctionnel</u> : Les résultats du status fonctionnel à l'admission sont détaillées dans le tableau 1 et les résultats de la deuxième mesure sont détaillés dans le tableau 2.</p> <p><u>Aide pour les AVQ</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les résidents des foyers de vie de groupe nécessitaient moins d'aide pour les AVQ à la seconde mesure [traduction libre] (p. 973).</li> <li>- Les deux groupes nécessitaient tout de même beaucoup d'aide pour les AVQ [traduction libre] (p. 973).</li> <li>- Les valeurs du IDDD montrent que les deux groupes ont déclinés dans leur status fonctionnel entre les deux temps de mesure. Cette détérioration est moins prononcée chez les résidents des foyers de vie de groupe [traduction libre] (p. 973).</li> </ul> <p><u>Engagement social</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les résidents des foyers de vie de groupe étaient significativement plus engagés socialement à la deuxième mesure [traduction libre] (p. 973).</li> <li>- Les deux groupes étaient plus engagés socialement à la deuxième mesure », « mais après ajustement, l'amélioration est mieux dans le groupe des foyers de vie de groupe [traduction libre] (p. 973).</li> </ul> <p><u>Status cognitif, problèmes comportementaux</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ø de différence significative entre les groupes à la deuxième mesure.</li> </ul> <p><u>Qualité de vie</u> : Les résultats de la qualité de vie sont détaillés dans le tableau 3.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- A la deuxième mesure, les résidents des foyers de vie de groupe avaient un meilleur sens de l'esthétique que les résidents des maisons de soins infirmiers standards (ils appréciaient plus leur environnement) [traduction libre] (p. 974).</li> <li>- La moyenne des scores des deux échelles indiquait une qualité de vie raisonnable pour les deux groupes.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La sous-échelle « avoir quelque chose à faire » différait significativement entre les deux groupes à la deuxième mesure [traduction libre] (p. 974). Les résidents des foyers de vie en groupe avaient plus souvent quelque chose à faire.</li> <li>- Pas de différence significative concernant les relations sociales.</li> </ul> <p><u>Utilisation de médicaments psychotropes et de contraintes physiques :</u> Les résultats de l'utilisation des médicaments psychotropes et de contraintes physiques sont présentés dans le tableau 4.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pas de différence significative entre les structures pour l'utilisation de médicaments psychotropes. Dans chacune environ 65% des résidents avaient de telles mesures prescrites.</li> <li>- Significativement plus de mesures de contraintes étaient prescrites dans les maisons de soins infirmiers standards (50% contre 10% dans les foyers de vie de groupe ».</li> </ul>
<p><b>Discussion</b> Intégration de la théorie et des concepts</p>	<p><u>Résumé des résultats :</u></p> <p>Les foyers de vie de groupe avaient plusieurs effets bénéfiques sur les résidents. Ils avaient besoin de moins d'aide pour les AVQ et étaient plus engagés socialement. De plus, les résidents des maisons de vie de groupe avaient plus le sens de l'esthétiques et avaient plus à faire. Moins de contraintes physiques leur étaient prescrites. Aucune différence pour le status cognitif et les problèmes comportementaux tels que la dépression ou les symptômes psychiatriques n'a été trouvée. De plus, il n'y avait pas de différence dans la grande majorité des échelles de qualité de vie et dans la prescription de médicaments psychotropes [traduction libre] (p. 976).</p> <p><u>Limites de l'études :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les résidents ont été suivi seulement 6 mois. Une plus longue période aurait été préférable mais la population ne le permettait pas en raison de son taux de mortalité.</li> <li>- Les données ont été récoltées par des observateurs différents : les proches aidants à la première mesure et les infirmières à la deuxième.</li> <li>- L'utilisation de l'échelle de qualité de vie DQoL n'a pas été faite selon les recommandations. En effet, la mesure a été faite par procuration alors qu'elle devait normalement se faire par interview direct.</li> <li>- Le status cognitif des résidents n'a pas été mesuré directement à l'admission, mais un peu après.</li> <li>- Le devis de l'étude qui était quasi-expérimental et non un essai clinique randomisé. Mais éthiquement, les auteurs ne pouvaient pas distribuer les résidents de manière aléatoire.</li> </ul>
<p>Perspectives futures</p>	<p>Les différences dans les caractéristiques des résidents révèlent un dilemme clinique majeur des unités de vie et de soins en groupe : est-ce approprié pour toutes les personnes atteintes de démence [traduction libre] (p. 977) ?</p> <p>La politique hollandaise est déjà centrée sur l'intégration des unités de vie et de soins en groupe et des maisons de soins infirmiers standards. En conséquence, les futures maisons de soins infirmier vont davantage consister en des unités de vie de petite taille à l'intérieur des maisons de soins infirmiers de plus grande taille. Bien que cela ait besoin d'être étudié, cette approche peut très bien donner aux personnes avec une démence la meilleure des deux voies : le savoir-faire des grandes maisons de soins infirmiers à l'intérieur de l'environnement intime des foyers de vie en groupe [traduction libre] (p. 977).</p>
<p><b>Questions générales</b></p>	<p>Bonne présentation générale de l'étude. Le vocabulaire est adapté et l'article est bien structuré.</p>

Présentation	
Evaluation globale	Les résultats sont clairs et bien détaillés. Les auteurs structurent leurs résultats de manière adéquate et font preuve d'objectivité dans leur discussion.



**Appendice C : Grilles d'analyse quantitative de Crespo, Hornillos & Gómez  
(2013)**

Aspects du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
<b>Titre</b>	Permet-il de saisir le problème de recherche ?			X	Titre : « Dementia special care units: a comparison with standard units regarding residents' profile and care features ». Ne permet pas de saisir un problème, mais plutôt la ligne directrice du travail.
<b>Résumé</b>	Contient-il les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?	X			Il contient les parties suivantes : « contexte », « méthodes », « résultats » et « conclusion ».
<b>Introduction</b> Enoncé du problème	Le problème de recherche est-il énoncé clairement ?	X			Les auteurs décrivent le contexte des Unités spécialisées aux Etats-Unis et en Espagne, l'avancée des recherches et le but de l'étude.
Recension des écrits	Résume-t-elle les connaissances sur les variables étudiées ?	X			
Cadre théorique ou conceptuel	Les principales théories et concepts sont-ils définis ?	X			Ce sont les mots clés.
Hypothèses	Les hypothèses sont-elles clairement formulées ?	X			Quatre hypothèses sont clairement formulées.
	Découlent-elles de l'état des connaissances (théories et recherches antérieures ?	X			
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	Le devis de recherche est-il décrit ?	X			Etude descriptive transversale
Population et contexte	La description de l'échantillon est-elle suffisamment détaillée ?	X			Les auteurs décrivent le contexte dans lequel l'échantillon a été choisi et les critères d'inclusion des résidents.
	La taille de l'échantillon est-elle adéquate par rapport au contexte de la recherche ?		X		Echantillon final : 197 résidents : 102 provenant des unités spécialisées et 95 des unités standards. Elle est petite.

Collecte des données et mesures	Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	X			
	Les variables à mesurer sont-elles décrites et opérationnalisées ?	X			
Déroulement de l'étude	La procédure de recherche est-elle décrite ? A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?	X			<p>Au niveau éthique :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Etude approuvée par un comité d'éthique.</li> <li>- Consentement éclairé obtenu de la part des résidents ou par leur représentant légal</li> </ul>
<b>Résultats</b> Traitement des données	Des analyses statistiques ont-elles été entreprises pour répondre à chacune des hypothèses ?	X			
Présentation des résultats	Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			Sous forme de texte dans le chapitre « résultats » ainsi que dans les tableaux 1, 2, 3 et 4.
<b>Discussion</b> Intégration de la théorie et des concepts	Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir du cadre théorique et conceptuel, ainsi que des recherches antérieures ?	X			
	Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?	X			Les résultats ne peuvent pas être généralisés en lien avec les limites de l'étude.
	les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			
Perspectives futures	Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?	X			D'autres recherches réalisées avec une méthodologie différente doivent être menées.

<b>Questions générales</b> Présentation	L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			
Evaluation globale	L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?		X		Non, car l'étude ne traite pas de corrélations car elle est descriptive.

Aspects du rapport	Contenu de l'article
Références complètes	Crespo, M., Hornillos, C. & Gómez, M. M. (2013). Dementia special care units: a comparison with standard units regarding residents' profile and care features. <i>International Psychogeriatrics</i> , 25 :12. 2023-2031.
Résumé	<p><u>Contexte</u> : Cette étude est la première à les analyser les caractéristiques des résidents atteints de démence et la qualité des soins dispensés dans les unités spécialisées de la démence des maisons de soins infirmiers en comparaison de ceux des unités standards.</p> <p><u>Méthode</u> : Les données ont été recueillies dans 11 maisons de soins infirmiers et 197 résidents répondant aux critères d'inclusion ont été sélectionnés au hasard : 102 dans les unités spécialisées et 95 dans les unités standards. Les données ont été analysées par l'utilisation de tests univariés et multivariés.</p> <p><u>Résultats</u> : Au niveau des variables sociodémographiques, les patients des unités spécialisées ne différaient pas de ceux des unités standards. Le placement des résidents en unités spécialisée semblait être lié à la présence de graves atteintes cognitives et fonctionnelles ainsi qu'à des comportements agressifs. Vivre dans une unité spécialisée a transmis une plus grande probabilité d'avoir une chambre et une salle de bain individuelle. Toutefois, il n'y avait pas de différence dans les soins fournis en unité spécialisée compte tenu de l'utilisation de couches et de systèmes d'alimentation et de contraintes. Les patients des unités spécialisées montraient une qualité de vie inférieure reportée par le staff [traduction libre] (p. 2023).</p> <p><u>Conclusion</u> : Il n'y a pas de différence de soins dispensés dans les unités spécialisées en comparaison avec les unités standards mise à part d'une plus grande possibilité de bénéficier d'une chambre individuelle.</p> <p>Des règlements sur les caractéristiques obligatoires des unités spécialisées en Espagne sont nécessaires afin de garantir que les soins fournis aux résidents soient vraiment spéciaux [traduction libre] (p. 2023)..</p>
Introduction Enoncé du problème	Les unités spécialisées de la démence devraient avoir des caractéristiques bien précises et adaptées aux besoins des personnes atteintes de MA. En effet sans critères spécifiques, n'importe quelle structure peut s'auto-déclarer comme étant spécialisée. Ce concept ayant reçu peu d'attention en Espagne, il n'existe pas de qualification officielle pour les unités spécialisées. De ce fait, toutes les maisons de soins infirmiers offrant des éléments spécifiques à l'attention des personnes démentes peuvent faire la demande de bénéficier d'une unité spécialisée. Cela rend ces unités spécialisées très hétérogènes au niveau de leur taille et d'autres caractéristiques, même si elles se composent généralement d'un espace séparé de la maison des soins infirmiers, avec un environnement adapté où les patients atteints de démence peuvent prendre part à un certain nombre d'activités répondant à leurs besoins [traduction libre] (p. 2024). Aucune donnée n'ayant à ce jour été transmise concernant les caractéristiques des résidents atteints de démence et la qualité des soins dispensés dans les unités spécialisées, cette étude est nécessaire. Elle vise plus précisément à comparer les résidents des maisons de soins infirmiers atteints de démence avec les résidents des unités spécialisée, en tenant compte premièrement des caractéristiques sociodémographiques et cliniques, deuxièmement des services et des soins fournis et enfin, de la qualité de vie [traduction libre] (p. 2024)..
Recension des écrits	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dans les années 1980 -1990 aux Etats-Unis, il y avait une prolifération des maisons de soins infirmiers prétendant avoir une telle unité de soins spécialisée : de 7,6% en 1987 à 14,1% en 1992 et 22% en 1996 (Leon et al., 1997) [traduction libre] (p. 2023).</li> <li>- Sans convenir de critères uniformes pour définir les unités de soins spécialisés, celles-ci courent le risque de se transformer en de simples stratagèmes de marketing pour les maisons de soins infirmiers offrant des unités spéciales (Congrès américain, Bureau des évaluations de technologie, 1992 ; Maslow et Ory, 2001) [traduction libre] (p. 2023).</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Il n'y avait pas de preuves empiriques en faveur ou contre [les unités spécialisées], de même qu'il n'y a pas de conclusion sur les caractéristiques de ces unités qui pourraient effectivement venir en aide aux résidents atteints de démence (Maslow et Ory, 2001) [traduction libre] (p. 2023).</li> <li>- En comparaison avec les résidents des unités non-spécialisées, ceux des unités de soins spécialisés étaient davantage susceptibles d'être des hommes, plus jeunes, ayant un diagnostic de la MA, admis directement à partir de leur domicile, sous statut de rémunération privé, se mobilisant de manière autonome et avec peu de déficiences physiques et de problèmes comportementaux (agitation/agressivité) (Maslow et Ory, 2001) [traduction libre] (p. 2023).</li> <li>- Par rapport aux résidents en soins non-spécialisés, ceux résidant dans les unités spécialisées ont une meilleure santé physique (Riter &amp; Fries, 1992 ; Buchanan et al., 2005 ; Nobili et al., 2008) [traduction libre] (p. 2024).</li> <li>- Les patients plus jeunes et en meilleure santé impliquent un coût économique plus élevé dû à une plus grande espérance de vie (Leon, 1998) [traduction libre] (p. 2024).</li> <li>- Aucun effet bénéfique [des unités spécialisées] n'a été trouvé sur les activités de la vie quotidienne, les problèmes de comportement ou encore sur les capacités fonctionnelles générales (Holmes et al., 1990 ; Phillips et al., 1997) [traduction libre] (p. 2024).</li> <li>- On ne sait pas si l'attention et les soins reçus en unités de soins spécialisés sont réellement spéciaux ou différents de ceux reçus dans les unités standards (Gerdner et Beck, 2001) [traduction libre] (p. 2024).</li> <li>- Les résidents des unités spécialisées reçoivent une plus grande attention et respect à leur égard (par exemple utilisation minimum d'alimentation par tubes, de barrières de lits et de couches en l'absence du programme de toilette) (Gruneir et al., 2008) [traduction libre] (p. 2024).</li> <li>- Il y aurait une augmentation inattendue de l'utilisation de médicaments neuroleptiques dans les unités spécialisées (Phillips et al., 2000 ; Gruneir et al., 2008) [traduction libre] (p. 2024).</li> <li>- Il y a une tendance à retirer les restrictions physiques et les médicaments antipsychotiques dans les unités spécialisées (Nobili et al., 2008) [traduction libre] (p. 2024).</li> <li>- Les résidents des unités spécialisés bénéficient de meilleurs soins, présentent moins d'escarres, sont moins hospitalisés et ont un poids équilibré par rapport aux résidents des unités standards (Luo et al., 2010) [traduction libre] (p. 2024).</li> </ul>
Cadre théorique ou conceptuel	<p>Les mots clés de l'étude sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Démence</li> <li>- Unités de soins spécialisées : Elles procurent des soins spécialisés aux personnes atteintes de démence dans les maisons de soins infirmiers. Leur conception de l'environnement, la formation de leur personnel ainsi que leurs programmes d'intervention sont soi-disant spécifiquement adaptés aux besoins des personnes souffrant de démence (Weiner et Reingold, 1989 ; Berg et al., 1991 ; Congrès américain, Bureau de l'évaluation des technologies, 1992) [traduction libre] (p. 2023).</li> <li>- Maisons de soins infirmiers</li> <li>- Soins de longue durée.</li> </ul>

Hypothèses	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Les résidents atteints de démence et étant dans des unités de soins spécialisés seront plus jeunes, montreront des problèmes cognitifs plus élevés, auront une déficience cognitive et fonctionnelle et présenteront des comportements plus perturbateurs que les résidents atteints de démence bénéficiant de soins standards [traduction libre] (p. 2024).</li> <li>2. Il y aura une plus grande disponibilité de chambres et de salles de bain dans les unités spécialisées [traduction libre] (p. 2024).</li> <li>3. L'utilisation de couches et de dispositifs d'alimentation sera inférieure dans les unités spécialisées [traduction libre] (p. 2024).</li> <li>4. En raison de différences dans les soins, des résultats de soins tels que la qualité de vie seront meilleurs pour les patients des unités spécialisées [traduction libre] (p. 2024).</li> </ol>
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	Etude descriptive transversale
Population et contexte	<p>La population était constituée des résidents déments et non-déments d'unité standards et spécialisées de 11 maisons de soins infirmiers sélectionnées dans cinq provinces espagnoles.</p> <p>Les résidents ont été sélectionnés selon des critères :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 60 ans et plus</li> <li>- Résidence permanente et depuis au moins trois mois dans la maison de soins infirmiers</li> <li>- Démence diagnostiquée selon les critères de l'American Psychiatric Association</li> <li>- Résultats du MMS &lt; 27.</li> </ul> <p>Ils ont été sélectionnés proportionnellement à la taille des maisons de soins infirmiers et au nombre de patients déments.</p> <p>Pour chaque résident sélectionné, un membre du personnel lui était assigné pour donner les informations le concernant.</p>
Collecte des données et mesures	<p>Les données concernant les résidents qui ont été récoltées sont : âge, sexe, niveau d'instruction, état matrimonial, durée de séjour dans la maison de soins infirmiers.</p> <p>Les outils suivant ont été utilisés :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- MMS (utilisé pour inclure les résidents) pour mesurer l'état cognitif</li> <li>- Cornell Scale for Depression in Dementia (CSDD) (version patient)</li> <li>- Quality of Life in Alzheimer's Disease Scale (QoL-AD) (version patient)</li> </ul> <p>Les données concernant les caractéristiques de soins et les variables liées aux résidents ont été récoltées par les membres du personnel.</p> <p>Les outils suivant ont été utilisés :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Enregistrement des besoins des résidents et des types de soins fournis dans les derniers mois, en ce qui concerne l'incontinence urinaire et fécale, l'utilisation de couches la journée et la nuit, l'utilisation de dispositifs d'alimentation, l'utilisation de contraintes physiques et pharmacologiques (médicaments psychotropes), les caractéristiques de la chambre et de la salle de bain (individuelle ou partagée) [traduction libre] (p. 2025).</li> <li>- Barthel Index of ADL pour mesurer la capacité fonctionnelle pour les AVQ</li> <li>- Global Deterioration Scale (GDS) pour mesurer le niveau de déficience cognitive et la gravité de la démence</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI) pour mesurer l'agitation et autres problèmes comportementaux</li> <li>- CSDD (version informateur)</li> <li>- QoL-AD (version informateur)</li> </ul>
Déroulement de l'étude	Une fois l'échantillon sélectionné, les résidents ont été interviewés individuellement dans une pièce calme. Puis le membre du personnel a été identifié et interrogé pour compléter les données.
<b>Résultats</b> Traitement des données	<p>L'analyse descriptive des caractéristiques socio-démographiques a été effectuée en utilisant les fréquences absolues et relatives pour les variables qualitatives et les mesures de tendance centrale et de dispersion pour les variables quantitatives [traduction libre] (p. 2025).</p> <p>Les profils des résidents des unités spécialisées ont été comparés à ceux des unités standards à l'aide du t-test de Student et du chi carré. L'analyse multivariée (régression logistique binaire) a été utilisée.</p> <p>La comparaison des caractéristiques de soins entre les résidents en unité spécialisée et unité standard ont été effectués au moyen de tests chi carré. Le odds ratio et l'intervalle de confiance de 95% (IC) ont été considérés. Le test Mantel-Haenszel a été utilisé pour contrôler l'effet de l'état des résidents. La qualité de vie des résidents a été comparée à l'aide du t-test.</p> <p>Pour toutes les analyses du chi carré, lorsque la fréquence attendue était inférieure à 5 dans les cellules, un test de Fisher ou de corrélation de Kendall a été appliqué [traduction libre] (p. 2026).</p>
Présentation des résultats	<p>Les résultats sont traités sous forme de texte divisés en différents sous-chapitres :</p> <p><u>Caractéristiques de tous les résidents participant :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- L'échantillon final contenait 197 résidents : 102 (51,8%) des unités spécialisées et 95 (48,2%) des unités standards [traduction libre] (p. 2026). Différence de participants entre les deux groupes non significative.</li> <li>- Majorité de femmes (82,2%)</li> <li>- Age moyen de 86,08 ans</li> <li>- 44,8% des participants présentaient une sévère déficience cognitive (MMSE &lt; 10)</li> <li>- 66,5% des participants étaient sévèrement ou totalement dépendant pour les AVQ (score Barthel &lt; 40)</li> <li>- 68% des participants présentent une démence sévère ou très sévère (score GDS 6-7)</li> </ul> <p>→ pas de différence socio-démographique entre les groupes</p> <p><u>Caractéristiques des soignants ayant apporté des informations :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 92 membres du personnel ont apporté des informations</li> <li>- Âge moyen de 39,8 ans</li> <li>- Majorité de femmes (96,7)</li> <li>- Majorité d'assistantes en soins et d'infirmières assistantes (88,1%)</li> <li>- Majorité du personnel formé spécifiquement à la personne âgée (92,4%) et aux démences (76,1%)</li> <li>- La formation en soins pour les personnes âgées était plus fréquente chez les membres du staff qui ont fourni des informations concernant les résidents en unité spécialisée que ceux qui ont fourni des informations sur les résidents des unités standards (96% vs 83.7%) ; chi carré = 8,14 ; p = 0,041), cependant, il n'y avait aucune différence significative dans la formation spécifique sur la démence [traduction libre] (p. 2026)</li> </ul>



- Durée moyenne de l'emploi : 47,34 mois. Pas de différence significative entre les membres du personnel des unités spécialisées et ceux des unités standards.

#### Profil des résidents de unités spécialisées :

- Vie dans la maison de soins infirmiers > 1 an.
- > de présence d'incontinence urinaire et fécale (91% et 78%).
- Symptômes de dépression pas très fréquents.
- Faible présence de troubles du comportement.
- Déficience cognitive plus marquée, état de démence plus avancé, plus dépendants pour les AVQ et plus de comportements agressifs.
- Parmi les résidents en SCUs, le pourcentage de ceux ayant résidé dans le centre pendant plus d'une année était significativement plus élevé que les résidents unités standards. C'est aussi valable pour les résidents avec une incontinence urinaire et fécale [traduction libre] (p. 2026)
- Présence d'une déficience cognitive et fonctionnelle sévère et plus de comportements agressifs sont les trois variables significativement associées à la vie en unité spécialisée.
  - Le placement en unité spécialisée semble lié à une déficience cognitive et fonctionnelle sévère et à la présence de comportements agressifs.

#### Caractéristiques des soins des unités spécialisées :

- Significativement plus de possibilité d'avoir une chambre et une salle de bain individuelle.
- La majorité des résidents utilisaient des couches de jour et de nuit, mais pas de différence significative.
- L'utilisation de sonde alimentaire était occasionnelle, pas de différence significative.
- Les contraintes physiques étaient utilisées pour la moitié des résidents, mais pas de différence significative.
- Les contraintes médicamenteuses étaient utilisées chez un tiers des résidents, pas de différence significative.
- Pas d'augmentation significative d'utilisation de couches et de dispositif d'alimentation pour l'augmentation de la déficience fonctionnelle.
- Pas plus d'utilisation de couches malgré un plus grand pourcentage d'incontinence urinaire et fécale dans la première mesure. La deuxième mesure avec chi carré montre une différence significative dans le pourcentage de résidents qui avaient utilisé des couches dans le dernier mois sans avoir d'incontinence urinaire. Couches en journée : 9,9% pour les unités standards et 1,1% dans les unités spécialisées. Couches durant la nuit : 10,8% pour les unités standards et 3,2% pour les unités spécialisées. Ces résultats sont significatifs.
  - Résider en unité spécialisé présente une plus grande probabilité d'avoir une chambre et une salle de bain individuelle.
  - Pas de différence quant à l'utilisation de couches, de systèmes d'alimentation et de dispositifs de contraintes.

#### Qualité de vie des résidents des unités spécialisées :

Les résidents des unités standards avaient une qualité de vie supérieure rapportée par les résidents (non significatives) et par les membres du personnel (significatives).

- Plus faible qualité de vie.

<p><b>Discussion</b> Intégration de la théorie et des concepts</p>	<p>Les résultats de cette étude rejoignent ceux des études effectuées aux USA : le profil des résidents des unités spécialisées est différent de celui des résidents des unités standards. Aucune différence n'a été trouvée concernant le genre de soins et d'attentions fournis dans les différentes unités ((Holmes et al., 1990 ; Phillips et al., 1997 ; Gerdner &amp; Beck, 2001) [traduction libre] (p. 2028).</p> <p>Les résidents des unités spécialisées ont certainement eu un développement plus précoce et plus rapide de la démence. En effet, il n'y a pas de différence d'âge en les deux contextes et les résidents des unités spécialisées ont vécu une longue période en unité standard avant d'être transféré.</p> <p>Aucune différence quant à l'utilisation de couches entre les deux contextes n'a été montrée. Le même résultat a été trouvé aux USA (Gruneir et al., 2008), cela peut donc soulever une utilisation plus soutenue de programmes de continence dans les unités spécialisées.</p> <p>Les membres du personnel évaluent une significativement meilleure qualité de vie chez les résidents des unités standards. Les auteurs se demandent si le status cognitif est une variable qui influence davantage l'évaluation du personnel soignant de la qualité de vie du résident, plutôt que les variables environnementales.</p> <p>Les données récentes aux USA montrent que les unités spécialisées procurent réellement de meilleurs soins (Luo et al., 2010), bien que les premières études ne trouvaient pas de réels effets positifs (Holmes et al., 1990 ; Phillips et al., 1997). Il se pourrait que ces premières études plus critiques aient eu un effet positif en attirant l'attention sur la nécessité d'une régulation des critères des établissements en ce qui concerne les soins de la démence. Les résultats de la présente étude pourraient s'inscrire dans cette hypothèse, c'est la question qu'il faudra se poser pour la suite, tout en surmontant les limites de l'étude décrits ci-dessous.</p> <p>L'état de l'Arkansas a légalement déterminé les 14 critères des unités spécialisées (Gerdner et Le Ruisseau, 2006).</p> <p>Les données récoltées concernant l'utilisation de contraintes physiques et médicamenteuses sont en désaccord avec celles aux USA où la tendance tend vers une utilisation croissante de contraintes pharmacologiques dans les unités de soins spécialisées (Leon et Ory, 1999 ; Gruneir <i>et al.</i>, 2008 ; Luo <i>et al.</i>, 2010). Cette différence pourrait être en rapport avec des différences dans la législation de l'utilisation des systèmes de contraintes.</p> <p>Etant donné qu'il n'y a encore aucun accord en ce qui concerne la définition des unités spécialisées et que selon ces termes plusieurs unités de soins avec des caractéristiques hétérogènes peuvent être trouvées, il pourrait être utile d'établir une typologie sur la base des unités de soins spécialisées (Parc <i>et al.</i>, 2006), ce qui contribuerait à aider l'étude de l'impact des mesures de soins spécifiques sur le bien-être des résidents [traduction libre] (p. 2030).</p> <hr/> <p><u>Recommandations pour la pratique :</u></p> <p>Les politiques devraient prendre les mesures pour : promouvoir la recherche des processus de soins spécialisés de la démence ; établir un règlement pour que ces processus soient inclus dans les unités spécialisées ; faire respecter ce règlement.</p> <p>Il devrait y avoir une réelle adéquation entre les besoins des résidents et les pratiques de soins. Pour ce faire, les unités spécialisées devraient avoir un personnel spécifiquement formé et avoir davantage de personnel que dans les unités standards. La qualité de vie des résidents devrait être une priorité et de ce fait, l'autonomie du résident devrait être favorisée à chaque fois que cela est possible. L'environnement devrait être adapté aux personnes à mobilité réduite. Le personnel devrait également être préparé et équipé correctement pour mettre en œuvre [traduction libre] (p. 2030).</p> <hr/> <p><u>Limites de l'étude :</u></p>
--	--

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conception transversale qui ne permet pas la mise en place de liens de causalité</li> <li>- Taille et représentation de l'échantillon des centres d'hébergement</li> <li>- Manque de variables pertinentes en ce qui concerne les caractéristiques du personnel, la conception environnementale (en dehors de la chambre et de la salle de bain individuelles), le programme développé dans les unités spécialisées, et la place de dérivation du résident avant son admission dans l'unité spécialisée (domicile, hôpital, unité standard)</li> <li>- Besoin de plus de variables de résultats de soins [traduction libre] (p. 2030).</li> </ul>
Perspectives futures	<p>Il pourrait y avoir une utilisation prématurée des couches dans les unités standards, des recherches plus poussées sont nécessaires pour cette question.</p> <p>Des études plus poussées sont nécessaires quant aux caractéristiques des membres du personnel des unités spécialisées car cette étude a montré que le personnel des unités spécialisées avait une bonne capacité à travailler avec des personnes âgées, mais pas forcément avec des personnes atteintes de démence.</p> <p>Seule la recherche empirique pourra rendre pertinente l'efficacité des mesures prises au sein des unités spécialisées de la démence.</p>
<b>Questions générales</b> Présentation	Excellente méthodologie de l'étude qui la rend agréable à lire.
Evaluation globale	Discussion intéressante, auteurs précis dans leurs explications.

**Appendice D** : Grilles d'analyse quantitative de Kok, Van Heuvelen, Berg &  
Scherder (2016)

Aspects du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
<b>Titre</b>	Permet-il de saisir le problème de recherche ?	x			« Small scale homelike special care units and traditional special care units: effects on cognition in dementia; a longitudinal controlled intervention study » Traduit en français par « Unité spécialisé de petite taille identique au domicile et unité spécialisé traditionnel : effets sur la cognition dans la démence, une étude d'intervention contrôlée longitudinale.
<b>Résumé</b>	Contient-il les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?	x			Sont présents : Contexte, méthodes, résultats, conclusions, mots-clés
<b>Introduction</b> Enoncé du problème	Le problème de recherche est-il énoncé clairement ?	x			Il est bien énoncé dans la partie « introduction ».
Recension des écrits	Résume-t-elle les connaissances sur les variables étudiées ?	x			Ils avancent l'états des études se portant sur le sujet ainsi que les bénéfices connus des SCU sur différents facteurs.
Cadre théorique ou conceptuel	Les principales théories et concepts sont-ils définis ?	x			Ce sont les mots-clés : démence, troubles cognitifs, Neuropsychologie, soins de longue durée, maison de soins infirmiers.
<b>Hypothèses</b>	Les hypothèses sont-elles clairement formulées ?	x			On retrouve des hypothèses dans l'introduction après la recension des écrits.
	Découlent-elles de l'état des connaissances (théories et recherches antérieures ?	x			Les auteurs se demandent si les effets bénéfiques des SCU de petite taille identique au domicile que les auteurs ressortent dans leur recension des écrits pourraient également être vrai pour le status cognitif.
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	Le devis de recherche est-il décrit ?	x			C'est une étude longitudinal, quasi-expérimental avec un groupe d'intervention et un groupe de contrôle.
<b>Population</b> et contexte	La description de l'échantillon est-elle suffisamment détaillée ?	x			Il est bien décrit dans un sous chapitre de la méthode intitulé « caractéristiques des participants ».
	La taille de l'échantillon est-elle adéquate par rapport au contexte de la recherche ?	x			Le groupe de contrôle comprend 68 personnes et le groupe d'intervention 77.

Collecte des données et mesures	Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	x			Sous le chapitre mesure, tous les instruments utilisés pour l'évaluation du status cognitif sont présentés.
	Les variables à mesurer sont-elles décrites et opérationnalisées ?	x			Elles sont décrites et opérationnalisées dans le chapitre méthode et plus particulièrement sous la partie « analyse des données ».
Déroulement de l'étude	La procédure de recherche est-elle décrite ?	x			La démarche éthique est précisée dans le sous chapitre de la méthode intitulé « consentement éclairé ».
	A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?				
<b>Résultats</b> Traitement des données	Des analyses statistiques ont-elles été entreprises pour répondre à chacune des hypothèses ?	x			Ils sont présentés dans le chapitre résultat appuyé par deux tableaux.
Présentation des résultats	Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	x			Ils sont exposés dans le chapitre « résultat » appuyé par deux tableaux « table 3 » et « table 4 ». Ils sont dans l'ordre chronologique des trois temps de mesures.
<b>Discussion</b> Intégration de la théorie et des concepts	Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir du cadre théorique et conceptuel, ainsi que des recherches antérieures ?	x			Les résultats sont présentés selon les périodes des mesures. Une mise en avant des résultats positifs sont mis en avant.
	Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?			x	Ils mentionnent des tendances positives aux unités spécialisés.
	Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	x			Elles sont présentées dans un sous chapitre de la « discussion » intitulé « limites ».
Perspectives futures	Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?	x			Ils évoquent la nécessité de poursuivre les études ainsi que l'intégration de la présente étude dans une étude plus vaste.
<b>Questions générales</b> Présentation	L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	x			Agréable à lire, très bonne structure

Evaluation globale	L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?	x			L'étude apporte des pistes de résultats susceptibles d'intéresser la discipline infirmière.
--------------------	--	---	--	--	---

Aspects du rapport	Contenu de l'article
<b>Références complètes</b>	Kok, J. S., Van Heuvelen M.J. G., Berg, I. J., & Scherder, E. J. A. (2016). Small scale homelike special care units and traditional special care units: effects on cognition in dementia; a longitudinal controlled intervention study. <i>BMC Geriatrics</i> , 1-8. doi 10.1186/s12877-016-0222-5
<b>Résumé</b>	<p><b>Contexte :</b> Des études ont déjà montré des bénéfices des SCU de petite taille identique au domicile sur les scpd notamment. Le but de cette étude et de savoir s'il existe également des bénéfices sur le fonctionnement cognitif.</p> <p><b>Méthode :</b> Des patients de SCU ordinaire ont été transférés dans des SCU de petites tailles identiques au domicile. Une batterie de test et des observations ont été utilisés pour évaluer le fonctionnement cognitif entre les deux groupes. Les mesures ont été faites à trois temps différent : 1 mois avant le transfert, puis 3 et 6 mois après le transfert.</p> <p><b>Résultats :</b> Pas de résultats significatifs dans les comparaisons des résultats des différents temps de mesures. Moins de déclin cognitif après 3 mois dans les unités de petites taille identique au domicile (p &lt;0,05). Les tailles d'effet (IC à 95%) montrent une tendance à de meilleurs aspects de la cognition en faveur des SCU de petite taille identique au domicile, à savoir, la mémoire visuelle, la reconnaissance de l'image, le déclin cognitif comme observé par les représentants et le « domain clusters » de la mémoire épisodique et le fonctionnement cognitif global [Traduction libre] (p.1).</p> <p><b>Conclusion :</b> Malgré l'absence de résultat sur la durée, les analyses des « domain clusters » suggèrent prudemment des points positifs au SCU de petites tailles identiques au domicile.</p>
<b>Introduction</b> Enoncé du problème	<p>La démence est un syndrome qui, en fonction du type de la démence, peut être caractérisée par une détérioration de plusieurs fonctions cognitives comme la mémoire, le langage, le fonctionnement exécutif, l'attention et les capacités visuo-spatiales. Comme la démence progresse les patients présentent également des comportements et des symptômes neuropsychiatriques à la suite d'une compréhension perturbée de l'environnement, connu sous le nom SCPD, comme les changements de sommeil, l'irritabilité et l'agitation. Les symptômes SCPD tels que l'apathie, les hallucinations, l'agitation nocturne et l'anxiété semblent dans une large mesure liée à l'institutionnalisation à long terme [Traduction libre] (p.2).</p> <p>Les patients souffrant de démence et présentant des SCPD sont sujets à 'être dans ces environnements spécialisés. L'environnement ou l'approche centrée sur la personne semble être positifs sur les aspects comportementaux. Au Pays-Bas, les SCU ordinaires comprenaient des chambres partagées, les établissements de petite taille identique au domicile aiderait à répondre plus spécifiquement aux besoins de chaque patient.</p> <p>Dans ces unités la conception de l'environnement est bien réfléchi comme pour l'emplacement du bureau infirmier par exemple.</p> <p>Le personnel est spécialement formé à l'intégration des activités significatives autour de ménage normale, où les patients participent à des activités telles que la cuisine, les courses, le nettoyage et la lessive. Les éléments identiques à la maison, comme par exemple, une</p>



	cuisine ou un jardin potager, sont intégrés dans les milieux de vie. Pour un aperçu des caractéristiques des patients entre SCU et les SCU de petite taille identiques au domicile nous nous référons à Verbeek et al. [Traduction libre] (p.2).
Recension des écrits	<p>Bénéfices des SCU de petite taille identique au domicile :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Besoin de moins de soutien pour les activités de la vie quotidienne</li> <li>- Approche centrée sur la personne a des effets positifs</li> <li>- Plus engagés socialement</li> <li>- Montre moins d'agitation</li> <li>- Moins besoin d'avoir recourt à des médicaments psychotropes</li> <li>- Moins de contraintes physiques</li> </ul> <p>→ Meilleurs scores dans certains aspects de la qualité de vie  Deux études ont comparé les SCU ordinaires avec les SCU de petite taille identique au domicile.  → Aucune différences significatives sur le fonctionnement cognitif global ni sur la mémoire.</p>
Cadre théorique ou conceptuel	Démence, troubles cognitifs, Neuropsychologie, soins de longue durée, maison de soins infirmiers (home)
Hypothèses	Compte tenu de tous ces effets comportementaux et émotionnels positifs de vivre dans une SCU de petite taille identique à la maison en considération, la question se pose de savoir si le (déclin) du fonctionnement cognitif diffère également entre les patients vivant dans une SCU régulière et à un SCU de petite taille identique au domicile [Traduction libre] (p.2).
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	Quantitatif, longitudinal, quasi-expérimental, avec un groupe d'intervention et un groupe de contrôle.
Population et contexte	Patient souffrant de démence moyenne à sévère dans des unités spécialisées ordinaire et de petite taille identique au domicile, comparaison de l'évolution lors d'un transfert d'une unité spécialisé ordinaire à une unité spécialisée de petite taille identique au domicile.
Collecte des données et mesures	<p>Observation + instruments évaluations  Trois temps de mesures : un mois avant le transfert, trois mois après et six mois après la relocalisation.  Outils :</p> <p>→Humeur : Geriatric Depression Scale-15 (GDS-15)  →Fonctionnement cognitif global : Mini-Mental state  →Domaines cognitifs spécifiques : Mémoire verbale (Amsterdam test de dépistage), mémoire visuelle (Rivermead behavioural Test) apprentissage, langage (Boston Naming Test), fonctionnement exécutif (Trail Making Test A et B, The Categorie Fluency Task, Groningen Intelligence Test), capacité de préhension et perception visuelle (GIT).</p>

	<p>Questionnaire d'observation</p> <p>Observation du comportement social, cognitif et émotionnel du patient et relève de la fréquence de ces comportements par le personnel infirmier.</p> <p>Le représentant légal a répondu à trois reprises au questionnaire proposé. La première fois lors d'un constat d'une baisse de l'état du proche puis les deux suivantes entre les différents temps de mesures (3 et 6 mois).</p>
<p>Déroulement de l'étude</p>	<p>Etude longitudinal sur les effets des SCU de petite taille identique au domicile sur la cognition chez les patients atteints de démence modérée à sévère. Deux groupes, interventions et contrôle, le groupe de contrôle comprends les patients qui n'ont pas été transféré dans une SCU de petite taille.</p> <p>Etude réalisé sur deux ans pour des raisons pratiques, les tests ont été effectués aux mêmes moments de l'année pour éviter les influences liées aux saisons. Les évaluations étaient conduites en compagnie des infirmières avec lesquelles ils convenaient le meilleur moment de la journée pour les réaliser.</p> <p>Les étudiants en master faisaient passer aux patients une batterie de test. Des informations étaient également recueilli au travers de questionnaire spécifique aux capacités cognitives donné aux soignants et au représentant légal.</p> <p>Trois temps de mesures et à chaque fois avec un expérimentateurs différents : un mois avant le transfert (de base), 3 mois après le transfert (post-test) et 6 mois après le transfert (suivi test).</p>
<p><b>Résultats</b> Traitement des données</p>	<p>Utilisation des scores brut utilisé pour l'analyse récoltés au travers des tests neuropsychologiques et des questionnaires d'interventions.</p> <p>Une analyse univarié a été faite avec les données du premier temps de récolte. Les analyses suivantes ont été réalisées avec les données du premier temps d'analyse comme covariable et le pré ou le suivi des scores comme variable dépendante.</p> <p>L'entrefacteur de sujets était le type de SCU. Outre les scores bruts, nous avons analysé les résultats sur les clusters des mesures d'essai. Par conséquent, nous avons standardisé et additionné variables connexes pour identifier les tendances possibles dans différents domaines. Pour la taille de l'effet (IC à 95%), au carré a été utilisé, de 0,01 à 0,05 est considérée comme petite taille de l'effet, 0,06 à 0,13 comme modérée et .14 et plus aussi grand [47]. Nous avons utilisé SPSS, version 18 pour analyser les données [Traduction libre] (p.5).</p>
<p>Présentation des résultats</p>	<p>Lors du pré-suivi, pas de différence significative entre les groupes. (Tableau 3).</p> <p>Un effet modéré a été trouvé pour les unité de petite taille identique au domicile concernant les tests suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Reconnaissance d'images(RBMT),</li> <li>- Reconnaissance des visages (RBMT)</li> <li>- Reconnaissance de la figure(GIT)</li> <li>- Déclin cognitif global observé par les représentants (IQCODE-N)</li> <li>- Un autre effet modéré (trailmaking B) a été trouvé cependant il a pu être évalué sur 9 personnes uniquement.</li> </ul> <p>Toutes les autres mesures ont montré aucune ou seulement peu d'effets dans la pré-suivi des comparaisons. Nous avons utilisé 18 variables dépendantes différentes. Pour réduire les erreurs I, nous avons utilisé un niveau de .05 alpha pour identifier effets</p>

	<p>statistiquement significatifs. L'application de la Bonferroni correction avec une valeur modifiée p (<math>p &lt; 0,003</math>), pas de valeurs P significatives ont été trouvés entre les groupes [Traduction libre] (p.5).</p>
<p><b>Discussion</b> Intégration de la théorie et des concepts</p>	<p>Ils ont dans cette étude tenté de relever les potentiels effets bénéfiques des SCU de petite taille identique au domicile par rapport à des SCU ordinaires sur les patients atteints de démence et plus particulièrement sur leurs fonctions cognitives.</p> <p>Sur une période de 6 mois cependant aucune différence significative entre les deux groupes a été relevé.</p> <p>Malgré cela, ils suggèrent qu'une influence bénéfique sur le fonctionnement cognitif est possible dans les SCU de petite taille identique au domicile. Les tests dans les domaines de la mémoire épisodique ainsi que dans le fonctionnement cognitif ont une forte ampleur de l'effet (0,43 et .90). Les observations reportées par les représentants ressortent la même tendance ce que les auteurs décrivent comme démontrant une certaine validité convergente.</p> <p>Les résultats obtenus correspondent à ceux déjà trouver dans une recherche préalable. Celles-ci portaient sur des patients avec une atteinte légère à modérée. Dans la présente étude, l'échantillon comportait des patients avec une atteinte modérée à sévère ce qui a surement abaissé les chances de trouver un effet positif sur les fonctions cognitives.</p> <p>D'autres limites sont relevées, comme les difficultés rencontrées par les patients à remplir les tests ce qui a pour conséquence d'avoir que de très petit échantillon au final. Une autre limite est les différents types de démences présentent, ce qui a pu perturber les effets.</p> <p>Le transfert des patients aurait pu être une grande perturbation chez les patients avec des conséquences sur la vie quotidienne avec une baisse sur le fonctionnement cognitif.</p> <p>Comme un dicton néerlandais le suggère de ne « jamais déplacer un vieil arbre ».</p> <p>Les patients passer à la SCU de petite taille identique au domicile semblent améliorer leur performance, bien que dans une modeste mesure, tandis que les patients qui ne subissent un vaste changement dans l'environnement semblent rester au même niveau ou se détériorer (encore une fois à un degré modeste), comme on pouvait s'y attendre chez des patients avec un risque modéré à sévère de démence.</p> <p>La recherche dans la littérature montre que les recherches sur la qualité de vie chez les patients atteints de démence est rare. Dans deux études, aucunes différences au fil du temps dans une SCU de petite taille identique au domicile en comparaison avec une SCU ordinaire évalués avec des instruments mondiaux étaient trouvés, mais des aspects spécifiques de la qualité de vie comme affect positif et les relations sociales étaient plus fréquentes chez dans les SCU de petite taille identique au domicile par rapport à une SCU ordinaire. À notre avis, plus de recherche sur la qualité de vie peut révéler les effets positifs de la vie dans des établissements de petites tailles identiques au domicile. La présente étude fait partie d'une étude plus vaste. Résultats sur le comportement, l'utilisation des médicaments, la qualité de vie et l'humeur sera présentée dans les prochains articles [Traduction libre] (p.6).</p>
Perspectives futures	<p>La recherche longitudinale avec plus de sujets sur une plus longue période de temps est recommandée afin d'explorer les aspects spécifiques de ces établissements de soins par rapport à la cognition.</p>
<p><b>Questions générales</b> Présentation</p>	<p>Bonn structure et méthodologie, comporte tous les éléments principaux.</p>
Evaluation globale	<p>Excellente structure, très précis et agréable à lire.</p>

**Appendice E** : Grilles d'analyse quantitative de Nakanishi, Nakashima & Sawamura  
(2012)

Aspects du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
<b>Titre</b>	Permet-il de saisir le problème de recherche ?	X			Quality of life of residents with dementia in a group-living situation, an approach to creating small homelike environments in traditional nursing homes in Japan. = La qualité de vie des résidents atteints de démence dans une installation de vie en groupe, une approche pour créer des petits environnements identiques au domicile dans des maisons de soins standards au Japon [traduction libre] (p.3). - P : résidents atteints de démence - I : évaluer la qualité de vie des résidents pour créer des petits environnements identique au domicile dans des maisons de soins standards. - Co : structures de vie en groupe
<b>Résumé</b>	Contient-il les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.) ?			X	Il manque la discussion qui ne figure pas dans le résumé mais se retrouve dans l'article.
<b>Introduction</b> Enoncé du problème	Le problème de recherche est-il énoncé clairement ?	X			Parce que les auteurs parlent du problème actuel au Japon avec une augmentation constante du nombre de personnes âgées et du manque de structures adaptées à leur prise en charge. Ils disent ce qu'ils aimeraient mettre en place et ce qui existe déjà.
Recension des écrits	Résume-t-elle les connaissances sur les variables étudiées ?	X			Les variables sont : la qualité de vie, les structures de vie en groupe. Ils disent qu'au Japon ce sont les premiers à réaliser une étude sur cette thématique.
Cadre théorique ou conceptuel	Les principales théories et concepts sont-ils définis ?	X			Démence, personnes âgées fragiles, Japon, qualité de vie et maison de soins.
<b>Hypothèses</b>	Les hypothèses sont-elles clairement formulées ?			X	Non, elles ne sont pas formulées mais on peut les déduire du titre.
	Découlent-elles de l'état des connaissances (théories et recherches antérieures) ?			X	

<b>Méthodes</b> Devis de recherche	Le devis de recherche est-il décrit ?			X	Il n'est pas précisé dans la partie méthode mais c'est une étude quantitative.
Population et contexte	La description de l'échantillon est-elle suffisamment détaillée ?	X			Les caractéristiques des résidents sont mentionnées dans le tableau 2.
	La taille de l'échantillon est-elle adéquate par rapport au contexte de la recherche ?	X			616 résidents provenant de 173 unités spécialisées/ structures de vie en groupe (groupe d'intervention). 750 résidents provenant de 174 unités standards / maison de soin standard (groupe contrôle).
Collecte des données et mesures	Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	X			QLDJ et un questionnaire pour les caractéristiques des résidents.
	Les variables à mesurer sont-elles décrites et opérationnalisées ?	X			Ils utilisent leur propre outil pour l'évaluation de la qualité de vie, il est spécifique pour les personnes âgées atteintes de démence au Japon le QLDJ et ont élaboré un questionnaire pour les caractéristiques des résidents et des unités.
Déroulement de l'étude	La procédure de recherche est-elle décrite ?				Trois phases de mesures : deux pour les collectes de données et une pour l'analyse.
	A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?	X			Chaque participant a reçu les informations concernant l'étude puis a signé un consentement. Les données sont confidentielles et l'étude a été approuvée par l'Institutional Review Board.
<b>Résultats</b> Traitement des données	Des analyses statistiques ont-elles été entreprises pour répondre à chacune des hypothèses ?			X	Les hypothèses n'étaient pas formulées.
Présentation des résultats	Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			Ils les ont classés par chapitre et présente les résultats sous forme de tableaux également.
<b>Discussion</b> Intégration de la théorie et des concepts	Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir du cadre théorique et conceptuel, ainsi que des recherches antérieures ?	X			Ils parlent de la qualité de vie en comparant les deux groupes et reprennent les caractéristiques des unités.
	Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?			X	Ils précisent que cette étude a été réalisée pour le Japon et que dans d'autres pays les caractéristiques des structures de vie en groupe

					sont différentes notamment concernant le nombre de résidents par unité, donc il manque encore des études sur ce sujet.
	Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			Elles sont clairement identifiées.
Perspectives futures	Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?	X			Ils proposent des pistes pour des études à venir sur le sujet et disent ce qu'ils auraient aimé faire différemment.
<b>Questions générales</b> Présentation	L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			Il contient les principales parties d'une étude et offrent des résultats intéressants.
Evaluation globale	L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?	X			Le but était d'ailleurs de prouver que les petits environnements identiques au domicile améliorerait la qualité de vie des résidents atteints de démence afin d'en développer au sein de maisons de soin standards. Ceci a pu être démontré mais il n'y a pas suffisamment de preuves et il manque encore certains caractéristiques afin de pouvoir mettre ce projet en place au Japon.

Aspects du rapport	Contenu de l'article
<b>Références complètes</b>	Nakanishi, M., Nakashima, T. & Sawamura, K. (2012). Quality of life of residents with dementia in a group-living situation, an approach to creating small, homelike environments in traditional nursing homes in Japan. <i>Nihon Koshu Eisei Zasshi</i> , 59(1), 3-10.
<b>Résumé</b>	<p>Le but de cette étude était d'examiner la qualité de vie (QOL) des résidents atteints de démence dans un contexte de vie en groupe [traduction libre] (p. 3). Les structures de vie en groupe consistent en des unités de soins de longue durée avec des caractéristiques spécifiques comme un espace de vie commun, des membres du personnel ayant un travail fixe. Tandis que le groupe contrôle lui est une unité qui n'a pas la forme d'une installation résidentielle. Au Japon, un outil de mesure a été créé spécialement pour évaluer la qualité de vie des personnes âgées atteintes de démence, il se nomme le QLDJ.</p> <p>L'échantillon se compose de 616 résidents atteints d'une démence des 173 structures dans les maisons de groupe et les 750 résidents depuis les 174 structures pour le groupe contrôle. L'évaluation de la qualité de vie a été basé sur des échelles évaluant les composantes suivantes : l'interaction avec l'alentour, l'expression de soi-même, l'expérience du comportement négatif [traduction libre] (p.3). Les résultats ont montré un score total significativement meilleur pour la qualité de vie des résidents en structures de vie en groupe en comparaison avec le groupe contrôle.</p>
<b>Introduction</b> Enoncé du problème	<p>Avec le nombre en hausse de résidents atteints de démence dans les institutions pour personnes âgées l'introduction de petits environnements identiques au domicile dans les maisons de soin a été proposé pour promouvoir la normalisation de « la vie de tous les jours ». Comme il n'y a pas de moyens de guérison pour la démence, les soins sont plus focalisés sur l'aspect psychosocial, incluant les conditions de vie [traduction libre] (p.3).</p> <p>Le Japon est face à une problématique naissante concernant sa population vieillissante qui va augmenter de manière importante dans les prochaines années. Leur prise en charge de cette population est donc essentielle. Des unités tests ont été créés afin de développer le concept des petits environnements identiques au domicile mais en les introduisant au sein de maisons de soins traditionnels. Ceci impliquerait de former du personnel, d'aménager des infrastructures avec des chambres individuelles, des espace de vie communs, etc.</p>
Recension des écrits	Des études réalisées dans différents pays ont pu démontrer que les structures de vie en groupe amélioreraient la qualité de vie des résidents atteint de démence. C'est la première étude au Japon qui s'intéresse à cette thématique dans le but de promouvoir ce concept.
Cadre théorique ou conceptuel	Qualité de vie, démence, structures de vie en groupe, maisons de soins standards, personnes âgées.
Hypothèses	<p>Le but de l'étude est d'examiner la qualité de vie des résidents atteints de démence dans des structures de vie en groupe [traduction libre] (p.3).</p> <p>Elles ne sont pas écrites mais on peut les déduire du titre ainsi que du but de l'étude :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La qualité de vie des résidents en structure de vie en groupe est meilleure que dans d'autres types de structures.</li> <li>- La qualité de vie des résidents en structure de vie en groupe est moins bonne que dans d'autres types de structures.</li> </ul>



<b>Méthodes</b> Devis de recherche	Quantitatif, pas spécifié d'avantage dans la méthode mais se retrouve dans la discussion Devis longitudinal [traduction libre] (p.8).
Population et contexte	616 résidents provenant de 173 unités spécialisées/ structures de vie en groupe (groupe d'intervention). 750 résidents provenant de 174 unités standards / maisons de soins standards (groupe contrôle).
Collecte des données et mesures	Les auteurs ont utilisé un instrument de mesure spécifique pour évaluer la qualité de vie des personnes âgées atteintes de démence au Japon. Le Quality of Life Instrument for Japanese Elderly with Dementia (QLDJ) [traduction libre] (pp.5-6). Ils ont élaboré un questionnaire pour évaluer les caractéristiques des résidents.
Dérroulement de l'étude	Trois phases de mesures : une première récolte de données pour les caractéristiques de l'institution (infrastructures, personnel), procédure d'échantillonnage (analyse des données récoltées et sélection des résidents), deuxième récolte de données avec questionnaires pour les résidents (caractéristiques des résidents pour deux temps : admission et actuellement, qualité de vie et niveau de dépendance physique). Utilisation du QLDJ pour la deuxième collecte de données.
<b>Résultats</b> Traitement des données	Le x 2 test a été utilisé pour catégoriser les variables et le t test ou le Mann-Witney's U test pour les variables continues. Toutes les analyses statistiques ont été conduites en utilisant le SPSS pour Windows. Le niveau significatif était de 0.05 [traduction libre] (p.6). Les résultats ont été comparés entre les deux groupes expérimental (résidents en structures de vie en groupe) et le groupe contrôle (résidents dans des maisons de soins standards).
Présentation des résultats	Caractéristiques des établissements : Le groupe de vie en groupe a un nombre significativement meilleur de lit et une proportion plus importante de personnel de soins par résidents en comparaison au groupe contrôle [traduction libre] (p.6). Caractéristiques des résidents et la qualité de vie dans les deux groupes : Un degré de dépendance physique plus élevé chez les résidents des structures de vie en groupe était présent à l'admission mais celui-ci avait diminué au moment de la collecte de données. De manière générale, le score total mesuré à l'aide du QLDJ montrait une qualité de vie significativement meilleure pour le groupe expérimental. Analyse à plusieurs niveaux de la qualité de vie chez les résidents : Le tableau 3 montre les scores de l'analyse à plusieurs niveaux de l'instrument de mesure de la qualité de vie des personnes âgées au Japon, l'interaction avec l'entourage et l'expression personnelle [traduction libre] (p.6). Pour les résidents des structures de vie en groupe, les éléments analysés dans la qualité de vie était bien meilleur que pour le groupe contrôle concernant les variables de l'interaction sociale et de l'expression par soi-même. Les résultats de l'analyse des données concernant l'expression minimum de comportements négatifs sont présentés dans le tableau 4. Comme pour les autres variables de la qualité de vie, le score était plus élevé chez le groupe expérimental pour l'expression des comportements minimum.

<p><b>Discussion</b> Intégration de la théorie et des concepts</p>	<p>Les résultats ont permis de préciser des caractéristiques des structures de vie en groupe, le fait de comporter un espace de vie commun aux résidents dans chaque unité en est l'un, la dotation en personnel ainsi que leur activité et pourcentage de travail doivent être fixe et l'unité doit être résidentielle donc proposer des soins de longue durée. Les structures de vie en groupe influencent de manière positive la qualité de vie chez les résidents du groupe expérimental.</p> <p>Un élément significatif des unités de vie en groupe peut-être le contact fréquent avec du personnel avec les résidents, lesquels peuvent mener à plus de tolérance dans les soins ce qui montre une meilleure compréhension des besoins des résidents. Les unités de vie en groupe permettent des observations plus fréquentes des résidents en comparaison avec le groupe contrôle, donc il en résulte une évaluation de la qualité de vie plus précise avec l'échelle QLDJ [traduction libre] (p.8).</p> <p>Limites : La première il y avait des biais dans l'échantillon parce que les résidents inclus dans cette analyse avaient des caractéristiques qui différaient significativement de ceux qui étaient exclus. Les structures incluses dans l'analyse avaient une proportion de proches aidants plus faible en comparaison avec ceux qui ont été exclus. En plus, le devis transversal ne pouvait pas contrôler les effets de la qualité de vie au point de départ bien que la durée de séjour des résidents ne différait pas entre les deux groupes. Parmi les résidents des soins de longue durée atteint de démence, une diminution a été observée dans la proportion de qualité de vie dans le temps. De plus, les auteurs ont utilisé un degré de démence en accord avec les standards du LTCI, des tests du statut cognitif tel que le MMSE ou le HDS-R n'étaient pas performant. Finalement, les structures de vie en groupe semblent avoir plus de résidents que les autres petites structures ou structures identiques au domicile que dans les autres pays avec entre 5 à 15 résidents par maison ou unité [traduction libre] (p.9).</p>
<p>Perspectives futures</p>	<p>Les auteurs ont pu identifier des pistes pour de prochaines études sur le sujet, plus d'études peuvent être faite afin de déterminer précisément d'avantage de critères pour les structures de vie en groupe notamment au niveau du nombre de résidents par unité. Cette étude pourrait être revue sous un autre angle en utilisant un devis de cohorte et en suivant les résidents depuis leur admission de façon longitudinale. La dépendance physique pourrait être investigué d'avantage dans un contexte de structures de vie en groupe afin d'y déterminé l'influence avec la qualité de vie.</p>
<p><b>Questions générales</b> Présentation</p>	<p>L'article a une bonne structure qui présente les parties principale d'une étude.</p>
<p>Evaluation globale</p>	<p>Présentation de résultats intéressants sur la qualité de vie des résidents atteints de démence en unité de vie en groupe.</p>

**Appendice F** : Grilles d'analyse quantitative de Verbeek et al. (2014)

Aspects du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
<b>Titre</b>	Permet-il de saisir le problème de recherche ?	X			<p>« Effects of small-scale, home-like facilities in dementia care on residents' behavior, and use of physical restraints and psychotropic drugs: a quasi-experimental study »</p> <p>= Effet des structures de petite taille « identiques au domicile » sur les soins de la démence sur le comportement des résidents et l'utilisation de contraintes physiques et de médicaments psychotropes : une étude quasi-expérimentale</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- P : les résidents atteint de démence.</li> <li>- I : les effets des structures de petites taille « identiques au domicile » sur les comportements des résidents, sur l'utilisation des contraintes physiques et de médicaments psychotropes.</li> <li>- Co : structures de petite échelle « comme à a maison ».</li> </ul>
<b>Résumé</b>	Contient-il les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?	X			
<b><u>Introduction</u></b> <b>Enoncé du problème</b>	Le problème de recherche est-il énoncé clairement ?	X			<p>Oui, parce que les auteurs écrivent que de nouveaux modèles de soins institutionnels ont été élaborés à la place des institutions de soins standards dans lesquelles les mesures de restriction physique et psychiques sont encore beaucoup utilisées (surtout chez les personnes démentes) malgré le fait que les preuves de leur inefficacité et de leurs effets défavorables soient accumulées.</p> <p>Malgré leur développement, peu de preuves sont disponibles sur leurs effets sur les résidents et certains résultats de recherche sont contradictoires.</p>

<b>Recension des écrits</b>	Résume-t-elle les connaissances sur les variables étudiées ?	X			<p>Les variables sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Symptômes neuropsychiatriques, dépressifs et agitation</li> <li>- Statut fonctionnel et cognitif</li> <li>- Engagement social</li> <li>- Contraintes physiques</li> <li>- Médicaments psychotropes</li> </ul> <p>Les auteurs disent qu'il y a peu de connaissances disponibles sur l'effet des environnements de petite taille sur les variables étudiées. Dans les études effectuées, des contradictions sur les effets étudiés existent. C'est un sujet d'étude récent.</p>
<b>Cadre théorique ou conceptuel</b>	Les principales théories et concepts sont-ils définis ?			X	<p>Ce sont les principaux cadres théoriques et concepts, mais ils ne sont pas clairement définis et peu développés :</p> <p>Les concepts sont les suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Symptômes neuropsychiatriques, dépressifs et agitation</li> <li>- Statut fonctionnel et cognitif</li> <li>- Engagement social</li> <li>- Contraintes physiques</li> <li>- Médicaments psychotropes</li> <li>- Small-scale home-like facilities</li> <li>- Démence</li> </ul>
<b>Hypothèses</b>	Les hypothèses sont-elles clairement formulées ?		X		Elles ne sont pas formulées clairement mais on peut les déduire du titre.
	Découlent-elles de l'état des connaissances (théories et recherches antérieures ?			X	
<b>Méthode</b> <b>Devis de recherche</b>	Le devis de recherche est-il décrit ?	X			C'est une étude quantitative quasi-expérimentale.
<b>Population</b>	La description de l'échantillon est-elle suffisamment détaillée ?	X			Les participants devaient avoir été diagnostiqués d'une démence selon de DSM-IV et avoir résidé dans l'institution depuis au moins 1 mois.

<b>et contexte</b>				<p>Tous les résidents sélectionnés ont été testé par le RAI, la CPS et la ADL-H.</p> <p>Un consentement éclairé écrit a été obtenu pour tous les résidents admissibles par leur tuteur légal.</p> <p>La figure 1 explique le déroulement de la sélection des participants.</p> <p>Le tableau 2 donne les caractéristiques des participants au début de l'étude.</p>
	La taille de l'échantillon est-elle adéquate par rapport au contexte de la recherche ?	x		<p>124 patients des structures de petite taille « identiques au domicile ».</p> <p>135 patients des structures standards.</p> <p>Mais est décrite dans les résultats</p>
<b>Collecte des données et mesures</b>	Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	x		NPI-NH, CMAI, CSDD, RAI-MDS, GDS, MMSE, CPS, questionnaire basé sur la littérature
	Les variables à mesurer sont-elles décrites et opérationnalisées ?	X		Les auteurs expliquent pour chaque variable qui va être mesurées quelle échelle est utilisée, ce qu'ils mesurent vraiment ainsi que le fonctionnement des différentes échelles.
<b>Déroulement de l'étude</b>	<p>La procédure de recherche est-elle décrite ?</p> <p>A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?</p>	x		<p>Toutes les mesures concernant le comportement et les contraintes physiques ont été évaluées par des infirmières autorisées (IA) ou les infirmières auxiliaires certifiés (AIIC), qui étaient en charge des résidents et impliquées dans leurs soins. Les médicaments psychotropes, le type de démence et les comorbidités ont été obtenues directement à partir du dossier médical par le premier auteur. Le MMSE et la gravité de la démence ont été évalués par un psychologue ou le médecin de l'institution.</p> <p>L'étude a été approuvée par plusieurs comités d'éthique.</p>
<b>Résultats</b> <b>Traitement des données</b>	Des analyses statistiques ont-elles été entreprises pour répondre à chacune des hypothèses ?	x		Les hypothèses n'ont pas été formulées.

<b>Présentation des résultats</b>	Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	x			Oui, ils sont affichés sous différentes formes (texte séparés en paragraphes ciblés sur les différentes variables, tableau (Table 3, Table 4, Figure 2)
<b>Discussion</b> <b>Intégration de la théorie et des concepts</b>	Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir du cadre théorique et conceptuel, ainsi que des recherches antérieures ?	x			Dans la partie résultats, 3 parties sont présentes (caractéristiques de l'échantillon et description des résultats, effets sur le comportement des résidents, effets de l'utilisation de contraintes physiques et de médicaments psychotiques).
	Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?			x	
	Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	x			Oui, un paragraphe en traite dans la partie discussion (2 <sup>ème</sup> paragraphe).
<b>Perspectives futures</b>	Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?	x			Plus de recherches sont impératives. Elles devront déterminer quels éléments des structures de vie de petite taille sont essentiels.
<b>Questions générales</b> <b>Présentation</b>	L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	x			Oui, cette étude est bien structurée elle présente les différentes parties et avec les tableaux et figures permet une compréhension facilitée et une lecture plus agréable.
<b>Evaluation globale</b>	L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?	x			Une importante découverte venant de cette étude est que moins de contention physiques et de médicaments psychotiques ont été utilisés dans les structures de vie de petite taille en comparaison avec les unités standards → Des différences dans la culture organisationnelle peuvent expliquer les effets positifs des habitations à petites échelles  Les résultats suggèrent que les différences dans les différentes organisations liées au changement et les attitudes culturelles du personnel auraient représenté des effets positifs sur les contraintes physiques et les médicaments psychotropes. Une culture centrée sur le résident, en mettant l'accent sur l'aspect individuel et psycho-social des soins a montré une diminution de l'usage de médicaments psychotropes.





Aspects du rapport	Contenu de l'article
<b>Références complètes</b>	Verbeek, H. et al. (2014). Effects of small-scale, home-like facilities in dementia care on residents' behavior, and use of physical restraints and psychotropic drugs: a quasi-experimental study. <i>International Psychogeriatrics</i> , 26, 657 – 668.
<b>Résumé</b>	<p><b>Résumé :</b> Les institutions de petite taille munies d'environnement identiques au domicile sont de plus en plus développées pour les soins infirmiers institutionnels et entrent dans un modèle de soins centré sur le patient, malgré le fait que les preuves sur leurs effets soient rares. Cette étude se concentre sur les effets des structures de vie de petite taille sur le comportement des résidents déments et l'utilisation de contraintes physiques et de médicaments psychotropes [traduction libre] (p. 657).</p> <p><b>Méthode :</b> Une étude quasi-expérimentale a été conduite, comparant des résidents de deux types d'institutions de soins infirmiers de longue durée à trois moments : temps de référence, après 6 mois et 12 mois. Les résidents ont été testés au temps de référence sur leurs statuts cognitif et fonctionnel pour améliorer la comparabilité des groupes au temps de référence. Les infirmières ont évalué les symptômes neuropsychiatriques et dépressifs, l'agitation, l'engagement social et l'utilisation de contrainte physique par l'utilisation de questionnaires. Les médicaments psychotropes ont été ressortis des dossiers médicaux des patients [traduction libre] (p. 657).</p> <p><b>Résultats :</b> Au total, 259 résidents ont été inclus : 124 des structures de vie de petite échelle et 135 de contrôle. Significativement moins de contraintes physiques et de médicaments psychotropes ont été utilisés dans les structures de vie de petite échelle comparée aux unités standards. Les résidents des structures de vie de petite taille étaient significativement plus engagés socialement, au temps 0 comme dans les 6 mois suivant (temps 1), et affichaient plus de comportements non agressifs après 12 mois (temps 2) que les résidents des unités standards. Pas d'autre différence trouvée [traduction libre] (p. 657).</p> <p><b>Conclusion :</b> Cette étude suggère des effets positifs des unités de petite taille sur les contraintes physiques et l'utilisation de médicaments psychotropes. Cependant, les résultats sur le comportement sont variables. Plus de recherches sont nécessaires pour obtenir un aperçu sur la relation entre l'environnement de soins de la démence et d'autres résultats sur les résidents [traduction libre] (p. 657).</p>
<b>Introduction</b> Enoncé du problème	<p>Les contraintes psychiques et chimiques sont encore très répandues dans les institutions de soins infirmiers, et les résidents atteints de démence sont particulièrement à risque (Karlsson et al., 2001 ; Hamers et Huizing, 2005). Les contraintes sont encore une réponse commune au SCPD, bien que les preuves de leur inefficacité et de leurs effets défavorables soient accumulées (Hamers and Huizing, 2005 ; Guthrie et al., 2010 ; Mohler et al., 2011) [traduction libre] (p. 657).</p> <p>Plusieurs nouveaux modèles de soins ont été élaborés pour mettre en œuvre un processus de changement culturel, en adaptant l'environnement physique, social et organisationnel (Verbeek et al., 2009a). L'un de ces modèles se concentre sur une unité de petite taille, les environnements de soins identiques au domicile, dans lesquels la normalisation de la vie quotidienne est soulignée [traduction libre] (p. 658).</p> <p>Malgré ces développements, peu de preuves sont disponibles sur l'effet des environnements de petite taille sur les résidents [traduction libre] (p. 658).</p> <p>Depuis que le nombre de personnes avec une démence a augmenté de manière exponentielle partout dans le monde (Ferri et al., 2005) et que les soins à long terme de la démence sont de plus en plus dirigés vers les environnements de soins identique au domicile, plus de connaissances sur les effets sur les résidents sont nécessaires. Cette information est nécessaire à des fins de planification et de politique afin de faciliter la conception des établissements de soins de la démence fondées sur des preuves [traduction libre] (p. 658).</p>

Recension des écrits	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Traditionnellement, les soins en établissement sont basés sur un modèle de soins médical mettant l'accent sur les soins liés aux AVQ, la sécurité, l'uniformité et les questions médicales (White-Chu et al., 2009) [traduction libre] (p. 657).</li> <li>- Les mesures de contraintes psychiques et chimiques sont encore très répandues dans les maisons de soins infirmiers, et les résidents atteints de démence sont particulièrement à risque (Karlsson et al., 2001 ; Hamers and Huizing, 2005) [traduction libre] (p. 657).</li> <li>- Les mesures de contraintes sont encore une réponse commune aux SCPD, bien que les preuves de leur inefficacité et de leurs effets défavorables soient accumulées (Hamers and Huizing, 2005 ; Guthrie et al., 2010 ; Mohler et al., 2011) [traduction libre] (p. 657).</li> <li>- Plusieurs nouveaux modèles de soins ont été élaborés pour mettre en œuvre un processus de changement culturel, en adaptant l'environnement physique, social et organisationnel (Verbeek et al., 2009a) [traduction libre] (p. 658).</li> <li>- Ce modèle a été mis en œuvre dans différents pays, tels que la Suède avec « la vie de groupe », au Japon avec « les foyers de groupe », aux Etats-Unis avec « le Green House Model », en Allemagne avec « les arrangements de logements partagés », et aux Pays-Bas avec les unités de petite taille (Verbeek et al., 2009b) [traduction libre] (p. 658).</li> <li>- Certains résultats prometteurs ont été signalés, par exemple concernant avec le statut fonctionnel des résidents (te Boekhorst et al., 2009) [traduction libre] (p. 658).</li> <li>- Les effets sur la qualité de vie sont contradictoires, certaines études rapportant des effets positifs sur des domaines spécifiques (Kane et al., 2007), tandis que d'autres ne trouvent aucun effet sur la qualité de vie (Verbeek et al., 2010 ; de Rooij et al., 2012b) [traduction libre] (p. 658).</li> <li>- Davantage de problèmes comportementaux chez les résidents ont également été trouvés. (Onishi et al., 2006) [traduction libre] (p. 658).</li> <li>- Le nombre de personnes avec une démence a augmenté de manière exponentielle partout dans le monde (Ferri et al., 2005) [traduction libre] (p. 658).</li> </ul>
Cadre théorique ou conceptuel	Démence ; Maisons de soins infirmiers de groupe ; Soins de longue durée ; Engagement
Hypothèses	<p>Les structures de petite taille identiques au domicile conçues pour les personnes atteintes de démences ont des effets bénéfiques sur les SCPD et sur l'utilisation de restriction physique et de médicaments psychotropes.</p> <p>Les structures de petite taille identiques au domicile conçues pour les personnes atteintes de démences ont des effets néfastes sur les SCPD et sur l'utilisation de restriction physique et de médicaments psychotropes.</p>
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	Etude quantitative quasi-expérimentale.
Population et contexte	<p>Les résidents diagnostiqués d'une démence dans une structure de longue durée.</p> <p>Une partie des résidents a été sélectionnée dans des unités correspondant aux critères des unités de longue durée standards. L'autre partie des résidents a été sélectionnée dans des unités correspondant aux critères des structures de vie de petite taille identique au domicile.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les unités ont été affiliées à un type de structure (standard ou spécialisée) grâce à un questionnaire élaborés à partir de la littérature et des études antérieures sur la vie des structures de vie de petite taille pour mesurer le degré d'adhésion aux principes de la petite taille identique au domicile, comme un document de mesure de la culture organisationnelle [traduction libre] (p. 660).</li> </ul> <p>Les critères d'inclusion sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Diagnostique de démence selon les critères du DSM-IV</li> <li>- Durée de séjour préalable de minimum un mois.</li> </ul>
Collecte des données et mesures	<p>Toutes les informations concernant les mesures aux trois temps d'évaluation ainsi que les instruments utilisés sont présentés dans le tableau 1 :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Symptômes neuropsychiatriques : NPI-NH, évaluation par les soignants en institution de soins. Degré d'importance des symptômes évalué sur un score de 0 à 12.</li> <li>- Agitation : l'inventaire d'agitation de Cohen-Mansfield (CMAI).</li> <li>- Symptômes de dépression : échelle de Cornell pour la dépression dans la démence (CSDD).</li> <li>- Engagement social : l'indice de l'engagement social (ISE), une sous-échelle du RAI-MDS, qui reflète à la fois l'implication sociale et l'autonomie.</li> <li>- Contraintes physiques : présence ou absence de dispositifs de contraintes pendant la semaine d'évaluation à l'aide d'un questionnaire.</li> <li>- Utilisation de médicaments psychotropes : évaluation de la présence ou l'absence de prescription durant la semaine d'évaluation.</li> <li>- Variables sociodémographiques comme âge, sexe, durée du séjour, et conditions de vie préalables à l'admission ont été évalués.</li> <li>- Le statut fonctionnel a été évalué à chaque temps avec l'ADL-H.</li> <li>- Le type de démence (comme établi par un médecin expert tel que le neurologue, un psychiatre ou un gériatologue) a été classé dans la MA, la démence vasculaire, ou autre.</li> <li>- Les comorbidités ont été classées selon la Classification internationale des maladies CIM 10.</li> <li>- La sévérité de la démence a été évaluée à tous les points de temps en utilisant l'échelle globale de détérioration (GDS).</li> <li>- L'état cognitif a été évalué en utilisant le Mini-Mental State Examination (MMSE).</li> </ul>
Déroulement de l'étude	<p>Trois mesures ont été effectuées : au temps de départ, puis après 6 mois et 12 mois.</p> <p>La figure 1 présente l'évolution de l'échantillon aux différents temps de l'étude.</p>
<b>Résultats</b> Traitement des données	Méthode statistique descriptive et inférentielle.

Présentation des résultats	<p>Les résultats sont classés en trois chapitres : caractéristiques de l'échantillon et résultats descriptifs ; effet sur le comportement des résidents ; effet sur l'utilisation de restrictions physiques et de médicaments psychotropes.</p> <p><b>Caractéristiques de l'échantillon et résultats descriptifs :</b></p> <p>Au total, 259 résidents ont été inclus : 124 provenant des structures à petites échelles et 135 provenant des institutions standards [traduction libre] (p. 661).</p> <p><b>Effet sur le comportement des résidents :</b></p> <p>Les résidents des structures de vie de petite taille ont été beaucoup plus engagés socialement au temps 0 et après six mois par rapport aux résidents des structures standards [traduction libre] (p. 664). Après 12 mois, aucune différence significative.</p> <p>Les résidents des unités de vie de petite taille étaient plus engagés aux trois temps de mesure que les résidents des structures traditionnelles [traduction libre] (p. 664).</p> <p>Après 12 mois, les résidents des unités de vie de petite taille montraient significativement plus de comportements physiques non-agressifs que [traduction libre] (p. 661) les résidents des structures standards. Cette différence après 12 mois n'était plus significative. Aucun effet n'a été trouvé sur la d'autres sous-échelles de l'agitation [traduction libre] (p. 664).</p> <p>Les résidents dans les unités de vie de petite taille ont montré significativement plus de comportements moteurs aberrants [traduction libre] (p. 661) que les résidents des structures standards. Aucun autre effet significatif n'a été observé pour les symptômes neuropsychiatriques ou dépressifs [traduction libre] (p. 664).</p> <p><b>Effet sur l'utilisation de contraintes physiques et de médicaments psychotropes :</b></p> <p>Significativement moins de contraintes physiques ont été utilisées pour les unités de vie de petite taille pour les trois temps de mesures T0, T1 et T2 en comparaison avec les structures standards. Trois appareils sur cinq ont été significativement moins utilisés dans les unités de vie de petite taille par rapport aux structures standards : ceintures, chaise avec un verrouillage de table / chaise sur une planche et les rails de lit clos bilatéraux.</p> <p>Les résidents des unités de vie de petite taille utilisaient significativement moins de médicaments psychotropes par rapport aux résidents dans les structures standards pour les trois temps de mesure [traduction libre] (p. 665).</p> <hr/> <p><b>Figure 1 :</b> flow chart</p> <p><b>Tableau 2 :</b> Ce tableau présente les caractéristiques des résidents pour les deux sortes d'unités au temps de départ de l'étude.</p> <p><b>Tableau 3 :</b> Il présente, par des écarts-type, s'il y a plus de présence d'un certain comportement ou symptôme dans les unités standards ou dans les unités de vie de petite taille, ceci au T0, T1 et T2.</p> <p><b>Tableau 4 :</b> Il présente, par des pourcentages, s'il y a plus de de contraintes physiques et d'utilisation de médicaments psychotropes dans les unités standards ou dans les unités de petite échelle, ceci aux ceci au T0, T1 et T2.</p>
----------------------------	---

<p style="text-align: center;"><b>Discussion</b> Intégration de la théorie et des concepts</p>	<p>Cette étude a examiné les effets des unités de vie de petite taille sur les résidents. Les résultats montrent que moins de contraintes physiques et de médicaments psychotropes ont été utilisés dans les structures de vie de petite taille par rapport aux unités standards pour les trois mesures [traduction libre] (p. 665). Des différences dans la culture organisationnelle peuvent expliquer ces effets positifs [traduction libre] (p. 666). Les attitudes du personnel sont également des prédicateurs important de l'utilisation de telles contraintes. Une culture axée sur les résidents, mettant l'accent sur les soins individualisés et psychosociaux a été montré pour diminuer la consommation de psychotropes [traduction libre] (p. 666).</p> <p>Les effets sur le comportement étaient mixtes et suggèrent un engagement social plus important pour les résidents des établissements de vie de petite taille, bien que cet effet ait disparu au fil du temps dans le groupe total des résidents. Ces résultats sont en ligne avec les récentes études soulignant que les stimuli environnementaux peuvent influencer l'engagement social, en particulier lorsqu'elles sont relatives à des tâches du monde réel [traduction libre] (p. 666). Les unités de vie de petite taille offrent aux résidents des stimuli environnementaux intéressants permettant de renforcer l'engagement social des résidents.</p> <p>En outre, le comportement physique non-agressif (comme l'errance) était plus présent après 12 mois, et le comportement moteur plus aberrant (par exemple, des comportements répétitifs tels que la cueillette, les boutons de manipulation, et les chaînes d'emballage) a été trouvé pour toutes les mesures dans les structures de vie de petite taille comparées aux structures standards. Aucun effet n'a été trouvé pour les autres symptômes neuropsychiatriques ou dépressifs [traduction libre] (p. 665). Selon les auteurs, depuis que la vie des structures de petite taille est basée sur un concept de soins différents mettant l'accent sur la normalisation de la vie quotidienne, en encourageant la participation et l'autonomie des résidents et une attitude de soins plus centrée sur la personne, il se pourrait que le comportement moteur "aberrant" soit plus accepté [traduction libre] (p. 666). Cela peut être perçu comme une manière normale d'agir des résidents. Les preuves suggèrent que les comportements physiques non-agressifs pourraient être le résultat d'un besoin des résidents d'être stimulés. Cela pourrait être activement rempli, par exemple par la marche ou un programme d'activités, ou passivement, comme par des activités de la vue, l'ouïe et l'odorat [traduction libre] (p. 666).</p> <p>Les comportements moteurs aberrants sont de plus en plus acceptés dans les unités de vie de petite taille, contrairement aux unités standards. Dans les unités standards, ils sont considérés comme problématiques. Cependant, les preuves suggèrent que les comportements physiques non-agressifs pourraient être le résultat d'un besoin des résidents d'être stimulés. Étant donné que les résultats de l'étude démontrent davantage de comportements aberrants dans les unités de petite échelle, cela pourrait être la preuve d'un manque de stimulation des résidents.</p> <p><b>Limites de l'étude :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les résidents n'ont pas pu être affiliés au hasard à une institution pour des raisons éthiques et des inconvénients pratiques. Ceci pourrait avoir biaisé l'échantillon et les résultats [traduction libre] (p. 665), ce qui limite l'interprétation causale des résultats. Les différences observées entre les établissements de soins sont-elles causées par l'environnement de soins ou dues à des différences dans leur population cible ?</li> <li>- Il aurait été préférable d'inclure seulement les résidents nouvellement admis, bien que cela aurait considérablement augmenté la période de recrutement [traduction libre] (p. 666)</li> <li>- Les mesures des contraintes physiques étaient basées sur les déclarations des infirmières au lieu d'observateurs indépendants, ce qui pourrait avoir augmenté le risque de sous-déclaration [traduction libre] (p. 666).</li> </ul>
<p>Perspectives futures</p>	<p>Plus de recherches sont impératives afin d'identifier l'interaction entre les éléments environnementaux (physiques, sociaux et organisationnels) et leurs effets sur les résidents ainsi que sur les proches. Les études doivent déterminer quels éléments des unités de</p>

	vie de petite taille sont essentiels pour améliorer la mesure des résultats ainsi que la façon dont elles fonctionnent ensemble [traduction libre] (p. 667).
<b>Questions générales</b> Présentation	L'article est bien présenté, mais il manque de clarté au niveau de certains éléments qui ne sont pas mis en valeur, notamment le cadre théorique et les concepts ainsi que les hypothèses. Les tableaux sont également complexes à comprendre.
Evaluation globale	Bon article doté d'une méthodologie respectant parfaitement les différents points.

**Appendice H : Caractéristiques des études retenues**

	Devis	But de l'étude	Méthode de récolte des données	Echantillon (taille et qualité)	Outils utilisés	Pays	Qualité de l'article
<b>Abrahamson et al., 2013</b>	Quantitatif, devis non spécifié	Étudier l'influence des institutions (standards et spécialisées de la démence) sur la qualité de vie des résidents et faire un contrôle des variables déjà connues sur ce sujet [traduction libre] (p. 2).	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Analyse des données d'une enquête de satisfaction sur la qualité de vie en institution.</li> <li>- Sélection des résidents de manière aléatoire.</li> <li>- Entretiens en face à face avec les résidents sur la base d'un questionnaire.</li> </ul>	Échantillon en grappe de 14'381 résidents atteints de démence de différents degrés provenant de 390 maisons de soins infirmiers.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Minimum Data Set (MDS)</li> <li>- Cognitive Performance Scale (CPS)</li> <li>- Activity of Daily Life (ADL) long-form Scale</li> <li>- Questionnaire réalisé par les auteurs portant sur la qualité de vie, l'utilisation de mesures de contraintes et de médicaments psychotropes.</li> </ul>	Etats Unis, Etat du Minnesota	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Manque une conclusion</li> <li>- Devis non spécifié</li> <li>- Hypothèses déduites car non formulées</li> </ul>



Boekhorst et al., 2009	Quantitatif, devis quasi-expérimental	Investiguer les effets des foyers de vie de groupe sur les patients atteints de démences [traduction libre] (p. 970).	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Deux temps de mesure : admission puis après six mois.</li> <li>- La qualité de vie, le statut fonctionnel, l'engagement social, les SCPD, l'utilisation de médicaments psychotropes et de contraintes physiques ont été mesurées.</li> </ul>	79 résidents des unités spécialisées de la démence (groupe d'intervention) 13 2 résidents des maisons de soins infirmiers standards (groupe contrôle)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Standardized Mini-Mental State Examination (S-MMSE)</li> <li>- Dementia Quality of Life Instrument (DQoL)</li> <li>- Dementia Specific Quality of Life Instrument (QUALIDEM)</li> <li>- Revised Index of Social Engagement (RISE) du Resident Assessment Instrument (RAI)</li> <li>- Neuropsychiatric Inventory-Questionnaire (NPI-Q) du Resident Assessment Instrument (RAI)</li> <li>- Revised Memory and Behavior Problems Checklist (RMBPC)</li> <li>- Interview for the Deterioration of Daily living activities in Dementia (IDDD)</li> </ul>	Pays-Bas	Hypothèses déduites car non formulée
------------------------	---------------------------------------	---	---	---	--	----------	--------------------------------------

Crespo et al., 2013	Quantitatif, devis descriptif transversal	Comparer les résidents des maisons de soins infirmiers atteints de démence avec les résidents des unités spécialisées, en tenant compte premièrement des caractéristiques socio-démographiques et cliniques, deuxièmement des services et des soins fournis et enfin, de la qualité de vie [traduction libre] (p. 2024).	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Entretien en face à face avec les résidents.</li> <li>- Entretien avec les membres du personnel identifiés comme référent.</li> <li>- Variables étudiées : Qualité de vie, status cognitif, dépression, SCPD.</li> </ul>	<p>197 résidents des institutions : 102 en USD et 95 en unité standard (82% de femmes).</p> <p>92 membres du personnel.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- MMSE</li> <li>- Cornell Scale for Depression in Dementia (CSDD)</li> <li>- Quality of Life in Alzheimer's Disease Scale (QoL-AD)</li> <li>- Enregistrements lors d'entretiens</li> <li>- Barthel Index of ADL</li> <li>- GDS</li> <li>- Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI)</li> </ul>	Espagne	Bonne structure, clair et précis.
---------------------	---	--	---	---	--	---------	-----------------------------------

Kok et al., 2016	Quantitatif, devis longitudinal quasi-expérimental	Obtenir un meilleur aperçu des effets des unités de soins spécialisées standards par rapport aux unités spécialisées « de vie de petite taille, identique au domicile » sur l'évolution du fonctionnement cognitif dans la démence [traduction libre] (p. 1).	Trois temps de mesure : 1 mois avant la réinstallation, puis 3 et 6 mois après. Les experts ont fait passer des test neuropsychiatriques aux résidents, et ont distribué des questionnaires aux représentants légaux des résidents et au personnel infirmier concernant leurs observations sur les comportements des résidents.	68 résidents provenant des unités spécialisées de la démence standards (groupe contrôle) 77 résidents provenant des unités spécialisées « de vie de petite taille identique au domicile » (groupe d'intervention)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- GDS</li> <li>- MMSE</li> <li>- Amsterdam Dementia Screening Test (ADS)</li> <li>- Rivermead Behavioural Memory Test (RBMT)</li> <li>- Boston Naming Test (BNT)</li> <li>- Diagnostic test for apraxia de van Heugten</li> <li>- Trail Making Test A and B</li> <li>- The Category Fluency Task</li> <li>- Clock Drawing test</li> <li>- Groningen Intelligence Test (GIT)</li> <li>- The Information Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly (IQCODE)</li> </ul>	Pays-Bas	Bonne structure, clair et structuré. Le plus : article très récent. Cependant l'échantillon est de petite taille.
------------------	--	---	---	--	---	----------	---

Nakanishi et al., 2012	Quantitatif, devis longitudinal	Examiner la qualité de vie des résidents atteints de démence dans une structure de vie en groupe [traduction libre] (p. 3).	Trois phases de mesures : récolte de données pour les caractéristiques de l'institution (infrastructures, personnel), procédure d'échantillonnage (analyse des données récoltées et sélection des résidents), deuxième récolte de données avec questionnaires pour les résidents (caractéristiques des résidents pour deux temps : admission et actuellement, qualité de vie et niveau de dépendance physique) Utilisation d'un questionnaire .	616 résidents provenant de 173 unités spécialisées (groupe d'intervention) 750 résidents provenant de 174 unités standards (groupe contrôle)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Quality of Life Instrument for Japanese Elderly with Dementia (QLDJ)</li> <li>- Questionnaire sur les caractéristiques des résidents</li> </ul>	Japon	Bonne structure Contexte mal présenté
------------------------	---------------------------------	---	---	---	--	-------	--

Verbeek et al., 2014	Quantitatif, devis quasi-expérimental	Examiner les effets de la vie dans des structures de petite taille sur le comportement des résidents, spécialement sur les symptômes neuropsychiatriques le niveau d'engagement social et l'utilisation de restriction physique et de médicaments psychotropes [traduction libre] (p. 658).	Trois temps de mesure : temps 0, puis après 6 et 12 mois. Le status cognitif et fonctionnel ont été mesurés. Les infirmières ont évalué les symptômes neuropsychiatriques et dépressifs, l'agitation, l'engagement social et l'utilisation de contrainte physique avec un questionnaire. Les médicaments psychotropes ont été ressortis des dossiers médicaux des patients.	259 résidents au total : 124 des structures de vie de petite taille (groupe d'intervention) et 135 des structures standards (groupe contrôle).	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Psychiatric inventory - nursing home version (NPI-NH)</li> <li>- CMAI</li> <li>- CSDD</li> <li>- Index of Social Engagement (ISE) du RAI</li> <li>- Questionnaire</li> <li>- MMSE</li> <li>- Classification internationale des maladies, version 10 (CIM-10)</li> <li>- ADL-H</li> <li>- GDS</li> </ul>	Pays-Bas	Bonne structure, clair et structuré.
----------------------	---------------------------------------	---	---	--	--	----------	--------------------------------------

**Appendice I : Grille SC2 de la maladie d'Alzheimer**

Grille SC2 – Maladie d'Alzheimer	
Physiopathologie / évolution	<p>« La MA conjugue deux processus dégénératifs simultanés : la formation diffuse et extracellulaire de plaques séniles (amyloïdogénèse) et l'accumulation localisée (à départ temporal) de dégénérescences neurofibrillaires (taupathie). Ces deux processus conjoints entraînent la perte de 60% des neurones de l'hippocampe contre 12% dans le vieillissement normal » (Barkat-Defradas, Martin, Rico-Duarte &amp; Brouillet, 2008).</p> <p>Pathologie neurodégénérative d'origine corticale, la MA évolue irrémédiablement vers un syndrome démentiel.</p> <p>« La maladie affecte chaque personne différemment, les symptômes, l'ordre de leur apparition et la durée de chacun des stades de la maladie varient selon les personnes. Dans la plupart des cas, la MA progresse lentement. 3 stades ont pu être identifiés :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Stade précoce → Les symptômes courants sont les pertes de mémoire, les difficultés à communiquer et les changements des humeurs et des comportements. Les personnes qui en sont à ce stade n'ont généralement besoin que de peu d'aide. Elles peuvent comprendre les changements qui se produisent.</li> <li>- Stade modéré → Déclin accru des facultés cognitives et fonctionnelles de la personne atteinte. La mémoire et les facultés cognitives continuent de se détériorer, bien que de nombreuses personnes conservent une certaine conscience de leur état. Besoin d'aide avec de nombreuses tâches quotidiennes.</li> <li>- Stade grave → La personne finit par devenir incapable de communiquer verbalement ou de prendre soin d'elle-même. Les soins sont nécessaires 24 heures par jour » (Société Alzheimer Canada, 2016).</li> </ul>
Sources	<p>Barkat-Defradas, M., Martin, S., Rico-Duarte, L. &amp; Brouillet, D. (2008). <i>Les troubles du langage dans la maladie d'Alzheimer</i>. Repéré à <a href="https://halshs.archives-ouvertes.fr/hal-00321233/document">https://halshs.archives-ouvertes.fr/hal-00321233/document</a></p> <p>Société Alzheimer Canada. (2016). <i>Les stades de la maladie d'Alzheimer</i>. Repéré à <a href="http://www.alzheimer.ca/fr/About-dementia/Alzheimer-s-disease/Stages-of-Alzheimer-s-disease">http://www.alzheimer.ca/fr/About-dementia/Alzheimer-s-disease/Stages-of-Alzheimer-s-disease</a></p>

<b>Signes et symptômes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pertes de mémoire qui affectent la vie de tous les jours</li> <li>- Difficultés à exécuter les tâches quotidiennes (troubles des fonctions exécutives avec perte d'autonomie)</li> <li>- Trouble du langage (aphasie)</li> <li>- Désorientation spatio-temporel</li> <li>- Jugement amoindri</li> <li>- Difficultés face aux notions abstraites</li> <li>- Rangement inapproprié des objets</li> <li>- Humeur labile</li> <li>- Changements dans la personnalité</li> <li>- Perte d'initiative</li> <li>- Troubles du sommeil. »</li> </ul> <p>Le début de la maladie est progressif mais tend vers un déclin cognitif. La MA se manifeste notamment SCPD.</p>
	<p style="text-align: right; margin-right: 10px;">Sources</p> <p>Société Alzheimer Canada. (2016). 10 signes précurseurs. Repéré à <a href="http://www.alzheimer.ca/fr/About-dementia/Alzheimer-s-disease/Stages-of-Alzheimer-s-disease">http://www.alzheimer.ca/fr/About-dementia/Alzheimer-s-disease/Stages-of-Alzheimer-s-disease</a></p>
<b>Etiologie :</b>	<p>La cause précise est inconnue, mais certains facteurs ont pu être identifiés :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Âge</li> <li>- Faible production d'acétylcholine (elle réduit la quantité de neurotransmetteur qui favorisent la transmission d'influx vers le cortex et l'hippocampe)</li> <li>- Dégénérescence neurofibrillaire</li> <li>- Traumatismes crâniens</li> <li>- Génétique</li> <li>- Anesthésies multiples</li> <li>- Environnement</li> </ul> <p>« La MA est la forme la plus courante de trouble cognitif. Les femmes sont plus exposées à cette maladie : sur 25 malades, 10 sont des hommes et 15 des femmes. Mais cette différence pourrait être liée aux écarts d'espérance de vie » (Townsens, 2010).</p>
	<p style="text-align: right; margin-right: 10px;">Sources</p> <p>Institution nationale de la santé et de la recherche médicale. (2014). <i>Alzheimer</i>. Repéré à <a href="http://www.inserm.fr/thematiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologie-psychiatrie/dossiers-d-information/alzheimer">http://www.inserm.fr/thematiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologie-psychiatrie/dossiers-d-information/alzheimer</a></p> <p>Townsend, M.-C., (2010). <i>Le delirium, la démence, les troubles amnésiques et autres troubles cognitifs. Dans Soins infirmiers psychiatrie et santé mentale</i> (2ème éd., pp.287-289). Saint-Laurent, Canada : Editions du renouveau pédagogique INC.</p>



<b>Diagnostic :</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tests des fonctions cognitives et tests neuropsychologiques</li> <li>- Ponction lombaire à la recherche de marqueurs spécifiques (protéines).</li> <li>- Tomodensitométrie et IRM montrant une atrophie du cerveau avec un élargissement des sillons corticaux et la dilatation des ventricules cérébraux</li> </ul> <p><b><u>Critères du DSM-IV :</u></b></p> <p>Apparition de déficits cognitifs multiples :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Une altération de la mémoire (altération de la capacité à apprendre des informations nouvelles ou à se rappeler les informations apprises antérieurement).</li> <li>- Une (ou plusieurs) des perturbations cognitives suivantes : aphasie (perturbation du langage), apraxie (altération de la capacité à réaliser une activité motrice malgré des fonctions motrices intactes), agnosie (impossibilité de reconnaître ou d'identifier des objets malgré des fonctions sensorielles intactes), perturbation des fonctions exécutrices (faire des projets, organiser, ordonner dans le temps, avoir une pensée abstraite).</li> </ul> <p>Les déficits cognitifs sont à l'origine d'une altération significative du fonctionnement social ou professionnel et représentent un déclin significatif par rapport au niveau de fonctionnement antérieur.</p> <p>L'évolution est caractérisée par un début progressif et un déclin cognitif continu.</p> <p>Les déficits cognitifs ne sont pas dus à d'autres affections du système nerveux central qui peuvent entraîner des déficits progressifs de la mémoire et du fonctionnement cognitif, à des affections générales pouvant entraîner une démence, à des affections induites par une substance. Les déficits ne surviennent pas de façon exclusive au cours de l'évolution d'un delirium.</p>
<b>Sources</b>	<p>Institution nationale de la santé et de la recherche médicale. (2014). <i>Alzheimer</i>. Repéré à <a href="http://www.inserm.fr/thematiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologie-psychiatrie/dossiers-d-information/alzheimer">http://www.inserm.fr/thematiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologie-psychiatrie/dossiers-d-information/alzheimer</a></p> <p>Townsend, M.-C., (2010). <i>Le delirium, la démence, les troubles amnésiques et autres troubles cognitifs</i>. Dans <i>Soins infirmiers psychiatrie et santé mentale</i> (2ème éd., pp.287-289). Saint-Laurent, Canada : Editions du renouveau pédagogique INC.</p> <p>Département de Gérontologie. (2000). Critères du DSM-IV maladie de type Alzheimer. Repéré à <a href="http://www.sgca.fr/textes/dsm4">http://www.sgca.fr/textes/dsm4</a></p>

<b>Traitements :</b>	<p>Elle est incurable et son évolution est irréversible. « Cependant, les traitements actuels et l'adoption de certains modes de vie peuvent souvent ralentir de façon significative l'évolution de la maladie » (Société Alzheimer Canada, 2016).</p> <p><u>Traitements médicamenteux :</u></p> <p>Certains médicaments peuvent ralentir la progression de la maladie.</p> <p><u>Traitements non –médicamenteux</u></p> <p>Prise en charge des SCPD (Gagné et Voyer, 2013) :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>7. Approches de base : Il s'agit de l'approche centrée sur la personne (voir chapitre « Soins centrés sur la personne », p. 14). Elle permet de « faciliter les interactions avec les personnes atteintes de démence et de prévenir les SCPD » (p. 36). Selon Voyer (2013), aucune intervention ne peut être efficace pour traiter les SCPD sans l'application de ces approches de base.</li> <li>8. Dépistage : Il nécessite que l'infirmière puisse reconnaître les SCPD et les évaluer. Pour se faire, il existe plusieurs échelles telles que l'inventaire neuropsychiatrique (NPI) qui évalue la sévérité et la fréquence de douze troubles du comportement ou la grille Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI) qui évalue la sévérité de 29 comportements d'agitation (Gillibert et al., 2006).</li> <li>9. Evaluation : Elle consiste à rechercher les causes des symptômes et sert de ce fait à orienter les interventions.</li> <li>10. Interventions non pharmacologiques : Il en existe une multitude (voir Appendice X). A titre d'exemple, on peut mentionner les approches comportementales et environnementales ainsi que diverses thérapies.</li> <li>11. Interventions pharmacologiques : L'utilisation de neuroleptiques n'est possible qu'en seconde intention, si les interventions non pharmacologiques n'ont pas fourni l'effet souhaité (MacCracken, Kagan &amp; Parmar, 2009).</li> <li>12. Suivi : Il consiste en l'évaluation des interventions appliquées.</li> </ol>
<b>Sources :</b>	<p>Société Alzheimer Canada. (2016). La maladie d'Alzheimer. Repéré à <a href="http://www.alzheimer.ca/fr/About-dementia/Alzheimer-s-disease/Stages-of-Alzheimer-s-disease">http://www.alzheimer.ca/fr/About-dementia/Alzheimer-s-disease/Stages-of-Alzheimer-s-disease</a></p> <p>Gagné, C. &amp; Voyer, P. (2013). <i>Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence : qu'en savons-nous.</i> Repéré à <a href="https://www.oiq.org/sites/default/files/uploads/periodiques/Perspective/vol10no4/10_recherche.pdf">https://www.oiq.org/sites/default/files/uploads/periodiques/Perspective/vol10no4/10_recherche.pdf</a></p>

**Appendice J : Tableau des approches non-pharmacologiques**

Catégories	Approches non pharmacologiques	Effets recherchés
<b>Approches multisensorielles</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Stimulation sensorielle</li> <li>- Musicothérapie</li> <li>- Toucher affectif</li> <li>- Massage des mains</li> <li>- Aromathérapie</li> <li>- Zoothérapie</li> <li>- Salle Snoezelen</li> <li>- Programme BACE</li> <li>- Luminothérapie</li> </ul>	Ces approches visent à stimuler de diverses façons. Elles peuvent facilement s'adapter aux différents stades de la démence et à de divers milieux cliniques
<b>Thérapies centrées sur l'émotion</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Réminiscence</li> <li>- Thérapie de la validation</li> <li>- Présence simulée</li> <li>- Thérapie contre-intuitive</li> </ul>	Ces approches visent à faciliter l'expression des émotions, la restauration de l'estime de soi et à réduire l'anxiété. Elles peuvent facilement s'adapter aux différents stades de la démence et à divers milieux cliniques.
<b>Approches environnementales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Repères spatiaux</li> <li>- Bruit ambiant</li> <li>- Barrière visuelle</li> <li>- Jardin prothétique et aire d'errance</li> </ul>	Ces approches visent à adapter l'environnement physique pour compenser les pertes et stimuler les capacités cognitives.
<b>Thérapies cognitives</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Intervention d'orientation à la réalité</li> <li>- Jeu stimulant la mémoire</li> </ul>	Ces approches visent à stimuler la cognition, en particulier la mémoire et l'orientation. Elles s'adressent principalement à des clientèles se situant à un stade précoce à modéré de la démence.
<b>Approches centrées sur l'activité physique</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Programme de marche</li> <li>- Séance d'exercices</li> <li>- Groupe de marche</li> </ul>	Ces approches visent à combler les besoins de mouvement et de stimulation.
<b>Thérapies récréatives et occupationnelles</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Activité d'artisanat</li> <li>- Thérapie par l'art</li> <li>- Chant et chorale</li> </ul>	Ces approches visent à augmenter l'estime de soi, à favoriser le sentiment

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Thérapie occupationnelle</li> </ul>	d'utilité, à diminuer l'ennui et à répondre au besoin de stimulation.
<b>Approches behavioristes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Approche comportementale</li> <li>- Approche confort-stimulation-interaction</li> </ul>	Ces approches visent à modifier le comportement par le renforcement positif.
<b>Autre approche ou stratégie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Stratégie de diversion ou de distraction</li> </ul>	Cette approche vise à changer les idées délirantes ou les comportements répétitifs d'une personne atteinte d'une démence.

Source : Voyer, P. (2013). *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie*. Québec, Canada : Editions du renouveau pédagogique inc. P. 474.