

Université de Montréal

La gestion de la déambulation au moyen d'une approche de soins infirmiers centrés sur la
personne âgée en CHSLD

Par

Tamnou Yolande Addie Kenmeugne

Faculté des sciences infirmières

Travail dirigé présenté en vue de l'obtention du grade de Maîtrise
en Sciences infirmières, option expertise conseil

Septembre 2021

© Tamnou Yolande Addie Kenmeugne, 2021

Université de Montréal
Faculté des sciences infirmières

Ce travail dirigé intitulé

**La gestion de la déambulation au moyen d'une approche de soins infirmiers centrés sur la
personne âgée en CHSLD**

Présenté par

Tamnou Yolande Addie Kenmeugne

A été évalué(e) par un jury composé des personnes suivantes

Odette Roy

Présidente du jury

Véronique Dubé

Directrice de recherche

Louise Francoeur

Membre du jury

Résumé

Problématique : La déambulation des personnes âgées vivant avec la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées (MA) en CHSLD est une situation préoccupante pour le personnel soignant. Pour composer avec ce comportement, des interventions non pharmacologiques sont recensées dans les écrits scientifiques et mériteraient d'être appliquées selon une approche de soins centrés sur la personne pour être efficaces. **But** : Ce travail dirigé a pour but de proposer, suite à une revue intégrative des écrits, des propositions visant à accompagner les infirmières œuvrant en CHSLD dans le choix et la mise en œuvre d'interventions non pharmacologiques pour gérer les comportements de déambulation présentés par des personnes âgées vivant avec la MA, selon l'approche de soins centrés sur la personne de McCormack et McCance (2021). **Méthode** : Une revue intégrative des écrits a été réalisée selon la méthodologie de Whitemore et Knafl (2005). Les bases de données CINAHL et PubMed ainsi que le moteur de recherche Google Scholar ont été consultées. La rigueur et la qualité des écrits recensés ont été évaluées au moyen de l'*AMSTAR Checklist* de Shea et al. (2017) et du *Mixed Methods Appraisal Tool* (MMAT) de Hong et al. (2020). **Résultats** : Un total de 13 interventions non pharmacologiques visant à gérer la déambulation en CHSLD ont été identifiées dans les 18 écrits recensés. Les composantes de soins centrés sur la personne ont été identifiées pour chacune des interventions sur la base de la théorie de McCormack et McCance (2021). Finalement huit propositions ont été formulées à l'intention des infirmières relativement aux interventions. **Conclusion** : Les interventions récréatives et sensorielles sont celles pour lesquelles il a été identifié le plus grand nombre de caractéristiques de soins centrés sur la personne. Une sensibilisation et de la formation aux soins centrés sur la personne gagneraient à être offertes aux infirmières pour un accompagnement humaniste des personnes vivant avec la MA.

Mots-clés : maladie d'Alzheimer, troubles neurocognitifs, déambulation, errance interventions non pharmacologiques, soins infirmiers centrés sur la personne, soins de longue durée.

Abstract

Background : Wandering for elderly people living in nursing homes with Alzheimer's disease and related diseases (AD) is a problem. To deal with this behavior, non-pharmacological interventions have been identified in the scientific literature, and should be applied in a person-centered care approach to be effective. **Objectives :** The purpose of this study is to carry out an integrative review of the literature and build propositions aimed at supporting nurses working in nursing homes when choosing or implementing non-pharmacological interventions to manage wandering for elderly people living with AD, according to McCormack et McCance (2021) person-centred nursing theoretical framework. **Methods :** An integrative review of the literature was carried out according to Whitemore et Knafl (2005) methodology. The CINAHL and PubMed databases were searched and Google Scholar search engine was used. The methodological quality of the studies found was assessed using the *AMSTAR Checklist* tool developed by Shea et al. (2017), and the *Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT)* developed by Hong et al. (2020). **Results:** A total of 13 non-pharmacological interventions aimed at managing wandering in nursing homes context for elderly people with AD, were identified within the 18 studies found. Person-centered nursing care components were pointed out for each intervention, based on McCormack et McCance (2021) theoretical framework. Finally, recommendations were made to nurses regarding interventions. **Conclusion:** From the analysis of all interventions identified, it emerges that recreational and sensory interventions are those for which the greatest number of person-centered nursing care components have been identified. However, nurses are advised for best results to combine these interventions with awareness and training on person-centered nursing care.

Keywords : Alzheimer, neurocognitive disorders, wandering, non-pharmacological interventions, person-centered nursing care, nursing home, long term care.

Table des matières

RÉSUMÉ	5
ABSTRACT	7
LISTE DES TABLEAUX	11
LISTE DES FIGURES	13
LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS	15
REMERCIEMENTS	19
INTRODUCTION	21
PROBLÉMATIQUE	23
BUT ET OBJECTIFS	28
<i>But</i>	28
<i>Objectifs</i>	28
CADRE THÉORIQUE	29
<i>Les prérequis pour des soins infirmiers centrés sur la personne</i>	31
<i>L'environnement de soins propice aux soins infirmiers centrés sur la personne</i>	31
<i>Les processus de soins infirmiers centrés sur la personne</i>	31
<i>Les résultats escomptés des soins infirmiers centrés sur la personne</i>	32
MÉTHODE	35
IDENTIFICATION DU PROBLÈME (ÉTAPE 1).....	35
RECHERCHE DES ÉCRITS (ÉTAPE 2).....	36
ÉVALUATION DES DONNÉES (ÉTAPE 3)	38
ANALYSE DES DONNÉES (ÉTAPE 4)	39
PRÉSENTATION DES RÉSULTATS (ÉTAPE 5)	39
RÉSULTATS	41
RÉSULTATS DE LA RECENSION DES ÉCRITS.....	41
<i>Écrits recensés</i>	41
<i>Qualité méthodologique</i>	45
<i>Interventions identifiées dans les écrits</i>	46
ANALYSE DES INTERVENTIONS PROPOSÉES DANS LES ÉCRITS EN FONCTION DES COMPOSANTES DE LA THÉORIE DE McCORMACK ET McCANCE (2021)	53

<i>Les interventions sensorielles</i>	53
<i>Les interventions récréatives</i>	56
<i>Les interventions éducatives</i>	59
<i>Les interventions comportementales</i>	60
<i>Les interventions mixtes (comportementales, cognitives et environnementales)</i>	61
<i>Les interventions mixtes (environnementales et sensorielles)</i>	63
PROPOSITIONS.....	70
DISCUSSION	77
ÉVALUATION DES OBJECTIFS DE TRAVAIL.....	77
ÉVALUATION DES OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE	79
CONTRIBUTION À L'AVANCEMENT DES CONNAISSANCES	79
FORCES ET LIMITES DU TRAVAIL DIRIGÉ.....	85
RECOMMANDATIONS POUR LA PRATIQUE CLINIQUE	87
RECOMMANDATIONS POUR LA FORMATION	88
RECOMMANDATIONS POUR LA GESTION	89
RECOMMANDATIONS POUR LA RECHERCHE	90
CONCLUSION	91
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	93
ANNEXES	103
ANNEXE A : APPROBATION DE TRADUCTION DE LA VERSION 2021 DU MODÈLE THÉORIQUE DE MCCORMACK ET MCCANCE.....	103
ANNEXE B : GRILLE D'EXTRACTION DES DONNÉES	104
ANNEXE C : ÉVALUATION DE LA QUALITÉ DES ÉCRITS	133
ANNEXE D : GRILLE D'ANALYSE DES INTERVENTIONS EN FONCTION DES COMPOSANTES DE LA THÉORIE DE (MCCORMACK ET MCCANCE, 2021)	140

Liste des tableaux

Tableau 1. – Concepts, stratégie de recherche et descripteurs	37
Tableau 2. – Catégories d'intervention non pharmacologique associées aux interventions retenues	48
Tableau 3. – Catégories, noms et descriptions des interventions recensées dans les écrits.....	52
Tableau 4. – Grille d'analyse des interventions en fonction des composantes de la théorie de McCormack et McCance (2021)	67

Liste des figures

Figure 1. – Théorie pour des soins infirmiers centrés sur la personne - <i>Person-Centered Nursing (PCN) Framework</i> (traduction libre) (McCormack et McCance, 2021), (p.16)	30
Figure 2. – Résultats de la recherche d'écrits	45
Figure 3. – Types d'interventions selon les domaines des soins infirmiers centrés sur la personne de la théorie de McCormack et McCance (2021)	84

Liste des sigles et abréviations

ASO : Alzheimer Society Ontario

CCT : Température de couleur corrélée / Correlated Color Temperature

CHSLD : Centre d'hébergement et de soins de longue durée

MA : Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées

OIIQ : Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

OMS : Organisation mondiale de la Santé

SAC : Société Alzheimer du Canada

SCPD : Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence

TNC : Troubles neurocognitif

UCC : Unité cognitivo-comportementale

À ma famille pour son soutien indéfectible.

Remerciements

Tout d'abord, je tiens à remercier ma directrice de recherche Mme Véronique Dubé, professeure agrégée à la Faculté des sciences infirmières (FSI) de l'Université de Montréal et titulaire de la Chaire Marguerite-d'Youville d'interventions humanistes en soins infirmiers. Son soutien, sa patience et son expertise ont permis l'aboutissement de ce travail. Sa générosité intellectuelle et ses encouragements sans relâche ont aidé à ressortir le potentiel en moi. Les mots me manquent pour exprimer toute ma gratitude.

Je tiens aussi à remercier Mme Anne Bourbonnais, professeure agrégée à la FSI de l'Université de Montréal et membre du jury d'approbation scientifique qui a contribué à la qualité de ce travail grâce à ses commentaires constructifs.

Je remercie également Mme Odette Roy, inf., Ph.D. qui a accepté de présider le jury final et Mme Louise Francoeur, inf. M.Sc. qui a accepté d'en être membre, pour leurs précieux commentaires.

À ma famille, qui a toujours su trouver les mots justes pour m'encourager et me soutenir lorsque j'en avais besoin malgré la distance qui nous sépare.

À Valéry, mon époux sans qui je n'aurais jamais poursuivi mes études. Son soutien, sa patience, ses conseils, sa détermination, ses encouragements et son aide me font toujours aller de l'avant et m'aide à donner le meilleur de moi-même.

À mes filles, Eunyce, Ourielle et Phanuelle qui ont su être patientes et m'ont encouragée à leur façon malgré leur jeune âge.

À toute l'Église Évangélique Baptiste de Côte-des-Neiges pour leur soutien inconditionnel dans la prière.

Introduction

L'infirmière œuvrant en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) doit composer avec des personnes présentant différents problèmes de santé qui nécessitent de déployer un éventail d'interventions infirmières. Parmi ces problèmes de santé, la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées¹ (MA), une des formes les plus importantes des troubles neurocognitifs majeurs, occupent une place prépondérante. Les soins offerts aux personnes vivant avec la MA constituent un véritable défi pour le personnel infirmier (Chenoweth et al., 2009; Machiels, Metzelthin, Hamers et Zwakhalen, 2017; Mok et al., 2020). Notre proposition de travail dirigé s'intéresse spécifiquement aux soins centrés sur la personne vivant avec la MA et faisant de l'errance. Il n'y a pas de consensus clair dans la littérature sur le terme à utiliser pour désigner « l'errance » (Société Alzheimer du Canada, 2017). Dans une perspective de soins centrés sur la personne, nous utiliserons dans le présent travail le terme « déambulation » pour faire référence à l'errance, tel que suggéré par l'Alzheimer Society Ontario (ASO) (2013). La prochaine section précise la problématique ciblée, le but et les objectifs du travail ainsi que le cadre théorique. La méthode, les résultats et la discussion suivront.

¹ Les maladies apparentées font référence aux autres troubles neurocognitifs qui s'apparentent à la maladie d'Alzheimer tels que la maladie cérébro-vasculaire, les troubles cognitifs mixtes, les dégénérescences fronto-temporales et la maladie à corps de Lewy (Société Alzheimer du Canada (SAC), 2016).

Problématique

La maladie d'Alzheimer est selon les critères diagnostiques de la cinquième édition du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5) (American Psychiatric Association, 2013), un trouble neurocognitif léger ou majeur ayant pour source une mutation génétique ou la présence d'un déclin cognitif progressif et constant de l'apprentissage et de la mémoire et d'au moins une autre fonction cognitive. Ce déclin peut débuter à la fin de l'âge adulte, mais le plus souvent chez les octogénaires ou les nonagénaires (Murman, 2015). Elle compte pour 60 à 70% des cas de troubles neurocognitifs majeurs (Organisation Mondiale de la Santé, 2017). La Société Alzheimer du Canada (SAC) (2016) estime à 564 000 le nombre de Canadiens atteints de la MA, et le nombre de personnes atteintes de cette maladie est appelé à évoluer significativement, soit environ 937 000 personnes d'ici 2031 (Alzheimer's Disease International, 2016; Chenoweth et al., 2009). La SAC (2018) souligne qu'un Canadien sur cinq a déjà dû s'occuper d'une personne atteinte d'une forme de maladie cognitive. Au niveau provincial, c'est environ 140 000 Québécois qui vivent avec une atteinte cognitive (La Société d'Alzheimer de Québec, 2018). La MA est devenue un enjeu important de société, de santé publique et de soins infirmiers, car ces personnes et leurs proches auront différents besoins de santé et de services sociaux pour composer avec l'évolution de la maladie. En 2017, on dénombrait au Québec plus de 4% d'individus âgés de plus de 75 ans vivant en CHSLD (Commissaire à la santé et au bien-être du Québec, 2017). De ces 4%, 80% sont atteints de la MA (Fédération Québécoise des sociétés Alzheimer, 2020).

Eyer, Büla et Von Gunten (2011) soulignent le caractère stressant et pénible de la prise en soins de la personne atteinte de la MA. En CHSLD, les soins à prodiguer à la personne ayant la MA sont tout autant exigeants pour les proches et le personnel infirmier (Chenoweth et al., 2009). Et pour cause, il est souvent difficile de cerner les besoins des personnes atteintes de la MA, de les comprendre, d'établir une communication avec elles, étant donné qu'elles ont dans bien des cas un mode de communication autre que la parole articulée (Bourbonnais, 2016; Moulias, Hervy et Ollivet, 2005). De plus, les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) tels que les comportements de déambulation, d'agression, d'illusions, de comportements

vocaux et d'idées délirantes (Bautrant et al., 2019; Voyer, Gagnon et Germain, 2009), s'ajoutent à la complexité des soins (Strubel et Corti, 2008). Ces SCPD apparaissent de façon plus évidente au stade modéré de la maladie et s'accroissent avec l'évolution de cette dernière et est en lien avec un déclin de plus en plus accru des facultés cognitives et fonctionnelles (stades modéré et sévère de la maladie) (Voyer et Allaire, 2020). Lorsque les SCPD deviennent pénibles pour les proches ou un danger pour la personne elle-même, ils peuvent mener à la décision d'héberger la personne en CHSLD. Dans une perspective de soins centrés sur la personne, perspective au cœur de ce travail dirigé, nous utiliserons l'expression « comportement réactif » en lieu et place de SCPD tel que suggéré par la SAC (2019). Parmi ces comportements réactifs, la déambulation, communément appelé errance, apparaît comme un des plus difficiles à gérer (Martin, Biessy-Dalbe et Albaret, 2015), de par son caractère complexe à anticiper ou à prévenir (Algase, Beattie, Antonakos, Beel-Bates et Yao, 2010; Gu, 2015). La déambulation touche jusqu'à 60% des personnes souffrant de la MA (Gu, 2015). Dans la littérature scientifique, il n'existe pas une définition claire et précise de la déambulation (Houston, Brown, Rowe et Barnett, 2011; Padilla, González, Agis, Strizzi et Rodríguez, 2013). Selon Algase, Moore, Vandeweerd et Gavin-Dreschnack (2007), elle fait référence à « un syndrome comportemental de locomotion associé à la MA, caractérisé par sa nature fréquente, répétitive, une désorientation temporelle et spatiale, qui se manifeste par des déplacements en boucle, aléatoires et rythmés, dont certains sont associés l'égaré, la fuite ou des tentatives de fuite » (traduction libre, p. 697). Cette définition est l'une des plus référencée dans la littérature scientifique (Bautrant et al., 2019; Cipriani, Lucetti, Nuti et Danti, 2014; MacAndrew et al., 2019; Neubauer, Azad-Khaneghah, Miguel-Cruz et Liu, 2018; Padilla et al., 2013). Pour ces raisons, dans ce travail, nous avons retenu cette définition pour aborder le concept de déambulation. Corroboré par plusieurs auteurs, la déambulation est considérée comme une source de fatigue, de chutes et de perte de poids chez les personnes atteintes de la MA (Martin, Biessy-Dalbe, Albaret et Algase, 2015; Padilla et al., 2013; Strubel et Corti, 2008), une source d'angoisse et d'inquiétude pour les proches de même que pour les soignants (Martin, Biessy-Dalbe et Albaret, 2015; Neubauer et al., 2018; Strubel et Corti, 2008). Offrir des soins à une personne atteinte de la MA et faisant de la déambulation implique de développer des compétences professionnelles nécessaires non seulement pour

comprendre le problème de santé, mais également pour cibler les spécificités de la personne dans sa situation de santé et tenter d'identifier le sens du comportement réactif (Société Alzheimer du Canada, 2019). L'adaptation du soin à chaque individu apparaît comme une piste à explorer (Avet, 2008).

Pour le moment, la solution envisagée par les infirmières² œuvrant en CHSLD pour contrer la déambulation est encore trop souvent l'utilisation de la contention physique ou médicamenteuse (Carnahan et al., 2017; Voyer et al., 2009; Voyer et al., 2015). Pourtant, la contention devrait être considérée comme une mesure de dernier recours (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ), 2018). L'article 118.1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux du Québec stipule clairement que : « La force, l'isolement, tout moyen mécanique ou toute substance chimique ne peuvent être utilisés, comme mesure de contrôle d'une personne dans une installation maintenue par un établissement, que pour l'empêcher de s'infliger ou d'infliger à autrui des lésions. L'utilisation d'une telle mesure doit être minimale et exceptionnelle et doit tenir compte de l'état physique et mental de la personne » (S-4.2 L. R. Q. § 118.1). La loi insiste donc sur le caractère minimal et exceptionnel de l'utilisation des contentions et renvoie au jugement de l'infirmière, la plaçant ainsi face à un dilemme éthique, celui d'une part de préserver la dignité et le respect de la personne âgée et d'autre part d'assurer la sécurité et le bien-être de ce dernier (Giroux, Maheux et Chevalier, 2005). Malgré tout, certains écrits scientifiques rapportent une utilisation accrue de la contention physique ou médicamenteuse comme solution face à l'errance (Carnahan et al., 2017; Landreville, Voyer et Carmichael, 2013; Voyer et al., 2009) en dépit des conséquences établies pour les personnes soignées (par ex. : agitation, isolement) (Berry et al., 2015; Maust et al., 2015).

Comme alternative aux contentions physiques et chimiques, diverses interventions sont proposées dans les écrits scientifiques. Elles sont de types comportementales, émotionnelles ou cognitives, environnementales (comprenant le recours à la technologie), sensorielles, communicationnelles ou une combinaison de ces interventions (Abraha et al., 2017; Algase et al.,

² Compte tenu de la prédominance de femmes au sein de la profession, le féminin sera utilisé, mais il est inclusif des infirmiers.

2010; Baurant et al., 2019; Delphin-Combe et al., 2013; Figueiro et al., 2014; Gardette, Coley et Andrieu, 2010; Holliday-Welsh, Gessert et Renier, 2009; Kergoat, 2010; MacAndrew et al., 2019; Orain, 2008; Padilla et al., 2013; Ray et Mittelman, 2017; Ridder, Stige, Qvale et Gold, 2013; Traynor, Veerhuis, Johnson, Hazelton et Gopalan, 2018; Yilmaz et Aşiret, 2020).

Ces diverses interventions sont reconnues comme étant potentiellement les meilleures pratiques de soins à adopter auprès des personnes présentant des comportements réactifs (Abraha et al., 2017; Baurant et al., 2019; Leblanc, 2020; Traynor et al., 2018; Yilmaz et Aşiret, 2020). Il n'est toutefois pas clair si ces interventions non pharmacologiques sont basées sur une approche de soins infirmiers centrés sur la personne (*person-centered care* ou *patient-centered care*), approche recommandée par l'*Alzheimer's Association* (2018) et Fazio, Pace, Maslow, Zimmerman et Kallmyer (2018), pour des interventions personnalisées à chaque personne âgée en CHSLD. Ainsi, une approche de soins centrés sur la personne pourrait guider les infirmières dans le ou les choix d'intervention non pharmacologiques à privilégier pour la personne faisant de la déambulation et possiblement être plus efficace face à ce comportement. Selon la Société Alzheimer du Canada (2011), les soins centrés sur la personne :

« constituent une philosophie qui reconnaît que chaque personne a une histoire personnelle, une personnalité et des valeurs uniques, et que toute personne a les mêmes droits à la dignité, au respect et au privilège de participer pleinement à la vie de leur environnement (le terme « environnement » réfère à l'environnement à la fois social et physique). La philosophie tient compte également de l'importance des suppositions faites au sujet des personnes atteintes de démence, de l'attitude des aidants, des modèles et pratiques de soins mis en application, des facteurs organisationnels et culturels, et des éléments structurels tels que les planchers et l'éclairage. » (Société Alzheimer du Canada, 2011, p.10).

Une telle philosophie de soins est privilégiée dans le cadre de référence de l'OIIQ (2018) relativement à l'exercice infirmier auprès des personnes hébergées en CHSLD. Pour certains, il s'agit d'une philosophie, pour d'autres d'un modèle ou d'une approche. Dans tous les cas, relativement à la MA, Epp (2003) fait remarquer que les soins centrés sur la personne sont des soins visant la personne dans tous ses aspects et non pas seulement les pertes et les limites éprouvées par celle-ci. Il insiste sur le fait que l'unicité de la personne, dont son sexe, son genre, sa situation familiale, culturelle et ethnique, son histoire de vie, ainsi que ses habiletés conservées, ses émotions et ses capacités cognitives soient réellement prises en considération

dans l'approche de soins à privilégier. Pour ce chercheur, les personnes atteintes de la MA peuvent poursuivre leur épanouissement tant qu'on leur reconnaît leur unicité d'être humain et qu'on les respecte indépendamment de leurs capacités. Plusieurs écrits scientifiques rapportent les bienfaits des soins centrés sur la personne, notamment sur : l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de la MA en centre d'hébergement (Terada et al., 2013); l'amélioration du sentiment de satisfaction professionnelle des infirmières (Brownie et Nancarrow, 2013); l'amélioration de la satisfaction des personnes relativement aux soins (Olsson, Jakobsson Ung, Swedberg et Ekman, 2013); l'amélioration de la qualité de vie et de la qualité des soins en CHSLD (Alzheimer's Association, 2018; McMillan et al., 2013; Poey et al., 2017); la réduction de l'agitation chez les personnes en résidence atteintes de la MA (Chenoweth et al., 2009). Il est à noter que certains auteurs utilisent le terme « agitation » qui est peu spécifique et qui inclut, entre autres, la déambulation (Yilmaz et Aşiret, 2020).

La philosophie des soins centrés sur la personne, notamment en CHSLD avec des personnes atteintes de la MA, est considérée comme une réponse holistique aux multiples enjeux auxquels sont confrontés le personnel soignant dans la pratique des soins. À ce titre, elle se démarque des philosophies classiques de soins, qui sont centrées sur la pathologie plutôt que sur la personne soignée; en outre, elle contribuerait à atténuer les comportements découlant de besoins compromis du fait de la MA et à préserver l'humanité de la personne avec l'évolution de la maladie (Chenoweth et al., 2009). Par exemple, avec l'évolution de la maladie, la personne soignée pourrait avoir de la difficulté à exprimer un inconfort, un besoin d'affection, d'attention, ce qui pourrait résulter en un comportement d'agressivité, de déambulation ou d'agitation verbale. Plutôt que de se focaliser sur le comportement réactif, une philosophie de soins centrés sur la personne préconise de s'attarder sur la source du comportement (les besoins compromis), ce qui permettrait d'anticiper le comportement ou de le comprendre, lors de sa manifestation.

Compte tenu des bienfaits découlant des interventions basées sur les soins centrés sur la personne pour les résidents en CHSLD (McMillan et al., 2013; Poey et al., 2017), il s'avère pertinent pour la discipline et la profession infirmière de s'appuyer sur une philosophie de soins centrés sur la personne pour analyser, choisir, mettre en œuvre et évaluer des interventions non pharmacologiques auprès de personnes âgées vivant avec la MA en CHSLD et présentant des

comportements de déambulation. Pour ce faire, nous proposons d'identifier dans la littérature théorique, empirique ou grise les interventions non pharmacologiques proposées pour faire face à la déambulation et de les analyser à la lumière de la théorie intermédiaire pour des soins infirmiers centrés sur la personne proposée par McCormack et McCance (2021). Cette analyse conduira à des propositions pour les infirmières.

But et objectifs

But

Le but de ce travail est de proposer, suite à une revue intégrative des écrits, des propositions visant à accompagner les infirmières œuvrant en CHSLD, dans le choix et la mise en œuvre d'interventions non pharmacologiques, pour gérer les comportements de déambulation présentés par des personnes âgées vivant avec la MA, selon une approche de soins centrés sur la personne.

Objectifs

Trois objectifs sont proposés pour ce travail dirigé :

- 1) Identifier dans les écrits théoriques et empiriques, de même que dans la littérature grise, les interventions non pharmacologiques visant à gérer la déambulation que présentent les personnes âgées vivant avec la MA, dans un contexte de CHSLD.
- 2) Dégager, à la lumière de la théorie pour des soins infirmiers centrés sur la personne de McCormack et McCance (2021), les interventions non pharmacologiques qui prennent en considération ou s'appuient sur des soins infirmiers centrés sur la personne.
- 3) Formuler des propositions à l'intention des infirmières afin de les aider dans le choix et la mise en œuvre d'interventions personnalisées auprès des personnes âgées vivant avec la MA et faisant de la déambulation.

L'infirmière-étudiante propose deux objectifs d'apprentissage à atteindre lors de la réalisation de ce travail dirigé :

- 1) Approfondir ses connaissances sur les interventions non pharmacologiques efficaces visant à gérer les comportements de déambulation exhibés par les personnes âgées vivant avec la MA et leur mise en œuvre, selon une approche de soins centrés sur la personne;
- 2) Développer ses habiletés de recherche documentaire, d'analyse critique et de rédaction scientifique et professionnelle.

Cadre théorique

Ce travail dirigé s'est appuyé sur la théorie intermédiaire pour des soins infirmiers centrés sur la personne proposée par McCormack et McCance (2021). La première version de cette théorie a été élaborée en 2006 puis, elle a été révisée en 2011, en 2016 et en 2021.

La dernière version de la théorie de (McCormack et McCance, 2021) servira de cadre de référence à ce travail dirigé en raison de sa simplicité. En effet, la représentation schématique pour présenter les éléments essentiels de la théorie pour des soins infirmiers centrés sur la personne et les liens entre eux en facilite la compréhension et l'appropriation. Par ailleurs, en plus d'être une des plus récentes théories pour des soins infirmiers centrés sur la personne, cette théorie ou ses versions antérieures ont déjà été utilisées dans plusieurs études (Lynch et al. 2018, Slater, McCance et McCormack 2017, Lafontaine et al. 2020). Dans ce travail dirigé, ce cadre théorique nous a servi de guide pour identifier clairement pour chacune des interventions recensées, les caractéristiques des soins centrés sur la personne prises en compte et correspondant aux quatre groupes de composantes de la théorie que sont les prérequis, l'environnement de soins, les processus de soins et les résultats escomptés. Une représentation schématique de la théorie proposée par McCormack et McCance est disponible dans McCormack et McCance (2021), et une traduction libre du modèle avec l'accord des auteurs (Annexe A) est proposée ci-dessous.

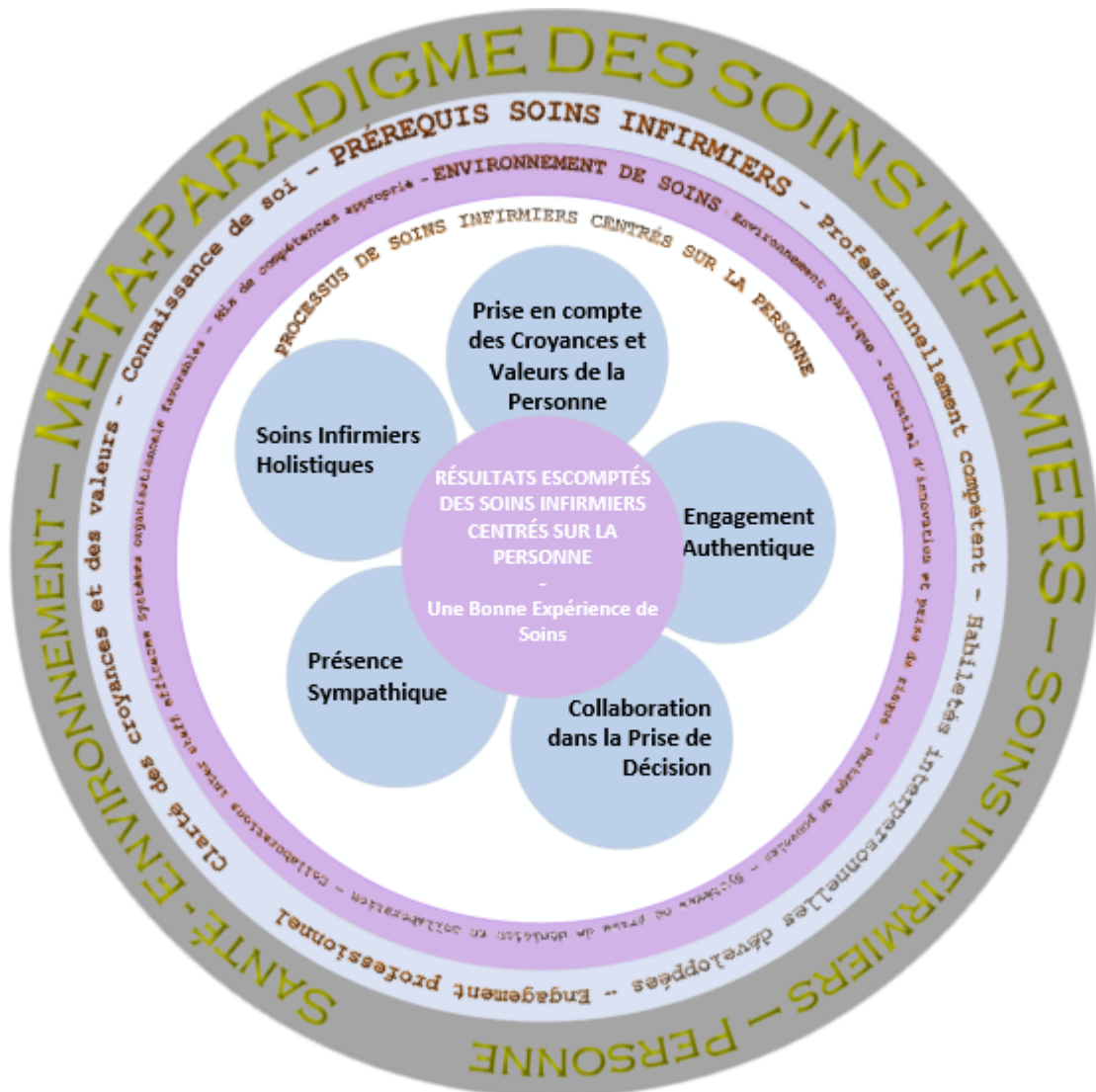


Figure 1. – Théorie pour des soins infirmiers centrés sur la personne - *Person-Centered Nursing (PCN) Framework* (traduction libre) (McCormack et McCance, 2021), (p.16)

Comme mentionné, la théorie pour des soins infirmiers centrés sur la personne de McCormack et McCance (2021) se décline en quatre principaux groupes de composantes nommés « domaines » de soins infirmiers centrés sur la personne (prérequis, environnement de soins, processus de soins, résultats escomptés). Ces « domaines » s’intègrent dans un contexte plus global soit le méta paradigme infirmier à travers des liens avec les concepts de soins infirmiers, de personne, de santé et d’environnement. Les prérequis, l’environnement et les processus de soins ont une incidence directe sur les résultats escomptés et pourraient même les expliquer.

Les prérequis pour des soins infirmiers centrés sur la personne

Dans le groupe de composantes portant sur les prérequis pour des soins infirmiers centrés sur la personne, McCormack et McCance (2021) mettent l'accent sur les caractéristiques associées à l'infirmière pour offrir des soins centrés sur la personne. Ces caractéristiques se définissent en termes de connaissances et habiletés relationnelles et en soins, d'engagement dans son travail, de sa capacité d'introspection (connaissance de soi), de ses croyances et valeurs. Ces prérequis ont été mis en exergue dans les interventions non pharmacologiques recensées dans les écrits. Par exemple, il a été vérifié si les interventions mentionnent les habiletés attendues des infirmières telles que les habiletés d'évaluation de la condition de santé de la personne âgée, de collaboration ou d'empathie lors de la mise en œuvre de ces interventions.

L'environnement de soins propice aux soins infirmiers centrés sur la personne

Selon McCormack et McCance (2021), l'environnement fait référence aux éléments contextuels des soins. Il englobe la composition des équipes de soins (par ex. : les effectifs, le ratio infirmière versus infirmières auxiliaires et préposées aux bénéficiaires), les interactions entre le personnel de soins et les familles (par ex. : partenariat), les interactions entre les différents membres du personnel, le processus décisionnel dans les soins (par ex. : implication de l'ensemble des parties prenantes), la structure et la culture organisationnelles spécifiques au milieu de travail (par ex. : soutien au personnel soignant) ainsi que l'environnement physique des soins (par ex. : architecture, design d'intérieur, salubrité). Des composantes relevant de l'environnement de soins ont été identifiées dans les interventions non pharmacologiques recensées. Par exemple, il a été recherché dans chacune des interventions, les ajustements requis au niveau de l'environnement physique de soins pour mieux faire face à la déambulation tels que des espaces sécuritaires au balade avec des haltes de repos ou encore des aménagements dans les chambres.

Les processus de soins infirmiers centrés sur la personne

Les processus de soins infirmiers centrés sur la personne font référence à la gestion des croyances et des valeurs de la personne soignée, la gestion de la prise de décision de soin (par ex. : collégialité, collaboration), l'établissement d'un partenariat avec la personne soignée, la

concrétisation d'une présence sympathique (par ex. : accompagnement, écoute active, disponibilité, attention, sensibilité à ce que la personne soignée vit), le soin holistique (par ex. : soin intégrant à la fois les aspects physiologique, psychologique, socioculturel, développemental et spirituel) (McCormack et McCance, 2021). Des composantes relevant des processus de soins infirmiers centrés sur la personne ont été mises en lumière dans les interventions non pharmacologiques recensées. Par exemple, pour chacune des interventions non pharmacologiques, nous avons cherché à identifier les éléments visant le bien-être psychologique, physiologique, physique et psychosocial de la personne (personnalisation des soins).

Les résultats escomptés des soins infirmiers centrés sur la personne

Dans leur théorie, McCormack et McCance (2021) mettent l'accent sur les principales retombées attendues des soins centrés sur la personne, soit « une bonne expérience de soins ». Cette expérience, selon les auteurs, doit être évaluée non seulement selon la perspective de la personne soignée et de ses proches, mais également celle du personnel soignant. Une bonne expérience de soins renvoie par exemple à la satisfaction des personnes soignées, au sentiment d'être impliqué dans ses soins (par ex. : elles sont des partenaires actifs des soins), le sentiment de bien-être des personnes soignées et du personnel soignant relativement à l'expérience de soins vécue (par ex. : se sentir valorisés) et la création d'une culture thérapeutique (par ex. : imputabilité, autonomie et habileté du personnel soignant). Des retombées attendues des soins infirmiers centrés sur la personne ont été identifiées pour chacune des interventions non pharmacologiques recensées. Par exemple, l'analyse des interventions visait à relever un sentiment de bien-être de la personne soignée ou des équipes de soins, suite aux interventions, illustrant ainsi une bonne expérience de soins tant pour la personne soignée que pour le personnel soignant.

En résumé, le cadre de référence a permis de guider l'analyse des écrits recensés afin d'identifier pour chacune des interventions non pharmacologiques, les composantes de la théorie de McCance et McCormack prises en compte soient les composantes en lien avec les prérequis, l'environnement des soins, les processus de soins et les résultats escomptés. Chacune des

composantes de cette théorie sont essentielles puisqu'elles permettent une meilleure compréhension ainsi qu'une caractérisation des interventions non pharmacologiques, en lien avec la préoccupation de soins centrés sur la personne âgée présentant un comportement de déambulation.

Méthode

Pour ce travail dirigé, nous avons opté pour une revue intégrative des écrits selon la méthode proposée par Whitemore et Knafl (2005). Cette méthode propose une démarche structurée et permet la prise en compte à la fois des écrits théoriques et empiriques, ainsi que celle de la littérature grise. Selon les auteurs, la revue intégrative permet « la combinaison de travaux de recherche expérimentale et non expérimentale » (traduction libre) (Whitemore et Knafl, 2005, p.546). De plus, selon ces auteurs, la comparaison des résultats probants issus des différentes études pourrait permettre de dégager de nouvelles données sur un sujet bien déterminé menant à de nouvelles connaissances. La démarche proposée par Whitemore et Knafl, (2005, p.549) se décline en cinq étapes: 1) l'identification du problème, 2) la recherche des écrits, 3) l'évaluation des données, 4) l'analyse des données et 5) la présentation des résultats. Notons que l'étape d'identification du problème est déterminante car ce qui en résulte, constitue un véritable point d'ancrage pour les étapes subséquentes.

Identification du problème (étape 1)

Dans cette première étape décrite par Whitemore et Knafl (2005), il s'agit de bien cerner le problème à la base de la revue des écrits, et d'identifier les principaux concepts en lien avec ce dernier. La préoccupation centrale de ce travail dirigé concerne les meilleurs soins à offrir aux personnes vivant avec la MA et déambulant, en contexte de CHSLD. Plus spécifiquement la question du choix et de la mise en œuvre des interventions non pharmacologiques pour mieux gérer les comportements de déambulation manifestés par ces personnes hébergées en CHSLD, selon une approche de soins centrés sur la personne, en constituent un des enjeux. Pour ces raisons, la formulation de propositions à l'intention des infirmières est intimement liée à l'identification et l'analyse des différentes interventions non pharmacologiques proposées dans les écrits empiriques et théoriques ainsi que ceux de la littérature grise. Cette démarche va permettre une offre de soins optimale à ces personnes.

Recherche des écrits (étape 2)

Cette seconde étape de la méthode de Whitemore et Knafl (2005) est consacrée à la recherche des écrits en lien avec le problème identifié à l'étape précédente. Cette recherche d'écrits s'est effectuée dans deux bases de données bibliographiques, CINAHL et PubMed, avec l'aide du bibliothécaire de la Faculté des sciences infirmières l'Université de Montréal, ainsi que dans le moteur de recherche Google Scholar pour la littérature grise. De plus, la liste des références des écrits recensés a été consultée.

En préparation à la recherche des écrits, quatre concepts ont été identifiés : personne âgée, MA, déambulation, CHSLD. Pour chacun des concepts, des descripteurs ont été identifiés. Les opérateurs booléens AND et OR ont été utilisés pour combiner les descripteurs dans différentes équations de recherche qui ont permis d'obtenir les articles pour l'analyse de ce travail. Le tableau 1 présente les descripteurs identifiés pour les bases de données CINAHL et PubMed ainsi que les concepts et la stratégie de recherche.

Concepts	Personne âgée	Troubles neurocognitifs	Errance	CHSLD
Descripteurs de CINAHL	CINAHL_1 (MH "Aged, 80 and Over") OR "(aged, 80 and over) OR (aged or elderly or senior or older people or geriatric) OR (seniors or elderly or elders or older adults or senior citizens or geriatric or aged)"	CINAHL_2 (MH "Delirium, Dementia, Amnestic, Cognitive Disorders") OR "neurocognitive disorder or alzheimer's or dementia"	CINAHL_3 (MH "Wandering Behavior") OR (MH "Wandering Control")	CINAHL_4 (MH "Nursing Home Patients") OR "nursing homes or care homes or long term care or residential care or aged care facility"
Descripteurs de PubMed	PubMed_1 senior OR elderly OR aged OR (older	PubMed_2 (((neurocognitive OR cognitive) N3	PubMed_3	PubMed_4 (((Nurs OR elderly OR rest)

Concepts	Personne âgée	Troubles neurocognitifs	Errance	CHSLD
PubMed	N3(person OR people OR adult)) OR pensioner OR retiree OR geriatric OR (nurs N3 home N3 patient)	(disorders OR impairment OR decline OR dysfunction)) OR (Alzheimer N1 disease) OR dementia OR memory loss)	(Wander OR Roam OR rov OR Trek)	N1(home OR facility)) OR (long term OR longterm OR resident)N2 care OR Old people's home OR Assisted living)
Équation CINAHL	CINAHL_2 AND (CINAHL_1 OR CINAHL_3 OR CINAHL_4)			
	((MH "Delirium, Dementia, Amnestic, Cognitive Disorders") OR "neurocognitive disorder or alzheimer's or dementia") AND (((MH "Aged, 80 and Over") OR "(aged, 80 and over) OR (aged or elderly or senior or older people or geriatric) OR (seniors or elderly or elders or older adults or senior citizens or geriatric or aged)") OR ((MH "Wandering Behavior") OR (MH "Wandering Control (Saba CCC)")) OR ((MH "Nursing Home Patients") OR "nursing homes or care homes or long term care or residential care or aged care facility"))			
Équation PubMed	PubMed_1 AND PubMed_2 AND PubMed_3 AND PubMed_4			
	(senior OR elderly OR aged OR (older N3 (person OR people OR adult)) OR pensioner OR retiree OR geriatric OR (nurs N3 home N3 patient)) and (((neurocognitive OR cognitive) N3 (disorders OR impairment OR decline OR dysfunction)) OR (Alzheimer N1 disease) OR dementia OR memory loss) and (Wander OR Roam OR rov OR Trek) and (((Nurs OR elderly OR rest) N1(home OR facility)) OR (long term OR longterm OR resident)N2 care OR Old people's home OR Assisted living)			

Tableau 1. – Concepts, stratégie de recherche et descripteurs

La recherche s'est limitée aux articles théoriques et empiriques, ainsi qu'à la littérature grise incluant les guides de pratique portant spécifiquement sur la déambulation. Les critères d'inclusion pour la recherche étaient les suivants : les écrits étaient rédigés en langue française ou anglaise; les interventions non pharmacologiques décrites étaient destinées aux personnes vivant avec la MA en CHSLD et publiés entre 2008 et 2020. Les écrits devaient être suffisamment

récents pour refléter les connaissances scientifiques les plus actuelles de même que le contexte actuel dans le réseau de la santé, et augmenter les chances de transférabilité, raison pour laquelle nous avons choisi les publications des 12 dernières années. Ont été exclues de la recherche les abrégés de conférence, les lettres d'opinion, les éditoriaux, les monographies ainsi que les écrits qui traitaient de comportements réactifs et ne citaient pas la déambulation parmi ces comportements, ou encore les écrits qui traitaient de l'agitation sans spécifier que la déambulation était considérée comme de l'agitation. Finalement la consultation des articles retrouvés a permis d'identifier d'autres écrits pertinents.

Évaluation des données (étape 3)

La troisième étape est consacrée à l'évaluation des articles retenus, en vue de poser un jugement sur la qualité et la rigueur méthodologique des études rapportées. Cette étape permet de s'assurer de la qualité des données qui seront analysées dans l'étape suivante.

Pour mener à bien cette évaluation, les écrits ont été lus dans leur intégralité et les données de ces écrits ont été extraites au moyen d'une grille d'extraction des données (annexe B. Cette grille contient pour chacun des écrits : les auteurs, l'année de publication, le type d'écrits (empiriques, théoriques, littérature grise), le titre, le type d'étude, le but, le cadre de référence, l'échantillon, la méthode utilisée, les résultats obtenus, une description sommaire de l'intervention ainsi que l'évaluation de la qualité. La pertinence des écrits a été évaluée relativement au problème identifié à l'étape 1. Pour les revues systématiques, la rigueur et la qualité ont été évaluées au moyen de l'outil *AMSTAR Checklist* de Shea et al. (2007). Cet outil consiste en 11 questions permettant d'établir un score numérique pour chaque revue systématique évaluée. Pour chaque question, un point est accordé si le critère est rencontré, le score final attribué à une étude variant entre 0 et 11 points (0 = faible qualité à 11 = qualité maximale). Pour les études qualitatives, quantitatives et mixtes, l'outil *Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT)* de Hong et al. (2020) a été utilisé. Cet outil permet d'évaluer la qualité méthodologique des études rapportées au moyen de deux questions générales communes à tous les types d'étude (qualitatif, quantitatif ou mixte) et de cinq questions spécifiques, pour un total de sept questions. Pour chaque question, si la réponse est oui, un point est alloué et aucun point n'est accordé si la réponse est non. La qualité

de chaque étude est représentée par un score numérique entre 0 et 7 points (0 = faible qualité à 7 = qualité maximale). Dans la grille d'extraction des données fournie en Annexe B, le score pour chaque étude recensée est indiqué. Les articles recensés ont été partagés avec la directrice de recherche de l'étudiante-chercheuse sur Dropbox afin d'en vérifier les évaluations. Un exemple de tableau des résultats de l'évaluation pour une étude quantitative et un exemple d'évaluation de la qualité pour une revue systématique sont disponibles en Annexe C.

Analyse des données (étape 4)

Cette quatrième étape est consacrée à la classification, la catégorisation et la comparaison des écrits. Sur la base d'une analyse des interventions proposées dans les écrits selon la théorie pour des soins infirmiers centrés sur la personne de McCormack et McCance (2021), les composantes des interventions qui sont en lien avec des soins centrés sur la personne ont été identifiées. Il a donc été question pour chaque intervention, d'identifier la présence des composantes et des caractéristiques de la théorie de McCormack et McCance (2021) (par ex. : les caractéristiques d'un environnement physique de soins adapté à la personne, des interactions favorisant le partenariat entre le personnel de soins et les familles). L'Annexe D offre un aperçu de l'analyse des différentes interventions recensées.

Présentation des résultats (étape 5)

Finalement, la cinquième étape de la méthode proposée par Whitemore et Knafelz (2005) est celle de la présentation des résultats. Elle consiste à communiquer les nouvelles connaissances issues de la revue intégrative des écrits. L'option choisie dans le cadre de ce travail dirigé est d'une part la production d'un tableau des interventions en fonction des caractéristiques et des composantes de la théorie de McCormack et McCance (2021), et d'autre part, la formulation de propositions pour les infirmières œuvrant en CHSLD afin de les aider dans le choix et la mise en œuvre d'interventions personnalisées destinées aux personnes âgées vivant avec la MA et faisant de la déambulation.

Résultats

Dans ce chapitre sont d'abord présentés les résultats de la recension des écrits, en réponse au premier objectif du travail dirigé, soit d'identifier dans les écrits empiriques et théoriques, ainsi que la littérature grise, les interventions non pharmacologiques visant à gérer la déambulation dans un contexte de CHSLD, pour les personnes âgées vivant avec la MA. Par la suite, il est proposé une analyse des interventions identifiées dans lesdits écrits, en fonction des caractéristiques des composantes de la théorie de McCormack et McCance (2021). En guise de réponse au deuxième objectif du travail dirigé, il est ainsi possible de dégager les interventions qui prennent en considération ou s'appuient sur des soins infirmiers centrés sur la personne, à la lumière de la théorie pour des soins infirmiers de McCormack et McCance (2021). Finalement pour répondre au troisième objectif du travail dirigé, sont présentées quelques propositions formulées à l'intention des infirmières pour les aider dans le choix et la mise en œuvre d'interventions personnalisées aux personnes âgées vivant avec la MA, faisant de la déambulation et hébergées en CHSLD.

Résultats de la recension des écrits

Écrits recensés

Un total de 88 articles a été recensé dans les bases de recherche CINAHL et PubMed. Deux doublons ont été supprimés. Après lecture des titres, 41 articles ont été exclus car les sujets traités n'étaient pas en lien avec le sujet du travail dirigé. La lecture des résumés des 45 articles restants a permis d'exclure 21 articles car ces derniers ne répondaient pas aux critères d'inclusion. Après lecture de l'intégralité des 24 articles résiduels, huit ont été retenus. La recherche dans Google Scholar et la consultation des articles clés ont permis de recenser 10 autres articles. Ainsi, 18 écrits ont fait l'objet d'une analyse détaillée présentée en Annexe B.

Parmi les 18 écrits retenus, cinq étaient des revues systématiques en lien avec des interventions non pharmacologiques pour les personnes âgées atteintes de TNC dans un

contexte de CHSLD (Abraha et al., 2017; Livingston et al., 2014; Moore, Algase, Powell-Cope, Applegarth et Beattie, 2009; Neubauer et al., 2018; Olazarán et al., 2010). Moore et al. (2009) proposent un cadre de référence pour aider au choix d'une intervention non pharmacologique appropriée en vue de gérer la déambulation et prévenir des fugues. Leur recension des écrits dans les bases de données MEDLINE, CINAHL et PsycInfo, a permis de produire une liste des définitions publiées de la déambulation, catégoriser les comportements de déambulation, identifier les interventions non pharmacologiques appropriées suivant le type de comportement de déambulation et les objectifs de soin. Selon ces auteurs, il n'existe pas d'évidence suffisante pour recommander une intervention en particulier. Quant à Olazarán et al. (2010), ils se sont concentrés sur l'évaluation de l'efficacité des interventions non pharmacologiques pour des personnes atteintes de la MA. Ils ont identifié dans six bases de données en santé, 179 essais contrôlés randomisés portant sur les interventions non pharmacologiques pour des personnes atteintes de la MA, publiées avant le 15 septembre 2008. Ils déduisent de l'analyse de ces essais que les interventions telles que la stimulation cognitive ou le massage peuvent effectivement aider à diminuer la déambulation chez les personnes vivant avec la MA. Ils notent cependant que des travaux sont encore nécessaires pour améliorer la preuve d'efficacité de ces interventions, et que les interventions doivent être mieux décrites dans les études. Pour leur part, Livingston et al. (2014) ont identifié dans 12 bases de données en santé, 33 essais contrôlés randomisés portant sur des interventions non pharmacologiques pour gérer l'agitation (incluant la déambulation), avec au moins 45 participants. Les auteurs ont recensé des interventions qui se sont avérées efficaces (par ex. musicothérapie, interventions sensorielles, *dementia care mapping*); interventions éducatives (formation du personnel soignant)), ainsi que des interventions dont l'efficacité n'a pu être établie (par ex. luminothérapie, aromathérapie). Pour leur part, Abraha et al. (2017), ont procédé à une revue systématique de revues systématiques portant sur les interventions non pharmacologiques pour gérer les comportements réactifs de personnes âgées vivant avec la MA. Cette revue a permis de recenser 38 revues systématiques et 142 études parues entre 2009 et 2015 dans cinq des principales bases de données en santé. Selon leurs résultats, la musicothérapie a été identifiée comme l'intervention la plus prometteuse pour gérer

l'agitation. Par contre, les auteurs concluent que des études supplémentaires sont à poursuivre afin d'établir l'efficacité des interventions compte tenu de l'hétérogénéité de la qualité des méthodes employées et des tailles d'échantillon. Finalement, Neubauer et al. (2018) ont consacré leur étude aux stratégies dites « technologiques » pour gérer la déambulation chez des personnes vivant avec la MA. Ils ont identifié 118 études publiées entre 1990 et 2017 dans les bases de données CINAHL, Ovid Medline, PsycINFO, Web of Science, et Scopus, et 130 références ont été identifiées dans la littérature grise (sites Web et magazine en ligne). Ils ont trouvé 183 stratégies qualifiées de « high-tech » regroupées en cinq sous-catégories (localisation, alarme/surveillance, détection de déambulation, orientation, distraction/redirection) et 143 stratégies qualifiées de « low-tech » regroupées en 14 sous-catégories (musicothérapie, poupée thérapie, programme d'exercice physique, barrières visuelles, unités fermées et restriction physique, miroir, renforcement différentiel, distraction, éclairage/niveau sonore/température, stratégies pharmacologiques, programme de retour sécuritaire, système d'alerte, papier peint sur porte, systèmes signalétiques). Malgré la variété de stratégies recensées, les auteurs concluent que l'efficacité de plusieurs stratégies, autant « high-tech » que « low-tech », restent à démontrer.

Pour les autres écrits retenus (n=13), 11 rapportaient des études quantitatives avec différents devis : expérimental (n=4) (Bautrant et al., 2019; Chenoweth et al., 2009; Figueiro et al., 2014; Yilmaz et Aşiret, 2020), quasi-expérimentale (n=1) (Traynor et al., 2018), descriptive (n=5) (Bauer et al., 2015; Delphin-Combe et al., 2013; Holliday-Welsh et al., 2009; Ray et Mittelman, 2017; Ridder et al., 2013), corrélacionnelle (n=1) (Algase et al., 2010). L'étude de faisabilité de MacAndrew et al. (2019) a été réalisée au moyen d'un devis mixte (quantitatif et qualitatif). Finalement, l'article de Padilla et al. (2013) était consacré à une étude de cas.

La totalité des articles recensés (n=18) traitaient d'interventions pour gérer le comportement de déambulation chez les personnes âgées ayant un TNC dans le contexte d'un CHSLD. Les articles provenaient de l'Europe (n=7) (Abraha et al., 2017; Bautrant et al., 2019; Delphin-Combe et al., 2013; Livingston et al., 2014; Padilla et al., 2013; Ridder et al., 2013; Yilmaz et Aşiret, 2020), des États-Unis (n=6) (Algase et al., 2010; Davis et Weisbeck, 2016; Figueiro et al.,

2014; Holliday-Welsh et al., 2009; Olazarán et al., 2010; Ray et Mittelman, 2017), de l’Australie (n=4) (Bauer et al., 2015; Chenoweth et al., 2009; MacAndrew et al., 2019; Traynor et al., 2018) et du Canada (n=1) (Neubauer et al., 2018). La taille de l’échantillon des études variait entre sept et 239 participants. La population cible dans les études retenues était constituée essentiellement de personnes âgées. La majorité des études recensées ont utilisé le *Mini-Mental State Examination*, le *Neuropsychiatric Inventory (NPI)* ou le *Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI)* pour documenter les comportements liés à la déambulation des personnes âgées. Par ailleurs, l’échelle CMAI est l’une des plus utilisées dans les études. Le CMAI est une échelle d’évaluation des manifestations de l’agitation qui consiste en une grille comprenant 29 items permettant de mesurer le type d’agitation (incluant la déambulation) et la fréquence des comportements. Cette échelle est utilisée autant en clinique qu’en recherche.

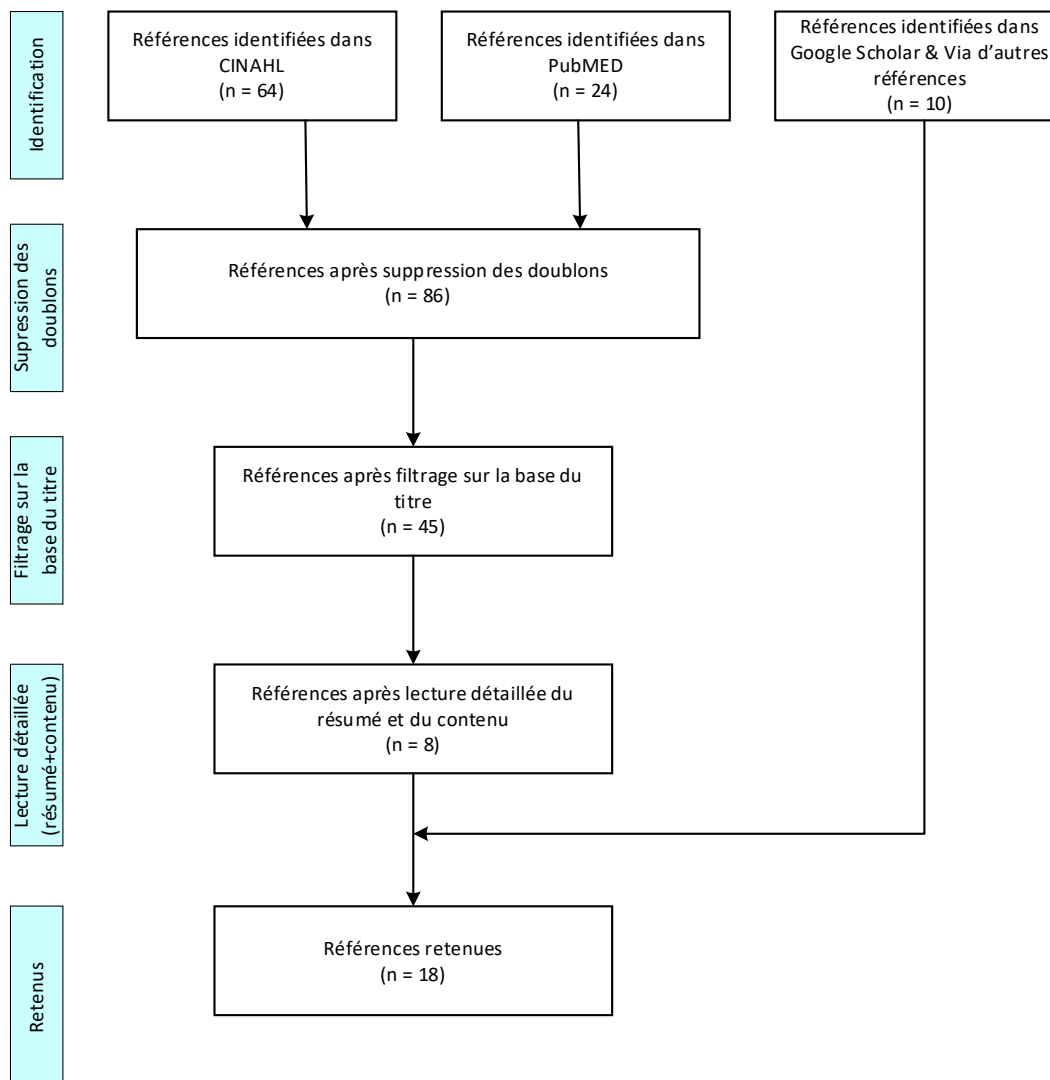


Figure 2. – Résultats de la recherche d'écrits

Qualité méthodologique

Comme mentionné dans le chapitre précédent, la qualité des études retenues a été évaluée pour les études qualitatives, quantitative et mixtes avec l'outil *Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT)* de Hong et al. (2020). Au bout du compte, 10 des études ont obtenu un score de sept points (Algase et al., 2010; Baurant et al., 2019; Chenoweth et al., 2009; Delphin-Combe et al., 2013; Holliday-Welsh et al., 2009; MacAndrew et al., 2019; Ray et Mittelman, 2017; Ridder et al., 2013; Traynor et al., 2018; Yilmaz et Aşiret, 2020). Deux études (Bauer et al., 2015; Padilla et al., 2013) ont obtenu un score de six points et une étude a obtenu un score de cinq points

(Figueiro et al., 2014) sur un score maximal possible de sept points. On peut donc considérer que la qualité méthodologique des études recensées est globalement élevée. Un exemple du tableau de résultats d'évaluation de la qualité méthodologique pour une étude quantitative est disponible en Annexe C.

Pour les revues systématiques, l'évaluation de la qualité méthodologique a été effectuée au moyen de l'outil *AMSTAR Checklist* de Shea et al. (2007). Parmi les revues systématiques retenues, deux (Abraha et al., 2017; Neubauer et al., 2018) ont obtenu un score de neuf points et les trois autres (Davis et Weisbeck, 2016; Livingston et al., 2014; Olazarán et al., 2010) ont obtenu un score de huit points sur un maximum de 11 points. On peut donc aussi dire que la qualité méthodologique des revues systématiques recensées est globalement élevée. Un extrait du tableau d'évaluation de la qualité méthodologique pour une revue systématique est fourni en Annexe C.

Les revues systématiques dans ce travail n'ont pas été utilisées pour l'analyse détaillée des interventions étant donné que les interventions ne sont pas détaillées dans ces revues, mais plutôt référencées ou présentées très brièvement. Elles ont cependant été utiles pour assurer que les interventions non pharmacologiques pertinentes recherchées ayant fait l'objet d'une étude quantitative, qualitative ou mixte, ont bel et bien été identifiées. La section suivante est consacrée aux interventions identifiées dans les études quantitatives, qualitatives et mixtes recensées.

Interventions identifiées dans les écrits

Parmi les 13 études ayant porté sur des interventions visant à gérer la déambulation dans un contexte de CHSLD, pour les personnes âgées atteintes de la MA, 13 différentes interventions ont été identifiées (Algase et al., 2010; Bauer et al., 2015; Bautrant et al., 2019; Chenoweth et al., 2009; Delphin-Combe et al., 2013; Figueiro et al., 2014; Holliday-Welsh et al., 2009; MacAndrew et al., 2019; Padilla et al., 2013; Ray et Mittelman, 2017; Ridder et al., 2013; Traynor et al., 2018; Yilmaz et Aşiret, 2020). Chacune de ces interventions a été associée à une catégorie ou type d'intervention suivant la catégorisation proposée dans la littérature

scientifique pour les interventions non pharmacologiques (Abraha et al., 2017; Livingston et al., 2014; Ministère de la santé et des services sociaux, 2014; Rey, Voyer et Juneau, 2016; Yilmaz et Aşiret, 2020). Cinq catégories d'intervention ont été identifiées soient les interventions sensorielles, les interventions récréatives, les interventions comportementales, les interventions éducatives (formation du personnel) et les interventions mixtes regroupant des interventions de deux ou plusieurs catégories (environnementale-sensorielle; comportementale-cognitive-environnementale). Une description de chacune de ces catégories est fournie au tableau 2.

Catégories d'intervention (auteurs)	Brève description
Interventions sensorielles (Livingston et al., 2014) (Voyer et al., 2009) (Abraha et al., 2017) (Yilmaz et Aşiret, 2020)	Interventions qui visent la stimulation des sens de la personne (par ex. : musicothérapie, aromathérapie, luminothérapie, massage...)
Interventions récréatives (Livingston et al., 2014) MSSS (2014) (Rey et al., 2016) (Voyer et al., 2009)	Interventions qui ciblent des activités à caractère ludique, stimulantes et valorisantes pour la personne (par ex. : thérapie par l'art, séances d'exercices, marche...)
Interventions comportementales (Livingston et al., 2014) (Voyer et al., 2009) (Abraha et al., 2017) (Yilmaz et Aşiret, 2020)	Interventions qui mettent l'accent sur la gestion du comportement de la personne (par ex. : zoothérapie, poupée thérapie...)
Interventions éducatives (Chenoweth et al., 2009)	Interventions visant à former le personnel soignant sur les comportements et attitudes à adopter auprès des personnes âgées vivant avec

Catégories d'intervention (auteurs)	Brève description
(Hermer et al., 2018) (Poey et al., 2017)	la MA (par ex. : formation du personnel à des soins centrés sur la personne)
Interventions mixtes (Abraha et al., 2017) (Livingston et al., 2014)	Combinaison de deux interventions non pharmacologiques ou plus issues d'une ou plusieurs catégories (par ex. : environnementale-sensorielle, comportementale-cognitive-environnementale)

Tableau 2. – Catégories d'intervention non pharmacologique associées aux interventions retenues

Trois des interventions identifiées dans les écrits sont de la catégorie sensorielle (Holliday-Welsh et al., 2009; Ray et Mittelman, 2017; Ridder et al., 2013); deux de la catégorie récréative (MacAndrew et al., 2019; Traynor et al., 2018); une de la catégorie comportementale (Yilmaz et Aşiret, 2020); une de la catégorie éducative (Chenoweth et al., 2009) et six de la catégorie mixte (Algase et al., 2010; Bauer et al., 2015; Bautrant et al., 2019; Delphin-Combe et al., 2013; Figueiro et al., 2014; Padilla et al., 2013). Certaines interventions sont réalisées en groupe (Bautrant et al., 2019; Chenoweth et al., 2009; Delphin-Combe et al., 2013; Padilla et al., 2013; Ray et Mittelman, 2017) tandis que d'autres sont individuelles (Algase et al., 2010; Bauer et al., 2015; Figueiro et al., 2014; Holliday-Welsh et al., 2009; MacAndrew et al., 2019; Ridder et al., 2013; Traynor et al., 2018; Yilmaz et Aşiret, 2020). Toutes ces interventions ont été évaluées en contexte de CHSLD, parfois dans un ou plusieurs CHSLD (p. ex. : un CHSLD (Bautrant et al., 2019; Delphin-Combe et al., 2013; Padilla et al., 2013; Yilmaz et Aşiret, 2020), deux CHSLD (Bauer et al., 2015; Figueiro et al., 2014; Holliday-Welsh et al., 2009; MacAndrew et al., 2019) trois ou quatre CHSLD (Ray et Mittelman, 2017; Traynor et al., 2018), 14 ou 15 CHSLD (Chenoweth et al., 2009; Ridder et al., 2013), 28 CHSLD (Algase et al., 2010)). La taille des échantillons utilisés pour l'évaluation des interventions était variable, allant de une (Padilla et al., 2013) à 289 personnes âgées (Chenoweth et al., 2009). La tranche d'âge des participants dans ces études était également vaste [60-105 ans]. La durée des interventions était également très variable : 6 jours (Holliday-Welsh et al., 2009), 12 sessions de 20 minutes chacune (Algase et al., 2010), 2 semaines (Ray et Mittelman, 2017), 3 semaines (MacAndrew et al., 2019), 4

semaines (Figueiro et al., 2014), 33 sessions de 4 heures par jour (Padilla et al., 2013), 6 semaines (Ridder et al., 2013), 8 semaines (Yilmaz et Aşiret, 2020), 12 semaines (Bauer et al., 2015), 4 mois (Chenoweth et al., 2009; Delphin-Combe et al., 2013; Traynor et al., 2018), 6 mois (Bautrant et al., 2019). Les personnes impliquées dans les interventions étaient les personnes âgées elles-mêmes, leurs proches, le personnel soignant dont les infirmières et parfois des professionnels de la santé comme des physiothérapeutes (Traynor et al., 2018), des psychologues (Delphin-Combe et al., 2013; Padilla et al., 2013), des psychomotriciennes (Delphin-Combe et al., 2013), des ergothérapeutes (Delphin-Combe et al., 2013), des membres de l'équipe de loisirs (Ray et Mittelman, 2017) et des travailleuses sociales (Ray et Mittelman, 2017). Les études associées à quatre des 13 interventions identifiées ont eu recours à au moins un cadre de référence (Algase et al., 2010; Chenoweth et al., 2009; MacAndrew et al., 2019; Ray et Mittelman, 2017). Les interventions recensées sont présentées au tableau 3 ci-dessous.

Référence	Intervention	Brève description
Intervention sensorielle		
Holliday-Welsh et al. (2009)	Massage thérapeutique par effleurage	Massage de la tête, des épaules et des mains d'une durée de 10 à 15 minutes (intervention individuelle)
Ray et Mittelman (2017)	Musicothérapie en groupe	Identification et sélection des musiques préférées des personnes âgées (intervention en groupe 4 à 6 personnes)
Ridder et al. (2013)	Musicothérapie individuelle	Écouter de la musique, jouer d'un instrument, improviser une musique et danser, échange pendant l'écoute de musique (intervention individuelle)
Intervention récréative		
Traynor et al. (2018)	Programme thérapeutique d'exercices physiques structuré	Marche, série d'exercices, musculation, jeux avec un ballon (intervention individuelle)
MacAndrew et al. (2019)	Programme thérapeutique de marche supervisée	Planification de sessions de marche supervisées et individualisées à chaque personne âgée en fonction de l'intensité de la déambulation quotidienne. Itinéraire de la marche adapté à l'état de santé (intervention individuelle)
Intervention comportementale		

Référence	Intervention	Brève description
Yilmaz et Aşiret (2020)	Poupée thérapeutique	Poupée (en silicone, pesant environ 1500g, avec de vrais cheveux, des yeux qui s'ouvrent ou se ferment selon la position dans laquelle elle est placée, et habillée) laissée à la disposition de la personne. Observation sans intrusion du comportement de la personne âgée et de son interaction avec la poupée (intervention individuelle)
Intervention éducative		
Chenoweth et al. (2009)	Formation pour soins aux personnes âgées vivant avec la MA avec agitation incluant la déambulation	Formation des infirmières sur les soins centrés sur la personne âgée (p. ex. : formes de communication; reconnaissance des sentiments malgré le TNC et pendant les interactions infirmière-personne âgée)
Intervention mixte (environnementale et sensorielle)		
Figueiro et al. (2014)	Luminothérapie	Intervention d'éclairage sur mesure : Pendant la journée, éclairer la pièce occupée par la personne âgée de 8 à 10 heures avec des niveaux de lumière modérés et à partir d'une source de lumière blanche à température de couleur corrélée (CCT) élevé (stimulation du rythme veille-sommeil) (intervention individuelle)
Algase et al. (2010)	Ajustements environnementaux (interventions possibles)	Adapter l'environnement physique de la personne âgée qui déambule en portant une attention singulière à la lumière, aux sons et aux bruits, à la température, aux niveaux d'humidité, à l'emplacement, à l'ambiance et à l'encombrement des lieux (intervention individuelle)

Référence	Intervention	Brève description
Bautrant et al. (2019)	Ajustements environnementaux	Environnement qui vise à démarquer le jour de la nuit. Aménagement de dalles au plafond en forme de lucarne dans une partie des locaux communs, permettant une diminution progressive de l'éclairage la nuit et une augmentation progressive de l'éclairage le jour accompagnées d'une musique apaisante; murs peints en beige clair, horloges surdimensionnées dans les couloirs, couleur des vêtements de l'équipe de nuit (bleu foncé) différente de celle de l'équipe de jour (bleu ciel) (intervention de groupe)
Bauer, et al. (2015)	Snoezelen	Intervention multisensorielle dans une pièce aménagée pour la stimulation tactile, lumineuse et auditive (ambiance agréable et de détente) (intervention individuelle)
Intervention mixte (comportementale, cognitive et environnementale)		
Padilla et al. (2013)	Stratégies dissuasives pour contrer la déambulation	Bandes dissuasives placées devant les portes de sortie et les portes vitrées combiné avec le renforcement du comportement souhaité par la personne âgée. Accent mis sur le langage, la mémoire et la socialisation de la personne âgée (intervention de groupe)
Delphin-Combe et al. (2013)	Unité cognitivo-comportementale (Caratozzolo et al.)	Structure composée de différents ateliers généraux et spécifiques : photo langage, stimulation photo motrice, stimulation externe sensorielle, ateliers de journal, d'esthétique et de créativité. (intervention de groupe)

Tableau 3. – Catégories, noms et descriptions des interventions recensées dans les écrits

La section suivante est consacrée à l'analyse de ces interventions en fonction des différentes composantes de la théorie pour des soins infirmiers centrés sur la personne de McCormack et McCance (2021).

Analyse des interventions proposées dans les écrits en fonction des composantes de la théorie de McCormack et McCance (2021)

À la lumière de la théorie pour des soins infirmiers centrés sur la personne de McCormack et McCance (2021), il ressort de l'analyse des données que pour chacune des interventions identifiées dans la littérature, au moins deux des quatre composantes des soins infirmiers centrés sur la personne (prérequis, environnement, processus de soins, résultats escomptés) sont prises en compte. Dans la suite, nous présenterons l'analyse des interventions par catégorie (sensorielle, récréative, comportementale, mixte) et nous exposerons les composantes de la théorie de McCormack et McCance (2021) retrouvées dans chacune des interventions.

Les interventions sensorielles

Les interventions sensorielles figurent parmi les plus représentées pour la prise en soin des personnes ayant la MA qui déambulent. Des 13 interventions trouvées, sept sont de type sensoriel (Holliday-Welsh et al., 2009; Ray et Mittelman, 2017; Ridder et al., 2013) ou ont été combinées avec une intervention environnementale (Algase et al., 2010; Bauer et al., 2015; Baurant et al., 2019; Figueiro et al., 2014). Pour les interventions sensorielles, qu'il s'agisse de musicothérapie (Ray et Mittelman, 2017; Ridder et al., 2013) ou de massage thérapeutique (Holliday-Welsh et al., 2009), on retrouve un bon nombre de composantes de la théorie de McCormack et McCance, autrement dit plusieurs caractéristiques des soins centrés sur la personne.

Les **prérequis** suivants pour des soins infirmiers centrés sur la personne sont mis de l'avant dans ces interventions : connaissances/compétences professionnelles et habiletés interpersonnelles. En effet, l'infirmière quelle que soit l'intervention, est appelée par exemple

à évaluer les problèmes comportementaux de la personne soignée afin de pouvoir personnaliser l'intervention. Dans le cas de la musicothérapie (Ray et Mittelman, 2017; Ridder et al., 2013), elle identifie, entre autres, les préférences musicales de la personne soignée, en collaboration avec les proches de la personne âgée, au besoin. Des habiletés en musicothérapie ou en massage thérapeutique peuvent s'avérer nécessaires et cela peut requérir des sessions de formation (Holliday-Welsh et al., 2009; Ray et Mittelman, 2017; Ridder et al., 2013). Lors des séances de musicothérapie ou de massage thérapeutique, la nécessité d'interactions adéquates avec la personne soignée ont pu être identifiées telles qu'une écoute active, une intelligence émotionnelle, une communication efficace verbale et non verbale (toucher, gestes, langage corporel, contact visuel) (Holliday-Welsh et al., 2009; Ray et Mittelman, 2017; Ridder et al., 2013).

Pour ce qui est de la composante **environnement** pour des soins infirmiers centrés sur la personne, l'accent est mis dans les interventions sur l'efficacité de la collaboration entre les membres de l'équipe de soins (infirmières, infirmières auxiliaires, massothérapeutes ou musicothérapeutes) afin d'assurer une meilleure continuité des soins (Holliday-Welsh et al., 2009; Ray et Mittelman, 2017). En effet, la musicothérapie ou le massage thérapeutique seront insérés dans le plan de soin de la personne âgée (Holliday-Welsh et al., 2009; Ray et Mittelman, 2017). Un partenariat est à développer avec la famille de la personne soignée, afin de concrétiser leur implication dans les soins. Il est question par exemple d'implication des proches dans la préparation et le déroulement des séances de musicothérapie ou de massage thérapeutique (Holliday-Welsh et al., 2009; Ray et Mittelman, 2017). De plus, les parties prenantes (personnel soignant, personnes soignées et familles) vont être impliquées dans le processus décisionnel en lien avec les soins. Par exemple, la décision d'insérer le massage thérapeutique ou la musicothérapie dans les plans de soins résulte d'une concertation entre les parties prenantes, et des consentements éclairés aux interventions sont obtenus auprès de la personne soignée ou ses proches (Holliday-Welsh et al., 2009; Ray et Mittelman, 2017; Ridder et al., 2013).

Relativement aux **processus de soins** centrés sur la personne, les soins holistiques sont privilégiés dans toutes les interventions sensorielles recensées. Ces interventions ne se limitent pas à l'état physique de la personne soignée, mais visent également son bien-être psychologique, émotionnel, mental et physiologique. La concrétisation d'une présence sympathique est aussi une caractéristique souhaitée dans les interventions sensorielles identifiées (Holliday-Welsh et al., 2009; Ray et Mittelman, 2017; Ridder et al., 2013). Il s'agit pour l'infirmière de faire preuve d'une écoute active, d'accompagner la personne et ses proches, de porter attention et être sensible à ce que la personne soignée vit, par exemple ses émotions, ses réactions au cours de la séance de musicothérapie ou de massage thérapeutique. L'infirmière pourrait donc engager des discussions avec la personne soignée sur la musique écoutée si cette dernière décide de la commenter ou de s'exprimer, ou encore obtenir une rétroaction de la personne soignée relativement aux séances de musicothérapie ou de massage thérapeutique, en vue d'y apporter des ajustements. La prise de décision partagée/consensuelle est également un élément important des processus de soins centrés sur la personne. L'infirmière informe, outille la personne soignée et ses proches afin qu'ils soient les acteurs principaux des décisions en lien avec les soins. Par exemple, dans les interventions sensorielles, il est question de sessions d'information sur la musicothérapie ou le massage thérapeutique organisées pour les proches de la personne soignée; de plus la personne soignée est libre de quitter une séance de thérapie à tout moment, la durée et le lieu d'une séance de thérapie dépendent de la personne soignée et de ses réactions (Holliday-Welsh et al., 2009; Ray et Mittelman, 2017; Ridder et al., 2013).

Finalement, pour ce qui est des **résultats escomptés** pour des soins centrés sur la personne, les interventions sensorielles recensées font état d'une bonne expérience de soins pour la personne soignée, notamment avec un sentiment de bien-être de cette dernière. Suite aux interventions de musicothérapie ou de massage thérapeutique, il est rapporté une réduction significative de la résistance aux soins et de plusieurs comportements réactifs (incluant la déambulation) ainsi qu'une amélioration de la qualité de vie des personnes soignées (Holliday-Welsh et al., 2009; Ray et Mittelman, 2017; Ridder et al., 2013). L'étude de Ridder et al. (2013)

note même une bonne expérience de soins pour le personnel soignant, avec un sentiment de satisfaction de ce dernier relativement à l'expérience de soins vécue et la réduction des prescriptions d'antipsychotiques pour les personnes soignées. La création d'une culture thérapeutique avec l'idée d'intégration des séances de musicothérapie ou de massage thérapeutique dans les plans de soins, est également mentionnée dans les interventions sensorielles trouvées (Holliday-Welsh et al., 2009; Ray et Mittelman, 2017; Ridder et al., 2013).

Les interventions récréatives

Les interventions récréatives ciblent des activités à caractère ludique, stimulantes et valorisantes pour la personne soignée, avec le potentiel d'avoir un effet sur le comportement de la personne soignée. Le programme thérapeutique d'exercices physiques structuré évalué dans l'étude de Traynor et al. (2018), ou encore le programme thérapeutique de marche supervisée évalué dans l'étude de MacAndrew et al. (2019) en sont des illustrations. On retrouve dans ces interventions proposées presque autant de composantes de la théorie de McCormack et McCance, que dans les interventions sensorielles présentées précédemment.

Les **prérequis** pour des soins infirmiers centrés sur la personne sont à une exception près les mêmes que dans les interventions sensorielles (compétences professionnelles et habiletés interpersonnelles). En effet, il est mentionné par exemple que l'infirmière est appelée à identifier préalablement à l'intervention, les besoins et les problèmes comportementaux de la personne soignée, évaluer sa condition de santé (aptitudes physiques et cognitives), et en tenir compte pour identifier les activités pertinentes à inclure dans le programme thérapeutique d'exercices physiques ou de marche (MacAndrew et al., 2019; Traynor et al., 2018). L'infirmière aura recours à ses habiletés pour la supervision de séances d'exercices physiques ou de marche avec des personnes atteintes de MA. Elle sera amenée à interagir avec la personne soignée lors des séances d'exercices physiques ou de marche, en mettant à profit ses compétences d'évaluation et en démontrant une écoute active, une communication efficace aussi bien verbale que non verbale (toucher, gestes, langage corporel, contact visuel, etc.). MacAndrew et al. (2019) ajoute un autre prérequis soit la capacité d'introspection (connaissance de soi),

qui permettrait par exemple à l'infirmière de se remettre en question et se réajuster continuellement pour améliorer les activités de soins (pratique réflexive).

Relativement à l'**environnement** pour des soins infirmiers centrés sur la personne, il est souligné dans les interventions la collaboration entre les membres de l'équipe de soins (physiothérapeutes, infirmières, infirmières auxiliaires, personnel récréatif) afin d'assurer une meilleure continuité des soins, par exemple en insérant harmonieusement les séances de marche ou d'exercice physique dans les plans de soin (MacAndrew et al., 2019; Traynor et al., 2018). Il est aussi mis en lumière l'importance d'un système décisionnel partagé, avec l'implication des parties prenantes (personne soignée, famille, personnel soignant) dans le processus décisionnel en lien avec les soins. Ce qui se traduit par la participation de ces derniers dans l'élaboration du plan de soins comme la décision d'insérer la marche ou l'exercice physique en tant qu'activités, ou encore de veiller à ce que le consentement de la personne soignée ou la famille soit éclairé en organisant des sessions d'information sur le programme thérapeutique d'exercice physique ou de marche (MacAndrew et al., 2019; Traynor et al., 2018). Il est également mentionné que des ajustements pourraient s'imposer au niveau de l'organisation ou de l'établissement, notamment de la composition des équipes de soin afin d'assurer une meilleure personnalisation des soins. Par exemple, Traynor et al. (2018) suggèrent une équipe de physiothérapeutes plutôt qu'un seul physiothérapeute pour assurer la continuité du programme thérapeutique structuré d'exercices physiques et mieux répondre aux besoins des personnes soignées. Dans ce même sens, MacAndrew et al. (2019) suggèrent du personnel additionnel qui serait consacré au programme thérapeutique de marche.

Pour ce qui est des **processus de soins** centrés sur la personne, le caractère holistique des soins est mis en valeur dans les interventions récréatives décrites dans les études examinées. En effet, au-delà de l'état physique de la personne soignée, les programmes thérapeutiques d'exercices physiques ou de marche visent également le bien-être psychologique, émotionnel, mental et physiologique de la personne âgée, d'où l'accent mis sur l'aspect récréatif et ludique des interventions. Une présence sympathique est aussi une caractéristique identifiée dans les

interventions récréatives. Par exemple l'accompagnement, les échanges, l'écoute active de la personne soignée au cours des séances d'exercices physiques ou de marche sont valorisés par les auteurs (MacAndrew et al., 2019; Traynor et al., 2018). La prise de décision partagée/consensuelle, comme caractéristique importante des processus de soins centrés sur la personne, est privilégiée dans le choix des interventions. Par exemple, des sessions d'information sur le programme thérapeutique d'exercices physiques ou de marche sont organisées pour les familles des personnes soignées afin d'assurer un consentement éclairé et faire d'eux des acteurs clés du programme (MacAndrew et al., 2019; Traynor et al., 2018). La participation de la personne soignée aux séances d'exercices physiques ou de marche est toujours laissée à sa volonté. Advenant qu'elle ne veuille pas participer, le soignant ne doit pas insister mais plutôt offrir l'activité plus tard. La planification, le choix des exercices, l'itinéraire, la durée et la réalisation des séances de marche ou d'exercices physiques tiennent compte de la disponibilité, de la disposition de la personne soignée et de son état de santé (MacAndrew et al., 2019; Traynor et al., 2018).

Quant aux **résultats escomptés** pour des soins centrés sur la personne, les interventions récréatives recensées font principalement état du sentiment de bien-être de la personne soignée, et par conséquent d'une bonne expérience de soins pour la personne soignée. Il est rapporté par exemple en lien avec les programmes d'exercices physiques ou de marche, une réduction significative de la déambulation en général (MacAndrew et al., 2019; Traynor et al., 2018), et de la déambulation nocturne en particulier (MacAndrew et al., 2019), de l'agitation (Traynor et al., 2018), et de la résistance aux soins (MacAndrew et al., 2019). Il est mentionné aussi une amélioration de la communication (MacAndrew et al., 2019) et de la qualité de vie des personnes soignées (MacAndrew et al., 2019; Traynor et al., 2018). Le sentiment de satisfaction du personnel soignant relativement à l'expérience de soins vécue est également souligné (MacAndrew et al., 2019), et se traduit aussi par une bonne expérience de soins. On parle par exemple du sentiment de gratification du personnel en regard des bienfaits induits par l'intervention proposée et de l'amélioration perceptible de la qualité de vie des personnes soignées (MacAndrew et al., 2019). La création d'une culture thérapeutique par l'intégration

des séances d'exercices physiques ou de marche au plan de soins est également un résultat escompté (MacAndrew et al., 2019; Traynor et al., 2018), ainsi que la sensibilisation aux effets positifs de l'activité physique au sein de l'organisation (MacAndrew et al., 2019).

Les interventions éducatives

La seule étude retrouvée dans la recension des écrits portant sur ce type d'intervention est celle de Chenoweth et al. (2009). L'intervention consiste à former et accompagner le personnel soignant pour leur permettre d'adopter une approche de soins centrés sur la personne et d'en tirer le maximum de profits. Une telle intervention met en lumière un certain nombre de composantes de la théorie de McCormack et McCance.

Les **prérequis** pour des soins infirmiers centrés sur la personne sont principalement ciblés par l'intervention elle-même. La formation et l'accompagnement du personnel soignant visent à les outiller et à développer leurs compétences professionnelles au regard de l'approche de soins centrés sur la personne ainsi que leurs habiletés interpersonnelles avec les personnes vivant avec la MA. Chenoweth et al. (2009) soulignent l'importance de l'engagement professionnel, des croyances et des valeurs du personnel soignant, prérequis également mentionné dans la théorie de McCormack et McCance. Par exemple, les principaux critères de sélection du personnel soignant mentionnés pour l'intervention sont la compétence, l'engouement et l'intérêt pour une telle intervention.

Comme le contenu de la formation est consacré aux soins infirmiers centrés sur la personne, le caractère holistique des soins est souligné et le personnel soignant est invité à l'adopter, ce qui est conséquent avec les **processus de soins** centrés sur la personne de McCormack et McCance (2021).

Le sentiment de bien-être de la personne soignée, une amélioration de sa condition de santé physique, psychologique ou émotionnelle, le sentiment de satisfaction du personnel soignant relativement à l'expérience de soins (sentiment de gratification) et la création d'une culture thérapeutique au sein de l'organisation dont la sensibilisation aux soins centrés sur la personne

sont les principaux **résultats escomptés** de l'intervention. Il s'en suit une bonne expérience de soins tant pour la personne soignée que pour le personnel soignant.

Les interventions comportementales

Une seule intervention comportementale a été trouvée dans la recension des écrits. Il s'agit d'une intervention basée sur l'utilisation d'une poupée thérapeutique (Yilmaz et Aşiret, 2020), soutenue par la théorie de l'attachement. Comme pour les autres interventions, plusieurs composantes de la théorie de McCormack et McCance (2021) ont été identifiées.

Les **prérequis** pour des soins infirmiers centrés sur la personne mis de l'avant dans ce type d'interventions sont les compétences professionnelles du personnel soignant et leurs habiletés interpersonnelles. Il y est mentionné par exemple que le personnel qui réalise l'intervention doit avoir des connaissances relatives à l'utilisation thérapeutique des poupées, incluant les caractéristiques des poupées utilisées (par ex. : la texture, le poids, les cheveux, les yeux), en plus d'habiletés interpersonnelles avec la personne âgée lorsque les poupées sont laissées à leur disposition. Les auteurs (Yilmaz et Aşiret, 2020) suggèrent d'ailleurs de superviser les interactions entre la poupée et la personne soignée et d'intervenir lorsqu'il est opportun. Des sessions d'information ou de formation sont indiquées pour le personnel impliqué.

En ce qui a trait à l'**environnement** pour des soins infirmiers centrés sur la personne, seule l'implication des parties prenantes dans le processus décisionnel en lien avec les soins est soulignée dans l'intervention. Par exemple, la personne soignée et ses proches sont des acteurs clé de la décision d'accepter ou non l'intervention, et l'interaction avec la poupée est considérée comme un indicateur pour le personnel soignant, à prendre en compte dans l'accompagnement thérapeutique de la personne.

Relativement au **processus de soins** centrés sur la personne, le caractère holistique des soins est mis en valeur dans l'intervention comportementale décrite dans l'étude de Yilmaz et Aşiret (2020). En effet, l'utilisation de la poupée à des fins thérapeutiques ne vise pas spécifiquement l'état physique de la personne soignée, mais davantage son bien-être psychologique, émotionnel, mental et physiologique, d'où l'accent mis sur l'attachement que la personne

soignée développe avec la poupée, qui contribuerait à son bien-être. La concrétisation d'une présence sympathique est aussi suggérée, notamment par une écoute active de la personne soignée et son accompagnement dans le processus d'appivoisement de la poupée. Il faut, par exemple, expliquer à la personne soignée que la poupée lui appartient, l'inviter à donner un nom à la poupée, la remplacer lorsqu'elle est endommagée. La prise de décision partagée/consensuelle est également une composante de l'intervention. Par exemple, c'est la personne soignée qui doit décider de prendre ou non la poupée, et advenant que la personne soignée ne veuille pas ou plus de la poupée, sa décision devra être respecté et le personnel soignant ne doit pas insister et pourra revenir plus tard.

Pour ce qui est des **résultats escomptés** pour des soins centrés sur la personne, l'intervention basée sur l'utilisation d'une poupée thérapeutique fait principalement état du sentiment de bien-être de la personne soignée, et donc une bonne expérience de soins pour la personne soignée. Il est rapporté par exemple une réduction significative de l'agitation et d'autres comportements réactifs incluant la déambulation.

Les interventions mixtes (comportementales, cognitives et environnementales)

Deux interventions mixtes qui combinent trois types d'interventions (comportementales, cognitives et environnementales) ont été identifiées dans la recension des écrits. La première est relative à l'utilisation de stratégies de contrôle (utilisation de barrières subjectives, dissuasives au niveau des portes du centre de soins) pour contrer la déambulation (Padilla et al., 2013). Quant à la seconde, elle concerne la création d'unités spéciales nommées unités cognitivo-comportementales (Caratozzolo et al.) pour la prise en soins de personnes vivant avec la MA et présentant des comportements réactifs (Delphin-Combe et al., 2013). Ces unités mettent de l'avant un entraînement cognitif (langage, mémoire, attention, psychomotricité) et une stimulation des capacités préservées des personnes soignées (par ex. : stimulation externe sensorielle). Encore ici, on y retrouve l'essentiel des composantes de la théorie de McCormack et McCance relevées dans l'intervention comportementale décrite dans l'étude de Yilmaz et Aşiret (2020), à quelques exceptions près.

Relativement aux **prérequis** pour des soins infirmiers centrés sur la personne, on retrouve les mêmes caractéristiques que celles identifiées dans l'intervention comportementale de Yilmaz et Asiret (2020), à savoir les compétences professionnelles du personnel soignant et leurs habiletés interpersonnelles. En effet pour ces interventions, il est mentionné par exemple, le besoin de spécialistes pour encadrer certains ateliers (psychologue, psychomotricienne, ergothérapeute), et d'habiletés pour animer des ateliers (atelier de stimulation sensorielle, atelier journal, atelier esthétique, atelier créatif) (Delphin-Combe, 2013). Pour chacun de ces ateliers, des habiletés relationnelles sont requises afin d'interagir adéquatement avec la personne soignée.

Concernant l'**environnement** pour des soins infirmiers centrés sur la personne, on y traite des ajustements requis au niveau de l'environnement physique. Dans l'étude de Delphin-Combe et al. (2013) il est abordé, par exemple, la création d'une UCC dans le centre de soins avec des espaces et du matériel appropriés pour les différents ateliers, et dans la seconde étude (Padilla et al., 2013), il est question d'installer des bandes dissuasives devant la porte de sortie et sur les portes vitrées du centre. La collaboration entre les membres des équipes de soins est également mentionnée pour assurer une bonne coordination des soins et des différents ateliers. Il est également possible de déduire la nécessité d'adapter le système organisationnel notamment par des ajustements au niveau des équipes de soins (équipes multidisciplinaires par exemple) et le besoin de ressources qualifiées en nombre suffisant.

Au niveau des **processus de soins** centrés sur la personne, le caractère holistique des soins est mis en exergue. En effet, les interventions environnementales et cognitivo-comportementales ne visent pas spécifiquement l'état physique de la personne soignée, mais aussi son bien-être psychologique grâce à un entraînement cognitif.

Pour ce qui est des **résultats escomptés** pour des soins centrés sur la personne, les deux interventions combinées comportementales, cognitives et environnementales identifiées dans la recension des écrits, font essentiellement état du sentiment de bien-être de la personne soignée, suite aux interventions, traduisant une bonne expérience de soins pour la personne soignée. Padilla et al. (2013) rapportent une réduction significative de la fréquence des

comportements de déambulation et Delphin-Combe et al. (2013) rapportent une réduction significative de plusieurs comportements réactifs (idées délirantes, agitation, dépression, anxiété, irritabilité, déambulation).

Les interventions mixtes (environnementales et sensorielles)

La catégorie d'interventions mixtes combinant interventions environnementales et sensorielles est la plus représentée des interventions mixtes identifiées dans la recension des écrits (quatre des six interventions mixtes recensées). Dans ces interventions, les stimulations sensorielles de la personne soignée sont couplées avec des ajustements au niveau de l'environnement physique de soins. C'est le cas avec l'intervention multisensorielle Snoezelen rapportée dans l'étude de Bauer et al. (2015); l'intervention d'éclairage sur mesure (luminothérapie) rapportée dans l'étude de Figueiro et al. (2014); les ajustements environnementaux suggérés par (Algase et al., 2010); ou encore l'intervention basée sur des ajustements environnementaux visant à marquer le jour et la nuit, rapportée dans l'étude de Bautrant et al. (2019).

Dans ces interventions, on pourrait s'attendre à retrouver toutes les composantes de la théorie de McCormack et McCance (2021) identifiées dans les interventions sensorielles comme celles examinées précédemment, étant donné que ce sont des combinaisons d'interventions incluant une intervention sensorielle, mais ce n'est pas toujours le cas. Par exemple, au niveau des **prérequis** pour des soins infirmiers centrés sur la personne, les habiletés interpersonnelles du personnel soignant ne semblent pas mises de l'avant dans certaines de ces interventions (Algase et al., 2010; Bautrant et al., 2019). Il en est de même du besoin de présence sympathique au niveau des processus de soins infirmiers centrés sur la personne, qui n'est pas mis en lumière dans les interventions mixtes environnementales et sensorielles identifiées (Algase et al., 2010; Bauer et al., 2015; Bautrant et al., 2019; Figueiro et al., 2014).

L'accent semble mis principalement sur les ajustements au niveau de l'**environnement** physique des soins. Certains ajustements sont consacrés à l'éclairage sur mesure de la pièce occupée par la personne soignée (éclairage avec une source de lumière blanche à température

de couleur corrélée (CCT) élevée, plus apaisante) en vue d'améliorer la qualité, l'efficacité et le temps de sommeil (Figueiro et al., 2014). D'autres ajustements consistent en l'aménagement au sein de la résidence d'une salle Snoezelen dans laquelle la personne soignée peut passer des moments apaisants grâce à une stimulation contrôlée de ses sens (vue, odorat ou ouïe par exemple) (Bauer et al., 2015). Bautrant et al. (2019) quant à eux évoquent l'aménagement des dalles de plafond en forme de lucarne (sortes de puits de lumière) dans une partie des locaux communs du centre de soins (les corridors par exemple), la diminution progressive de l'éclairage la nuit avec une musique apaisante en continue (streaming), le renforcement de l'éclairage pendant la journée, la peinture des murs en beige clair (couleur chaude et moins agressive), le surdimensionnement des horloges dans les couloirs et le choix de la couleur des vêtements des équipes de soin (bleu foncé pour les équipes de nuit et bleu ciel pour les équipes de jour). L'étude d'Algase et al. (2010) fait état de possibles ajustements du niveau sonore ambiant, de la luminosité ou de la température ambiante, ou encore du niveau d'humidité ambiant dans les centres de soins en général.

Il est rapporté dans les études identifiées que ces ajustements au niveau de l'environnement physique des soins contribuent à améliorer le bien-être de la personne soignée, ce qui traduit une bonne expérience de soin pour la personne soignée, le **résultat escompté** pour des soins centrés sur la personne. On note par exemple une meilleure qualité du sommeil, moins de fatigue, moins de déambulation, une meilleure socialisation, une meilleure qualité de vie (Bautrant et al., 2019; Figueiro et al., 2014). Hormis les composantes de la théorie de McCormack et McCance (2021) mentionnées plus haut, toutes les autres composantes retrouvées dans les interventions sensorielles se retrouvent aussi dans les interventions mixtes (environnementales et sensorielles). Le tableau 4 fournit un aperçu des composantes de la théorie de McCormack et McCance (2021) identifiées pour chacune des interventions recensées.

Interventions			Composantes des soins centrés sur la personne																
Référence	Nom	Catégorie S : sensorielle R : récréative C : comportementale E : éducative M : mixte	Prérequis					Environnement				Processus de soins				Résultats escomptés			
			Compétences professionnelles	Habiletés interpersonnelles	Engagement professionnel	Croyances et valeurs	Connaissances de soi	Environnement physique	Systèmes décisionnels partagés	Collaboration interpersonnelle	Système organisationnel	Potentiel d' innovation	Soins holistiques	Décision partagée	Présence sympathique	Croyances et valeurs de la personne	Engagement	Bonne exp. de soins pers. soignée	Bonne exp. de soins pers. soignant
Holliday-Welsh et al. (2009)	Massage thérapeutique par effleurage	S	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	
Ray et Mittelman (2017)	Musicothérapie	S	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	
Ridder et al. (2013)	Musicothérapie	S	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>					<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Traynor et al. (2018)	Programme thérapeutique d'exercices physiques	R	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>					<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	

Interventions			Composantes des soins centrés sur la personne																
Référence	Nom	Catégorie S : sensorielle R : récréative C : comportementale E : éducative M : mixte	Prérequis					Environnement					Processus de soins				Résultats escomptés		
			Compétences professionnelles	Habiletés interpersonnelles	Engagement professionnel	Croyances et valeurs	Connaissances de soi	Environnement physique	Systèmes décisionnels partagés	Collaboration interpersonnelle	Système organisationnel	Potentiel d' innovation	Soins holistiques	Décision partagée	Présence sympathique	Croyances et valeurs de la personne	Engagement	Bonne exp. de soins pers. soignée	Bonne exp. de soins pers. soignant
MacAndrew et al. (2019)	Programme thérapeutique de marche	R	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Yilmaz, et Aşiret, (2020)	Poupée thérapeutique	C	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				<input checked="" type="checkbox"/>					<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	
Chenoweth et al. (2009)	Formation pour soins aux personnes âgées atteintes de MA	E	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>							<input checked="" type="checkbox"/>					<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Figueiro et al. (2014)	Luminothérapie	M	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				<input checked="" type="checkbox"/>	
Algase et al. (2010)	Ajustements environnementaux	M	<input checked="" type="checkbox"/>				<input checked="" type="checkbox"/>						<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				<input checked="" type="checkbox"/>	

Interventions			Composantes des soins centrés sur la personne																
Référence	Nom	Catégorie S : sensorielle R : récréative C : comportementale E : éducative M : mixte	Prérequis					Environnement					Processus de soins				Résultats escomptés		
			Compétences professionnelles	Habiletés interpersonnelles	Engagement professionnel	Croyances et valeurs	Connaissances de soi	Environnement physique	Systèmes décisionnels partagés	Collaboration interpersonnelle	Système organisationnel	Potentiel d' innovation	Soins holistiques	Décision partagée	Présence sympathique	Croyances et valeurs de la personne	Engagement	Bonne exp. de soins pers. soignée	Bonne exp. de soins pers. soignant
Bautrant et al. (2019)	Ajustements environnementaux	M	<input checked="" type="checkbox"/>					<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				<input checked="" type="checkbox"/>	
Bauer, et al. (2015)	Snoezelen	M	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				<input checked="" type="checkbox"/>	
Padilla et al. (2013)	Stratégies dissuasives pour contrer l'errance	M	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>					<input checked="" type="checkbox"/>	
Delphin-Combe et al. (2013)	Unité cognitivo-comportementale	M	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>					<input checked="" type="checkbox"/>	

Tableau 4. – Grille d'analyse des interventions en fonction des composantes de la théorie de McCormack et McCance (2021)

Suite à cette analyse, il apparaît que de toutes les interventions identifiées dans la recension des écrits, les interventions récréatives et sensorielles sont celles où il a été possible de retrouver le plus grand nombre de composantes des soins centrés sur la personne selon la théorie de McCormack et McCance (2021). En effet, pour ces interventions, il a été possible d'identifier, à travers les descriptions faites dans les études recensées, un bon nombre de composantes des soins centrés sur la personne tels que suggérés par la théorie de McCormack et McCance (2021). Sur les cinq composantes du groupe dédié aux prérequis pour des soins infirmiers centrés sur la personne soient les compétences professionnelles, les habiletés à interagir avec les autres, l'engagement professionnel, les croyances et valeurs, la connaissance de soi, deux ont pu être identifiés soient la compétence professionnelle et les habiletés à interagir avec les autres. Quant aux cinq composantes du groupe consacré à un environnement pour des soins centrés sur la personne soient l'environnement physique, les systèmes décisionnels partagés, la collaboration interpersonnelle efficace, les systèmes organisationnels favorables, le potentiel d'innovation, trois ont pu être identifiées (systèmes décisionnels partagés, collaboration interpersonnelle efficace, systèmes organisationnels favorables); sur les cinq composantes du groupe en lien avec des processus de soins centrés sur la personne soient les soins infirmiers holistiques, la décision partagée, la présence sympathique, les croyances et valeurs de la personne, l'engagement), trois ont pu être identifiées (soins infirmiers holistiques, décision partagée, présence sympathique); finalement la totalité des principaux résultats escomptés pour des soins centrés sur la personne ont été identifiés, soient une bonne expérience de soins à la fois pour les personnes soignées et le personnel soignant. Par contre, les interventions pour lesquelles il a été retrouvé dans les descriptions le moins de composantes de la théorie de McCormack et McCance (2021), sont les interventions mixtes (comportementale, cognitive et environnementale), soit : deux des cinq prérequis pour des soins infirmiers centrés sur la personne (compétence professionnelle et habiletés à interagir avec les autres), trois des cinq composantes en lien avec un environnement pour des soins centrés sur la personne (environnement physique de soins, collaboration interpersonnelle efficace, systèmes organisationnels favorables), une seule des cinq composantes en lien avec des processus de soins centrés sur la personne (soins infirmiers holistiques) et un des

résultats escomptés pour des soins centrés sur la personne (une bonne expérience de soins pour les personnes soignées).

Selon le tableau 4, il ressort que chacune des interventions révèle au moins une composante de la théorie des soins infirmiers centrés sur la personne de McCormack et McCance (2021). On retrouve ainsi dans toutes les interventions, l'une des composantes phares des soins centrés sur la personne, les « soins holistiques ». Bien plus, chacun des quatre groupes de composantes des soins infirmiers centrés sur la personne tels que proposés par McCormack et McCance (« domaines » des soins infirmiers centrés sur la personne), est représenté dans chacune des interventions identifiées, qu'il s'agisse des composantes en lien avec les prérequis pour des soins infirmiers centrés sur la personne, des composantes en lien avec l'environnement pour des soins infirmiers centrés sur la personne, des composantes en lien avec les processus de soins centrés sur la personne ou encore des composantes en lien avec les résultats escomptés pour des soins centrés sur la personne. Cependant certaines composantes de la théorie de McCormack et McCance (2021) n'ont été retrouvées dans aucune intervention identifiée. Ce sont la composante associée au potentiel d'innovation et prise de risques, la composante associée à la prise en compte des croyances et valeurs de la personne soignée, et la composante associée à un engagement authentique.

À la lumière de tout ce qui précède, nous formulons dans la section suivante quelques propositions pour aider les infirmières lors du choix ou de l'opérationnalisation d'une intervention non pharmacologique personnalisée (selon une approche centrée sur la personne), pour offrir des soins aux personnes âgées atteintes de la MA et faisant de la déambulation, dans un contexte de CHSLD.

Propositions

En nous appuyant sur les informations issues de l'analyse des interventions et synthétisées au Tableau 4, ainsi que des informations tirées des revues systématiques recensées, les propositions suivantes sont émises à l'intention des infirmières œuvrant en CHSLD et qui ont sous leur responsabilité des personnes vivant avec la MA et faisant de la déambulation.

Préalablement au choix d'une intervention non pharmacologique visant à gérer la déambulation dans un contexte de CHSLD, pour les personnes âgées vivant avec la MA, suivant une approche des soins centrés sur la personne, l'infirmière devrait :

1. Être sensibilisée et formée aux soins centrés sur la personne présentant un comportement de déambulation en CHSLD

Livingston et al. (2014), dans leur revue systématique soulignent la contribution de la sensibilisation et de la formation aux soins centrés sur la personne dans l'amélioration des soins, recommandent un guide de formation pour le personnel de soins. Ainsi, avant de choisir une intervention non pharmacologique visant à réduire un comportement de déambulation, l'infirmière œuvrant en CHSLD devrait être préalablement sensibilisée et formée à une approche de soins centrés sur la personne. Cette formation ou intervention éducative serait dispensée par un formateur expérimenté (par ex., conseillère en soins spécialisés) non seulement à l'approche de soins infirmiers centrés sur la personne mais également au comportement de déambulation. Ainsi, le formateur pourrait faciliter l'intégration concrète, par les apprenants, des composantes de l'approche de soins centrés sur la personne aux choix des interventions non pharmacologique face au comportement de déambulation. Cette formation devrait s'adresser à tout le personnel soignant (infirmières, infirmières auxiliaires, préposées, etc.). Comme il a été constaté dans l'analyse des interventions, une telle intervention éducative permettrait de rencontrer les prérequis pour des soins infirmiers centrés sur la personne mentionnés dans la théorie de McCormack et McCance (2021), et développer les compétences en matière de soins centrés sur la personne qui manifeste un comportement de déambulation.

2. Identifier parmi les « domaines » de soins centrés sur la personne proposés par McCormack et McCance (2021) (prérequis, environnement, processus de soins, résultats escomptés) ceux à prioriser en fonction du contexte de soins

La priorisation des « domaines » devrait prendre en considération le contexte organisationnel dont le nombre personnes soignées et leurs besoins, les problématiques entourant la déambulation ainsi que les politiques organisationnelles (par ex. les politiques visant la promotion d'une approche de soins globale, personnalisée, adaptée et participative) de même que les

ressources humaines, matérielles ou financières disponibles. Une telle priorisation est nécessaire pour orienter le choix des interventions non pharmacologiques à mettre sur pied (environnementale, éducative, sensorielle, mixte) ainsi qu'établir un plan concret et systématique pour la réduction des comportements de déambulation dans le respect d'une approche de soins centrés sur la personne. Selon Hermer et al. (2018), le contexte organisationnel peut influencer positivement ou négativement l'adoption des soins centrés sur la personne dans une organisation. En tenir compte aidera l'infirmière à déterminer l'intervention adéquate pour et avec le résidant et sa famille, tout en prenant en considération les ressources mises à disposition.

La considération, le choix et la mise à l'essai d'une ou de plusieurs interventions non pharmacologiques visant à gérer la déambulation de personnes âgées vivant avec la MA en contexte de CHSLD et s'appuyant sur une approche de soins centrés sur la personne devrait :

3. Se fonder sur une évaluation de sa condition de santé et une connaissance de l'histoire de vie de la personne âgée (comprenant ses croyances et ses valeurs)

L'évaluation de la condition de santé des personnes soignées (par ex. l'évaluation de leur degré d'autonomie ou encore leur degré d'atteinte cognitive (évaluation de la condition de santé physique et mentale)) devrait guider le choix d'une ou de plusieurs interventions non pharmacologiques pour contrer la déambulation en CHSLD (Moore et al., 2009). Il est également impératif de tenir compte de l'histoire de vie, des croyances et valeurs de la personne soignée telle que soutenue par la théorie de McCormack et McCance (2021). En effet, ne pas tenir compte des croyances et valeurs de la personne soignée présentant un comportement de déambulation et de son histoire de vie pourrait altérer son adhésion aux soins et entraîner une mauvaise expérience de soins (par ex. le massage thérapeutique pourrait ne pas convenir à une personne ayant vécu certains traumatismes antérieurs). L'intervention choisie par l'infirmière pour limiter le comportement de déambulation serait donc celle qui, entre autres, améliorerait la condition de santé de la personne soignée, en misant sur ses capacités, et qui, en même temps, prendrait en compte le vécu de la personne.

4. Répondre aux besoins de la personne âgée soignée présentant un comportement de déambulation

Le choix d'une intervention devrait préalablement se faire pour chacune des personnes présentant un comportement de déambulation et pourrait par la suite, regrouper des personnes pour lesquelles la même intervention a été choisie. En effet, la personnalisation des soins est une caractéristique importante des soins centrés sur la personne (OIIQ, 2018). Pour certaines personnes, une intervention sensorielle serait plus indiquée qu'une intervention récréative par exemple du fait de leur condition physique, psychologique ou encore de l'état d'avancement de la MA. Il est à noter que l'évaluation infirmière est nécessaire pour déterminer l'évolution de la condition physique et mentale de la personne vivant avec la MA et identifier ses besoins dont les besoins compromis qui pourraient être la source de la déambulation (soulagement d'une douleur, besoin d'être en relation, besoin récréatif, etc.). Ainsi, le choix d'une intervention ne doit pas se limiter à une seule intervention pour un ensemble de personnes ou pour tout un CHSLD.

5. Requérir la participation, la collaboration et l'adhésion de la personne présentant un comportement de déambulation, de ses personnes proches aidantes et du personnel soignant

La participation et la collaboration dans la prise de décision, notamment les décisions de soins dans un contexte de déambulation, sont nécessaires pour des soins centrés sur la personne, telle que soulignée dans les écrits recensés et la théorie de McCormack et McCance (2021). De plus, la participation, la collaboration et l'adhésion des personnes présentant un comportement de déambulation, de ses proches et du personnel soignant sont essentielles pour assurer une bonne expérience de soins telle que suggérée par la théorie de McCormack et McCance (2021). Ceci pourrait entre autres être assurée par une rencontre interdisciplinaire initiée par l'infirmière qui inclut la personne soignée (lorsque possible) et ses proches aidants. Le choix des interventions préconisées pour réduire le comportement de déambulation lors de la rencontre devraient être consignées au plan thérapeutique infirmier ainsi que dans les autres outils de soins (p. ex., plan de travail des préposés aux bénéficiaires). Ainsi, toutes les personnes impliquées dans les soins devraient avoir la bonne information relativement au comportement de déambulation et aux interventions à mettre de l'avant auprès de la personne soignée.

6. Soutenir la concrétisation d'une présence sympathique auprès des personnes âgées soignées présentant un comportement de déambulation

Une présence sympathique contribue à une bonne expérience de soins pour les personnes âgées vivant avec la MA et présentant un comportement de déambulation, principal résultat escompté pour des soins infirmiers centrés sur la personne et soulignée dans la théorie de McCormack et McCance (2021). Une présence sympathique se veut rassurante pour la personne soignée, permet d'établir un climat de confiance propice à une meilleure collaboration lors d'interventions non pharmacologiques visant à réduire le comportement de déambulation. Cela suppose néanmoins que l'infirmière doit consacrer du temps à chacune des personnes soignées et agir comme modèle de rôle auprès de l'équipe soignante.

7. Permettre d'explorer un éventail d'interventions dont les interventions récréatives et les interventions sensorielles

Selon les écrits, les interventions récréatives et les interventions sensorielles comme la musicothérapie s'avérait efficaces pour contrer la déambulation en plus de présenter un potentiel de transférabilité en CHSLD. Leurs côtés ludiques en font des interventions réalistes et faisables pour une implantation en CHSLD, étant donné que ces milieux sont généralement dotés d'une équipe de loisirs responsable de l'organisation d'activités ludiques pour les personnes soignées. De plus, un grand nombre de composantes de la théorie de McCormack et McCance (2021) ont été identifiées dans ces interventions. Abraha et al. (2017) dans leur revue systématique relèvent que les interventions sensorielles comme la musicothérapie sont parmi les plus prometteuses. Finalement, les interventions récréatives structurées, encadrées, organisées et sécuritaires, comme l'activité physique, semblent aussi fort prometteuses pour limiter les comportements de déambulation.

8. Être réalisés dans le cadre de projets interprofessionnels et soutenus par l'organisation

Une approche projet, avec des objectifs clairs, réalistes, quantifiables et une planification précisant clairement les différents jalons, permettrait de structurer le choix par l'infirmière, la mise en œuvre et l'évaluation des interventions (Hermer et al., 2018), en plus de soutenir la collaboration interprofessionnelle (parties prenantes du projet) telle que mentionnée dans la théorie de McCormack et McCance (2021). L'infirmière devrait bénéficier du soutien et de l'appui de l'organisation pour la mise en œuvre des interventions et ainsi s'assurer qu'elle dispose, par

exemple des ressources nécessaires pour réduire les comportements de déambulation selon les meilleures pratiques de soins actuellement connues.

Discussion

Ce travail dirigé avait pour but la réalisation d'une revue intégrative des écrits avec trois objectifs : (Comas-Herrera et al.) identifier les interventions non pharmacologiques visant à gérer la déambulation dans un contexte de CHSLD, pour les personnes âgées atteintes de la MA, (2) dégager à la lumière de la théorie pour des soins infirmiers centrés sur la personne de McCormack et McCance (2021), les interventions qui prennent en considération ou s'appuient sur des soins infirmiers centrés sur la personne, (3) et finalement formuler des propositions à l'intention des infirmières afin de les aider dans le choix et la mise en œuvre d'interventions personnalisées destinées aux personnes âgées vivant avec la MA et faisant de la déambulation.

Les deux sections suivantes sont consacrées tour à tour à l'évaluation des objectifs du travail, puis l'évaluation des objectifs d'apprentissage. Les contributions de ce travail dirigé sont ensuite soulignées. Les forces et les limites du travail sont également identifiées. Enfin, des recommandations pour la pratique clinique, la formation, la gestion et la recherche sont proposées.

Évaluation des objectifs de travail

Relativement au premier objectif qui était l'identification des interventions non pharmacologiques visant à gérer la déambulation dans un contexte de CHSLD pour les personnes âgées vivant avec la MA, une recension des écrits a été réalisée dans les bases de données bibliographiques CINAHL et PubMed, et le moteur de recherche Google Scholar a aussi été mis à contribution. L'analyse des 18 écrits retenus a permis d'identifier différentes interventions non pharmacologiques permettant de gérer la déambulation chez les personnes vivant avec la MA en CHSLD : interventions sensorielles, récréatives, comportementales, éducatives et mixtes (sensorielles et environnementales, cognitives et comportementales et environnementales). Même si des évaluations supplémentaires et des études à plus large échelle semblent requises, ces interventions semblent très prometteuses pour gérer la déambulation auprès de ces personnes.

Le second objectif de ce travail était de dégager à la lumière de la théorie pour des soins infirmiers centrés sur la personne de McCormack et McCance (2021), les composantes de la théorie qui sont pris en compte dans chacune des interventions identifiées (composantes en lien avec les prérequis pour des soins infirmiers centrés sur la personne, composantes en lien avec un environnement de soins centrés sur la personne, composantes en lien avec des processus de soins centrés sur la personne, composantes en lien avec les résultats escomptés pour des soins centrés sur la personne). L'analyse des descriptions des interventions retrouvées dans les écrits recensés a permis de constater que plusieurs composantes des soins centrés sur la personne identifiées dans la théorie intermédiaire de McCormack et McCance (2021) sont prises en compte dans les interventions (composante associée aux habiletés en interaction avec la personne soignée, composante associée à l'environnement physique de soins, composante associée composante associée aux soins holistiques, composante associée à une bonne expérience de soins). Les composantes suivantes n'ont cependant pas été retrouvées explicitement dans les interventions recensées : la composante associée au potentiel d'innovation et prise de risques, la composante associée à la prise en compte des croyances et valeurs de la personne soignée, et la composante associée à un engagement authentique. Néanmoins, dans chacune des interventions analysées, au moins une des composantes dans chacun des quatre domaines ou groupes de composantes de la théorie de McCormack et McCance (2021) a pu être mis en lumière. Finalement, il ressort que les interventions récréatives et sensorielles sont celles pour lesquelles il a été possible de retrouver le plus grand nombre de composantes des soins centrés sur la personne selon la théorie de McCormack et McCance (2021). De notre expérience sur le terrain, les interventions récréatives et les interventions sensorielles comme la musicothérapie pourraient être intégrées harmonieusement aux activités organisées par l'équipe de loisirs dans les CHSLD. D'où la proposition de ce type d'intervention, par exemple le programme thérapeutique d'exercices physiques (Traynor et al., 2018), pour gérer la déambulation dans un contexte de CHSLD, pour les personnes âgées vivant avec la MA.

Le dernier objectif de ce travail était de formuler des propositions à l'intention des infirmières afin de les aider dans le choix et la mise en œuvre d'interventions personnalisées pour offrir les soins aux personnes âgées vivant avec la MA et faisant de la déambulation, dans un contexte de

CHSLD. Huit propositions ont été formulées à la lumière des résultats de l'analyse des interventions identifiées et des revues systématiques retrouvées lors de la recension des écrits. Par exemple, en plus de la proposition portant sur les interventions récréatives et les interventions sensorielles, il a été suggéré de combiner toute intervention choisie avec une sensibilisation et de la formation aux soins centrés sur la personne. En effet la formation et la sensibilisation permettrait d'outiller le personnel soignant relativement aux soins infirmiers centrés sur la personne, de susciter leur adhésion aux soins infirmiers centrés sur la personne, d'intégrer progressivement les soins centrés sur la personne dans la culture organisationnelle.

Évaluation des objectifs d'apprentissage

Ce travail dirigé a été pour l'infirmière-étudiante l'occasion de développer ses habiletés en revue intégrative des écrits selon la méthode proposée par Whittemore et Knafelz (2005), avec la recherche documentaire, l'analyse critique et l'analyse de la qualité des études. Une revue intégrative des écrits a été menée de bout en bout. Un des défis rencontrés était en lien avec le développement de la stratégie de recherche et l'identification des descripteurs. L'aide de la bibliothécaire s'est avérée indispensable pour s'assurer de capter les écrits dans le domaine. Ce travail a également permis d'en apprendre davantage sur la gestion de la déambulation dans un contexte de CHSLD, pour les personnes âgées vivant avec la MA, notamment l'utilisation des interventions non pharmacologiques. Les soins centrés sur la personne sont maintenant mieux intégrés à la pratique clinique de l'infirmière étudiante grâce à la connaissance approfondie du modèle théorique de McCormack et McCance (2021), ce qui aura certainement un impact sur son travail en CHSLD. Pour l'analyse des interventions, l'infirmière-étudiante a dû lire et relire à plusieurs reprises les écrits décrivant les interventions recensées pour pouvoir y identifier les composantes de la théorie de McCormack et McCance (2021). Son expérience en tant qu'infirmière en CHSLD a été solidement mise à contribution pour établir faire les liens entre la pratique et la théorie.

Contribution à l'avancement des connaissances

La dernière version de la théorie de (McCormack et McCance, 2021), une des plus récentes théories pour des soins infirmiers centrés sur la personne, a été choisie en raison de ses

composantes qui prennent en considération les multiples dimensions requises pour une approche de soins centrés sur la personne (personne soignée, proches aidants, soignants, environnement), tout en étant simple. En effet, la représentation schématique expose les éléments essentiels de la théorie pour des soins infirmiers centrés sur la personne et les liens entre eux en facilite la compréhension et l'appropriation. Dans ce travail dirigé, l'utilisation de ce cadre théorique apporte un éclairage nouveau sur les interventions non pharmacologiques proposées dans les écrits pour la prise en soin des personnes ayant la MA et faisant de la déambulation. Elle a servi de guide pour identifier clairement, pour chacune des interventions recensées, les caractéristiques des soins centrés sur la personne. Cette démarche peut aussi bien aider aux choix des interventions, que contribuer à l'amélioration de leur mise-en-œuvre, selon une approche de soins centrés sur la personne. Le rôle de l'infirmière s'avère essentiel pour assurer que les interventions choisies et mises en œuvre rencontrent les besoins de la personne âgée, et que les différentes équipes en comprennent le bien fondé.

Les interventions non pharmacologiques recensées sont quant à elles reconnues comme étant potentiellement les meilleures pratiques de soins auprès des personnes vivant avec la MA et présentant des comportements réactifs (Abraha et al., 2017; Bautrant et al., 2019; Leblanc, 2020; Traynor et al., 2018; Yilmaz et Aşiret, 2020). Elles revêtent une importance majeure auprès des personnes âgées vivant avec la MA et faisant de la déambulation dans un contexte de CHSLD. Rappelons que les revues systématiques retrouvées dans cette revue intégrative sont toutes consacrées aux comportements réactifs en général (agitation, déambulation, anxiété), et ne sont pas spécifiques au comportement de déambulation. Pour pallier à cette situation, ce travail s'est concentré plus spécifiquement sur le comportement de déambulation que peuvent manifester des personnes âgées vivant avec la MA en CHSLD. Une des premières contributions de ce travail est d'avoir dressé le portrait actuel des interventions non pharmacologiques visant à gérer spécifiquement la déambulation dans un contexte de CHSLD, tout en identifiant les résultats obtenus pour chacune de ces interventions sur les personnes âgées vivant avec la MA, leurs proches ainsi que le personnel soignant. Les résultats de ce travail dirigé prennent davantage de signification sachant que la déambulation est reconnue comme une source importante d'angoisse et d'inquiétude pour les proches de même que pour les soignants (Martin, Biessy-Dalbe et

Albaret, 2015; Neubauer et al., 2018; Strubel et Corti, 2008). Le portrait des interventions non pharmacologiques dressé dans ce travail est important pour les infirmières œuvrant en CHSLD afin qu'elles soient en mesure d'apprécier quelles sont les interventions efficaces, tant individuelle que de groupe. De plus, il permet de savoir comment recourir à ces interventions en présence de déambulation afin qu'elles soient appliquées en cohérence avec une approche de soins centrés sur la personne qui prend en considération la personne dans toute sa globalité, et non seulement selon une perspective de maladies ou d'incapacités. À cet égard, le cadre de référence de l'OIIQ (2018) relativement à l'exercice infirmier auprès des personnes hébergées en CHSLD et plusieurs écrits scientifiques (Alzheimer's Association, 2018; Fazio et al., 2018; McMillan et al., 2013; Poey et al., 2017) n'hésitent pas à recommander une approche de soins centrés sur la personne pour des interventions destinées aux personnes âgées en CHSLD. De plus, des interventions basées sur une telle philosophie des soins sont associées à de nombreux bienfaits en termes : d'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de la MA en centre d'hébergement (Terada et al., 2013); d'amélioration du sentiment de satisfaction professionnelle des infirmières (Brownie et Nancarrow, 2013); d'amélioration de la satisfaction des personnes relativement aux soins (Olsson et al., 2013); d'amélioration de la qualité de vie et de la qualité des soins en CHSLD (Alzheimer's Association, 2018; McMillan et al., 2013; Poey et al., 2017), de réduction de l'agitation chez les personnes en résidence et vivant avec la MA (Chenoweth et al., 2009).

L'analyse de ces interventions non pharmacologiques, à partir de la théorie pour des soins infirmiers centrés sur la personne de McCormack et McCance (2021), a permis de mettre en évidence plusieurs composantes des soins centrés sur la personne. Une grille (voir tableau 4) qui dresse l'état de chaque intervention relativement à la théorie pour des soins infirmiers centrés sur la personne de McCormack et McCance (2021), a été proposée et s'avère un outil de référence utile aux infirmières qui s'intéressent aux interventions basées sur la philosophie des soins centrés sur la personne pour cette clientèle. Quelques propositions ont ensuite été formulées pour les infirmières en vue de les aider lors du choix ou au moment de l'opérationnalisation d'une intervention non pharmacologique personnalisée (selon une approche centrée sur la personne), afin d'offrir des soins à ces personnes âgées vivant avec la MA et faisant de la déambulation

L'infirmière pourrait par exemple lors du choix de l'intervention, prendre en considération les éléments requis ou essentiels (par ex. soins holistiques, présence sympathique, etc.) pour une application selon une approche de soins centrés sur la personne. Les chercheurs qui développent et évaluent ces interventions pourraient mettre en évidence les composantes des soins centrés sur la personne afin de bien outiller les infirmières, les formatrices et les gestionnaires pour une application optimale de leurs interventions. Il apparaît que dans toutes les interventions non pharmacologiques identifiées, l'une des composantes phares des soins centrés sur la personne, les « soins holistiques », est présente. Ceci laisse présager que les prémices des soins centrés sur la personne sont déjà présentes dans les interventions non pharmacologiques visant à gérer la déambulation dans un contexte de CHSLD, pour les personnes âgées vivant avec la MA. Ceci semble s'expliquer par l'essence même de ces interventions, qui ne ciblent pas seulement la maladie, mais bien la personne dans sa globalité. Dans le cas particulier des interventions récréatives et sensorielles (massage thérapeutique, musicothérapie, programme thérapeutique d'exercice ou de marche), il a été relevé qu'elles sont celles où il a été possible de retrouver le plus grand nombre de composantes des soins centrés sur la personne selon la théorie de McCormack et McCance (2021). Ceci pourrait s'expliquer par le fait que ces interventions touchent un ensemble de besoins de la personne âgée tels que le besoin de se mouvoir, d'entrer en relation, de se sentir utiles et de se récréer. De plus, le caractère ludique des interventions, leur simplicité, et le fait que ces interventions requièrent l'adhésion de la personne soignée et doivent tenir compte de sa condition de santé, créent des conditions favorables pour une approche de soins centrés sur la personne.

Par contre, les interventions mixtes (comportementale, cognitive et environnementale) sont celles où les composantes de la théorie de McCormack et McCance (2021) sont moins retrouvées. Une possible explication pourrait se trouver dans la complexité de ces interventions qui combinent plusieurs activités et le fait que dans ces interventions une part importante de l'énergie est consacrée à l'environnement de soins, laissant moins de place aux autres aspects des soins centrés sur la personne (par ex. les processus de soins). Finalement, la composante de la théorie de McCormack et McCance (2021) associée au potentiel d'innovation et prise de risques, celle associée à la prise en compte des croyances et valeurs de la personne soignée et

celle associée à un engagement authentique, n'ont été retrouvées dans aucune intervention identifiée. Ce résultat pourrait s'expliquer par le fait que ces composantes relèvent davantage d'une philosophie de soins ou de valeurs organisationnelles ou professionnelles et sont peu investiguées dans les interventions comme étant des composantes qui influencent l'efficacité de ces interventions.

Une analyse par groupe de composantes ou « domaine » de la théorie de McCormack et McCance (2021) de la grille dressant l'état de chaque intervention relativement à la théorie pour des soins infirmiers centrés sur la personne de McCormack et McCance (2021) (voir tableau 4), permettrait d'identifier les types d'interventions à considérer selon le domaine de la théorie qu'on souhaite prioriser, du fait du contexte organisationnel (le nombre personnes soignées, leurs besoins et problèmes comportementaux, les politiques organisationnelles), ou encore des ressources humaines, matérielles ou financières disponibles. Les types d'interventions à prendre en considération pour des soins centrés sur la personne, seraient par exemple pour un domaine donné, ceux pour lesquelles a été retrouvé dans les descriptions le plus grand nombre de composantes de la théorie de McCormack et McCance (2021). Bien que le seul nombre de composantes ne soit pas suffisant pour déterminer l'efficacité ou non d'une intervention, ceci se veut un guide pour la pratique infirmière afin de révéler les composantes à prendre en considération pour optimiser la personnalisation des interventions choisies. La figure 3 illustre les types d'interventions recensés selon les domaines des soins infirmiers centrés sur la personne de la théorie de McCormack et McCance (2021). Il ressort que pour le domaine associé aux prérequis pour des soins infirmiers centrés sur la personne, les types d'interventions pour lesquelles le plus grand nombre de composantes de la théorie de McCormack et McCance (2021) a été retrouvé (quatre sur cinq), sont les interventions éducatives. Une seule composante en lien avec ce domaine n'a pas été retrouvée dans ces interventions, la connaissance de soi. Pour le domaine associé à l'environnement pour des soins infirmiers centrés sur la personne, les types d'interventions pour lesquelles le plus grand nombre de composantes de la théorie de McCormack et McCance (2021) a été retrouvé (quatre sur cinq), sont les interventions récréatives, sensorielles et mixtes. Pour le domaine associé aux processus de soins infirmiers centrés sur la personne, les types d'interventions pour lesquelles le plus grand nombre de

composantes de la théorie de McCormack et McCance (2021) a été retrouvé (trois sur cinq), sont les interventions récréatives, sensorielles et comportementales. Finalement pour le domaine associé aux résultats escomptés pour de soins infirmiers centrés sur la personne, les types d'interventions pour lesquelles le plus grand nombre de composantes de la théorie de McCormack et McCance (2021) a été retrouvé (deux sur deux), sont les interventions récréatives, sensorielles et éducatives.

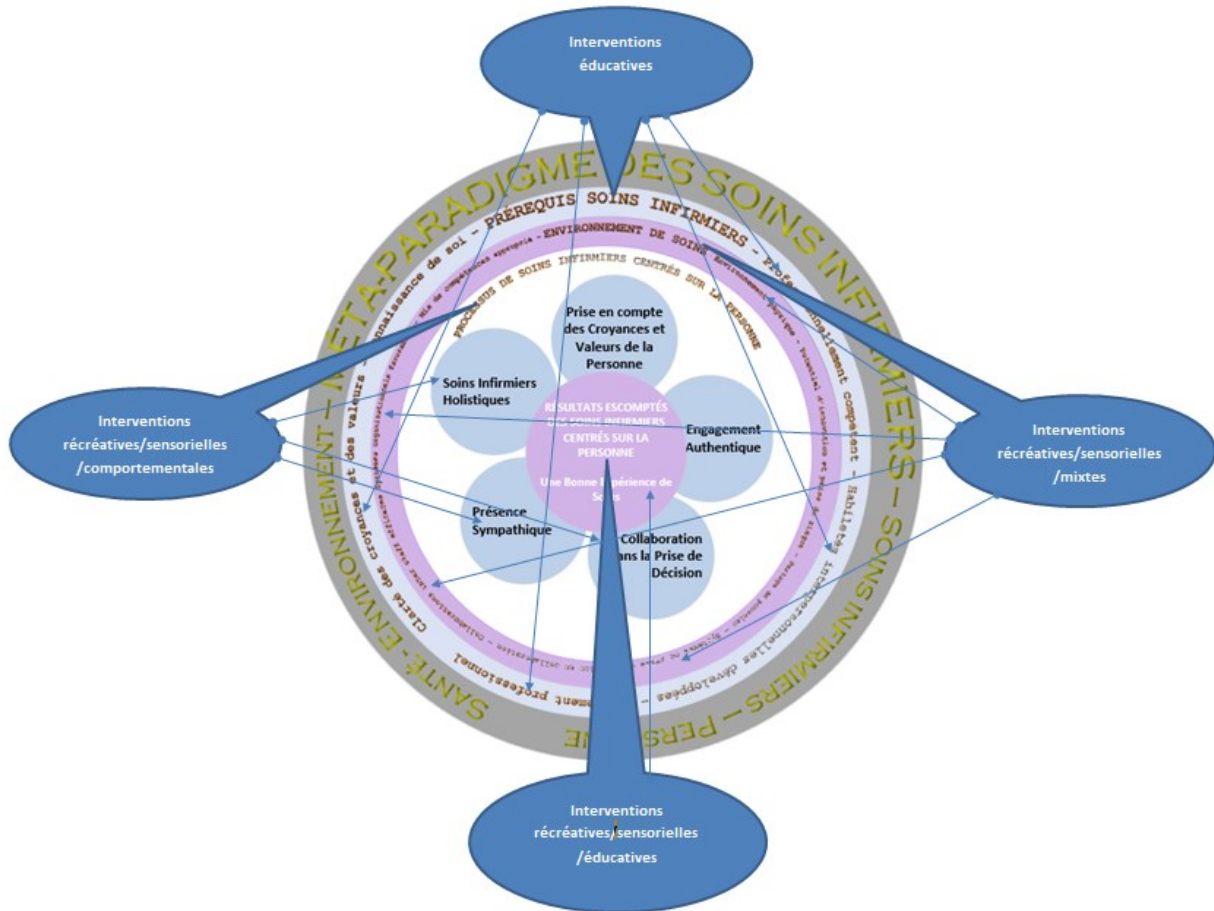


Figure 3. – Types d'interventions selon les domaines des soins infirmiers centrés sur la personne de la théorie de McCormack et McCance (2021)

Les interventions éducatives étant celles pour lesquelles le plus grand nombre de composantes de la théorie de McCormack et McCance (2021) ont été retrouvées pour le domaine des prérequis, il apparaît qu'elles seraient les plus indiquées pour s'assurer que les prérequis pour

des soins infirmiers centrés sur la personne sont rencontrés. En effet, elles mettent l'accent sur l'information, la formation du personnel infirmier, l'amélioration de leurs compétences professionnelles et leurs habiletés d'interaction avec la personne soignée.

Selon notre expérience en tant qu'infirmière clinicienne en CHSLD, les dispositifs électroniques tels que le bracelet anti-fugue, les tapis sonores et les détecteurs de mouvement, considérés comme des interventions environnementales, sont principalement utilisés pour limiter l'environnement de déambulation, éviter les risques liés à des égarements (par ex., à l'extérieur du CHSLD) ou encore prévenir les chutes. Ils ne sont donc pas utilisés pour empêcher la déambulation ou encore diminuer la fréquence du comportement de déambulation. Ces interventions pourraient cependant être considérées dans la panoplie d'interventions non pharmacologiques pouvant aussi réduire la fréquence ou la durée de la déambulation.

En somme, ce travail dirigé a contribué à l'avancement des connaissances en sciences infirmières en recensant les interventions non pharmacologiques qui visent à limiter les conséquences négatives de la déambulation pour la personne vivant avec la MA dans un contexte de CHSLD. De plus, l'analyse de ces interventions selon une approche de soins centrés sur la personne a permis de révéler dans ces interventions, les composantes qui permettent une personnalisation de celles-ci auprès des personnes soignées afin d'en augmenter le potentiel d'efficacité: la bonne intervention pour le bon patient, au bon moment. Par ailleurs, ce travail permet aussi d'enrichir l'application de la théorie intermédiaire pour des soins infirmiers centrés sur la personne proposée par McCormack et McCance (2021) dont une traduction libre en langue française du modèle a aussi été réalisée (voir figure 1). Pour la pratique infirmière, une série de propositions ont été émises à l'intention des infirmières œuvrant en CHSLD et qui ont sous leur responsabilité des personnes vivant avec la MA et faisant de la déambulation.

Forces et limites du travail dirigé

L'une des principales forces de ce travail réside dans la rigueur avec laquelle la revue des écrits a été menée. D'une part, la revue intégrative s'est appuyée sur la méthode par étape de Whitemore et Knafel (2005). La bonne qualité méthodologique des études recensées ajoute à la crédibilité des résultats présentés dans cette revue des écrits de même que le processus itératif

de recherche documentaire. D'autre part, la théorie de McCormack et McCance (2021) a permis une analyse rigoureuse des interventions. Quelques études soulignent que les interventions non pharmacologiques visant à gérer la déambulation dans un contexte de CHSLD, pour les personnes âgées vivant avec la MA, sont encore considérées insuffisamment évaluées et éprouvées pour pouvoir tirer des conclusions solides sur leur efficacité et leur transférabilité clinique (Abraha et al., 2017; Livingston et al., 2014; Neubauer et al., 2018; Padilla, 2011). Cependant, ces interventions sont tout de même reconnues comme étant celles à privilégier pour des soins auprès des personnes présentant des comportements réactifs tels la déambulation (Abraha et al., 2017; Livingston et al., 2014; Ministère de la santé et des services sociaux, 2014; Rey et al., 2016; Yilmaz et Aşiret, 2020). Par ailleurs, les attentes des soignants devraient être modulées en contexte de la MA : l'objectif ne devrait donc pas être d'éliminer le comportement, mais plutôt de veiller à répondre au besoin sous-jacent sa manifestation ou encore de réduire l'intensité, la fréquence ou la durée du comportement.

Un des défis lors de l'analyse des données a résidé dans le fait que les composantes de la théorie de McCormack et McCance (2021) ne sont pas toujours explicitement présentes dans la description des interventions identifiées. Il a donc été parfois difficile de retrouver les éléments s'apparentant aux composantes de la théorie. En effet, tel que corroboré par Abraha et al. (2017), très souvent les études n'explicitent pas suffisamment les interventions ou leurs conditions, ce qui limite la possibilité de dégager certaines composantes identifiées dans la théorie de McCormack et McCance. Cependant, on peut retrouver dans la description des interventions certains aspects des composantes, ce qui permet d'inférer sur la présence desdites composantes. Par exemple, le caractère holistique des soins (composante du processus de soins) n'est pas toujours explicitement précisé dans la description des interventions (Bautrant et al., 2019; Ridder et al., 2013). Par contre, on retrouve très souvent dans la description des interventions, un aspect ou une caractéristique qui renvoie à des soins holistiques. Par exemple, le fait de mentionner que les soins visent non seulement le bien-être physique mais également le bien-être psychologique, émotionnel ou social de la personne soignée. Ainsi, l'identification des composantes de la théorie de McCormack et McCance (2021) dans chaque intervention a été effectuée grâce à un examen minutieux et une analyse détaillée de la description de l'intervention. Ainsi, nous reconnaissons

que le niveau de détails de la description d'une intervention a pu faciliter ou non l'identification des composantes de la théorie. Plus la description d'une intervention est détaillée, plus il est possible d'identifier justement les composantes de la théorie. Une autre limite du travail réside dans le nombre de bases de données scientifiques utilisées pour la recension des écrits. Par souci de faisabilité dans le contexte d'études au deuxième cycle, seules les bases de données bibliographiques scientifiques CINAHL et PubMed ainsi que le moteur de recherche Google Scholar ont été parcourues pour la recherche d'ouvrage en langue anglaise et française. Bien que ces bases de données permettent de recenser bon nombre d'écrits scientifiques dans le domaine de la santé, des articles provenant d'autres bases de données pourraient possiblement s'ajouter à ceux déjà recensés. Enfin, il est possible de constater que les propositions émises à l'intention des infirmières concernant la déambulation chez des personnes vivant avec la MA en CHSLD pourraient potentiellement être pertinentes pour d'autres types de comportements réactifs.

Recommandations pour la pratique clinique

Au niveau de la pratique clinique, l'infirmière a un rôle essentiel dans l'évaluation de la condition physique et mentale des personnes âgées vivant avec la MA et présentant un comportement de déambulation. Il s'agit d'ailleurs d'une des activités réservées de l'infirmière tel que stipulé par l'OIIQ (Durand, Harvey et D'Anjou, 2016). Dans une perspective de soins centrés sur la personne, il est important que le personnel soignant reste attentif et participe à l'évaluation du comportement de déambulation de la personne en vue d'en identifier les causes sous-jacentes. Très souvent les causes sont en lien avec les besoins de la personne, dans la mesure où les personnes âgées vivant avec la MA ne peuvent souvent plus communiquer leurs besoins. Il incombe donc à l'infirmière de les identifier au moyen d'une évaluation systématique de la condition de santé de la personne (comme nous l'avons énoncé à la proposition 3). Une telle évaluation guidera sur le choix de l'intervention non pharmacologique la plus judicieuse et appropriée. Ce choix devrait s'assurer de répondre adéquatement aux besoins de la personne âgée présentant un comportement de déambulation et prendre en considération un éventail d'interventions (dont les interventions récréatives et les interventions sensorielles), comme nous l'avons souligné dans les propositions 4 et 7 présentées au chapitre précédent. Lors de l'évaluation, l'infirmière doit également tenir compte de l'histoire de vie, des croyances et valeurs

de la personne, comme souligné dans la proposition 3 et appuyée par l'approche de soins centrés sur la personne de McCormack et McCance (2021). Ne pas en tenir compte pourrait, par exemple, altérer l'adhésion de la personne à l'intervention ou encore entraîner une mauvaise expérience de soins. La participation, la collaboration et l'adhésion aux soins de la personne dans un contexte de déambulation sont nécessaires pour des soins centrés sur la personne, tel que souligné dans la proposition 5 formulée précédemment. De même, une présence sympathique de l'infirmière auprès de la personne (proposition 6) aiderait à la collaboration de la personne âgée en plus de contribuer à une bonne expérience de soins pour cette dernière. Pour l'application de l'intervention choisie, l'infirmière doit exercer son leadership en guidant les équipes soignantes et les proches aidants, ainsi qu'agir comme personne ressource. L'infirmière doit également prévoir durant l'intervention, des moments pour évaluer les effets de l'intervention sur le comportement de déambulation et procéder à des ajustements lorsque requis.

Recommandations pour la formation

Relativement à la formation initiale, il serait pertinent de bonifier le cursus de formation des étudiantes infirmières en ce qui a trait aux soins infirmiers gériatologiques. Plus spécifiquement, la formation devrait permettre aux infirmières de se familiariser avec la MA, les comportements réactifs ainsi que les interventions et outils pour une gestion optimisée de ces comportements susceptibles de se manifester chez les personnes âgées vivant avec la MA, résidant ou non en CHSLD.

En ce qui a trait à la formation continue, il semble opportun d'offrir aux infirmières et au personnel soignant en CHSLD, une sensibilisation et une formation sur les soins centrés sur la personne, tel que nous l'avons souligné dans la première proposition du chapitre précédent et soutenu par Livingston et al. (2014). Les membres des équipes soignantes doivent par exemple être formés, soutenus et encouragés à adopter une approche de soins centrés sur la personne âgée vivant avec la MA et présentant un comportement de déambulation. La question du choix d'une intervention appropriée, de la personnalisation et de l'adaptation des interventions à la suite de l'évaluation de la condition physique et mentale de la personne âgée vivant avec la MA et présentant un comportement de déambulation, doit également être abordée avec les

infirmières. Une infirmière en pratique avancée spécialisée en soins gériatriques pourrait agir comme coach ou guide pour le personnel de soins. Le coaching permettrait de soutenir et d'assurer un changement des pratiques pérennes.

Recommandations pour la gestion

Les interventions non pharmacologiques recensées pour la gestion des comportements réactifs, dont la déambulation, que peuvent manifester les personnes âgées vivant avec la MA en CHSLD, sont reconnues comme étant celles à privilégier (Abraha et al., 2017; Livingston et al., 2014; Ministère de la santé et des services sociaux, 2014; Rey et al., 2016; Yilmaz et Aşiret, 2020). Les infirmières-chefs ainsi que les autres gestionnaires œuvrant en CHSLD doivent donc encourager le recours à de telles interventions, soutenir les équipes soignantes dans leur mise en place au bénéfice des aînés et veiller à ce que les ressources humaines et matérielles soient disponibles pour le déploiement de ces interventions. Des projets interprofessionnels soutenus par l'établissement et visant à instaurer des programmes de soins pour une gestion optimale des comportements de déambulation devraient être initiés, tel que nous l'avons suggéré précédemment (proposition 8). Ceci aurait pour effet de fédérer les différentes ressources du CHSLD autour d'un projet mobilisateur où l'ensemble des acteurs concernés pourraient prendre part (personnes âgées, proches aidants, équipe soignantes et gestionnaires) aux pistes de solution tout en étant fondées sur des résultats probants et une approche de soins centrés sur la personne. Le rôle des gestionnaires en CHSLD est central à la mise en place d'interventions non pharmacologiques novatrices et personnalisées à la clientèle ainsi qu'au soutien des équipes soignantes vers cette démarche (p. ex., mobilisation des ressources, facilitation de la collaboration interprofessionnelle). Comme nous l'avons mentionné à la proposition 2, les « domaines » de soins centrés sur la personne (prérequis, environnement, processus de soins, résultats escomptés) proposés par McCormack et McCance (2021), pourrait être priorisé en fonction du contexte du milieu. Ainsi, un milieu ayant déjà un programme de gestion de la déambulation, pourrait par exemple miser sur un projet visant à en évaluer les résultats auprès des aînés ou mêmes du personnel de soins.

Recommandations pour la recherche

À la suite de l'analyse des interventions réalisées, deux éléments saillants ressortent plus particulièrement : 1) la majorité des interventions non pharmacologiques ne sont pas fondées sur un cadre théorique ou celui-ci n'est pas mentionné; 2) les interventions sont souvent peu décrites. Ainsi, nos recommandations vont en ce sens. Il est suggéré que le développement des interventions non pharmacologiques ciblant le comportement de déambulation s'appuie explicitement sur un cadre théorique pertinent et cohérent. La théorie de McCormack et McCance (2021) apparaît un choix judicieux pour le développement de ce type d'interventions, d'autant plus que la prise en considération de plusieurs dimensions (personne soignée, proches aidants, équipe soignante, environnement) s'avère davantage prometteuse pour l'efficacité d'une intervention visant à diminuer les comportements de déambulation. De plus, lors du développement et de la description d'une intervention, une attention particulière devrait être faite quant aux conditions entourant l'intervention (p. ex. : durée, fréquence, caractéristiques de la personne soignée, de l'équipe et de l'environnement) afin d'en assurer la transférabilité à d'autres milieux. Abraha et al. (2017) et Olazarán et al. (2010) relèvent dans leurs revues systématiques que la description des interventions est très sommaire dans certaines études recensées. Pourtant la compréhension, l'opérationnalisation et même la validation des interventions dépendent fortement de leurs descriptions. Plus les descriptions sont claires, explicites et détaillées, plus leur compréhension, leur opérationnalisation et leur validation sont simplifiées. Les chercheurs qui développent et évaluent ces interventions pourraient également mettre en évidence les composantes des soins centrés sur la personne afin de bien outiller les infirmières, les formatrices et les gestionnaires pour une application optimale de leurs interventions, d'autant plus que l'efficacité des interventions semblent reposer sur leur personnalisation auprès de la clientèle.

Conclusion

La revue intégrative réalisée dans le cadre de ce travail dirigé a permis de lever le voile sur les interventions non pharmacologiques proposées dans les écrits empiriques et théoriques, ainsi que la littérature grise, en lien avec la gestion de la déambulation dans un contexte de CHSLD, pour les personnes âgées atteintes de la MA, dans une perspective de soins infirmiers centrés sur la personne. Un total de 13 interventions non pharmacologiques visant à gérer la déambulation pour les personnes âgées vivant avec la MA et résidant en CHSLD ont été identifiées et cinq revues systématiques ont été incluses dans la recension des écrits. La qualité méthodologique de ces études a été appréciée au moyen du *Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT)* de Hong et al. (2020) pour les revues systématiques et de l'outil *AMSTAR Checklist* de Shea et al. (2017) pour les autres études. Une analyse, à la lumière de la théorie pour des soins infirmiers centrés sur la personne de McCormack et McCance (2021), a été réalisée pour les interventions non pharmacologiques recensées et synthétisée dans une grille. Finalement, sur la base des informations synthétisées et des revues systématiques retrouvées, huit propositions ont été formulées à l'endroit des infirmières pour les aider lors du choix ou de l'opérationnalisation d'une intervention non pharmacologique personnalisée (selon une approche centrée sur la personne), pour offrir des soins aux personnes âgées vivant avec la MA et faisant de la déambulation, dans un contexte de CHSLD.

Les principales retombées de ce travail dirigé sont d'ordres personnel, professionnel et scientifique. Sur le plan personnel, il y a la satisfaction d'avoir réalisé de bout en bout une revue intégrative rigoureuse des écrits. Sur le plan professionnel, en tant qu'infirmière œuvrant en CHSLD auprès de personnes âgées vivant avec la MA et faisant de la déambulation, les recommandations de ce travail nous seront utiles. Sur le plan scientifique, ce travail dirigé a contribué à l'avancement des connaissances relativement à la gestion de la déambulation dans un contexte de CHSLD en revisitant les interventions non pharmacologiques au moyen de la théorie de McCormack et McCance (2021). Nous souhaitons vivement que ce travail puisse contribuer à l'amélioration de la prise en charge de la déambulation en CHSLD, et l'amélioration

de la qualité de vie des personnes âgées vivant avec la MA et présentant un comportement de déambulation en CHSLD.

Références bibliographiques

- Abraha, I., Rimland, J. M., Trotta, F. M., Dell'Aquila, G., Cruz-Jentoft, A., Petrovic, M., . . . Guaita, A. (2017). Systematic review of systematic reviews of non-pharmacological interventions to treat behavioural disturbances in older patients with dementia. The SENATOR-OnTop series. *BMJ open*, 7(3), e012759.
- Algase, D. L., Beattie, E. R., Antonakos, C., Beel-Bates, C. A. et Yao, L. (2010). Wandering and the physical environment. *American Journal of Alzheimer's Disease*, 25(4), 340-346.
- Algase, D. L., Moore, D. H., Vandeweerd, C. et Gavin-Dreschnack, D. (2007). Mapping the maze of terms and definitions in dementia-related wandering. *Aging mental health*, 11(6), 686-698.
- Alzheimer's Association. (2018). Alzheimer's Association 2018 Dementia Care Practice Recommendations. Repéré le 7 juin 2020 à https://www.alz.org/professionals/professional-providers/dementia_care_practice_recommendations
- Alzheimer Society Ontario (ASO). (2013). Changer de regard : guide pour comprendre les comportements de la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées. Repéré le 03 Mars 2021 à <https://archive.alzheimer.ca/sites/default/files/files/on/shifting-focus/shifting%20focus%20brochure%20french%20print.pdf>
- Alzheimer's Disease International. (2016). Improving healthcare for people living with dementia: Coverage, quality and costs now and in the future. Repéré à <https://www.alz.co.uk/research/WorldAlzheimerReport2016.pdf>
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.

- Avet, S. (2008). La prise en soins d'un patient atteint de la maladie d'Alzheimer, au travers de situations spécifiques. *Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*, 8, 17—26.
- Bauer, M., Rayner, J.-A., Tang, J., Koch, S., While, C. et O'Keefe, F. (2015). An evaluation of Snoezelen® compared to 'common best practice' for allaying the symptoms of wandering and restlessness among residents with dementia in aged care facilities. *Geriatric Nursing*, 36(6), 462-466.
- Bautrant, T., Grino, M., Peloso, C., Schiettecatte, F., Planelles, M., Oliver, C. et Franqui, C. (2019). Impact of Environmental Modifications to Enhance Day-Night Orientation on Behavior of Nursing Home Residents With Dementia. *Journal of the American Medical Directors Association*, 20(3), 377-381. doi: 10.1016/j.jamda.2018.09.015
- Berry, S. D., Placide, S. G., Mostofsky, E., Zhang, Y., Lipsitz, L. A., Mittleman, M. A. et Kiel, D. P. (2015). Antipsychotic and benzodiazepine drug changes affect acute falls risk differently in the nursing home. *Journals of Gerontology Series A: Biomedical Sciences Medical Sciences*, 71(2), 273-278.
- Bourbonnais, A. (2016). Intervention dernier cri. *Le Médecin du Québec*, 51(3), 33-37.
- Brownie, S. et Nancarrow, S. (2013). Effects of person-centered care on residents and staff in aged-care facilities: a systematic review. *Clinical interventions in Aging*, 8, 1-10.
- Caratozzolo, S., Zucchelli, A., Turla, M., Cotelli, M. S., Fascendini, S., Zanni, M., . . . Boffelli, S. (2020). The impact of COVID-19 on health status of home-dwelling elderly patients with dementia in East Lombardy, Italy: results from COVIDEM network. *Aging clinical and experimental research*, 1-8.
- Carnahan, R. M., Brown, G. D., Letuchy, E. M., Rubenstein, L. M., Gryzlak, B. M., Smith, M., . . . Weckmann, M. T. (2017). Impact of programs to reduce antipsychotic and anticholinergic use in nursing homes. *Alzheimer's & Dementia: Translational Research & Clinical Interventions*, 3(4), 553-561.

- Chenoweth, L., King, M. T., Jeon, Y.-H., Brodaty, H., Stein-Parbury, J., Norman, R., . . . Luscombe, G. (2009). Caring for Aged Dementia Care Resident Study (CADRES) of person-centred care, dementia-care mapping, and usual care in dementia: a cluster-randomised trial. *the Lancet neurology*, 8(4), 317-325.
- Cipriani, G., Lucetti, C., Nuti, A. et Danti, S. (2014). Wandering and dementia. *Psychogeriatrics*, 14(2), 135-142.
- Comas-Herrera, A., Lorenz-Dant, K., Ferri, C., Govia, I., Puspitarini, T., Weidner¹⁰, W., . . . Knapp, M. (2020). Supporting people living with dementia and their carers in low-and middle-income countries during COVID-19.
- Commissaire à la santé et au bien-être du Québec. (2017). Les personnes de 75 ans et plus en attente d'une place d'hébergement en CHSLD. *Info-performance*, 16.
- Davis, R. et Weisbeck, C. (2016). Creating a Supportive Environment Using Cues for Wayfinding in Dementia. *Journal of gerontological nursing*, 42(3), 36-44. doi: 10.3928/00989134-20160212-07
- Delphin-Combe, F., Roubaud, C., Martin-Gaujard, G., Fortin, M.-E., Rouch, I. et Krolak-Salmon, P. (2013). Efficacité d'une unité cognitivo-comportementale sur les symptômes psychologiques et comportementaux des démences. *Revue neurologique*, 169(6-7), 490-494.
- Durand, S., Harvey, B. et D'Anjou, H. (2016). *Le champ d'exercice et les activités réservées des infirmières*. OIIQ.
- Epp, T. D. (2003). Person-centred dementia care: A vision to be refined. *The Canadian Alzheimer Disease Review*, 5(3), 14-19.
- Eyer, S., Büla, C. et Von Gunten, A. (2011). Symptômes comportementaux et psychologiques liés à la démence: enjeux cliniques et prise en charge. *Revue CME/Gériatrie Pratique*(2), 20-22.

Fazio, S., Pace, D., Maslow, K., Zimmerman, S. et Kallmyer, B. (2018). Alzheimer's Association dementia care practice recommendations: Oxford University Press US.

Fédération Québécoise des sociétés Alzheimer. (2020). Un assouplissement des mesures qui permettra de rompre l'isolement des personnes atteintes. Repéré le 30 juin 2020 à <https://www.newswire.ca/fr/news-releases/la-federation-quebecoise-des-societes-alzheimer-accueille-favorablement-le-retour-des-proches-aidants-en-chsld-861683843.html>

Figueiro, M. G., Plitnick, B. A., Lok, A., Jones, G. E., Higgins, P., Hornick, T. R. et Rea, M. S. (2014). Tailored lighting intervention improves measures of sleep, depression, and agitation in persons with Alzheimer's disease and related dementia living in long-term care facilities. *Clinical interventions in Aging*, 9, 1527.

Gardette, V., Coley, N. et Andrieu, S. (2010). Les traitements non pharmacologiques: une approche différente de la MA. *La revue canadienne de la maladie d'Alzheimer et d'autres démances*.

Giroux, M. T., Maheux, C. et Chevalier, M. (2005). Pour une approche bienfaisante de la contention. *Le Médecin du Québec*, 40(1), 83-91.

Gu, L. (2015). Nursing interventions in managing wandering behavior in patients with dementia: A literature review. *Archives of psychiatric nursing*, 29(6), 454-457.

Hermer, L., Cornelison, L., Kaup, M. L., Poey, J. L., Drake, P. N., Stone, R. I. et Doll, G. A. (2018). Person-Centered Care as Facilitated by Kansas' PEAK 2.0 Medicaid Pay-for-Performance Program and Nursing Home Resident Clinical Outcomes. *Innovation in aging*, 2(3), 1-12.

Holliday-Welsh, D. M., Gessert, C. E. et Renier, C. M. (2009). Massage in the management of agitation in nursing home residents with cognitive impairment. *Geriatric Nursing*, 30(2), 108-117. doi: 10.1016/j.gerinurse.2008.06.016

- Hong, Q. N., Pluye, P., Fàbregues, S., Bartlett, G., Boardman, F., Cargo, M., . . . Nicolau, B. (2020). Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT) Version française 2018.
- Houston, A. M., Brown, L. M., Rowe, M. A. et Barnett, S. D. (2011). The informal caregivers' perception of wandering. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*[®], 26(8), 616-622.
- Kergoat, M.-J. (2010). *Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier: cadre de référence*. La direction des communications du ministère de la Santé et des Services
- Kullberg, A., Sharp, L., Dahl, O., Brandberg, Y. et Bergenmar, M. (2018). Nurse perceptions of person-centered handovers in the oncological inpatient setting—A qualitative study. *International journal of nursing studies*, 86, 44-51.
- La Société d'Alzheimer de Québec. (2018). La maladie d'Alzheimer en chiffres Repéré à <https://societealzheimerdequebec.com/statistiques>
- Landreville, P., Voyer, P. et Carmichael, P.-H. (2013). Relationship between delirium and behavioral symptoms of dementia. *International psychogeriatrics*, 25(4), 635-643.
- Leblanc, M., Lambert, S., Duguay, J., Rey, S., Bélisle, D., Bouffard, S., Breton, A., Carreau-Boudreau, A.M., Gingras, V., Lambert, S., Lanoix, C., Lantin, E., Obando Raredes, M., Parisien, I., Poirier, K., Perron, S., Prud'homme, G., Ratier, G., Shama, G., Steben, N., Thibeault, R., Thivierge, M., Bouffard, S., Côté, S., Gagnon, A., M., Jacques, I., Rosa, M.C., Voyer, P. (2020). Prise en charge optimale des SCPD en CHSLD : promouvoir le leadership infirmier *Communauté de pratique sur les soins à l'aîné en centre d'hébergement. Faculté des sciences infirmières, Université Laval*.
- Livingston, G., Kelly, L., Lewis-Holmes, E., Baio, G., Morris, S., Patel, N., . . . Cooper, C. (2014). Non-pharmacological interventions for agitation in dementia: systematic review of randomised controlled trials. *The British Journal of Psychiatry*, 205(6), 436-442.

- MacAndrew, M., Kolanowski, A., Fielding, E., Kerr, G., McMaster, M., Wyles, K. et Beattie, E. (2019). "Would you like to join me for a walk?" The feasibility of a supervised walking programme for people with dementia who wander. *International Journal of Older People Nursing*, 14(3), N.PAG-N.PAG. doi: 10.1111/opn.12244
- Machiels, M., Metzelthin, S. F., Hamers, J. P. et Zwakhalen, S. M. (2017). Interventions to improve communication between people with dementia and nursing staff during daily nursing care: A systematic review. *International journal of nursing studies*, 66, 37-46.
- Martin, E., Biessy-Dalbe, N., Albaret, J.-M. et Algase, D. L. (2015). French Validation of the Revised Algase Wandering Scale for Long-Term Care. *American Journal of Alzheimer's Disease*, 30(8), 762-767.
- Martin, E., Biessy-Dalbe, N. et Albaret, J. (2015). L'échelle de déambulation: Évaluation d'un comportement moteur aberrant. *Les Entretiens de Psychomotricité*.
- Maust, D. T., Kim, H. M., Seyfried, L. S., Chiang, C., Kavanagh, J., Schneider, L. S. et Kales, H. C. (2015). Antipsychotics, other psychotropics, and the risk of death in patients with dementia: number needed to harm. *JAMA psychiatry*, 72(5), 438-445.
- McCormack, T. et McCance, B. (2021). The Person-centred Nursing Framework. Dans J. Dewing, B. McCormack & T. McCance (dir.), *Person-centred Nursing Research: Methodology, Methods and Outcomes* (p. 13-22). New York: Springer.
- McMillan, S. S., Kendall, E., Sav, A., King, M. A., Whitty, J. A., Kelly, F., . . . Review. (2013). Patient-centered approaches to health care: a systematic review of randomized controlled trials. *Medical Care Research*, 70(6), 567-596.
- Ministère de la santé et des services sociaux (2014). *Approche non pharmacologique visant le traitement des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence*. Gouvernement du Québec.

- Mok, V. C., Pendlebury, S., Wong, A., Alladi, S., Au, L., Bath, P. M., . . . Dichgans, M. (2020). Tackling challenges in care of Alzheimer's disease and other dementias amid the COVID-19 pandemic, now and in the future. *Alzheimer's & Dementia*, 16(11), 1571-1581.
- Moore, D. H., Algase, D. L., Powell-Cope, G., Applegarth, S. et Beattie, E. R. (2009). A framework for managing wandering and preventing elopement. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*®, 24(3), 208-219.
- Moulias, R., Hervy, M. P. et Ollivet, C. (2005). *Alzheimer et maladies apparentées: Traiter, soigner et accompagner au quotidien*. Elsevier Masson.
- Murman, D. L. (2015). *The impact of age on cognition*. Communication présentée Seminars in hearing.
- Neubauer, N. A., Azad-Khaneghah, P., Miguel-Cruz, A. et Liu, L. (2018). What do we know about strategies to manage dementia-related wandering? A scoping review. *Alzheimer's & Dementia: Diagnosis, Assessment & Disease Monitoring*, 10, 615-628.
- Organisation Mondiale de la Santé. (2017). Repéré à <https://www.who.int/fr/news-room/detail/07-12-2017-dementia-number-of-people-affected-to-triple-in-next-30-years>
- Olazarán, J., Reisberg, B., Clare, L., Cruz, I., Peña-Casanova, J., Del Ser, T., . . . Lai, C. (2010). Nonpharmacological therapies in Alzheimer's disease: a systematic review of efficacy. *Dementia and geriatric cognitive disorders*, 30(2), 161-178.
- Olsson, L. E., Jakobsson Ung, E., Swedberg, K. et Ekman, I. (2013). Efficacy of person-centred care as an intervention in controlled trials—a systematic review. *Journal of Clinical Nursing*, 22(3-4), 456-465.
- Orain, S. (2008). Le snoezelen. *Gérontologie et société*, 31(3), 157-164.
- Padilla, D. V., González, M. T. D., Agis, I. F., Strizzi, J. et Rodríguez, R. A. (2013). The effectiveness of control strategies for dementia-driven wandering, preventing escape attempts: a case report. *International psychogeriatrics*, 25(3), 500-504.

- Padilla, R. (2011). Effectiveness of environment-based interventions for people with Alzheimer's disease and related dementias. *American Journal of Occupational Therapy*, 65(5), 514-522.
- Poey, J. L., Hermer, L., Cornelison, L., Kaup, M. L., Drake, P., Stone, R. I. et Doll, G. (2017). Does Person-Centered Care Improve Residents' Satisfaction With Nursing Home Quality? *Journal of the American Medical Directors Association*, 18(11), 974-979.
- Ray, K. D. et Mittelman, M. S. (2017). Music therapy: A nonpharmacological approach to the care of agitation and depressive symptoms for nursing home residents with dementia. *Dementia (14713012)*, 16(6), 689-710. doi: 10.1177/1471301215613779
- Rey, S., Voyer, P. et Juneau, L. (2016). Prise en charge des SCPD. *Perspective infirmière*, 13(4), 56-60.
- Ridder, H. M. O., Stige, B., Qvale, L. G. et Gold, C. (2013). Individual music therapy for agitation in dementia: an exploratory randomized controlled trial. *Aging & Mental Health*, 17(6), 667-678.
- Shea, B., Reeves, B., Wells, G., Thuku, M., Hamel, C., Moran, J., . . . Henry, D. (2017). AMSTAR Checklist. Repéré le Mars 2021 à https://amstar.ca/Amstar_Checklist.php
- Shea, B. J., Grimshaw, J. M., Wells, G. A., Boers, M., Andersson, N., Hamel, C., . . . Bouter, L. M. (2007). Development of AMSTAR: a measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews. *BMC medical research methodology*, 7(1), 1-7.
- 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 le 2019/06/05 à https://alzheimer.ca/sites/default/files/files/national/culture-change/culture_change_framework_f.pdf,

Société Alzheimer du Canada. (2017). Lignes directrices pour la rédaction : Un langage centré sur la personne. Repéré le 03 Mars 2021 à https://alzheimer.ca/sites/default/files/documents/lignes_directrice_pour_la_r%C3%A9daction_f.pdf

Société Alzheimer du Canada. (2019). Conversations : Maladies neurodégénératives et comportements réactifs. Repéré le 03 Mars 2021 à https://archive.alzheimer.ca/sites/default/files/files/national/brochures-conversations/conversations_maladies-neurodegeneratives-et-comportements-reactifs.pdf

Société Alzheimer du Canada (SAC). (2016). Prévalence et coûts financiers des maladies cognitives au Canada. Repéré à https://alzheimer.ca/sites/default/files/files/national/statistics/prevalenceandcostsof dementia_fr.pdf

Strubel, D. et Corti, M. (2008). La déambulation chez les patients déments. *Psychologie & NeuroPsychiatrie du vieillissement*, 6(4), 259-264.

Terada, S., Oshima, E., Yokota, O., Ikeda, C., Nagao, S., Takeda, N., . . . Uchitomi, Y. (2013). Person-centered care and quality of life of patients with dementia in long-term care facilities. *Psychiatry research*, 205(1-2), 103-108.

Traynor, V., Veerhuis, N., Johnson, K., Hazelton, J. et Gopalan, S. (2018). Evaluating the effects of a physical activity on agitation and wandering (PAAW) experienced by individuals living with a dementia in care homes. *Journal of research in nursing*, 23(2-3), 125-138.

Voyer, P. et Allaire, É. (2020). *Comment transformer un CHSLD en un centre Alzheimer?: guide de transformation*. Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale Nationale et la Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval, Québec. .

Voyer, P., Gagnon, C. et Germain, J. (2009). *Gestion optimale des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence: Aide-mémoire à la prise de décision*. Regroupement des médecins oeuvrant en gériatrie dans la région 03 (RMG3).

Voyer, P., McCusker, J., Cole, M. G., Monette, J., Champoux, N., Ciampi, A., . . . Richard, H. (2015). Behavioral and psychological symptoms of dementia: How long does every behavior last, and are particular behaviors associated with PRN antipsychotic agent use? *Journal of gerontological nursing*, 41(1), 22-37.

Whittemore, R. et Knafl, K. (2005). The integrative review: updated methodology. *Journal of advanced nursing*, 52(5), 546-553.

Yilmaz, C. K. et Aşiret, G. D. (2020). The Effect of Doll Therapy on Agitation and Cognitive State in Institutionalized Patients With Moderate-to-Severe Dementia: A Randomized Controlled Study. *Journal of geriatric psychiatry and neurology*, 0891988720933353.

Annexes

Annexe A : Approbation de traduction de la version 2021 du modèle théorique de McCormack et McCance

11/09/2021 20:48

Courriel - Tannou Yolande Addie Kenmeugne - Outlook

Re: Person-Centered Nursing (PCN) Framework (2011) - Translation

McCance, Tanya <tv.mccance@ulster.ac.uk>

Lun 2021-05-24 06:14

À : Tannou Yolande Addie Kenmeugne <tannou.yolande.addie.kenmeugne@umontreal.ca>

Cc : Véronique Dubé <veronique.dube.1@umontreal.ca>; Brendan McCormack <BMcCormack@qmu.ac.uk>

Dear Yolande

Thank you your interest in our work and we are delighted you have chosen to use the Person-centred Nursing Framework. The only issue is that the 2010 version of the framework, which I believe is the version you are referring to, has recently been updated with some small but significant changes made to enhance the framework for using within a nursing context. The revised framework has recently been published in a new book focusing on person-centred nursing research – please see blow. The full reference is as follows:

McCormack & McCance (2021) The Person-centred Nursing Framework. In Dewing J, McCormack B & McCance T (Editors) *Person-centred Nursing Research: Methodology, Methods and Outcomes pp.13-22*. Springer, New York.

I believe it would be more beneficial for your thesis to translate this version of the Framework into French. If you need any further clarity regarding the changes please don't hesitate to contact me.

Kindest regards

Tanya



Tanya McCance

Mona Grey Professor of Nursing Research & Development

T: +44(0)28 90366450

E: tv.mccance@ulster.ac.uk W: www.ulster.ac.uk

Social: @UlsterNHR

School of Nursing | Ulster University | 12J07 | Shore Road | Newtownabbey | BT37 0QB

Annexe B : Grille d'extraction des données

Auteurs (Année), Pays Titre Base de données	Type d'étude, But(s)	Échantillon, Collecte et analyse des données, Cadre de référence	Intervention	Résultats	Dimensions des soins centrés sur la personne	Évaluation de la qualité (MMAT et AMSTAR)
<p>Yilmaz, C. K. et Aşiret, G. D. (2020).</p> <p>Turquie</p> <p>The Effect of Doll Therapy on Agitation and Cognitive State in Institutionalized Patients With Moderate-to-Severe Dementia: A Randomized Controlled Study</p> <p>Google Scholar</p>	<p>Étude expérimentale randomisée avec groupe contrôle.</p> <p>But: Identifier les effets sur l'agitation de l'utilisation d'une poupée chez les personnes âgées ayant des TNC modérés à sévères en CHSLD.</p>	<p>Échantillon : N=29 (82-89 ans). GC: n=14; GE: n=15.</p> <p>Collecte des données : Observation des infirmières</p> <p><i>Mini-Mental State Examination (MMSE) Neuropsychiatric Inventory (NPI) Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI).</i></p> <p>Analyses - ANOVA</p> <p>Cadre de référence : Aucun mentionné.</p>	<p>Intervention comportementale : La poupée est laissée à la disposition de la personne en tout temps et observation de son comportement et interaction avec la poupée 1 fois / semaine</p> <p>Durée de l'intervention : 8 semaines</p>	<p>GE : diminution de l'agitation (p<0,05); amélioration significative de l'agitation</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Prérequis</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Environnement</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Processus de soins</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Résultats escomptés</p>	<p>7/7</p>

Auteurs (Année), Pays Titre Base de données	Type d'étude, But(s)	Échantillon, Collecte et analyse des données, Cadre de référence	Intervention	Résultats	Dimensions des soins centrés sur la personne	Évaluation de la qualité (MMAT et AMSTAR)
<p>Traynor, V., Veerhuis, N., Johnson, K., Hazelton, J. et Gopalan, S. (2018). Australie</p> <p>Evaluating the effects of a physical activity on agitation and wandering (PAAW) experienced by individuals living with a dementia in care homes.</p> <p>CINAHL</p>	<p>Étude quasi expérimentale. But: Évaluer les effets de l'activité physique sur les SCPD (agitation, errance) chez des personnes ayant TNC en CHSLD</p>	<p>Échantillon : N=72 (66-103 ans), 4 CHSLD.</p> <p>Collecte des données : <i>Cohen- Mansfield Agitation Inventory (CMAI)</i>; Échelle d'errance d'Algase : T0 pré intervention; T1 post intervention.</p> <p>Analyse : Test non- paramétriques (test des rangs signés de Wilcoxon)</p> <p>Cadre de référence : Aucun mentionné</p>	<p>Intervention comportementale: Exercice physique structuré 3 fois par semaine pour une durée combinée de 30 minutes (en une ou plusieurs séances par semaine) sur 16 semaines (ex. : marche, série d'exercices musculature, jeux avec un ballon)</p>	<p>Réduction significative de l'agitation: (p<0,001), réduction significative de l'errance (p=0,001)</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/>Prérequis <input checked="" type="checkbox"/>Environnement <input checked="" type="checkbox"/>Processus de soins <input checked="" type="checkbox"/>Résultats escomptés</p>	<p>7/7</p>
<p>Holliday-Welsh, D. M., Gessert, C. E. et Renier, C. M. (2009)</p>	<p>Étude quantitative. But: Évaluer impact du</p>	<p>Échantillon : N=52 (70 - 105 ans);</p>	<p>Intervention sensorielle : Sur une période de 6 jours : Massage de la</p>	<p>Réduction significative de l'errance (p<0,001); de l'agitation verbale (p= 0,002); de l'agitation physique (p<0,001); de</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/>Prérequis <input checked="" type="checkbox"/>Environnement</p>	<p>7/7</p>

Auteurs (Année), Pays Titre Base de données	Type d'étude, But(s)	Échantillon, Collecte et analyse des données, Cadre de référence	Intervention	Résultats	Dimensions des soins centrés sur la personne	Évaluation de la qualité (MMAT et AMSTAR)
É-U. Massage in the management of agitation in nursing home residents with cognitive impairment. CINAHL	massage sur la réduction de l'agitation chez les personnes âgées atteintes de TNC vivant en CHSLD.	2 CHSLD Collecte des données : - Observations (3 périodes) : Pré (3jrs sur un intervalle de 5jrs), pendant (6 jrs sur un intervalle de 2 sem); post (7 ^e et 14 ^e jr). - 5 symptômes comportementaux : errance, agitation verbale, agitation motrice, résistance aux soins, comportement social inapproprié. Analyse ANOVA Cadre de référence Aucun mentionné	tête, des épaules et des mains d'une durée de 10 à 15 minutes par jour pendant la période d'agitation de 1 heure.	la résistance aux soins (p= 0,022)	<input checked="" type="checkbox"/> Processus de soins <input checked="" type="checkbox"/> Résultats escomptés	

Auteurs (Année), Pays Titre Base de données	Type d'étude, But(s)	Échantillon, Collecte et analyse des données, Cadre de référence	Intervention	Résultats	Dimensions des soins centrés sur la personne	Évaluation de la qualité (MMAT et AMSTAR)
<p>Ray, K. D. et Mittelman, M. S. (2017). É.-U.</p> <p>Music therapy: A nonpharmacological approach to the care of agitation and depressive symptoms for nursing home residents with dementia</p> <p>CINAHL</p>	<p>Étude quantitative exploratoire comparative. But: Évaluer l'utilisation de la musicothérapie pour réduire l'agitation, l'errance et la dépression chez les personnes âgées atteintes de TNC modérés à sévères.</p>	<p>Échantillon : N=132 (58-101 ans) 3 CHSLD</p> <p>Collecte des données : Observations : Pré, pendant et post l'intervention (2 semaines) . - Échelle de dépression de Cornell - Échelle d'errance d'Algase - Échelle d'agitation de Cohen-Mansfield. -Échelle FAST (<i>Functionnal Assessment Staging</i>)</p> <p>Analyse : -ANOVA,</p>	<p>Intervention sensorielle : Identification et sélection des musiques préférées des personnes; Sessions de musicothérapie en groupe de 4 à 6 personnes 3 fois par semaine pendant 2 semaines; de 15 min. à 1h dans un salon privé.</p>	<p>Réduction significative des symptômes de dépression ($p < ,001$) et des symptômes de l'agitation post- intervention ($p < .0,05$);</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/>Prérequis <input checked="" type="checkbox"/>Environnement <input checked="" type="checkbox"/>Processus de soins <input checked="" type="checkbox"/>Résultats escomptés</p>	<p>7/7</p>

Auteurs (Année), Pays Titre Base de données	Type d'étude, But(s)	Échantillon, Collecte et analyse des données, Cadre de référence	Intervention	Résultats	Dimensions des soins centrés sur la personne	Évaluation de la qualité (MMAT et AMSTAR)
		<p>- Analyses régression multiple</p> <p>Cadre de référence :</p> <p><i>The need-driven framework, dementia-compromised behavior model</i></p>				
<p>Bautrant, T., Grino, M., Peloso, C., Schiettecatte, F., Planelles, M., Oliver, C. et Franqui, C. (2019).</p> <p>France</p> <p>Impact of Environmental Modifications to Enhance Day-Night Orientation on Behavior of Nursing Home Residents With Dementia.</p>	<p>Étude expérimentale prospective de type pré-post</p> <p>-But: Évaluer dans le contexte de CHSLD, l'impact sur certains SCPD (incluant l'errance) des aménagements physiques ou résident les personnes âgées atteintes de TNC</p>	<p>Échantillon :</p> <p>N=19 (65 ans et plus). 1 CHSLD</p> <p>Étude en 2 phases de 3 mois chacune (pré-aménagements, post-aménagements).</p> <p>Collecte de données :</p> <p><i>-The Mini Mental State</i></p>	<p>Intervention environnementale et sensorielle:</p> <p>Aménagement de dalles de plafond en forme de lucarne dans une partie des aires communes, diminution progressive de l'éclairage la nuit avec une musique apaisante en <i>streaming</i>, renforcement de l'éclairage pendant la journée, des murs peints en beige clair,</p>	<p>(Comas-Herrera et al.) Réduction significative du nombre de patients faisant de l'errance sur une période de 24 heures (p =0,0039).</p> <p>(2) Réduction significative du nombre d'agitation / d'agressions physique (p =0,002), d'épisodes d'errance et de cris (p =0,025) ainsi que la durée moyenne des épisodes d'errance (p =0,026) sur une période de 24 heures</p> <p>(3) Réduction significative du nombre</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/>Prérequis</p> <p><input checked="" type="checkbox"/>Environnement</p> <p><input checked="" type="checkbox"/>Processus de soins</p> <p><input checked="" type="checkbox"/>Résultats escomptés</p>	<p>7/7</p>

Auteurs (Année), Pays Titre Base de données	Type d'étude, But(s)	Échantillon, Collecte et analyse des données, Cadre de référence	Intervention	Résultats	Dimensions des soins centrés sur la personne	Évaluation de la qualité (MMAT et AMSTAR)
CINAHL		<i>Examination (MMSE)</i> - <i>The 1-6</i> <i>Autonomie</i> <i>Gérontologie</i> <i>Groupe Iso</i> <i>Ressources</i> - <i>The Tinetti</i> <i>Performance-Oriented Mobility Assessment</i> <i>test</i> - <i>The Cornell's scale</i> Analyse -Test de Wilcoxon - Chi-carré - Test de Fisher Cadre de référence Aucun mentionné	horloges surdimensionnées dans les couloirs et couleur des uniformes de l'équipe de nuit (bleu foncé) différente de celle de l'équipe du jour (bleu ciel)	(p = 0,031) et de la durée moyenne (p=0,007) des épisodes d'errance entre 18h00 et minuit		
MacAndrew, M., Kolanowski, A., Fielding, E., Kerr, G.,	Étude de faisabilité	Échantillon : N=7, (66-91 ans)	Intervention comportementale : Identification des pics	Les infirmières rapportent que les participants ont semblé	<input checked="" type="checkbox"/> Prérequis <input checked="" type="checkbox"/> Environnement	Volet qualitatif :

Auteurs (Année), Pays Titre Base de données	Type d'étude, But(s)	Échantillon, Collecte et analyse des données, Cadre de référence	Intervention	Résultats	Dimensions des soins centrés sur la personne	Évaluation de la qualité (MMAT et AMSTAR)
<p>McMaster, M., Wyles, K. et Beattie, E. (2019)</p> <p>Australie</p> <p>"Would you like to join me for a walk?" The feasibility of a supervised walking programme for people with dementia who wander.</p> <p>PubMed</p>	<p>But: Évaluer la faisabilité de l'implantation d'un programme de marche chez les personnes atteintes de TNC et faisant de l'errance</p>	<p>2 CHSLD, N= 11 infirmières</p> <p>Collecte des données :</p> <p>-Entretiens individuels avec les infirmières post intervention</p> <p><i>-Modified Mini Mental Exam (3MS)</i></p> <p><i>-Algase Wandering Scale-Long Term Care (RAWS-LTC)</i></p> <p><i>-The Cornell Scale for Depression in Dementia (CSDD)</i></p> <p><i>- Actigraph™ activity monitors</i></p> <p>Analyse</p> <p>Analyse statistique</p>	<p>d'errance quotidiens pour chaque participant (Collecte du nombre de pas quotidien à l'aide d'un moniteur (<i>Actigraph</i>) entre 7h AM et 7h PM pendant 3 jours consécutifs pour identifier les 2h ou il y a pic d'errance). Planification des sessions de marche supervisée pour chacun des participants en fonction de son pic d'errance quotidien. (30mn avant). Itinéraire de marche identifiée en fonction de l'état de santé de la personne. Chaque infirmière après l'intervention devait compléter la liste de contrôle du protocole de fidélité.</p>	<p>apprécier l'activité, ils étaient plus calmes et heureux les semaines après l'intervention. Augmentation de la communication et diminution de la résistance aux soins. Après l'intervention, les infirmières ont constaté que pour certains participants, l'errance avait un but; changement des habitudes d'errance et baisse de l'errance nocturne. Amélioration de la qualité de vie de la personne âgée. L'intervention est adaptée au rythme de la personne.</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Processus de soins</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Résultats escomptés</p>	<p>7/7</p> <p>Volet quantitatif : 6/7</p>

Auteurs (Année), Pays Titre Base de données	Type d'étude, But(s)	Échantillon, Collecte et analyse des données, Cadre de référence	Intervention	Résultats	Dimensions des soins centrés sur la personne	Évaluation de la qualité (MMAT et AMSTAR)
		Analyse de contenu thématique (entretiens) Cadre de référence: <i>Bowen's Feasibility Framework</i> (Bowen et al., 2009).				
Delphin-Combe, F., Roubaud, C., Martin-Gaujard, G., Fortin, M.-E., Rouch, I. et Krolak-Salmon, P. (2013) France Efficacité d'une unité cognitivo-comportementale sur les symptômes psychologiques et	Étude quantitative comparative But: Évaluer l'efficacité d'une structure adaptée (Unité cognitivo-comportementales (UCC)) auprès des personnes atteintes de TNC	Échantillon: N=28 (x=80 ans) 3 groupes (G1= personnes admises venant de leur domicile et retour au domicile; G2= personnes admises venant de CHSLD et retour en CHSLD; G3= personnes admises venant du domicile et retour en CHSLD)	Intervention comportementale et cognitif : Ateliers de protolangage; Ateliers de stimulation protomotrice; Ateliers de stimulation externe sensorielle; Ateliers de journal, d'esthétique et de créativité. Besoin de spécialistes tels que psychologue, psychomotricienne, ergothérapeute etc.	Baisse significative du score NPI-F de T0 à T3 pour les 3 groupes. G1: p=0,03; G2 p=0,0006; G3 p=0,004. Baisse significative de l'intensité de chaque SCPD (pour l'errance p=0,009)	<input checked="" type="checkbox"/> Prérequis <input checked="" type="checkbox"/> Environnement <input checked="" type="checkbox"/> Processus de soins <input checked="" type="checkbox"/> Résultats escomptés	7/7

Auteurs (Année), Pays Titre Base de données	Type d'étude, But(s)	Échantillon, Collecte et analyse des données, Cadre de référence	Intervention	Résultats	Dimensions des soins centrés sur la personne	Évaluation de la qualité (MMAT et AMSTAR)
comportementaux des démences. Google Scholar		Collecte de données: T0= entrée à UCC; T1=après 3 jours d'observation; T2= à la sortie de UCC; T3= 2 semaines après sortie de UCC. Déterminer <i>Mini Mental State Évaluation (MMSE)</i> à T0 Compléter le NPI (Inventaire neuropsychiatrique) par infirmières à T1 et T2 Compléter le NPI par familles à T0 et T3	(Interventions peu détaillées)			

Auteurs (Année), Pays Titre Base de données	Type d'étude, But(s)	Échantillon, Collecte et analyse des données, Cadre de référence	Intervention	Résultats	Dimensions des soins centrés sur la personne	Évaluation de la qualité (MMAT et AMSTAR)
		Durée étude : 4 mois. Analyse: Analyses descriptives ANOVA ANOVA à mesures répétées Cadre de référence Aucun mentionné				
Padilla, D. V., González, M. T. D., Agis, I. F., Strizzi, J. et Rodríguez, R. A. (2013) Espagne The effectiveness of control strategies for dementia-driven wandering, preventing escape	Étude de cas But: Évaluer l'efficacité d'un programme d'intervention (Environnemental , cognitivo- comportemental et combinaison des deux) pour réduire la fréquence du comportement	Échantillon: N=1 (80 ans) CHSLD Collecte des données: Évaluations par un psychologue avant et après l'intervention <i>-Algase Scale</i> <i>-Mini-Mental State</i>	Intervention environnementale et cognitive: Intervention combinée Traitement multiple «ABACAB-BC-B» (une variante du traitement multiple «ABACA» avec l'ajout d'une séquence «B- BC-B».	Réduction du comportement d'errance suite à l'intervention environnementale; Quasi-disparition des comportements d'errance suite à l'intervention cognitivo- comportementale et combinaison des deux interventions (environnementale et cognitivo comportementale)	<input checked="" type="checkbox"/> Prérequis <input checked="" type="checkbox"/> Environnement <input checked="" type="checkbox"/> Processus de soins <input checked="" type="checkbox"/> Résultats escomptés	6/7

Auteurs (Année), Pays Titre Base de données	Type d'étude, But(s)	Échantillon, Collecte et analyse des données, Cadre de référence	Intervention	Résultats	Dimensions des soins centrés sur la personne	Évaluation de la qualité (MMAT et AMSTAR)
attempts: a case report Google Scholar	d'errance d'un patient avec TNC	<i>Examination</i> - <i>The Reisberg</i> <i>Global</i> <i>Deterioration Scale</i> - <i>Revised</i> <i>Cambridge</i> <i>Cognitive</i> <i>Examination</i> Analyse Analyse statistique (fréquence des comportements) Cadre de référence Aucun mentionné	Signification des lettres: (A) - pas d'intervention; (B) - Intervention environnementale - (C) intervention cognitivo- comportementale; (Shea et al.) Intervention environnementale: 8 bandes de ruban noir sont placés devant la porte de sortie et 4 autres bandes placées sur les portes vitrées (Bandes dissuasives). Intervention cognitive et comportemental: renforcement du comportement adéquat; travail sur le langage et la mémoire, la socialisation.			

Auteurs (Année), Pays Titre Base de données	Type d'étude, But(s)	Échantillon, Collecte et analyse des données, Cadre de référence	Intervention	Résultats	Dimensions des soins centrés sur la personne	Évaluation de la qualité (MMAT et AMSTAR)
			Observations et interactions avec la personne âgée atteinte TNC 4 h par jour.			
<p>Ridder, H. M. O., Stige, B., Qvale, L. G. et Gold, C. (2013).</p> <p>Norvège</p> <p>Individual music therapy for agitation in dementia: an exploratory randomized controlled trial</p> <p>Google Scholar</p>	<p>Étude quantitative transversale</p> <p>Buts: (Comas-Herrera et al.) Examiner l'effet de la musicothérapie individuelle sur l'agitation chez les personnes atteintes de TNC modérés à sévères, vivant en CHSLD</p> <p>(2) Explorer l'effet de la musicothérapie sur l'utilisation des médicaments psychotropes et la qualité de vie.</p>	<p>Échantillon</p> <p>N = 42; (66 - 96 ans),</p> <p>14 CHSLD.</p> <p>GC : n= 21;</p> <p>GE : n= 21</p> <p>Collecte des données:</p> <p>-Cohen-Mansfield Agitation Inventory</p> <p>-Alzheimer's Disease-Related Quality of Life (ADRQL)</p> <p>-Global deterioration staging</p>	<p>Intervention sensorielle et comportementale:</p> <p>Musicothérapie individuelle (écouter de la musique, danser, jouer à un instrument, improviser une musique et danser, parler pendant l'écoute de la musique)</p> <p>34 min. en moyenne 2 fois par semaines pour une durée de 6 semaines en alternance avec soins standards pour 6 semaines</p>	<p>Réduction significative de l'intensité de l'agitation entre T1 et T2 durant la musicothérapie p=0,027</p> <p>Amélioration de la qualité de vie non significative entre T1 et T2 pendant musicothérapie (p=0,439)</p> <p>Diminution de l'usage des psychotropes lors de la mise en place de la thérapie musicale individuelle (p=0,02)</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/>Prérequis</p> <p><input checked="" type="checkbox"/>Environnement</p> <p><input checked="" type="checkbox"/>Processus de soins</p> <p><input checked="" type="checkbox"/>Résultats escomptés</p>	<p>7/7</p>

Auteurs (Année), Pays Titre Base de données	Type d'étude, But(s)	Échantillon, Collecte et analyse des données, Cadre de référence	Intervention	Résultats	Dimensions des soins centrés sur la personne	Évaluation de la qualité (MMAT et AMSTAR)
		<p>-The frequency scale, CMAI-fr</p> <p>-The disruptiveness scale, CMAI-di</p> <p>T0=avant intervention;</p> <p>T1= 7sem intervention</p> <p>T2= 14 sem</p> <p>Analyse</p> <p>-Analyse descriptive</p> <p>-Test de Khi carré.</p> <p>Cadre de référence</p> <p>Aucun mentionné</p>				
<p>Figueiro, M. G., Plitnick, B. A., Lok, A., Jones, G. E., Higgins, P., Hornick, T. R. et Rea, M. S. (2014).</p>	<p>Étude quantitative expérimentale</p> <p>But: Évaluer l'efficacité et la faisabilité d'une</p>	<p>Échantillon</p> <p>N= 14</p> <p>2 CHSLD</p>	<p>Intervention environnementale :</p> <p>Éclairage sur mesure : (conçue pour fournir une stimulation circadienne élevée</p>	<p>Pendant intervention</p> <p>Amélioration de la qualité du sommeil (p=0,01)</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/>Prérequis</p> <p><input checked="" type="checkbox"/>Environnement</p> <p><input checked="" type="checkbox"/>Processus de soins</p>	<p>5/7</p>

Auteurs (Année), Pays Titre Base de données	Type d'étude, But(s)	Échantillon, Collecte et analyse des données, Cadre de référence	Intervention	Résultats	Dimensions des soins centrés sur la personne	Évaluation de la qualité (MMAT et AMSTAR)
<p>É.-U.</p> <p>Tailored lighting intervention improves measures of sleep, depression, and agitation in persons with Alzheimer's disease and related dementia living in long-term care facilities.</p> <p>PubMed</p>	<p>intervention d'éclairage sur mesure pour des personnes atteintes de TNC en CHSLD.</p>	<p>Collecte des données:</p> <p>T0=Pré intervention; T1=post intervention; T2=4 sem. post intervention</p> <p><i>-Pittsburgh Sleep Quality Index</i></p> <p><i>-Minimum Data Set Activities of Daily Living Scale</i></p> <p><i>-Cornell Scale for Depression in Dementia</i></p> <p><i>-Cohen-Mansfield Agitation Inventory.</i></p> <p>Analyse :</p> <p>Test t apparié bilatéral</p> <p>Cadre de référence</p> <p>Aucun mentionné</p>	<p>(stimulation du rythme veille-sommeil) avec des niveaux de lumière modérés à partir d'une source de lumière blanche à Température de couleur corrélée (CCT) élevé)</p> <p>Éclairer la pièce occupée par le résident pendant la journée durant 8 à 10 heures par jour, avec une source de lumière blanche à CCT élevé et produisant des niveaux de lumière modérément élevés</p> <p>Pendant 4 semaines et 4 semaines après la fin de l'intervention</p>	<p>Amélioration significative du sommeil (p=0,03)</p> <p>Amélioration significative du temps de sommeil (p=0,03)</p> <p>Réduction significative des scores de dépression (p=0,03)</p> <p>Réduction significative des scores d'agitation (p=0,037)</p> <p>4 sem post intervention :</p> <p>Légère dégradation de la qualité de sommeil; aug de la dépression, aug agitation (p=0,03)</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Résultats escomptés</p>	

Auteurs (Année), Pays Titre Base de données	Type d'étude, But(s)	Échantillon, Collecte et analyse des données, Cadre de référence	Intervention	Résultats	Dimensions des soins centrés sur la personne	Évaluation de la qualité (MMAT et AMSTAR)
<p>Algase et al. (2010) É.-U.</p> <p>Wandering and the physical environment</p> <p>Google Scholar</p>	<p>Étude quantitative descriptive transversale corrélacionnelle.</p> <p>But : Évaluer l'impact de certains éléments de l'environnement de la personne âgée sur l'errance</p>	<p>Échantillon: N= 122 (68-102 ans) 28 CHSLD</p> <p>Collecte des données: -Enregistrement video: 10-12 observations de 20 minutes pour chaque résident réparties au hasard sur 2 jours non consécutifs 3 fois chaque période observation -<i>DSM-IV criteria for medical diagnosis of dementia</i> <i>Mini-mental state examination</i></p>	<p>Intervention environnementale et sensorielle : Évaluer l'environnement physique de chaque résident (la lumière, le son, la température, les niveaux d'humidité, l'ambiance, l'encombrement ...) Puis ajuster l'environnement physique en tenant compte de l'évaluation</p>	<p>L'emplacement, la lumière, le son, la proximité des autres et l'ambiance ont un lien avec l'errance des résidents. Ces derniers ont plus tendance à errer lorsqu'ils se retrouvent dans une chambre autre que la leur (60%), la salle de bain (92%), les couloirs (73%), ou hors de l'unité (72%) p <0 ,001). Une lumière plus vive, plus de variation dans les niveaux sonores, et une ambiance entraînant ont tendance à créer des conditions propices à l'errance</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/>Prérequis <input checked="" type="checkbox"/>Environnement <input checked="" type="checkbox"/>Processus de soins <input checked="" type="checkbox"/>Résultats escomptés</p>	<p>7/7</p>

Auteurs (Année), Pays Titre Base de données	Type d'étude, But(s)	Échantillon, Collecte et analyse des données, Cadre de référence	Intervention	Résultats	Dimensions des soins centrés sur la personne	Évaluation de la qualité (MMAT et AMSTAR)
		Outils d'évaluation de l'environnement: - (son) Quest Technologies Model 2400 Sound Level Meter - (lumière) The Gossen Color Pro 3F Light Meter - (humidité) Thermohydrmete r (Indoor Humidity Gauge) - (température) Thermometer, #63- 1013, Radio Shack- Tandy Co, Fort Worth, Texas, 1999) - (ambiance) The ambiance scale				

Auteurs (Année), Pays Titre Base de données	Type d'étude, But(s)	Échantillon, Collecte et analyse des données, Cadre de référence	Intervention	Résultats	Dimensions des soins centrés sur la personne	Évaluation de la qualité (MMAT et AMSTAR)
		Analyse : Test t Test de Khi carré Régression logistique Statistique descriptive Cadre de référence <i>The need-driven dementia- compromised behavior (Kullberg, Sharp, Dahl, Brandberg et Bergenmar) model</i>				
Bauer et al. (2015) Australie An evaluation of Snoezelen® compared to 'common best	Étude quantitative descriptive observatoire; But: Évaluer l'effet du Snoezelen sur le comportement d'errance et l'agitation des	Échantillon: N= 16; (75 ans et plus) 2 CHSLD ; GE : n=9 GC : n= 7 Collecte des données:	Intervention environnementale et sensorielle: Snoezelen (aménagement d'un espace avec lumière tamisée, accompagné d'une musique douce, pour créer	Diminution significative du comportement d'errance et d'agitation à T1 (p < 0,001) et T3 (p<0,01) pour GC et GE Pas différence significative notée entre GC et GE à différents	<input checked="" type="checkbox"/> Prérequis <input checked="" type="checkbox"/> Environnement <input checked="" type="checkbox"/> Processus de soins <input checked="" type="checkbox"/> Résultats escomptés	6/7

Auteurs (Année), Pays Titre Base de données	Type d'étude, But(s)	Échantillon, Collecte et analyse des données, Cadre de référence	Intervention	Résultats	Dimensions des soins centrés sur la personne	Évaluation de la qualité (MMAT et AMSTAR)
<p>practice'for allaying the symptoms of wandering and restlessness among residents with dementia in aged care facilities.</p> <p>PubMed</p>	<p>personnes âgées atteintes TNC légers et sévères par rapport aux interventions habituelles (communication, activité de diversion, repos interaction social, évaluation de la douleur...)</p>	<p>Observation et enregistrement:</p> <p>4 moments pour chaque période de comportement:</p> <p>T0= moment où le comportement s'est produit et avant intervention du personnel;</p> <p>T1= immédiatement après une intervention;</p> <p>T2= 30 min. après intervention;</p> <p>T3= 60 min.après</p> <p><i>Queen Elizabeth Behavioural Assessment Graphical Scale (QEBAGS).</i></p> <p><i>-Psychogeriatric Assessment Scale</i></p>	<p>une ambiance agréable.</p> <p>Stimulation des 5 sens)</p> <p>Interventions habituelles (communication, activité de diversion, repos, interaction sociale, évaluation de la douleur...)</p> <p>2 jours par semaine sur une période de 12 semaines</p> <p>matin, après-midi et soir</p>	<p>moments de l'intervention. Ce qui suggère que l'utilisation du Snoezelen ne présente pas d'avantage significatif comparé aux interventions habituelles du CHSLD</p>		

Auteurs (Année), Pays Titre Base de données	Type d'étude, But(s)	Échantillon, Collecte et analyse des données, Cadre de référence	Intervention	Résultats	Dimensions des soins centrés sur la personne	Évaluation de la qualité (MMAT et AMSTAR)
		(comportement: agitation, errance et agressivité) Analyse des données: Statistiques descriptives. -Test de rang signé de Wilcoxon Cadre de référence Aucun mentionné				
Chenoweth et al. (2009) Australie Caring for Aged Dementia Care Resident Study (CADRES) of person- centred care, dementia-care mapping, and usual care in dementia: a	Étude avec randomisation en grappes But : Évaluer l'efficacité sur les comportements et la qualité de vie entre des soins centrés sur la personne, le dementia-care mapping et les soins habituels chez les	Échantillon : N= 289 15 CHSLD; 3 groupes G1 : n=98 personnes soins centrés sur la personne G2 : n=109 personnes « <i>dementia-care mapping</i> »	-2 jours formation de 2 personnes pour chaque CHSLD sur les soins centrés sur la personne accompagnement sur site 2 fois et par téléphone 4 mois. Thèmes : comportement, forme de communication; reconnaître que les sentiments persistent malgré le TNC; reconnaître les	Réduction significative du score CMAI chez les personnes ayant reçu soins centrés sur la personne post intervention et 4 mois post intervention (p=0,01); Pas de diminution significative du score CMAI chez les personnes ayant reçu « <i>dementia- care mapping</i> » post intervention et 4 mois	<input checked="" type="checkbox"/> Prérequis <input type="checkbox"/> Environnement <input checked="" type="checkbox"/> Processus de soins <input checked="" type="checkbox"/> Résultats escomptés	7/7

Auteurs (Année), Pays Titre Base de données	Type d'étude, But(s)	Échantillon, Collecte et analyse des données, Cadre de référence	Intervention	Résultats	Dimensions des soins centrés sur la personne	Évaluation de la qualité (MMAT et AMSTAR)
cluster-randomised trial.	personnes ayant TNC	<p>G3: n=82 personnes soins usuels.</p> <p>Mesure :</p> <p>Pré intervention, post 4 mois d'intervention et suivi 4 mois après intervention.</p> <p>Collecte de données</p> <p>-Échelle agitation de Cohen- Mansfield;</p> <p>- <i>Neuropsychiatric inventory for the nursing home</i></p> <p>- <i>Quality of life in late-stage dementia</i></p> <p>Analyse des données</p>	<p>sentiments pendant l'interaction; explorer comment les actions du personnel ont un impact sur le comportement des personnes ayant TNC; prise en compte de l'histoire de vie des personnes soignées</p> <p>- <i>Dementia care mapping</i> : 6 h par jour pendant 2 jours avant, pendant et après déjeuner, diner, et les activités de l'après-midi.</p> <p>- Soins habituel</p>	<p>post-intervention (p=0,77).</p> <p>Augmentation significative du score CMAI chez les personnes ayant eu les soins habituels post intervention et 4 mois post-intervention (p=0,03)</p>		

Auteurs (Année), Pays Titre Base de données	Type d'étude, But(s)	Échantillon, Collecte et analyse des données, Cadre de référence	Intervention	Résultats	Dimensions des soins centrés sur la personne	Évaluation de la qualité (MMAT et AMSTAR)
		Test de Khi carré Test de Kruskal-Wallis ANOVA Modélisation linéaire hiérarchique Cadre de référence : <i>The Caring for Aged Dementia Care Resident Study (CADRES)</i>				
Abraha et al. (2017) Union Européenne Systematic review of systematic reviews of non-pharmacological interventions to treat behavioural disturbances in	Revue systématique But : Avoir une vue d'ensemble des interventions non pharmacologiques pour les SCPD	Échantillon : N= 180 (2009-2015) SCPD mesuré par : <i>Neuropsychiatric Inventory; Brief Psychiatric Rating Scale; BPRS;</i>	Interventions identifiées: Aromathérapie, stimulation sensorielle; massage; thérapie tactile, luminothérapie et jardin sensoriel; interventions cognitives / émotionnelle; la stimulation cognitive, thérapie par la	Dans l'ensemble, la musicothérapie et les techniques de gestion comportementale étaient efficaces pour réduire agitation et anxiété.		9/11

Auteurs (Année), Pays Titre Base de données	Type d'étude, But(s)	Échantillon, Collecte et analyse des données, Cadre de référence	Intervention	Résultats	Dimensions des soins centrés sur la personne	Évaluation de la qualité (MMAT et AMSTAR)
<p>older patients with dementia.</p> <p>Google Scholar</p>		<p><i>Cohen-Mansfield Agitation Inventory; Cornell</i></p> <p><i>Scale for Depression in Dementia.</i></p> <p>Banque de données</p> <p>PubMed, EMBASE, base de données Cochrane</p> <p>des revues systématiques, CINAHL; PsycINFO</p> <p>DARE</p> <p>Extraction des données</p> <p>2 personnes indépendantes</p> <p>AMSTAR</p> <p>Analyse</p> <p>Approche narrative</p>	<p>musique / danse, thérapie par la danse, Snoezelen,</p> <p>stimulation nerveuse électrique transcutanée,</p> <p>thérapie de réminiscence, thérapie de validation</p> <p>thérapie de présence simulée; technique de gestion du comportement</p> <p>thérapie par l'exercice, zoothérapie, soins spéciaux;</p> <p>interventions basées sur l'environnement des unités et des salles à manger. Musicothérapie.</p>	<p>Proposition d'une classification des interventions :</p> <p>Sensorielles, Cognitives/Émotionnelles, Comportementales, mixtes, autres (exercice physique, zoothérapie)</p> <p>Encore du travail à faire en vue d'établir l'efficacité des interventions non pharmacologique (raisons : taille échantillons des études, qualité méthodologique, taxonomie des interventions non standard).</p>		

Auteurs (Année), Pays Titre Base de données	Type d'étude, But(s)	Échantillon, Collecte et analyse des données, Cadre de référence	Intervention	Résultats	Dimensions des soins centrés sur la personne	Évaluation de la qualité (MMAT et AMSTAR)
Livingston et al. (2014) Angleterre Non- pharmacological interventions for agitation in dementia: systematic review of randomised controlled trials. Google Scholar	Revue systématique d'essais contrôlés randomisés sur interventions non pharmacologique s ayant un impact sur l'agitation	Échantillon : N=33 (9 août 2011-12 juin 2012 Banque de données PubMed, Web of Knowledge, British; PsycINFO, Evidence, System for Informations sur la littérature grise, The Stationery; Web des publications, Service national d'information technique, CINAHL; base de données Cochrane. Extraction des données Analyse	Soins centrés sur la personne (formation communication adaptée à la personne âgée ayant MA) Interventions identifiées: Intervention environnementale (adaptation de l'environnement); Intervention sensorielle (musicothérapie). Aromathérapie et luminothérapie	La formation du personnel en soins centrés sur la personne en ce qui concerne la communication et soins adaptés aux personnes ayant MA a un impact immédiat sur diminution de l'agitation et 6 mois après en CHSLD Diminution significative de l'agitation intervention sensorielle. Aromathérapie et luminothérapie pas efficacité sur l'agitation		8/11

Auteurs (Année), Pays Titre Base de données	Type d'étude, But(s)	Échantillon, Collecte et analyse des données, Cadre de référence	Intervention	Résultats	Dimensions des soins centrés sur la personne	Évaluation de la qualité (MMAT et AMSTAR)
		Méta-analyse				
<p>Olazarán et al. (2010)</p> <p>É.-U.</p> <p>Nonpharmacological therapies in Alzheimer's disease: a systematic review of efficacy.</p> <p>Google Scholar</p>	<p>Évaluer les meilleures interventions non pharmacologiques pour les personnes ayant la MA ou des troubles associés</p>	<p>Échantillon : N=179</p> <p>... - 15 septembre 2008</p> <p>Banque de données :</p> <p>Medline, PsycINFO, CINAHL, Embase, Lilacs, et Cochrane Dementia Cognitive Improvement</p> <p>Group Specialized Register</p> <p>Extraction des données</p> <p>2 chercheurs</p> <p>Recherche d'études randomisées</p> <p>Analyse :</p>	<p>Interventions identifiées:</p> <p>Intervention cognitivo-comportementale : (stimulation cognitive, entraînement cognitif, intervention comportementale);</p> <p>Intervention sensorielle : (luminothérapie, toucher thérapeutique, massage, relaxation musculaire)</p> <p>Formation, information et soutien proche aidant et personnel infirmier</p> <p>Intervention environnementale : Modification environnement.</p>	<p>-Formation, information et soutien proche aidant et soignants : Impacts positifs sur perception par rapport au TNC et qualité de vie.</p> <p>-Formation du personnel infirmier à la réduction des contentions physique : Résultat pas significatif sur la réduction des contentions physique (p=0,059)</p> <p>-Interventions non pharmacologiques : résultats significatifs bien-être psychologique, qualité de vie, humeur, comportement du proche aidant et la personne atteinte de TNC.</p>		8/11

Auteurs (Année), Pays Titre Base de données	Type d'étude, But(s)	Échantillon, Collecte et analyse des données, Cadre de référence	Intervention	Résultats	Dimensions des soins centrés sur la personne	Évaluation de la qualité (MMAT et AMSTAR)
		Méta-analyse Software Stata V10, SSC METAN				
Neubauer et al. (2018) Canada What do we know about strategies to	Revue systématique de littérature But : Identifier et catégoriser les stratégies high- tec (GPS, alarmes, senseurs,	Échantillon : N=118 (1990-2017) Banque de données : EMBASE, CINAHL, Ovid; Medline,	Interventions identifiées: Catégorie high-tech = 6 Alarme/surveillance	Majorité des études étaient évaluées en institutions; peu étaient évaluées en milieu communautaire et l'ensemble		9/11

Auteurs (Année), Pays Titre Base de données	Type d'étude, But(s)	Échantillon, Collecte et analyse des données, Cadre de référence	Intervention	Résultats	Dimensions des soins centrés sur la personne	Évaluation de la qualité (MMAT et AMSTAR)
<p>manage dementia-related wandering?</p> <p>Google Scholar</p>	<p>bluetooth, dispositif RFID ...) et low-tec (barrières visuelles, musicothérapie, poupée thérapeutique, exercices ...) utilisées pour diminuer les risques associés à l'errance en lien avec TNC</p>	<p>PsyclINFO, Web of Science; Scopus</p> <p>Extraction des données</p> <p>Analyses</p> <p>Analyse du contenu</p> <p>Statistiques descriptives</p>	<p>Appareil de localisation : GPS</p> <p>Appareil de détection d'errance</p> <p>Distraction/redirection</p> <p>Unité fermée barrière</p> <p>Catégorie low-tech= 14</p> <p>Barrières visuelles, musicothérapie, thérapie par la poupée; programme exercices; miroir devant la porte de sortie; barrière dissuasive tissu sur la porte de sortie; porte camouflée; signalisations; renforcement positif; distraction; <i>Silver Alerte</i>; aromathérapie; stratégie d'orientation vers la réalité; éclairage;</p>	<p>des preuves scientifiques des résultats étaient faibles</p>		

Auteurs (Année), Pays Titre Base de données	Type d'étude, But(s)	Échantillon, Collecte et analyse des données, Cadre de référence	Intervention	Résultats	Dimensions des soins centrés sur la personne	Évaluation de la qualité (MMAT et AMSTAR)
			niveau de bruit/température; stratégie pharmaceutique; unité fermée/contention physique			
Moore et al. (2009) USA A framework for managing wandering and preventing elopement. Google Scholar	Étude théorique But : Proposition d'un cadre de référence pour aider au choix d'une intervention appropriée en vue de prendre en soin l'errance et empêcher les fugues	Échantillon : N=... (1990-...) Banque de données : ... Extraction des données ... Analyses Analyse du contenu Statistiques descriptives Revue de la littérature	3 concepts d'interventions d'errance : -Intervention relationnelle -Intervention technologique -Intervention sur les politiques de soins 10 catégories d'intervention : Interaction soignant/personne soignée, récréatives, éducatives, environnementale, physique, visuelle, sensorielle, administrative, système d'alarme,	Élaboration d'un cadre de référence pour gérer l'errance et prévenir les fugues.	<input checked="" type="checkbox"/> Prérequis <input checked="" type="checkbox"/> Environnement <input checked="" type="checkbox"/> Processus de soins <input checked="" type="checkbox"/> Résultat escomptés	

Auteurs (Année), Pays Titre Base de données	Type d'étude, But(s)	Échantillon, Collecte et analyse des données, Cadre de référence	Intervention	Résultats	Dimensions des soins centrés sur la personne	Évaluation de la qualité (MMAT et AMSTAR)
		scientifique et grise, expérience clinique des auteurs	Standardiser les procédures 22 sous catégories d'intervention Diversion, comportementale, thérapie alternative, activité structuré, formation des soignants, registre des personnes faisant de l'errance, force de l'ordre pour personne faisant de l'errance, sortie dissuasive, affiche pour s'orienter, environnement multi sensoriel, modification de l'environnement, bandes dissuasives, serrures de portes simple, dispositif de retenu, système de verrouillage automatique, système d'alarme, dispositif			

Auteurs (Année), Pays Titre Base de données	Type d'étude, But(s)	Échantillon, Collecte et analyse des données, Cadre de référence	Intervention	Résultats	Dimensions des soins centrés sur la personne	Évaluation de la qualité (MMAT et AMSTAR)
			identification par radio fréquence, GPS, caméra, évaluation des personnes faisant de l'errance, procédure pour la recherche des personnes perdu..			

Annexe C : Évaluation de la qualité des écrits

L'outil *Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT)* de Hong et al. (2020)

Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT) version 2018 - Outil d'évaluation de la qualité méthodologique des études qualitatives, quantitatives et mixtes

Catégories d'études	Critères de qualité méthodologique	Réponses			
		Oui	Non	Ne sait pas	Commentaires
Questions préliminaires (triage)	P1. Est-ce que les questions de recherche sont claires?				
	P2. Est-ce que les données collectées permettent de répondre aux questions de recherche?				
	<i>L'évaluation de la qualité méthodologique avec le MMAT ne peut pas être poursuivie si la réponse est « Non » ou « Ne sait pas » à l'une ou aux deux questions.</i>				
1. Études qualitatives	1.1. L'approche qualitative est-elle appropriée pour répondre à la question de recherche?				
	1.2. Les méthodes de collecte de données qualitatives sont-elles adéquates pour répondre à la question de recherche?				
	1.3. Les résultats émanent-ils adéquatement des données?				
	1.4. L'interprétation des résultats est-elle suffisamment étayée par les données?				
	1.5. Y a-t-il une cohérence entre les sources, la collecte, l'analyse et l'interprétation des données qualitatives?				
2. Essais à répartition aléatoire	2.1. La répartition au hasard des participants (<i>randomisation</i>) est-elle effectuée de manière appropriée?				
	2.2. Les groupes sont-ils comparables au début de l'étude (avant l'intervention)?				
	2.3. Les données sur les effets (<i>outcomes</i>) sont-elles complètes?				
	2.4. Est-ce que l'évaluation est effectuée à l'aveugle (les évaluateurs ne savent pas qui reçoit quelle intervention)?				
	2.5. Les participants ont-ils reçu l'intervention qui leur a été assignée?				
3. Études quantitatives sans répartition aléatoire	3.1. Les participants constituent-ils un échantillon représentatif de la population cible?				
	3.2. Les mesures sont-elles appropriées en ce qui a trait aux effets (<i>outcomes</i>) et à l'intervention (ou l'exposition)?				
	3.3. Les données sur les effets (<i>outcomes</i>) sont-elles complètes?				
	3.4. Les facteurs de confusion sont-ils pris en compte dans la conception de l'étude et l'analyse des données?				
	3.5. Pendant l'étude, est-ce que l'intervention a été menée (ou l'exposition a eu lieu) comme prévu?				
4. Études quantitatives descriptives	4.1. La stratégie d'échantillonnage est-elle pertinente pour répondre à la question de recherche?				
	4.2. L'échantillon est-il représentatif de la population cible?				
	4.3. Les mesures sont-elles appropriées?				
	4.4. Le risque de biais de non-réponse est-il faible?				
	4.5. L'analyse statistique est-elle appropriée pour répondre à la question de recherche?				
5. Études utilisant les méthodes mixtes	5.1. La justification de l'utilisation des méthodes mixtes pour répondre à la question de recherche est-elle adéquate?				
	5.2. L'intégration des diverses composantes de l'étude a-t-elle été effectuée de manière à répondre à la question de recherche?				
	5.3. La résultante (<i>outputs</i>) de l'intégration des composantes quantitatives et qualitatives est-elle adéquatement interprétée?				
	5.4. Les divergences et les contradictions entre les résultats quantitatifs et qualitatifs sont-elles abordées de façon adéquate?				
	5.5. Les différentes composantes de l'étude adhèrent-elles aux critères de qualité des traditions méthodologiques concernées?				

Évaluation de la qualité des écrits – Études quantitatives, qualitatives, mixtes

Évaluation de la qualité méthodologique				
Yilmaz, C. K., & Aşiret, G. D. (2020). The Effect of Doll Therapy on Agitation and Cognitive State in Institutionalized Patients With Moderate-to-Severe Dementia: A Randomized Controlled Study. Journal of geriatric psychiatry and neurology, 0891988720933353.				
Étude: The Effect of Doll Therapy on Agitation and Cognitive State in Institutionalized Patients With Moderate-to-Severe Dementia: A Randomized Controlled Study (Doll Therapy)				
Auteurs: Yilmaz, C. K. et Aşiret, G. D. (2020)				
Catégories d'études	Critères de qualité méthodologique	Réponses		
		O u i	N o n	Ne sait pas
Questions préliminaires (triage)	P1. Est-ce que les questions de recherche sont claires?	X		
	P2. Est-ce que les données collectées permettent de répondre aux questions de recherche?	X		
	<i>L'évaluation de la qualité méthodologique avec le MMAT ne peut pas être poursuivie si la réponse est « Non » ou « Ne sait pas » à l'une ou aux deux questions.</i>			
1. Études qualitatives	1.1. L'approche qualitative est-elle appropriée pour répondre à la question de recherche?			
	1.2. Les méthodes de collecte de données qualitatives sont-elles adéquates pour répondre à la question de recherche?			
	1.3. Les résultats émanent-ils adéquatement des données?			
	1.4. L'interprétation des résultats est-elle suffisamment étayée par les données?			

	1.5. Y a-t-il une cohérence entre les sources, la collecte, l'analyse et l'interprétation des données qualitatives?			
2. Essais à répartition aléatoire	2.1. La répartition au hasard des participants (randomisation) est-elle effectuée de manière appropriée?	X		
	2.2. Les groupes sont-ils comparables au début de l'étude (avant l'intervention)?	X		
	2.3. Les données sur les effets (outcomes) sont-elles complètes?	X		
	2.4. Est-ce que l'évaluation est effectuée à l'aveugle (les évaluateurs ne savent pas qui reçoit quelle intervention)?	X		
	2.5 Les participants ont-ils reçu l'intervention qui leur a été assignée?	X		
3. Études quantitatives sans répartition aléatoire	3.1. Les participants constituent-ils un échantillon représentatif de la population cible?			
	3.2. Les mesures sont-elles appropriées en ce qui a trait aux effets (outcomes) et à l'intervention (ou l'exposition)?			
	3.3. Les données sur les effets (outcomes) sont-elles complètes?			
	3.4. Les facteurs de confusion sont-ils pris en compte dans la conception de l'étude et l'analyse des données?			
	3.5. Pendant l'étude, est-ce que l'intervention a été menée (ou l'exposition a eu lieu) comme prévu?			
4. Études quantitatives descriptives	4.1. La stratégie d'échantillonnage est-elle pertinente pour répondre à la question de recherche?			
	4.2. L'échantillon est-il représentatif de la population cible?			
	4.3. Les mesures sont-elles appropriées?			
	4.4. Le risque de biais de non-réponse est-il faible?			
	4.5. L'analyse statistique est-elle appropriée pour répondre à la question de recherche?			
5. Études utilisant les méthodes mixtes	5.1. La justification de l'utilisation des méthodes mixtes pour répondre à la question de recherche est-elle adéquate?			

	5.2. L'intégration des diverses composantes de l'étude a-t-elle été effectuée de manière à répondre à la question de recherche?			
	5.3. La résultante (outputs) de l'intégration des composantes quantitatives et qualitatives est-elle adéquatement interprétée?			
	5.4. Les divergences et les contradictions entre les résultats quantitatifs et qualitatifs sont-elles abordées de façon adéquate?			
	5.5. Les différentes composantes de l'étude adhèrent-elles aux critères de qualité des traditions méthodologiques concernées?			

L'outil AMSTAR Checklist de Shea et al. (2007)

Table 2: AMSTAR is a measurement tool created to assess the methodological quality of systematic reviews.

<p>1. Was an 'a priori' design provided? The research question and inclusion criteria should be established before the conduct of the review.</p>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Can't answer <input type="checkbox"/> Not applicable
<p>2. Was there duplicate study selection and data extraction? There should be at least two independent data extractors and a consensus procedure for disagreements should be in place.</p>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Can't answer <input type="checkbox"/> Not applicable
<p>3. Was a comprehensive literature search performed? At least two electronic sources should be searched. The report must include years and databases used (e.g. Central, EMBASE, and MEDLINE). Key words and/or MESH terms must be stated and where feasible the search strategy should be provided. All searches should be supplemented by consulting current contents, reviews, textbooks, specialized registers, or experts in the particular field of study, and by reviewing the references in the studies found.</p>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Can't answer <input type="checkbox"/> Not applicable
<p>4. Was the status of publication (i.e. grey literature) used as an inclusion criterion? The authors should state that they searched for reports regardless of their publication type. The authors should state whether or not they excluded any reports (from the systematic review), based on their publication status, language etc.</p>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Can't answer <input type="checkbox"/> Not applicable
<p>5. Was a list of studies (included and excluded) provided? A list of included and excluded studies should be provided.</p>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Can't answer <input type="checkbox"/> Not applicable
<p>6. Were the characteristics of the included studies provided? In an aggregated form such as a table, data from the original studies should be provided on the participants, interventions and outcomes. The ranges of characteristics in all the studies analyzed e.g. age, race, sex, relevant socioeconomic data, disease status, duration, severity, or other diseases should be reported.</p>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Can't answer <input type="checkbox"/> Not applicable
<p>7. Was the scientific quality of the included studies assessed and documented? 'A priori' methods of assessment should be provided (e.g., for effectiveness studies if the author(s) chose to include only randomized, double-blind, placebo controlled studies, or allocation concealment as inclusion criteria); for other types of studies alternative items will be relevant.</p>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Can't answer <input type="checkbox"/> Not applicable
<p>8. Was the scientific quality of the included studies used appropriately in formulating conclusions? The results of the methodological rigor and scientific quality should be considered in the analysis and the conclusions of the review, and explicitly stated in formulating recommendations.</p>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Can't answer <input type="checkbox"/> Not applicable
<p>9. Were the methods used to combine the findings of studies appropriate? For the pooled results, a test should be done to ensure the studies were combinable, to assess their homogeneity (i.e. Chi-squared test for homogeneity, I^2). If heterogeneity exists a random effects model should be used and/or the clinical appropriateness of combining should be taken into consideration (i.e. is it sensible to combine?).</p>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Can't answer <input type="checkbox"/> Not applicable
<p>10. Was the likelihood of publication bias assessed? An assessment of publication bias should include a combination of graphical aids (e.g., funnel plot, other available tests) and/or statistical tests (e.g., Egger regression test).</p>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Can't answer <input type="checkbox"/> Not applicable
<p>11. Was the conflict of interest stated? Potential sources of support should be clearly acknowledged in both the systematic review and the included studies.</p>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Can't answer <input type="checkbox"/> Not applicable

Évaluation de la qualité des écrits – Revues systématiques

Abraha, I., Rimland, J. M., Trotta, F. M., Dell'Aquila, G., Cruz-Jentoft, A., Petrovic, M., ... & Cherubini, A. (2017). Systematic review of systematic reviews of non-pharmacological interventions to treat behavioural disturbances in older patients with dementia. The SENATOR-OnTop series. *BMJ open*, 7(3), e012759.

Étude: Systematic review of systematic reviews of non-pharmacological interventions to treat behavioural disturbances in older patients with dementia.

Auteurs: Abraha, I., Rimland, J. M., Trotta, F. M., Dell'Aquila, G., Cruz-Jentoft, A., Petrovic, M., ... & Cherubini, A.

	<p>1. Was an 'a priori' design provided? The research question and inclusion criteria should be established before the conduct of the review.</p>	<input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Can't answer <input type="checkbox"/> Not applicable	
	<p>2. Was there duplicate study selection and data extraction? There should be at least two independent data extractors and a consensus procedure for disagreements should be in place.</p>	<input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Can't answer <input type="checkbox"/> Not applicable	
	<p>3. Was a comprehensive literature search performed? At least two electronic sources should be searched. The report must include years and databases used (e.g. Central, EMBASE, and MEDLINE). Key words and/or MESH terms must be stated and where feasible the search strategy should be provided. All searches should be supplemented by consulting current contents, reviews, textbooks, specialized registers, or experts in the particular field of study, and by reviewing the references in the studies found.</p>	<input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Can't answer <input type="checkbox"/> Not applicable	
	<p>4. Was the status of publication (i.e. grey literature) used as an inclusion criterion? The authors should state that they searched for reports regardless of their publication type. The authors should state whether or not they excluded any reports (from the systematic review), based on their publication status, language etc.</p>	<input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Can't answer <input type="checkbox"/> Not applicable	
	<p>5. Was a list of studies (included and excluded) provided? A list of included and excluded studies should be provided.</p>	<input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Can't answer <input type="checkbox"/> Not applicable	
	<p>6. Were the characteristics of the included studies provided? In an aggregated form such as a table, data from the original studies should be provided on the participants, interventions and outcomes. The ranges of characteristics in all the studies analyzed e.g. age, race, sex, relevant socioeconomic data, disease status, duration, severity, or other diseases should be reported.</p>	<input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Can't answer <input type="checkbox"/> Not applicable	
	<p>7. Was the scientific quality of the included studies assessed and documented? "A priori" methods of assessment should be provided (e.g., for effectiveness studies if the author(s) chose to include only randomized, double-blind, placebo controlled studies, or allocation concealment as inclusion criteria); for other types of studies alternative items will be relevant.</p>	<input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Can't answer <input type="checkbox"/> Not applicable	
	<p>8. Was the scientific quality of the included studies used appropriately in formulating conclusions? The results of the methodological rigor and scientific quality should be considered in the analysis and the conclusions of the review, and explicitly stated in formulating recommendations.</p>	<input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Can't answer <input type="checkbox"/> Not applicable	
	<p>9. Were the methods used to combine the findings of studies appropriate? For the pooled results, a test should be done to ensure the studies were combinable, to assess their homogeneity (i.e. Chi-squared test for homogeneity, I²). If heterogeneity exists a random effects model should be used and/or the clinical appropriateness of combining should be taken into consideration (i.e. is it sensible to combine?).</p>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Can't answer <input checked="" type="checkbox"/> Not applicable	
	<p>10. Was the likelihood of publication bias assessed? An assessment of publication bias should include a combination of graphical aids (e.g. funnel plot, other available tests) and/or statistical tests (e.g., Egger regression test).</p>	<input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Can't answer <input type="checkbox"/> Not applicable	
	<p>11. Was the conflict of interest stated? Potential sources of support should be clearly acknowledged in both the systematic review and the included studies.</p>	<input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Can't answer <input type="checkbox"/> Not applicable	

Annexe D : Grille d'analyse des interventions en fonction des composantes de la théorie de (McCormack et McCance, 2021)

Interventions			Caractéristiques soins centrés sur la personne/Composantes de la théorie de McCormack et McCance (2021)			
Nom	Type	Référence	Prérequis	Environnement	Processus de soins	Résultats escomptés
Snoezelen : Thérapie multisensorielle (vue, odorat, goût, toucher) Intervention multisensorielle dans une pièce aménagée pour la stimulation tactile, lumineuse et auditive Espace dont le but est de créer une ambiance agréable	Intervention mixte (environnementale et sensorielle)	Bauer, et al. (2015)	<input checked="" type="checkbox"/> Compétence Besoins et problèmes de la personne soignée, habiletés en analyse et gestion des comportements réactifs, principes et caractéristiques du snoezelen, configuration d'un environnement snoezelen, formation du personnel qui va faire intervention. <input checked="" type="checkbox"/> Habiletés interpersonnelles Interactions avec les personnes soignées pendant les séances de stimulation sensorielle grâce au snoezelen	<input checked="" type="checkbox"/> Environnement physique aménagement d'une salle Snoezelen qui comprend (musique douce, lumière tamisée, <input checked="" type="checkbox"/> Décision partagée implication de l'ensemble des parties prenantes afin d'insérer les sessions snoezelen dans les plans de soin <input checked="" type="checkbox"/> Collaboration interpersonnelle Interactions entre les différents membres du personnel (thérapeute spécialisé, équipe de soins ...),	<input checked="" type="checkbox"/> Soins holistiques Soins visant le bien-être psychologique, physiologique, physique et psychosocial des personnes soignées <input checked="" type="checkbox"/> Décision partagée Consentement requis de la famille et la personne soignée, la participation est volontaire implication des infirmières <input checked="" type="checkbox"/> Présence sympathique État d'esprit d'écoute, d'observation	<input checked="" type="checkbox"/> Satisfaction des soins Intégration des sessions snoezelen aux plans de soins. <input checked="" type="checkbox"/> Sentiment de bien être Diminution du comportement de déambulation
Poupée thérapeutique	Intervention comportementale	Yilmaz et Aşiret (2020)	<input checked="" type="checkbox"/> Compétence	<input checked="" type="checkbox"/> Décision partagée	<input checked="" type="checkbox"/> Soins holistiques	<input checked="" type="checkbox"/> Sentiment de bien être

Interventions			Caractéristiques soins centrés sur la personne/Composantes de la théorie de McCormack et McCance (2021)			
Nom	Type	Référence	Prérequis	Environnement	Processus de soins	Résultats escomptés
		Turquie	Connaissances relatives à l'utilisation thérapeutique et les bienfaits de la poupée par les soignants, connaître les caractéristiques des poupées : légères, avec des cheveux, les yeux qui ferment et s'ouvrent, pas de matériels dangereux, la plus réaliste possible. <input checked="" type="checkbox"/> Habiletés Interpersonnelles Observation et encadrement de l'interaction entre la poupée et la personne soignée. Interaction entre le soignant ou le chercheur et la personne soignée (entre dans la chambre de la personne, dit bonjour, pose la poupée sur le lit ou	Implication de l'ensemble des chercheurs, infirmières, psychothérapeute, la famille afin d'insérer la poupée thérapie dans les plans de soin	Soins visant le bien-être psychologique, physiologique, physique des personnes soignées <input checked="" type="checkbox"/> Décision partagée Consentement requis, implication des du personnel soignant pour le suivi <input checked="" type="checkbox"/> Présence sympathique Respect du choix de la personne soignée d'interagir ou pas avec la poupée. La laisser nommer la poupée. Aller au rythme de la personne soignée. Si cette dernière ne veut pas interagir avec la poupée à l'instant T, l'infirmières n'insiste pas mais revient plus tard écoute active,	Baisse anxiété, meilleure communication avec les autres personnes soignées et personnel soignant <input checked="" type="checkbox"/> Création d'une culture thérapeutique Intégration de la poupée thérapie aux plans de soins.

Interventions			Caractéristiques soins centrés sur la personne/Composantes de la théorie de McCormack et McCance (2021)			
Nom	Type	Référence	Prérequis	Environnement	Processus de soins	Résultats escomptés
			à un endroit stratégique en disant la « poupée est pour vous » et observe les réactions de la personne		accompagnement de la personne soignée au cours de l'intervention Le soignant facilite l'interaction entre la poupée et la personne soignée	
Massage thérapeutique par effleurage	Intervention sensorielle	Holliday-Welsh et al. (2009)	<input checked="" type="checkbox"/> Compétence Connaissances relatives à l'utilisation thérapeutique du massage par effleurage <input checked="" type="checkbox"/> Habilités Interpersonnelles Par ex. interactions avec les personnes soignées lors des séances de massage	<input checked="" type="checkbox"/> Environnement physique Endroit calme <input checked="" type="checkbox"/> Collaboration interpersonnelle Sessions d'information/formation sur le massage thérapeutique par effleurage de façon à les rendre aptes à le pratiquer. Implication de l'ensemble des parties prenantes afin d'insérer le massage thérapeutique par effleurage dans les plans de soin. Interactions entre les différents membres du personnel : Psychothérapeutes, personnel de soins...	<input checked="" type="checkbox"/> Soins holistiques Soins visant le bien-être psychologique, physiologique, physique des personnes soignées : le massage <input checked="" type="checkbox"/> Décision partagée Collaboration dans Prise de décision de soin consentement requis, implication des parties prenantes pour le suivi <input checked="" type="checkbox"/> Présence sympathique Porter attention et être sensible avec	<input checked="" type="checkbox"/> Sentiment de bien être Réduction significative de l'errance, de l'agitation/abus verbal, de l'agitation/abus physique, de la résistance aux soins. <input checked="" type="checkbox"/> Création d'une culture thérapeutique Intégration du massage thérapeutique aux plans de soins.

Interventions			Caractéristiques soins centrés sur la personne/Composantes de la théorie de McCormack et McCance (2021)			
Nom	Type	Référence	Prérequis	Environnement	Processus de soins	Résultats escomptés
					ce que la personne soignée vie Intervention personnalisée car l'intervention n'est pas fait au même moment pour tout le monde mais, une fenêtre du moment d'agitation pour chaque résident a été déterminée L'intervention est faite pour chaque personne à un moment bien déterminé dans la journée	
Musicothérapie	Intervention sensorielle	Ray et Mittelman (2017) USA	<input checked="" type="checkbox"/> Compétence Connaissance des problèmes comportementaux des personnes soignées, préférences musicales des personnes soignées. <input checked="" type="checkbox"/> Habilités Interpersonnelles	<input checked="" type="checkbox"/> Environnement physique Salon privé de la résidence <input checked="" type="checkbox"/> Systemes décisionnels partagés implication de l'ensemble des parties prenantes afin d'insérer les séances de musicothérapie dans les plans de soin <input checked="" type="checkbox"/> Collaboration interpersonnelle	<input checked="" type="checkbox"/> Soins holistiques Soins visant le bien-être psychologique, physiologique, physique et psychosocial des personnes soignées <input checked="" type="checkbox"/> Décision partagée Consentement requis, implication	<input checked="" type="checkbox"/> Sentiment de bien être personnes soignées Réduction significative des symptômes de dépression, d'agitation <input checked="" type="checkbox"/> Création d'une culture thérapeutique

Interventions			Caractéristiques soins centrés sur la personne/Composantes de la théorie de McCormack et McCance (2021)			
Nom	Type	Référence	Prérequis	Environnement	Processus de soins	Résultats escomptés
			Interactions avec les personnes soignées pendant les séances de musicothérapie.	Partenariat avec les familles afin d'obtenir les préférences musicales des personnes soignées. Interactions entre les différents membres du personnel (travailleurs sociaux, personnel récréatif	des proches aidants <input checked="" type="checkbox"/> Présence sympathique Personnes soignées libres de quitter une séance à tout moment, la durée et le lieu d'une séance dépendent de la personne soignée. Discussions avec les personnes soignées sur la musique présentée, rétroaction des personnes soignées relativement aux séances de musicothérapie	Intégration des séances de musicothérapie aux plans de soins.
Musicothérapie individualisée (écouter de la musique, danser, jouer à un instrument, improviser une musique et danser, parler pendant	Intervention sensorielle (+commenter une musique présentée)	Ridder et al. (2013). Norvège	<input checked="" type="checkbox"/> Compétence Besoins et problèmes de la personne soignée, habiletés en musicothérapie individualisée dans le contexte de troubles neurocognitifs,	<input checked="" type="checkbox"/> Systèmes décisionnels partagés Implication de l'ensemble des parties prenantes afin d'insérer les séances de musicothérapie dans les plans de soin <input checked="" type="checkbox"/> Collaboration interpersonnelle	<input checked="" type="checkbox"/> Soins holistiques visant le bien-être psychologique, physiologique, physique des personnes soignées <input checked="" type="checkbox"/> Décision partagée	<input checked="" type="checkbox"/> Satisfaction des soins Sentiment de satisfaction du personnel soignant relativement à l'expérience de soins vécue (réduction des

Interventions			Caractéristiques soins centrés sur la personne/Composantes de la théorie de McCormack et McCance (2021)			
Nom	Type	Référence	Prérequis	Environnement	Processus de soins	Résultats escomptés
l'écoute de la musique)			<p>formation universitaire en musicothérapie, habiletés en soins relationnels et soins centrés sur la personne.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Habiletés Interpersonnelles Interactions avec les personnes soignées pendant les séances de musicothérapie; la personne peut fredonner un chant, inventer un chant, jouer à un instrument, danser et l'intervenant s'adapte à la situation.</p>	<p>Collaboration des familles afin d'obtenir les préférences musicales et instrumentales des personnes soignées ou pour leur rétroaction relativement aux séances de musicothérapie et les effets de la thérapie sur la personne soignée, enregistrement de CD pour les familles pour utilisation en dehors des séances de</p>	<p>Consentement requis, implication des parties prenantes pour le suivi. les activités lors d'une séance de musicothérapie dépendent de la personne soignée, interaction avec la personne soignée pendant les séances de musicothérapie</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Présence sympathique Écoute active de la personne soignée pendant les sessions de musicothérapie lorsque cette dernière décide de s'exprimer ou</p>	<p>prescriptions d'antipsychotiques pour les personnes soignées</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sentiment de bien être Réduction significative des symptômes d'agitation, amélioration de la qualité de vie des personnes soignées</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Création d'une culture thérapeutique Intégration des séances de musicothérapie aux plans de soins.</p>
Programme thérapeutique d'exercices physiques structuré	Intervention récréative	Traynor et al. (2018) Australie	<p><input checked="" type="checkbox"/> Compétence Habiletés à réaliser les activités retenues à travers les formations</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Habiletés</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Systèmes décisionnels partagés Implication de l'ensemble des parties prenantes pour la mise-en-place du programme</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Soins holistiques Planification, le choix des exercices et la réalisation des séances d'exercices tiennent compte</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Satisfaction des soins Sentiment de satisfaction du personnel soignant relativement à</p>

Interventions			Caractéristiques soins centrés sur la personne/Composantes de la théorie de McCormack et McCance (2021)			
Nom	Type	Référence	Prérequis	Environnement	Processus de soins	Résultats escomptés
			<p>Interpersonnelles Habilités à interagir avec les personnes soignées pendant les séances d'exercices</p> <p>Connaissances et habiletés en soins (besoins et problèmes de la personne soignée, activités pertinentes à inclure dans le programme (taillé sur mesure pour chaque centre de soins) en tenant compte de la condition de santé (aptitudes physiques et cognitives) de personne soignée (revue de littérature + ateliers de travail),</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Collaboration interpersonnelle Collaboration entre physiothérapeutes, infirmières, infirmières auxiliaires, personnel récréatif Interactions entre le personnel de soin et les familles à l'occasion de sessions d'information sur le programme.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Système organisationnel Soutien organisationnel au plus haut niveau : allocation des ressources nécessaires.</p>	<p>de la disposition de la personne soignée, son état de santé; bien-être psychologique, physiologique, physique des personnes soignées</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Décision partagée Consentement requis, implication des parties prenantes pour la planification et le suivi</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Présence sympathique Écoute active, accompagnement de la personne soignée pendant les séances d'exercices</p>	<p>l'expérience de soins vécue. Convaincus des bienfaits de l'activité physique, amélioration perceptible de la qualité de vie des personnes soignées.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sentiment de bien être Réduction significative de l'agitation et de la déambulation</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Création d'une culture thérapeutique Vulgarisation des effets positifs de l'activité physique. Toute l'équipe impliquée dans la promotion de l'activité physique intégration des séances d'exercices physiques aux plans de soins.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Implication dans les soins</p>

Interventions			Caractéristiques soins centrés sur la personne/Composantes de la théorie de McCormack et McCance (2021)			
Nom	Type	Référence	Prérequis	Environnement	Processus de soins	Résultats escomptés
						Les personnes soignées sont partenaires actifs des soins : activité physique adaptée à la personne
Programme thérapeutique de marche supervisée	Intervention récréative	MacAndrew et al. (2019) Australie	<input checked="" type="checkbox"/> Compétence Identification des pics de déambulation quotidiens pour chaque personne soignée, supervision d'une séance de marche thérapeutique avec une personne âgée atteinte de MA (formation offerte) <input checked="" type="checkbox"/> Habilités Interpersonnelles interactions avec les personnes soignées pendant les séances de marche <input checked="" type="checkbox"/> Connaissances de soi	<input checked="" type="checkbox"/> Systèmes décisionnels partagés Implication de l'ensemble des parties prenantes afin d'organiser et planifier les séances de marche thérapeutique en harmonie avec les plans de soin) <input checked="" type="checkbox"/> Collaboration interpersonnelle <input checked="" type="checkbox"/> Système organisationnel Composition des équipes de soins besoin de personnel additionnel pour les séances de marche	<input checked="" type="checkbox"/> Soins holistiques Soins visant le bien-être psychologique, physiologique, physique des personnes soignées <input checked="" type="checkbox"/> Décision partagée Consentement requis, implication des parties prenantes pour le suivi. la planification, l'itinéraire, la durée et la réalisation des séances de marche tient compte de la disposition de la personne soignée, son état de santé, son pic de déambulation quotidien. On	<input checked="" type="checkbox"/> Satisfaction des soins Sentiment de satisfaction du personnel soignant relativement à l'expérience de soins vécue. Meilleure collaboration et réceptivité des personnes soignées. <input checked="" type="checkbox"/> Sentiment de bien être Réduction de la déambulation notamment la déambulation nocturne, amélioration de la qualité de vie <input checked="" type="checkbox"/> Création d'une culture thérapeutique

Interventions			Caractéristiques soins centrés sur la personne/Composantes de la théorie de McCormack et McCance (2021)			
Nom	Type	Référence	Prérequis	Environnement	Processus de soins	Résultats escomptés
			Capacité d'introspection en vue de se réajuster continuellement et d'améliorer les séances de marche		insiste sur la participation volontaire de la personne soignée aux séances de marche. Si cette dernière ne veut pas marcher à l'instant T, le soignant n'insiste pas mais revient plus tard ☑Présence sympathique Écoute active, pendant accompagnement de la personne soignée pendant les sessions de marche	Intégration de l'activité de marche supervisée aux plans de soins ☑Implication dans les soins Sentiment d'implication des personnes soignées dans leur soin elles sont partenaires actifs des soins : l'intervention adaptée au rythme de la personne soignée
Unité cognitivo-comportementale (UCC : différents ateliers spécifiques et généraux)	Intervention mixte (environnementale et cognitivo-comportementale)	Delphin-Combe et al. (2013) France	☑Compétence Avoir des connaissances sur les troubles comportementaux de la personne soignée ☑Habilités Interpersonnelles Interaction avec les personnes soignées pendant	☑Environnement physique UCC; Unité ou l'environnement est conçu pour accueillir la personne MA ☑Collaboration interpersonnelle Collaboration entre psychologue, psychomotricienne, ergothérapeute et	☑Présence sympathique Écoute active, accompagnement de la personne soignée pendant les ateliers de journal, esthétique, créatif	☑Sentiment de bien être Réduction significative des comportements réactifs (errance, idées délirantes, agitation, dépression, anxiété, désinhibition), maintien des

Interventions			Caractéristiques soins centrés sur la personne/Composantes de la théorie de McCormack et McCance (2021)			
Nom	Type	Référence	Prérequis	Environnement	Processus de soins	Résultats escomptés
			les différents ateliers proposés	<p>équipe de soignants lors des ateliers</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Système organisationnel favorable</p> <p>Implication des parties prenantes dans le processus décisionnel dans les soins (par ex. : implication de l'ensemble des parties prenantes afin d'organiser et planifier les différents ateliers)</p>		capacités attentionnelles, stimulation des capacités préservées, meilleure estime de soi, préservation de l'autonomie
Luminothérapie (intervention d'éclairage sur mesure)	Intervention mixte (environnementale et sensorielle)	Figueiro et al. (2014) USA	<p><input checked="" type="checkbox"/> Compétence</p> <p>Problèmes comportementaux de la personne soignée, connaître habitudes de la personne soignée (heure de réveil et de coucher, ou elle passe le plus de temps pendant la journée), habiletés en aménagement de la chambre de chaque personne soignée en vue d'obtenir un éclairage approprié</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Environnement physique</p> <p>Aménagement des chambres des personnes soignées (éclairage)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Systèmes décisionnels partagés</p> <p>Implication de l'ensemble des parties prenantes afin d'insérer les séances de luminothérapie dans les plans de soin)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Collaboration interpersonnelle</p> <p>Partenariat avec les familles pour l'aménagement de la</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Soins holistiques</p> <p>soins visant le bien-être psychologique, physiologique, physique des personnes soignées</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Décision partagée</p> <p>Consentement requis, implication des parties prenantes</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Satisfaction des soins</p> <p>satisfaction du personnel soignant relativement à l'intervention. Amélioration du comportement des personnes soignées.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sentiment de bien être</p> <p>Amélioration de la durée, l'efficacité et qualité du sommeil.</p>

Interventions			Caractéristiques soins centrés sur la personne/Composantes de la théorie de McCormack et McCance (2021)			
Nom	Type	Référence	Prérequis	Environnement	Processus de soins	Résultats escomptés
			<input checked="" type="checkbox"/> Habilités Interpersonnelles Dans la collecte des données	chambre de la personne soignée		
Stratégies dissuasives pour contrer la déambulation	Intervention mixte (environnementale et cognitivo-comportementale)	Padilla et al. (2013) Espagne	<input checked="" type="checkbox"/> Compétence Habiletés dans l'identification des ajustements pertinents de l'environnement physique des personnes soignées; bandes dissuasives à l'entrée de la maison et sur les portes vitrées. Entraînement cognitif par renforcement différentiel des comportements (travail sur le langage, la mémoire, la socialisation de la personne soignée) <input checked="" type="checkbox"/> Habilités Interpersonnelles Interactions avec les personnes soignées pendant les séances	<input checked="" type="checkbox"/> Environnement physique Bandes dissuasives à la porte de sortie et sur les portes vitrées de l'entrée. <input checked="" type="checkbox"/> Collaboration interpersonnelle Collaboration entre les cliniciens et les psychologues dans la complétion des évaluations. <input checked="" type="checkbox"/> Système organisationnel favorable Implication de l'ensemble du personnel soignant afin d'insérer les séances de renforcement positif des comportements (lorsque la personne va aux toilettes et que ce n'est pas de la déambulation ou entre en contact avec une autre personne on le	<input checked="" type="checkbox"/> Soins holistiques Soins visant le bien-être psychologique, physiologique, physique des personnes soignées Le soignant fait attention au langage, encourage la personne, ne la confronte.	<input checked="" type="checkbox"/> Sentiment de bien être Réduction de la fréquence d'errance, amélioration de la socialisation, de la qualité de vie des personnes soignées, maintien des capacités attentionnelles <input checked="" type="checkbox"/> Satisfaction des soins Sentiment de satisfaction du personnel soignant relativement à l'intervention (moins d'anxiété, de stress en lien avec la situation de santé des personnes soignées)

Interventions			Caractéristiques soins centrés sur la personne/Composantes de la théorie de McCormack et McCance (2021)			
Nom	Type	Référence	Prérequis	Environnement	Processus de soins	Résultats escomptés
			renforcement différentiel des comportements	félicite) dans les plans de soin		
Ajustements environnementaux Ajustements au niveau de l'environnement physique peut avoir un impact sur la personne soignée	Intervention mixte (environnementale et sensorielle)	Algase et al. (2010) USA	<input checked="" type="checkbox"/> Compétence Identification des ajustements pertinents de l'environnement physique de chaque personne soignée (lumière, son, ambiance, salles de bain, couloirs ...).	<input checked="" type="checkbox"/> Environnement physique Ajustement du niveau sonore ambiant, de la luminosité ou la température ambiante, du niveau d'humidité ambiant, des couloirs, des salles de bain ...)	<input checked="" type="checkbox"/> Soins holistiques Soins visant le bien-être psychologique, physiologique, physique des personnes soignées <input checked="" type="checkbox"/> Décision partagée consentement requis, implication des parties prenantes	<input checked="" type="checkbox"/> Sentiment de bien être Réduction du nombre et de la durée des épisodes d'errance, diminution des risques auxquels est exposée la personne du fait de l'errance (risques de chute, fatigue)
Ajustements environnementaux visant à marquer le jour et la nuit	Intervention mixte (environnementale et sensorielle)	Bautrant et al. (2019) France	<input checked="" type="checkbox"/> Compétence habiletés en soins Habiletés en analyse et gestion des comportements réactifs identification des ajustements pertinents de l'environnement physique des personnes soignées (lumière,	<input checked="" type="checkbox"/> Environnement physique Aménagement des dalles de plafond en forme de lucarne dans une partie des locaux communs, diminution progressive de l'éclairage la nuit avec musique de <i>streaming</i> apaisante; murs peints en beige clair, horloges surdimensionnées dans les couloirs, couleur des vêtements de l'équipe	<input checked="" type="checkbox"/> Décision partagée Consentement requis, implication des parties prenantes <input checked="" type="checkbox"/> Soins holistiques Soins visant le bien-être psychologique, physiologique, physique des personnes soignées)	<input checked="" type="checkbox"/> Sentiment de bien être (Comas-Herrera et al.) Réduction significative du nombre de patients faisant de l'errance sur une période de 24 heures. (2) Réduction significative du nombre d'agitation / d'agressions

Interventions			Caractéristiques soins centrés sur la personne/Composantes de la théorie de McCormack et McCance (2021)			
Nom	Type	Référence	Prérequis	Environnement	Processus de soins	Résultats escomptés
			son, ambiance, couloirs ...).	de nuit (bleu foncé) différente de celle de l'équipe de jour (bleu ciel) <input checked="" type="checkbox"/> Collaboration interpersonnelle Collaboration entre thérapeutes occupationnels, infirmières, infirmières auxiliaires ...		physique, d'épisodes d'errance et de cris ainsi que la durée moyenne des épisodes d'errance sur une période de 24 heures (3) Réduction significative du nombre et de la durée moyenne des épisodes d'errance aux heures tardives
Soins aux personnes âgées atteintes de MA	Intervention éducative (formation du personnel soignant)	Chenoweth et al. (2009) Australie	<input checked="" type="checkbox"/> Compétence Formation des infirmières à la communication et gestion du comportement des personnes ayant TNC <input checked="" type="checkbox"/> Habilités Interpersonnelles Découle de la formation <input checked="" type="checkbox"/> Engagement professionnel Découle de la formation		<input checked="" type="checkbox"/> Soins holistiques Découle de la formation	<input checked="" type="checkbox"/> Satisfaction des soins Résultat attendu suite à la formation <input checked="" type="checkbox"/> Sentiment de bien être Résultat attendu suite à la formation <input checked="" type="checkbox"/> Création d'une culture thérapeutique Résultat attendu suite à la formation

Interventions			Caractéristiques soins centrés sur la personne/Composantes de la théorie de McCormack et McCance (2021)			
Nom	Type	Référence	Prérequis	Environnement	Processus de soins	Résultats escomptés
			<input checked="" type="checkbox"/> Croyances et valeurs Découle de la formation			