

Promenons-nous dans les bois

Dans un lieu de vie spécialisé en psycho-gériatrie, une contribution infirmière basée sur le développement du contact des résidents avec la nature peut-elle diminuer les symptômes associés à la démence dans le but d'améliorer leur qualité de vie ?

Solange RAHM & Ophélie ROOS

BACH'11



Figure 1 : Tiré de Afremov, 2013.

**Travail de Bachelor présenté à la
Haute École de la Santé La Source**

LAUSANNE

2014

M. Jeanguenat

Remerciements

Nous tenons à remercier chaleureusement :

M. Michel Jeanguenat, notre directeur de travail de Bachelor, professeur à la Haute Ecole de la Santé La Source, pour sa disponibilité, ses encouragements et son intérêt envers notre projet, ce qui nous a motivées durant l'élaboration de notre travail ;

M. Bernard Zulauf, professeur à la Haute Ecole de la Santé La Source, pour ses encouragements et son soutien ;

M. Henk Verloo, professeur à la Haute Ecole de la Santé La Source, pour ses bons conseils dans le cadre des séminaires ;

Mme Nancy Schlaepfer, directrice des soins à l'EMS de la Rosière, pour sa disponibilité et la riche discussion ;

Mmes Noémie Roos et Anne-Sophie Rahm, nos sœurs respectives, pour leur relecture attentive ;

Et tout ceux qui nous nous encouragées tout au long de ce travail.

Avis au lecteur

La majorité des articles de ce travail sont en anglais et nous les avons traduits librement en essayant de rester le plus proche du sens original

Pour des raisons de lisibilité, nous utilisons le terme « infirmière » pour représenter les professionnels masculins et féminins.

La rédaction et les conclusions de ce travail n'engagent que la responsabilité de ses auteurs et en aucun cas celle de la Haute école de la santé La Source

Résumé

Contexte

L'augmentation exponentielle du nombre de personnes âgées, ainsi que des maladies de type démence est une problématique actuelle dans notre société. La prise en soins de ces populations doit s'adapter et continuer à évoluer face à ces changements. Or, l'infirmière a un rôle central dans le maintien du bien-être et dans la diminution des symptômes liés à la démence afin d'améliorer la qualité de vie des résidents. Les bienfaits de l'environnement naturel sur la santé et le bien-être ont été démontrés dans la littérature scientifique. Par conséquent, nous nous questionnons sur la contribution que peut avoir l'infirmière dans l'amélioration du bien-être et de la qualité de vie de personnes atteintes de troubles démentiels en institution en promouvant une proximité avec la nature dans ses soins.

Méthode

Afin de répondre à notre question, nous avons récolté des articles provenant des bases de données CINAHL et MEDLINE.

Résultats

Nous avons sélectionné 9 articles scientifiques en raison de leur pertinence en regard de notre question de recherche. Certains articles présentent les effets de la nature sur des personnes atteintes de démence institutionnalisées, d'autres traitent des actions infirmières en lien avec l'environnement en institution.

Discussion

La proximité avec la nature a des effets bénéfiques au niveau biologique, psychologique, social et améliore la qualité de vie. La pratique soignante intégrant la nature permet une réduction des coûts et représente donc un enjeu de politique sanitaire. Par ailleurs, une diminution du stress au travail et une amélioration de la santé et de la satisfaction du personnel soignant sont démontrées. Toutefois, il existe un certain nombre de contraintes et de restrictions liées à la mise en place d'un accès à un environnement extérieur. Les habitudes de travail et la culture organisationnelle doivent être remis en question par le personnel pour que ces changements de pratique puissent être effectués et apporter un réel bénéfice.

Conclusion

L'infirmière devrait contribuer à la promotion du contact des résidents avec la nature. Elle devrait encourager les personnes atteintes de démence à passer du temps à l'extérieur, par le biais de promenades, d'activités, ou de moments relationnels. En outre, l'infirmière a un rôle décisionnel dans l'administration, afin de défendre les intérêts des patients. Elle peut encourager la création ou l'entretien d'un jardin thérapeutique et instaurer une culture organisationnelle centrée sur le contact avec la nature. Finalement, l'infirmière joue un rôle primordial dans l'équipe pluridisciplinaire en motivant le personnel à favoriser l'intégration de la nature dans les soins.

Mots-clés

Démence - Rôle infirmier - Nature - Qualité de vie - Agitation

Table des matières

1. Introduction	4
2. Problématique	5
2.1 Démence, définition.....	5
2.2 Troubles associés à la démence.....	5
2.3 Démence, faits et chiffres	7
2.4 Qualité de vie.....	7
2.5 Contact avec la nature	8
2.6 Bienfaits de la nature.....	8
2.7 Les contraintes liées à l'enfermement	9
3. Question de recherche :	9
4. Méthode.....	9
4.1 Bases de données	10
4.2 Recherche par mots-clés	10
4.3 Autres ressources.....	11
5. Résultats.....	11
5.1 Description des résultats de la recherche d'articles.....	11
5.2 Analyse critique des résultats	14
5.3 Tableau de comparaison	19
6. Discussion et perspectives.....	26
6.1 Contact avec la nature	26
6.2 L'infirmière et le patient.....	27
6.2.1 Individualisation du patient.....	27
6.2.2 Biologique.....	27
6.2.3 Psychologique.....	29
6.2.3 Social.....	31
6.2.4 Spirituel.....	32
6.3 L'Infirmière et l'institution.....	33
6.3.1 Réduction des coûts.....	33
6.3.2 Bien-être du personnel.....	33
6.3.3 Contretemps.....	34
6.3.4 Recommandations pour la pratique	35
Conclusion	35
Références.....	37
Bibliographie	41

Annexes

Annexe I : Grille d'analyse modifiée

Annexe II : Grille de comparaison

1. Introduction

Alors qu'à notre époque, nous parlons de technologie, de performance, de développement, la proximité avec la nature s'éloigne de plus en plus de nos modes de vie. Pourtant, la nature est l'essence même de la vie. Est-ce un aspect que nous avons oublié petit à petit, dans notre vie de tous les jours et dans notre vision du monde professionnel ? Au cours des derniers siècles, il y a eu un extraordinaire désengagement des humains de l'environnement naturel [traduction libre] (Katcher & Beck cité dans Maller, Townsend, St Leger, Handerson-Wilson, Pryor, Prosser & Moore, 2009). Cependant, la politique actuelle concernant ce sujet cherche à inverser la tendance et nous avons vu apparaître de plus en plus de parcs en centre ville. L'importance d'un environnement sain, d'un contact avec les plantes et les animaux revient dans les discours. Beaucoup de chercheurs sont arrivés à la conclusion que les humains sont dépendants de la nature, non seulement pour des besoins matériels, mais peut-être de façon plus importante pour combler des besoins psychologiques, émotionnels et spirituels [traduction libre] (Katcher & Beck cité dans Maller, Townsend, St Leger, Handerson-Wilson, Pryor, Prosser & Moore, 2009).

Lors de nos expériences respectives en stage de gériatrie ou psycho-gériatrie, nous avons pu nous apercevoir que de nombreuses institutions en Suisse sont pourvues d'un jardin, souvent joli et bien entretenu, mais que l'usage qui en est fait est très pauvre. En effet, seuls les résidents qui reçoivent des visites de leurs proches ont la possibilité de s'y rendre. Les soignants et ceux qui participent à l'animation intègrent très peu les jardins ou les parcs dans leurs activités ou leurs soins. Nous avons l'impression que les possibilités d'emploi des jardins sont vastes, mais que la routine et le manque de temps empêchent l'optimisation de cet emploi. De plus, pour des raisons de sécurité, pour éviter que les personnes se perdent ou s'enfuient, l'accès à l'extérieur est limité.

Nous pensons qu'un contact avec la nature est bénéfique pour la santé en général. Dans ce travail, nous allons nous intéresser aux effets que peut avoir la nature sur les personnes institutionnalisées atteintes de démences et à la place de l'infirmière dans cette perspective, afin d'améliorer la qualité de vie de ces personnes. Lors de nos expériences professionnelles, nous avons pu remarquer que les personnes atteintes de démences sont souvent sujettes à des épisodes d'agitation, et reçoivent des traitements lourds pour y remédier. Nous pensons qu'il existe d'autres moyens pour calmer les symptômes associés à la démence, et ainsi améliorer la qualité de vie de chacun.

Afin de répondre à notre questionnement, nous présentons premièrement les concepts qui définissent notre cadre théorique. Cette phase conceptuelle nous permet de situer notre problématique et de formuler une question de recherche. Nous développons ensuite la phase méthodologique de notre travail, en présentant les différents outils qui nous ont permis de rassembler les données utiles issues de la littérature, les mots-clés, les bases de données et les autres ressources. Enfin, nous analyserons les données recueillies grâce à une analyse critique et un tableau comparatif des résultats. La phase empirique de notre travail cherche à relever, d'une part, les bénéfices d'une proximité avec la nature chez les personnes atteintes de démences vivant en institution, et d'autre part, comment utiliser ces pistes pour guider la pratique infirmière au quotidien.

2. Problématique

2.1 Démence, définition

Plusieurs définitions de la démence existent dans la littérature scientifique. Nous avons fait le choix de nous appuyer sur celle de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) :

La démence est un syndrome, généralement chronique ou évolutif, dans lequel on observe une altération de la fonction cognitive (capacité d'effectuer des opérations de pensée), plus importante que celle que l'on pourrait attendre du vieillissement normal. Elle affecte la mémoire, le raisonnement, l'orientation, la compréhension, le calcul, la capacité d'apprentissage, le langage et le jugement. La conscience n'est pas touchée. Une détérioration du contrôle émotionnel, du comportement social ou de la motivation accompagne souvent, et parfois précède, les troubles de la fonction cognitive (2012).

Il existe diverses formes de démence. La plus connue et la plus fréquente est la maladie d'Alzheimer. Selon l'AAS (2014), elle représente 50% des cas de démence. Selon l'OMS (2014), ce serait même 60 % à 70 % des cas. La maladie d'Alzheimer se déclare de façon insidieuse. Les symptômes initiaux sont les suivants : troubles de la mémoire et de l'orientation, troubles de l'expression (AAS, 2014). La deuxième forme de démence la plus fréquente est la démence vasculaire, avec une prévalence d'environ 20 %. Son principal symptôme initial est un ralentissement de la pensée et des capacités pratiques. Des sautes d'humeur sont également souvent observées (AAS, 2014). D'autres types de démence sont recensés, comme la démence fronto-temporale, dont les symptômes sont l'impulsivité, une levée de l'inhibition, une modification de la personnalité et des troubles du langage. La démence à corps de Lewy s'exprime par des capacités cognitives fluctuantes, des symptômes de type Parkinson et des hallucinations. Finalement, la maladie de Creutzfeldt-Jakob induit une perte très rapide des capacités cognitives, des changements psychiques et des troubles moteurs (AAS, 2014).

Il existe plusieurs étapes de progression de la maladie. Selon les sources, trois, quatre ou sept phases sont recensées. L'évaluation des troubles cognitifs s'effectue souvent grâce au Mini-Mental State Examination (MMSE). Le MMSE est un instrument d'évaluation des fonctions cognitives mis au point pour un dépistage rapide des déficits cognitifs. Les questions portent sur l'orientation dans le temps (5 points), l'orientation dans l'espace (5 points), le rappel immédiat de trois mots (3 points), l'attention (5 points), le rappel différé des trois mots (3 points), le langage (8 points) et les praxies constructives (1 point). Le score maximum est donc de 30 points.

La désorientation spatiale est un symptôme qui apparaît très tôt dans les maladies de type démence. D'après Naomi Feil (1994), le premier stade dans la démence de type Alzheimer est la mal-orientation. D'après Passini (cité dans Passini, Pigot, Rainville & Tétreault, 2000), la notion d'orientation spatiale ou de « trouver son chemin » se réfère à la capacité de la personne à mentalement s'imaginer ou à se représenter un environnement physique et à s'imaginer dans l'espace de cette représentation [traduction libre].

2.2 Troubles associés à la démence

Les personnes atteintes de démence souffrent souvent des symptômes comportementaux et psychologiques. L'Association internationale de Psycho-gériatrie (IPA) a adopté la définition de BPSD (Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia), ce qui signifie « symptômes comportementaux et psychologiques de la démence » : ce sont des symptômes de perception, de contenu de la pensée, d'humeur ou de comportement perturbé qui se manifestent fréquemment chez les patients atteints de démence [traduction libre] (Finkel, Costa e Silva, Cohen, Miller, & Sartorius, cité dans Ervin, Finlaysion & Cross, 2012, p. 86). Les BPSD ont été identifiés comme faisant partie intégrante des troubles de la démence. Dans sa description de la maladie, Alois

Alzheimer (1906) a compté des symptômes comportementaux comme des manifestations importantes de la maladie, incluant de la paranoïa, des illusions d'abus sexuels, des hallucinations, des cris.

L'Association internationale de Psycho-gériatrie (IPA) a défini, en 1996, les symptômes cliniques des BPSD en les séparant en deux catégories. Les symptômes comportementaux (agression physique, cris, agitation, errance, comportements culturellement inappropriés, désinhibition sexuelle, plaintes et observations) et les symptômes psychologiques (anxiété, humeur dépressive, hallucinations et illusions) (IPA, 2002).

La prévalence de BPSD chez les résidents atteints de démence est estimée à 70-80 % par certains auteurs (Zimmer, Watson, & Treat, 1984 cité dans Ervin et al., 2012) ; d'autres affirment que cela affecte toutes les personnes diagnostiquées démentes (Savva, Zaccai, Matthews, Davidson, McKeith & Brayne, 2009, cité dans Ervin et al., 2012, p. 86).

L'expression de ces symptômes peut varier. Selon Ray, Taylor, Lichtenstein et Meador (1992), les soignants des institutions sont souvent confrontés à des difficultés de prise en soins des personnes démentes et les BPSD peuvent être considérés comme des facteurs perturbateurs et stressants pour les soignants. Ils peuvent se traduire par des errances, des déambulations, mais aussi par des agressions physiques et verbales, des refus de soins et des cris [traduction libre] (cité dans Ervin et al., 2012, p. 86). Selon Valla et Harrington (1998), afin de palier à ces comportements d'agitation et d'agressivité, qui représentent une réelle charge pour les soignants, une certaine forme de contention peut apparaître avec l'utilisation de traitements sédatifs, par exemple. Or, ces derniers accélèrent le déclin fonctionnel des personnes atteintes de démence (cité dans Rappe & Topo, 2007). Pourtant, le taux de prescription d'antipsychotiques dans les institutions est généralement estimé à 80 % malgré les effets négatifs bien connus [traduction libre] (Beers, O'Mahony & Gallagher, cité dans Ervin et al., 2012, p. 86).

L'agitation a été définie par Cohen-Mansfield et Billig comme une activité verbale, vocale ou motrice inappropriée, qui n'est pas jugée par un observateur externe comme résultant directement de besoins apparents ou de confusion de l'individu agité [traduction libre] (cité dans Oppikofer & Geschwindner, 2012, p. 307).

La dépression ou l'humeur dépressive est un symptôme qui a une forte prévalence chez les personnes institutionnalisées, particulièrement les personnes démentes. En effet, selon les résultats de différentes études, 20 à 50 % des résidents en institution souffriraient de dépression légère ou modérée (Watanabe, Kaneko, Hanaoka & Okamura, 2007). Selon l'IPA, plus de 80 % des personnes atteintes de démence présenteraient des symptômes dépressifs (2002). Outre le fait d'avoir prouvé son impact négatif sur la qualité de vie des personnes atteintes de démence, la dépression a d'autres impacts significatifs. D'après Kuroda et Sumida, la diminution de l'activité est un résultat de la dépression. La diminution d'activité mène à un déclin des fonctions physiques, tels que la force musculaire et à un déclin psychologique. À l'inverse, le déclin dans les activités de la vie quotidienne augmente parfois la dépression [traduction libre] (cité dans Watanabe et al., 2007). Il a été également observé que la dépression cause une diminution des fonctions cognitives et une détérioration de la mémoire épisodique (Palsson et al., cité dans Watanabe et al., 2007).

2.3 Démence, faits et chiffres

D'après l'Association Alzheimer Suisse (AAS), une personne sur 22 est aujourd'hui âgée de 80 ans ou plus. Il est prévu que ce taux augmente jusqu'à une personne sur 9 en 2050 (AAS, 2014). De plus, on peut estimer qu'en Suisse, le nombre de personnes atteintes de démence passera de 102'000 en 2007 à 200'000 en 2030 pour atteindre 300'000 en 2050. La progression se fait très rapidement et selon l'AAS (2014), il y a en Suisse plus de 27'000 nouveaux cas de personnes atteintes par année. La proportion augmente également dans les EMS, où pour 64,5 % des résidents, il existe soit un diagnostic de démence, soit une suspicion de démence (AAS, 2014).

La principale raison de cette augmentation phénoménale des personnes atteintes de démence est l'augmentation de l'espérance de vie en Suisse. L'Office fédéral de la statistique (OFS), démontre que la moyenne d'âge a augmenté d'environ 8 ans depuis les années 1980 (OFS, 2014). Ainsi, les personnes âgées suisses deviennent de plus en plus vieilles, et comme le risque de démence augmente avec l'âge, de plus en plus de personnes sont diagnostiquées. En effet, le principal facteur de risque est l'âge. D'après Rappe & Topo (2007), 55 % des personnes atteintes de démence ont plus de 80 ans [traduction libre] (p. 230). Moins de 3 % des personnes entre 65 et 69 ans sont atteintes de démence ; pour celles âgées de 80 à 84 ans, le taux est de 12.5 % (AAS, 2014). On constate que les personnes atteintes de démence sont en majorité des femmes : elles représentent deux tiers des malades. Cela s'explique par le fait que les femmes atteignent plus souvent un âge élevé que les hommes (AAS, 2014).

Les conséquences de cette augmentation massive des personnes atteintes de démence sont nombreuses. Premièrement, la prise en charge coûte cher. En 2009, les coûts globaux engendrés par les démences en Suisse atteignaient 6.9 milliards de francs. Plus de 95 % de ces coûts concernent les soins et l'accompagnement (AAS, 2014). Les coûts sont élevés en institution, les effectifs sont parfois trop faibles et les conditions ne permettent pas toujours d'offrir une qualité de vie optimale aux résidents (AAS, 2014). Les directions des institutions jugent que le financement insuffisant de l'accompagnement des personnes atteintes de démence est le problème le plus important, et qu'il est même plus grave que le manque de personnel (AAS, 2014). Beaucoup d'institutions facturent des suppléments hôteliers spécifiques à charge des personnes atteintes de démence (AAS, 2014). La prise en soins de ces personnes est souvent plus exigeante pour les professionnels de la santé car les personnes atteintes de démences peuvent présenter des troubles du comportement et perdre leur autonomie dans les activités de la vie quotidienne (AAS, 2014). Les coûts liés aux traitements sont considérables. Presque 70 % des résidents atteints de démence reçoivent des neuroleptiques à long terme. Ces médicaments présentent des risques importants comme une progression plus rapide de la démence, un risque cardiovasculaire élevé ainsi qu'une augmentation de la mortalité (AAS, 2014). Compte tenu de ces problématiques actuelles, nous jugeons nécessaire de nous intéresser aux différentes stratégies qui pourraient réduire la médication et encourager les soignants à améliorer la qualité de vie des résidents et du personnel.

2.4 Qualité de vie

La qualité de vie est un élément multidimensionnel et complexe. Elle est définie par l'OMS comme étant la perception qu'ont les individus de leur position dans la vie, en fonction de leur culture et de leurs valeurs. Elle dépend de leurs buts, leurs attentes, leurs critères et leurs inquiétudes [traduction libre] (OMS, cité dans Beerens, Zwakhalen, Verbeek, Ruwaard & Hamers, 2013, p. 1260). Afin de déterminer en quoi le contact avec la nature peut améliorer la qualité de vie des personnes institutionnalisées atteintes de démence, il nous faut définir les facteurs ayant une influence sur cette population cible. Selon Lawton (1994), les composantes objectives (compétence comportementale et environnement) autant que subjectives (qualité de

vie perçue et bien-être psychologique) sont généralement considérées comme étant des domaines importants dans la qualité de vie de personnes atteintes de démence [traduction libre] (cité dans Beerens et al., 2013, p. 1260). Beerens et al. ont conduit une étude afin de déterminer quels facteurs sont associés à la qualité de vie des personnes atteintes de démence vivant dans des structures de soins à long terme. Les résultats de cette étude démontrent que l'humeur, et particulièrement les symptômes dépressifs, sont des facteurs qui ont un impact négatif sur l'auto-évaluation de la qualité de vie de cette population. Ainsi, plus les symptômes dépressifs sont présents, plus le niveau de qualité de vie est bas. De plus, des troubles du comportement, spécialement l'agitation, ainsi qu'un degré important de dépendance dans les activités de la vie quotidienne peuvent aussi engendrer une diminution de l'estimation de la qualité de vie chez les personnes atteintes de démence. Enfin, le stade de démence possède un impact sur la qualité de vie : plus les capacités cognitives sont présentes, plus la qualité de vie des personnes atteintes de démence en institution peut être élevée (Beerens et al., 2013).

De nombreuses échelles d'évaluation de la qualité de vie ont été développées afin d'évaluer la qualité de vie des personnes atteintes de démence. Dans ce travail, nous nous basons sur la DEMQOL, étant l'échelle utilisée dans les articles que nous avons sélectionnés. Cette échelle est un questionnaire qui comporte 28 items, axés sur les ressentis de la personne, sa mémoire et sa vie de tous les jours.

Un modèle de qualité de vie en cas de démence a été élaboré. L'ADI-QOL définit des facteurs individuels de qualité de vie tels que la qualité des soins, la santé, la communication, l'environnement, la personne. Il précise, dans les facteurs diminuant la qualité de vie, la restriction environnementale (Banerjee et al.). De nombreuses interventions psychosociales et pharmacologiques ont été développées afin d'améliorer la qualité de vie. Cependant, la recherche de Beeners et al. ne relève pas de liens évidents entre la quantité de psychotropes utilisés et la qualité de vie. Gonzalez-Salvador et al. et Wetzels et al, (cité dans Beeners et al., 2013) ont reporté dans leurs résultats que les médicaments anxiolytiques sont associés avec un niveau bas de qualité de vie.

2.5 Contact avec la nature

Dans ce travail, nous allons souvent parler de nature et de contact avec celle-ci. Ainsi, il est nécessaire de clarifier comment nous la définissons.

Les écrits de Van den Berg (2005) correspondent à notre conception de la nature et à la façon dont nous voulons l'aborder dans ce travail. Selon elle, la nature est l'environnement dans lequel les organismes et leurs biotopes se manifestent expressément. En plus des réserves naturelles, elle comprend également les terres agricoles, les forêts, les espaces verts urbains et les jardins [traduction libre].

2.6 Bienfaits de la nature

L'exposition à la nature a un impact évident sur l'humeur, la concentration et le stress physiologique [traduction libre] (Health Council of the Netherlands, 2004, p. 54). Selon Ulrich (cité dans Health Council of the Netherlands, 2004), l'environnement permet un rétablissement et une évacuation de tout stress, et pas uniquement de la fatigue intellectuelle [traduction libre] (p. 48). D'après Van den Berg (2005), il existe une preuve substantielle et convaincante que la vue de la nature sur un écran ou à travers une fenêtre peut promouvoir le soulagement du stress et de la douleur [traduction libre] (p. 32). D'autres auteurs ont prouvé des effets bénéfiques pour le bien-être psychique de tout individu. Selon Mayer, McPherson Frantz, Bruehlman-Senecal et Dolliver (2008), l'exposition à la nature renforce la capacité de concentration, les émotions positives et la capacité à réfléchir sur les problèmes de la vie. De plus, elle diminue les

comportements négatifs (anxiété, agressivité, dépression ou maladie) et augmente les comportements positifs [traduction libre] (p. 1).

Frumkin (2001) s'est intéressé aux bienfaits non seulement de l'exposition à la nature, mais également des activités dans un cadre naturel. Dans un échantillon de plus de 700 personnes qui ont participé à un camp d'excursions sauvages, 90 % ont décrit un sentiment accru de vie, de bien-être, et d'énergie. 90 % des personnes ont attesté que cette expérience les a aidés à arrêter un comportement d'addiction [traduction libre] (p. 238).

Qu'elle soit active ou seulement passive, l'exposition à la nature a manifestement un impact positif sur notre humeur et notre bien-être psychique. Selon Kaplan (cité dans Health Council of the Netherlands, 2004), l'environnement naturel offre une opportunité pour se distancer des activités et des pensées routinières et il attire automatiquement l'attention sans même demander d'effort [traduction libre] (p. 48). Certaines recherches indiquent également que les personnes ont tendance à rechercher la nature quand elles se sentent stressées ou fatiguées, parce qu'elles pressentent que la nature a un effet restaurateur [traduction libre] (Health Council of the Netherlands, 2004, p. 55).

2.7 Les contraintes liées à l'enfermement

Afin de pouvoir discuter de l'intérêt et des bénéfices d'un contact avec l'extérieur et la nature, nous voulons définir les impacts néfastes liés à l'enfermement.

Des médecins se sont intéressés depuis les années 2000 à l'impact du manque de contact avec la nature sur le développement des enfants. Selon le docteur Melissa Lem, « cette carence est propice au développement de certains problèmes comportementaux tels qu'un déficit d'attention et une hyperactivité [...] ainsi que de la dépression ou encore un retard de leurs aptitudes sociales » (Réseau École et Nature, 2013, p. 3). Nous parlons ici du développement de l'enfant. Une étude menée par McMinn et al. (2000) a comparé les réactions d'agressivité de personnes atteintes de démence durant douze mois sans accès à l'extérieur, puis les douze mois suivants avec un accès à l'extérieur. Les résultats sont convaincants. La sortie du confinement a pour résultat une diminution significative de l'agressivité verbale et physique, ce qui nous permet de dire que le confinement à l'intérieur a un impact négatif sur le comportement des personnes atteintes de démence en institution.

3. Question de recherche :

Dans un lieu de vie spécialisé en psycho-gériatrie, une contribution infirmière basée sur le développement du contact des résidents avec la nature peut-elle diminuer les troubles associés à la démence dans le but d'améliorer leur qualité de vie ?

4. Méthode

Dans ce chapitre, nous allons reprendre le cheminement effectué dans les bases de données, dans la stratégie par mots-clés, puis présenter nos différentes stratégies de recherche d'articles scientifiques.

4.1 Bases de données

Avant de commencer nos recherches, nous avons pris connaissance du fonctionnement des bases de données grâce au cours prodigué par le Centre de Documentation (CEDOC), notamment la formation à l'utilisation de la base Cumulative Index to Nursing and Allied Health (CINAHL) et MEDLINE, et à l'importance des thésaurus. Ce sont ces deux bases de données que nous avons le plus utilisées pour rechercher nos articles. Nous avons également consulté la base de données BDSP, mais nous nous sommes vite arrêtées car le thésaurus ne contenait pas le descripteur « nature », qui était un de nos mots-clés phare. Nous avons utilisé principalement CINAHL, qui nous semblait plus instinctive dans son utilisation, et qui est une base de données infirmière, ce qui nous semblait pertinent compte tenu de notre discipline. De plus, nous avons parfois croisé nos résultats avec la base de données MEDLINE. Les thésaurus nous ont été d'une grande utilité ; en revanche, nous n'avons pas ressenti le besoin d'utiliser le MeSH pour MEDLINE, étant donné que nous avons moins utilisé cette base de données et que notre niveau d'anglais nous le permettait. Nous pensions aux mots-clés directement en anglais, et les thésaurus nous aidaient à utiliser le bon terme. La plupart du temps, les bases de données ne nous ont pas fourni un accès direct aux textes intégraux. C'est là que la base de données « Google Scholar » nous a été d'un grand secours, car elle nous redirigeait vers de nombreuses plateformes, nous permettant d'accéder aux articles recherchés. Nous avons aussi parfois fait appel aux bibliothécaires du CEDOC car l'article recherché se trouvait dans une revue auquel le CEDOC était abonné. Il faut également noter que l'intégration du fonctionnement et de l'utilisation des bases de données nous a été très utile pour la suite du travail, notamment la problématique ou la discussion, dans lesquelles nous utilisons beaucoup d'articles de recherche.

4.2 Recherche par mots-clés

À l'aide des thésaurus des différentes bases de données, nous avons effectué nos recherches par mots-clés. Le tableau suivant récapitule les combinaisons effectuées et les résultats obtenus sur les bases de données CINAHL et MEDLINE.

Notre recherche s'est divisée selon deux axes. Le premier visait à explorer les bénéfices de la nature et d'un environnement naturel sur les symptômes associés à la démence, et le deuxième s'intéressait au rôle spécifique de l'infirmière dans l'environnement du résident.

Combinaison CINAHL	Résultats	Commentaire
Dementia AND Nature AND Nursing	101	Trop d'articles, 0 gardé
Dementia AND Nature AND Nursing AND Quality of life	15	4 articles gardés
Dementia AND Nature AND Nursing AND Agitation	4	0 gardé
Dementia AND Nature AND Nursing AND Well-being	10	0 gardé
Dementia AND Garden AND Nursing AND Well-being	2	1 gardé

Combinaison CINAHL	Résultats	Commentaire
Dementia AND Nature AND Nursing Home Care	40	3 articles gardés
Dementia AND Garden AND Nursing Home	9	1 article gardé

Care		
Dementia AND Garden AND Quality of life	2	1 article gardé

Combinaison MEDLINE	Résultat	Commentaire
Dementia, Garden, Behavior	21	2 articles gardé
Dementia, Garden, Agitation	4	1 article gardé

Combinaison CINAHL	Résultats	Commentaire
Dementia AND Health Environment AND Patient Centered Care	60	0 gardé
Alzheimer's disease AND Health Environment AND Patient Centered Care	10	0 gardé
Alzheimer's disease AND Health Environment AND Residential Care	12	0 gardé
Dementia AND Health Environment AND Residential Care	66	2 gardés
Dementia AND Physical Environment AND Person-centered theory	1	1 gardé
Nurse and patient AND Natural Environment AND Caring for the Elderly	0	
Nursing theory AND Environment AND Dementia	38	1 gardé
Nursing AND Agitation AND Dementia AND Interventions	88	4 gardés

4.3 Autres ressources

Lorsque nous avons commencé la lecture, nous nous sommes intéressées à l'origine des articles. C'est ainsi que nous avons découvert l'existence d'une revue nommée *Journal of Housing for the Elderly*, à laquelle nous avons facilement accès depuis internet. Nous avons donc cherché directement sur le site de la revue pour trouver d'autres articles, et les résultats ont été fructueux, car nous avons découvert des études non proposées par les bases de données avec nos descripteurs.

Lors de la lecture de notre sélection d'articles, nous avons pu constater que certains auteurs étaient cités très fréquemment. Nous avons donc trouvé certaines publications de ces auteurs, et nous les avons utilisées soit pour la problématique, soit pour les résultats. C'est entre autres le cas de M. Detweiler, qui est à l'origine de trois de nos articles sélectionnés.

Finalement, nous avons analysé les références bibliographiques des articles de recherche sélectionnés. Grâce à ces stratégies, nous avons pu accéder à des articles très intéressants et avantageux pour nos résultats.

5. Résultats

5.1 Description des résultats de la recherche d'articles

Les résultats trouvés au fur et à mesure de notre enquête dans les bases de données ont orienté notre méthodologie. Au début de notre recherche, nous avons voulu trouver des articles qui mettaient en évidence le rôle infirmier dans la promotion du contact avec la nature chez les personnes atteintes de démence. Or, ce sujet n'est pas assez développé dans la littérature. Nous avons alors opté pour la recherche des effets bénéfiques de la nature sur l'amélioration de la

qualité de vie des personnes atteintes de démence par la réduction des symptômes associés. Notre recherche a été fructueuse. Pour rester dans une perspective infirmière, nous avons finalement cherché quel rôle l'infirmière a dans la promotion d'un environnement de santé en maison de soins pour personnes atteintes de démence.

Au total, nous avons sélectionné 22 articles. Nous avons d'abord créé notre propre grille d'analyse critique (Annexe I : Grille de lecture modifiée) selon les critères proposés par le Bureau de transfert et d'échange de connaissances (BTEC). En remplissant la grille, nous avons développé un avis critique sur la méthodologie et sur les résultats des articles sélectionnés. En parallèle, et pour avoir une vue comparative, nous avons créé une première grille de comparaison qui nous a également servi à évaluer la pertinence des articles et leur utilité pour répondre à notre question de recherche (Annexe II : Grille de comparaison). Ces outils nous ont permis de prendre du recul, et d'avoir une bonne vue d'ensemble de chaque article. Une première sélection s'est faite naturellement grâce à ces deux grilles. Par la suite, nous avons établi certains critères d'exclusion ou d'inclusion des articles à notre sélection.

Concernant les articles qui traitent des bienfaits de la nature sur les personnes atteintes de démences, nous n'avons pas retenu les articles dans lesquels les participants n'étaient pas résidents en maisons de soins. En effet, plusieurs articles étudiaient des personnes atteintes de démences vivant à domicile. De plus, nous avons sélectionné uniquement les articles qui mentionnaient, dans leur questionnement, les troubles associés à la démence. Nous n'avons gardé que les articles concernant des établissements psycho-gériatriques et éliminé ceux qui se déroulaient en institution gériatrique. D'autre part, le contact avec la nature devait être primordial dans la méthodologie de recherche. Lorsque nous avons entré le descripteur « environnement », nous avons uniquement sélectionné les articles qui parlaient d'environnement naturel, et non pas ceux qui relevaient de l'architecture intérieure ou du design de la maison. Finalement, nous avons gardé les recherches dans lesquelles les données étudiées résultaient directement des résidents et non des soignants ou de l'entourage.

Concernant les articles qui traitent des interventions infirmières dans la promotion d'un environnement de santé, nous avons conservé les articles qui s'intéressaient plus spécifiquement à l'environnement physique, et qui donnaient des pistes claires d'interventions infirmières. Le problème le plus souvent rencontré avec ce genre d'articles était le manque de démarche systématique. D'après Seaman (cité dans Fortin, 1996), « la recherche scientifique est un processus systématique de collectes de données observables et vérifiables, à partir du monde empirique, en vue de décrire, d'expliquer, de prédire ou de contrôler des phénomènes » (p. 15). La majorité des articles parlant du rôle infirmier n'étaient ni des articles de recherche scientifique, ni des revues de littérature. Nous avons éliminé les articles dont la méthodologie, le contenu ou la logique manquait de cohérence vis-à-vis de la question de recherche. Nous avons ainsi écarté d'office les articles dont les étapes ne nous semblaient pas fiables ou trop simplistes.

Nous avons particulièrement veillé à ce que nos articles soient récents, afin qu'ils soient les plus adaptés à la situation actuelle. À l'exception de deux articles datant de 2000 et 2004, les recherches sur lesquelles nous nous appuyons pour ce travail ont été effectuées à partir de 2007. Nous nous sommes également assurées que les revues dont les articles sont issus soient variées. Toutes possèdent un comité de rédaction scientifique, trois d'entre elles possèdent un facteur d'impact. Nous avons tâché de retenir des études dont les pays de réalisation soient variés : Finlande, États-Unis, Australie, Angleterre, Suisse. Malheureusement, le manque de recherches infirmières dans ce domaine nous a contraintes à retenir des articles dont les auteurs ne sont pas tous infirmiers ; ainsi, seulement trois des articles retenus ont été menés par un corpus de recherche infirmier. La variété des chercheurs peut effectivement présenter le risque de s'éloigner de notre but et de notre discipline, mais peut aussi être une plus-value pour notre travail. En effet, l'avis d'architectes, de médecins, de psychologues ou de chercheurs en sciences

naturelles nous procure une vision plus globale des enjeux et nous permettra d'argumenter notre positionnement quant à ce sujet.

Grâce à notre analyse critique, nous avons pu poser un jugement global sur les articles sélectionnés, ce qui nous a amenées à retenir 9 articles sur les 22 sélectionnés au cours de notre recherche. Le tableau suivant présente les articles choisis en deux catégories principales, afin de faciliter la présentation de leurs résultats respectifs. De prime abord, nous avons récolté des articles qui mettent en lien les bénéfices d'un contact avec la nature, l'amélioration de la qualité de vie et du bien-être des résidents et la diminution des symptômes liés à la démence. Nous avons trouvé sept articles pertinents qui répondent à cette attente. Trois de ces sept articles ont été écrits par le même corpus de chercheurs (à un intervenant près), et leurs recherches ont été menées dans la même maison de soins, lors de la même intervention. Mais comme la question de recherche est différente à chaque fois, et que les articles ne se répètent pas, nous avons jugé pertinent de les conserver tous les trois.

Par la suite, nous avons récolté des articles qui mettent en évidence le rôle infirmier dans les interventions en lien avec un environnement de santé.

Articles qui s'intéressent aux bienfaits de la nature sur les symptômes associés à la démence		
Titre	Année	Problématique
I. Contact with Outdoor Greenery Can Support Competence Among People with Dementia	2007	Impact du bien-être des résidents atteints de démence grâce au contact avec les plantes et grâce à des promenades dehors.
II. An evaluation of a therapeutic garden's influence on the quality of life of aged care residents with dementia	2012	L'effet d'un jardin thérapeutique sur la qualité de vie de personnes âgées et dépendantes atteintes de démence.
III. Therapeutic effects of an outdoor activity program on nursing home residents with dementia	2007	L'effet d'un programme d'activités à l'extérieur sur le sommeil et le comportement des résidents.
IV. Does a wander garden influence inappropriate behaviours in dementia residents?	2008	L'effet d'un <i>wander garden</i> sur l'agitation et le besoin de médication des personnes atteintes de démences en institution.
V. Scheduled Medications and Falls in Dementia Patients Utilizing a Wander Garden	2009	Le lien entre l'utilisation du <i>wander garden</i> et l'utilisation de médication, le nombre et la sévérité des chutes.
VI. Longitudinal analysis of differential effects on agitation of a therapeutic garden for dementia patients based on ambulation ability	2010	L'effet de visites dans le <i>wander garden</i> sur la réduction du niveau d'agitation des patients.
VII. Confined to barracks: The effects of indoor confinement on aggressive behavior among inpatients of an acute psychogeriatric unit	2000	Effets d'un accès libre au jardin sur l'agressivité verbale et physique, et les raisons de ces comportements.
Articles qui s'intéressent au rôle infirmier par rapport à l'environnement		
VIII. Nursing interventions in cases of agitation and dementia	2014	La fréquence et les circonstances de l'agitation et des pistes d'interventions infirmières.
IX. Nonpharmacologic Interventions for Inappropriate Behaviors in Dementia: A Review, Summary, and Critique	2004	L'impact des interventions non-pharmacologiques pour des personnes souffrant de démences.

5.2 Analyse critique des résultats

En règle générale, les articles dans la littérature démontrant les bienfaits de la nature chez les personnes âgées ne sont pas nombreux. Le peu d'articles trouvés ont des résultats tout à fait prometteurs et positifs, mais malheureusement aucun n'est réalisé sur des échantillons de grande taille. Dans la section qui suit, nous allons étudier en détail la méthodologie de chaque article retenu pour notre revue de littérature.

I. **Contact with Outdoor Greenery Can Support Competence Among People with Dementia (Rappe & Topo)**

Il s'agit d'une double recherche qualitative effectuée en Finlande par un docteur en sciences de l'agriculture et un docteur en sociologie de la personne âgée. Le but de la première étude est de présenter l'impact de l'environnement vert et des plantes sur le bien-être des résidents atteints de démence, et comment le personnel infirmier prend en compte cet environnement dans les soins. Le but de la deuxième étude est de décrire les impacts sur le bien-être des résidents d'être ou de voir dehors. Cette étude a donc analysé les données relatives aux événements suivants : aller dehors, essayer d'aller dehors ou voir la verdure depuis l'intérieur. Ils se sont donc demandé quelle association existe entre le bien-être et l'environnement vert, et quel impact cet environnement a sur les interactions sociales.

Cette double recherche a été publiée en 2007 par la revue *Journal of Housing for the Elderly*, qui possède un comité de rédaction scientifique. La première a été effectuée dans 10 maisons de soins différentes et la deuxième dans 8, ce qui représente une cohorte conséquente de participants. Cependant, cette étude a été menée en Finlande. Ainsi, nous pensons que ces résultats ne sont pas totalement significatifs. En effet, nous supposons que la nature est souvent plus présente dans les mœurs et dans le quotidien des personnes des pays nordiques car la majorité des études qui étudiaient les bénéfices en lien avec la nature provenant de ces régions. Malgré cela, la contribution de cet article à notre travail nous semble très importante, car les résultats décrivent des effets autant positifs que négatifs, et nous donnent des pistes et des recommandations quant au rôle des soignants.

II. **An evaluation of a therapeutic garden's influence on the quality of life of aged care residents with dementia (Edwards, McDonnell & Merl)**

Cette étude quantitative et qualitative a été publiée en Australie en 2012. Elle est parue dans la revue scientifique *Dementia*, qui fait partie du *Committee On Publications Ethics (COPE)* et possède un comité de rédaction. Le but de cette étude est d'évaluer en quoi un jardin thérapeutique peut améliorer la qualité de vie des personnes âgées atteintes de démences et de leurs soignants. Le corps professionnel qui a réalisé cette étude se compose d'un docteur en psychologie et de deux chercheurs infirmiers de profession.

Afin de répondre à leur question de recherche, ils étudient l'impact que la construction d'un jardin thérapeutique, interactif, sensoriel, *wander* (qui permet la déambulation) et d'un atrium ont sur le bien-être des résidents en utilisant 3 échelles : la *Dementia Quality Of Life Instrument (DEMQOL)*, la *Cornell Scale for Depression in Dementia (SCDD)* et la *Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI)*. Les mesures sont prises 3 mois avant et 3 mois après l'introduction du nouveau jardin. Les auteurs cherchent également à améliorer l'expérience des soignants et du personnel et, finalement, à améliorer l'expérience que les familles vivent quand elles rendent visite à leurs proches. Nous observons deux facteurs susceptibles de rendre l'étude moins significative. Nous pensons que 3 mois d'observation après l'ouverture du nouveau jardin n'est pas suffisant, et que l'utilisation peut dépendre de la saison, qui n'est pas spécifiée. De plus, les 3 mois peuvent correspondre à la durée d'adaptation et de découverte, mais on ne sait pas dans quelle mesure les résultats durent dans le temps. Finalement, seulement 10 résidents ont

participé à l'étude, mais leur stade de démence est relativement varié, ce qui permet de généraliser les résultats, qui ont d'ailleurs tous la même tendance. Malgré la petite taille de l'échantillon, nous avons décidé de garder cet article qui utilise des échelles très intéressantes, et dont les résultats sont tout à fait prometteurs autant pour les résidents, leur entourage, que pour le personnel qui s'en occupe.

III. Therapeutic effects of an outdoor activity program on nursing home residents with dementia (Connell, Sanford & Lewis, 2007)

Les auteurs de cette étude cherchent à prouver que les activités en lien avec la nature amoindrissent les comportements d'agitation, et que les activités réalisées à l'extérieur sont susceptibles d'améliorer la qualité du sommeil. Ils étudient pendant 10 jours la qualité du sommeil et l'agitation des 20 résidents qui entrent dans leurs critères de sélection. Ils utilisent un dispositif d'actigraphie ainsi que l'échelle CMAI. Pendant ces 10 premiers jours, aucune intervention en lien avec la nature n'est proposée, puis les 10 jours d'après, des interventions en lien avec la nature sont proposées. Pendant la période d'intervention, un groupe de 10 reste à l'intérieur et un autre groupe de 10 va dehors, pour suivre le même programme d'activités. Les interventions proposées pour les activités sont les suivantes : horticulture, planter des pots, faire des décorations pour le jardin ou pour les offrir, chanter et faire des blagues selon la possibilité.

L'échantillon est constitué principalement d'hommes (19 hommes et 1 femme), ce qui est inhabituel dans notre pays, et cela peut constituer un biais dans l'application des résultats.

L'échantillon n'est pas grand et les périodes d'essai sont courtes. Cependant, cette étude nous semble tout à fait sérieuse de part les mesures quantitatives effectuées, la mise en place d'un groupe témoin et une période de comparaison. De plus, les participants sont randomisés et elle est effectuée par un médecin, un architecte et une scientifique de l'environnement. Par ailleurs, cette étude a été publiée dans la revue *Journal of Housing for the Elderly* et a été financée par le service de recherche en réhabilitation, *Department of Veterans Affairs*.

IV. Does a wander garden influence inappropriate behaviors in dementia residents? (Detweiler, Murphy, Myers & Kim, 2008)

L'ensemble des chercheurs de cette étude, qui sont tous médecins, soit en psychiatrie, soit en gériatrie, a voulu investiguer l'effet sur les résidents d'ajouter un *wander garden*. C'est-à-dire, un jardin où les résidents peuvent errer ou flâner en toute sécurité, dans une institution de soins pour personnes atteintes de démences. Elle est menée aux Etats-Unis auprès de 34 hommes âgés de 74 à 92 ans, au sein d'une unité fermée pour personnes atteintes de démence. Elle se déroule sur 24 mois ; 12 mois d'observation comme donnée de base sans visites dans le jardin, puis 12 mois de récolte de données avec utilisation du jardin. Les mesures sont effectuées grâce à trois outils : l'échelle CMAI afin d'évaluer l'agitation, un rapport d'incidents de comportements inappropriés pour chaque résident et finalement, la mesure des besoins en médication de réserve pour chaque patient (Pro Re Nata). Pour rendre les résultats fidèles, les infirmières ne savent pas quel résident fait partie de l'étude, cela n'influence pas les réserves qu'elles donnent. Enfin, des questionnaires et des sondages ont été remplis par les familles et le personnel de l'établissement.

Il nous semble intéressant que les mesures soient prises sur une année dans chaque condition. Ainsi, les résultats sont plus significatifs et ne reposent pas uniquement sur l'effet « nouveau » du jardin des premiers mois, ni sur les spécificités liées aux saisons (plus d'utilisation l'été, moins l'hiver). De plus, cette étude est autant qualitative que quantitative. Elle se base sur des résultats chiffrés par le biais de l'échelle CMAI ou les PRN, ainsi que des résultats non-chiffrés, comme les questionnaires aux familles et au personnel, ce qui lui offre une signification d'autant plus importante. Elle a été publiée dans le journal *American Journal of Alzheimer's Disease &*

Other Dementias, qui fait également partie du COPE et possède un comité de rédaction scientifique. Son facteur d'impact se situe à 1.518. Cependant, l'échantillon est petit et composé uniquement d'hommes, ce qui ne correspond pas à la réalité en Suisse.

V. Scheduled Medications and Falls in Dementia Patients Utilizing a Wander Garden (Detweiler, Murphy, Kim, Myers & Ashai, 2009)

Cette étude a également été publiée dans *l'American Journal of Alzheimer's disease & Other Dementias*. Elle a été publiée suite à la même décision d'introduire un *wander garden* dans une maison de soins spécialisée dans la prise en charge de personnes atteintes de démences, citée dans l'article précédent. Les auteurs utilisent la même population, la même méthode, mais n'effectuent pas les mêmes mesures. Dans cette étude, les chercheurs s'intéressent au lien qu'il pourrait y avoir entre l'utilisation d'un *wander garden* et la diminution de l'utilisation de médicaments psychiatriques (antidépresseurs, anxiolytiques, antipsychotiques) et l'impact que cela peut avoir sur le nombre et la gravité des chutes. Les données de base sont recueillies sur 28 résidents durant une année, lorsqu'il n'y a pas encore de jardin à disposition, puis l'année suivante avec un accès au *wander garden*. Une échelle de mesure, *l'Institutional Fall Comitee Ratings* (IFCR) est utilisée pour évaluer la gravité des chutes. Les participants sont divisés en deux groupes selon leur fréquence d'utilisation du jardin. Les fréquences élevées (HUG) se situent au-dessus du nombre moyen de visites et les fréquences basses (LUG), au-dessous. La durée de l'étude de 2 ans permet d'avoir une bonne vision d'ensemble de l'utilisation du jardin et des changements que celle-ci procure, prenant une moyenne selon les divergences au gré des saisons. Cette étude présente cependant les mêmes inconvénients que l'étude citée au dessus au niveau de l'échantillon. Bien que les auteurs soient les mêmes, les questions de recherches sont très divergentes, et ainsi nous avons jugé pertinent de retenir cet article, d'autant plus que sa problématique est tout à fait singulière et soulève un enjeu important pour la profession infirmière.

VI. Longitudinal analysis of differential effects on agitation of a therapeutic wander garden for dementia patients based on ambulation ability. (Murphy, Miyazaki, Detweiler & Kim, 2010)

Cette étude quantitative a été publiée aux Etats-Unis par des professeurs en psycho-gériatrie et en recherche éducationnelle et évaluative, pour la méthodologie des statistiques. L'idée de construire un jardin, ainsi que l'échantillon évalué et le lieu des mesures sont les mêmes que les deux études précédentes. Cependant, les mesures et le but sont très différents. Premièrement, il s'agit d'une analyse longitudinale de l'impact qu'ont des visites fréquentes dans le jardin sur la réduction du niveau d'agitation de personnes atteintes de démence. Deuxièmement, l'étude évalue s'il y a une variation significative de l'effet du jardin d'une personne à une autre. Puis enfin, si oui, quelles en sont les raisons, particulièrement par rapport à la mobilité de chaque résident. Elle a été publiée dans la revue scientifique *Dementia*.

Afin de mener cette étude, les auteurs utilisent l'échelle CMAI qui mesure la fréquence et la sévérité des comportements agressifs communs chez les personnes souffrant de démence. Puis, les chercheurs utilisent la Hierarchical Linear Modeling (HLM) pour décrire les trajectoires du niveau d'agitation des patients au fur à mesure du temps. Au vu de l'augmentation des personnes atteintes de démence au cours de ces dernières années, les auteurs de cette recherche défendent l'intérêt d'interventions qui diminuent l'agitation et les comportements inappropriés de ces patients et qui améliorent la qualité de vie des résidents et des soignants. Cet article de recherche est pertinent pour notre travail car ses résultats soulèvent non seulement certains bénéfices pour les résidents, l'institution et les professionnels, mais ils définissent également les précautions, les barrières et les limites. Les échelles de récoltes de données sont scientifiques et les données quantitatives sont rigoureuses. Cependant, la durée d'exposition à l'extérieur n'est

pas quantifiée, seul le nombre de jours où les personnes sont sorties sur les douze mois, est relevé.

VII. Confined to barracks: The effects of indoor confinement on aggressive behaviour among inpatients of an acute psychogeriatric unit (Bryan, McMinn & Hinton, 2000)

Cette étude quantitative a été menée par des cliniciens infirmiers spécialisés en psycho-gériatrie. Elle a été publiée aux Etats-Unis dans *l'American Journal of Alzheimer's Disease*, qui possède un comité scientifique de rédaction et un facteur d'impact à 4.17, ce qui représente le plus grand facteur d'impact de nos revues. Il s'agit d'une recherche des effets d'un confinement à l'intérieur dans une unité aigue de psycho-gériatrie sur les comportements d'agressivité de personnes atteintes de démence. L'agitation et l'agressivité verbale ou physique sont très présentes chez des populations atteintes de démence et les moyens pour les contrôler relèvent souvent d'une forme de contention physique ou chimique. En effet, les conséquences de ces comportements sur les personnes elles-mêmes et sur le personnel soignant peuvent être lourdes. Les auteurs effectuent cette recherche dans une unité aigue où 13 patients ont été retenus comme participants. Les données de test sont récoltées durant 32 jours de confinement, puis les données post-test sont récoltées sur une moyenne de 58 jours. Les incidents d'agressivité verbale ou physique sont récoltés par les infirmières durant toute la période de l'étude selon l'échelle Disruptive Behavior Rating Scale (DBRS). Le nombre d'administration médicamenteuse orale ou parentérale effectuées par les infirmières dans des cas de comportements inadéquats est recueilli. Bien que cette étude soit menée dans une unité aigue, qui n'est pas le milieu auquel nous nous intéressons, il est important de comprendre quelles sont les répercussions d'un enfermement à l'intérieur sur les résidents et sur l'augmentation des BPSD. Cette étude a été menée par un corps professionnel infirmier, ce qui nous amène une vision intéressante pour notre travail. De plus, l'aspect médicamenteux est remis en question dans cette recherche. Cependant, l'échantillon est composé de seulement 13 participants, et la durée de l'étude est très faible pour que les résultats soient totalement fiables et généralisables.

VIII. Nursing interventions in cases of agitation and dementia (Oppikofer & Geschwindner, 2014)

Cette étude quantitative a pour but de répondre à deux questions : Dans quelles situations quotidiennes l'agitation apparaît-elle le plus chez les résidents atteints de démence sévère ? Et quelles interventions infirmières sont les plus efficaces dans le traitement de l'agitation ?

Nous avons sélectionné cet article car il traite des interventions infirmières dans le cadre d'institutions de soins spécialisées dans la démence. Le corps de recherche est constitué d'une psychologue sociale et d'une scientifique de la santé dans le développement de la recherche en soins infirmiers.

L'étude se déroule en Suisse, dans 3 maisons de soins différentes. Sur 11 semaines, les maisons de soins ont connu deux périodes d'intervention de 4 semaines chacune. Les mesures sont effectuées chez 60 résidents, grâce à plusieurs échelles mesurant l'agitation. Les interventions infirmières évaluées sont les suivantes : nutrition ou élimination, activités, adapter l'environnement, soins individualisés et assistance. La mesure de l'agitation se fait avant, pendant et après les périodes d'intervention. Nous jugeons cet article pertinent, dans la taille de l'échantillon et des mesures prises. En effet, contrairement à d'autres articles, il utilise plusieurs moyens de mesurer l'agitation : la CMAI, la PAS (Pittsburgh agitation scale), et plusieurs échelles mesurant le degré d'atteinte SMMSE (Severe Mini Mental State Examination) et la CADS (change in advanced dementia scale). De plus, cet article a été publié en 2014 dans la revue *Dementia*, en Suisse, ce qui rend ses résultats particulièrement applicables dans notre contexte local. Finalement, un des auteurs du corps de recherche est issu du domaine infirmier et l'article cherche à développer des interventions infirmières.

IX. Nonpharmacologic Interventions for Inappropriate Behaviors in Dementia: A Review, Summary, and Critique (Cohen-Mansfield, 2004)

Jiska Cohen-Mansfield est docteur en psychologie clinique. Elle est à l'origine de l'échelle de mesure de l'agitation CMAI. En 2004, elle publie cette revue de littérature dans la revue *The journal of lifelong learning in psychiatry*. Cette revue de littérature porte sur l'impact des interventions non pharmacologiques et les barrières à la connaissance et à l'implantation des interventions non pharmacologiques. Afin de documenter sa recherche, elle utilise deux bases de données, PsycLIT et MEDLINE, selon des critères précis d'exclusion ou d'inclusion qui sont les suivants : l'article doit être publié dans un journal ou dans un livre scientifique, les participants doivent au moins avoir 60 ans et souffrir de démence ou d'handicap cognitif. Enfin, une mesure du changement de comportement doit être obtenue.

Nous jugeons cette revue de littérature tout à fait pertinente et fiable, étant donné la notoriété de son auteure, qui a publié plus de 300 articles, et par le fait qu'elle ait comparé 89 articles parlant d'interventions non-pharmacologiques pour les patients souffrant de démence. Cet article est très important pour notre recherche car il compare tous les moyens non-pharmacologiques de soulager les symptômes associés à la démence. Parmi ces moyens, l'environnement tient une place importante. De plus, il nous permet de dégager un certain nombre d'interventions infirmières, qui peuvent toutes être mises en place grâce à un contact avec la nature.

5.3 Tableau de comparaison

I. Contact with Outdoor Greenery Can Support Competence Among People with Dementia (Rappe & Topo, 2007)		
<i>Buts de l'étude</i>	<i>Résultats principaux</i>	<i>Perspectives</i>
<p>Cette étude observationnelle a deux visées différentes : Décrire l'impact que les plantes ont sur le bien-être des résidents grâce à un questionnaire rempli par le personnel. La deuxième étude a pour but d'investiguer la qualité de vie des résidents dans plusieurs conditions : lorsqu'ils sont dehors, lorsqu'ils essayent d'aller dehors et lorsqu'ils voient la verdure depuis l'intérieur.</p>	<p>Les résultats de la première étude sont mitigés. Selon les soignants, les plantes promeuvent le bien-être des résidents. Selon les questionnaires, les plantes amènent une atmosphère familiale, elles stimulent les sens (odorat, toucher, vue), elles leur sont familières et suscitent des émotions positives. Le personnel a mis en place des activités en lien avec les plantes, ce qui induit un sujet de conversation fréquent. Cela aide aussi les résidents à avoir une bonne estime d'eux-mêmes et un sentiment d'accomplissement. Elles peuvent également aider les résidents à s'orienter dans l'espace. Cependant, les plantes ont aussi des inconvénients pour les résidents. Elles provoquent des allergies, les résidents touchent les piquants, tuent les plantes en les arrosant trop.</p> <p>La deuxième étude soutient qu'accompagner les résidents agités dehors permet d'apaiser leurs soucis, et diminue le risque de fuite. Les résidents qui sont timides à l'intérieur s'ouvrent plus à la discussion lorsqu'ils sont dehors. Les résidents enfermés dedans ont présenté de l'anxiété et de la confusion. Plusieurs épisodes de relaxation ont été observés chez les résidents assis devant la fenêtre, surtout ceux dont le stade de démence est avancé. Les résidents qui reviennent de l'extérieur manifestent des signes de bien-être par le verbal ou le non-verbal.</p>	<p>Concernant la première étude, les plantes utilisées doivent être belles, non toxiques, non épineuses, familières, et doivent tolérer l'arrosage excessif. Concernant l'ensemble des études, la conclusion est que l'accès à l'extérieur joue un rôle important dans le bien-être des personnes atteintes de démences institutionnalisées. Voir ou être dans la nature a un effet calmant, mais cela éveille également des souvenirs et initie l'activité et l'interaction sociale. Etre dehors facilite l'expression de souvenirs, qu'ils soient joyeux ou sombres.</p> <p>Il est important de maintenir l'accès à l'extérieur pendant toute l'année, et d'entretenir le jardin afin qu'il garde son attractivité. Les principales difficultés pour le personnel sont le manque de temps, le fait de devoir se changer, et surtout le fait de devoir changer le fonctionnement des soins. Pour promouvoir des expériences extérieures calmantes, il faut établir un climat de sécurité, un jardin joli, une stimulation des sens, encourager les proches et les familles à emmener le résident faire un tour, maintenir l'accessibilité à l'extérieur et pour ceux qui ne peuvent plus sortir, faire en sorte que, depuis leur fenêtre, ils aient une vue sur la verdure. Le plus important est de rester centré sur la personne en comprenant et acceptant ses besoins et sa réalité tout en renforçant son accès à la nature.</p>

II. An evaluation of a therapeutic garden's influence on the quality of life of aged care residents with dementia (Edwards, McDonnell & Merl, 2012)

Buts de l'étude

Cette étude cherche à évaluer en quoi un jardin thérapeutique peut améliorer la qualité de vie des résidents atteints de démence, mais aussi de leurs soignants. Les mesures se font avant et après l'aménagement d'un jardin thérapeutique et d'un atrium dans une maison de soins spécifique à la démence.

Résultats principaux

Les améliorations sont significatives pour la qualité de vie des résidents en général, en l'augmentant de 12.8 %. Le score de dépression a diminué de 13.3 % et les comportements d'agitation ont diminué de 46.7 %. Il y a une augmentation de 22 % de l'utilisation du jardin de la part des résidents. L'atrium ne possède pas de télévision et le personnel a remarqué que les résidents interagissent mieux entre eux dans cet endroit.

Les interviews ont donné un retour très positif tant de la part des soignants qui trouvent que les résidents sont plus faciles à gérer, que de la part des résidents qui apprécient l'augmentation du contact social, que de la part des familles, qui trouvent le nouveau jardin relaxant et apprécient d'autant plus de rendre visite à leurs proches. Les familles et le personnel sont d'accord pour dire que le niveau de stress du personnel est moins élevé depuis l'instauration du jardin thérapeutique.

Perspectives

L'étude met en avant une augmentation de l'interaction entre les résidents surtout dans l'atrium, endroit où les résidents peuvent voir la nature, qui peut être ouvert pour sentir l'air frais, les odeurs, et le soleil. Le score très élevé de réduction de l'agitation montre qu'il n'y a pas forcément besoin de faire un jardin *wander* mais que simplement s'asseoir au soleil et sentir l'air frais suffit (car tous les résidents n'ont pas utilisé le jardin *wander*).

Le nouvel environnement a encouragé le personnel à plus communiquer avec les résidents, car cela a poussé les soignants à utiliser l'atrium et à les accompagner dans le jardin.

Il est très réjouissant d'avoir des résultats aussi positifs sur un nombre de participant si faible. Malheureusement, très peu d'institutions auraient le nombre de résidents nécessaire et les ressources pour faire un vaste essai contrôlé afin de faire ressortir les facteurs qui contribuent au bien-être des résidents.

III. Therapeutic effects of an outdoor activity program on nursing home residents with dementia (Connell, Sandford & Lewis, 2007)

Buts de l'étude

Obtenir des informations préliminaires sur les effets qu'un programme d'activité à l'extérieur peut avoir sur le sommeil et les symptômes associés en comparaison avec un programme d'activité à l'intérieur. Les attentes sont les suivantes : les résidents

Résultats principaux

Le groupe qui a participé aux activités à l'extérieur a participé à une moyenne de 8.6/10 contre 7.8/10 pour le groupe à l'intérieur. Pour le groupe à l'extérieur, l'exposition à la lumière a augmenté, tandis qu'elle est restée la même pour le groupe à l'intérieur. 3 mesures du sommeil ont été prises : la fréquence des réveils, la durée de sommeil maximale et le sommeil total. Le groupe de l'extérieur a connu moins de réveils nocturnes pendant l'intervention : (5.02 contre 3.80). La différence est moins

Perspectives

Pendant la période d'intervention. Le groupe de l'extérieur a amélioré son sommeil sur 2 des 3 mesures. Ces changements sont importants pour le fonctionnement de jour et pour la qualité de vie de cette population. L'échantillon a connu une diminution de l'agitation verbale, ce qui peut également améliorer la qualité de vie des résidents. Les résultats de cette étude démontrent qu'un programme d'activité structuré se déroulant à

<p>atteints de démence devraient présenter moins de symptômes associés dans les deux programmes d'activité, et le groupe à l'extérieur devrait connaître une amélioration de son sommeil.</p>	<p>élevée pour le groupe de l'intérieur (6.18 contre 5.37). La durée maximale de sommeil en minutes pour le groupe à l'extérieur est passée de 274 à 345 minutes. Pour le groupe à l'intérieur, elle est passée de 226 à 272 minutes. Le sommeil total des deux groupes a augmenté pendant l'intervention. Les critères de la CMAI ont été réduits à 3 scores : l'agressivité, l'agitation physique et l'agitation verbale. Dans le groupe à l'extérieur, la fréquence de l'agression, de l'agitation physique et verbale a diminué pendant l'intervention. La seule valeur significative est la diminution de l'agressivité verbale pour le groupe à l'extérieur (de 9.60 à 7.10).</p>	<p>l'extérieur à la lumière du soleil peut aider à améliorer la qualité du sommeil et le comportement des résidents atteints de démence en institution. Cependant cette étude comporte plusieurs limites. La majorité des participants à l'étude étaient des hommes, ce qui est l'inverse de la prévalence habituelle en maison de soins. Des prochaines études devraient travailler avec un échantillon plus équilibré. Le groupe de l'extérieur était composé de résidents plus sévèrement atteints par la démence que celui de l'intérieur. Il serait intéressant d'étudier comment le degré de sévérité de démence affecte la réceptivité aux activités. Il serait intéressant d'individualiser les interventions à chaque résident (degré d'atteinte, facultés).</p>
--	---	---

IV. Does a wander garden influence inappropriate behaviors in dementia residents ? (Detweiler, Murphy, Myers & Kim, 2008)

<p><i>Buts de l'étude</i> Investiguer les effets d'un wander garden sur la qualité de vie des résidents grâce aux mesures suivantes : Evaluation de l'agitation, évaluation du nombre et du type d'incidents de comportement inapproprié par résident, évaluation du besoin de médication de réserve et finalement un questionnaire aux familles et au personnel. Le jardin a comme principes d'être vu, accessible, éclairé par la lumière, coloré, et parfois si le temps le permet,</p>	<p><i>Résultats principaux</i> La médiane finale de la CMAI est diminuée de 5 points par rapport à la médiane dans la période sans le jardin. Dans l'analyse des résultats, les résidents ont été séparés en 2 groupes : ceux qui utilisent beaucoup le jardin, et ceux qui occupent peu le jardin. Les résidents qui ont occupé le jardin plus que la moyenne d'utilisation tendent à avoir un score de CMAI plus faible. Malgré tout, les deux groupes ont un score de CMAI amélioré à la fin de l'année d'intervention. Les scores d'incidents de comportements n'ont pas de relation significative avec les scores de CMAI, les visites au jardin ou les PRN pour les années d'observation. Les résultats sont peu clairs et non interprétables. Il y a une corrélation significative des PRN (Pro Re Nata) avant et après l'intervention. Le pourcentage de résidents n'ayant pas besoin de PRN est passé de 35.3 % à 55.9 %, à part pour 2 résidents (sur 28 investigués). Les sondages ont montré que tous les</p>	<p><i>Perspectives</i> L'utilisation du jardin a diminué en hiver, car le chemin et les portes du jardin étaient fermés, mais les résidents avaient la possibilité de regarder le jardin depuis l'intérieur. Les résidents du groupe qui utilisent moins le jardin ont tout de même eu un score diminué de CMAI, on peut en déduire que rien que la vue à travers la baie vitrée peut réduire l'agitation. La vitre remplace le mur de haut en bas, ce qui diminue également le sentiment de confinement chez les résidents. La mesure des incidents n'a pas donné de résultats prometteurs, il serait intéressant de la réexaminer avec un groupe de contrôle. La démence a un coût très élevé, surtout en termes de médication. La majorité des patients (tous sauf 2) ont nécessité moins de réserves lors de la période d'intervention. La réduction des PRN peut offrir des bénéfices à long terme dans la réduction</p>
---	---	---

<p>des activités peuvent être organisées.</p>	<p>résidents ne reçoivent pas de visites. Quoi qu'il en soit, les familles ayant répondu aux questionnaires et le personnel s'accordent sur le fait que le jardin diminue l'agitation, améliore l'humeur et améliore la qualité de vie des résidents et du personnel.</p>	<p>des coûts liés à la médication, du risque réduit de polymédication et des complications liées aux traitements. Les familles relèvent un avantage dans la communication interpersonnelle. Le staff n'utilise pas du tout le jardin dans ses soins, seulement pour relever un résident ou le rentrer s'il pleut, ou l'aider à revenir sur le chemin. Ainsi 12 % du staff est en désaccord avec le fait que le jardin diminue l'agitation. La diminution de l'agitation prévient le burnout ou la rotation du personnel. De plus cela peut les encourager à s'investir dans leur travail et prodiguer des soins de qualité. Les inconvénients relevés sont liés à la météo, aux soignant peureux de laisser les résidents aller seul dehors sans caméras.</p>
--	---	---

V. Scheduled Medications and Falls in Dementia Patients Utilizing a Wander Garden (Detweiler, Murphy, Kim, Myers & Afshan, 2009)

<p><i>Buts de l'étude</i> Explorer s'il y a un lien entre le fait qu'il y ait un jardin à disposition dans une unité de psycho-gériatrie et l'administration de médicaments antipsychotiques, ainsi que le nombre et la sévérité des chutes. Les données sont recueillies durant une année dans une unité n'ayant pas d'accès à un jardin, puis une année où les résidents ont la possibilité d'aller dans un jardin. Les résidents sont séparés en deux catégories selon la fréquence d'utilisation du jardin.</p>	<p><i>Résultats principaux</i> Le nombre total de chutes est passé de 288 durant la première année d'observation à 200 au cours de la deuxième, la diminution la plus marquée venant des utilisateurs fréquents du jardin. La sévérité des chutes a diminué au total de 35 %, impliquant aussi les personnes en chaise roulante. Les personnes en chaise roulante qui utilisent le plus le jardin ont rencontré une diminution importante du taux et de la sévérité des chutes depuis l'ouverture du jardin, de 130 points à 49 points selon l'Institutional Fall Comitee Ratings. L'utilisation d'antidépresseurs a diminué grâce à l'ouverture du jardin chez les personnes qui recevaient des doses classées « intermédiaires ». Cependant, les prescriptions de fortes doses et de petites doses ont toutes deux augmenté. Les antipsychotiques prescrits en fortes doses, par contre, ont diminué de 75 %, au cours de la deuxième année.</p>	<p><i>Perspectives</i> Permettre l'accès à un jardin dans une unité pour personnes démentes permet aux résidents de rencontrer différentes stimulations, améliore l'orientation spatio-temporelle et tend à aider à contrôler leurs déficits dans l'exécution motrice. La diminution de l'agitation des résidents atteints de démence avec un accès à un jardin peut contribuer à plusieurs bénéfices. La réduction du nombre et de la gravité des chutes, liée au besoin de PRN, et de médication antipsychotiques peut contribuer à l'amélioration de la qualité de vie des résidents. De plus, cette étude donne une piste d'intervention pour la prévention du risque de chute. La réduction des PRN et des médicaments psychiatriques liés à la diminution du nombre et de la gravité des chutes peut permettre à des institutions à long terme d'effectuer des économies pour le management des maisons de soins.</p>
--	--	---

VI. Longitudinal analysis of differential effects on agitation of a therapeutic wander garden for dementia patients based on ambulation ability (Murphy, Miyazaki, Detweiler & Kim, 2010)

Buts de l'étude

Ceci est une analyse longitudinale. Premièrement, elle étudie l'impact qu'ont des visites fréquentes dans le jardin sur la réduction du niveau d'agitation de personnes atteintes de démence de type Alzheimer vivant en institution. Deuxièmement, l'étude évalue s'il y a une variation significative de l'effet du jardin d'une personne à une autre. Puis enfin, si oui, quelles en sont les raisons.

Résultats principaux

Une augmentation d'une unité dans la moyenne des visites du jardin fait diminuer de 0.074 points la moyenne des scores CMAI. Les patients qui ont une fréquence moyenne de visite du jardin ont montré une diminution de l'agitation de 0.136. Les scores du CMAI ont montré - 0.337 pour les personnes qui se déplacent sans assistance et qui vont volontairement se promener dans le jardin. Les scores du CMAI ont diminué depuis l'ouverture du jardin. Les scores sont légèrement remontés durant les mois froids, où le jardin n'était pas aussi accessible que d'habitude, mais malgré cela, les scores du CMAI n'ont pas atteints les chiffres évalués avant la création du jardin. Il y a plus d'impact sur les personnes qui avaient un niveau élevé d'agitation au début que pour ceux qui avaient un niveau plus bas d'agitation. Cependant, pour les personnes à mobilité réduite (chaise roulante ou rollator), une légère augmentation de la CMAI a été observée.

Perspectives

Un *wander garden* dans une unité de soins pour personnes atteintes de démence apporte des bénéfices sur les troubles cognitifs, tels que l'agitation et l'agressivité. L'ennui est un facteur favorisant l'agitation. L'utilisation formelle et informelle du jardin diminue l'ennui et, par conséquent, l'agitation. Les résultats suggèrent que, en général, une moyenne élevée du nombre de jours passés dans le jardin est associée à une diminution des scores d'agitation de résidents déments. Visiter le jardin est utile pour réduire le niveau d'agitation des patients, mais la vitesse de changement dépend de la capacité de mobilisation. Si les résidents ne peuvent pas marcher sans assistance, alors même une fréquence élevée de visites du jardin ne mène pas toujours à réduire les scores d'agitation, au contraire. Le staff et les familles des patients voient le jardin comme un facteur améliorant la qualité de vie des résidents et du staff et améliorant l'humeur des patients. Cependant, il représente également pour certains une augmentation de la charge de travail et une perturbation de la routine. L'utilisation du jardin n'a pas été optimale durant l'observation car le personnel infirmier a été peu intégré dans la supervision des résidents lorsqu'ils étaient dehors et cela aurait augmenté le risque de chute. Une des difficultés principales d'accès au jardin est la capacité des personnes à ouvrir la porte. De plus, le temps ne permet pas toujours un accès au jardin, selon les saisons (neige et glace de mi-octobre à mi-mars et trop chaud, pas d'ombre dans le jardin de juin à

août).

VII. Confined to barracks: The effects of indoor confinement on aggressive behavior among inpatients of an acute psychogeriatric unit (McMinn & Hinton, 2000)

<i>Buts de l'étude</i>	<i>Résultats principaux</i>	<i>Perspectives</i>
Premièrement, investiguer l'effet qu'a un accès normal et libre à un jardin extérieur sur l'incidence d'agressivité verbale et physique affichée par des personnes âgées avec des BPSD ainsi que sur le besoin de médicaments psychotropes en réserve (PRN), dans une unité aigue de psycho-gériatrie. Deuxièmement, examiner les corrélations entre ces effets et le genre, le diagnostique, la raison de l'admission et la durée d'institutionnalisation.	<p>Le taux d'agression verbale a diminué dans la période post-test. Résultats signifiants parmi les hommes ($p < .05$)</p> <p>Le taux d'agression physique a également diminué dans la période post-test. L'analyse des corrélations révèle un plus haut taux parmi les patients qui sortent d'une unité psycho gériatrique de longue durée ($p < .05$).</p> <p>Le taux de PRN (utilisation de médicaments psychotropes a aussi diminué dans la période post-test.</p>	<p>Permettre un accès à l'extérieur a permis une diminution de l'agressivité physique et verbale, ainsi qu'une diminution de médicaments administrés. Les explications possibles sont que le confinement à l'intérieur implique une augmentation de l'ennui, une sur-stimulation et des comportements perturbateurs. En effet, un taux élevé de stimulation sociale peut surexciter les patients et augmenter ainsi des comportements d'agitation ou d'agressivité. En outre, il est possible que les patients tirent aussi des bénéfices physiques induits par le contact avec la lumière du jour, les changements de temps et le contact avec la terre et les plantes.</p>

VIII. Nursing interventions in cases of agitation and dementia (Oppikofer & Geschwindner, 2014)

<i>Buts de l'étude</i>	<i>Résultats principaux</i>	<i>Perspectives</i>
Double objectif : Comparer la fréquence et les circonstances de l'agitation et créer une aide à la prise de décision pour le traitement de l'agitation des patients en appliquant une intervention infirmière en cas d'agitation et de démence.	<p>Il y a peu de changements avec la mesure de l'échelle CMAI entre les 3 périodes. ¼ des résidents souffrent d'agitation. Comme les infirmières intervenaient dès qu'il y'avait de l'agitation, peu de comportement d'agitation ont été reportés. Les 5 interventions les plus utilisées par les infirmières sont : éviter le bruit (61 %), assistance aux besoins de toilettes (34 %), communication/validation, marcher/mouvement (30 %), donner ou offrir à boire (28 %). Après les périodes de test, une diminution significative des comportements d'agitation a été observée dans les 3 maisons.</p> <p>2/3 des patientes n'ont jamais montré d'agitation et ¼ à</p>	<p>L'agitation des personnes souffrant de démences peut être réduite efficacement grâce à des interventions infirmières basiques, comme par exemple diminuer le bruit. Il est important pour les infirmières de bien connaître les besoins et les compétences de leurs patients, ainsi que la multitude d'interventions spécifiques possibles.</p>

	1/3 des résidents ont montré de l'agitation « modérée ». Seulement quelques résidents ont montré de l'agitation sévère. D'après le rapport, l'agitation est provoquée lorsque la personne est seule le plus souvent.	
IX. Nonpharmacologic Interventions for Inappropriate Behaviors in Dementia: A Review, Summary, and Critique (Cohen-Mansfield, 2004)		
<i>Buts de l'étude</i>	<i>Résultats principaux</i>	<i>Perspectives</i>
Revue de littérature qui porte sur l'impact des interventions non-pharmacologiques chez des personnes souffrant de démence. À travers la comparaison d'articles publiés dans la littérature, cette revue cherche à comprendre quelles sont les barrières à l'implantation et à la connaissance des interventions non-pharmacologiques.	83 articles ont été identifiés selon les critères de sélection. Différentes catégories d'interventions ont été identifiées: interventions sensorielles, contact social, thérapie comportementale, formation du personnel, activités, interventions environnementales, interventions infirmières et médicales et thérapies combinées. La majorité des études ont été menées en institution (76 %). 91 % des études montrent un bénéfice concernant les comportements inadaptés, et 53 % reportent une amélioration significative de la base grâce à l'intervention. L'auteure détaille les différentes catégories. Interventions sensorielles et relaxation: massage, toucher, musique, bruit blanc, stimulation sensorielle. Contact social, réel ou stimulé: zoothérapie, interaction un à un, interaction stimulée. Interventions comportementales: renforcement positif. Formation du personnel: Comprendre les comportements, améliorer la communication verbale et non-verbale, moyens de répondre à leur besoins. Activité structurées: promenades dehors. Design environnemental: accès à l'extérieur, environnement naturel, environnement hypostimulant. Interventions infirmières ou médicales: Luminothérapie, ablation de la contention, gestion de la douleur, appareils auditifs. Interventions combinées: médicamenteux et non médicamenteux. Individualisation du traitement.	Améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de démence et la qualité des soins est le but des interventions non-pharmacologiques. L'association de toutes ces interventions devrait permettre une qualité de vie optimale pour ces personnes. Les interventions non-pharmacologiques devraient précéder l'introduction de traitements médicamenteux. Au centre de toute intervention, est la présence infirmière. Manque de financement pour les interventions non-pharmacologiques, manque de connaissance de la part des soignants, système ne plaçant pas la qualité de vie du patient au centre, sont les principales barrières à l'instauration d'interventions non-pharmacologiques. Les pistes à garder en tête sont les suivantes: individualisation et sélection propre du traitement; quelles interventions sont appropriées pour quelle personne, quels symptômes? Plutôt relaxation ou stimulation sociale?, la spécificité de l'intervention; Quel timing, quel endroit, quelle intensité afin d'optimiser l'impact de l'intervention?, la perspective du coût, la compréhension basique de la qualité de soins chez les personnes atteintes de démences; Quel est le meilleur moyen d'améliorer la qualité du sommeil, le confort? et les changements à faire au système; Quels types de formation pour le personnel, quels changements de personnel et de structure?

6. Discussion et perspectives

La question que nous nous sommes posée initialement était de savoir si une contribution infirmière basée sur le développement du contact des résidents avec la nature pouvait améliorer leur qualité de vie. Les études que nous avons retenues ont des résultats globalement similaires, mais relèvent parfois certaines limites. Dans ce chapitre nous allons comparer les résultats de nos articles et en tirer des conclusions quant au rôle infirmier.

Avant de commencer, définissons le rôle l'infirmière quant à l'environnement. Selon Donaldson et Crowley (cité dans Pépin, Kerouac & Ducharme, 2010), « la pratique infirmière vise à créer le meilleur environnement de santé possible pour l'être humain, et est un service humanitaire en ce sens qu'elle s'intéresse à préserver le respect et l'autodétermination de la personne ». Dans le contexte Suisse de gériatre, seulement 31 % du personnel détient une formation de niveau tertiaire, c'est-à-dire à un niveau HES ou ES, (Zuniga et al, 2013). Nous pouvons en déduire que le rôle infirmier est tout à fait exacerbé autant dans la gestion des soins que dans les rapports avec l'administration. À travers cette discussion, nous développons le rôle infirmier dans la promotion d'un environnement de santé et la contribution infirmière dans l'encouragement au contact des résidents avec la nature. Nous pensons qu'un environnement sain est une base fondamentale pour accéder à un soin centré sur la personne. En effet, l'environnement de soins a un impact majeur sur la mise en oeuvre de soins infirmiers centrés sur la personne (Mc Cormack & McHance, 2006). Il est donc du ressort de l'infirmière de centrer ses actions en lien avec l'environnement. En effet, « les être humains sont en interactions continues avec leur environnement » (Pépin, Kerouac & Ducharme, 2010, p. 6).

L'environnement de soins fait également partie des quatre concepts centraux qui forment le méta-paradigme de la discipline. « La personne, le soin, la santé et l'environnement sont essentiels pour la prévention de la maladie, le maintien et le recouvrement de la santé » (Nightingale, cité dans Pépin, Kerouac & Ducharme, 2010, p. 7). Afin de rester au plus proche de la discipline infirmière et de justifier l'importance de l'approfondissement de l'environnement tel que nous l'avons défini, nous nous sommes appuyées sur ces quatre concepts, ainsi que le soin centré sur la personne (PCC) pour guider notre réflexion dans ce travail.

6.1 Contact avec la nature

Les articles que nous avons sélectionnés présentent des manières variées de mettre les résidents en contact avec la nature. Les articles I et IV démontrent que regarder par la fenêtre suffit à apporter des bénéfices (Rappe & Topo, 2007; Detweiler, Murphy, Myers & Kim, 2008), alors que dans les articles II, IV, V et VI, un jardin architecturé de manière à ce que les résidents puissent s'y promener sans contraintes, nommé *wander garden*, est construit (Edwards, McDonnell & Merl, 2012 ; Detweiler, Murphy, Myers & Kim, 2008 ; Murphy, Miyazaki, Detweiler & Kim, 2010 ; Detweiler, Murphy, Kim, Myers & Afshan, 2009). L'article VII propose simplement l'accès au jardin de l'institution (McMinn & Hinton, 2000). Ce qui ressort de la littérature, c'est que la mise en place d'un jardin où les résidents peuvent se balader a l'effet d'améliorer la qualité de vie de ces derniers. En effet, dans plusieurs études, les résidents ont la possibilité ou sont encouragés à faire des balades. Par exemple, dans l'article I, un accompagnement des personnes atteintes de démences faire un tour dans la nature est mis en place (Rappe & Topo, 2007). Nous avons trouvé dans la littérature scientifique une autre étude qui organisait des escapades en forêt pour les personnes atteintes de démences, et en relevait les bienfaits (Mapes, 2011). L'article III met en place un programme d'activité basé sur l'horticulture, qui se déroule à l'extérieur (Connell, Sandford & Lewis, 2007). Ce n'est pas la seule recherche qui met en lien une augmentation de la qualité de vie avec la proximité avec les plantes. Dans l'étude menée par

Rappe et Topo, (2007), les questionnaires se basent également sur l'impact des plantes à l'intérieur de l'institution. L'article II prouve les bienfaits d'être dans un espace sans électronique, doté de baies vitrées donnant vue sur le jardin, de la mise en place de plantes à l'intérieur, nommé atrium, sans forcément y proposer d'activités particulières (Edwards, McDonnell & Merl, 2012). Selon les résultats, le fait simplement de s'asseoir dans un environnement verdoyant et naturel peut être bénéfique. Ainsi, les différentes manières répertoriées d'être en contact avec la nature sont : de jardiner, d'avoir accès à l'extérieur ou au jardin, de mettre en place un jardin dans lequel les résidents peuvent errer en sécurité, d'accompagner les résidents à faire une balade dehors, de faire des activités programmées dehors, ou alors simplement d'offrir un accès à une vue à travers une vitre assez large qui donne sur la nature.

Comme nous l'avons mentionné précédemment, l'infirmière a un rôle important à jouer quant à l'environnement qu'elle offre au patient. Selon nous, un des buts principaux des soins infirmiers est de mettre en œuvre les moyens qui permettent d'améliorer la qualité de vie des patients. Dans la littérature, la majorité des interventions mises en œuvre en lien avec la nature ont des résultats probants sur l'amélioration de la qualité de vie. Nous allons alors mettre en évidence le rôle infirmier dans chacune des quatre catégories suivantes: le biologique, le psychologique, le social et le spirituel.

6.2 L'infirmière et le patient

6.2.1 Individualisation du patient

Avant tout, nous souhaitons relever un point que la littérature soulève dans de nombreuses circonstances. Il s'agit de l'individualisation du patient. En tant que futures infirmières, nous pensons que la promotion d'un contact avec la nature est bénéfique, mais il ne faut pas oublier que chaque résident est unique et qu'il a besoin de soins centrés sur sa propre personne. Cet aspect est relevé tout particulièrement par certains auteurs. Notamment, dans l'article III, Connell, Sandford et Lewis (2007) mentionnent qu'il serait intéressant de créer un programme d'activité individualisé par patients, car tous n'ont pas les mêmes besoins, ni les même stades d'avancée de maladie. Oppikofer et Geschwindner (2014), article XIII, proposent cinq actions différentes que l'infirmière peut mettre en application pour réduire l'agitation des résidents. A la fin de l'étude, ils insistent sur l'importance pour l'infirmière de bien connaître chacun des résidents, connaître ses besoins ainsi que ses compétences. Finalement, dans l'article IX présenté par Cohen-Mansfield (2004), il est avancé que la proposition d'activités non pharmacologiques est pertinente uniquement si elle est adaptée à chaque patient, à chaque symptôme, et non pas selon un protocole. Il relève donc du jugement clinique infirmier de savoir rendre les interventions proposées individualisées aux besoins et aux compétences des résidents. Le développement qui va suivre ne relèvera pas de l'individualisation, mais plutôt d'une généralisation des résultats. Ainsi, nous pensons qu'il était pertinent d'apporter cette précision avant de débiter la description des interventions proposées.

6.2.2 Biologique

6.2.2.1 *Stimulations sensorielles*

Nous avons pu remarquer, à travers notre recherche dans la littérature que de nombreuses sources parlent de contact avec la nature, des jardins, ou simplement avec l'extérieur dans la stimulation des sens. Un des rôles infirmiers dans la promotion de la qualité de vie des résidents atteints de démence est de diminuer le déclin de leur sens. La nature, par différents biais,

possède la faculté de les faire travailler. En effet, les plantes amènent une atmosphère familiale qui suscitent des émotions positives (Rappe & Topo, 2007, article I), une stimulation visuelle, de part la forme et la couleur des plantes, la lumière du soleil ou encore olfactive grâce à leurs odeurs variées (Rappe & Topo, 2007). D'autres stimulations sensorielles sont décrites en lien avec la nature. Olfactives : par les odeurs émanant de l'environnement naturel, tactiles, par la sensation de l'air frais sur la peau et auditive par le son apaisant qu'elle émet (Edwards, McDonnell & Merl, article II). Ainsi il émerge de la littérature que la nature est remplie de stimulations sensorielles. Celle-ci est mise en lien avec le bien-être chez les personnes atteintes de démence depuis déjà plusieurs années. Le premier chercheur à avoir mis en pratique la création d'une chambre « Snoezelen », est un néerlandais (Holtkamp, 1997). Une chambre « Snoezelen » est une pièce aux stimulations multi-sensorielles qui offre des stimulations autant de la vue, de l'ouïe, du toucher que du goût à travers l'utilisation d'effets de lumières, de surfaces tactiles, de musique, et d'odeur d'huiles essentielles relaxantes [traduction libre] (Chung & Lai, 2009). La mise en place d'une chambre Snoezelen provoque une diminution significative des scores de l'échelle DS-DAT (Discomfort Scale For Dementia of the Alzheimer's type) et augmente ainsi la qualité de vie des personnes atteintes de démence (Holtkamp, 1997). Grâce à cette étude nous faisons le lien entre stimulation sensorielle et augmentation de la qualité de vie. La nature a le pouvoir d'offrir des stimulations sensorielles variées, et il ressort du rôle infirmier de promouvoir la meilleure qualité de vie possible.

6.2.2.2 Qualité du sommeil

Nous savons aujourd'hui qu'en règle générale, la qualité du sommeil des personnes âgées est inférieure à celle d'un adulte, de part ses cycles plus courts et sa durée d'endormissement plus longue. La qualité du sommeil diminue d'autant plus lorsque la personne est atteinte de démence. D'après Onen et Onen (2003), « les patients atteints de la maladie d'Alzheimer présentent fréquemment une impatience et une agitation nocturne suivies d'un ralentissement psychomoteur et d'une somnolence diurne » (p. 167). D'après Onen et Onen (2003), « la stabilité du rythme veille-sommeil ou du rythme activité-repos est fortement liée à l'existence d'une activité et d'une forte luminosité environnementale diurnes » (p.167). L'enjeu est donc important pour les infirmières, dans la promotion du contact avec l'extérieur car l'exposition à la lumière du soleil permet d'augmenter la qualité du sommeil, et ainsi, la qualité de vie des résidents. L'article III prouve cette affirmation de manière empirique. Pendant la période d'intervention, dans laquelle un groupe faisait une activité à l'extérieur, la qualité du sommeil a été améliorée de manière significative sur 2 des 3 mesures relatives au sommeil (Connell, Sandford & Lewis, 2007). L'article II nomme également l'influence de l'exposition à la lumière du jour dans leur discussion, sans forcément faire un lien direct avec l'augmentation de la qualité du sommeil. Dans un atrium, les résidents peuvent sentir le soleil (Edwards, McDonnell & Merl, 2012), et cela contribue à leur bien-être. Selon l'article VII, les bénéfices d'un accès au jardin sont probablement dérivés d'une exposition à la lumière du jour (McMinn & Hinton, 2000). L'article IX parle d'interventions infirmières intégrant la luminothérapie (Cohen-Mansfield, 2004). Cette revue de littérature démontre que la luminothérapie améliore le sommeil et réduit l'agitation, bien que les résultats soient parfois partagés. L'infirmière a un rôle important à jouer dans l'amélioration de la qualité de sommeil des personnes âgées atteintes de démences, d'autant plus que une mauvaise qualité de sommeil est associée à une lourde médication en psychotropes sédatifs (Onen & Onen, 2003).

6.2.2.3 Orientation spatiale

En institution, malgré le fait que les personnes soient habituées à leur environnement, le risque existe qu'elles se perdent. Des couleurs, des signes, des repères aident les personnes atteintes de démences à retrouver leur chemin (Passini, Pigot, Rainville & Tétreault, 2000). Dans les articles

que nous avons sélectionnés, il existe un lien tout à fait évident entre l'arrangement de l'environnement naturel et la faculté des résidents à retrouver leur chemin. L'article I met en évidence le fait que les plantes situées autant à l'extérieur qu'à l'intérieur de l'institution permet aux personnes de s'orienter dans l'espace. (Rappe & Topo, 2007) Selon eux, le fait de placer des plantes à des endroits stratégiques dans l'espace facilite la prise de repères et ainsi diminue le risque que les résidents se perdent. Cependant, il est le seul à évaluer cet aspect là dans sa méthodologie, les autres études citant une amélioration de l'orientation uniquement dans leur discussion. Il a été observé que l'environnement extérieur joue un rôle important dans l'orientation spatio-temporelle des personnes âgées atteintes de démence (Mooney & Nicell, cité dans (Detweiler, Murphy, Kim, Myers & Afshan, 2009). Si la nature peut être un outil pour l'infirmière afin de mettre en place des repères dans l'espace, et que ces repères augmentent la qualité de vie des résidents en améliorant leur orientation, alors il est tout à fait légitime pour l'infirmière d'agir avec la nature.

6.2.2.4 Prévention des chutes

Les personnes âgées, de manière générale, ont un risque de chute accru et un risque de fracture post-chute augmenté, lié surtout à l'ostéoporose physiologique. Pour des personnes atteintes de maladies de type démence, en raison d'agitation et de troubles du sommeil, la médication psychotrope est souvent importante (Onen & Onen, 2003). « Ces médicaments appelés psychotropes sédatifs peuvent altérer la mémoire, plus particulièrement dans la maladie d'Alzheimer, diminuer la vigilance diurne et augmenter le risque de chute » (Onen & Onen, 2003, p. 166). De plus, « les neuroleptiques et les antidépresseurs anticholinergiques peuvent être responsables de confusions et d'hypotension orthostatique avec chutes » (Onen & Onen, 2003, p. 169). Les articles V, IV, VI et IX mettent en lien le contact augmenté avec la nature et la diminution de la consommation de médication (Detweiler, Murphy, Myers & Kim, 2010 ; McMinn & Hinton, 2000 ; Detweiler, Murphy, Kim, Myers & Afshan, 2009 ; Cohen-Mansfield, 2004). Nous développerons cet aspect plus tard. Le lien que Detweiler, Murphy, Kim, Myers et Afshan (2009) ont fait dans leur étude se situe entre une utilisation importante du jardin et une diminution des chutes et de la gravité des chutes. En effet, le groupe qui a utilisé le plus le jardin a diminué la fréquence et la sévérité des chutes. Leur hypothèse est que les personnes capables de marcher ont renforcé leur musculature. Pour les personnes en chaise roulante, leur agitation a diminué, ainsi que leur besoin de médication de réserve (Pro Re Nata, PRN), ce qui mène à une diminution des chutes. Selon l'Office Mondial de la Santé (OMS), les chutes sont la deuxième cause de décès accidentel ou traumatisme involontaire dans le monde (p. 2). La prévention des chutes rime avec amélioration de la qualité de vie. Selon Leroy-Calatyaud (2004), le taux de mortalité chez les plus de 65 ans s'élève à 21 % après une chute du lit et des escaliers et de 46 % après une fracture du col du fémur. La présence d'un jardin dans une institution peut selon la littérature diminuer ce risque. Ainsi l'infirmière a pour rôle d'encourager les résidents à aller dehors et à se balader. Elle peut également accompagner les résidents faire un tour dehors, pour améliorer leur qualité de vie.

6.2.3 Psychologique

Nous nous sommes appuyées sur la définition des troubles associés à la démence de l'IPA (2002). Dans celle-ci, beaucoup de comportements sont présentés. Dans notre travail, nous avons dû faire le choix de nous arrêter aux principaux étudiés. Ceux-ci sont l'agitation physique et verbale, l'anxiété et la dépression. En effet, seul l'article IX a relevé l'intérêt de promenades dehors, d'accès à l'extérieur, d'environnement naturel, de luminothérapie et d'environnement hypostimulant sur les comportements inadaptés, de manière plus large (Cohen-Mansfield, 2004).

6.2.3.1 Agitation

L'agitation est un problème majeur pour les institutions et est souvent source de difficultés et d'épuisement des équipes soignantes (Ervin, Finlayson & Cross, 2010, p. 86). D'après l'article VIII, les comportements inappropriés n'affectent pas seulement les personnes qui en souffrent, mais aussi les co-habitants et les soignants [traduction libre] (Oppikofer & Geschwindner, 2012, p. 307). De plus, l'agitation est souvent mal gérée dans les institutions par faute de moyens, de ressources ou par manque de compréhension. Elle est fréquemment diminuée par une médication, bien qu'aucun traitement spécifique pour la thérapie de l'agitation ne soit valable ou sans risque (Wettstein, cité dans Oppikofer & Geschwindner, 2012, p. 307). Plusieurs chercheurs ont prouvé la diminution de l'agitation par le biais d'interventions non pharmacologiques et l'importance de les employer en premier lieu (Cohen-Mansfield, 2004, Edwards, McDonnell & Merl, 2012 ; Connell, Sandford & Lewis, 2007 ; Detweiler, Murphy, Myers & Kim, 2008 ; Murphy, Miyazaki, Detweiler & Kim, 2010 ; Oppikofer & Geschwindner, 2014). Ils relèvent tous l'intérêt de la nature et de l'environnement.

Les différentes recherches scientifiques retenues étudient des interventions diverses. L'article I met en évidence l'effet apaisant que provoque le contact avec la nature ou son accès visuel grâce à une étude observationnelle (Rappe & Topo, 2007). Afin d'évaluer cet impact de manière plus précise et scientifique, les articles III, IV, VI et VIII se sont basés sur l'échelle CMAI pour évaluer les degrés d'agitation avant et après des interventions basées sur la nature (Connell, Sandford & Lewis, 2007 ; Detweiler, Murphy, Myers & Kim, 2008 ; Murphy, Miyazaki, Detweiler & Kim, 2010 ; Oppikofer & Geschwindner, 2014). En effet, Detweiler, Murphy, Myers et Kim (2008) ont étudié les niveaux d'agitation suite à la construction d'un jardin. Ils ont mis en évidence que même le groupe de personnes qui utilise le moins le jardin a un score CMAI diminué. On peut en déduire que le fait d'avoir la possibilité de sortir de manière libre et d'avoir l'opportunité d'observer la nature depuis la fenêtre peut déjà avoir un effet diminutif de l'agitation. De plus, Murphy, Miyazaki, Detweiler et Kim (2010) mettent en lien l'agitation avec l'ennui. Ainsi, observer la nature de l'intérieur ou de l'extérieur diminue l'ennui et ainsi l'agitation. L'ennui a un impact négatif sur la qualité de vie. Il ressort donc du rôle infirmier de s'inquiéter de cet aspect et de mettre en place des stratégies afin d'y remédier, telles que favoriser un accès à l'extérieur. En effet, suite à l'ouverture d'un jardin thérapeutique, les articles II et IV relèvent une diminution très significative de l'agitation selon la CMAI (Edwards, McDonnell & Merl, 2012 ; Murphy, Miyazaki, Detweiler & Kim, 2010). Rappe et Topo (2007, article I) affirment qu'accompagner des résidents agités à l'extérieur permet de les apaiser. Le bruit des résonances à l'intérieur, le mouvement des nombreux résidents, ainsi que la sur-stimulation sociale peuvent avoir un effet agitateur (McMinn & Hinton, 2000, article VII). De plus, éviter le bruit et stimuler la marche sont, selon Oppikofer et Geschwindner (2014, article VIII), les interventions les plus utilisées par les infirmières et les plus efficaces pour diminuer l'agitation. En proposant des activités à l'extérieur, Connell, Sandford et Lewis (2007, article III) ont pu remarquer une diminution de l'agitation physique et verbale pendant l'intervention. Grâce à la partie qualitative de l'article IV, l'étude de le personnel et les membres de la famille ont pu témoigner de la diminution de l'agitation des résidents depuis l'ouverture du jardin (Detweiler, Murphy, Myers & Kim, 2008).

Certains auteurs ont également évalué des taux d'agressivité verbale et physique chez les personnes atteintes de démence. Cependant, nous n'adhérons pas totalement à cette terminologie et ne souhaitons pas l'exprimer ainsi dans notre travail. En effet, nous définissons plutôt les comportements dits agressifs comme défensifs. Il nous semble important de préciser que l'agressivité physique ou verbale est avant tout un moyen de communiquer. C'est une façon pour les personnes atteintes de démence d'exprimer un inconfort et nous le liions à de l'agitation. Il est indéniable que la compréhension de cette agressivité est souvent complexe, de même que les stratégies pour y faire face. C'est pourquoi le personnel soignant se trouve souvent démuni face à ces comportements. Ici se trouve alors tout l'intérêt d'argumenter des stratégies capables

de les prévenir. Dans l'article III, Connell, Sandford et Lewis (2007) ont mis en lien la diminution de comportements dits agressifs et la participation à une activité en extérieur. En effet, les résultats de cette étude selon l'échelle CMAI sont très encourageants. McMinn et Hinton (2000, article VII) affirment que l'agressivité verbale tout comme l'agressivité physique a diminué dans la phase post-test de leur étude, grâce à l'ouverture d'un jardin dans l'établissement.

6.2.3.3 Anxiété

Ce symptôme a été vraisemblablement peu étudié en lien avec des interventions favorisant l'accès à la nature. Cependant, Rappe et Topo (2007, article I) le mentionnent dans les résultats de leur étude. Il est donc important de le relever. En effet, les résidents se retrouvant confrontés à une porte fermée à clé, leur empêchant un accès à l'extérieur, ont montré des signes d'anxiété et de la confusion. En outre, les soignants ont observé une diminution de l'anxiété et de l'agitation lorsqu'ils attiraient l'attention des résidents sur des plantes connues. Ils ont utilisé les plantes dans la thérapie de la validation.

6.2.3.4 Dépression

La dépression des personnes âgées, particulièrement les personnes atteintes de démence institutionnalisées, est un problème majeur dans les soins (Watanabe, Kaneko, Hanaoka & Okamura, 2007). Elle a un impact majeur et non négligeable sur la qualité de vie des résidents, mais aussi sur le déclin fonctionnel, la morbidité et la mortalité (Serra & Giardini, 2013). Lorsque la dépression est diagnostiquée, elle est également l'objet d'une médication supplémentaire. Selon Onen et Onen (2003), les antidépresseurs anticholinergiques peuvent être responsables de confusions et ont un impact direct sur la qualité de vie et bien-être de la personne et de son entourage. Dès lors, il est primordial que le personnel soignant soit en mesure d'évaluer les signes de dépression chez les résidents et soit en possession des moyens pour y remédier. Suite à l'ouverture d'un jardin thérapeutique et d'un atrium dans une maison de soins spécifique à une population atteinte de démence, l'article II relève une diminution de 13.3 % de dépression chez ces résidents selon l'échelle CSDD. En parallèle une amélioration de la qualité de vie a été démontrée (Edwards, McDonnell & Merl, 2012). Selon la partie qualitative de l'article IV, les familles et les professionnels ont pu affirmer que le jardin avait amélioré l'humeur des résidents (Detweiler, Murphy, Myers & Kim, 2008).

En nous appuyant sur ces diverses études, nous pouvons faire deux constats. Non seulement la dépression ou les symptômes dépressifs de cette population agissent de façon négative sur la qualité de vie des individus, mais un contact avec la nature, ou une possibilité d'ouverture vers l'extérieur ont un impact positif ou préventif sur la dépression chez les personnes atteintes de démence en institution. Ces faits démontrent l'importance d'incorporer des moments à l'extérieur dans la prise en soins de ces patients, afin d'améliorer leur qualité de vie et de diminuer la médication.

6.2.3 Social

Les bénéfices de la nature sur les personnes âgées atteintes de démences sont absolument multiples. Dans de nombreuses études, nous avons constaté que mettre un environnement naturel à disposition des résidents permet l'augmentation et l'amélioration des interactions sociales. Que ce soit avec les autres résidents, avec les familles, ou avec les soignants, la majorité des études que nous avons exploitées prouve une amélioration de la qualité de vie grâce à l'augmentation des interactions sociales. Il est du ressort de infirmière de tout faire en sorte pour stimuler ce contact social et mettre en place un environnement propice à la création de telles relations. Cependant, la subjectivité des mesures, dans nos articles, est un inconvénient. Elles sont généralement prises grâce à des questionnaires ou des interviews, donnant des

résultats qualitatifs. Toutefois, les résultats sont prometteurs dans la littérature. Cohen-Mansfield (2004, article IX) relève plusieurs types d'interactions sociales qui sont susceptibles de diminuer l'agitation des personnes atteintes de démences : la zoothérapie, les interactions un à un et les interactions stimulées. Dans les articles que nous avons sélectionnés, aucun ne mentionne de zoothérapie, malgré la réduction de la mortalité et des durées d'hospitalisation observées avec ce genre de thérapie (Sloane, Zimmerman, Gruber-Balini & Barba, 2002). Cependant, dans les divers *wander garden* sont mis en place des nichoirs ou des mangeoires à oiseaux (Edwards, McDonnell & Merl, 2012, article II). Une majorité d'articles mentionnent une interaction sociale stimulée grâce à l'environnement naturel. Le jardin est un endroit propice où les soignants peuvent accompagner les résidents, et où l'interaction sociale est initiée (Rappe & Topo, 2007, article I). L'augmentation du contact social ne se fait pas uniquement avec les membres du personnel, mais également avec les autres résidents. L'atrium proposé par Edwards, McDonnell & Merl (2012) n'est pas muni de télévision ce qui a pour effet d'exacerber les échanges entre les résidents. De plus, les familles trouvent que la communication avec leurs proches est plus facile lorsqu'ils sont dans le jardin, car les résidents ont l'air heureux et apaisé. De nombreuses familles témoignent des bienfaits du jardin sur leurs proches (Detweiler, Murphy, Myers & Kim, 2008, article IV). Ainsi, que ce soit avec les familles, les autres résidents ou encore le personnel soignant, la proximité avec la nature extérieure améliore la qualité de vie des résidents atteints de démence. L'infirmière a alors un rôle primordial dans l'encouragement au contact social et à l'arrangement de l'environnement de sorte à ce que les résidents puissent interagir entre eux de manière optimale.

6.2.4 Spirituel

La spiritualité est définie dans le Larousse (2014) comme « qualité de ce qui est esprit, de ce qui est dégagé de toute matérialité ». Nous pensons que l'infirmière doit s'adapter aux besoins spirituels des patients dont elle s'occupe. L'association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC) encourage les infirmières à pratiquer la communication thérapeutique, qui permet de discuter avec des personnes de leurs croyances ou valeurs spirituelles, de tenir compte des particularités individuelles, et d'être à l'écoute des patients (AIIC, La spiritualité, la santé et la pratique infirmière, 2010). Mais quels besoins spirituels les résidents atteints de démences rencontrent-ils ? Une étude menée en Norvège identifie trois besoins principaux. Le besoin de sérénité et de paix intérieure, permis grâce à des moments de contemplation et de repos et à la familiarité de l'environnement ; le besoin de confirmation, permis grâce à l'amour et à la proximité ; le besoin d'exprimer sa foi et ses croyances (Ødbehr, Kvigne, Hauge & Danbolt, 2014). Nous pensons que certains de ces besoins peuvent être assouvis grâce à la proximité avec la nature. Dans la littérature, plusieurs sources font allusion au bien-être spirituel de la personne âgée atteinte de démence dans le contact avec la nature. Premièrement, c'est un endroit propice pour apprendre à connaître les résidents et initier une relation de confiance. Certains résidents qui étaient timides à l'intérieur se sont confiés lors des balades organisées avec les soignants (Rappe & Topo, 2007, article I). L'étude affirme également de manière qualitative qu'être dehors a permis aux résidents de partager des souvenirs aussi noirs que joyeux, et que cela a permis de mettre en valeur leur identité et leur intégration dans le cercle des résidents (Rappe & Topo, 2007). Pour les résidents qui n'ont eu accès qu'à une vue par la fenêtre, des moments de relaxation ont été observés (Rappe & Topo, 2007). Dans la littérature plus vaste, la notion de plaisir en lien avec la contemplation d'un paysage naturel a été mise en évidence par Cox, Burns et Savage (cité dans Edwards, McDonnell & Merl, 2012). D'après les soignants, c'est l'opportunité d'avoir une relation un-à-un, un moment de qualité, et de se sentir plus proche du résident (Cox, Burns & Savage, cité dans Edwards, McDonnell & Merl, 2012). Dans l'article II, il est suggéré que le nouvel environnement encourage le personnel soignant à plus interagir avec les résidents et ainsi à améliorer leur qualité de vie (Edwards, McDonnell & Merl, 2012). En tant qu'infirmières, nous pensons avoir un rôle important dans le soutien spirituel envers les résidents. Que ce soit par la présence ou par l'accompagnement, la relation d'aide est primordiale à nos yeux venant

d'une infirmière en psycho-gériatrie. Selon la littérature, la nature est un environnement calme et relaxant qui dispose les différents individus à entrer en relation les uns avec les autres. Si les besoins spirituels des résidents atteints de démences peuvent être comblés, c'est donc grâce en partie au contact avec la nature et à l'implication de l'infirmière dans la relation.

6.3 L'Infirmière et l'institution

Nous avons comparé dans la littérature les différentes contributions infirmières promouvant le contact des résidents avec la nature afin d'améliorer leur qualité de vie. Nous allons maintenant investiguer quels avantages ces contributions peuvent avoir à un niveau institutionnel et quels moyens doivent être mis en place afin qu'elles soient appliquées.

6.3.1 Réduction des coûts

Les frais liés aux maladies de type démence, comme nous l'avons vu précédemment, coûtent très cher à notre société. Que ce soit en frais de médication, de soins, ou encore d'hôtellerie. Selon Detweiler, Murphy, Myers et Kim (2008, article IV), la maladie d'Alzheimer ainsi que les démences qui y sont reliées possèdent la 3^{ème} place des maladies qui engendrent le plus de frais aux Etats-Unis. Il n'y a actuellement aucun traitement agissant directement sur l'agitation, mais différentes combinaisons sont utilisées chaque jour (Detweiler, Murphy, Myers & Kim, 2008). L'article VII met en évidence le fait qu'un accès à l'extérieur permet une consommation diminuée de médicaments psychotropes (McMinn & Hinton, 2000). Nous avons vu que le lien entre contact avec la nature et diminution des besoins en réserve existait, ainsi que le lien entre contact avec la nature et diminution des chutes. La réduction des PRN et des médicaments donnés d'office, cumulée à la diminution de la fréquence et de la gravité des chutes, contribue aux économies à long terme des institutions (Detweiler, Murphy, Kim, Myers & Afshan, 2009, article V). Un autre bénéfice lié à la nature susceptible de diminuer les coûts est la diminution du risque de fuite, lorsque les résidents sont accompagnés pour faire des balades (Rappe & Topo, 2007, article I). Ces groupes de chercheurs ont cependant été les seuls à mettre en évidence une réduction des coûts. Des recherches à plus long terme seraient nécessaires. L'obstacle le plus important à la mise en pratique d'interventions non-pharmacologiques est le manque de financement (Cohen Mansfield, 2004, article IX). Alors que les drogues psychotropes sont remboursées, les interventions non-pharmacologiques ne le sont pas (Cohen Mansfield, 2004). Ainsi, malgré le fait que l'efficacité des interventions non-pharmacologiques ait été démontrée en général, le manque de remboursement restreint leur application. Il en est de même pour les interventions liées à la nature. Malgré tout, il manque encore des preuves empiriques validant que le contact avec la nature permet une diminution des coûts liés à la démence en institution.

6.3.2 Bien-être du personnel

Dans la littérature, la grande majorité des études démontre un effet bénéfique de l'introduction d'un contact avec la nature sur le personnel soignant. D'autres études montrent que cela peut également être une contrainte, mais la plupart soutiennent tout de même des conséquences positives. Tout d'abord, les soignants trouvent que les résidents sont plus faciles à gérer depuis l'introduction du jardin (Edwards, McDonnell & Merl, 2012, article II). Par ailleurs, le personnel et les familles trouvent que le jardin *wander garden* a un effet bénéfique sur la qualité de vie du personnel (Murphy, Miyazaki, Detweiler & Kim, 2010, article VI). De plus, personnel et familles trouvent le niveau de stress moins élevé depuis l'introduction du jardin (Edwards, McDonnell & Merl, 2012, article II). Il a également été prouvé que la diminution de l'agitation des résidents prévient le burnout et la rotation du personnel. De plus, cela incite les soignants à s'investir dans

leur travail et à prodiguer des soins de qualité (Detweiler, Murphy, Myers & Kim, 2008, article IV).

Malgré ces bénéfices démontrés souvent de manière qualitative, l'introduction de pratiques centrées sur la nature a posé problème à certains soignants, qui avaient peur que les résidents chutent dans le jardin et qu'aucun système de surveillance vidéo ne soit installé (Detweiler, Murphy, Myers & Kim, 2008). Pour d'autres, une augmentation de la charge de travail s'est fait ressentir, ainsi qu'une perturbation de la routine (Murphy, Miyazaki, Detweiler & Kim, 2010, article VI). Les conclusions que l'on peut tirer de ces inconvénients sont dans la préparation à l'instauration des pratiques basées sur le contact avec la nature. Si la préparation est bonne, les soignants auront plus de facilité à s'adapter au projet, et seront ainsi plus convaincus de ses bienfaits et donc mieux investis. Par conséquent, Cohen-Mansfield (2004) nous propose de nous questionner sur les formations qui doivent être prodiguées au personnel soignant afin d'introduire les interventions non-pharmacologiques de manière adéquate. Chapman, Hazen et Noell-Waggoner (2007) ont mis en place un programme de formation des soignants dans le but d'améliorer leurs connaissances au niveau de la nature et de son utilisation dans les soins. Cette formation a apporté au personnel motivation et enthousiasme, et plus de la moitié des institutions a introduit des changements au niveau du jardin.

6.3.3 Contretemps

Dans la littérature, nous avons cependant relevé plusieurs complications que les milieux de soins ont rencontrées lors de la mise en application de projets centrés sur la nature. Nous avons regroupé ces contraintes en trois catégories. Une première contrainte liée à l'introduction de nouvelles pratiques est la modification de l'environnement physique. Les plantes installées à l'intérieur sont responsables d'allergies, de plus, les résidents se piquent avec et les arrosent trop, ce qui les fane (Rappe & Topo, 2007, article I). La deuxième contrainte environnementale est liée à la porte, qui est trop lourde pour que les résidents l'ouvrent de manière autonome (Murphy, Miyazaki, Detweiler & Kim, 2010, article VI). Les saisons et les inconvénients météorologiques ont été une contrainte à la mise en place d'interventions permettant le contact avec la nature. Detweiler, Murphy, Myers et Kim (2008) soulèvent dans l'article IV les inconvénients de la pluie, la chaleur ou le froid. D'autres disent que le temps ne permet pas toujours un accès au jardin, il y a de la glace ou de la neige de mi-octobre à mi-mars et il fait trop chaud et il n'y a pas d'ombre dans le jardin de juin à août (Murphy, Miyazaki, Detweiler & Kim, 2010, article VI). Le troisième contretemps dans l'application d'interventions favorisant le contact des résidents avec la nature est les changements auxquels le personnel doit faire face. En effet, celui-ci manque de temps, doit se changer pour aller dehors, et cela perturbe le fonctionnement des soins (Rappe & Topo, 2007, article I). Dans plusieurs études, le personnel est en effet retissant à changer les habitudes prises au sein de l'institution. Il n'utilise pas le jardin comme une ressource dans les soins, mais il y va uniquement pour aider un résident à se relever ou à aider un résident à revenir à l'intérieur s'il commence à pleuvoir (Detweiler, Murphy, Myers & Kim, 2008, article IV). Les changements sont parfois bien appliqués immédiatement, mais ils ne sont pas maintenus à long terme (Chenoweth and al, 2014).

Ainsi, en tant que leader dans le système de soins, l'infirmière a une influence importante sur l'équipe et l'administration, car elle a un rôle d'*advocacy* dans la défense des intérêts du patient au sein de l'institution. D'après Phaneuf (2013) « le terme *advocacy* relève en fait d'une philosophie des soins appliquée aux soins infirmiers qui consiste à soutenir le client dans la promotion et la défense de ses intérêts et de son bien-être tel qu'il les perçoit » (p. 1).

6.3.4 Recommandations pour la pratique

Grâce à cette revue de littérature, nous avons pu constater les bienfaits empiriques que la nature et la promotion d'un environnement naturel ont sur les personnes atteintes de démences en institution. Les données récoltées dans la littérature nous permettent de donner des pistes pour la pratique. L'infirmière est au cœur du système de soins, et centre ses actions sur la promotion du bien-être de la personne (Phaneuf, 2013). Avant la mise en place de toute intervention, elle doit réfléchir à individualiser ses interventions, et se remettre en question. Afin de permettre la meilleure qualité de vie possible, l'infirmière a un rôle à jouer dans la mise en lien des résidents avec la nature. Elle peut favoriser ce contact de différentes manières, en s'adaptant aux besoins et aux compétences de chaque résident. Elle peut par exemple l'accompagner à l'extérieur et le laisser un moment dehors, elle peut également rester auprès de lui ou marcher avec lui. C'est dans ce genre de moments qu'elle peut en profiter pour approfondir sa relation avec le résident, et prodiguer des soins spirituels. Elle peut également faire en sorte que l'intérieur soit décoré de plantes, ou stimuler la création d'une pièce sans télévision, dans laquelle les interactions sociales se font plus facilement. Elle peut proposer à l'animation d'effectuer leurs activités à l'extérieur quand cela est possible, et de monter un jardin. Elle peut finalement et simplement permettre un accès visuel à la nature. L'infirmière doit cependant faire preuve d'une grande capacité d'adaptation et doit modifier ses interventions en fonction de l'individualité, la météo ou le manque de motivation du personnel. L'infirmière doit donc s'investir, oser proposer du changement, et intégrer la nature dans ses soins. Elle peut également proposer une formation pour son équipe. Au niveau administratif, elle doit se faire soutenir en présentant un positionnement scientifique afin d'argumenter en quoi les interventions en lien avec la nature possèdent des avantages dans la réduction des coûts, et dans l'amélioration de la qualité de vie des résidents.

Conclusion

Cette revue de littérature nous permet de défendre que promouvoir un contact avec la nature relève du rôle infirmier. En effet, ces interventions permettent d'améliorer la qualité de vie des résidents atteints de démence en institution grâce à des effets bénéfiques au niveau biologique, tels que l'amélioration de la qualité du sommeil, l'orientation spatio-temporelle, la diminution des chutes et la stimulation des sens ; au niveau psychologique, en réduisant l'agitation, l'anxiété et la dépression des personnes atteintes de démence ; au niveau social, en augmentant le contact entre les résidents, avec les familles ou les soignants. Cependant, peu d'articles mentionnent un enrichissement du bien-être spirituel grâce à la nature. Cet aspect mériterait d'être approfondi. Cette pratique soignante permet une réduction des coûts et représente donc un enjeu de politique sanitaire. De plus, plusieurs études démontrent une diminution du stress au travail et une amélioration de la santé et de la satisfaction du personnel soignant. Toutefois, les habitudes de travail et la culture organisationnelle doivent être remises en question par le personnel, pour que ces changements de pratique puissent être effectués et apporter un réel bénéfice. Or bien souvent, le personnel des établissements est réticent à changer ses habitudes de soins.

Cette revue de littérature nous a permis de grandir à plusieurs niveaux. Grâce à ce travail, nous avons découvert le fonctionnement du monde de la recherche, et spécifiquement la recherche en sciences médicales et infirmières. Non seulement nous avons pris connaissance des étapes nécessaires à l'élaboration d'une revue de littérature, mais nous nous sommes également formées à une posture de chercheuse. Nous savons maintenant comment effectuer des recherches dans les bases de données, juger de la pertinence d'un article et analyser les résultats des articles. Cette initiation à la recherche nous sensibilise à l'importance de baser sa pratique infirmière sur des données probantes et de la plus-value pour la qualité des soins. Malgré le

fossé conséquent entre théorie et pratique, ce travail nous démontre qu'une évolution de la discipline est possible.

La revue de littérature que nous avons menée possède néanmoins certaines limites. La liste des articles sélectionnée n'est pas exhaustive. Afin de répondre aux critères de ce travail, nous avons restreint notre choix aux articles les plus pertinents. Par ailleurs, les études analysées démontrent toutes des résultats positifs quant à notre questionnement initial. Les bénéfices de la nature sont indéniables sur la diminution des BPSD et l'amélioration de la qualité de vie. En effet, ces résultats sont convergents et toutes les études tendent vers des conclusions similaires. Toutefois, la contribution infirmière est peu développée dans la littérature. Afin de rester au plus proche de notre discipline, nous avons cherché à mettre cet aspect en perspective et en discussion. En outre, les recherches qui traitent de notre sujet n'ont pas été majoritairement menées par des infirmiers. En effectuant nos recherches, nous avons pu constater que de nombreuses interventions infirmières existent afin de diminuer les BPSD et améliorer la qualité de vie. Malgré les nombreux bénéfices de la nature, l'infirmière a le pouvoir d'être créative dans le choix de ses interventions, tout en individualisant ses soins.

La formation Bachelor que nous avons suivie durant ces quatre années nous a poussées à développer une posture réflexive. Ce travail représente pour nous l'accomplissement de ce cheminement car nous avons pu approfondir notre question de recherche. Cela constitue aussi une base pour notre carrière professionnelle. Nous croyons que grâce à cette posture réflexive et à une remise continuelle en question des pratiques, l'infirmière développe une identité professionnelle plus ancrée et reconnue. Son impact est d'autant plus important en EMS, où le personnel infirmier ne constitue pas la majorité des soignants. Selon nous, le rôle infirmier se situe dans la réflexion autour des actions plutôt que dans l'application de protocoles. La maîtrise des bases de données et la compréhension des données probantes permet également à l'infirmière de justifier sa pratique auprès de ses supérieurs hiérarchiques, afin qu'elle devienne une véritable vectrice de changements. Nous avons appris, grâce à ce travail que nous sommes capables d'adopter une posture de chercheuse, et que nous allons pouvoir mettre à profit cet atout dans notre pratique. Nous avons analysé de manière empirique les données probantes quant à un sujet et une population spécifique. Cependant, nous pensons que les nombreuses vertus que possède la nature peuvent être mises à profit dans la pratique infirmière, dans tout contexte de soins. Nous avons maintenant les outils en main pour justifier notre pratique et implanter de nouvelles idées relevant de la créativité infirmière afin de toujours et encore améliorer la qualité de vie des patients.

Nous avons été portées par la passion qui nous lie au sujet de notre travail. La nature représente pour chacune d'entre nous un intérêt central et une source de bien-être. Ce sujet nous tient tout particulièrement à cœur. Par ailleurs, nous avons un projet de vie professionnelle qui s'intègre dans cette philosophie. Ce travail représente donc un premier pas dans l'élaboration de notre projet. Ceci nous a permis d'être motivées et enthousiastes tout au long de la réalisation de cette revue de littérature.

Références

- Afremov, L. (2013). La peinture au couteau, vous aimez ? Repéré à <http://lesvoyagesetmoi.over-blog.com/la-peinture-au-couteau-vous-aimez>
- Association Alzheimer Suisse (2014). *Les données et les chiffres*. Repéré à <http://www.alz.ch/index.php/les-donn%C3%A9es-et-les-chiffres.html>
- Association Alzheimer UK (2002). *Quality of life*. Repéré à <http://www.alz.co.uk/sites/default/files/conf2011/2707-sub-e-banerjee-quality-of-life-stroud-symposia-series.pdf>
- Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2012). La spiritualité, la santé et la pratique infirmière. Ontario, Canada : AICC
- Beerens, H. C., Zwakhalen, S. M. G., Verbeek, H., Ruwaard, D. & Hamers, J. P. H. (2013). Factors associated with quality of life of people With dementia in long-term care facilities: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 50, 1259–1270.
- Chapman, N. J., Hazen, T. & Noell-Waggoner, E. (2005). Encouraging development and use of gardens by caregivers of people with dementia. *Alzheimer's Care Quarterly*, 6(4), 349-356.
- Chenoweth, L., Forbes, I., Fleming, R., King, M. T., Stein-Parbury, J., Luscombe, G., Kenny, P., Jeon, Y.-H., Haas, M. & Brodaty, H. (2014). PerCEN : A cluster randomized controlled trial of person-centered residential care and environment for people with dementia. *International Psychogeriatrics*, 26(7), 1147–1160.
- Chung, J., C., C. & Lai, C., K., Y. (2002). Snoezelen for dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4, CD003152. doi : 10.1002/14651858.CD003152.
- Cohen-Mansfield, J. (2004). Nonpharmacologic interventions for inappropriate behaviors in dementia: A review, summary, and critique. *The Journal of Life Long learning in Psychiatry*, 11(2), 288-308.
- Connell, B. R., Sanford, J. A. & Lewis, D. (2008). Therapeutic effects of an outdoor activity program on nursing home residents with dementia. *Journal of Housing For the Elderly*, 21(3-4), 194-209.
- Cox, H., Burns, I. & Savage, S. (2004). Multisensory environments for leisure promoting well-being in nursing home residents with dementia. *Journal of Gerontological Nursing*, 37-45.
- Desrosiers, G. (2014). Profession infirmière: Leadership et pouvoir d'influence [Polycopié]. Repéré à <https://docs.google.com/file/d/0B8pe1YAULBxUZUJWNHlpeE43akE/edit?pli=1>
- Detweiler, M. B., Murphy, P. F., Kim, K. Y., Myers, L. C. & Ashai, A. (2009). Scheduled medications and falls in dementia patients utilizing a wander garden. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 24(4), 322-332.
- Detweiler, M. B., Murphy, P. F., Myers, L., C. & Kim, K. Y. (2008). Does a wander garden influence inappropriate behaviors in dementia residents ? *American journal of Alzheimer's Disease and other dementias*, 23(1), 31-45.
- Detweiler, M. B., Sharma, T., Detweiler, J. G., Murphy, P. F., Lane, S., Carman, J., Chudhary, A. S., Halling, M. H. & Kim, K. Y. (2012). What is the evidence to support the use of therapeutic gardens for the elderly? *Psychiatry Investig*, 9, 100-110.

- Edwards, C. A., McDonnell, C., Lodge, S. & Merl, H. (2012). An evaluation of a therapeutic garden's influence on the quality of life of aged care residents with dementia. *Dementia*, 12(4), 494–510.
- Ervin, K., Finlayson, S. & Cross, M. (2012). The management of behavioural problems associated with dementia in rural aged care. *Collegian*, 19, 85-95.
- Feil, N. (1994). La validation, mode d'emploi. 2ème édition. Pays-Bas : Editions Pradel
- Fortin, M-F. (1996). Le processus de la recherche, de la conception à la réalisation. Ville Mont-Royal, Quebec, Canada : Décarie Editeur
- Frumkin, H. (2001). Beyond Toxicity - Human Health and the Natural Environment. *American Journal of Preventive Medicine*, 20(3), 234-240.
- Health Council of the Netherlands. (2004). Nature and Health - The influence of nature on social, psychological and physical well-being. The Hague, Pays-Bas : RMNO
- International Psychogeriatric Association. (2012). The IPA complete guides to behavioral and psychological symptoms of dementia. Repéré à http://www.bsa.ualberta.ca/sites/default/files/___IPA_BPSD_Specialists_Guide_Online.pdf
- Larousse (2014). *Dictionnaire du français*. Repéré à <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/spiritualit%C3%A9/74250>
- Le réseau Ecole et Nature. (n.d.). Le syndrome du manque de nature. Repéré à http://www.indicesdepresences.org/IMG/pdf/Le_syndrome_du_manque_de_nature_REN_2013.pdf
- Leroy-Calatayud, R. (2004). Point de mire sur la prévention chez les personnes âgées à partir d'un thème et problème de santé : « les chutes ». Repéré à <http://www.chuv.ch/bdfm/cdsp/MemoireLeroy.pdf>
- Maller, C., Townsend, M., St Leger, L., Handerson-Wilson, C., Pryor, A., Prosser, L & Moore, M. (2009). Healthy Parks, Healthy People : The Health Benefits of Contact with nature in a park context. *The George Wright Forum*, 26(2), 51-83.
- Mapes, N. (2011). Wandering in the woods. Repéré à <http://www.woodlandtrust.org.uk/mediafile/100153362/wandering-in-the-woods-a-visit-woods-pilot-project-v-1-0.pdf>
- Mayer, F. S., McPherson Frantz, C., Bruehlman-Senecal, E. & Dollivier, K. (2008) Why Is Nature Beneficial? The Role of Connectedness to Nature. *Environment and Behavior*, (41)5, 607-643.
- McCormack, B. & McCance, T., V. (2006). Development of a framework for person-centred nursing. *Journal Compilation*, 472-479.
- McMinn, B., G. & Hinton, L. (2000). Confined to barracks: The effects of indoor confinement on aggressive behavior among inpatients of an acute psychogeriatric unit. *American Journal of Alzheimer's Disease*, 15(1), 36-41.

- Murphy, P., F., Miyasaki, Y., Detweiler, M. B. & Kim, K., Y. (2010). Longitudinal analysis of differential effects on agitation of a therapeutic wander garden for dementia patients based on ambulation ability. *Dementia*, 9(3), 355-373.
- Office fédéral de la statistique (2014). Mouvements de la population – Indicateurs. Espérance de vie. Repéré à <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/01/06/blank/key/04/04.html>
- Onen, F. & Onen, S.-H. (2002). Altérations des rythmes du sommeil dans la maladie d'Alzheimer. *La revue de médecine interne*, 24, 165-171.
- Oppikofer, S. & Geschwindner, H. (2012). Nursing interventions in cases of agitation and dementia. *Dementia*, 13(3), 306-317.
- Organisation Mondiale de la Santé (2014). Centre des médias - La démence. Repéré à <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/fr/>
- Passini, R., Pigot, H., Rainville, C. & Tétreault, M.-H. (2000). Wayfinding in a nursing home for advanced dementia of the alzheimer's type. *Environment and Behaviour*, 32, 684-710.
- Phaneuf, M. (2013). Le concept d'advocacy en soins infirmiers. Repérée à <http://www.prendresoin.org/wp-content/uploads/2013/02/Le-concept-dadvocasy-en-soins-infirmiers-Copie.pdf>
- Rappe, E. & Topo, P. (2007). Contact with outdoor greenery can support competence among people with dementia. *Journal of Housing for the Elderly*, 21(3), 229-248.
- Serra, A.-L. & Giardino, U. (2013). De la communauté à l'EMS : Détection de la dépression du sujet âgé. Université de Lausanne, Suisse.
- Sloane, P., D., Zimmerman, S., Gruber-Baldini, A., L. & Barba, B., E. (2002). Plants, animals, and children in long-term care: How common are they? Do they affect clinical outcomes? *Alzheimer's Care Quarterly*, 3(1), 12-18.
- Sloane, P., D., Zimmerman, S., Gruber-Baldini, A., L. & Barba, B., E. (2002). Long-Term Care: How Common Are They? Do They Affect Clinical Outcomes? *Alzheimer's Care Quarterly*, 3(1), 12-18.
- Van den Berg, A., E. (2005). Health impacts of healing environments: A review of evidence for benefits of nature, daylight, fresh air, and quiet in healthcare settings. The Architecture of Hospitals. University Hospital Groningen, Pays bas. Repéré à http://www.sykehusplan.org/data/healing_environments.pdf
- Watanabe, Y., Kaneko, F., Hanaoka, H. & Okamura, H. (2007). Depression and associated factors in residents of a health care institution for the elderly. *Physical & Occupational Therapy in Geriatrics*, 26(1), 29-41.
- World Health Organisation. (2007). WHO global report on falls prevention in older age. Genève, Suisse : WHO Press

Bibliographie

- Allin-Pfister, A-C. (2005). Formation à la recherche, une approche globale. Rueil-Malmaison, France : Editions Lamarre.
- Bossen, A. (2010). The importance of getting back to nature for people with dementia. *Journal of Gerontological Nursing*, 36(2), 17-22.
- Calkins, M., Szmerekovsky, J. G. & Biddle, S. (2008). Effect of increased time spent outdoors on individuals with dementia residing in nursing homes. *Journal of Housing For the Elderly*, 21(3-4), 211-228.
- Chalfont, G. E. & Rodiek, S. (2005). Building edge : An ecological approach to research and design environments for people with dementia. *Alzheimer's care Quarterly*, 6(4), 341-348.
- Chenoweth, L., King, M. T., Jean, Y-H., Brodaty, H., Stein-Parbury, J., Norman, R., Haas, M. & 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. *Lancet neurology*, 8, 317-25.
- Chenoweth, L., Leis, D., King, M., Luscombe, G., Forbes, I., Jeon, Y.-H., Stein-Parbury, J., Brodaty, H., Fleming, R., T. & Haas, M. (2011). Study protocol of a randomised controlled group trial of client and care outcomes in the residential dementia care setting. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 153-165.
- Cohen-Mansfield, J. (1991). *Instruction manual for the Cohen-Mansfield Agitation Inventory*. Maryland, USA.
- Cohen-Mansfield, J., Marx, M. S. & Rosenthal, A. S. (1990). Dementia and Agitation in Nursing Home Residents: How Are They Related? *Psychology and Aging*, 5(1), 3-8.
- Cook, G. (2011). Dementia care : Sensory environments. *Nursing & Residential Care*, 13(5), 240-243.
- Côté F., Mercure S. A., Gagnon J. (2005) *Guide de rédaction*, chapitre 1 : *La lecture efficace d'articles scientifiques*, p.1-17. Université Laval, faculté des sciences infirmières, Bureau de transfert et d'échanges de connaissances (BTEC)
- Davis C. (2011). How nature can be used to create a therapeutic outdoor environment. *Nursing Older People*, 23(3), 16-19.
- Fleming, R., Goodenough, B., Low, L.-F., Chenoweth L. & Brodaty, H. (2014). The relationship between the quality of the built environment and the quality of life of people with dementia in residential care. *Dementia*, 0(0), 1-18.
- Gastmans, C. & Milisen, K. (2006). Use of physical restraint in nursing homes: clinical-ethical considerations. *J. Med. Ethics*, 32, 148-152.
- Heathcote, J. (2011). Natural moments: A breath of fresh air in dementia care. *Nursing and Residential Care*, 13(6), 290-293.

- Jarrott, S., E., Kwack, H., R. & Relf, D. (2002). An observational assessment of a dementia-specific horticultural therapy program. *HortTechnology*, 12(3), 403-410.
- Laumann, K., Gärling, T. & Morten Stormark, K. (2003). Selective attention and heart rate responses to natural and urban environments. *Journal of Environmental Psychology*, 23, 125-134.
- Lynchisa, E. (2012). Thinking outside the box. *Nursing standard*, 27(4), 23.
- Mapes, N. (2012). Have you been down to the woods today? *Working with older people*, 16(1), 7-16.
- Odbehr, L., Kvigne, K., Hauge, S. & Danbolt, L., J. (2014). Nurses' and care workers' experiences of spiritual needs in residents with dementia in nursing homes: a qualitative study. *BMC Nursing*, 13(12), 1-9.
- Olsson, A., Lampic, C., Skovdahl, K. & Engström, M. (2013). Persons with early-stage dementia reflect on being outdoors: a repeated interview study. *Aging & Mental Health*, 17(7), 793-800.
- Rappe, E. (2005). *The influence of a green environment and horticultural activities on the subjective well-being of the elderly living in long-term care* (Academic Dissertation).
Université de Helsinki, Finlande.
- Rappe, E. & Kivelä, S., L. (2005). Effects of garden visits on long-term care residents as related to Depression. *Horttechnology*, 15(2), 298-303.
- Rappe, E., Kivelä, S.-L. & Rita, H. (2006). Visiting outdoor green environments positively impacts self-rated health among older people in long-term care. *Horttechnology*, 16(1), 55-59.
- Rodiek, S. (2006) Resident perceptions of physical environment features that influence outdoor usage at assisted living facilities. *Journal of Housing For the Elderly*, 19(3-4), 95-107.
- Rodiek, S., Lee, C. & Nejati, A. (2014). You can't get there from here: Reaching the outdoors in senior housing. *Journal of Housing For the Elderly*, 28(1), 63-84.
- Slaughter, S., Calkins, M., Eliasziw, M. & Reimer, M. (2006). Measuring physical and social environments in nursing homes for people with middle- to late-stage dementia. *The American Geriatrics Society*, 54(9), 1436-1441.
- Temple, V., Jozsvai, E., Konstantareas, M., M. & Hewitt, T.-A. (2001). Alzheimer dementia in Down's syndrome: The relevance of cognitive ability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 45(1), 47-55.
- Zeisel, J., Silverstein, N., M., Hyde, J., Levkoff, S., Lawton, M., P. & Holmes, W. (2003) Environmental correlates to behavioral health outcomes in Alzheimer's special care units. *The Gerontologist*, 43(5), 697-711.
- Zeisel, J. (2013). Improving Person-Centered Care through effective design. *American Society on Aging*, 37(3), 45-52.
- Zeisel J. (2013). Improving Person-Centered Care through effective design. *Journal of the American Society on Aging*, 37(3), 45-52.

Zúñiga, F., Ausserhofer, D., Serdaly, C., Bassal, C., De Geest, S. & Schwendimann, R. (2013).
Rapport final de l'enquête relative au personnel de soins et d'accompagnement dans les établissements médico-sociaux en Suisse. Bâle, Suisse : Université de Bâle.

ANNEXE I : GRILLE DE LECTURE MODIFIEE

I. Etapes préliminaires (avant de lire l'article)

1. Objectifs poursuivis par la lecture de cet article (Environnement présent ? Démence ? Institution ? Rôle infirmier ? Répondre question de recherche)

2. Survol initial

Type de document : revue de littérature article de recherche
 commentaire
 article de vulgarisation autre

Titre :

Mots-clés importants

II. Lecture critique

1. Nom de la revue	date/lieu de parution :
Facteur d'impact (taille cohorte)	subventionnaires :
Corps professionnel	

2. Analyse critique
Buts de l'étude (description d'un phénomène, explication, synthèse, etc.)
Introduction
◀ travaux passés (quand, qui, quoi) :
▶ article actuel (situation, questions, hypothèses) :
Concepts (Résumé des concepts utilisés)
Méthodes (Ce qui a été fait : stratégie générale, non détaillée : quoi, où, comment)
Résultats (Ce qui a été obtenu (manière dont les sujets expérimentaux diffèrent des témoins, reproductibilité des résultats)
Interprétation personnelle :

Discussion (Comment les auteurs relient-ils ce qu'ils ont mesuré aux objectifs de leur étude : acceptation ou rejet des hypothèses de départ, interprétation des résultats obtenus, etc.)

Conclusion de l'étude :

III. Appréciation personnelle

1. **Importance en regard des attentes initiales** et des informations déjà connues (réponse à la question posée en I, quels sont les troubles associés à la démence mentionnés, quels effets bénéfiques relevés, quels lieux naturels proposés, activité ou non, notion de prévention ou de thérapie, anamnèse et interventions infirmières)

2. **Points forts et points faibles de l'article**

ANNEXE II : GRILLE DE COMPARAISON

Titre	Sujet	Population	Environnement	Troubles associés mentionnés	Activités proposées	Prévention ou thérapie	Interventions infirmières	Effets bénéfiques	Effets négatifs	Précautions