

DI TOMMASO Sébastien
WAHL Zoé

FORMATION BACHELOR HES EN SOINS INFIRMIERS
Volée VAE 2017-2019

**APHASIE NOUVELLEMENT ACQUISE ET INTERCOMPRÉHENSION :
QUELLES INTERVENTIONS INFIRMIÈRES ?**

Travail de validation présenté à la
Haute École de Santé La Source

LAUSANNE
Janvier 2019

Sous la direction de
Monsieur Michel Jeanguenat, inf. Maître d'enseignement

Remerciements

Nous tenons à remercier :

Mr Jeanguenat et Mme Thévoz pour leur guidance bienveillante tout au long de ce parcours,

Mme Françoise Bernasconi, logopédiste-neuropsychologue responsable au sein du
Département des Neurosciences Cliniques des Hôpitaux Universitaires pour son temps et ses
explications sur les spécificités des patients aphasiques.

Nos correctrices, Mesdames Corinne Wahl et Sabrina Fedele pour leur attention et leurs
relectures.

***Caring is the roar that lies on the other side of silence.
When the mist lifts, nurses can find new images of caring
(Watson, 1987, p. 16).***

Table des matières

Remerciements	2
Résumé	5
Préambule	6
I. Introduction	7
II. Problématique	7
Épidémiologie	7
Définitions.....	8
Cadre conceptuel et thématiques	9
La communication	10
La détresse	10
L'estime de soi.....	11
La dépression	11
La relation soignant-soigné : dynamique de la relation et design du soin.....	12
Le Caring	12
III. Question de recherche	13
IV. Méthodologie.....	15
Base de données consultées.....	15
Équation de recherche	16
V. Résultats et présentation des articles	17
Résumé des articles.....	17
Tableaux comparatifs résumant les articles	29
VI. Discussions et perspectives	34
Analyse des résultats : convergences et divergences entre les articles	34
Mobilisation du cadre théorique.....	34
Croire en les capacités de l'autre	35
Connaître	35
Être avec	36
Faire pour et Faciliter	36
Bien être	37
Synthèse de la discussion	37
Recommandations des bonnes pratiques.....	37
Limites de la recommandation	38
Perspectives de recherches ultérieures	38
VII. Conclusion	39
Références	40
Annexes	43

Résumé

Contexte : Dans le monde, selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) 10 millions de personnes survivent à un accident vasculaire cérébral (AVC) chaque année. Environ un tiers des personnes présentant pour la première fois un AVC développent une aphasie définie comme un trouble acquis du langage. Ces patients, malgré des capacités physiques conservées et le maintien de leur cercle social, ne peuvent communiquer leurs désirs et leurs besoins, participent moins aux activités quotidiennes et ont une qualité de vie diminuée.

Objectif : Le but de cette revue partielle de littérature est d'identifier les interventions infirmières mises en place dans la recherche d'une intercompréhension avec un patient présentant une aphasie nouvellement acquise.

Méthodologie : suite à la définition d'une question de recherche, neuf articles ont été identifiés et sélectionnés dans la base de données de MEDLINE. L'analyse critique, grâce à une grille de lecture, et la synthèse de ces articles est discuté à travers la théorie du Caring selon Kristen M. Swanson.

Principaux résultats : soigner des patients souffrant d'une aphasie post AVC est complexe. Le personnel soignant doit s'émanciper des soins techniques et développer des approches relationnelles et communicationnelles. La connaissance approfondie ainsi que la reconnaissance des capacités du patient permettent l'établissement d'un plan de soin communicationnel individualisé, qui favorise la cocréation d'un environnement familial.

Conclusion :

De futures recherches sont nécessaires car la littérature actuelle demeure insuffisante à ce jour. L'inclusion et l'étude de cohortes incluant les personnes aphasiques sera un point crucial dans l'avancée de la compréhension à termes des interventions infirmières à implémenter.

Mots clés

Aphasie ; communication ; infirmière ; AVC ; intercompréhension ; Caring ; hospitalisation

AVERTISSEMENT :

Toutes les citations d'articles sont issues de traductions libres de la part des auteurs. Les conclusions de ce travail engagent la seule responsabilité de ses auteurs.

Préambule

« J'ai vingt ans, je suis à Londres pour finir mes études. Je suis sportive, j'aime la danse et la gymnastique. J'aimerais devenir professeur d'anglais. Depuis quelque temps, j'ai d'affreuses migraines qui m'empêchent de me concentrer et de travailler. Je vais consulter à l'hôpital où je suis orientée vers un ophtalmologue. Après un examen approfondi, il demande une imagerie cérébrale. On me diagnostique une tumeur. Je rentre dans ma ville natale rejoindre ma famille, où les neurochirurgiens me proposent une intervention chirurgicale pour retirer ce mal. Après l'opération, je me réveille aux soins intensifs. J'ai une cicatrice qui part d'une oreille à l'autre cachée par mes longs cheveux que le chirurgien n'a pas complètement rasés et qui font râler les infirmières, car ils sont difficiles à laver et à coiffer. Pour les chirurgiens, tout s'est bien passé. Mais je n'arrive plus à parler, les mots ne sortent pas de ma bouche. Je n'arrive plus à exprimer ce que je veux, pouvant même dire « non » pour oui » et vice versa. Dans les premières 48 h, mon corps s'endort progressivement du côté droit. Je reçois de fortes doses de cortisone pour diminuer l'œdème cérébral.

Le temps passe, je pars en rééducation après plusieurs semaines. Une ambulance vient me chercher et me conduit dans un centre de rééducation. Arrivés, nous prenons l'ascenseur pourvu d'un miroir. Je me vois pour la première fois depuis des mois, dans ce fauteuil roulant, penchant à droite. J'ai pris plusieurs kilos. Je me reconnais à peine.

Les jours passent, je m'adapte à ce nouveau lieu de vie, c'est l'été, on me donne une glace. J'en rêvais, j'adore les glaces. Jusqu'à présent, je suivais un régime à cause des traitements que je reçois. C'est la première fois que je peux manger un tel dessert. Je la prends, commence à la manger lentement, c'est bon, c'est frais. Un moment plus tard, une infirmière passe, me voit avec ma glace dans la main qui commence à fondre. Elle me demande si j'ai fini, j'aimerais lui dire « non », que j'ai envie de la manger jusqu'au bout, mais un « oui » sort de ma bouche. Elle me prend ma glace et la jette.

Aujourd'hui, j'ai quarante-quatre ans, j'ai repris une vie normale. Je suis mariée, j'ai trois enfants. J'ai retrouvé la parole. J'ai récupéré de mon hémiplégie, sauf au niveau de la jambe droite où je fais régulièrement des injections de toxine botulique pour lutter contre la spasticité de mon mollet. »

Patiente anonyme

Lors de ce récit, nous nous sommes interrogés sur la relation soignant-soigné, sur la place de la dimension humaine et du prendre soin. Les troubles de la communication verbale avec les patients présentant une aphasie perturbent l'altérité. Le patient est dans l'incapacité partielle ou totale d'exprimer sa volonté et ses besoins. Il présente des difficultés à interpréter les mots.

Dans cet exemple l’infirmière avait-elle les outils et la possibilité de comprendre les besoins de la patiente lorsqu’elle lui demande si elle a fini sa glace ? L’infirmière était-elle sensibilisée aux troubles du langage ? Qu’est-ce qui a fait croire à l’infirmière que la patiente ne voulait plus de sa glace ? Existe-t-il des outils pour améliorer notre communication avec les patients atteints d’aphasie ?

I. Introduction

Actuellement, nos diplômes respectifs ne nous permettent pas de nous engager dans une formation académique. Nous avons choisi de suivre une validation d’acquis d’expériences pour obtenir un titre de Bachelor et poursuivre nos études pour participer et répondre aux défis des systèmes de santé qui se posent devant le vieillissement des populations et l’augmentation des maladies chroniques. Ce travail vient conclure ces 18 mois durant lesquels nous avons développé de nouvelles connaissances notamment dans les sciences infirmières et de nouvelles aptitudes cliniques. Cette analyse, consistant en une revue de littérature non systématique sur un thème choisi, vient conclure cette expérience. Il nous permet de mettre en application l’enseignement que nous avons reçu.

Le ressenti et le vécu d’une patiente souffrant d’aphasie nous ont touchés et questionnés sur nos pratiques. L’intérêt que nous portons pour le Caring découvert durant cette formation nous a unis dans la recherche de solution pour intégrer dans notre pratique une dimension humaine lors des soins auprès de patients présentant une aphasie à la suite d’un accident vasculaire cérébrale.

Ce travail débute par une présentation de la problématique et des concepts liés. Puis à travers les concepts centraux du métaparadigme de Fawcett, nous proposons notre question de recherche. Une description de notre méthodologie de travail s’en suit, comprenant les bases de données utilisées, l’équation de recherche et les critères de sélection des neuf articles retenus. La présentation de ces articles sous forme de résumé, et leur analyse se poursuivra par une discussion et une mise en perspective des recommandations pour la pratique avant notre conclusion.

II. Problématique

Épidémiologie

Les patients ou personnes aphasiques suite à un AVC (PSAPA) développent plus de complications, présentent des séquelles et un taux de mortalité plus important. Ils ont une durée de séjour hospitalier plus élevée (Boehme et al., 2016) et présentent de moins bons résultats après leur rééducation (Poslawsky, Schuurmans, Lindeman, & Hafsteinsdóttir, 2010). Leurs troubles les empêchent de communiquer leurs désirs ainsi que leurs besoins et ils sont plus à risque de développer un syndrome dépressif (Nys et al., 2005). Ils participent à moins d’activités quotidiennes et rapportent une qualité de vie diminuée malgré des capacités physiques conservées ou un maintien de leur cercle social (Hilari, 2011).

Dans le monde, en 2010, on dénombrait 16,9 millions de personnes touchées par un AVC pour la première fois. 5,9 millions de patients décèdent des complications. Depuis 1990, ces chiffres sont en augmentation. Le nombre de décès suite à un AVC est en diminution entre 1990 et 2010 le nombre de patients survivants présentant des séquelles est de plus en plus important, ce qui augmente la charge en soins pour les sociétés au niveau global (Feigin et al., 2014).

Selon les études, 21 % à 38 % des patients présentant pour la première fois un AVC sont atteints d'aphasie (Siirtola, Narva, & Siirtola, 1977 ; Pedersen, Jørgensen, Nakayama, Raaschou, & Olsen, 1995). La prévalence aux États-Unis est la même, bien qu'une étude rétrospective de l'Université de Tulane relève un taux allant jusqu'à 46 % des patients présentant une aphasie à leur admission. Ceux-ci présentaient également une durée de séjour plus élevée (Boehme, Martin-Schild, Marshall, & Lazar, 2016).

En Suisse, une étude prospective sur une année, menée sur 188 015 personnes résidentes dans le canton de Bâle, révèle que parmi les 269 patients ayant présenté un AVC pour la première fois, 30 % présentaient une aphasie (Engelter et al., 2006).

Définitions

La plupart des définitions de l'aphasie peinent encore aujourd'hui à citer précisément les différents éléments qui la caractérisent (McNeil & Pratt, 2001). Ainsi, Freud définissait l'aphasie comme une maladie psychique ; Wernicke et Lichtheim expliquaient les aphasies par des facteurs anatomiques (Guibert, 2004). Au fur et à mesure des avancées scientifiques, la définition évolue.

Nous trouvons dans le Dictionnaire médical de l'Académie de Médecine la définition suivante :

aphasie n. f.

Trouble acquis du langage secondaire à une lésion cérébrale habituellement de l'hémisphère gauche.

L'aphasie doit être distinguée de la dysarthrie, atteinte acquise de la composante motrice de la parole, de la dysphasie, atteinte du langage conséquence d'une anomalie du développement, des troubles du langage secondaires à une altération globale du fonctionnement cérébral (confusion, démence) et des troubles du discours traduisant une altération de la pensée (paralangage schizophrénique). Les aphasies sont classiquement distinguées en "motrices" et "sensorielles" selon que l'atteinte du langage prédomine, respectivement, sur l'émission ou la réception. De façon plus pratique, elles sont habituellement classées en "aphasies réduites" (ou "non fluentes"), où le langage est quantitativement et qualitativement réduit, et en "aphasies fluentes", où le langage est atteint surtout

qualitativement.

La taxinomie "classique" des aphasies reconnaît une pléthore de syndromes aphasiques, définis tantôt sur des critères anatomocliniques, tantôt sur des mécanismes linguistiques supposés. Toutefois, l'approche contemporaine est critique vis-à-vis de ces classifications du fait de la variabilité de leur efficacité en clinique (de 15 à 40 % des aphasies seraient "inclassables") et de leur pertinence anatomoclinique. (...)

Étym. gr. aphasia : impuissance à parler

(« Dictionnaire médical de l'Académie de Médecine », 2019)

De ces définitions apparaît toute la complexité du phénomène qu'est l'aphasie, influencée par différents facteurs anatomocliniques et linguistiques qui se confondent dans un grand nombre de cas.

La définition des soins infirmiers couvre un vaste champ d'activités. Ils peuvent être reconnus dans le paradigme de construction à travers le temps. Cette évolution historique se retrouve directement dans la pratique actuelle auprès des patients souffrant d'aphasie :

- La catégorisation, qui imprègne fortement les soins aigus, avec une prépondérance des soins médico-délégués dans le but d'assurer la restauration ou le maintien des fonctions essentielles après un AVC
- L'intégration, qui ici relie la dimension biologique du patient souffrant d'AVC à sa dimension psycho-socio-culturelle ; en effet, la prise en compte de cette dimension est omniprésente dans les soins, car elle influence directement l'approche des soignants auprès des patients, notamment en lien avec le concept d'Environnement.
- La transformation, centrée elle sur le patient comme point de départ des soins infirmiers. Cette approche salutogénique (par le maintien d'un état de santé face à la maladie) se retrouve notamment dans les soins de rééducation des fonctions atteintes. Il s'agit d'être avec le patient et de l'accompagner dans sa progression.

Cadre conceptuel et thématiques

L'aphasie est une catastrophe fonctionnelle, psychologique et sociale pour les patients comme pour leurs familles. C'est à la fois une source de détresse, de perte de confiance en soi, d'anxiété, de dévalorisation et de dépression (Mazaux et al., 2006).

De ces constats émergent des termes centraux tels que la communication, la détresse, l'estime de soi, la dépression et la relation soignant-soigné.

La communication

Le concept de communication est un sujet qui intéresse différents champs disciplinaires. Dans les années cinquante, l'école californienne de Palo Alto fait figure de référence dans les recherches sur le concept, produisant un courant de pensée et de recherche joignant psychologues, anthropologues et sociologues. La communication y est décrite dans un cadre théorique unifié comme une relation, qui comprend les événements qui lient les individus entre eux (communication interpersonnelle), ceux qui relient l'individu au groupe (communication de groupe) jusqu'à ceux qui intéressent à de plus larges audiences (la communication de masse) (Ruesch & Bateson, 1951, p. 4). Ici, nous nous intéressons à la première, la communication interpersonnelle entre le patient souffrant d'aphasie et l'infirmière.

La sous-division traditionnelle entre communication verbale (chiffres, phrases, voix, écriture...) et non-verbale (gestes, postures, silences, attitudes...) est un moyen de classer les modalités de communication. Cette distinction peut limiter la compréhension de la dimension du vécu de communication.

A la lecture des cinq axiomes tels que définis par le Professeur Watzlawick (Watzlawick, Bavelas, & Jackson, 2011), le premier nous apporte un éclairage particulier pour la problématisation : l'individu ne peut pas ne pas communiquer (Watzlawick et al., 2011). Il parle d'un espace humain pour évoquer « ce qui circule dans l'intersubjectivité » comme saturé de signes ; pour lui, le système de ces significations n'est pas commandé par l'individu émetteur, mais le précède (Watzlawick, Beavin, Jackson, & Morche, 2014, p. 45).

Cette relation décrit la communication comme « la matrice dans laquelle sont enchâssées toutes les activités humaines » (Watzlawick et al., 2014, p. 45). Les auteurs continuent leur définition de la communication en la comparant à un orchestre, où il s'agit de trouver sa « voix » au milieu de celle des autres, d'emprunter les codes et valeurs (regroupés sous le terme de « capital symbolique disponible ») et de faire avec les structures et moyens à disposition (Watzlawick et al., 2014, p. 45).

Ces attributs correspondent particulièrement bien à la situation d'un patient nouvellement aphasique chez qui les modalités verbales et non verbales sont profondément ébranlées.

La détresse

Le concept d'espoir est intimement lié au concept de **détresse**, étudié notamment par Ida Jean Orlando Pelletier dans le cadre de sa théorie de la Discipline du Processus Infirmier (Orlando, 1990). Il se définit comme « une angoisse, grande peine d'esprit, de cœur, causée par la pression excessive de difficultés, de circonstances douloureuses, dramatiques » (TLFI, 1994). La définition continue en décrivant « un état de nécessité, de besoin, de danger, de misère extrême. Qui ne saurait prolonger gravement une santé, un équilibre, une situation déjà critique ».

Orlando (Orlando, 1990) définit le concept central **patient** en lien avec le vécu de détresse et l'incapacité de ce dernier à résoudre un besoin seul, justifiant le besoin de soins infirmiers. Elle écrit:

“Persons become patients who require nursing care when they have needs for help that cannot be met independently because they have physical limitations, have negative reactions to an environment, or have an experience that prevents them from communicating their needs. Patients experience distress or feelings of helplessness as the result of unmet needs for help (Orlando, 1961). Orlando proposed a positive correlation between the length of time the patient experiences unmet needs and the degree of distress. Therefore, immediacy is emphasized throughout her theory.”

(Orlando (1961) citée par Alligood, 2014, p. 74)

L'estime de soi

L'estime de soi est définie comme « la bonne opinion que l'on a de soi-même, de sa propre valeur ; satisfaction morale de pouvoir se juger irréprochable en conscience » (TLFi, 1994). L'estime de soi influence la façon de se percevoir et par conséquent la manière d'agir et de réagir face aux situations (Doré, 2017). Dans le cadre de l'aphasie, la communication est perturbée. La façon d'agir et de réagir, les interactions et les transactions sont perturbées. Nous supposons donc que les patients présentant un trouble nouvellement acquis du langage ont une estime de soi perturbée.

La dépression

La dépression constitue un trouble mental courant, caractérisé par la tristesse, la perte d'intérêt ou de plaisir, des sentiments de culpabilité ou de faible estime de soi, des troubles du sommeil ou de l'appétit, d'une sensation de fatigue et d'un manque de concentration (TLFi, 1994).

Plusieurs problèmes concernant la dépression post-AVC ont été soulevés par la littérature (Aribi et al., 2013) :

- Les difficultés diagnostiques de dépression dues notamment à des troubles neurologiques qui peuvent déformer les symptômes habituels et induire des excès ou des défauts de diagnostic ;
- Le peu d'échelles spécifiques validées pour le diagnostic ;
- La rareté des études réellement fiables sur le traitement de ce type de dépression

La relation soignant-soigné : dynamique de la relation et design du soin

Orlando (Orlando, 1961) explore cet aspect dans sa théorie. En effet, la Dynamique au sein de la Relation Infirmière-Patient décrit l'importance pour les soignants d'explicitier leur propre phénoménologie afin de déterminer si leurs ressentis et vécus correspondent à ceux du patient (Alligood, 2014, p. 74). Dans le cas de l'aphasie, cette démarche revêt un sens tout particulier, pouvant alimenter la dynamique espoir-détresse pour le patient.

Le soin est créé par l'infirmière en collaborant avec les personnes, en intégrant les valeurs et les savoirs. Le choix d'une expression du soin, aussi appelé Design du Soin (Pepin, Ducharme, & Kérouac, 2010, p. 100) est le processus qui amène à déterminer une approche spécifique en fonction de la cible de soin. On parle alors d'adopter un design de soin particulier. Ce processus est fondamentalement individuel et peut adopter diverses formes. Dans le cadre de notre problématique, nous nous penchons sur l'expression individuelle du soin, c'est-à-dire les soins destinés à un individu en particulier, le patient nouvellement aphasique.

Le Caring

L'école du Caring, notamment développée par J. Watson au cours des 30 dernières années, est selon certains auteurs « l'essence de la discipline en soins infirmiers » (Pepin et al., 2010, p. 69). Kristen M. Swanson (K. M. Swanson, 1991, p. 162) a développé une théorie intermédiaire sur le Caring. Pour elle, c'est une façon soutenance d'être en relation avec un autre que l'on reconnaît et pour lequel on éprouve un sentiment personnel de responsabilité et d'engagement.

Swanson décrit la structure du Caring de la manière suivante (K. M. Swanson, 1993, p. 355):

- **Croire en les capacités de l'autre** : Attitudes philosophiques envers les personnes (en général) et un client en particulier.
- **Connaître** : Compréhension de la situation clinique et de la situation du client.
- **Être avec** : Message transmis
- **Faire pour et Faciliter** : Actions thérapeutiques
- **Bien être** : Résultat visé

L'attitude de Caring dans la prise en charge d'un patient aphasique nous semble appropriée. En effet il nous semble essentiel de **croire dans les capacités** du patient. Croire dans ces capacités afin de garder l'espoir lors de la rééducation. **Connaître** le patient pour adapter nos interventions et notre attitude à son histoire, à ses goûts. **Être avec**, être présent, et **faciliter** la communication, les échanges et une compréhension réciproques dans le but d'améliorer le **bien-être** du patient, de répondre à ses besoins et peut-être de l'aider à diminuer sa détresse.

III. Question de recherche

À la suite de ce cas clinique et de l'exploration des différentes thématiques, nous souhaitons centrer le présent travail sur la problématique liée à la co-compréhension et co-création entre le patient souffrant d'aphasie et l'infirmière.

En 1984, Fawcett définit les 4 concepts centraux du métaparadigme infirmier qui servent de structure, guidant le travail des modèles conceptuels et organisant la pensée dans les travaux théoriques (Alligood, 2014, p. 5). Il établit les lois et principes qui régissent le processus de vie, de bien-être et le fonctionnement optimum des êtres humains, qu'ils soient malades ou en santé (traduction libre, (Fawcett, 1984, p. 85)). C'est dans ce cadre que nous analysons notre problématique à travers les 4 concepts centraux.

Personne

Ici, elle est définie par un adulte entre 18 et 85 ans présentant une aphasie récemment acquise. La littérature trouvée lors de nos recherches explore essentiellement l'aphasie survenue après un AVC, mais le raisonnement pourrait s'étendre aux patients souffrant d'aphasie après l'opération d'une tumeur cérébrale par exemple. Afin de la questionner, la relation interpersonnelle créée avec les soignants, la dimension de personne ne concerne ici que l'individu et non sa famille ou ses proches.

Environnement

Dans la continuité d'une définition de la personne comme l'individu souffrant d'aphasie, l'environnement exclut ici la famille et les proches. L'environnement du patient nouvellement aphasique comprend le milieu hospitalier pour les soins aigus, ainsi que les centres de réhabilitation. Nous comprenons cela dans sa dimension :

- Architecturale (unités de soins, salles de thérapies...),
- Logistique (rythmes de vie dicté par les activités de soins, thérapies et fonctionnement de l'hôpital),
- Humaine (constituée des nombreuses et permanentes interactions avec les soignants).

Ici, nous considérons l'infirmière à la fois comme partie intégrante de l'environnement et comme vecteur des soins infirmiers.

Soins Infirmiers

Les soins infirmiers sont sollicités dans leur dimension plurielle, au croisement des disciplines (médicale, logopédie, sciences humaines...) et des méthodes (techniques de soin formelles, protocoles et soins relationnels). Dans le cadre de notre question de recherche, nous nous concentrons essentiellement sur la communication avec le patient aphasique, ce qu'elle entraîne, ce qu'elle implique. La coordination des différents systèmes qui concernent le patient, caractéristique citée comme essentielle aux sciences infirmières (Vonarx, 2010, p.

19) est au premier plan dans les échanges et particulièrement complexe pour les patients souffrants d'aphasie d'apparition récente.

Santé

La santé est un concept continu en ce sens qu'il catégorise différents phénomènes (Alligood, 2014, p. 24), sous-tendu par le processus d'« être en santé ». Certaines études indiquent une altération des suites hospitalières et une diminution du bénéfice de la rééducation chez les **patients ou personnes souffrant d'aphasie post AVC (PSAPA)** versus ceux n'en présentant pas (Boehme, Martin-Schild, Marshall, & Lazar, 2016b). Il y a donc un impact direct entre l'aphasie et l'état de santé global pour ces patients.

Question de recherche :

Dans la recherche d'une intercompréhension, quelles interventions l'infirmière peut-elle mettre en place avec un patient présentant une aphasie nouvellement acquise ?

IV. Méthodologie

Base de données consultées

La formulation de notre question finalisée, nous avons débuté la recherche des articles scientifiques. Nous avons démarré par des recherches générales sur Google, Google Scholar, CINAHL et Medline afin de voir si la thématique avait déjà été abordée. Puis nous avons cherché à identifier les termes pouvant décrire la dimension interpersonnelle que nous souhaitons explorer dans le cadre d'une aphasie en phase critique ou post critique. La majorité de la littérature en science infirmière disponible à ce jour étant en anglais, nous avons vérifié les traductions de nos termes de recherche dans HeTOP. Cette plateforme nous a indiqué les MeSHTerms validés pour les recherches sur Medline. Nous avons également cherché via le Thésaurus intégré à CINAHL la validité des termes de recherche. Les résultats sur cette partie sémantique sont résumés dans le tableau ci-dessous.

Termes français	Thésaurus Medline	Thésaurus CINAHL
Aphasie	Aphasia	Aphasia
Care	Ne figure pas, utilisé en mot clé	Ne figure pas, utilisé en mot clé
Communication	Communication	Communication
Hospitalisation	Hospitalization	Hospitalization
Intervention précoce	Early intervention	Early intervention
Infirmier	Nurse	Nurse
Relation	Interpersonal relations	Interpersonal relations

Le mot Care n'ayant pas de synonyme satisfaisant, nous l'avons néanmoins conservé pour Medline en terme général ("All Fields"), après consultation des documentalistes du Centre de Documentation de la Haute École de Santé La Source.

Les résultats des équations réalisées sur CINAHL ont mené à des articles que nous avons éliminés par la suite car :

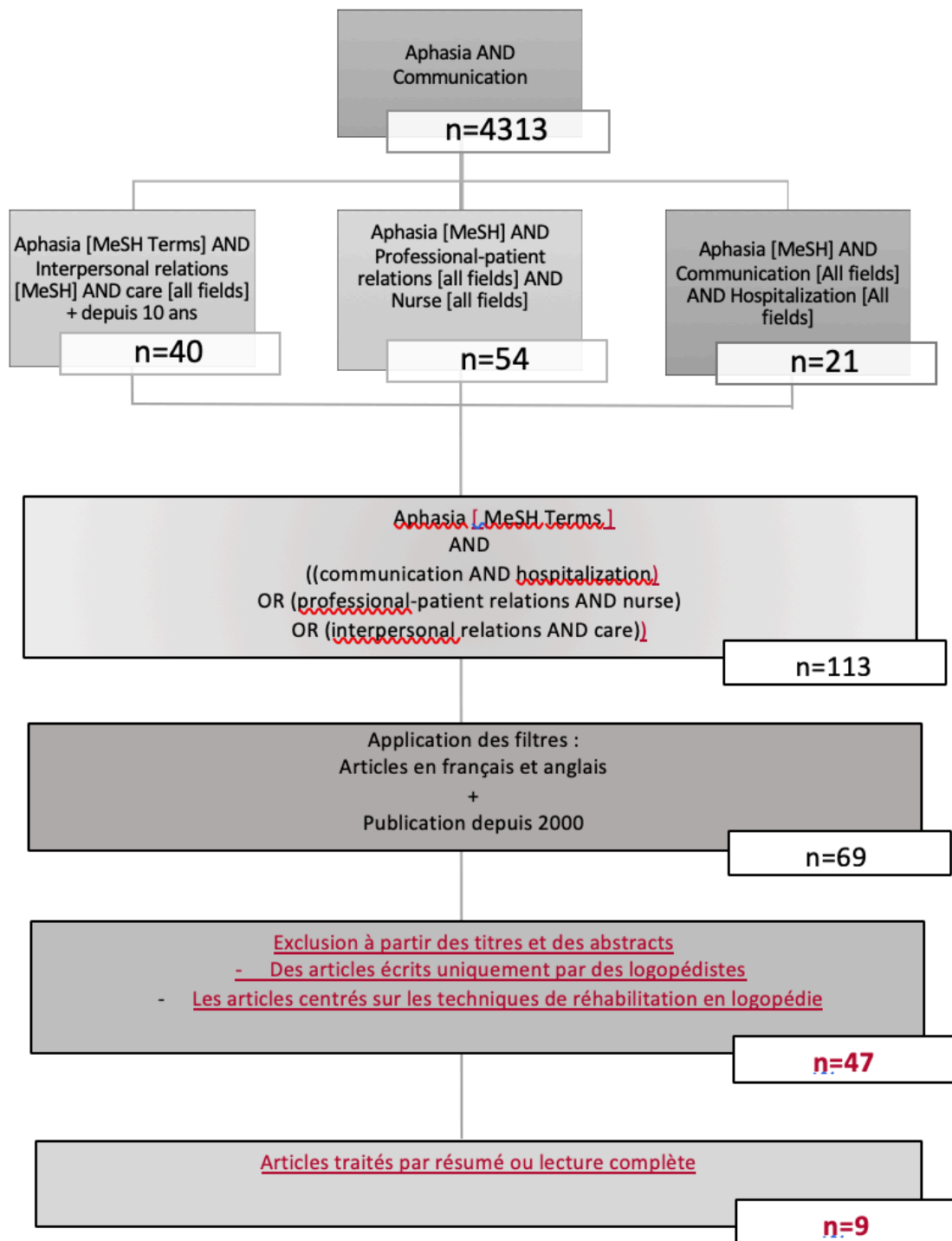
- La littérature était essentiellement issue de revues de logopédie
- Peu de résultats pour les phases postcritiques et de réhabilitation précoce
- Les résultats incluaient souvent des personnes âgées avec démence ou troubles cognitifs
- Le sujet se centrait sur la dynamique familiale/avec proches aidants plutôt que sur la perspective du patient
- Les articles n'avaient pas de structure scientifique suffisante
- La traduction en anglais scientifique était approximative

C'est pourquoi l'intégralité des articles sélectionnés et analysés provient de Medline.

Équation de recherche

Après le lancement de plusieurs équations, nous en retenons 3 présentant des résultats utiles pour notre question de recherche. Celles-ci présentaient une récurrence de certains articles. Nous avons combiné ces 3 équations en une seule intégrant tous les mots clés et termes MeSH identifiés, ce qui permet d'enlever les doublons.

Recherches sur Medline réalisées entre le 1.10 et le 26.11.2018



V. Résultats et présentation des articles

Par souci de lisibilité, les grilles sont présentées en annexe. Seuls les résumés se trouvent dans cette section.

Résumé des articles

Cameron, A., McPhail, S., Hudson, K., Fleming, J., Lethlean, J., Tan, N. J., & Finch, E. (2018).

The confidence and knowledge of health practitioners when interacting with people with aphasia in a hospital setting. *Disability and Rehabilitation*, 40 (11), 1288-1293.

<https://doi.org/10.1080/09638288.2017.1294626>

Résumé

Dans cet article initialement mis en ligne le 13 mai 2017 puis publié dans le 40ème volume du journal *Disability and Rehabilitation* numéro 11, les auteurs Cameron, A., McPhail, S., Hudson, K., Fleming, J., Lethlean, J., Tan, N.J., & Finch, E. ont voulu étudier le niveau de connaissances et le degré de confiance dans les interactions entre soignants et patients souffrant d'aphasie en milieu hospitalier en Australie en comparant les logopédistes au bénéfice d'une formation spécialisée aux autres professionnels de santé.

Cette étude quantitative descriptive transversale corrélationnelle traite à la fois des données quantitatives et des données qualitatives, utilisant une échelle visuelle analogique ainsi qu'un questionnaire. L'échantillonnage non probabiliste accidentel basé sur le volontariat a permis de recruter nonante professionnels de santé anglophones (infirmières en réhabilitation, logopédistes, pharmaciens, physiothérapeutes, médecins, assistantes sociales, ergothérapeutes) répartis en deux groupes, les logopédistes (n=22) et les autres. La récolte des données comprend plusieurs types d'informations. En premier, elle recueille des données d'ordre démographiques et circonstancielles. Puis via l'échelle visuelle analogique, la chercheuse demande à tous les soignants leur perception de leurs connaissances et du degré de confiance en soi pour interagir avec un patient aphasique. Enfin elle pose 3 questions ouvertes pour connaître les stratégies utilisées par les professionnels avec les patientes aphasiques.

L'analyse des données quantitatives et qualitatives confirme la différence entre les deux groupes de professionnels et établit le lien entre degré de confiance et connaissance pour interagir avec cette population de patients et la formation spécialisée. Les auteurs émettent la recommandation de favoriser l'enseignement de tous les soignants interagissant avec des patients aphasiques, notamment à la technique de Partenariat de Communication (Communication Partner Training).

L'étude comporte comme limite selon les auteurs :

- Une partie des données concerne l'auto-évaluation des soignants par eux-mêmes, il ne s'agit donc pas des compétences effectives des soignants pour interagir avec les patients aphasiques.
- L'étude concerne un milieu urbain et n'est pas généralisable à un contexte d'hôpital rural (contexte Australien).

Sundin, K., Jansson, L., & Norberg, A. (2000). Communicating with people with stroke and aphasia: understanding through sensation without words. *Journal of Clinical Nursing*, 9(4), 481-488.
<https://doi.org/10.1046/j.1365-2702.2000.00379.x>

Résumé

Cet article a été accepté pour publication le 2 novembre 1999 et publié en 2000 dans la revue scientifique internationale de pairs *Journal of Clinical Nursing*. Les auteures Sundin, K., Jansson, L., et Norberg, A., souhaitent mettre en lumière la signification de ce qu'est communiquer non verbalement avec des PSAPA selon le point de vue de soignants reconnus comme particulièrement compétents dans ce domaine. Le but est de contribuer à la littérature scientifique sur un sujet encore trop peu investigué, dû à l'exclusion quasi systématique des patients aphasiques lors d'études et de par les conséquences néfastes provoquées par les perturbations de la communication sur leur état de santé.

Cette étude qualitative utilise la phénoménologie herméneutique et le raisonnement inductif pour analyser les données. L'échantillonnage non probabiliste accidentel sur recommandation puis volontariat a permis de recruter 10 soignantes (5 Registered Nurses et 5 Enrolled Nurses), sélectionnées et reconnues par leurs pairs (26) pour leurs compétences au sein d'un hôpital au nord de la Suède. Des entretiens semi-directifs menés par la première auteure ont été conduits au sein de l'unité de neuroréhabilitation. Ils comprennent la narration des soignantes d'un épisode efficace d'intercompréhension selon elles, des questions de réflexivité et de ce qui constitue l'intercompréhension avec ces patients selon elles.

Le tout est transcrit en verbatims, avec un cadre d'étude qui suit la méthodologie de Ricoeur (1995), philosophe ayant relié l'étude des textes à la signification du vécu.

Les auteures font deux constats :

- Il est quasiment impossible d'effectuer un compte rendu/récit complet de ce qu'est communiquer avec un patient aphasique. La difficulté pour les soignantes de nommer leurs stratégies de communication avec les PSAPA est une compréhension non verbale sensorielle ; les sensations et la compréhension interagissent en permanence dans nos vies ; cette relation n'est pas réciproque, car les sensations ne sont pas dépendantes de la compréhension, mais la compréhension dépend des sensations.
- Des conditions sont requises pour favoriser la communication avec ces patients, elles ne constituent pas le cœur de la communication, mais sont indispensables

Elles identifient ensuite 2 thèmes avec des sous-thèmes qui peuvent guider une meilleure communication à travers le non-verbal auprès de PSAPA.

Limites :

- La définition même de ce qu'est une communication efficace est définie individuellement par chacun des 26 soignants, indépendamment du degré d'études des 10 soignantes cooptées.
- Bien que représentatif de la distribution des genres dans la population des soignants, la cohorte soignante est exclusivement féminine.

Souza, R. C. S., Arcuri, E. A. M., Souza, R. C. S., & Arcuri, E. A. M. (2014). Communication Strategies Of The Nursing Team In The Aphasia After Cerebrovascular Accident. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 48(2), 292-298. <https://doi.org/10.1590/S0080-6234201400002000014>

Résumé

Dans cet article publié dans le Journal of School of Nursing – Univerty of São Paulo, Escola de Enfermagem Da USP en avril 2014, les auteurs, Souza, R. C. S., Arcuri, E. A. M., Souza, R. C. S., & Arcuri, E. A. M., ont voulu identifier les stratégies de communication utilisées et reportées par le personnel soignant lors des soins auprès de patients aphasiques.

C'est une étude quantitative descriptive transversale.

L'échantillonnage non probabiliste accidentel basé sur le volontariat a permis de recruter 27 participants (6 infirmières, 11 techniciens en soins infirmiers et 10 infirmiers auxiliaires). Cela représente 69 % de l'équipe soignante du service.

La récolte de données s'est faite dans un service de neurologie à l'hôpital général de Sao Paulo au Brésil en 2010 en deux phases :

- Une première phase consista en des entretiens semi-structurés avec chaque sujet à l'aide d'un formulaire contenant des données démographiques et professionnelles ainsi que des questions fermées et ouvertes sur les stratégies utilisées par les soignants auprès des patients présentant une aphasie ;
- Une deuxième phase consista à observer ces mêmes sujets lors des soins, principalement le matin.

L'analyse de ces données à l'aide d'outils statistiques valides relève que :

- Les stratégies de communication utilisées par le personnel soignant avec les patients aphasiques sont appliquées de manière informelle, sans connaissance adéquate des professionnels et sans effort pour atteindre une communication plus thérapeutique ;
- Il existe un manque d'outils de communication pour faciliter les échanges avec les patients présentant une aphasie.
- Il existe un manque au niveau de l'enseignement académique.

Les limites observées par les auteurs sont que :

- Le chercheur ne fait pas partie de l'équipe, ce qui a pu influencer le comportement des participants ;
- Le déficit neurologique des patients n'est pas évalué précisément ;
- Le temps d'observation était limité dans le temps (mais n'est pas décrit dans le texte).

Malgré tout, cet article permet d'ouvrir une réflexion sur le manque d'outils à disposition du personnel soignant et sur les difficultés rencontrées pour communiquer avec des PSAPA.

Résumé

Dans cet article publié en Mai 2001 dans la revue médicale *Qualitative Health Research*, les auteures Sundin, Norberg, A., et K., Jansson, L., souhaitent mettre en lumière la signification des expériences de soin relationnel de soignants particulièrement doués dans la communication avec des PSAPA. Cet article fait partie d'une étude plus large concernant la communication entre PSAPA et soignants.

Cette étude qualitative utilise la phénoménologie herméneutique et le raisonnement inductif pour analyser les données. L'échantillonnage non probabiliste accidentel sur recommandations puis volontariat a permis de recruter 5 soignants (2 Registered Nurses et 3 Enrolled Nurses), sélectionnés et reconnus par leurs collègues pour leurs compétences. Des entretiens semi-directifs menés par la première auteure ont été conduits au sein de l'unité de neuroréhabilitation, comprenant la représentation et l'auto-évaluation des soignants (personnes et professionnelles) sur elles-mêmes, des questions de réflexivité et les représentations qu'elles ont des PSAPA.

Le tout est transcrit en verbatims, avec un cadre d'étude qui suit la méthodologie de Ricoeur (1995).

L'étude fait émerger des thèmes et sous-thèmes reliés qui peuvent guider la pratique. Les éléments fondamentaux sont la vision positive qu'ont les soignants d'eux-mêmes, des soins et des patients.

Le respect mutuel est un prérequis pour les deux thèmes que sont la responsabilité du soignant et la restauration de la dignité du patient. Le troisième thème concerne la communion avec le patient, décrivant l'acte de « voir l'autre » dans un sens supérieur et de partager des expériences. L'aliénation entraînée par la vulnérabilité des PSAPA et le rôle des soignants est vu comme un moyen positif de restaurer une conscience de soi, une autodétermination et la dignité de la PSAPA.

Limites :

- Bibliographie et citations basées notamment sur des écrits antérieurs des auteures
- L'absence de consensus sur la définition de ce qu'est un bon communicant avec les PSAPA.
- Le facteur confondant concernant la désignation des 5 soignantes (s'agit-il de toute l'équipe pluridisciplinaire ou de l'équipe soignante uniquement)

Résumé

Dans cet article accepté pour publication le 18 janvier 2002 dans le journal australien de pairs *Nursing Inquiry*, les auteures Sundin, K., et Norberg, A., souhaitent mettre en lumière l'intercompréhension (l'acte de comprendre l'autre et d'être compris par l'autre) dans la communication entre soignants et PSAPA du point de vue du personnel soignant.

Cette étude qualitative utilise la phénoménologie herméneutique et le raisonnement inductif pour analyser les données. L'échantillonnage non probabiliste accidentel sur recommandations puis volontariat a permis de recruter au sein d'un hôpital au nord de la Suède en unité de neuroréhabilitation :

- 5 soignants (2 Registered Nurses et 3 Enrolled Nurses), sélectionnés et reconnus par leurs pairs (26) pour leurs compétences, ayant bénéficié d'une formation et d'une guidance par les ergothérapeutes (spécialisés en communication avec les PSAPA)
- 3 patients ayant accepté d'être filmés lors d'une séance de conversation portant sur des descriptions d'images

Ces 15 enregistrements sont suivis dans un deuxième temps par un entretien semi-directif entre l'auteure principale et le soignant. Le tout est transcrit en verbatims, avec un cadre d'étude qui suit la méthodologie de Ricoeur (1995).

Les entretiens font émerger des conditions nécessaires de la part du soignant pour comprendre et être compris :

- Le manque de connaissances de l'autre et de compréhension
- Avoir des connaissances non accompagnées de compréhension
- Être dans la compréhension.

Les conclusions de l'étude :

- Les soignants n'ont pas explicité les éléments qui les guident lors d'interactions avec les PSAPA.
- La mise en évidence de la syntonie (le fait de s'accorder avec l'émotion du patient à ce moment). L'émotion fait office de guide pour aider la soignante et permettre l'intercompréhension. Il s'agit d'une façon d'être au monde dans une approche holistique, et cette communion ne peut être morcelée.
- Les conditions requises influencent grandement la qualité de présence du soignant envers le PSAPA

Les limites à considérer pour cette étude :

La définition même de ce qu'est l'intercompréhension est définie individuellement par chacun des 26 soignants.

L'environnement artificiel : la discussion autour de deux images remplace ici les discussions faites de banalités du quotidien et n'est pas un reflet d'activités réelles dans cette unité de neuroréhabilitation.

Les auteures citent dans leur bibliographie des écrits qu'elles ont elles-mêmes réalisés de par le passé, montrant la petite quantité à ce jour d'écrits sur le sujet.

Johnson, F. M., Best, W., Beckley, F. C., Maxim, J., & Beeke, S. (2017). Identifying mechanisms of change in a conversation therapy for aphasia using behaviour change theory and qualitative methods. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 52(3), 374-387. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12279>

Résumé

Dans cet article publié dans l'International Journal of Language & Communication Disorder le 23 novembre 2016, les auteurs, Johnson, F. M., Best, W., Beckley, F. C., Maxim, J., & Beeke, S., ont voulu étudier de manière systématique les mécanismes thérapeutiques du changement conversationnel en explorant l'expérience des participants dans le cadre d'un programme appelé Better Conversations with Aphasia (BCA).

Cette étude descriptive qualitative utilise comme cadre conceptuel la théorie du changement de comportement (Behaviour Change Theory (Michie et al. 2011)). L'échantillonnage non probabiliste accidentel par réseau a permis de suivre neuf dyades constituées chacune d'une personne présentant une aphasie et d'un proche, généralement le conjoint ou un membre de la famille.

La récolte de données s'est faite en deux phases : des séances filmées avec la logopédiste suivies par des entretiens semi-dirigés enregistrés avec le chercheur à la fin du BCA. Elle a permis de recueillir des informations sur la perception des participants concernant le programme, leurs résultats auto-déclarés et leurs expériences. Une dyade ayant refusé que ses données soient utilisées au-delà de l'étude fut exclue.

L'analyse de ces données à travers la théorie du changement de comportement a relevé sept mécanismes impliqués dans le changement conversationnel des participants. Sept thèmes ont été identifiés dans les données, chacun représentant un mécanisme potentiel de changement de comportement conversationnel placé dans le contexte de la théorie du changement de comportement COM-B :

- Changer l'OPPORTUNITÉ pour changer de comportement
Changement de support d'échange pour le patient proposé par le proche (ex. : utilisation papier-stylo).
- Changer la CAPACITÉ pour changer les comportements
Sensibilisation et évaluation de son propre comportement
Remplacer les obstacles par des facteurs facilitateurs (paraphrase, temps supplémentaire pour répondre)
Faciliter davantage la mise en œuvre des stratégies
- Changer la MOTIVATION pour changer les comportements
Changement des attentes à l'égard de l'impact du comportement
Changement des priorités de conversation (acceptation de tout mode de communication efficace).
Changement de la perception du succès dans la conversation (reconnaissance du succès de la stratégie).

Cette étude éclaire pour la première fois sur les processus impliqués dans la survenue de changements comportementaux lors du BCA.

Selon les auteurs, elle comporte les limites suivantes :

L'auto-déclaration des changements de comportement par les accompagnants qui est soumise aux limites de la connaissance de soi ;

Un plus grand nombre de données a été obtenu par les proches que par les personnes souffrant d'aphasie, ce qui laisse supposer que les changements développés ne sont pas complets ou définitifs.

Sundin, K., & Jansson, L. (2003). « Understanding and being understood » as a creative caring phenomenon - in care of patients with stroke and aphasia. *Journal of Clinical Nursing*, 12(1), 107-116. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2702.2003.00676.x>

Résumé

Dans cet article publié dans le journal international de pairs *Journal of Clinical Nursing* en 2003, les auteures Sundin, K., et Jansson, L., ont voulu mettre en lumière la signification de ce que comprendre et être compris lors de soins au PSAPA.

Cette étude qualitative utilise la phénoménologie herméneutique et le raisonnement inductif pour analyser les données. L'échantillonnage non probabiliste accidentel sur recommandations puis volontariat a permis de recruter :

- 5 soignants (2 Registered Nurses et 3 Enrolled Nurses), sélectionnés et reconnus par leurs collègues pour leurs compétences au sein d'un hôpital au nord de la Suède.
- 3 patients ayant accepté d'être filmés lors de soins du haut du corps le matin.

Ces 15 enregistrements sont suivis dans un deuxième temps par un entretien semi-directif entre l'auteure principale et le soignant. Le tout est transcrit en verbatims, avec un cadre d'étude qui suit la méthodologie de Ricoeur (1995).

Les entretiens font émerger un thème majeur, la co-crédation avec 4 sous-thèmes :

- le dialogue silencieux,
- la compréhension de la situation et la communication par le langage corporel volontaire pour s'accorder,
- tendre vers la coopération avec création d'un environnement non jugeant de l'erreur co-crédée
- avoir une attitude soutenante et créer une atmosphère permissive, soit la création d'un environnement familial.

Les auteures concluent que :

- La qualité de la rencontre entre soignant et patient est atteinte dans une attitude de « communion » à travers le Caring, qui inclut le fait de comprendre et être compris.
- La communion à travers le Caring est un art et un acte créatif permettant la réciprocité entre patient aphasique et soignant
- Le dialogue silencieux est un canal de communication utile
- Les soignants tendent vers la réciprocité et la coopération avec le patient
- Les soignants promeuvent l'autodétermination du patient et offrent leur guidance lorsque le patient n'y parvient pas
- La création d'un univers relaxant et familial est favorable à la compréhension entre soignant et patient, notamment à travers l'échange de banalités
- La communion à travers le Caring permet au soignant de partager des émotions avec le patient, et ainsi de mieux percevoir la fragilité et la dignité menacée du patient aphasique, ce qui facilite la compréhension des désirs du patient et ses besoins en soin.

Cette étude participe à la littérature éclairant les phénomènes tournant autour de la communication et des interactions avec les PSAPA. D'après les auteures, elle comporte comme limite sa non-généralisation par la nature même de son devis phénoménologique.

McGilton, K., Sorin-Peters, R., Sidani, S., Rochon, E., Boscart, V., & Fox, M. (2011). Focus on communication: increasing the opportunity for successful staff–patient interactions. *International Journal of Older People Nursing*, 6(1), 13-24. <https://doi.org/10.1111/j.1748-3743.2010.00210.x>

Résumé

Dans cet article publié dans l'International Journal of Older People Nursing pour la première fois le 8 février 2011, les auteurs, McGilton, K., Sorin-Peters, R., Sidani, S., Rochon, E., Boscart, V., & Fox, M., ont voulu à travers une étude pilote basée sur une intervention de communication centrée sur le patient :

- Évaluer l'implémentation d'un plan de soins de communication,
- Identifier les ressentis de l'équipe face aux interventions
- Explorer les changements de perception des soins et des fonctions psychosociales chez les patients
- Explorer le développement des connaissances chez les infirmières et leur attitude de communication avec les patients.

Cette étude présente un devis séquentiel explicatif (devis mixte) :

- Une partie quantitative descriptive longitudinale
- Une partie qualitative avec des focus groups.

L'échantillonnage non probabiliste accidentel a permis de sélectionner deux groupes :

- Un premier échantillon de patients uniquement masculin avec un diagnostic confirmé d'AVC, qui présentent des difficultés à se faire comprendre, confirmées par un membre de l'équipe soignante. Au moins un membre de l'équipe participant à l'étude était référent. Les capacités cognitives du patient, calculées par le Recall Score, validaient les capacités de consentir et de remplir un auto-questionnaire du patient. Sur 30 patients dans l'unité, 9 remplissaient les critères et furent sélectionnés.
- Un deuxième échantillon d'infirmières éligibles si elles avaient une activité de soins directe auprès des patients, à temps plein ou partiel. 18/30 infirmières acceptèrent de participer à l'étude. Les infirmières ne participant pas à l'étude étaient principalement des personnes travaillant uniquement de nuit ou des intérimaires. Le focus group a été fait avec 7 infirmières.

L'étude s'est déroulée sur trois mois. Un premier mois pour sélectionner les patients et le personnel soignant.

Puis, lors d'une première journée, un atelier a été donné à l'équipe soignante. Par la suite, chaque dyade infirmier-patient fut observée lors d'interaction sociale en moyenne 5 à 10 min. Ces observations furent renouvelées à deux mois.

A travers le cadre conceptuel A-FROM développé à partir de l'International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF; World Health Organization., 2001) les auteurs ont observé différentes variables à l'aide d'outils validés chez les patients et chez les soignants.

L'analyse de ces variables à l'aide d'outils statistiques fiables et valides indique que :

- L'implémentation d'un plan de soins de communication est faisable,
- Qu'une formation améliorant la communication adaptée aux besoins de chaque patient, ainsi que les connaissances, les compétences et les attitudes du personnel soignant renforce les liens patient-soignant,
- Que ladite formation améliore chez les patients leur qualité de vie et leur satisfaction dans les soins.

Les conséquences pour la pratique sont :

- La collaboration logopédiste-soignant est nécessaire pour fournir des évaluations cognitives et linguistiques complètes des patients pour élaborer des plans de communication sur mesure.
- La formation du personnel devrait inclure la reconnaissance de son expertise, la participation à un apprentissage interactif et offrir la possibilité d'exercer ses compétences.
- L'organisation d'un atelier d'une journée à l'intention de toute l'équipe soignante est bénéfique, car il permet d'apprendre les uns des autres, ce qui favorise la cohérence dans la mise en œuvre du plan de communication et, éventuellement, la continuité des soins.

Les biais relevés sont :

- Un échantillonnage accidentel petit ne permettant pas de généralisation
- L'absence de groupe témoin peut influencer sur la validité interne
- L'inclusion unique du personnel infirmier
- La durée limitée de l'étude dans le temps qui n'a pas permis de relever d'impact significatif sur la dépression des patients.

Gordon, C., Ellis-Hill, C., & Ashburn, A. (2009). The use of conversational analysis: nurse–patient interaction in communication disability after stroke. *Journal of Advanced Nursing*, 65(3), 544-553. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04917.x>

Résumé

Dans cet article publié dans le *Journal of Advanced Nursing* le 3 février 2009, les auteurs, Gordon, C., Ellis-Hill, C., & Ashburn, A., ont voulu explorer comment le personnel infirmier et les patients atteints d'aphasie ou de dysarthrie communiquent entre eux dans le cadre d'interactions naturelles dans un service de neuro-réadaptation.

C'est une étude de cas qualitative.

Deux échantillonnages non probabilistes accidentels ont été constitués.

Le premier échantillonnage a permis de sélectionner cinq patients atteints d'aphasie ou de dysarthrie suite à un premier accident vasculaire cérébral, identifiés et diagnostiqués par les logopédistes.

Le deuxième échantillonnage a permis de sélectionner quatorze membres du personnel soignant d'expérience et de niveau de formation différent.

La récolte de données a eu lieu dans deux unités de soin de neurologie, une unité de soin aigu et une unité de réadaptation. Elle a été faite grâce des captures vidéo de 1h à 2h enregistrées en 2005 sur une période de 4 mois. Les enregistrements ont eu lieu à différents moments de la journée afin d'observer différentes atmosphères puis ont été retranscrits sous forme de verbatim. Seules les interactions du premier patient ont été retranscrites et analysées en profondeur. Des échantillons de 5 min chez les autres patients ont été utilisés pour corroborer ou remettre en question les tendances observées.

L'analyse de ces données à travers une méthodologie qualitative, l'analyse conversationnelle, s'appuyant sur une méthode d'observation naturaliste du comportement réel (à la fois verbale et non verbale) a permis de faire ressortir et d'étudier l'organisation des séquences et des prises de paroles. Elle relève que :

- Les conversations ont tendance à être contrôlées par le personnel infirmier, le patient n'ayant que peu d'occasions de contribuer ou d'influencer le flux des discussions (asymétrie).
- Les infirmières ont tendance à se concentrer sur les soins physiques.
- L'interaction asymétrique, basée sur des questions fermées, ne répond pas aux besoins individuels du patient et a peu d'impact thérapeutique sur la rééducation.
- Cette interaction asymétrique peut s'expliquer par le fait que le personnel infirmier ne se sent pas à l'aise avec les personnes ayant des problèmes de communication.
- Le cadre institutionnel encourage le positionnement asymétrique du personnel soignant, mais n'est pas reconnu (le travail des soignants ne se limite pas aux tâches infirmières).

Les auteurs concluent qu'une formation visant à renforcer les programmes de réadaptation centrés sur la communication et qu'une plus grande implication des patients dans leurs soins pourraient améliorer la qualité des prises en charge. Les cadres et les cliniciens devraient promouvoir une culture institutionnelle de partenariat.

Les limites observées par les auteurs sont que :

- L'absence des auteurs dans la pièce rend certaines vidéos sujettes à interprétation.
- L'analyse a été limitée en raison des contraintes de temps du chercheur.
- Les patients présentaient des atteintes du langage différentes (aphasie vs dysarthrie)
- Les lieux de soin sont différents (unités de soins aigus et de réadaptation)
- La majorité des données ont été récoltées dans un service de soin aigu plus axés sur les problèmes biomédicaux que sur la rééducation.
- La petite taille de l'échantillon peut remettre en question la validité et la fiabilité des résultats.

Malgré tout, cet article permet d'ouvrir une réflexion sur l'organisation asymétrique des conversations soignant-soigné.

Tableaux comparatifs résumant les articles

Article 1 : The confidence and knowledge of health practitioners when interacting with people with aphasia in a hospital setting	Article 2 : Communicating with people with stroke and aphasia: understanding through sensation without words
Buts	
Évaluer la différence dans le degré de connaissance et de confiance des logopédistes à d'autres catégories de professionnels de la santé lors d'interactions avec les patients aphasiques.	Explorer le phénomène de communication non verbale entre soignants et PSAPA, à travers le regard de soignants reconnus comme doués dans ce domaine
Résultats	
<ul style="list-style-type: none"> • Les logopédistes reportent sur l'échelle visuelle analogique un degré de confiance lors d'interactions avec les patients aphasiques allant de 78 à 100 avec une médiane calculée à 91,5 alors que les autres professionnels de santé reportent un degré de confiance de 39 à 62 avec une médiane calculée à 50. • Les logopédistes utilisent généralement 8 stratégies différentes contre 2 pour les autres professionnels de santé lors d'interactions avec les patients aphasiques • Les logopédistes présentent malgré tout un manque de confiance en eux dans leurs interactions avec des patients aphasiques lorsque leur pratique usuelle n'est pas auprès de patients présentant des pathologies neurologiques ou en neuro réhabilitation. 	<ul style="list-style-type: none"> • Des conditions indispensables sont requises pour favoriser la communication avec ces patients. • Il est impossible d'effectuer un compte rendu exhaustif de ce qu'est communiquer avec un PSAPA. La difficulté pour les soignantes de nommer leurs stratégies de communication correspond à une compréhension non verbale sensorielle. Ces sensations ne sont pas dépendantes de la compréhension mais la compréhension dépend des sensations. • 2 thèmes émergent : <ul style="list-style-type: none"> - Faciliter l'ouverture <ul style="list-style-type: none"> - créer une proximité combinée à une distance protectrice - tendre vers la satisfaction et contrer l'épuisement et le désespoir du PSAPA - rencontrer le patient à mi-chemin pour améliorer notre compréhension - la nécessité de faire confiance et de se faire confiance à la fois pour le soignant et le PSAPA - Être dans une communication non verbale - Transmettre des émotions à l'aide du corps - Partager des émotions à travers les sens (syntonie émotionnelle)

Article 3 : Communication Strategies Of The Nursing Team In The Aphasia After Cerebrovascular Accident	Article 4 : The Meaning of Skilled Care Providers' Relationships with Stroke and Aphasia Patients
Buts	
Identifier les stratégies de communication utilisées et reportées par le personnel soignant lors des soins auprès de patients aphasiques.	Explorer la signification des expériences de soin relationnel de soignants particulièrement doués dans la communication avec des PSAPA
Résultats	
<ul style="list-style-type: none"> • Les stratégies de communication utilisées par le personnel soignant avec les patients aphasiques sont appliquées de manière informelle, sans connaissance adéquate des professionnels et sans effort pour atteindre une communication plus thérapeutique. • Il existe un manque d'outils de communication pour faciliter les échanges avec les patients présentant une aphasie. • Il existe un manque au niveau de l'enseignement académique. 	<p>Les éléments fondamentaux sont la vision positive qu'ont les soignants d'eux-mêmes des soins et des patients. 3 thèmes, et 8 sous-thèmes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mettre en avant la responsabilité du soignant à travers la fragilité du PSAPA <ul style="list-style-type: none"> - Percevoir la vulnérabilité du patient - Être découragé lors de perturbation des soins (faire un soin non satisfaisant du point de vue du soignant) • Restaurer la dignité du patient <ul style="list-style-type: none"> - Agir humblement - Transmettre une attitude de consolation face à la perte d'indépendance • Être dans la compréhension <ul style="list-style-type: none"> - Se sentir à égalité et dignifié (traiter l'autre comme on voudrait l'être) - Se sentir détendu - Se sentir en sécurité et confiant en ses capacités - Se sentir proche et faire usage de sa sensibilité (partage d'états intérieurs)

Article 5 : Understanding between care providers and patients with stroke and aphasia : a phenomenological hermeneutic inquiry	Article 6 : Identifying mechanisms of change in a conversation therapy for aphasia using behaviour change theory and qualitative methods
Buts	
Explorer l'intercompréhension (l'acte de comprendre l'autre et d'être compris par l'autre) dans la communication entre soignants et PSAPA du point de vue du personnel soignant.	Etudier de manière systématique les mécanismes thérapeutiques du changement conversationnel en explorant l'expérience des participants dans le cadre d'un programme appelé Better Conversations with Aphasia (BCA).
Résultats	
<p>Elle décrit trois situations issues des observations :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le manque de connaissances de l'autre (du patient) et de compréhension • La présence de connaissances non accompagnées de compréhension • L'être dans la compréhension. <p>Les conclusions de l'étude :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les soignants n'explicitent pas les éléments qui les guident lors d'interactions avec les PSAPA. • La mise en évidence de la syntonie (le fait de s'accorder avec l'émotion du patient à ce moment) ainsi que l'émotion ressentie guident la soignante pour comprendre et être comprise. Il s'agit d'une façon d'être au monde dans une approche holistique, et cette communion ne peut être divisée en morceaux. • Les conditions requises influencent grandement la qualité de présence du soignant envers le PSAPA 	<p>Sept thèmes ont été identifiés dans les données, chacun représentant un mécanisme potentiel de changement de comportement conversationnel placé dans le contexte de la théorie du changement de comportement COM-B :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Changer l'OPPORTUNITÉ pour changer de comportement <ul style="list-style-type: none"> • Changement de support d'échange pour le patient proposé par le proche (ex. : utilisation papier-stylo). • Changer la CAPACITÉ pour changer les comportements <ul style="list-style-type: none"> • Sensibilisation et évaluation de son propre comportement • Remplacer les obstacles par des facteurs facilitateurs (paraphrase, temps supplémentaire pour répondre) • Faciliter davantage la mise en œuvre des stratégies • Changer la MOTIVATION pour changer les comportements <ul style="list-style-type: none"> • Changement des attentes à l'égard de l'impact du comportement • Changement des priorités de conversation (acceptation de tout mode de communication efficace). • Changement de la perception du succès dans la conversation (reconnaissance du succès de la stratégie).

Article 7 : Understanding and being understood » as a creative caring phenomenon - in care of patients with stroke and aphasia	Article 8 : Focus on communication : increasing the opportunity for successful staff–patient interactions.
Buts	
Explorer la signification de comprendre et être compris lors de soins au PSAPA.	<p>A travers une étude pilote basée sur une intervention de communication centrée sur le patient :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Évaluer l’implémentation d’un plan de soins de communication, • Identifier les ressentis de l’équipe face aux interventions • Explorer les changements de perception des soins et des fonctions psychosociales chez les patients • Explorer le développement des connaissances chez les infirmières et leur attitude de communication avec les patients.
Résultats	
<p>Les entretiens font émerger un thème majeur, la co-crédation avec 4 sous-thèmes. Les auteures concluent que :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La qualité de la rencontre entre soignant et patient est atteinte dans une attitude de « communion » à travers le Caring, qui inclut le fait de comprendre et être compris. • La communion à travers le Caring est un art et un acte créatif permettant la réciprocité entre patient aphasique et soignant • Le dialogue silencieux est un canal de communication utile • Les soignants tendent vers la réciprocité et la coopération avec le patient • Les soignants promeuvent l’autodétermination du patient et offrent leur guidance lorsque le patient n’y parvient pas • La création d’un univers relaxant et familial est favorable à la compréhension entre soignant et patient, notamment à travers l’échange de banalités 	<ul style="list-style-type: none"> • L’implémentation d’un plan de soins de communication est faisable • Une formation améliorant la communication adaptée aux besoins de chaque patient en renforçant les connaissances, les compétences et les attitudes du personnel soignant <ul style="list-style-type: none"> ○ Renforce les liens patient-soignant, ○ Améliore chez les patients leur qualité de vie et leur satisfaction dans les soins. <p>Les conséquences pour la pratique sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La collaboration logopédiste-soignant est nécessaire pour fournir des évaluations cognitives et linguistiques complètes des patients afin d’élaborer des plans de communication sur mesure. • La formation du personnel devrait inclure la reconnaissance de son expertise, la participation à un apprentissage interactif et offrir la possibilité d'exercer ses compétences.

<ul style="list-style-type: none"> • La communion à travers le Caring permet au soignant de partager des émotions avec le patient, et ainsi mieux percevoir la fragilité et la dignité menacée du patient aphasique, ce qui facilite la compréhension des désires du patient et ses besoins en soin. 	<ul style="list-style-type: none"> • L'organisation d'un atelier d'une journée à l'intention de toute l'équipe soignante est bénéfique, car il permet d'apprendre les uns des autres, ce qui favorise la cohérence dans la mise en œuvre du plan de communication et, éventuellement, la continuité des soins.
---	---

9 : The use of conversational analysis: nurse–patient interaction in communication disability after stroke	
Buts	
Explorer comment le personnel infirmier et les patients atteints d'aphasie ou de dysarthrie communiquent entre eux dans le cadre d'interactions naturelles dans un service neuro-réadaptation.	
Résultats	
<ul style="list-style-type: none"> • Les conversations ont tendance à être contrôlées par le personnel infirmier, le patient n'ayant que peu d'occasions de contribuer ou d'influencer le flux des discussions (asymétrie). • Les infirmières ont tendance à se concentrer sur les soins physiques. • L'interaction asymétrique, basée sur des questions fermées, ne répond pas aux besoins individuels du patient et a peu d'impact thérapeutique sur la rééducation. • Cette interaction asymétrique peut s'expliquer par le fait que le personnel infirmier ne se sent pas à l'aise avec les personnes ayant des problèmes de communication. • Le cadre institutionnel encourage le positionnement asymétrique du personnel soignant à travers le travail centré sur les tâches techniques des infirmières. • Les cadres et les cliniciens devraient promouvoir une culture institutionnelle de partenariat. Une formation visant à renforcer les programmes de réadaptation centrés sur la communication et une plus grande implication des patients dans leurs soins pourraient améliorer la qualité des prises en charge. 	

VI. Discussions et perspectives

Analyse des résultats : convergences et divergences entre les articles

L'analyse des articles ne révèle pas de divergence.

Cette revue de littérature relève un manque d'outils, de connaissances et de formation du personnel soignant¹ (Gordon, Ellis-Hill, & Ashburn, 2009 ; McGilton et al., 2011 ; Souza, Arcuri, Souza, & Arcuri, 2014). Cette insuffisance conduit souvent à une communication asymétrique plus ou moins importante selon le contexte de soin (Gordon et al., 2009 ; Sundin, Jansson, & Norberg, 2002). L'aspect technique des soins est souvent plus valorisé par l'institution et les cadres de proximité que l'aspect relationnel (Gordon et al., 2009). Cette vision des soins freine une prise en charge holistique qui est pourtant à privilégier auprès de cette population de patients (Sundin & Jansson, 2003 ; Sundin et al., 2002 ; Sundin, Norberg, & Jansson, 2001). Le manque de connaissance de la PSAPA ne permet pas au soignant de tisser une relation de qualité et ainsi « d'être avec » (Sundin, Jansson, & Norberg, 2000 ; Sundin et al., 2002).

La vision qu'a le soignant de lui-même et son aisance dans les interactions avec la PSAPA influencent également la qualité de la communication (Cameron et al., 2018 ; Gordon et al., 2009 ; Johnson, Best, Beckley, Maxim, & Beeke, 2017 ; Sundin et al., 2001).

Certains auteurs soulèvent les bénéfices pour le patient d'une approche interprofessionnelle par le biais de la collaboration (McGilton et al., 2011 ; Sundin et al., 2002). La collaboration avec le patient est aussi pointée comme un élément essentiel pour améliorer les interactions (Gordon et al., 2009 ; McGilton et al., 2011 ; Sundin & Jansson, 2003 ; Sundin et al., 2001). Enfin, l'utilisation de différents moyens et d'approches de communication choisie et adaptée au PSAPA sont à développer (Cameron et al., 2018 ; Johnson et al., 2017 ; Souza et al., 2014).

Mobilisation du cadre théorique

Selon Kristen M. Swanson (Kristen M. Swanson, 1993, p. 354) le Caring est:

« Caring is defined as "a nurturing way of relating to a valued other toward whom one feels a personal sense of commitment and responsibility" (1991). Key words in this definition include: nurturing (growth and health producing); way of relating (occurs in relationships); to a valued other (the one cared-for matters); toward whom one feels a personal (individualized and intimate); sense of commitment (bond, pledge, or passion); and responsibility (accountability and duty). Whereas this definition applies to all caring relationships, relationships of central concern for nursing include nurse to client, nurse to nurse, and nurse to self. In keeping with the overall purpose of this manuscript (to deal with the claim that nursing is informed caring for the

¹ Personnel soignant fait ici référence aux différents corps de métiers « infirmiers » (Registered Nurse, Enrolled Nurse, Nurse Technician).

well-being of others) the remaining discussion of the caring theory is restricted to its applicability to nursing. »

Les résultats de recherche peuvent être discutés à travers la structure du Caring telle que décrite par Swanson.

Croire en les capacités de l'autre

Cet aspect du Caring est, selon Swanson, la base sur laquelle l'infirmière appuie ses interventions de soins, car la croyance du patient définit ce qui lui importe et dans quelle direction aller (Kristen M. Swanson, 1993, p. 354).

Sundin (Sundin et al., 2000) note cet aspect et évoque la nécessité de faire confiance. Elle définit la dimension morale infirmière à travers sa responsabilité face à la vulnérabilité du patient comme une aliénation positive (Sundin et al., 2001).

Alors que Gordon (Gordon et al., 2009a) relève que les infirmières ont tendance à se concentrer sur les soins physiques, à interagir de manière asymétrique, notamment à travers des questions fermées et à contrôler la discussion.

Connaître

Swanson (Kristen M. Swanson, 1993) décrit la connaissance comme la traduction de l'idéal de compréhension de la situation clinique et du patient dans la réalité de sa condition humaine.

Elle en distingue deux types :

- La connaissance de la personne,
Sundin (Sundin et al., 2001) énonce le besoin de percevoir la vulnérabilité du patient. En 2002, elle (Sundin et al., 2002) constate que lorsque les soignants acquièrent des connaissances sur le patient, ils parviennent à résoudre des problèmes. Dans un autre article de la même auteure (Sundin & Jansson, 2003), il est question de la communion à travers le Caring. Elle permet au soignant de partager des émotions avec le patient, et ainsi de mieux percevoir la fragilité et la dignité menacée. Elle facilite la compréhension des désirs du patient et de ses besoins.
Un autre outil ressort des lectures : l'interprofessionnalité. Elle permet selon McGilton (McGilton et al., 2011) de fournir des évaluations cognitives et linguistiques complètes des patients afin d'élaborer des plans de communication sur mesure.
- Les connaissances professionnelles
Deux articles (Cameron et al., 2018 ; Souza et al., 2014) mettent en évidence que le manque de formation limite la bonne communication avec le patient aphasique. Pour McGilton (McGilton et al., 2011), une formation améliorant la communication adaptée aux besoins de chaque patient, en renforçant les connaissances, les compétences et les attitudes du personnel soignant, renforce les liens patient-soignant.

Être avec

Pour Swanson (Kristen M. Swanson, 1993), être émotionnellement présent à l'autre est la catégorie du Caring qui permet à l'infirmière de manifester au patient qu'elle considère leur personne et leurs expériences de vie.

Sundin (Sundin et al., 2000) illustre cette catégorie en évoquant la syntonie émotionnelle (le fait de s'accorder avec l'émotion du patient à ce moment). L'émotion ressentie guide la soignante pour comprendre et être comprise (Sundin et al., 2002). La création d'une proximité combinée à une distance protectrice est aussi mentionnée. Sundin parle de transmission des émotions à l'aide du corps, un des aspects de la communication non-verbale (Watzlawick et al., 2011), et de dialogue silencieux comme canal de communication utile (Sundin & Jansson, 2003). L'attitude de consolation face à la perte d'indépendance comme gestion des émotions est évoquée dans une autre étude de la même auteure (Sundin et al., 2001).

Faire pour et Faciliter

Pour Swanson (Kristen M. Swanson, 1993), il s'agit de suppléer ce que la personne ferait pour elle-même si cela lui était possible et de lui donner les possibilités de prendre soin de soi.

Pour Sundin (Sundin et al., 2001) il s'agit de restaurer la dignité du patient et d'agir humblement. Elle relève chez les soignants reconnus pour leurs compétences face aux PSAPA une tendance vers la réciprocité et la coopération. Il s'agit de rencontrer le patient à mi-chemin pour améliorer la compréhension (Sundin et al., 2000). Ces soignants promeuvent l'autodétermination du patient et offrent leur guidance lorsque celui-ci n'y parvient pas. Johnson (Johnson et al., 2017) propose une opérationnalisation de cet item en décrivant une série de techniques comme :

- Changer le support d'échange pour le patient proposé par le proche (ex. : utilisation papier-stylo)
- Remplacer les obstacles par des facteurs facilitateurs (paraphrase, temps supplémentaire pour répondre)
- Faciliter davantage la mise en œuvre des stratégies
- Changer les attentes à l'égard de l'impact du comportement
- Changer les priorités de conversation (acceptation de tout mode de communication efficace)
- Changer la perception du succès dans la conversation (reconnaissance du succès de la stratégie)

Dans son étude pilote, McGilton (McGilton et al., 2011) établit la faisabilité de l'implémentation d'un plan de soin communicationnel pour améliorer les interactions avec les PSAPA.

Enfin, Cameron (Cameron et al., 2018) se rend compte dans son étude comparative que les logopédistes ont à leur disposition plus de stratégies pour interagir avec les patients aphasiques par rapport aux autres professionnels de santé.

Bien être

Pour Swanson (Kristen M. Swanson, 1993), le bien-être est le but à atteindre pour le Caring infirmier. La propension au bien-être repose sur la capacité à pratiquer ses autosoins dans la mesure de ses capacités.

Pour Sundin (Sundin & Jansson, 2003), la création d'un univers relaxant et familial est favorable à la compréhension entre soignant et patient, notamment à travers l'échange de banalités. Il s'agit de tendre vers la satisfaction et contrer l'épuisement et le désespoir du PSAPA (Sundin et al., 2000).

Pour McGilton (McGilton et al., 2011) une formation améliorant la communication adaptée aux besoins de chaque patient augmente la qualité de vie des patients et leur satisfaction dans les soins.

Synthèse de la discussion

À la lecture de ces articles et à la lumière du cadre conceptuel, il nous semble qu'une approche issue du Caring selon Swanson permet d'aborder au mieux les PSAPA.

« Croire » en les capacités de l'autre est un moyen de créer un climat de confiance entre PSAPA et soignant, en lui laissant le choix de décider quels sont ses besoins. Il s'agit d'assurer la dignité et de favoriser son autodétermination.

« Connaître » le PSAPA permet de définir et de comprendre ses besoins malgré le trouble du langage en développant des stratégies individualisées. Cela nécessite d'améliorer les connaissances des soignants travaillant auprès de ces patients.

« Être avec » rend possible l'expression des émotions à travers un dialogue silencieux et par une communication non-verbale. La syntonie crée un espace de compréhension entre le patient et le soignant.

Tout en préservant l'autodétermination du patient, son rythme et sa place, « Faire pour et faciliter » relève les stratégies personnalisables existantes pour permettre au patient de communiquer. Des formations adéquates et une prise en soin interdisciplinaire y contribuent.

Le « Bien-Être » du patient aphasique au travers d'un environnement familial dépourvu de stress et d'une intercompréhension améliorent leur qualité de vie, leur satisfaction dans les soins et lutte contre leur épuisement et leur désespoir. Cela passe notamment par la formation des soignants portant sur la communication avec le PSAPA.

Recommandations des bonnes pratiques

Les articles sélectionnés ne nous permettent pas d'établir un niveau élevé de recommandation des bonnes pratiques. Néanmoins, ce travail nous permet de proposer les recommandations suivantes basées sur les catégories décrites par Swanson.

- **Croire en la capacité de l'autre**

Développer une posture infirmière responsable dans une approche holistique, visant à préserver la dignité du patient.

- **Connaître**

La connaissance approfondie du patient permet l'établissement d'un plan de soin communicationnel individualisé. La mise en place de colloques interdisciplinaires et le recueil de données auprès des proches amènent à une meilleure connaissance du patient.

Le développement de cycles de formation adéquats, reconnus et réguliers concourt à une amélioration de la qualité des soins auprès des patients aphasiques.

- **Être avec**

Valoriser l'expression et l'utilisation des émotions à la fois du patient et du soignant. Rééquilibrer et promouvoir les soins relationnels face aux soins techniques.

Encourager la personnalisation à travers le design du soin.

- **Faire avec et faciliter**

Renforcer la responsabilité morale qui découle des soins menés auprès des patients aphasiques.

Encourager une pratique interprofessionnelle.

Renforcer les programmes de réadaptation centrés sur la communication et une plus grande implication des patients

Mettre en place des outils de communication personnalisés et choisis avec le patient.

- **Bien-Être**

Favoriser la cocréation d'un environnement familial.

Détecter précocement les signes d'épuisement et de désespoir.

Limites de la recommandation

À ce jour, il existe peu d'études sur le sujet (Gordon et al., 2009a ; Sundin et al., 2002, 2001, 2001, 2001).

La durée d'étude des écrits est trop courte pour une généralisation et permettre la mesure de l'impact réel sur les patients (McGilton et al., 2011).

Les politiques actuelles de gestion et institutionnelles sont peu enclines à la reconnaissance des soins relationnels (Gordon et al., 2009a).

La posture infirmière est encore parasitée par le paradigme de la catégorisation médicale (Gordon et al., 2009a).

Les résultats basés sur l'autoévaluation limitent la validité externe des études (Cameron et al., 2018 ; McGilton et al., 2011).

Perspectives de recherches ultérieures

Les sujets possibles de recherches entrevus après cette revue non systématique de littérature pourraient, à notre sens, porter sur :

- L'étude du phénomène de communication avec la PSAPA en soins aigus,
- La recherche de l'impact de la communication du point de vue du patient aphasique à moyen, court et long terme,

- La recherche et le développement d'outils de communication basés sur un meilleur degré de preuves scientifiques.

VII. Conclusion

Cette revue de littérature non systématique à la recherche d'interventions infirmières facilitant une intercompréhension avec un patient présentant une aphasie nouvellement acquise nous a fait découvrir que le sujet semble peu exploré.

La force de ce travail est l'utilisation d'une méthodologie scientifique, mais il est affaibli par son devis non exhaustif.

Les catégories et valeurs du Caring nous ont rendus vigilants aux diverses problématiques que rencontre cette population de patients. L'utilisation de cette théorie intermédiaire comme cadre conceptuel a structuré notre réflexion, donné une perspective disciplinaire et enrichi notre pratique.

Une plus grande place à la notion de responsabilité et de devoir moral s'ajoute à notre vision du rôle professionnel.

Le cadre et l'environnement de travail ont un fort impact sur la prise en charge et la qualité des soins laissant s'exprimer irrégulièrement les différentes dimensions du soin infirmier.

Références

- Alligood, M. R. (Éd.). (2014). *Nursing theorists and their work* (8 edition). St. Louis, Missouri : Elsevier.
- Aribi, L., Baâti, I., Damak, M., Gaha, L., Mhiri, C., & Amami, O. (2013). Dépression après un accident vasculaire cérébral chez le sujet âgé : étude transversale à propos de 40 cas, Depression after a stroke in the elderly: Cross-sectional study concerning 40 cases, Depresión tras un accidente cerebrovascular en el sujeto de edad : estudio transversal a propósito de 40 casos. *L'information psychiatrique*, *me 89*(10), 843-850.
<https://doi.org/10.3917/inpsy.8910.0843>
- Boehme, A. K., Martin-Schild, S., Marshall, R. S., & Lazar, R. M. (2016a). Effect of aphasia on acute stroke outcomes. *Neurology*, *87*(22), 2348-2354.
<https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000003297>
- Boehme, A. K., Martin-Schild, S., Marshall, R. S., & Lazar, R. M. (2016b). Effect of aphasia on acute stroke outcomes. *Neurology*, *87*(22), 2348-2354.
<https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000003297>
- Depression: definition. (2018, 16 septembre). <http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/news/news/2012/10/depression-in-europe/depression-definition>
- Dictionnaire médical de l'Académie de Médecine. (2019). Repéré à <http://dictionnaire.academie-medecine.fr/index.php?q=aphasie>
- Doré, C. (2017). L'estime de soi : analyse de concept. *Recherche en soins infirmiers*, *129*(2), 18. <https://doi.org/10.3917/rsi.129.0018>
- Engelter, S. T., Gostynski, M., Papa, S., Frei, M., Born, C., Ajdacic-Gross, V., ... Lyrer, P. A. (2006). Epidemiology of Aphasia Attributable to First Ischemic Stroke: Incidence, Severity, Fluency, Etiology, and Thrombolysis. *Stroke*, *37*(6), 1379-1384.
<https://doi.org/10.1161/01.STR.0000221815.64093.8c>
- Fawcett, J. (1984). The Metaparadigm of Nursing: Present Status and Future Refinements. *Image: the Journal of Nursing Scholarship*, *16*(3), 84-87.
<https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1984.tb01393.x>
- Feigin, V. L., Forouzanfar, M. H., Krishnamurthi, R., Mensah, G. A., Connor, M., Bennett, D. A., ... Murray, C. (2014). Global and regional burden of stroke during 1990–2010:

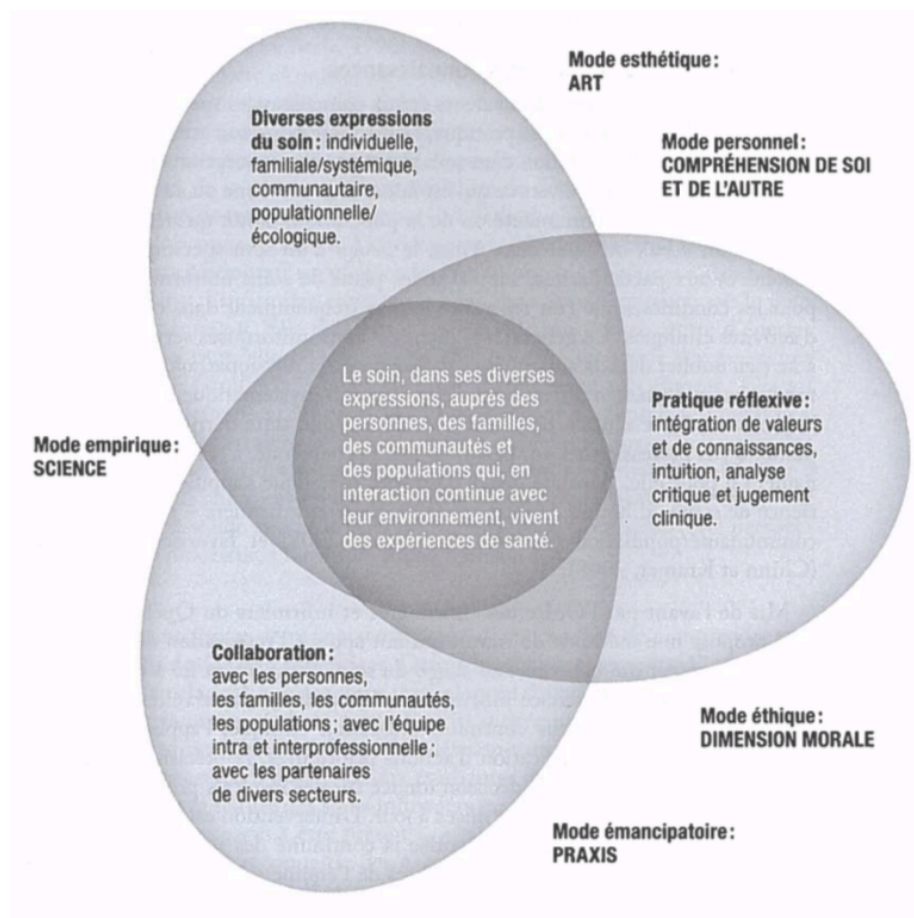
- findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*, 383(9913), 245-255. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61953-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61953-4)
- Guibert, C. D. (2004). Saussure, Freud, l'aphasie: d'un point de rencontre à la linguistique clinique, 17.
- Hilari, K. (2011). The impact of stroke: are people with aphasia different to those without? *Disability and Rehabilitation*, 33(3), 211-218. <https://doi.org/10.3109/09638288.2010.508829>
- Mazaux, J.-M., Daviet, J.-C., Darrigrand, B., Stuit, A., Muller, F., Dutheil, S., ... Barat, M. (2006). Difficultés de communication des personnes aphasiques. Dans P. Pradat-Diehl & A. Peskine (Éds), *Évaluation des troubles neuropsychologiques en vie quotidienne* (pp. 73-82). Paris : Springer Paris. https://doi.org/10.1007/2-287-34365-2_8
- McNeil, M. R., & Pratt, S. R. (2001). Defining aphasia: Some theoretical and clinical implications of operating from a formal definition. *Aphasiology*, 15(10-11), 901-911. <https://doi.org/10.1080/02687040143000276>
- Nys, G. M. S., van Zandvoort, M. J. E., van der Worp, H. B., de Haan, E. H. F., de Kort, P. L. M., & Kappelle, L. J. (2005). Early depressive symptoms after stroke: neuropsychological correlates and lesion characteristics. *Journal of the Neurological Sciences*, 228(1), 27-33. <https://doi.org/10.1016/j.jns.2004.09.031>
- Pedersen, P. M., Jørgensen, H. S., Nakayama, H., Raaschou, H. O., & Olsen, T. S. (1995). Aphasia in acute stroke: Incidence, determinants, and recovery. *Annals of Neurology*, 38(4), 659-666. <https://doi.org/10.1002/ana.410380416>
- Pepin, J., Ducharme, F., & Kérouac, S. (2010). *La pensée infirmière*. Montréal : Chenelière éducation.
- Poslowsky, I. E., Schuurmans, M. J., Lindeman, E., & Hafsteinsdóttir, T. B. (2010). A systematic review of nursing rehabilitation of stroke patients with aphasia. *Journal of Clinical Nursing*, 19. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.03023.x>
- Ruesch, J., & Bateson, G. (1951). *Communication, the social matrix of psychiatry*. (S.l.) : New York, : Norton. Repéré à <http://archive.org/details/communicationsoc00inrues>
- Siirtola, M., Narva, E. V., & Siirtola, T. (1977). On the occurrence and prognosis of aphasia in patients with cerebral infarction. *Scandinavian journal of social medicine. Supplementum*, 14, 128-133.

- Stroke Statistics | Internet Stroke Center. (n.d.). Repéré à <http://www.strokecenter.org/patients/about-stroke/stroke-statistics/>
- Swanson, K. M. (1991). Empirical development of a middle range theory of caring. *Nursing Research*, 40(3), 161-166.
- Swanson, K. M. (1993). Nursing as informed caring for the well-being of others. *Image--the Journal of Nursing Scholarship*, 25(4), 352-357.
- TLFi : Trésor de la langue Française informatisé, <http://www.atilf.fr/tlfi>, ATILF - CNRS & Université de Lorraine. (1994) DÉTRESSE : Définition de DÉTRESSE. Repéré à <http://www.cnrtl.fr/definition/d%C3%A9tresse>
- TLFi : Trésor de la langue Française informatisé, <http://www.atilf.fr/tlfi>, ATILF - CNRS & Université de Lorraine. (1994). ESTIME : Définition de ESTIME. Repéré à <http://www.cnrtl.fr/definition/estime>
- Vonarx, Nicolas. (2010). De Bronislaw Malinowski à Virginia Henderson: révélation sur l'origine anthropologique d'un modèle de soins infirmiers. *Aporia : The Nursing Journal*, 2.
- Watzlawick, P., Bavelas, J. B., & Jackson, D. D. (2011). *Pragmatics of human communication: a study of interactional patterns, pathologies, and paradoxes* (Pbk. ed). New York : W.W. Norton & Co.
- Watzlawick, P., Beavin, J. H., Jackson, D. D. A., & Morche, J. (2014). *Une logique de la communication*. Paris : Éd. Points.

Annexes

Annexe I

Le design du soin (Pepin et al., 2010, p. 89)



Annexe II

La structure du Caring extrait de :

Swanson, K. M. (1993). Nursing as Informed Caring for the Well-Being of Others. *Image: the Journal of Nursing Scholarship*, 25(4), 352-357. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1993.tb00271.x>

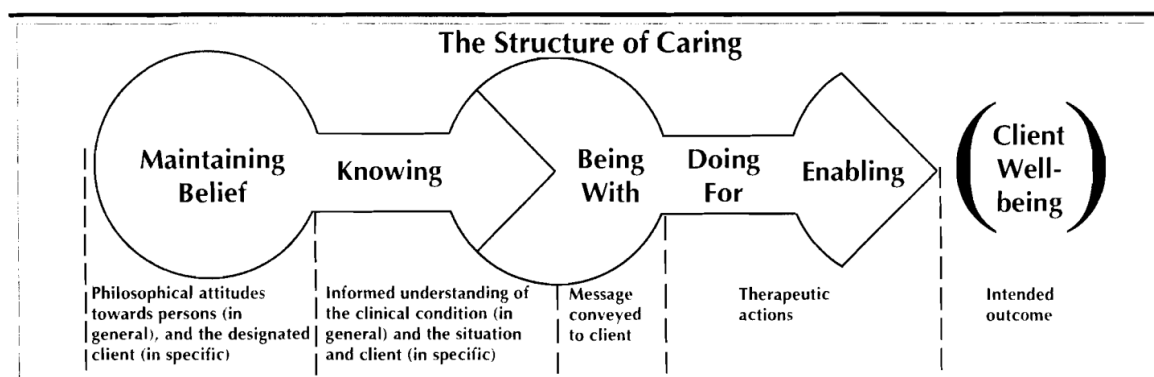


Figure 1: The structure of caring as linked to the nurses' philosophical attitude, informed understandings, message conveyed, therapeutic actions and intended outcome.

Annexe III

Grilles de lecture critique et d'analyse , Traduit et inspiré de Law, M., Stewart, D., Pollock, N., Letts, L., Bosch, J. & Westmorland, M. at Mc Master University, Canada.

Citation	<p>Citez l'article au format APA en vigueur dans l'institution Cameron, A., McPhail, S., Hudson, K., Fleming, J., Lethlean, J., Tan, N. J., & Finch, E. (2018). The confidence and knowledge of health practitioners when interacting with people with aphasia in a hospital setting. <i>Disability and Rehabilitation</i>, 40(11), 1288-1293. https://doi.org/10.1080/09638288.2017.1294626</p>
<p>But de l'étude</p> <p>Clair ?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>	<p>Listez le(s) but(s) de l'étude, si vous avez un questionnaire en quoi y répondent-ils? Décrire le degré de confiance et de connaissances ressenti par des professionnels de soins dans leurs interactions avec des patients atteints d'aphasie (PAA) et comparer ces données entre des professionnels avec spécialisation en thérapie du langage et ceux n'en ayant pas.</p> <p>Ils répondent au questionnaire des soins infirmiers face aux PAA car ils décortiquent et questionnent une variable pouvant influencer le degré de confiance et de connaissance des soignants.</p> <p>Limites : uniquement basé sur le ressenti, on ne sait pas combien il y a d'infirmière au milieu de l'échantillon multidisciplinaire.</p>
<p>Littérature La revue de littérature est-elle concluante ?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>	<p>Comment les auteurs argumentent-ils la nécessité de leur étude à la lumière de la revue de littérature ? L'aphasie touche entre plus d'un tiers (38% selon leurs data) des patients après un AVC ou lésion cérébrale c'est donc une occurrence forte dans les soins. Les conséquences de l'aphasie sur la vie du patient et les différentes dimensions (communications, rôle social, potentialité pour éducation à la santé et implication des PAA dans leurs décisions de santé) sont très importantes et les soins aux PAA requièrent une attention particulière. Cet article cherche à décrire la différence de degré de confiance et de connaissance entre des soignants type logopédistes et des soignants sans formation ciblée sur les problèmes du langage. Les termes de la problématique sont étayés d'étude scientifique.</p>
<p>Devis</p>	<p>Décrivez la méthodologie de recherche et posture de la chercheuse. Étude quantitative descriptive transversale corrélationnelle. Les données à la fois quantitatives et qualitatives ont été récoltées et traitées.</p> <p>Avez-vous identifié des biais ? Dans quel sens influenceraient-ils l'étude ? Non identifiés. Les différents financements sont décrits.</p>

	<p>Une médiane est réalisée pour la question des stratégies mises en place révélant une plus grande variété pour les professionnels formés en speech therapy que les autres.</p> <p>La validité de construction (méthode et design de l'étude) est respectée avec une description claire de la méthode, ses outils et son échantillonnage.</p> <p>La fiabilité : 2 chercheurs différents ont analysé les résultats de l'enquête, se sont vus pour en discuter et les ont validés unanimement.</p> <p>Il est impossible de dire que l'étude est diachronique car elle est transversale ; elle est non circonstancielle car les réponses sont collectées à partir d'une enquête.</p> <p>Limitations : on ne connaît pas la proportion d'infirmier dans la catégorie des soignants</p>
--	--

<p>Intervention</p> <p>L'intervention est-elle décrite en détail ?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p><input type="checkbox"/> Pas d'intervention</p> <p>Y a-t-il des facteurs confondants ?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p><input type="checkbox"/> Je n'en identifie pas</p>	<p>Décrire l'intervention (focus ? par qui est-elle effectuée ? à quelle fréquence ? dans quel cadre ? l'intervention pourrait-elle être répliquée à partir des informations contenues dans l'article ?).</p> <p>Ici, l'intervention est l'enquête à travers les hôpitaux. Il n'y a pas d'intervention infirmière décrite mais l'analyse du degré de confiance en soi entre les professionnels ayant eu une formation spécifique pour communiquer avec les PAA et ceux sans.</p> <p>A partir de ces critères généraux, l'enquête transversale pourrait être réalisée sur d'autres sites hospitaliers ou de soins.</p> <p>La variable observée (les différents types de professionnels de la santé, notamment selon leur formation en communication) et la variable à expliquer (le degré de confiance en soi et de connaissance des professionnels de santé dans les interactions avec les PAA) est pour moi confondue car le type de formation (durée, but) n'est pas précisé. Le seul critère indiqué est que la formation a eu lieu à l'université.</p>
<p>Résultats</p> <p>Mentionnent-ils la significativité et/ou les IC ?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p>Les implications cliniques sont-elles mentionnées ?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Oui</p>	<p>Décrivez les résultats. Sont-ils cliniquement significatifs ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'échelle elle-même a été validée comme étant un outil fiable pour les mesures avec une $p < 0.001$ - Les logopédistes reportent sur l'échelle visuelle analogique un degré de confiance lors d'interactions avec les patients aphasiques allant de 78 à 100 avec une médiane calculée à 91,5 alors que les autres professionnels de santé reportent un degré de confiance de 39 à 62 avec une médiane calculée à 50 - Les soignants ayant bénéficié d'une formation présentent néanmoins dans une moindre mesure, un manque de confiance en eux dans leurs interactions avec des PAA, notamment si leur pratique usuelle n'est pas ou auprès de patients présentant des pathologies neurologiques ou en neuro réhabilitation.

<input type="checkbox"/> Non	<ul style="list-style-type: none"> - Les personnes ayant une formation en communication avec les PAA utilisent généralement 8 stratégies différentes alors que les personnes sans formations n'en utilisent que 2 pour interagir avec les PAA <p>Les implications cliniques sont multiples :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Besoin de formation accru en communication avec les PAA chez les soignants - L'implémentation de programme de formation devrait privilégier la formation au Partenariat de Communication (Communication Partner Training), stratégie considérée la plus adéquates pour former les équipes. <p>Les différences entre groupes sont-elles expliquées et statistiquement interprétables ? Test de Mann Whitney pour valider la distribution entre chacun des deux groupes, et notamment la mettre en lien avec la distribution au travers des professionnels de santé (distribution homme-femme notamment). L'échantillon est considéré comme représentatif de la distribution homme-femme au sein des professionnels de santé en Australie.</p>
<p>Conclusions et implications</p> <p>Les auteurs répondent-ils à leur(s) questionnement(s) ?</p>	<p>Quelles sont les conclusions de l'étude ? Quelles conséquences pour la pratique ? Quelles limites ou biais empêchent une généralisation ? Les données recueillies et le fait que des études similaires ont été menées à travers d'autres populations, notamment des étudiants en médecine, fournissent suffisamment de données en faveur de la nécessité de formation spécifique en communication pour les soignants travaillant auprès de PAA.</p> <p>Une formation spécifique augmente les connaissances et le degré de confiance en soi des professionnels de santé pour communiquer avec PAA. Pour les auteurs, cela serait bénéficiable aux patients en soins aigus comme en neuro-réhabilitation, et permettrait de mettre le PAA au centre de sa prise en soin, et donc à terme d'augmenter son autodétermination.</p> <p>Limites :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Étude se déroulant en milieu urbain, et donc non généralisable en zone rurale (Australienne) - Étude basée sur l'auto-évaluation des soignants envers eux-mêmes et non leurs compétences effectives en communication

Citation	Citez l'article au format APA en vigueur dans l'institution Sundin, K., Jansson, L., & Norberg, A. (2000). Communicating with people with stroke and aphasia: understanding through sensation without words. <i>Journal of Clinical Nursing</i> , 9(4), 481-488. https://doi.org/10.1046/j.1365-2702.2000.00379.x
But de l'étude Clair ? <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Listez le(s) but(s) de l'étude, si vous avez un questionnaire en quoi y répondent-ils ? Le but de l'article est de mettre en lumière la signification de ce qu'est communiquer non verbalement (soit à travers des sensations et sans mots) avec des patients souffrants d'aphasie post-AVC (PSAPA) selon le point de vue de soignants reconnus comme particulièrement compétents dans ce domaine.
Littérature La revue de littérature est-elle concluante ? <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Comment les auteurs argumentent-ils la nécessité de leur étude à la lumière de la revue de littérature ? La revue de littérature délimitant la problématique explore les termes principaux et fait références à d'autres études scientifiques (p.481). Les auteurs argumentent leur article sur deux critères : <ul style="list-style-type: none"> - L'absence de littérature sur le sujet, notamment liée au fait que de nombreuses études excluent les PSAPA dans leurs échantillonnages - Le besoin urgent de développer les connaissances sur la communication auprès des PSAPA, étant donné les conséquences néfastes provoquées par les perturbations de la communication sur leur état de santé
Devis Quant, qual, mixte. Descriptif, exploratoire, explicatif, prédictif, etc.	Décrivez la méthodologie de recherche et posture de la chercheuse. Étude qualitative, phénoménologie herméneutique. Approche inductive Avez-vous identifié des biais ? Dans quel sens influenceraient-ils l'étude ? Récolte des données (entretiens) réalisée par une seule personne (la chercheuse principale : Sundin).
Echantillon N = 10 soignants Sélectionnés par N=26 soignants Est-il décrit en détail ? <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Echantillonnage (qui; caractéristiques; combien ; méthode d'échantillonnage?) Si plusieurs groupes, leurs similitudes ont-elles été testées ? <ul style="list-style-type: none"> - 10 soignantes (5 registered nurses et 5 enrolled nurses), - Âgées de 27 à 64 ans et ayant travaillé entre 1 et 12 ans au sein de l'unité de réadaptation - Les 10 soignantes ont toutes été sélectionnées par leurs 26 collègues de l'unité, sur la base de leur compétence de communication non verbale avec le patient - La définition de ce qu'est une communication efficace a été définie par chacun des 26 soignants, indépendamment du degré d'études des 10 soignantes sélectionnées

	<p>Commission d'éthique (consentement éclairé obtenu) ? :</p> <p>Les 26 soignants ont été informés du but de l'étude par Sundin, et les 10 soignantes ont donné leur consentement éclairé à la participation, avec la garantie de l'anonymisation de leurs données et du respect de la confidentialité. Le comité d'Éthique et de Recherche de la faculté de Médecine de l'université d'Umeå (§63/95) a validé l'étude.</p>
<p>Outcomes</p> <p>Validité ?</p> <p>Fiabilité ?</p>	<p>Quand et/ou à quelle fréquence les mesures ont-elles été réalisées ?</p> <p>Entretiens semi-directifs de 30 à 60 minutes avec les 10 soignantes, menés par Sundin dans une salle disponible dans l'unité de réhabilitation.</p> <p>Les entretiens ont ensuite été transcrits en verbatims</p> <p>La validité de construction est présente à travers la description des 3 étapes de la phénoménologie herméneutique selon la philosophie de Ricoeur (Lecture naïve, analyse structurelle et compréhension globale/intégrée).</p> <p>La crédibilité (validité interne) est confirmée par la méthodologie et la source des données extraites (entretiens avec enregistrement audio).</p> <p>La validité externe est présente par la transférabilité des résultats, avec la limite d'une généralisation étant donné la nature même du devis .</p> <p>La fiabilité des données est influencée par le devis phénoménologique (s'intéressant à un phénomène à un instant T, on ne peut considérer la stabilité dans le temps des observations/informations perçues) mais leur transférabilité va dans ce sens.</p> <p>Quels thèmes/objets de recherche sont explorés ?</p> <p>Ici la variable est la signification de ce qu'est une communication non verbale efficace avec des PSAPA selon des soignantes recommandées et sélectionnées pour leurs expertise dans ce domaine. Elle se base sur la narration par les 10 soignantes sélectionnées d'un épisode ressenti comme efficace avec un PSAPA et la réflexion approfondie sur ce qui a facilité voire amélioré cette communication. Les entretiens narratifs garantissent la fiabilité des données puisque reflétant le vécu de la soignante, ensuite méthodiquement analysé au travers de questions semi-directives posées par l'auteure principale.</p>
<p>Intervention</p> <p>L'intervention est-elle décrite en détail ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Pas d'intervention</p> <p>Y a-t-il des facteurs confondants ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Je n'en identifie pas</p>	<p>Décrire l'intervention (focus ? par qui est-elle effectuée ? à quelle fréquence ? dans quel cadre ? l'intervention pourrait-elle être répliquée à partir des informations contenues dans l'article ?).</p> <p>L'article vise à définir les contours d'une communication non verbale auprès des PSAPA, il n'y a donc pas d'intervention à proprement parlé qui est définie.</p> <p>Je n'identifie pas de facteurs confondants.</p>

<p>Résultats</p> <p>Les implications cliniques sont-elles mentionnées ?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p>	<p>Décrivez les résultats. Sont-ils cliniquement significatifs ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Il est quasiment impossible d'effectuer un compte rendu/récit complet de ce qu'est communiquer avec un patient aphasique - Des conditions sont requises pour favoriser la communication avec ces patients, elles ne constituent pas le cœur de la communication, mais sont indispensables <p>2 thèmes identifiées avec des sous thèmes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Faciliter l'ouverture à l'autre : <ul style="list-style-type: none"> - créer une proximité combinée à une distance protectrice - tendre vers la satisfaction et contrer l'épuisement et le désespoir du PSAPA - rencontrer le patient à mi-chemin pour améliorer notre compréhension soignante - la nécessité de faire confiance et de se faire confiance à la fois pour le soignant et le PSAPA <ul style="list-style-type: none"> - Être dans une communication non verbale - Transmettre des émotions à l'aide du corps - Partager des émotions à travers les sens (affect attunement = syntonie des émotions) <p>Les implications cliniques sont décrites à travers l'herméneutique et la mise en exergue de termes décrivant des situations jugées comme des épisodes de communication efficace. Grâce aux extraits d'entretiens cités, mettant en avant l'effet d'un ou plusieurs aspects de la communication, son effet sur le patient et la soignante.</p>
<p>Conclusions et implications</p>	<p>Quelles sont les conclusions de l'étude ? Quelles conséquences pour la pratique ? Quelles limites ou biais empêchent une généralisation ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'humilité est un fil conducteur qui sous-tend l'activité des soignantes, notamment à travers l'inter compréhension co-créé avec le patient. - La difficulté pour les soignantes de nommer leurs stratégies de communication avec les PSAPA est une compréhension non verbale sensorielle ; les sensations et la compréhension interagissent en permanence dans nos vies, et cette relation n'est pas réciproque : les sensations ne sont pas dépendantes de la compréhension mais la compréhension dépend des sensations. <p>La conséquence pour la pratique est indirecte : pouvoir définir précisément ce qui fait une bonne communication avec les PSAPA est une base, mais d'autres termes reliés (telles que la communion interpersonnelle, notamment dans le regard) demeurent à explorer dans le cadre des soins aux PSAPA.</p> <p>Autre résultat indirect ayant des conséquences pour la pratique, qualifier la communication d'adéquate passe par l'équilibre entre proximité créative entre la soignante et le PSAPA et distance protectrice pour la soignante. Cette qualification a mis en évidence le lien avec le risque d'épuisement émotionnel des soignants, lié au haut</p>

<p>Les auteurs répondent-ils à leur(s) questionnement(s) ?</p>	<p>degré d'implication pour les soignants et dans le même temps le sentiment de culpabilité ressenti si la soignante n'est pas assez proche avec le patient.</p> <p>Les auteurs parviennent au travers de ces entretiens à faire l'ébauche d'une définition de ce qu'est une communication non verbale efficace avec des PSAPA, et mettant en lumière les phénomènes qui se jouent lors de ces interactions.</p>
---	--

Citation	Citez l'article au format APA en vigueur dans l'institution Souza, R. C. S., Arcuri, E. A. M., Souza, R. C. S., & Arcuri, E. A. M. (2014). Communication Strategies Of The Nursing Team In The Aphasia After Cerebrovascular Accident. <i>Revista da Escola de Enfermagem da USP</i> , 48(2), 292-298. https://doi.org/10.1590/S0080-6234201400002000014
But de l'étude Clair ? <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Listez-le(s) but(s) de l'étude, si vous avez un questionnaire en quoi y répondent-ils? Identifier les stratégies de communication utilisées et reportées par le personnel soignant lors des soins auprès de patients aphasiques.
Littérature La revue de littérature est-elle concluante ? <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Comment les auteurs argumentent-ils la nécessité de leur étude à la lumière de la revue de littérature ? S'appuie sur des données épidémiologiques et cite différents articles pour argumenter la problématique.
Devis Quant, qual, mixte. Descriptif, exploratoire, explicatif, prédictif, etc.	Décrivez la méthodologie de recherche. C'est une étude quantitative descriptive transversale. Les auteurs ont utilisé des entrevues pour obtenir des informations sur les stratégies utilisées et des observations sur le terrain pour vérifier leur application dans les soins infirmiers fournis par ces mêmes personnes interviewées. Le plan est considéré comme quantitatif parce que les données ont été catégorisées, quantifiées et traitées de façon quantitative. L'étude a été conduite en deux phases. Une première phase consistant en des entretiens semi-structurés avec chaque sujet. Un formulaire contenant des données démographiques et professionnelles ainsi que des questions fermées et ouvertes sur les stratégies utilisées par les soignants auprès de patients présentant une aphasie. Une deuxième phase consistant à observer ces mêmes sujets lors des soins. Les observations ont été faites principalement le matin lorsque la plupart des soins infirmiers sont prodigués. Avez-vous identifié des biais ? Dans quel sens influenceraient-ils l'étude ? non
Echantillon N = 27 Est-il décrit en détail ? <input checked="" type="checkbox"/> Oui	Echantillonnage (qui; caractéristiques; combien ; méthode d'échantillonnage?) Si plusieurs groupes, leurs similitudes ont-elles été testées ? Échantillonnage accidentel basé sur la disponibilité et le volontariat. Il est constitué de 27 sujets (6 infirmières, 11 techniciens en soins

<input type="checkbox"/> Non	<p>infirmiers et 10 infirmiers auxiliaires). Cela représente 69 % de l'équipe soignante du service.</p> <p>Pas de différence significative entre les groupes n'a été observé ($p>0.05$)</p> <p><i>(Au Brésil, la profession infirmière est composée de trois catégories professionnelles :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Les auxiliaires en soins infirmiers suivent un cours technique de quinze mois. Ensuite, ils peuvent travailler sous la supervision des infirmières auprès des personnes soignées. Ils dispensent des soins comme l'hygiène, l'alimentation, les pansements, les piqûres, dans la limite de leurs compétences. Les auxiliaires participent aux actions de prévention des maladies, de promotion de la santé, de soins généraux et de soins palliatifs. Ils peuvent travailler dans les hôpitaux et centres de santé et dans le secteur ambulatoire. Par la suite, s'ils ont terminé le lycée, ils ont la possibilité de passer l'examen pour entrer dans une université publique ou privée pour obtenir le diplôme de licence en sciences infirmières. 2. Les techniciens en soins infirmiers suivent un cours technique de deux années après le lycée. Ensuite, ils peuvent travailler. Comme l'auxiliaire de soins infirmiers, le technicien travaille sous la supervision des infirmières. C'est le niveau de compétence qui fait la différence. Ces professionnels aident l'infirmière pour la gestion de l'équipe et des soins. Ils peuvent également passer l'examen pour entrer dans une université publique ou privée afin d'obtenir le diplôme de licence en sciences infirmières. 3. Les infirmières passent un examen pour entrer dans une université publique ou privée après le lycée. Il s'agit d'un cours universitaire de quatre ou cinq années pour obtenir le diplôme de licence en sciences infirmières. Ensuite, elles peuvent travailler et/ou suivre une spécialisation, un master puis le doctorat. C'est le professionnel responsable de l'équipe de soins. L'infirmière réalise des soins directs et des activités de gestion dans le service de santé. <p><i>L'infirmière est responsable des activités menées par les techniciens et les auxiliaires en soins infirmiers</i></p> <p>Fortuna Cinira Magali, Ribeiro Santana Fabiana, Spagnol Carla Aparecida, « La formation universitaire des infirmières au Brésil : trois expériences », <i>Recherche en soins infirmiers</i>, 2014/4 (N° 119), p. 85-98. DOI : 10.3917/rsi.119.0085. URL : https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2014-4.htm-page-85.htm)</p> <p>Commission d'éthique (consentement éclairé obtenu) ? :</p> <p>L'étude a été approuvée par un comité d'éthique et de recherche sous le numéro de protocole 509-09. Chaque soignant a été vu individuellement et a signé un formulaire de consentement.</p> <p>Par contre rien ne dit si les patients qui ont participé indirectement à l'étude ont été informés, et si oui sous quelle forme.</p>
------------------------------	--

<p>Outcomes</p> <p>Validité ?</p> <p>Fiabilité ?</p>	<p>Quand et/ou à quelle fréquence les mesures ont-elles été réalisées ?</p> <p>Les mesures ont été effectuées dans un service de neurologie à l'hôpital général de Sao Paulo au Brésil en 2010. Aucune indication sur le nombre de journée d'observation.</p> <hr/> <p>Quelles variables sont mesurées ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Données démographiques : <ul style="list-style-type: none"> ○ Age : 34 ans \pm 8.4. ○ 55.2% des participants avaient moins de 35 ans. ○ 55.5% a plus de 5 ans d'expérience auprès de patient ayant subi un accident vasculaire cérébral. - Données circonstancielle <ul style="list-style-type: none"> ○ En moyenne les temps que les soignants travaillaient avec des patients présentant un accident vasculaire cérébral était de 4.8 ans \pm 3.7 ○ En moyenne les participants étaient diplômé depuis 7.8 ans \pm 6.0 ○ 3 groupes de professionnel différents : <ul style="list-style-type: none"> ▪ auxiliaires en soins infirmiers ▪ techniciens en soins ▪ infirmières - Stratégies de communication <ul style="list-style-type: none"> ○ Verbales ○ Non verbales
---	--

<p>Intervention</p> <p>L'intervention est-elle décrite en détail ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Non</p> <p><input type="checkbox"/> Pas d'intervention</p> <p>Y a-t-il des facteurs confondants ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Je n'en identifie pas</p>	<p>Décrire l'intervention (focus ? par qui est-elle effectuée ? à quelle fréquence ? dans quel cadre ? l'intervention pourrait-elle être répliquée à partir des informations contenues dans l'article ?).</p> <p>La collecte de données a été faites par le premier auteur en deux phases :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Des entretiens semi-structuré - Des observations directes pendant les soins principalement le matin. <p>La trame des entretiens n'est pas décrite. Les verbatim ne sont pas présents.</p>
<p>Résultats</p> <p>Mentionnent-ils la significativité et/ou les IC?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui</p>	<p>Décrivez les résultats. Sont-ils statistiquement significatifs (i.e., $p < 0.05$)? Sont-ils cliniquement significatifs ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dichotomie entre les connaissances et l'utilisation de certaines techniques de communication, et l'ignorance théoriques dans d'autres.

<input checked="" type="checkbox"/> Non Les implications cliniques sont-elles mentionnées ? <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<ul style="list-style-type: none"> - Une communication efficace entre les patients ayant eu un AVC et le personnel soignant n'est pas souvent atteint en raison de la résistance des professionnels dans l'acquisition de nouveaux outils. - Les stratégies de communication les plus rapportées sont : <ul style="list-style-type: none"> ○ Les gestes (100%) ○ La communication verbale (54,5%) ○ L'utilisation du papier et stylo (50%) - Les stratégies les plus observées sont : <ul style="list-style-type: none"> ○ La communication verbale (100%) ○ Le toucher(100%) ○ La proxémie (96,30%) <p>Les différences entre groupes sont-elles expliquées et statistiquement interprétables ? Pas de différence significative entre les groupes observés. Les différences sont mesurées par des p-value.</p>
Conclusions et implications Les auteurs répondent-ils à leur(s) questionnement(s) ?	<p>Quelles sont les conclusions de l'étude ? Quelles conséquences pour la pratique ? Quelles limites ou biais empêchent une généralisation ?</p> <p>Conclusions :</p> <ul style="list-style-type: none"> - « Les stratégies de communication utilisées par le personnel soignant avec les patients aphasiques sont appliquées de manière informelle, sans connaissance adéquate des professionnels et sans efforts pour atteindre une communication plus thérapeutique. » - Il existe un manque d'outils de communication pour faciliter les échanges avec les patients présentant une aphasie. - Il existe un manque au niveau de l'enseignement académique. <p>Limites :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Observations faites par une personne ne faisant pas partie de l'équipe a pu influencer le comportement des personnes observées. - La limitation dans le temps des observations - Pas d'évaluation précise du déficit neurologique des patients. <p>Au vu des limites, la généralisation est difficile. D'autres études sont nécessaires pour affirmer ou confirmer les résultats.</p>

Citation	Citez l'article au format APA en vigueur dans l'institution Sundin, K., Norberg, A., & Jansson, L. (2001). The Meaning of Skilled Care Providers' Relationships with Stroke and Aphasia Patients. <i>Qualitative Health Research</i> , 11(3), 308-321. https://doi.org/10.1177/104973201129119127
But de l'étude Clair ? <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Listez le(s) but(s) de l'étude, si vous avez un questionnaire en quoi y répondent-ils ? Le but de cette étude est de mettre en lumière la signification des expériences de soin relationnel de soignants particulièrement doués dans la communication avec des patients souffrant d'aphasie post AVC (PSAPA). Cet article fait partie d'une étude plus large concernant la communication entre PSAPA et soignants.
Littérature La revue de littérature est-elle concluante ? <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Comment les auteurs argumentent-ils la nécessité de leur étude à la lumière de la revue de littérature ? La problématique est étoffée de références scientifiques appuyant les affirmations épidémiologiques, des problèmes spécifiques des personnes souffrant d'aphasie après un AVC pour construire une relation avec autrui et explicite les concepts centraux à développer. Les auteurs justifient leur étude par le besoin, notamment sur le plan relationnel pour le PSAPA d'éclairer les phénomènes entourant la construction d'une relation.
Devis Quant, qual, mixte. Descriptif, exploratoire, explicatif, prédictif, etc.	Décrivez la méthodologie de recherche et posture de la chercheuse. Étude qualitative, phénoménologie herméneutique. Approche inductive. K. Sundin : professeure en sciences infirmières, ne travaille pas sur le site et est donc externe aux influences du lieu d'étude. Avez-vous identifié des biais ? Dans quel sens influenceraient-ils l'étude ? Bibliographie basée notamment sur des écrits antérieurs de l'auteure principale. Citations parfois d'articles antérieurs écrits par les mêmes auteurs (Université d'Umeå en Suède et Tromsø en Norvège). La sélection anonyme des soignants considérés comme bons dans la communication avec les PSAPA. L'absence de consensus sur la définition de ce qu'est un bon communicant avec les PSAPA.
Echantillon N = 5 soignants Est-il décrit en détail ? <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Echantillonnage (qui; caractéristiques; combien ; méthode d'échantillonnage?) Si plusieurs groupes, leurs similitudes ont-elles été testées ? L'échantillonnage est de type non probabiliste accidentel : <ul style="list-style-type: none"> - 5 soignants (2 registered nurses, 3 enrolled nurses), entre 27 et 64 ans et ayant entre 4 et 12 ans d'expérience dans l'unité de neuro réhabilitation - choisies pour leurs capacités à communiquer avec des patients aphasiques (recommandés unanimement et dans l'anonymat par leur pairs)

	<p>Commission d'éthique (consentement éclairé obtenu) ? :</p> <p>La commission d'éthique de l'université où l'étude a été réalisée a été obtenue, et le consentement éclairé, l'anonymat et la confidentialité des données a été établi pour les soignants participant.</p> <p>Un doute persiste s'il s'agit de l'université d'Umeå ou du département des Sciences du Caring de l'Université de Suède Moyenne ou les deux.</p>
<p>Outcomes</p> <p>Validité ?</p> <p>Fiabilité ?</p>	<p>Quand et/ou à quelle fréquence les mesures ont-elles été réalisées ?</p> <p>La validité de construction est présente à travers la description des 3 étapes de la phénoménologie herméneutique selon la philosophie de Ricoeur (Lecture naïve, analyse structurelle et compréhension globale/intégrée). La validité interne (crédibilité) est confirmée par la méthodologie et la source des données extraites (entretiens enregistrés). La validité externe est présente par la transférabilité des résultats, avec la limite d'une généralisation étant donné la nature même du devis et des données.</p> <p>La fiabilité des données est influencée par le devis phénoménologique (s'intéressant à un phénomène à un instant T, on ne peut considérer la stabilité dans le temps des observations/informations perçues) mais leur transférabilité va dans ce sens.</p> <p>Quelles variables sont mesurées ? Quel sujet/objet de recherche exploré ?</p> <p>La variable observée est l'expérience des soignants dans la construction des soins relationnels avec les PSAPA. Elle se base sur le récit narratif et ressenti des participants.</p> <p>Les entretiens narratifs garantissent la fiabilité des données puisque reflétant le vécu de la soignante.</p>
<p>Intervention</p> <p>L'intervention est-elle décrite en détail ?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p><input type="checkbox"/> Pas d'intervention</p> <p>Y a-t-il des facteurs confondants ?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p><input type="checkbox"/> Je n'en identifie pas</p>	<p>Décrire l'intervention (focus ? par qui est-elle effectuée ? à quelle fréquence ? dans quel cadre ? l'intervention pourrait-elle être répliquée à partir des informations contenues dans l'article ?).</p> <ul style="list-style-type: none"> - entretiens narratifs individuels, parfois semi-directifs, menés par l'auteure principale (Sundin) de 30 à 60 minutes enregistrés au sein de l'unité - l'intervention pourrait être répliquée en partant de la description offerte dans l'article <p>Facteur confondant :</p> <ul style="list-style-type: none"> - lors de la nomination par les pairs, nous ne savons pas si cette nomination est faite par toute l'équipe pluridisciplinaire (médecin, ergothérapeutes, physiothérapeutes) ou uniquement par l'équipe infirmière (registered et enrolled nurses)

<p>Résultats</p> <p>Mentionnent-ils la significativité et/ou les IC?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non</p> <p>Les implications cliniques sont-elles mentionnées ?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>	<p>Décrivez les résultats. Sont-ils cliniquement significatifs ?</p> <p>L'étude phénoménologique ne se base pas sur des indicateurs statistiques, mais fait émerger des thèmes.</p> <p>3 thèmes, et 8 sous-thèmes</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mettre en avant la responsabilité du soignant à travers la fragilité du PSAPA - percevoir la vulnérabilité du patient - être découragé lors de perturbation des soins (faire un soin non satisfaisant du point de vue du soignant) - Restaurer la dignité du patient - agir humblement - transmettre une attitude de consolation face à la perte d'indépendance - Être dans la compréhension - se sentir à égalité et dignifié (traiter l'autre comme on voudrait l'être) - se sentir détendu - se sentir en sécurité et confiant en ses capacités - se sentir proche et faire usage de sa sensibilité (partage d'états intérieurs)
<p>Conclusions et implications</p>	<p>Quelles sont les conclusions de l'étude ? Quelles conséquences pour la pratique ? Quelles limites ou biais empêchent une généralisation ?</p> <p>Les éléments fondamentaux sont la vision positive qu'ont les soignants d'eux-mêmes, des soins et des patients.</p> <p>Le respect mutuel est un prérequis pour les deux thèmes (responsabilité du soignant et restaurer la dignité du patient), le troisième concerne la communion avec le patient (le « voir » dans un sens supérieur et partager des expériences).</p> <p>L'aliénation entraînée par la vulnérabilité des PSAPA et le rôle des soignants est vu comme un moyen positif de restaurer une conscience de soi, une autodétermination et la dignité de la PSAPA.</p> <p>La conscience de soi émerge avant les compétences langagières. Le soignant peut travailler sur le concept de soi et favoriser l'autodétermination, malgré les troubles de communication verbale.</p> <p>Les résultats sont plus axés sur des questions existentielles telles qu'être soi dans le monde, la conscience de soi, la notion d'existence basée sur les expériences ou encore l'impact direct des soins dans ce domaine.</p> <p>D'après Marcel (tel que cité par Gallagher, 1962), la seule souffrance étant d'être seul, être avec (selon les critères et conditions explorées dans l'article et classées avec les thèmes et sous-thèmes) est un moyen de soin pour répondre à cette souffrance particulièrement présente chez les PSAPA.</p>

<p>Les auteurs répondent-ils à leur(s) questionnaire(s) ?</p>	<p>L'article ne donne pas de stratégies, mais déroule plutôt une philosophie permettant l'intersubjectivité, elle-même favorisant la communication avec les PSAPA.</p> <p>Les auteurs répondent à leur questionnaire en amenant des données qualitatives sur le phénomène de soin relationnel entre soignants et PSAPA et sa signification dans un sens large.</p>
--	--

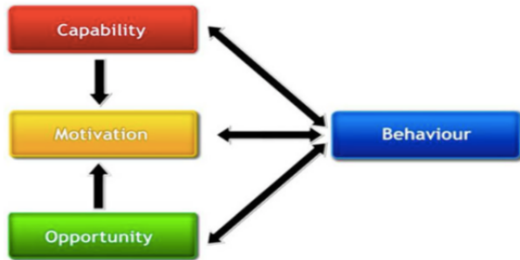
Citation	Citez l'article au format APA en vigueur dans l'institution Sundin, K., Jansson, L., & Norberg, A. (2002). Understanding between care providers and patients with stroke and aphasia: a phenomenological hermeneutic inquiry. <i>Nursing Inquiry</i> , 9(2), 93-103. https://doi.org/10.1046/j.1440-1800.2002.00135.x
But de l'étude Clair ? <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Listez le(s) but(s) de l'étude, si vous avez un questionnaire en quoi y répondent-ils? Mettre en lumière l'intercompréhension (comprendre l'autre et être compris par l'autre) dans la communication entre soignants et patients souffrant d'aphasie post AVC (PSAPA) du point de vue du personnel soignant.
Littérature La revue de littérature est-elle concluante ? <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Comment les auteurs argumentent-ils la nécessité de leur étude à la lumière de la revue de littérature ? La revue de littérature part de concepts en lien avec la communication (« on ne peut pas ne pas communiquer » p.93) comme définit dans la littérature. Puis elle cite les études portant sur les techniques et stratégies de communication aux PSAPA, leurs limitations et leurs problématiques scientifiquement prouvées. Ils excluent les résultats et recherches menées auprès de patients présentant des démences. D'après la revue de littérature, aucune étude actuelle ne porte sur le sujet de l'intercompréhension.
Devis Quant, qual, mixte. Descriptif, exploratoire, explicatif, prédictif, etc.	Décrivez la méthodologie de recherche et posture de la chercheuse Étude qualitative, phénoménologie herméneutique. Approche inductive Avez-vous identifié des biais ? Dans quel sens influenceraient-ils l'étude ? K. Sundin : professeur en sciences infirmières, ne travaille pas sur le site => externe aux influences du lieu d'étude. Sundin est présente dans la salle au cours des entretiens et enregistrements. Cite ses études antérieures comme seule littérature disponible sur la problématique de la communication au sens large. Citations parfois d'articles antérieurs écrits par la même équipe (Université d'Umeå en Suède et Tromsø en Norvège) dans la bibliographie.
Echantillon N=15 entretiens soignant-patient (3 patients x 5 soignants) N=15 interviews soignants Est-il décrit en détail ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Echantillonnage (qui; caractéristiques; combien ; méthode d'échantillonnage?) Si plusieurs groupes, leurs similitudes ont-elles été testées ? <ul style="list-style-type: none"> - Étude menée dans une unité de neuro-réhabilitation en Suède - 5 soignantes (2 registered nurses et 3 enrolled nurses), âgées de 27 à 64 ans avec 4 à 12 ans d'expérience dans la spécialité - Soignants sélectionnés sur nomination par les pairs anonymisés (26), reconnus comme particulièrement

	<p>efficace dans leur communication avec les PSAPA</p> <ul style="list-style-type: none"> - 3 patients, âgés de 62, 79 et 80 ans, admis dans l'unité, basé sur le volontariat. 2 complètement aphasiques, 1 dysphasique <p>Commission d'éthique (consentement éclairé obtenu) ? : (p.96) Le comité d'Éthique et de Recherche de la faculté de Médecine de l'université d'Umeå (§63/95) a donné l'autorisation pour la recherche après demande d'autorisation auprès du patient et de ses proches (information + formulaire de consentement), avec les garanties usuelles (anonymat, confidentialité et droit de retrait à tout moment). Les soignants ont donné leur consentement également avec les mêmes dispositions.</p>
<p>Outcomes</p> <p>Validité ?</p> <p>Fiabilité ?</p>	<p>Quand et/ou à quelle fréquence les mesures ont-elles été réalisées ? Entre la 2^{ème} et la 6^{ème} semaine post apparition de l'aphasie, dans une salle de conférence dans l'unité de réhabilitation, une séance par couple soignant-patient.</p> <p>La validité de construction est présente à travers la description (p.95 Interpretation) des 3 étapes de la phénoménologie herméneutique selon la philosophie de Ricoeur (Lecture naïve, analyse structurale et compréhension globale/intégrée). La validité interne (crédibilité) est confirmée par la méthodologie et la source des données extraites (vidéos et entretiens). La validité externe est présente par la transférabilité des résultats, avec la limite d'une généralisation étant donné la nature même du devis (p.101).</p> <p>La fiabilité des données est influencée par le devis phénoménologique (s'intéressant à un phénomène à un instant T, on ne peut considérer la stabilité dans le temps des observations/informations perçues) mais leur transférabilité va dans ce sens.</p> <p>Quelles variables sont mesurées ? Quel sujet/objet de recherche exploré ? Entretiens retranscrits en verbatims pour analyse (p.95). L'objet de recherche est de comprendre la communication entre soignant et PSAPA du point de vue soignant.</p>

<p>Intervention</p> <p>L'intervention est-elle décrite en détail ?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p><input type="checkbox"/> Pas d'intervention</p> <p>Y a-t-il des facteurs confondants ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Non</p> <p><input type="checkbox"/> Je n'en identifie pas</p>	<p>Décrire l'intervention (focus ? par qui est-elle effectuée ? à quelle fréquence ? dans quel cadre ? l'intervention pourrait-elle être répliquée à partir des informations contenues dans l'article ?).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Enregistrements vidéos x 15 de séances soignant-patient lors d'une activité centrée sur description d'images, avec deux caméras, chacune ciblée sur l'un des deux membres de la diade soignant-patient. - Interviews réflexive et narrative des soignants x 15 de 50 à 70 minutes chacune, après l'entretien avec la séance avec le patient dans un premier temps, puis semi-directif au visionnage avec la chercheuse <p>L'intervention pourrait être répliquée à partir des informations contenues dans l'article (détails du type d'image, nombre, couleurs...)</p>
--	--

	<p>Bien que l’auteure principale (Sundin) soit dans la pièce lors des séances, le parasitage dans la récolte des données est considéré comme minime car la diade n’interagit pas avec, et donc ce facteur confondant possible est jugé acceptable (p.95).</p>
<p>Résultats</p> <p>Mentionnent-ils la significativité et/ou les IC?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Non</p> <p>Les implications cliniques sont-elles mentionnées ?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p>	<p>Décrivez les résultats. Sont-ils cliniquement significatifs ?</p> <p>Des conditions pour comprendre et être compris dans la communication de la part du soignant sont nécessaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le manque de connaissances de l’autre et de compréhension - Avoir des connaissances non accompagnées de compréhension - Être dans la compréhension. <p>De là 3 thèmes émergent avec des sous-thèmes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sentiment non spontané (« unnatural ») et forcé, utilisation d’une communication basée sur l’essai-erreur <ul style="list-style-type: none"> - lié au manque de connaissances de l’autre - lié au sentiment de ne pas appartenir quelque part (« homelessness » p.97) - Communiquer stratégiquement (avec un enseignement de la part de logopédistes dans un cadre interprofessionnel) <ul style="list-style-type: none"> - le soignant est dans la recherche constante de l’équilibre entre être exigeant et être en posture basse (« being submissive » p.97) - Être détendu <ul style="list-style-type: none"> - à travers un sentiment familial (« being at homeness » p.93) dans une atmosphère détendue (humour, sentiment d’appartenance, compassion, consolation, communion interpersonnelle) - créer l’opportunité d’être dans la compréhension et d’être compris notamment au travers d’une liturgie calme du Caring c’est-à-dire un ensemble de règles qui vont codifier et protéger le déroulement du soin (à travers la transmission d’une posture humble, une vitalité calme et selon le besoin, une communion via le Caring)
<p>Conclusions et implications</p>	<p>Quelles sont les conclusions de l’étude ? Quelles conséquences pour la pratique ? Quelles limites ou biais empêchent une généralisation ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les soignants n’ont pas explicité les éléments qui les guident lors des interactions avec les PSAPA - Le résultat principal est la syntonie (le fait de s’accorder) avec l’émotion du patient à ce moment, et que cette émotion fait office de guide pour aider la soignante qui permet de comprendre et être compris - Il s’agit d’une façon d’être au monde dans une approche holistique, et cette communion ne peut être divisée en morceaux - Les conditions requises influencent grandement la qualité de présence du soignant envers le PSAPA et

<p>Les auteurs répondent-ils à leur(s) questionnement(s) ?</p>	<p>rendent possible d’être présent, dans la compréhension et permettent une communion nécessaire</p> <p>Limites :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Environnement artificiel (discussion autour de deux images au lieu de discussions de banalités du quotidien) <p>Les auteurs donnent un élément de réponse à leur question, mais considèrent que leur article est une base pour des recherches futures de par sa non généralisation.</p>
---	---

Citation	Citez l'article au format APA en vigueur dans l'institution Johnson, F. M., Best, W., Beckley, F. C., Maxim, J., & Beeke, S. (2017). Identifying mechanisms of change in a conversation therapy for aphasia using behaviour change theory and qualitative methods. <i>International Journal of Language & Communication Disorders</i> , 52(3), 374-387. https://doi.org/10.1111/1460-6984.12279
But de l'étude Clair ? <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Listez-le(s) but(s) de l'étude, si vous avez un questionnaire en quoi y répondent-ils? Cette étude vise à étudier systématiquement les mécanismes thérapeutiques du changement conversationnel en explorant l'expérience des participants dans le cadre d'un programme appelé Better Conversations with Aphasia (BCA). La question guidant l'étude est : selon les participants du programme BCA, , comment et pourquoi leur comportement conversationnel a-t-il changé.
Littérature La revue de littérature est-elle concluante ? <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Comment les auteurs argumentent-ils la nécessité de leur étude à la lumière de la revue de littérature ? D'après l'auteur, les données de recherche nous disent si un traitement fonctionne ou pas. Très peu d'étude fournissent des informations sur la façon dont le traitement fonctionne.
Devis Quant, qual, mixte. Descriptif, exploratoire, explicatif, prédictif, etc.	Décrivez la méthodologie de recherche. La méthodologie de recherche s'appuie sur un devis descriptif qualitatif en s'appuyant sur la théorie du changement de comportement (Behaviour change theory).  Figure 2. COM-B Model of Behaviour (Michie <i>et al.</i> 2011). Avez-vous identifié des biais ? Dans quel sens influenceraient-ils l'étude ? Auto-déclaration des changements de comportement par les accompagnants est soumis aux limites de la connaissances de soi.

	Un plus grand nombre de données obtenues par les proches que par les personnes présentant une aphasie laisse supposer que les changements développés ne sont pas complets ou définitifs.
Echantillon N = 18 Est-il décrit en détail ? <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Echantillonnage (qui; caractéristiques; combien ; méthode d'échantillonnage?) Si plusieurs groupes, leurs similitudes ont-elles été testées? Echantillonnage non probabiliste accidentel par réseau. Les participants sont issus du projet d'évaluation initial du BCA. Ils ont été recrutés par contact avec des groupes de soutien aux personnes atteintes d'aphasie, des cliniques universitaires d'aphasie et des logopédistes travaillant au sein du National Health Service ou en privé. L'échantillon est constitué de 9 dyades constitués d'un patient atteint d'aphasie et d'un proche, généralement le conjoint ou un membre de la famille. Une dyade a été exclue car elle n'avait pas consenti à l'utilisation de ses données au-delà du projet initial. Commission d'éthique (consentement éclairé obtenu) ? : L'étude a été approuvée le Comité d'éthique de la recherche de Cambridgeshire (08/H0304/40).
Outcomes Validité ? Fiabilité ?	Quand et/ou à quelle fréquence les mesures ont-elles été réalisées ? Les dyades ont participé à l'étude durant 6 mois avec des phases de pré et post-teste. Le programme thérapeutique a duré 8 semaines. Des données ont été récoltées : <ul style="list-style-type: none"> - Durant la thérapie (BCA) lors des entretiens avec logopédiste. - Après la thérapie lors d'un entretien semi-dirigé par le chercheur d'une heure en moyenne. Les questions ont été élaborées en s'inspirant des travaux de Britten(2005) et de Luck et Rose (2007). Les dyades devaient être vues séparément, mais seulement 3 patients aphasiques acceptèrent d'être vus seuls. Quelles variables sont mesurées ? Lors des entretiens post-thérapies, le chercheur a cherché à recueillir des données sur : <ul style="list-style-type: none"> - la perception qu'ont les participants du « BCA ». - les résultats auto-déclarés - l'expérience de la tentative de changement au cours de la thérapie <ul style="list-style-type: none"> o qu'est-ce qui a contribué au succès de la thérapie ? o qu'est-ce qui l'a empêchée de réussir ? o quel a été le rôle des participants dans le succès de la thérapie ?

<p>Intervention</p> <p>L'intervention est-elle décrite en détail ?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p><input type="checkbox"/> Pas d'intervention</p> <p>Y a-t-il des facteurs confondants ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Je n'en identifie pas</p>	<p>Décrire l'intervention (focus ? par qui est-elle effectuée ? à quelle fréquence ? dans quel cadre ? l'intervention pourrait-elle être répliquée à partir des informations contenues dans l'article ?).</p> <p>Les données sont constituées d'échantillons d'enregistrements vidéo des séances du BCA et d'entrevues enregistrées sur cassette lors d'entretien avec le chercheur.</p>
<p>Résultats</p> <p>Mentionnent-ils la significativité et/ou les IC ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Non</p> <p>Les implications cliniques sont-elles mentionnées ?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p>	<p>Décrivez les résultats. Sont-ils statistiquement significatifs (i.e., $p < 0.05$)? Sont-ils cliniquement significatifs ?</p> <p>Les données ont été analysées selon le Framework Analysis (Ritchie and Spencer 1994).</p> <div data-bbox="576 958 1321 1171"> <pre> graph LR 1[1. Familiarisation with data • Transcripts • Audio • Video] --> 2[2. Developing a coding framework • Descriptive categories of data] 2 --> 3[3. Coding • Code transcripts using framework] 3 --> 4[4. Charting • Extract data from source • Place in chart within category] 4 --> 5[5. Mapping & interpretation • Compare data • Identify themes] </pre> </div> <p>Figure 3. Five-step process in Framework Analysis, based on Ritchie and Spencer (1994).</p> <p>Sept thèmes ont été identifiés dans les données, chacun représentant un mécanisme potentiel de changement de comportement conversationnel placé dans le contexte de la théorie du changement de comportement COM-B:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Changer d'OPPORTUNITÉ pour changer de comportement <ul style="list-style-type: none"> • changement de support d'échange pour le patient proposé par le proche (ex : utilisation papier-stylo). • Changer la CAPACITÉ pour changer les comportements <ul style="list-style-type: none"> • Sensibilisation et évaluation de son propre comportement • Remplacer les obstacles par des facteurs facilitateurs (paraphrase, temps supplémentaire pour répondre) • Faciliter davantage la mise en œuvre des stratégies • Changer la MOTIVATION pour changer les comportements <ul style="list-style-type: none"> • Changement des attentes à l'égard de l'impact du comportement • Changement des priorités de conversation (acceptation de tout mode de communication efficace).

	<ul style="list-style-type: none"> • Changement de la perception du succès dans la conversation (reconnaissance du succès de la stratégie).
	<p>Les différences entre groupes sont-elles expliquées et statistiquement interprétables ?</p> <p>Un seul groupe est observé.</p>
<p>Conclusions et implications</p> <p>Les auteurs répondent-ils à leur(s) questionnement(s) ?</p>	<p>Quelles sont les conclusions de l'étude ? Quelles conséquences pour la pratique ? Quelles limites ou biais empêchent une généralisation ?</p> <p>Suggestions concrètes sur les processus du BCA. Permet d'orienter les cliniciens dans la mise en œuvre d'un programme d'accompagnement.</p>

Citation	Citez l'article au format APA en vigueur dans l'institution Sundin, K., & Jansson, L. (2003). « Understanding and being understood » as a creative caring phenomenon - in care of patients with stroke and aphasia. <i>Journal of Clinical Nursing</i> , 12(1), 107-116. https://doi.org/10.1046/j.1365-2702.2003.00676.x
But de l'étude Clair ? <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Listez le(s) but(s) de l'étude, si vous avez un questionnaire en quoi y répondent-ils? p.108 : Mettre en ont voulu mettre en lumière la signification de ce que comprendre et être compris lors de soins au patient souffrant d'aphasie après un AVC.
Littérature La revue de littérature est-elle concluante ? <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Comment les auteurs argumentent-ils la nécessité de leur étude à la lumière de la revue de littérature ? p.108 Après avoir circonscrit le contexte de la problématique (épidémiologie, cadre d'études, problèmes de santé des personnes souffrant d'aphasie après un AVC et concepts), les auteurs justifient leur étude par l'absence d'étude portant sur ce sujet spécifique.
Devis Quant, qual, mixte. Descriptif, exploratoire, explicatif, prédictif, etc.	Décrivez la méthodologie de recherche et posture de la chercheuse Étude qualitative, phénoménologie herméneutique. Approche inductive Avez-vous identifié des biais ? Dans quel sens influenceraient-ils l'étude ? Citations parfois d'articles antérieurs écrits par la même équipe (Université d'Umeå en Suède et Tromsø en Norvège) K. Sundin : professeur en sciences infirmières, ne travaille pas sur le site => externe aux influences du lieu d'étude.
Echantillon N = 3 patients Et N = 5 soignants Est-il décrit en détail ? <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Echantillonnage (qui; caractéristiques; combien ; méthode d'échantillonnage?) Si plusieurs groupes, leurs similitudes ont-elles été testées ? Échantillon ciblé (par choix raisonné) : <ul style="list-style-type: none"> - 5 soignants (2 registered nurses et 3 enrolled nurses) choisis pour leurs capacités à communiquer avec des patients aphasiques (recommandés par leur pairs) (p.109) - 3 patients (hommes) âgés de 62, 79 et 80 ans souffrant d'AVC de l'hémisphère gauche Commission d'éthique (consentement éclairé obtenu) ? : p.110 Étant donné le statut particulièrement vulnérable des patients aphasiques, le comité d'Éthique et de Recherche de la faculté de Médecine de l'université d'Umeå (§63/95) a donné l'autorisation pour la recherche après demande d'autorisation auprès du patient, de ses proches, du médecin et de l'infirmière responsable ainsi que de toute l'équipe travaillant dans cette unité.

Outcomes	Quand et/ou à quelle fréquence les mesures ont-elles été réalisées ?
Validité ?	<p>La récolte des données s'est déroulée au sein de l'unité de neuroréhabilitation d'un hôpital du Nord de la Suède. Les enregistrements vidéos et entretiens ont lieu une fois par couple soignant-patient, et se déroulent le matin lors de la toilette du haut du corps entre la deuxième et la sixième semaine après apparition de l'aphasie.</p> <p>La validité de construction est présente à travers la description (p.108, Method) des 3 étapes de la phénoménologie herméneutique selon la philosophie de Ricoeur (Lecture naïve, analyse structurelle et compréhension globale/intégrée). La validité interne (crédibilité) est confirmée par la méthodologie et la source des données extraites (vidéos et entretiens). La validité externe est présente par la transférabilité des résultats, avec la limite d'une généralisation étant donné la nature même du devis (p.110).</p>
Fiabilité ?	<p>La fiabilité des données est influencée par le devis phénoménologique (s'intéressant à un phénomène à un instant T, on ne peut considérer la stabilité dans le temps des observations/informations perçues) mais leur transférabilité va dans ce sens.</p> <p>Quels thèmes/objets de recherche sont explorés?</p> <p>Ici l'étude et l'interprétation du phénomène de communication entre soignant et patient aphasique est l'objet de recherche. Elle se base sur le vécu et ressenti des participants.</p> <p>Les entretiens narratifs garantissent la fiabilité des données puisque reflétant le vécu de la soignante, ensuite méthodiquement analysé au travers de questions semi-directives posées par Sundin.</p>

Intervention	Décrire l'intervention (focus ? par qui est-elle effectuée ? à quelle fréquence ? dans quel cadre ? l'intervention pourrait-elle être répliquée à partir des informations contenues dans l'article ?).
<p>L'intervention est-elle décrite en détail ?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p><input type="checkbox"/> Pas d'intervention</p> <p>Y a-t-il des facteurs confondants ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Non</p> <p><input type="checkbox"/> Je n'en identifie pas</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Chacun des 5 soignants s'occupera tour à tour des 3 patients volontaires = 15 enregistrements vidéo de 15 à 25 minutes chacun. Les enregistrements vidéo ont lieu le matin lors de la toilette du haut du corps. La première auteure (Sundin) réalise les prises de vue, sans intrusion dans le soin et à distance dans un coin. - 15 entretiens semi-directifs narratifs et réflexifs (menés directement après le soin) de 50 à 70 minutes chacun, suivis d'un visionnage avec le soignant et Sundin. Résultats transcrits en verbatims <p>Je n'identifie pas de variable confondante étant donné que l'étude est phénoménologique. Bien que l'auteure principale (Sundin) soit dans la pièce lors des séances, le parasitage dans la récolte des données est considéré comme minime car la diade n'interagit pas avec, et donc ce facteur confondant possible est jugé acceptable.</p>
Résultats	<p>Décrivez les résultats. Sont-ils cliniquement significatifs ?</p> <p>L'étude phénoménologique ne se base pas sur des indicateurs statistiques, mais fait émerger des thèmes.</p> <p>Résultats :</p>

<p>Les implications cliniques sont-elles mentionnées ?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p>	<p>Après la lecture naïve initiale des entretiens et du visionnage par les soignants des vidéos, un thème majeur est dégagé, la co-crétation. Il englobe 4 sous-thèmes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le dialogue silencieux - La compréhension de la situation et communication par le langage corporel volontaire - Tendre vers la coopération - Avoir une attitude soutenance et créer une atmosphère permissive <p>Les implications cliniques sont regroupées selon les sous-thèmes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le dialogue silencieux comprend le toucher comme forme de communication (p.111), vecteur de confort, de réconfort et facilitateur de communication d'intention (tenir la main, caresser la joue) - La compréhension de la situation et communication par le langage corporel volontaire dans le but d'être sur la même longueur d'onde (rythme, posture, patience, laisser la place et le temps au patient pour qu'il fasse et comprenne lui-même...) - Tendre vers la coopération met en avant l'environnement favorable à l'erreur co-créé et le sentiment de sécurité qui en découle. Il s'agit de redonner au patient de l'autodétermination, ressenti positivement par le soignant, et à travers une inter professionnalité positive. - Avoir une attitude soutenance et créer une atmosphère permissive dans le sens de la création d'un environnement familier pour le patient. A travers l'échanges de banalités, le soignant crée un environnement relaxant et confortable pour le patient. Le soignant garde le silence lorsque le patient tente de communiquer, lui laisser à la fois le temps et l'espace pour communiquer sans interruption, tout en permettant de respecter son unicité et d'appréhender la situation de manière globale.
<p>Conclusions et implications</p>	<p>Quelles sont les conclusions de l'étude ? Quelles conséquences pour la pratique ? Quelles limites ou biais empêchent une généralisation ?</p> <p>Les conclusions de l'étude :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La qualité de la rencontre entre soignant et patient est atteinte dans une attitude de « communion » à travers le Caring, qui inclut le fait de comprendre et être compris. - La communion à travers le Caring est un art et un acte créatif permettant la réciprocité entre patient aphasique et soignant - Le dialogue silencieux est un canal de communication utile - Les soignants tendent vers la réciprocité et la coopération avec le patient - Les soignants promeuvent l'autodétermination du patient et offrent leur guidance lorsque le patient n'y parvient pas

<p>Les auteurs répondent-ils à leur(s) questionnement(s) ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - La création d'un univers relaxant et familial est favorable à la compréhension entre soignant et patient, notamment à travers l'échange de banalités - La communion à travers le Caring permet au soignant de partager des émotions avec le patient, et ainsi mieux percevoir la fragilité et la dignité menacée du patient aphasique, ce qui facilite la compréhension des désires du patient et ses besoins en soin. <p>Les auteurs souhaitent contribuer à la littérature décrivant le phénomène de communication avec patients aphasiques et amènent les perspectives de soignants reconnus pour leurs compétences.</p>
---	--

Citation	Citez l'article au format APA en vigueur dans l'institution McGilton, K., Sorin-Peters, R., Sidani, S., Rochon, E., Boscart, V., & Fox, M. (2011). Focus on communication: increasing the opportunity for successful staff–patient interactions. <i>International Journal of Older People Nursing</i>, 6(1), 13-24. https://doi.org/10.1111/j.1748-3743.2010.00210.x
But de l'étude Clair ? <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Listez-le(s) but(s) de l'étude, si vous avez un questionnaire en quoi y répondent-ils? Étude pilote sur la faisabilité d'une intervention de communication centrée sur le patient qui inclus : <ul style="list-style-type: none"> - L'évaluation de l'implémentation du plan de soins de communication, - Identification des ressentis de l'équipe par rapport aux interventions, - L'exploration des changements de perception des soins et des fonctions psychosociales chez les patients, - L'exploration du développement des connaissances chez les infirmières et de leur attitude de communication avec le patient.
Littérature La revue de littérature est-elle concluante ? <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Comment les auteurs argumentent-ils la nécessité de leur étude à la lumière de la revue de littérature ? Présence d'une revue de littérature <ul style="list-style-type: none"> - 80% des patients des patients survivent à a suite d'un accident vasculaire cérébral en Ontario. - 20% à 25 % des patient admis dans les unités de long son séjour au Canada et Grande-Bretagne le sont à la suite à un AVC. - 50% des patients survivant à un accident vasculaire cérébrale présentent un trouble du langage diminuant leur capacité de communication et entraînant des frustrations et une agitation en réponse. - Un grand nombre d'infirmières, qui accompagnent les patients présentant des troubles de la communication dans les actes de la vie quotidienne, ont des lacunes et n'ont pas développé les compétences et les comportements nécessaires pour communiquer diminuant par ce fait la qualité des soins, et le bien-être des bénéficiaires. - En formant le personnel soignant sur les problèmes liés à la communication, les patients améliorent leurs interactions sociales et présentent moins de syndrome dépressif.
Devis Quant, qual, mixte.	Décrivez la méthodologie de recherche. Devis séquentiel explicatif (devis mixte) :

<p>Descriptif, exploratoire, explicatif, prédictif, etc.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Une partie quantitative descriptive longitudinale • Une partie qualitative avec des focus groupe. <p>Avez-vous identifié des biais ? Dans quel sens influenceraient-ils l'étude ?</p> <p>Échantillons accidentels petits. Pas de groupe témoin ce qui peut influencer sur la validité interne des résultats. La plupart des personnes qui dispensent des soins dans ces milieux ne sont pas du personnel infirmier (personal support workers) et n'ont pas été inclus dans l'étude, ce qu'il faudra faire la prochaine fois. Évaluation courte dans le temps n'ayant pas d'impact statistiquement significatif sur la dépression.</p>
<p>Echantillon</p> <p>N = soignants = 16 Patients = 9</p> <p>Est-il décrit en détail ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>	<p>Echantillonnage (qui; caractéristiques; combien ; méthode d'échantillonnage?) Si plusieurs groupes, leurs similitudes ont-elles été testées?</p> <p>2 échantillons :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Un premier échantillon de 9 patients, que des hommes, avec un diagnostic confirmé d'AVC ; qui présentent des difficultés à se faire comprendre, confirmé par un membre de l'équipe soignante ; dont au moins un membre de l'équipe participant à l'étude était référent ; dont les capacités cognitives calculées par le Recall Score validé le fait que le patient avait les capacités à consentir et remplir un auto-questionnaire. Sur 30 patients dans l'unité, 9 remplissaient les critères et furent sélectionnés. - Un deuxième échantillon d'infirmière éligibles si elles avaient une activité de soins direct auprès des patients, à temps plein ou partiel. 18/30 infirmières acceptèrent de participer à l'étude. Les infirmières ne participant pas à l'étude étaient principalement des personnes ne travaillant que de nuit ou des intérimaires. Le focus groupe a été fait avec 7 infirmières. <p>Il s'agit donc de 2 échantillons accidentelles.</p> <p>Commission d'éthique (consentement éclairé obtenu) ? :</p> <p>Étude validité par un conseil d'éthique. La participation fut basée sur le volontariat. Les patients et les soignants signèrent un consentement et avaient la possibilité de sortir de l'étude à tout moment. L'anonymat des participants est garanti.</p>
<p>Outcomes</p> <p>Validité ?</p> <p>Fiabilité ?</p>	<p>Quand et/ou à quelle fréquence les mesures ont-elles été réalisées ?</p> <p>L'étude s'est déroulée sur trois mois. Un premier mois pour sélectionner les patients et le personnel soignant. Puis, lors d'une première journée, un atelier a été donnée à l'équipe soignante. Par la suite, chaque dyade infirmier-patient fut observer</p>

	<p>lors d'interaction sociale en moyenne 5 à 10 min. Ces observations furent renouvelées à deux mois.</p> <p>Validité interne : Les observations s'appuient toutes sur des outils d'évaluation validé par coefficient a Cronbach, un test-retest ou un test de corrélation de Pearson.</p> <hr/> <p>Quelles variables sont mesurées ?</p> <p>Cadre conceptuel : A-FROM</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pour les patients <ul style="list-style-type: none"> ○ Soins relationnels ○ Communication (SAQOL : Stroke and Aphasia Quality of Life Scale) ○ Échelle analogique visuelle ○ Échelle psychosociale (SAQOL) ○ Humeur (Geriatric Depression Scale) - Résultats pour l'infirmière : <ul style="list-style-type: none"> ○ Attitudes ○ Connaissances ○ Relation et facilité perçue à prodiguer des soins
--	---

<p>Intervention</p> <p>L'intervention est-elle décrite en détail ?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p><input type="checkbox"/> Pas d'intervention</p> <p>Y a-t-il des facteurs confondants ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Je n'en identifie pas</p>	<p>Décrire l'intervention (focus ? par qui est-elle effectuée ? à quelle fréquence ? dans quel cadre ? l'intervention pourrait-elle être répliquée à partir des informations contenues dans l'article ?).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Soutien par des logopédistes 2h par semaine. • Deux groupes de discussion animé par l'assistant de recherche ont été organisés avec le personnel soignant afin d'identifier leur perception de l'intervention grâce à un ensemble de questions semi-structurées, générales et non directives. Les participants étaient incités à clarifier ou à préciser leurs réponses. <p>Les questions portaient sur la perception du personnel infirmier à l'égard :</p> <ul style="list-style-type: none"> (i) du programme de formation, en termes de pertinence de son contenu par rapport à la pratique et d'efficacité des stratégies d'apprentissage pour améliorer la compréhension des stratégies visant à promouvoir des interactions significatives avec les patients ; (ii) du plan individualisé de communication avec les patients, en termes de pertinence et d'utilité pour améliorer les interactions et la facilité de mise en œuvre ; (iii) des facteurs qui facilitent ou empêchent les interactions avec le patient, et des avantages
---	--

	<p>supplémentaires du Plan de Communication Centré sur le patient.</p> <p>Les groupes de discussion ont été menés dans un cadre privé au sein de l'établissement, à l'aide d'un guide d'entrevue semi-structuré qui contenait des questions ouvertes sur l'acceptabilité du programme de formation, le plan personnalisé du patient et tout autre avantage de l'intervention. Les invites n'ont été utilisées que pour clarifier ou élaborer les réponses des participants. L'Assistant de Recherche était libre de varier le libellé exact et l'ordre des questions, selon les réponses des participants. Les groupes de discussion ont duré environ une heure.</p>
<p>Résultats</p> <p>Mentionnent-ils la significativité et/ou les IC?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Les implications cliniques sont-elles mentionnées ?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>	<p>Décrivez les résultats. Sont-ils statistiquement significatifs (i.e., $p < 0.05$)? Sont-ils cliniquement significatifs ?</p> <p>Pour les patients :</p> <p>Après l'intervention, les patients ont eu l'impression que</p> <ul style="list-style-type: none"> - les infirmières étaient en mesure d'établir des relations plus efficaces ($t(17) = 2,47$, $P = 0,024$; tableau 4). - Les tests t jumelés ont également indiqué qu'il y avait une augmentation statistiquement significative de la proportion des patients par rapport à leurs propres capacités de communication après intervention ($t(8) = 2,49$, $P = 0,037$). - Enfin, les patients perçoivent qu'ils ont des relations plus étroites avec leurs infirmières ($t(17) = 2,22$, $P = 0,041$). - Cependant, l'intervention n'a pas influencé <ul style="list-style-type: none"> o le bien-être psychosocial ($t(8) = 1,8$, $P = 0,601$), o ni la dépression des patients ($t(8) = 0,3$, $P = 0,848$). <p>Pour les infirmières :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les attitudes de communication se sont améliorées de façon significative ($t(11) = 3,33$, $P = 0,007$). - les connaissances sur l'aphasie ont augmenté considérablement après l'atelier de formation ($t(16) = 5,40$, $P = 0,002$). - Aucune différence statistiquement significative n'a été constatée entre <ul style="list-style-type: none"> o le pré- et le post-test sur la relation avec les patients o la facilité de prestation des soins perçue par les infirmières. <p>Les différences entre groupes sont-elles expliquées et statistiquement interprétables ?</p> <p>L'étude n'a été faite que sur l'observation d'un seul groupe.</p>

Conclusions et implications	Quelles sont les conclusions de l'étude ? Quelles conséquences pour la pratique ? Quelles limites ou biais empêchent une généralisation ?
<p>Les auteurs répondent-ils à leur(s) questionnement(s) ?</p>	<p>L'étude a indiqué que l'intervention est faisable, et qu'une formation améliorant la communication adaptée aux besoins de chaque patient en renforçant les connaissances, les compétences et les attitudes du personnel soignant renforce les liens patient-soignant, et améliore chez les patients leur qualité de vie et leur satisfaction dans les soins.</p> <p>Implications pour la pratique</p> <ul style="list-style-type: none"> - Il est essentiel que les infirmières s'associent aux logopédistes pour fournir des évaluations cognitives et linguistiques complètes des patients lorsqu'elles élaborent des plans de communication sur mesure. - Enseigner au personnel les stratégies de communication spécifiques des patients peut nécessiter le mentorat au chevet du patient par un personnel crédible. - L'approche de l'éducation du personnel devrait inclure la reconnaissance de son expertise, la participation à un apprentissage interactif et l'offre de possibilités d'exercer ses compétences. - L'organisation d'un atelier d'une journée à l'intention de toute l'équipe soignante est bénéfique, car il permet d'apprendre les uns des autres, ce qui favorise la cohérence dans la mise en œuvre du plan de communication et, éventuellement, la continuité des soins.

Citation	<p>Citez l'article au format APA en vigueur dans l'institution</p> <p>Gordon, C., Ellis-Hill, C., & Ashburn, A. (2009). The use of conversational analysis: nurse–patient interaction in communication disability after stroke. <i>Journal of Advanced Nursing</i>, 65(3), 544-553. https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04917.x</p>
<p>But de l'étude</p> <p>Clair ?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>	<p>Listez-le(s) but(s) de l'étude, si vous avez un questionnaire en quoi y répondent-ils?</p> <p>Le but de l'étude était d'explorer comment le personnel infirmier et les patients atteints d'aphasie ou de dysarthrie communiquent entre eux dans le cadre d'interactions naturelles dans un service neurorééducation.</p>
<p>Littérature</p> <p>La revue de littérature est-elle concluante ?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>	<p>Comment les auteurs argumentent-ils la nécessité de leur étude à la lumière de la revue de littérature ?</p> <p>La problématique est basée sur une revue de littérature exposant ce que l'on sait déjà :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La communication est essentielle à la formation de relations thérapeutiques infirmières-patients, mais les problèmes de communication après un AVC sont fréquents, entre 19 % et 38 % des patients ayant subi un AVC souffrant d'aphasie ou de dysarthrie. - La plupart des études sur la communication de l'AVC excluent les personnes atteintes d'aphasie ou de dysarthrie, principalement en raison des difficultés à obtenir un consentement et des données significatives en raison de leurs problèmes de communication. - Des études antérieures sur l'interaction infirmière-patient avec des patients sans déficit de communication ont montré que la qualité de la communication dépend de chaque infirmière, mais que la communication globale est principalement basée sur la fonction et les tâches infirmières.
<p>Devis</p> <p>Quant, qual, mixte. Descriptif, exploratoire, explicatif, prédictif, etc.</p>	<p>Décrivez la méthodologie de recherche.</p> <p>L'approche est qualitative, à travers une étude de cas.</p> <p>Observations non structurées de la nature relationnelle des conversations dans un service de neuro-réadaptation et de neurologie à l'aide de vidéos.</p> <p>Avez-vous identifié des biais ? Dans quel sens influenceraient-ils l'étude ?</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • L'auteurs n'étant pas présents dans la pièce, certaines vidéos peuvent être sujettes à interprétation. • L'analyse a été limitée en raison des contraintes de temps du chercheur. • Pathologies différentes des patients (aphasie vs dysarthrie) • Lieu de soin différents (unité de soins aigus et de réadaptation) • La majorité des données ont été récoltées dans un service de soin aigu plus accès sur les problèmes biomédicaux que sur la rééducation. • La petite taille de l'échantillon remet en question la validité et la fiabilité des résultats.
<p>Echantillon</p> <p>N = soignants = 14 Patients = 5</p> <p>Est-il décrit en détail ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>	<p>Echantillonnage (qui; caractéristiques; combien ; méthode d'échantillonnage?) Si plusieurs groupes, leurs similitudes ont-elles été testées?</p> <p>Les participants ont été recrutés dans un service de réadaptation post AVC (neurorééducation) dans un hôpital communautaire et dans une unité de soins aigus de neurologie dans un hôpital général de district.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Un échantillon non probabiliste accidentel de cinq patients atteints d'aphasie ou de dysarthrie suite à un premier AVC a participé à l'étude. Ils ont été identifiés et diagnostiqués par les logopédistes et invités à participer. Les critères d'exclusion comprenaient : le problème de communication ne résultant pas d'un AVC récent, les patients ne bénéficiant pas de rééducation active et dont la langue maternelle n'était pas l'anglais. - Leur âge varié de 43 à 84 ans ; - Leur accident vasculaire cérébrale avait eu lieu entre 12 à 197 jours ; - 3 patients souffraient d'aphasie expressive dont deux présentaient aussi une aphasie réceptive. - 2 patients souffraient de dysarthrie grave. - 3 patients étaient totalement indépendants dans leurs activités de la vie quotidienne d'après les scores de Barthel. <p>Tout le personnel infirmier a été invité à participer aux réunions. Le personnel infirmier temporaire a été inclus si le temps de leur mission le permettait. Un échantillon non probabiliste accidentel d'infirmier qui était en service et qui interagissaient avec les patients au moment de la collecte des données fut observé :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 14 membres ont participé ; - Leur expérience variait de 6 mois à 20 ans ; - Différents niveaux de formation (Healthcare Assistant, Staff Nurse, Junior Sister, Charge Nurse). <p>Commission d'éthique (consentement éclairé obtenu) ? :</p> <p>L'étude a été approuvée par un comité d'éthique. Les patients et le personnel infirmier peuvent se retirer en tout temps et sans raison. Ils</p>

	<p>peuvent également avoir accès aux vidéos les concernant et les faire effacer s'ils le voulaient.</p> <p>L'atteinte à la vie privée a été réduite au minimum en ne consignant pas les soins intimes.</p> <p>Le processus d'obtention du consentement éclairé est difficile pour les patients qui ont de graves problèmes de communication. Pour y remédier, une feuille d'information alternative simplifiée a été produite avec renforcement illustré des mots clés pour faciliter la compréhension écrite, en plus de passer du temps à discuter de la documentation avec les patients. L'assentiment de leurs plus proches parents a également été sollicité. Le consentement de tout le personnel infirmier susceptible d'être impliqué dans les enregistrements avant de commencer la collecte des données a été obtenu. Si une personne qui n'avait pas donné son consentement entrainé dans le champ de la caméra, l'enregistrement était interrompu.</p>
Outcomes Validité ? Fiabilité ?	<p>Quand et/ou à quelle fréquence les mesures ont-elles été réalisées ?</p> <p>Les vidéos duraient de 1h à 3h et ont été capté sur une période de 4 mois en 2005. Les heures d'enregistrement sur la journée variaient de manière à capturer différentes atmosphères. L'image et le son étaient enregistrés.</p> <p>Les soins intimes n'étaient pas filmés.</p> <p>La retranscription a été faite sous forme de verbatim.</p> <p>Quelles variables sont mesurées ?</p> <p>L'analyse conversationnelle est une méthodologie qualitative qui s'appuie sur plusieurs disciplines : sociologie, ethnographie, linguistique, psychologie sociale et ethnométhodologie.</p> <p>Elle utilise une méthode d'observation naturaliste du comportement réel (à la fois verbal et non verbal).</p> <p>Les domaines d'intérêts de l'analyse sont l'organisation des prises de parole, l'organisation de la séquence du déroulement des échanges.</p>

Intervention L'intervention est-elle décrite en détail ? <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Pas d'intervention Y a-t-il des facteurs confondants ? <input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non	<p>Décrire l'intervention (focus ? par qui est-elle effectuée ? à quelle fréquence ? dans quel cadre ? l'intervention pourrait-elle être répliquée à partir des informations contenues dans l'article ?).</p> <p>Seules les interactions du premier patient ont été retranscrites et analysés en totalité afin de trouver des événements ou des schémas significatifs. Des échantillons de 5 min choisis pour leur richesse ont été sélectionnés chez les autres patients pour corroborer ou remettre en question les tendances observées chez le premier patient.</p> <p>Une analyse séquentielle des interactions a été effectuée, y compris une transcription détaillée de la communication verbale et non verbale avec le regard et les mouvements du corps.</p>
--	---

<input type="checkbox"/> Je n'en identifie pas	Les domaines d'intérêts de l'analyse sont l'organisation des prises de parole, l'organisation de la séquence du déroulement des échanges.
<p>Résultats</p> <p>Mentionnent-ils la significativité et/ou les IC?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non</p> <p>Les implications cliniques sont-elles mentionnées ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>	<p>Décrivez les résultats. Sont-ils statistiquement significatifs (i.e., $p < 0.05$)? Sont-ils cliniquement significatifs ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les conversations ont tendance à être contrôlées par le personnel infirmier, le patient n'ayant que peu d'occasions de contribuer ou d'influencer le flux des discussions (asymétrie). - Les infirmières ont tendance à se concentrer sur les soins physiques. - L'Interaction asymétrique, basé sur des questions fermées, ne répond pas aux besoins individuels du patient et a peu d'impact thérapeutique sur la rééducation. - Cette interaction asymétrique peut s'expliquer par le fait que le personnel infirmier ne se sent pas à l'aise avec les personnes ayant des problèmes de communication. - Le cadre institutionnel encourage le positionnement asymétrique du personnel soignant à travers le travail centré sur les tâches technique des infirmières. <p>Les différences entre groupes sont-elles expliquées et statistiquement interprétables ?</p> <p>Non.</p>
<p>Conclusions et implications</p> <p>Les auteurs répondent-ils à leur(s) questionnement(s) ?</p>	<p>Quelles sont les conclusions de l'étude ? Quelles conséquences pour la pratique ? Quelles limites ou biais empêchent une généralisation ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Une formation visant à renforcer les programmes de réadaptation par la communication et à impliquer davantage les patients dans leurs soins pourraient améliorer la qualité des soins prodigués aux survivants de l'AVC. - Les gestionnaires et les cliniciens devraient promouvoir une culture institutionnelle de partenariat.