

Bachelor of Science HES-SO en Soins infirmiers
HAUTE ECOLE SPECIALISEE DE SUISSE OCCIDENTALE
Domaine santé

*L'EVALUATION INFIRMIERE ET SON IMPACT SUR LA
DETECTION DES SYMPTOMES DE LA DEPRESSION
AUPRES DES PERSONNES AGEES VIVANT EN
ETABLISSEMENT MEDICO-SOCIAL : UNE REVUE DE
LITTERATURE*

*AYER Jordan
DEROSAS Luca*

Travail de Bachelor
Haute Ecole de la Santé La Source

Lausanne / Juillet 2024
Sous la direction de Mme ROULET SCHWAB Delphine

Déclaration

Ce travail a été effectué dans le cadre de nos études en soins infirmiers à la Haute École de la Santé La Source, en vue de l'obtention du titre de Bachelor of Science HES-SO en Soins infirmiers.

La rédaction et les conclusions de cette revue de littérature n'impliquent que la responsabilité de ses auteurs, et en aucun cas celle de la directrice de travail de Bachelor, de la Haute Ecole de la santé La Source et des auteurs et autrices des articles analysés.

Afin de faciliter la lecture de ce document, la forme masculine est utilisée pour désigner toutes les identités de genre.

Nous attestons que toutes les sources utilisées pour la rédaction de ce travail sont citées dans la liste de références.

Nous avons tenté d'être au plus proche de la signification originale des énoncés, lorsque nous les avons traduits de l'anglais au français.

Les annexes sont référencées avec la lettre A suivi d'un chiffre (Ex. A1, A2, A3)

Remerciements

Nous remercions notre directrice de Bachelor, Madame Delphine Roulet Schwab, pour sa disponibilité ainsi que son accompagnement tout au long de l'élaboration de ce travail. Travailler sous sa direction a été riche de questionnement et de positionnement professionnel.

Nous remercions également Madame Raphaëlle Pinel, Infirmière-Cheffe à l'EMS le Foyer de la Côte à Corcelles (NE), pour avoir accepté le rôle d'expert pour ce rendu.

Nous saluons le soutien de Madame Marie-Laure Berchel, Bibliothécaire-Documentaliste scientifique du Centre de Documentation de La Source (CEDOC), dans son accompagnement dans la recherche d'articles.

Une attention particulière est adressée aux proches qui ont pu prendre part dans la finalisation de ce travail.

Résumé

Contexte : La dépression est le trouble mental le plus courant chez le sujet âgé. Pourtant, elle reste sous-diagnostiquée, sous-traitée et sa détection difficile pour différentes raisons. Cette pathologie affecte le déclin fonctionnel, engendre une baisse de la qualité de vie, augmente le recours aux soins et le taux de mortalité. Elle peut également représenter un fardeau et engendrer de la souffrance pour les proches. Le passage d'une personne âgée en établissement médico-social fait partie d'un lot de changement arrivant avec le vieillissement. Ces changements constituent des facteurs de fragilisation qui sollicitent les ressources et les stratégies de *coping*, rendant la personne plus vulnérable. Cette période est aussi accompagnée de facteurs dépressogènes, comme le deuil. Cependant, la dépression est une maladie traitable. Le personnel infirmier, compétent en prévention et maintien de la santé, tient un rôle essentiel dans la détection et la gestion de la dépression en EMS. L'évaluation clinique réalisée par le personnel infirmier est importante pour la surveillance de l'état de santé des résidents, à condition que celle-ci soit en capacité à détecter les symptômes précoces ou établis de la dépression sous ses différentes expressions.

But : L'objectif de ce travail est d'évaluer l'impact de l'évaluation infirmière sur la détection précoce des symptômes de la dépression chez des personnes âgées vivant en établissement médico-social.

Méthode : La revue de littérature a été conduite en utilisant les bases de données CINAHL et PubMed pour identifier des articles pertinents situés entre 2000 et 2019. Les mots-clés utilisés incluaient les termes en lien à la dépression, à l'évaluation infirmière ainsi qu'aux personnes âgées en soins stationnaires. Un total de six articles a été retenu et analysé selon les grilles de lecture critique de Fortin et Gagnon (2016) évaluant la validité du contenu scientifique.

Résultats : Les six études analysées démontrent une prévalence significative de la dépression chez les résidents en soins stationnaires. Cette dépression est souvent non détectée ou mal traitée. La formation, l'utilisation d'outils de dépistage et le suivi protocolé aident le personnel infirmier à détecter et monitorer les symptômes de la dépression. Les résultats montrent des améliorations entre les groupes d'interventions et les groupes contrôles, mais demeurent néanmoins, pour la majorité, statistiquement non-significatifs.

Conclusions : Les articles sur le sujet sont rares. Les résultats obtenus répondent indirectement à notre question de recherche. Des recherches ultérieures doivent être menées pour des résultats probants.

Mots-clés : résidence médicalisée pour personnes âgées, évaluation infirmière, dépistage précoce, dépression, revue de littérature

Table des matières

Introduction	IV
1. Contexte socio-sanitaire	1
1.1. <i>Vieillessement et démographie</i>	1
1.2. <i>Vieillessement et santé mentale</i>	1
1.3. <i>Vieillessement et dépression</i>	1
2. Définition des concepts clés	2
2.1. <i>La dépression</i>	2
2.1.1. Spécificités de la dépression chez la personne âgée.....	3
2.1.2. Statistiques sur la symptomatologie dépressive.....	3
2.2. <i>La détection et le dépistage de la dépression</i>	4
2.3. <i>Les outils de dépistage de la dépression</i>	4
3. Contexte professionnel des soins infirmiers	5
3.1. <i>Les établissements médico-sociaux (EMS)</i>	5
3.2. <i>L'évaluation infirmière</i>	5
4. Cadre théorique - The Neuman Systems Model of Nursing	7
5. Question de recherche	8
6. Méthodologie	8
7. Résultats	10
7.1. <i>Articles retenus</i>	10
7.2. <i>Résumé narratif par article</i>	11
8. Synthèse des résultats	17
9. Discussion	19
9.1. <i>Réflexion sur les sept items</i>	19
9.1.1. Prévalence	19
9.1.2. Reconnaissance de la dépression et formation du personnel infirmier...19	
9.1.3. Protocoles et outils de dépistage	20
9.1.4. Résultats à long terme, groupes de traitements et de contrôles.....20	
9.1.5. Bilan	21
9.2. <i>Implication des résultats pour l'évaluation infirmière</i>	21
9.3. <i>Recommandations pour la pratique</i>	22
9.4. <i>Recherches ultérieures</i>	22
9.5. <i>Forces et Limites du TB</i>	23
Conclusion	24
Références	25
ANNEXES	29

Introduction

Dans la joie, les sourires ou le silence apparents des résidents âgés en établissement médico-social (EMS) se cache parfois une souffrance psychique : la dépression. Cette maladie affecte plus de 5% des personnes âgées. Elle est la maladie psychique la plus présente dans cette population. Pourtant, la dépression reste largement sous-diagnostiquée et mal traitée. Le personnel soignant rencontre des difficultés à détecter les formes atypiques ou masquées de la dépression. Celle-ci diminue drastiquement la qualité de vie des résidents âgés et impacte celle des proches. Elle augmente également le taux de mortalité et de morbidité.

Nous avons à cœur de comprendre comment se développe la dépression en EMS. Comment est-ce possible qu'il existe en même temps des outils de dépistage de la dépression validés, une connaissance scientifique des différentes formes de dépression, une évaluation clinique infirmière en gérontologie comprenant la sphère mentale, mais dans la pratique, un haut taux de dépression non-diagnostiqué et non-détecté ? Si notre évaluation infirmière ne nous permet pas de détecter une maladie traitable, notamment la dépression, comment prétendre soigner et donc exercer notre métier ?

Notre Travail de Bachelor présente une revue de littérature qui s'inscrit dans le paysage de la recherche sur le maintien de la bonne santé d'une population vieillissante. Elle tente de comprendre dans quelle mesure l'évaluation infirmière de la personne âgée participe à détecter la présence de symptômes de la dépression chez la personne âgée vivant dans un EMS.

Pour ce faire, le choix du modèle théorique de Betty Neuman comme cadre théorique a semblé logique en sa capacité à rendre compte des enjeux de santé liés à la personne, son environnement et les facteurs de risque de la dépression.

A travers le développement de notre contexte de recherche, du cadre théorique et des résultats de nos divers articles, nous développons dans la discussion une réflexion critique de notre méthodologie, des forces et des limites de ce document, ainsi que des résultats obtenus. Pour conclure, nous proposons des recommandations et des nouvelles pistes de recherches.

1. Contexte socio-sanitaire

1.1. Vieillesse et démographie

D'après des données de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), en 2020, le nombre de personnes de plus de 60 ans atteignait environ 1 milliard dans le monde. Les projections indiquent une augmentation à 1.4 milliard d'ici 2030. Ce chiffre doublerait à 2.1 milliards en 2050. Par ailleurs, le nombre d'individus âgés de 80 ans et plus devrait tripler entre 2020 et 2050, passant de 142 millions à 426 millions.

Au 31 décembre 2023, l'Office fédéral de la statistique montre une population suisse permanente au nombre de 8'960'800 individus, dont 19.3% qui sont âgés de 65 ans et plus. Ce pourcentage représente 1'730'500 d'individu en âge de la retraite. Cela représente une augmentation de 145'400 personnes, soit 1.6% de fin 2022 à fin 2023 (OFS, 2024).

Le vieillissement de la population pose des enjeux d'égalité socio-sanitaire (accès aux soins, protection sociale, etc.), de diversité des besoins (logements, mobilité, maladies, etc.) et d'adaptation en matière de politique publique (système sanitaire, organisation et programme socio-sanitaire, etc.) (Bonnet et al., 2021).

1.2. Vieillesse et santé mentale

Il existe une grande disparité dans la santé psychique des personnes âgées (Weber, 2016). Pour 3/4 des personnes âgées le processus de vieillissement n'entraîne pas une augmentation des troubles psychiques, à l'exception notable des troubles neurodégénératifs, dont la prévalence s'accroît avec l'âge (vieillir 2023, 2021). Il a été observé chez les jeunes seniors (<75 ans), un phénomène de « paradoxe de l'âge ». Il s'agit de la présence d'une forte capacité d'adaptation et d'autorégulation (coping adaptatif) où le bien-être psychique des personnes âgées tend à rester stable, voire à se maintenir à un niveau élevé, malgré un déclin des capacités physiques et cognitives (Weber, 2016). Cependant, pour 1/4 des personnes âgées, le vieillissement est accompagné d'une atteinte à la santé psychique. La dépression, les troubles anxieux et le délire sont les pathologies les plus fréquentes dans cette période de la vie. (Weber, 2016).

Les troubles liés à la santé mentale entraînent, d'une part, des souffrances considérables pour les individus et leur entourage, d'autre part, occasionnent des coûts économiques conséquents. Le rapport 72 de l'Observatoire Suisse de la santé (OBSAN) estime que les coûts liés à la santé mentale en Suisse s'élevaient à 11 milliards de francs suisses en 2010, se répartissant à différents pourcentages sur les coûts médicaux directs à la charge du système de santé, des coûts directs non médicamenteux et des coûts indirects induits par les conséquences des troubles psychiques à la charge du système économique (Schuler et al., 2016).

1.3. Vieillesse et dépression

La prévalence de la dépression et des troubles neurodégénératifs chez les seniors représente une part importante des pathologies liées à l'âge avancé. Selon l'OMS, la dépression affecte environ 7% de la population âgée dans le monde. Elle se situe entre 8 et 16% chez les personnes âgées de 65 ans et plus, et elle oscille entre 12 et 15% chez celles de plus de 85 ans (Lleshi & Bizzozzero, 2009). Selon une étude menée dans 10 EMS à Munich par Kramer

et al. en 2009, 14.4% des résidents âgés de plus de 65 ans souffraient d'une dépression mineure et 14.4% d'une dépression majeure. Cependant, ces chiffres pourraient être sous-estimés. Selon Thomas et Hazif-Thomas (2008) environ 60 à 70 % des états dépressifs des personnes âgées (en particulier chez les personnes de 85 ans et plus) sont négligés, méconnus ou mal traités.

En plus d'entraîner des répercussions importantes sur la qualité de vie, la dépression entraîne des coûts économiques et sociaux élevés. Une étude de Tomonoga et al. (2013) citée par le rapport 72 sur la santé psychique en suisse (2016) estime les coûts moyens de la dépression diagnostiquée (toute sévérité confondue) à 37'000 CHF par patient et par an, dont 44% de coûts directs et 65% de coûts indirects.

2. Définition des concepts clés

2.1. La dépression

Le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5^{ème} édition* (DSM-V) et la *Classification Internationale des Maladies 10^{ème} Révision* (CIM-10) sont les deux ouvrages médicaux de référence pour le diagnostic et la classification des troubles mentaux, dont la dépression.

Selon le DSM-5 (2015), la dépression, classifiée sous le terme de "troubles dépressifs" comprend plusieurs types de dépressions. Le trouble dépressif caractérisé est le type de dépression le plus couramment rencontré. Il est caractérisé par la présence d'au moins cinq des neuf symptômes présentés en annexe A1 pendant une période de deux semaines, où au moins l'un des symptômes est soit une humeur dépressive, soit une perte d'intérêt ou de plaisir.

Du côté de la CIM-11 (2023) le trouble dépressif, classé sous les troubles de l'humeur, présente différents degrés de sévérité : léger, modéré et sévère. Dans tous les cas, le trouble dépressif est caractérisé par la présence d'une humeur dépressive (tristesse, irritabilité, sentiment de vide), d'une perte de plaisir accompagné d'autres symptômes cognitifs, comportementaux ou neurovégétatifs.

Les deux ouvrages s'accordent sur le fait que les symptômes doivent causer une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants de la vie de l'individu. De plus, les symptômes ne doivent pas être attribuables à une autre condition médicale, de l'abus d'une substance, ou être expliqués par le deuil, c'est-à-dire, après la perte d'un être cher. Les distinctions entre léger, modéré et sévère dépendent du nombre de critères symptomatiques satisfaits et de l'impact fonctionnel des symptômes sur la vie quotidienne de la personne.

La dépression est souvent associée à une détérioration notable de la qualité de vie, un risque accru de suicide et une consommation élevée de ressources médicales (Brawand-Bron & Gillibert, 2010).

Ces définitions standardisent le diagnostic de la dépression et sont essentielles pour assurer une évaluation et un traitement appropriés.

2.1.1. Spécificités de la dépression chez la personne âgée

Bien que la symptomatologie soit caractérisée et bien définie par les ressources diagnostics, elle est parfois exprimée de manière légère ou masquée chez les personnes âgées, la rendant atypique, difficile à identifier et à être reliée à de la dépression (Lleshi & Bizzozzero, 2009). Lleshi & Bizzozzero (2009) proposent un tableau (voir A2) présentant les spécificités symptomatologiques de la dépression chez la personne âgée. Par exemple, « la tristesse n'est pas toujours apparente derrière les traits figés d'une personne âgée, la douleur morale est rarement exprimée » (Thomas & Hazif-Thomas, 2008). Le personnel infirmier réalisant une évaluation clinique de la personne âgée est trompé par des symptômes atypiques voilant la dépression sous-jacente.

La dépression masquée, dont les formes variées sont présentées en annexe A3 (Gaillard et al., 2010), signifie qu'un ou plusieurs facteurs cachent la symptomatologie caractéristique de la dépression. Parmi ces facteurs, il y a les comorbidités de nature psychiatrique (autres troubles psychiatriques, troubles neurodégénératifs) et somatique, et le vieillissement normal (ralentissement moteur) (Lleshi & Bizzozzero, 2009). Pour reprendre les mots de Clément : « il est parfois difficile devant la forme masquée *somatique* de faire la part entre ce qui est lié à un substratum organique de ce qui appartient à l'expression du désarroi dépressif » (2010, cité dans Gaillard et al., 2010). Par exemple, la présence d'alexithymie, soit l'incapacité à identifier ses propres émotions, et d'un émoussement de l'affect empêchent la reconnaissance du sentiment dépressif, la faisant passer pour de la sérénité (Gaillard et al., 2010). Il existe aussi un phénomène de « masque inversé », c'est-à-dire, une dépression primaire identifiée masquant la pathologie somatique (Gaillard et al., 2010).

Étant donné la complexité et la subtilité des formes atypiques de la dépression, la détection précoce chez les individus reste un défi considérable. Selon Brawand-Bron & Gillabert (2010), environ un patient dépressif sur deux n'est pas identifié, et par conséquent, ne reçoit pas les soins nécessaires. Les travaux de la docteure Serra et du docteur Giardini (2013) sur la dépression chez la personne âgée révèlent que, bien que 4% de cette population soit affectée par une dépression majeure, jusqu'à 30% pourraient souffrir de formes mineures de la maladie, avec un taux de non-diagnostic atteignant 40% en médecine de premier recours et jusqu'à 75% chez les plus de 85 ans. Cette problématique est encore exacerbée dans les EMS où la prévalence de la dépression peut augmenter de 35 à 45%. Plusieurs facteurs sont en cause. Une étude de Smith et al. (2015) a identifié des barrières à la détection de la dépression par le personnel soignant (voir A6).

Ces chiffres posent la question de l'utilité d'intégrer des méthodes de détection efficaces ainsi que des stratégies de dépistage systématique dans la pratique infirmière pour identifier et traiter la dépression dans une population âgée institutionnalisée. Le dépistage, via des tests ou des questionnaires régulièrement administrés à tous les niveaux de soins, pourrait potentiellement révéler des cas non apparents de dépression.

2.1.2. Statistiques sur la symptomatologie dépressive

Brawand-Bron & Gillaber (2010) constatent une prévalence de la dépression aussi élevée chez les personnes âgées que chez les adultes. Cela s'explique par une sous-estimation et d'une rigidité des critères de diagnostics tenant faiblement compte de la symptomatologie non-caractéristique que l'on retrouve chez le sujet âgé.

Une enquête suisse sur la santé (ESS) et un programme de suivi médical (PSM) ont analysé les symptômes dépressifs chez le sujet âgé. L'ESS démontre que les symptômes légers de la

dépression augmentent à l'âge de la retraite. La prévalence des symptômes moyens à sévères est relativement stable jusqu'à 75 ans, puis, passé cet âge, la tendance est à l'augmentation. Le PSM révèle une progression des symptômes légers avec une augmentation constante des symptômes sévères tout au long de la vie (Bear et al., 2013). Le rapport 56 de l'OBSAN explique que « la répartition des symptômes dépressifs légers suit avec l'âge une courbe évasée en U. » (Bear et al., 2013) (voir A4). A la symptomatologie légère et sévère se rajoutent des troubles concomitants (démences, troubles cognitifs, etc) ce qui la rend atypique et difficile à détecter.

2.2. La détection et le dépistage de la dépression

La détection de la dépression se réfère au processus par lequel un professionnel de santé identifie la dépression chez un individu qui présente des symptômes ou qui consulte pour des problèmes pouvant être liés à une dépression. Le dépistage de la dépression implique l'utilisation de tests ou de questionnaires systématiques passés à un large groupe de personnes, indépendamment de la présence ou non de symptômes apparents. Ce processus vise à identifier les individus susceptibles de souffrir de dépression avant que les signes cliniques deviennent évidents (Coryell, 2023 ; Kreiliger, 2022).

Le dépistage de la dépression peut être effectué dans divers contextes, tels que lors de contrôles de santé réguliers, au sein de programmes de santé au travail, ou parmi des populations à risque, comme les personnes âgées intégrant un EMS. Par manque de preuve sur l'utilité de test de dépistage chez des personnes asymptomatiques, la U.S Preventive Service Task Force recommande depuis 2002 d'effectuer des dépistages généraux de la dépression, surtout chez des personnes présentant des facteurs de risques de la dépression (Solnek & Seiter, 2002).

2.3. Les outils de dépistage de la dépression

Les outils de dépistage (dans le cadre de la dépression) sont des questionnaires ou des échelles qui ont pour objectif d'identifier de manière rapide et simple les personnes susceptibles de présenter un trouble de santé afin de les orienter vers une évaluation plus approfondie. Pour être considérés comme efficaces, les outils de dépistage doivent répondre à des critères de qualité tels qu'une bonne sensibilité pour détecter la majorité des cas, une spécificité suffisante pour limiter les faux positifs, ainsi qu'une facilité et une rapidité d'utilisation en pratique clinique, et doivent être validés dans la population cible (Maurer et al., 2018). Gaillard et al. (2010) précise que ces outils doivent être le moteur d'une réflexion et que les résultats doivent être mis en lien avec l'histoire du sujet. Un outil de dépistage seul ne permet dans aucun cas de poser un diagnostic.

Nous avons répertorié et décrit en annexe A7 une liste non-exhaustive des outils rencontrés lors de nos recherches. Pour chacun d'entre eux nous avons présenté leur population cible, leur but et leurs limites. Les outils de dépistage de la dépression les plus souvent rencontrés dans les études ont été la Geriatric Depression Scale (GDS) et la Patient Health Questionary à 9 items (PHQ-9). Elles sont toutes les deux des échelles auto-évaluatives présentant un taux élevé de spécificité et sensibilité mais qui ont pour limite la capacité cognitive de la personne à répondre correctement aux questions (Inoue et al., 2012 ; Yesavage et al., 1982). La Cornell Scale for Depression in Dementia (CSDD) est un outil hétéroévaluatif conçu pour dépister la dépression chez les personnes atteintes de démence ou de troubles cognitifs modérés à sévères (Alexopoulos et al., 1988).

3. Contexte professionnel des soins infirmiers

3.1. Les établissements médico-sociaux (EMS)

Le canton de Vaud dispose d'établissements médico-sociaux destinés à des personnes âgées ayant principalement des troubles d'ordre physique mais également quelques difficultés psychiques dites compatibles (ex. trouble cognitif léger). Les EMS sont divisés entre des services de gériatrie, de psychiatrie de l'âge avancé et de lit C (en hôpital). Leurs missions sont d'ordre gériatrique et/ou psychiatrique (*Guide des établissements*, s. d.).

En 2022, les EMS suisses accueillaient 167 656 clients de tout âge et tout sexe confondu, dont 159'617 clients âgés de 65 ans et plus (OFS, 2023). En 2023, les EMS vaudois ont hébergé 6'000 personnes âgées. La durée moyenne de séjour de longue durée est de 874.9 jours et de 31.4 jours pour les courtes durées (OFSP, 2022).

Les principaux motifs d'admission en établissement médico-social sont la perte d'autonomie dans les activités de la vie quotidienne (AVQ), le besoin de soins accru, des risques pour la sécurité de la personne et de son entourage, l'épuisement des proches et l'impossibilité de maintenir la personne à domicile malgré l'aide des proches et des services à domicile (J'entre en EMS, s. d.).

Selon les pourcentages de la prévalence de la dépression vu plus haut, nous estimons que 23'000 résidents de plus de 65 ans seraient touchés par la dépression dans les EMS en Suisse.

Les facteurs de risque de la dépression sont communs à tous les âges de la vie, mais le passage d'une personne en EMS peut être une transition difficile. Les recherches sur les transitions biographiques dans le vieillissement révèlent des changements subtils qui posent de nouvelles difficultés aux personnes âgées. Ces différents éléments constituent des facteurs de fragilisation qui sollicitent les réserves et les capacités de coping, rendant les personnes plus vulnérables, notamment à leur entrée en EMS. Cette période est aussi souvent accompagnée de facteurs dépressogènes (voir A5) pouvant impacter la santé mentale, augmenter le risque de dépression, affecter la qualité de vie et aggraver les comorbidités existantes (vieillir 2023, 2021 ; Clément, cité dans Gaillard et al., 2010). Clément (2010) rajoute que les comorbidités de la dépression sont souvent traitées par des médicaments dépressogènes (bétabloquants, antihypertenseurs, neuroleptiques, cimétidine, benzodiazépines).

Le personnel infirmier est responsable de l'évaluation globale de la personne âgée. Les médecins ne sont présents que de manière intermittente en EMS. Tandis que les aides-soignants ou assistants en soins et santé communautaire (ASSC) participent à la détection des symptômes de la dépression, notamment par l'utilisation d'outils selon leurs compétences

3.2. L'évaluation infirmière

Le personnel infirmier, en son rôle d'expert en soins infirmiers, est habilité à exprimer des jugements professionnels dans son champ disciplinaire et assure des soins de nature préventive, thérapeutique, de réadaptation et palliative. Le personnel infirmier reconnaît les besoins des individus par des évaluations systématiques et rigoureuses utilisant des outils de récolte de données adaptés. Il est attendu de la profession un travail en interdisciplinarité où le personnel infirmier est responsable de ses soins et assure leur coordination (Ledergerber

et al., 2009). Ainsi, le personnel infirmier expert est capable de prendre des décisions en autonomie et d'assurer la collaboration et la délégation des soins avec les médecins, les assistants en soins et santé communautaire, les aides-soignants et autres professionnels de la santé en EMS. Il doit avoir une vision globale des problématiques de santé rencontrées dans son champ d'expertise (Ledergerber et al., 2009). C'est pourquoi, la détection de la dépression par des outils adaptés fait partie d'une exigence professionnelle dans le champ des soins infirmiers. Delaloye (2010, cité dans Gaillard et al., 2010) explique que le dépistage réalisé par du personnel infirmier compétent augmente non seulement les chances de détecter et de traiter la maladie, mais aussi augmente la détection des troubles neurodégénératifs, tels que la maladie d'Alzheimer et la démence souvent concomitantes.

4. Cadre théorique - The Neuman Systems Model of Nursing

Nous avons choisi le Neuman Systems Model (NSM) ou modèle des systèmes de Neuman (voir A8) pour sa capacité à rendre compte de l'état de santé ou de maladie d'un individu ou d'un système. Dans notre travail, nous nous intéressons à la manière dont l'évaluation infirmière s'inscrit dans les trois modes d'interventions (présentés plus bas) proposés par le modèle. Finalement, Neuman propose une méthode pratique d'évaluation infirmière que nous allons exploiter pour discuter des résultats.

Le modèle développé par Betty Neuman considère un système-client (personne, famille, groupe ou communauté) comme un système ouvert en interaction constante avec son environnement. Un noyau central (structure de base) est protégé par des lignes de résistances et de défenses (Neuman & Fawcett, 2005). Cinq variables (physique, psychologique, socioculturelle, développementale, spirituelle) composent le système-client. Elles se trouvent à tous les niveaux des cercles concentriques et forment l'identité de chaque système-client (Neuman & Fawcett, 2011). La stabilité du système est définie par la capacité des lignes de défenses à garder leur intégrité face aux stressors (intrapersonnels, interpersonnels et extrapersonnels). Tant que la ligne normale de défense est intègre, la santé est perçue comme bonne par le système-client. Le personnel infirmier évalue la perception qu'a la personne de sa santé pour définir à quel niveau se trouve la ligne de défense normale. La mauvaise santé exprimée par la personne indique la rupture de la ligne de défense normale (Neuman & Fawcett, 2011). En fonction de la perspective du système-client, chaque stressor peut être perçu comme étant bénéfique ou au contraire nuisible au système. Ce qui est considéré comme bénéfique va permettre de renforcer la stabilité du noyau (facteurs de survie de base) tandis que ce qui est perçu comme nuisible aura pour conséquence de le déstabiliser (Yaqoob et al., 2023).

L'évaluation infirmière permet d'établir en partenariat avec le système-client ce qui maintient ou non son équilibre. Le personnel intervient en aidant la personne à prévenir (prévention primaire), maintenir (prévention secondaire), ou rétablir (prévention tertiaire) sa bonne santé perçue. Le modèle permet au personnel infirmier d'intervenir dans une perspective tant pathogénique (ce qui rend malade) que salutogénique (ce qui maintient la bonne santé) (A. Oulevey Bachmann, communication personnelle, 2021).

En pratique, Neuman propose d'évaluer en première abord le fonctionnement normal de la personne. Puis, d'évaluer les stressors perçus par la personne et ensuite par le personnel infirmier. L'évaluation (*assessment*) se poursuit avec un résumé des impressions aux stressors et se termine par la formulation d'un diagnostic infirmier complet (voir A15) (Neuman & Fawcett, 2011).

L'évaluation des variables physiologiques, psychologiques, socio-culturelles, développementales, et spirituelles dans un processus d'identification des stressors, mais aussi des forces et des ressources, permettront d'établir les facteurs de risques de la dépression et les ressources de la personne pour y faire face (Neuman & Fawcett, 2011).

Le résultat de l'analyse de la personne dans sa globalité va permettre d'établir un diagnostic complet et des interventions adaptées dans les trois modes (prévention primaire, secondaire ou tertiaire) (Neuman & Fawcett, 2011).

5. Question de recherche

Afin de structurer notre question de recherche et définir clairement les éléments clés de notre revue de littérature, nous utilisons la méthode PICOT (Favre & Kramer, 2016). La réalisation de la question de recherche s'appuie sur les concepts clés que nous avons identifiés dans la problématique. Ainsi, la question que nous posons est la suivante :

Quel est l'impact de l'évaluation infirmière sur la détection précoce des symptômes de la dépression, auprès des personnes âgées vivant en EMS ?

Personne	personne âgée
Intervention	évaluation infirmière
Comparaison	pratiques standards
Outcomes	détection précoce de la dépression
Temps	aucun

6. Méthodologie

Afin de procéder à la recherche d'articles, nous avons établi un tableau (voir A9) répertoriant les mots clés de la question de recherche en français, leur traduction en anglais, et les descripteurs pour PubMed et CINAHL. La traduction des mots clés du français à l'anglais a été réalisée avec le logiciel HeTOP (Health Terminology/Ontology Portal). Puis nous avons déterminé les descripteurs dans le champ de recherche Medical Headings (MH) à partir du thésaurus dans PubMed et dans CINAHL. Nous avons monté nos équations de recherche en combinant nos descripteurs (MeSHTerms pour PubMed, MH pour CINAHL) avec des opérateurs booléens (OR, AND).

Sur PubMed, la première équation de recherche a donné 365 résultats. Nous avons affiné la recherche pour parvenir à 154 résultats avec l'application des filtres : 30ans, English, French, aged 65+ et 80+. A partir de la lecture des titres de ces 154 articles, nous avons retenu trois articles, dont le Borglin (2019) trouvé dans les références d'un article issu d'une revue (S. Mynatt 2004). Afin d'augmenter la pertinence des résultats nous avons monté une nouvelle équation de recherche, cette fois basée sur les descripteurs trouvés dans les trois articles retenus. De plus, nous avons utilisé des champs de recherche couvrant les titres et les résumés (Title/Abstract). La deuxième équation de recherche a donné 11 résultats. Après avoir lu les titres et résumés de ces 11 articles, nous en avons retenu quatre. Au total, nous avons donc huit articles retenus pour PubMed (voir A10).

Dans CINAHL, le montage de la première équation de recherche a permis d'obtenir 79 résultats. Afin d'affiner la recherche, nous avons appliqué les filtres : Geographic Subset: Europe; Language: English; Age Groups: Aged: 65+ years. Nous avons obtenu 10 résultats. Aucun des 10 articles n'est dans la cible de notre recherche. Nous avons construit une nouvelle équation de recherche sur le même principe que pour PubMed. La deuxième équation de recherche a donné 100 résultats. Avec l'application d'un filtre de temps à 10 ans, nous avons obtenu 32 résultats. Après lecture des titres et des résumés nous retenons un article (voir A10).

Avec ces recherches, nous obtenons neuf articles.

Le tableau ci-dessous présente les critères d'inclusion et d'exclusion des articles lors de notre revue de littérature. Les critères ont été réfléchis dans le but d'obtenir les meilleurs résultats possibles à notre question de recherche.

Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
Patientèle âgée séjournant en structure stationnaire	Patientèle jeune vivant à domicile
Essais cliniques randomisés, Étude de cohorte, Étude cas-témoins, Étude transversale, ...	Articles de revue, éditoriaux
Interventions infirmières	Interventions non-infirmières
Détection ou traitement de la dépression	
Comparaison avec des pratiques standards	
	Articles dans une autre langue que l'anglais et/ou le français
	Pas d'accès à l'article
	Soins de premiers recours

Après l'application des critères d'inclusion et d'exclusion, nous excluons trois de nos articles et incluons six articles, dont le Haddad et al. (2018) que nous avons décidé de garder malgré une population cible (jeune) non-conforme aux critères d'inclusion. L'article présente un programme de formation pour améliorer la capacité du personnel infirmier à détecter la dépression. Ses résultats sont transposables et pertinents à notre réflexion.

Finalement, nous retenons six articles pour notre revue de littérature (voir A11), qui ont été analysés selon les grilles de lecture critique de Fortin & Gagnon (2016) en annexe A12.

7. Résultats

7.1. Articles retenus

1	Ryden, M. B., Snyder, M., Gross, C. R., Savik, K., Pearson, V., Krichbaum, K., & Mueller, C. (2000). Value-Added Outcomes : The Use of Advanced Practice Nurses in Long-Term Care Facilities. <i>The Gerontologist</i> , 40(6). https://doi.org/10.1093/geront/40.6.654
2	Teresi, J., Abrams, R., Holmes, D., Ramirez, M., & Eimicke, J. (2001). Prevalence of depression and depression recognition in nursing homes. <i>Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology</i> , 36(12), 613-620. https://doi.org/10.1007/s127-001-8202-7
3	Lima, F. E. T., Araújo, T. L., Serafim, E. C. G., & Custódio, I. L. (2010). Nursing consultation protocol for patients after myocardial revascularization : Influence on anxiety and depression. <i>Revista Latino-Americana de Enfermagem</i> , 18, 331-338. https://doi.org/10.1590/S0104-11692010000300006
4	Haddad, M., Pinfeld, V., Ford, T., Walsh, B., & Tylee, A. (2018). The effect of a training programme on school nurses' knowledge, attitudes, and depression recognition skills : The QUEST cluster randomised controlled trial. <i>International Journal of Nursing Studies</i> , 83, 1-10. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.04.004
5	Borglin, G., Räthel, K., Paulsson, H., & Sjögren Forss, K. (2019). Registered nurses experiences of managing depressive symptoms at care centres for older people : A qualitative descriptive study. <i>BMC Nursing</i> , 18(1), 43. https://doi.org/10.1186/s12912-019-0368-5
6	Smith, M., Stolder, M. E., Jagers, B., Liu, M. F., & Haedtke, C. (2013). Depression Training in Nursing Homes: Lessons Learned from a Pilot Study. <i>Issues in Mental Health Nursing</i> , 34(2), 90–102. https://doi.org/10.3109/01612840.2012.723798

7.2. Résumé narratif par article

Articles 1 – Ryden et al., (2000)

Cet article expose une étude quasi-expérimentale qui a pour but d'évaluer les résultats de l'intervention d'infirmières praticiennes avancées en gériatrie sur quatre domaines (continence, plaie de pression, dépression, agressivité) chez des résidents nouvellement admis en établissement de soins de longue durée en comparaison avec des résidents recevant des soins habituels.

La population étudiée comprend 319 résidents, dont 166 recevant l'intervention par des APN et 153 recevant les soins habituels. Les résidents ont été recrutés en trois cohortes consécutives sur une période de six mois et suivis pendant six mois dans trois différents établissements à Minneapolis aux États-Unis.

Le protocole d'intervention sélectionné pour les APN consiste en des discussions avec les patients, leur famille et le personnel soignant dans le but de définir un plan de soin visant la prévention et la réduction des quatre problèmes. Afin d'accompagner les résidents dans leur transition à l'EMS, les APN ont proposé un accompagnement émotionnel et des stratégies d'entretien visant la gestion de la dépression.

Les résultats obtenus par l'intervention des APN sur la dépression des résidents sans impair cognitif ne montrent aucune différence significative entre le groupe traité et le groupe de soins habituels. Cependant, les résidents cognitivement atteints, ayant été évalués avec l'échelle Affect Evaluation Rating (AER) (évaluation des émotions observées par une APN chez un résident, sur une échelle de 0-3) pour évaluer la dépression potentielle, ont montré une détérioration de leur affect significativement moindre.

L'étude démontre une amélioration significative des résultats dans les autres domaines cliniques évalués.

L'étude a pour force son utilisation du modèle conceptuel de Havelock pour intégrer les connaissances scientifiques dans la pratique clinique. Il présente une méthodologie rigoureuse ce qui renforce la qualité et la fiabilité des résultats. Toutefois, un biais d'observation pourrait être présent, en lien avec l'interprétation des résultats par les assistants de recherche et le personnel de travail. L'étude s'est déroulée à Minneapolis-St. Paul. Sa généralisation à d'autres contextes ou population est questionnable. L'étude a connu une réduction du nombre de participants durant sa réalisation.

Aucun comité éthique n'a validé l'étude. Néanmoins, tous les résidents participants à l'étude ont donné leur consentement écrit.

Articles 2 – Teresi et al., (2001)

Cet article présente d'une étude transversale descriptive qui a pour but d'estimer la prévalence de la dépression en établissement médicosocial et la capacité du personnel infirmier, des aides-soignants, et des travailleurs sociaux à reconnaître la dépression.

L'étude vise une population âgée vivant en établissement médico-social. 319 résidents répartis dans 6 établissements à New-York ont été sélectionnés pour l'étude.

Tous les résidents ont été diagnostiqués par un psychiatre pour définir la prévalence de la dépression. Seuls les résidents testés sans troubles cognitifs (N=270) ont été éligibles à être évalués par le personnel soignant pour la dépression. Au total, 44% des 319 résidents ont été diagnostiqués par le psychiatre avec une dépression selon la répartition suivante : 4,8% des 270 résidents ont été diagnostiqués avec un trouble dépressif majeur certain et 8,2 % avec un trouble dépressif mineur certain. Le personnel infirmier a estimé à 29% la prévalence de la dépression (tous types confondus) parmi les 231 résidents sans impair cognitif qui lui a été attribué. La dépression évaluée par les infirmières est significativement sous-reportée par rapport aux diagnostics du psychiatre.

L'étude a pour force d'utiliser des échelles de mesures de la dépression validées. L'échelle de dépression CARE a montré une corrélation de 0,75 (bon accord) avec les diagnostics psychiatriques, indiquant une validité concurrente élevée. Un Alpha de Cronbach (cohérence interne) de 0,91 pour les évaluations infirmières indique une bonne fiabilité des mesures. De plus l'article rappelle la difficulté de l'évaluation de la dépression, même par des psychiatres expérimentés, chez des résidents avec des troubles cognitifs. L'étude présente comme limites un potentiel biais d'évaluation et d'intervention. En effet, les évaluations psychiatriques reposent sur des données de dossiers alimentés par le personnel soignant et ont été menées par un seul psychiatre.

L'étude sous-entend l'obtention d'un consentement auprès des participants (« 11 personnes ont refusé la participation »), mais ne l'explique pas.

Articles 3 – Lima et al., (2010)

Il s'agit d'une étude clinique randomisée transversale qui a pour but de vérifier l'influence d'un protocole de consultation infirmière sur des troubles de l'anxiété et de la dépression chez des patients ayant reçu une intervention de revascularisation cardiaque (RC). Les paramètres de l'anxiété et de la dépression ont été mesurés avec l'échelle HAD (Hospital Anxiety and Depression Scale) à six mois de la RC.

L'article vise une population de patients adultes et âgées (38 à 86 ans, avec une moyenne à 65 ans) ayant reçu une intervention de revascularisation cardiaque. L'étude se passe dans un service de cardiologie de référence dans un hôpital publique de Fortaleza au Brésil.

Le protocole vise à gagner la confiance du patient, à identifier les problèmes de soins infirmiers, à évaluer les conditions physiques et psychologiques du patient, à expliquer la chirurgie et les questions connexes, à sensibiliser à la thérapie en cours, et résoudre ou minimiser les changements de santé.

Les résultats de l'étude montrent une diminution statistiquement non-significative de l'anxiété et la dépression. Pour la dépression, un seul indicateur ("look forward with enjoyment to things") montre une différence statistiquement significative ($p=0.013$) entre les groupes.

L'étude a pour force d'être randomisée et utilisé une échelle de mesure largement employée pour évaluer l'anxiété et la dépression. La méthode employée permet d'obtenir des résultats fiables et les explications sont transparentes et claires. Les auteurs de l'articles recommandent au personnel infirmier d'être alerte aux changements chez les patients, notamment à travers le monitoring des facteurs de risques connus (ex. la dépression), d'établir des stratégies pour aider les patients à établir des objectifs SMART, d'inclure les familles dans la prise en soin car représentent un support émotionnel et social important, de promouvoir la standardisation des soins infirmiers dans la gestion de l'anxiété et de la dépression. L'étude présente toutefois certaines limites, comme la petite taille de l'échantillonnage et sa centralisation dans un seul hôpital. De plus, c'est la première étude à utiliser le HADS à six mois dans ce contexte. Enfin, l'étude reconnaît avoir eu peu de contrôle sur les variables (pas de détails sur les interventions infirmières auprès des patients).

L'étude a été soumise et approuvée par un comité éthique. Tous les patients participant à l'étude ont signé un formulaire de consentement et ont été informés sur les objectifs de l'étude. Les patients ont pu à tout moment se retirer de l'étude.

Articles 4 – Haddad et al., (2018)

L'étude est un essai contrôlé randomisé en grappes qui a pour but d'évaluer la capacité des infirmières scolaires à reconnaître les symptômes de la dépression chez les écoliers après avoir reçu un programme de formation développé pour l'amélioration de la détection de la dépression.

L'étude implique 146 infirmières scolaires travaillant au sein des 13 Primary Care Trusts (PCTs) (organisme du National Health Service [NHS]) de Londres réparties en deux groupes : 81 dans le groupe d'intervention (GI) et 65 dans le groupe contrôle (GC).

Le programme de formation se déroule sur une journée, suivie par une demi-journée quatre à six semaines plus tard, et prévoit des activités interactives et éducatives. Les infirmières ont reçu des documents physiques, des supports audio-visuels et des liens vers des lignes directrices, des services de soutiens et des outils. Les résultats sont mesurés à l'aide de vignettes d'évaluation de la détection de la dépression, d'un questionnaire d'attitude sur la dépression ainsi que d'une mesure de connaissances personnalisée QUEST.

Les résultats ont montré une amélioration statistiquement significative de la capacité des infirmières à identifier correctement les cas de non-dépression (spécificité). Les scores de sensibilité et de spécificité étaient, avant formation, de 66.3% et de 48.3%. Après trois mois, il est constaté une amélioration de la spécificité pour le GI à 57.1% tandis que le GC est à 49.3%. La sensibilité est restée inchangée post-formation. Les connaissances sur le sujet de la dépression ont été renforcées ainsi que les attitudes des infirmières, avec une augmentation de l'optimisme thérapeutique et de la confiance personnelle. Après neuf mois, ces améliorations sont conservées

Ce court programme de formation a prouvé son efficacité dans l'amélioration des capacités des infirmières à reconnaître et comprendre la dépression chez cette population afin de mieux prendre en soins ces individus. Il prouve également sa pérennité dans le temps avec des effets conservés à 9 mois. Toutefois, l'étude est limitée par l'utilisation de vignettes plutôt que des cas cliniques réels, la connaissance des infirmières de leur groupes et la diminution des participants au cours de l'étude.

L'étude a été soumise et approuvée par un comité d'éthique. Tous les participants ont donné leur consentement et ont accepté leur participation sur une base volontaire.

Articles 5 – Borglin et al., (2019)

L'article présente une étude qualitative descriptive. Elle a pour objectif d'explorer les expériences des infirmières diplômées dans l'identification de la dépression ainsi que sur les interventions possibles. Elle vise à comprendre les difficultés auxquelles les infirmières font face, les interventions qu'elles mobilisent ainsi que les différents facteurs influençant leur capacité à gérer la symptomatologie dépressive chez l'individu âgé.

La population ciblée de cette étude se compose d'infirmières diplômées avec une pratique d'un an minimum, travaillant dans des centres de soins pour personnes âgées en Suède.

Les résultats obtenus sont catégorisés en quatre thèmes prédominants :

- **Difficulté d'identification** : Les infirmières expriment une difficulté à identifier les symptômes dépressifs chez les personnes âgées. Ceux-ci auraient une tendance à somatiser leurs difficultés psychiques et présenteraient, également, une difficulté à aborder leur santé mentale.
- **Interventions décrites** : Les interventions sont principalement d'ordre pharmacologique avec l'utilisation d'antidépresseurs. Néanmoins les infirmières soulignent l'importance d'avoir des interventions non-pharmacologiques sur l'alimentation, le sommeil ou encore l'activité physique. La relation et l'écoute ainsi que la collaboration interprofessionnelle est nécessaire pour rendre les interventions efficaces. Un manque de compétence en soutien psychologique est également exprimé alors que cet élément est perçu comme essentiel.
- **Prérequis à l'identification** : L'identification est potentialisée par l'établissement d'une relation de confiance, le courage d'aborder le sujet de la santé mentale ainsi que la possession de connaissances adéquates sur la dépression.
- **Influences contextuelles** : La structure organisationnelle, les contraintes de temps, l'accessibilité et la collaboration avec d'autres professionnels sont identifiés comme ayant un impact significatif sur la capacité des infirmières à performer. A domicile, il semble que le cadre soit propice à l'identification des symptômes dépressifs.

L'article met en lumière la complexité de l'identification et de la gestion de la symptomatologie dépressive. Elle souligne l'importance du rôle infirmier, d'une approche holistique et d'une collaboration interprofessionnelle. Néanmoins, l'étude présente un échantillon à petite taille et un biais possible sur les données auto-déclarées.

L'étude respecte les directives de la Déclaration d'Helsinki, garantissant le consentement éclairé et la confidentialité des participants. L'article informe que les directives éthiques incluent le consentement éclairé des participants, que leur droit est respecté, que leur anonymat ainsi que la confidentialité des données sont assurés. Chaque participant était dans la possibilité de se retirer s'il le souhaitait.

Articles 6 – Smith et al., (2013)

Il s'agit d'une étude pilote utilisant une méthodologie de recherche mixte. Elle a eu pour objectif d'évaluer la faisabilité d'un programme de formation (Depression Training to Promote Nurses as Advocates for Older Adults) qui vise à améliorer la reconnaissance, le traitement et le suivi de la dépression par le personnel infirmier en établissement médico-social.

L'étude a évalué les perceptions de 24 infirmières ainsi que les résultats de la dépression chez 50 résidents dans neuf maisons de retraite en Iowa aux Etats-Unis. Tous les résidents éligibles ont présenté des symptômes de dépression non-associés à des déficiences cognitives sévères.

Les résultats exposent la perception des infirmières par rapport à la formation proposée. Premièrement, la formation est perçue comme améliorant les connaissances, les pratiques de soins et les résultats sur la patientèle. Deuxièmement, le personnel reconnaît son utilité et l'apprécie dans ses différents formats (pratiques et vidéos documentées). Néanmoins, plusieurs défis ont été rapportés quant à la faisabilité de la formation, notamment en lien avec des contraintes de temps et de redondance par rapport à la formation de base.

Du côté des résidents, l'analyse des résultats montre une diminution des scores du PHQ-9 pour la dépression, partant d'une moyenne à 12.7 pour arriver à 6.7 seize semaines plus tard. L'anxiété, la douleur ainsi que la qualité de vie ont été examinées dans les résultats. Il est mentionné qu'en dehors de l'amélioration de l'anxiété sur les 16 semaines, les statistiques pour les autres items n'étaient pas suffisamment significatives pour établir de différences marquantes.

L'étude a pour forces d'être mixte et présenter à la fois la perception du personnel infirmier sur leur pratique en lien avec la formation et les résultats mesurés de leurs interventions. L'article met en lumière le lien possible entre formation et amélioration de la qualité de l'accompagnement du personnel infirmier. Néanmoins, le taux d'achèvement de la formation proposée souligne les défis entravant la mise en œuvre d'un tel projet en plus de biaiser les résultats. La courte durée de l'étude ne permettrait pas d'avoir des résultats probants.

L'étude est approuvée et surveillée par un comité éthique universitaire garantissant le respect des normes éthiques de rigueur.

8. Synthèse des résultats

Le tableau croisé suivant présente de manière synthétique les résultats obtenus par articles, classés selon les items identifiés. Vous trouverez un tableau des résultats par articles en annexe A13.

Items \ N°article	Ryden et al. (2000)	Teresi et al. (2001)	Lima et al. (2010)	Haddad et al. (2018)	Borglin et al. (2019)	Smith et al. (2013)
<i>Prévalence de la dépression</i>	70.5% des résidents pouvant répondre au GDS ont révélé des critères validés pour la dépression.	44.2% de dépression identifiée par le psychiatre	Non-évalué	Non-évalué	Non-évalué	Non-évalué
<i>Reconnaissance de la dépression par le personnel infirmier</i>	Reconnaissance améliorée (non-significatif) par les APN	Reconnaissance de la dépression faible comparée à l'évaluation du psychiatre (29%vs44%)	Non-évalué	Amélioration de la capacité des infirmières à identifier correctement la spécificité (cas de non-dépression) et non de la sensibilité	Difficulté dans l'identification des symptômes dépressifs chez la personne âgée lié à une somatisation des symptômes et la difficulté d'aborder le sujet. Des prérequis sont également nécessaires à l'identification ainsi que de considérer les influences du contexte.	Non-évalué
<i>Impact des protocoles d'évaluation infirmière</i>	Augmentation du taux de reconnaissance de la dépression et de son suivi	Non-évalué	Réduction non-significative des pourcentages de la dépression à 6 mois	Non-évalué	Non-évalué	Non-évalué
<i>Formation du personnel infirmier</i>	Intervention APN améliore 3 domaines sur 4 en comparaison aux soins habituels	Capacité de détection différente selon la formation et le niveau d'étude	Formé à l'utilisation du protocole infirmier dans le but de suivre les symptômes de la dépression et de l'anxiété	Un programme de formation est dispensé afin d'évaluer l'amélioration possible de la détection de la dépression. Renforcement des connaissances sur le sujet	Un manque de compétences en soutien psychologique est exprimé par le personnel soignant	La formation proposée améliore les connaissances, les pratiques de soins et les résultats sur la patientèle. Utilité reconnue et appréciée malgré des

					de la dépression pour le groupe d'intervention		difficultés en lien au contexte de travail.
<i>Utilisation d'échelles de dépression par le personnel infirmier</i>	GDS	Echelle CARE modifiée	HADS	Non-évalué	Non-évalué	Non-évalué	PHQ-9
<i>Analyse des résultats à long terme</i>	Pas de détérioration significative de la dépression après 6 mois	Non-évalué	Résultat selon HAD non-significativement amélioré après 6 mois de suivi	Analyse de l'impact de l'intervention à 9 mois et constat de la conservation des améliorations	Non-évalué	Non-évalué	A 16 semaines du programme, observation d'améliorations sur les scores de dépression PHQ-9.
<i>Différences entre groupe de traitement et groupe de contrôle</i>	Intervention APN ne montre aucune amélioration des symptômes dépressifs	Non-évalué	Réduction non significative des symptômes de la dépression chez le groupe de traitement. (Amélioration significative d'un item « se réjouir à l'avance des choses »)	Le groupe d'intervention a présenté une amélioration contrairement au groupe contrôle	Non-évalué	Non-évalué	Non-évalué
Conclusions	<ul style="list-style-type: none"> + La prévalence de la dépression augmente avec le dépistage, montrant une faible reconnaissance de la dépression sans évaluation systématique. + La reconnaissance de la dépression est améliorée par l'utilisation d'outils de dépistage et par la formation mais reste faible. + Les protocoles améliorent la détection de la dépression et son traitement, mais restent non- significatifs du point de vue statistique. + Le niveau de formation des infirmières améliore en général la détection et le traitement de la dépression. + L'utilisation d'outils de dépistage (GDS, PHQ-9) permet de détecter et suivre la dépression chez la personne âgée. + Un suivi régulier de la dépression montre un maintien, parfois une diminution, des scores aux échelles d'évaluation de la dépression. + En général, tous les groupes d'intervention ont vu une amélioration des symptômes dépressifs, mais les chiffres ont tous été statistiquement non-significatifs. 						

9. Discussion

Nous avons vu précédemment que le passage d'une personne âgée en EMS peut être accompagné de facteurs dépressogènes. En institution, il a été constaté une prévalence élevée de la dépression avec une symptomatologie légère voire occultante. Pour conséquence, la dépression passe souvent inaperçue et se retrouve sous-diagnostiquée. Lorsqu'elle est détectée et diagnostiquée, elle n'est souvent pas traitée, ou traitée de manière inadéquate. Cette situation maintient la dépression ce qui entraîne des conséquences économiques, somatiques et sociales. En lien avec ce constat, nous avons aussi vu que le personnel infirmier tient un rôle important par sa posture d'expert dans l'évaluation clinique et la surveillance de l'état de santé des résidents.

L'objectif de cette revue de littérature est d'examiner l'impact de l'évaluation infirmière sur la détection précoce des symptômes de la dépression dans le but d'éclairer les pratiques actuelles. Pour obtenir des résultats, nous avons établi la question de recherche suivante : Quel est l'impact de l'évaluation infirmière sur la détection précoce des symptômes de la dépression, auprès des personnes âgées vivant en EMS ?

9.1. Réflexion sur les sept items

La synthèse des résultats de nos six articles révèle des éléments clés démontrant des liens entre la formation, l'utilisation d'outils validés pour le dépistage de la dépression, le suivi d'un protocole de dépistage, l'amélioration de la détection et la gestion de la dépression par le personnel infirmier chez des personnes âgées institutionnalisées. De notre synthèse des résultats découlent sept items, apportant chacun des pistes de réflexion pour notre question de recherche.

Nous avons choisi de discuter dans un premier temps chaque item séparément. Puis, dans un second temps, de les mettre en perspective avec la démarche de soin infirmière proposé par Fawcett & Desanto-Madeya (2013) (voir A15). Nous limitons notre discussion des résultats au niveau de l'évaluation (*assessment*). En effet, l'élaboration des buts et des objectifs (*goals*) et de l'évaluation des résultats attendus (*outcomes*) ne couvrent pas notre sujet. En revanche, nous aborderons les interventions possibles en prévention dans les trois modes afin de compléter la discussion des résultats et aborder les recommandations pour la pratique infirmière.

9.1.1. Prévalence

Les études de Ryden et al. (2000) et de Teresi et al. (2001) ont montré une prévalence importante de la dépression chez les résidents testés par un outil de dépistage. Cette constatation rappelle la présence importante d'une dépression légère à sévère non détecté et non traitée dans cette population. Ce constat permet de mettre en évidence un manque de clarté sur la manière de gérer la dépression en EMS. De plus, l'augmentation démographique des personnes âgées risque de potentialiser la prévalence de la dépression.

9.1.2. Reconnaissance de la dépression et formation du personnel infirmier

Tous les articles traitant de la reconnaissance de la dépression par le personnel infirmier montrent dans leurs résultats une meilleure reconnaissance de la dépression chez les

infirmières ayant reçu une formation sur l'utilisation d'outils de dépistage validés et ainsi qu'une sensibilisation aux symptômes atypiques de la dépression chez le sujet âgé, c'est pourquoi nous choisissons de les traiter conjointement.

Dans l'article de Teresi et al. (2001), il est intéressant de voir que les soignants de différents domaines ont des pourcentages différents de reconnaissance de la dépression. L'étude relève que les aides-soignants reconnaissent mieux les troubles dépressifs que le personnel infirmier. La proximité avec le patient semble améliorer la détection de la dépression. Pourtant, cette étude souligne l'important décalage entre la reconnaissance médicale (44%) et infirmière (29%) de la dépression.

Ces constats renforcent l'idée qu'il existe un lien important entre la formation et la capacité de détection de la dépression moyennant ses connaissances et son jugement clinique. De plus, nous constatons que les outils et les théories pour accompagner les personnes avec une symptomatologie dépressive existent et sont prouvés scientifiquement. Cependant, notre recherche ne démontre aucune marche à suivre éprouvée qui nous permettrait d'avoir des directives claires sur la manière de détecter efficacement la dépression sous ses différentes apparences.

9.1.3. Protocoles et outils de dépistage

En lien avec la reconnaissance et la formation, plusieurs articles analysés démontrent des effets positifs de l'utilisation d'échelle d'évaluation de la dépression sur le suivi des symptômes dépressifs chez des résidents ou des patients. Les méthodes de gestion de la dépression proposée par l'étude de Ryden et al. (2000) et de Lima et al. (2010) correspondent aux exigences d'évaluation attendues d'un personnel infirmier formé pour utiliser les résultats issus du dépistage pour alimenter leur réflexion. L'accompagnement holistique des bénéficiaires s'en retrouve amélioré.

Nous constatons que les études qualitatives et mixtes de notre sélection révèlent que le personnel infirmier rencontre des difficultés à détecter la dépression, notamment en l'absence d'outils de dépistage utilisés lors de leur évaluation. C'est pourquoi, il semble essentiel d'intégrer ces outils dans les pratiques courantes. Néanmoins, les échelles de mesures ont aussi leurs lots d'inconvénients (Brawand-Bron & Gillabert, 2010) (voir A16). Leur efficacité peut être limitée par les troubles cognitifs des résidents. Les outils de dépistage doivent être faciles à utiliser, fiables, et validés pour la population cible.

Sans directives claires et une pratique systématique, le personnel infirmier doit s'appuyer sur ses propres compétences, risquant de ne pas répondre efficacement au besoin en santé mentale des résidents.

9.1.4. Résultats à long terme, groupes de traitements et de contrôles

L'analyse des résultats à long terme (<9 mois) montre des améliorations dans certains cas, mais les bénéfices restent souvent non significatifs sur le plan statistique. En effet, les différences dans l'évolution des scores de la dépression (GDS, PHQ-9, HADS, autres), dans la capacité de reconnaissance de la dépression ou dans le suivi reposant sur un protocole, n'ont pas été significatives après intervention, mais ont montré une amélioration ou un maintien par rapport au groupe contrôle. Or, nous savons que le rétablissement de la dépression prend du temps (Thomas & Hazif-Thomas, 2008) et peut être complexe en raison des nombreux

facteurs individuels (biologiques, psychologiques, sociaux) impliqués dans la maladie (WHO, 2023). Donc, nous pensons que des études longitudinales devraient être menées afin d'obtenir des résultats significatifs et plus représentatifs des implications de la dépression pour les patients ou résidents.

9.1.5. Bilan

Pour conclure cette partie, selon nos déductions, la formation et l'utilisation systématique d'outils de dépistage de la dépression augmentent la détection de cette dernière et permettent d'améliorer l'état des patients ou de prévenir l'aggravation de leur condition dépressive au fil du temps.

9.2. Implication des résultats pour l'évaluation infirmière

A partir de ces résultats, nous nous intéressons à présent à la manière dont les résultats obtenus participent à une évaluation infirmière visant la conservation (prévention primaire), la stabilisation (prévention secondaire) ou le rétablissement (prévention tertiaire) de l'équilibre des personnes âgées institutionnalisées à risque de dépression ou souffrant de dépression.

Pour rappel, selon Neuman (2011) :

La préoccupation principale des soins infirmiers est de conserver la stabilité du système-client grâce à l'évaluation précise des effets réels ou potentiels, des stressors environnementaux et à l'assistance offerte aux clients pour qu'ils s'y ajustent et atteignent ainsi un niveau optimal de bien-être.

Dans le contexte de notre recherche, une évaluation infirmière aboutissant à des interventions en prévention primaire oriente les soins sur la conservation de la santé perçue du système-client (ligne normale de défense). Les interventions ont pour but de diminuer l'exposition de la personne aux stressors en réduisant les facteurs de risques susceptibles de déclencher ou d'aggraver la dépression chez le sujet âgé ainsi que de renforcer sa capacité à se protéger des stressors (ligne flexible de défense) (Neuman & Fawcett, 2011). En prévention primaire, les connaissances sur la dépression acquises lors de formation continue ou autre, permettrait au personnel infirmier d'identifier à travers leur évaluation les stressors de la dépression. De plus, le personnel infirmier aurait la capacité d'informer les patients et leur famille sur les facteurs de risque de la dépression, de mobiliser leurs ressources et forces existantes et de soutenir leurs stratégies de coping.

En prévention secondaire, le système-client est déstabilisé par la pénétration de la ligne normale de défense et par les stressors. Les interventions visent à stabiliser l'état de santé des résidents en prévenant la détérioration de la dépression. Elle aura pour but de renforcer les lignes de résistances et ainsi protéger le noyau du système-client, moyennant la détection précoce des facteurs d'instabilité et le traitement des symptômes à leur apparition (Neuman & Fawcett, 2011). Cela peut se faire au travers de dépistages systématiques avec des outils validés.

En prévention tertiaire, le noyau central est atteint, le système client est instable et risque sa perte. Les interventions visent la reconstitution du système moyennant la réadaptation, la rééducation pour prévenir les futurs épisodes et le maintien de la stabilité (Neuman & Fawcett, 2011). La dépression est alors monitorée, suivie et traitée selon les pratiques du service.

Il est possible de constater qu'à chacune de ces étapes la détection précoce de n'importe quel signe s'avère être primordiale afin d'intervenir de manière efficace dans le niveau de prévention proposé. Nous relevons que le modèle de Neuman (2011) offre un système d'évaluation qui intègre les notions de protocole, d'utilisation d'outils de mesure et de surveillance (monitorage). Toutefois, son exploitation semble réalisable à condition d'y être formé.

9.3. Recommandations pour la pratique

Avec les résultats obtenus nous apportons des éléments de réponse questionnant la pratique actuelle. Aucun consensus sur la manière d'améliorer la détection de la dépression et l'utilisation des outils ne semble exister dans la pratique.

Sur la base des apports de notre recherche se dégagent néanmoins des recommandations. L'approfondissement des recherches sur le sujet semble nécessaire pour valoriser l'expertise infirmière basée sur des savoirs Evidence Base Nursing (EBN) et combler l'absence d'informations à ce sujet identifiée dans le cadre de ce travail.

Notre recherche suggère d'encourager le personnel infirmier travaillant en EMS à se former sur les formes masquées ou atypiques de la dépression chez le sujet âgé. L'utilisation d'outils de dépistage, la collaboration interprofessionnelle et le partenariat avec les proches sont des éléments que notre recherche suggère d'intégrer à l'évaluation infirmière afin d'améliorer la gestion de la dépression en EMS. De plus, notre recherche tend à encourager l'utilisation de modèles théoriques, tel que celui de Neuman, afin d'évaluer et proposer diverses interventions adapté et pertinent en regard du sous-diagnostic de la dépression. Les modèles théoriques offrent en général un cadre réflexif qui permet de mobiliser différents savoirs et outils aux profits de la qualité des soins.

Finalement, les recommandations suggérées suivent le code déontologique établi par l'International Council of Nurses (ICN, 2021) pour une pratique réflexive et orientée sur le bien-être du patient et de ses proches. L'ICN (2021) recommande au personnel infirmier de cultiver ses « compétences en s'appliquant à se perfectionner de manière continue au niveau professionnel et à apprendre tout au long de la vie. » (ICN, 2021). « Des soins fondés sur des données probantes et centrés sur la personne » devront être prodigués (ICN, 2021). Le personnel infirmier est un leader « pour la pratique clinique, la gestion, la recherche et la formation en soins infirmiers » (ICN, 2021). Finalement, le personnel infirmier s'implique pour améliorer la pratique au bénéfice des patients, des familles et de la collectivité (ICN, 2021).

9.4. Recherches ultérieures

Afin de fonder nos recommandations, il semble évident que des recherches doivent être conduites sur la capacité du personnel infirmier à détecter la dépression lors de l'évaluation clinique. La recherche devient pertinente et nécessaire pour cette population à haut risque de dépression dont la prévalence est statistiquement sous-estimée et qui tend à s'accroître avec l'augmentation du nombre de personnes âgées. Pour instaurer des pratiques standardisées qui semble faire défaut dans ce domaine spécifique, il est nécessaire d'avoir des données probantes.

Durant notre recherche, nous avons trouvé un projet d'étude récent de Tesky et al., (2019) évaluant la pertinence d'un protocole de gestion des cas de dépression en EMS. L'étude a pour but d'évaluer l'impact du protocole sur de la prévalence de la dépression et la qualité de vie des résidents. L'efficacité de ce programme semble être, à ce jour, toujours en évaluation

dans un cadre d'étude contrôlée randomisée en grappe. Néanmoins, les résultats pourraient fournir des indications précieuses sur la façon d'évaluer et surveiller l'apparition de symptômes dépressifs et d'en assurer le suivi chez des résidents en EMS. L'étude va dans le sens de notre réflexion, puisqu'elle intègre un dépistage précoce systématique des formes de dépression chez les sujets âgés, une collaboration interprofessionnelle afin de répondre aux besoins des résidents ainsi que des collaborateurs en matière d'accompagnement, et la formation du personnel (gestionnaires de cas) afin de coordonner au mieux l'organisation autour l'accompagnement des cas de dépression.

Finalement, le manque de gestion de la dépression chez le sujet âgé vivant en EMS constaté dans nos résultats ou la littérature grise, démontre un besoin réel de recherches dont le but serait de valider et pérenniser des pratiques efficaces pour la gestion de la dépression en EMS.

9.5. Forces et Limites du TB

Notre recherche d'articles sur CINAHL et PUBMED, selon la méthode décrite plus haut, a révélé des articles dont les résultats répondent indirectement à notre question de recherche. Le faible nombre d'articles publiés dans la cible de notre recherche, suggère que le domaine est encore peu étudié. Ce constat révèle un résultat en soi et rend notre recherche pertinente. De plus, les résultats obtenus permettent de discuter le rôle de l'évaluation infirmière dans la reconnaissance de la dépression chez les personnes âgées institutionnalisés et des recommandations possibles pour la pratique infirmière.

Afin de nuancer nos propos, nous notons qu'une recherche élargie sur d'autres bases de données devrait être entreprise. De plus, l'élaboration d'équations de recherche plus élaborées et la révision des critères d'inclusions seraient nécessaires. Rajoutons que nous avons trouvé des articles dont la date de publication dépasse les 10 ans. Par souci de pertinence, notre sélection d'articles s'étend de 2000 à 2019. À partir de nos équations de recherches, selon nos observations, la courbe du nombre d'articles publiés connaît un pic entre l'année 1996 et 2010. Depuis, le nombre d'articles publiés sur la dépression et sa détection a fortement diminué.

En raison du peu d'articles obtenus pour notre recherche, nous n'avons pas fait attention au niveau d'interprétation lors de l'analyse des articles. Néanmoins, ce niveau est à considérer car il apporte un regard critique sur la composition de notre sélection d'articles. Le niveau d'interprétation simple se classe de I à VI où I représente le niveau de preuve le plus élevé et VI le plus bas (Voir A14) (Melnyk et Fineout-Overholt, 2015, p. 92, cité dans Fortin, 2016, p. 473). Nous avons au niveau II l'article de Lima et al. (2010) et de Haddad et al. (2018). Au niveau III se trouve l'étude de Ryden et al. (2000). Les études de Teresi et al. (2001), de Borglin et al. (2019) et de Smith et al. (2013) se trouvent au niveau V.

Parmi les articles retenus, trois présentent des études menées aux États-Unis (Ryden et al., 2000 ; Teresi et al., 2001 ; Smith et al., 2013), une au Brésil (Lima et al. 2013) et deux en Europe (Borglin et al., 2019 ; Haddad et al., 2018). En raison de la variabilité des modes de prise en soins entre pays, nous gardons des réserves quant à la transposabilité des résultats obtenus à nos contextes de soins.

Nous observons que les problèmes cognitifs ont été des critères d'exclusion pour les échantillons ciblés par les études. Les résultats discutés ne sont donc pas inclusifs. Il serait pertinent de les inclure dans de futures recherches, car la dépression étant une maladie traitable ne devrait pas être écartée par des comorbidités.

Conclusion

Ce document avait pour but d'explorer l'impact de l'évaluation infirmière sur la détection précoce des symptômes de la dépression chez le sujet âgé en institution. Pour atteindre notre objectif, nous avons effectué nos recherches dans la base de données de PubMed et CINAHL utilisant des mots clés relatifs à notre question de recherche. Nous avons retenu six articles que nous avons analysé selon des grilles de lectures critiques. Nous avons trouvé des résultats indirects à notre question de recherche, mais nourrissant une réflexion pertinente autour de l'amélioration d'une prise en charge de la dépression dans les soins stationnaires.

La dépression est sous-diagnostiquée, bien que les facteurs de risque de la dépression et la prévalence soient élevés chez cette population. La difficulté de détection de la dépression chez la personne âgée est souvent liée à son expression parfois atypique ou masquée. Le rôle de l'évaluation infirmière dans la détection précoce des symptômes de la dépression a été questionnée.

Les études ont révélé une prévalence de la dépression avec des chiffres élevés dont des cas souvent non détectés en raison d'une symptomatologie atypique. La reconnaissance de la dépression par le personnel infirmier semble être amélioré par la formation continue. L'impact des protocoles d'évaluation infirmière incluant l'utilisation d'outils de dépistages présentent des bénéfices notables. Néanmoins, il est difficile de trouver des protocoles standardisés avec des résultats statistiques significatifs, laissant suggérer un besoin de recherche à ce niveau. L'utilisation d'échelles de dépression présente des avantages ainsi que des inconvénients propres à chaque outil et nécessite une bonne connaissance de leurs conditions d'utilisation. Les différences statistiques entre les groupes d'interventions et les groupes contrôles ont été souvent mineures. Les résultats à long terme ont été variables.

Les résultats obtenus suggèrent une plus-value à intégrer une pratique protocolée et systématisée dans la détection et la prise en soins des cas de dépression, bien que les arguments pour sa mise en place soient insuffisants faute de preuves. Notre analyse souligne la complexité de la prise en soin et l'importance de la prévention de la dépression chez la personne âgée. Le modèle théorique de Neuman a été pertinent pour comprendre comment les résultats obtenus peuvent s'intégrer dans les soins de routine.

L'évolution de la vision du rôle d'expert en soins infirmiers montre qu'avec une formation adéquate et l'utilisation systématique d'outils de dépistage validés, le personnel infirmier peut devenir un acteur clé dans la prévention et la gestion de la dépression chez les personnes âgées vivant en EMS. L'évaluation infirmière est prometteuse dans ce domaine et riche de potentiel mais elle nécessite davantage de données probantes pour démontrer sa nécessité pour le bien-être des personnes et du système de santé.

Nous pensons intéressant de mener des recherches sur l'intégration du modèle de Neuman dans la prise en soin infirmière de la dépression chez le sujet âgé vivant en EMS. De manière plus générale, nous questionnons l'impact que pourrait avoir le recours de modèles théoriques infirmiers sur la prise en soins des personnes âgées et leurs maladies en EMS.

Références

- Alexopoulos, G. S., Abrams, R. C., Young, R. C., & Shamoian, C. A. (1988). Cornell Scale for Depression in Dementia. *Biological Psychiatry*, 23(3), 271-284. [https://doi.org/10.1016/0006-3223\(88\)90038-8](https://doi.org/10.1016/0006-3223(88)90038-8)
- Bear, N., Schuler, D., Füglistler_dousse, S., & Moreau-Gruet, F. (2013). *La dépression dans la population suisse. Données concernant l'épidémiologie, le traitement et l'intégration socioprofessionnelle* (Obsan Rapport 56). https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/obsan_56_rapport.pdf
- Bjelland, I., Dahl, A. A., Haug, T. T., & Neckelmann, D. (2002). The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale. An updated literature review. *Journal of Psychosomatic Research*, 52(2), 69-77. [https://doi.org/10.1016/s0022-3999\(01\)00296-3](https://doi.org/10.1016/s0022-3999(01)00296-3)
- Bonnet, C., Cambois, E., & Fontaine, R. (2021). Dynamiques, enjeux démographiques et socioéconomiques du vieillissement dans les pays à longévité élevée: *Population*, Vol. 76(2), 225-325. <https://doi.org/10.3917/popu.2102.0225>
- Borglin, G., Räthel, K., Paulsson, H., & Sjögren Forss, K. (2019). Registered nurses experiences of managing depressive symptoms at care centres for older people: A qualitative descriptive study. *BMC Nursing*, 18(1), 43. <https://doi.org/10.1186/s12912-019-0368-5>
- Brawand-Bron, A., & Gillabert, C. (2010). Trouble dépressif à travers les âges en MPR : Outils de dépistage, de diagnostic et de suivi. *Rev Med Suisse*, 264(34), 1826-1831.
- Calmus, S., Morin, S., & May-Michelangeli, L. (2022). *Aide à l'utilisation de questionnaires patients de mesure des résultats de soins (PROMs) pour améliorer la pratique clinique courante dans la prise en charge de l'insuffisance cardiaque*. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-11/guide_proms_insuffisance_cardiaque_novembre_2022.pdf
- CNFS. (2018, février 3). *Échelle de dépression gériatrique (GDS)*. <https://cnfs.ca/agees/tests/mesurer-l-affect/echelle-de-depression-geriatrique-gds>
- Coryell, W. (2023, octobre 5). *Troubles dépressifs—Troubles psychiatriques* [Manuel Médical en ligne]. Édition professionnelle du Manuel MSD. <https://www.msmanuals.com/fr/professional/troubles-psychiatriques/troubles-de-l-humeur/troubles-dépressifs>
- Crocq, M.-A., Guelfi, J. D., & American Psychiatric Association. (2015). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux : DSM-5 ®* (5e édition). Elsevier Masson.
- Favre, N., & Kramer, C. (2016). *La recherche documentaire au service des sciences infirmières et autres professions de santé* (2ème éd. revue et augm.). Lamarre.
- Fawcett, J., & Desanto-Madeya, S. (2013). *Contemporary nursing knowledge : Analysis and evaluation of nursing models and theories* (3rd ed.). F.A. Davis.
- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche : Méthodes quantitatives et qualitatives* (3e édition.). Chenelière Education.
- Gaillard, M., Giannakopoulos, P., Gasser, J., Gunten, A. von, Stancu, I., & Ebbing, K. (2010). *Abrégé de psychiatrie de l'âge avancé*. Editions Médecine & Hygiène.

- Guide des établissements.* (s. d.). Etat de Vaud. Consulté 14 mars 2024, à l'adresse <https://www.vd.ch/themes/sante-soins-et-handicap/hebergement/guide-des-etablissements>
- Haddad, M., Pinfold, V., Ford, T., Walsh, B., & Tylee, A. (2018). The effect of a training programme on school nurses' knowledge, attitudes, and depression recognition skills : The QUEST cluster randomised controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 83, 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.04.004>
- ICN, I. C. of N. (2021). *The ICN Code of Ethics for Nurses* (Version REVISED 2021). <https://doi.org/978-92-95099-94-4>
- Inoue, T., Tanaka, T., Nakagawa, S., Nakato, Y., Kameyama, R., Boku, S., Toda, H., Kurita, T., & Koyama, T. (2012). Utility and limitations of PHQ-9 in a clinic specializing in psychiatric care. *BMC Psychiatry*, 12(1), 73. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-12-73>
- J'entre en EMS.* (s. d.). Etat de Vaud. Consulté 6 mai 2024, à l'adresse <https://www.vd.ch/sante-soins-et-handicap/hebergement/jentre-en-ems-etablissement-medico-social>
- Kramer, D., Allgaier, A.-K., Fejtкова, S., Mergl, R., & Hegerl, U. (2009). Depression in nursing homes : Prevalence, recognition, and treatment. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 39(4), 345-358. <https://doi.org/10.2190/PM.39.4.a>
- Kreiliger, K. (2022, janvier 12). *Détection de la dépression : Signes & traitement.* <https://www.css.ch/fr/clients-prives/ma-sante/sante-psychique/depression/que-est-depression.html>
- Krishnamoorthy, Y., Rajaa, S., & Rehman, T. (2020). Diagnostic accuracy of various forms of geriatric depression scale for screening of depression among older adults : Systematic review and meta-analysis. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 87, 104002. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2019.104002>
- Ledergerber, C., Mondoux, J., & Sottas, B. (2009). *Projet Compétences finales pour les professions de la santé HES.* KFH - Conférence des Recteurs des Hautes Ecoles Spécialisées de Suisses.
- Lima, F. E. T., Araújo, T. L., Serafim, E. C. G., & Custódio, I. L. (2010). Nursing consultation protocol for patients after myocardial revascularization : Influence on anxiety and depression. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18, 331-338. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692010000300006>
- Lleshi, V., & Bizzozzero, T. (2009). La dépression du sujet âgé. *Rev Med Suisse*, 216(32), 1785-1789.
- Maurer, D. M., Raymond, T. J., & Davis, B. N. (2018). Depression : Screening and Diagnosis. *American Family Physician*, 98(8), 508-515.
- Neuman, B., & Fawcett, J. (2005). *Neuman (2016) ppt.* Neuman Systems Model. <https://www.neumansystemsmode.org/nsm-powerpoint>
- Neuman, B., & Fawcett, J. (2011). *The Neuman Systems Model* (5th ed.). Pearson.
- OFS, O. fédéral de la statistique. (2023, novembre). *Statistique des institutions médico-sociales 2022—Tableaux standard—2022 | Tableau.* Office fédéral de la statistique. <https://www.bfs.admin.ch/asset/fr/28465890>

- OFS, O. fédéral de la statistique. (2024, avril 4). *Croissance démographique soutenue en Suisse en 2023—Évolution et mouvement naturel de la population en 2023 : Résultats provisoires | Communiqué de presse | Office fédéral de la statistique* [Confédération suisse]. bfs.admin.ch. <https://www.bfs.admin.ch/asset/fr/30709871>
- OFSP, O. fédéral de la santé publique. (2022). *Faits & chiffres des établissements médico-sociaux (EMS)*. <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/zahlen-und-statistiken/zahlen-fakten-zu-pflegeheimen.html>
- Organisation mondiale de la santé. (2023). *CIM-11 : Classification internationale des maladies* (11e révision, version 2023). Organisation mondiale de la santé.
- Oulevey, A. (2021). *Neuman Systems Model Modèle des systèmes de Neuman*.
- Prado Jean, A. (2010). *Spécificité de la dépression dans les démences = Specificity of depression in dementia* [Limoges]. <http://aurore.unilim.fr/ori-oai-search/notice/view/unilim-ori-27089>
- Ryden, M. B., Snyder, M., Gross, C. R., Savik, K., Pearson, V., Krichbaum, K., & Mueller, C. (2000). Value-Added Outcomes : The Use of Advanced Practice Nurses in Long-Term Care Facilities. *The Gerontologist*, 40(6). <https://doi.org/10.1093/geront/40.6.654>
- Schuler, D., Tuch, A., Buscher, N., & Camenzind, P. (2016). *La santé psychique en Suisse—Rapport 72*. OBSAN.
- Serra, A.-L., & Giardini, U. (2013, janvier). Détection de la dépression du sujet âgé. *Medinfo*, 6-8.
- Silva Texeira, A., & Benerike Kamdem, G. (2022). *La dépression*. https://www.hug.ch/sites/interhug/files/2022-09/strategie_depression_final.pdf
- Smith, M., Haedtke, C., & Shibley, D. (2015). Late-life depression detection. *Journal of Gerontological Nursing*, 41(2), 18-25. <https://doi.org/10.3928/00989134-20150115-01>
- Smith, M., Stolder, M. E., Jagers, B., Liu, M. F., & Haedtke, C. (2013). Depression Training in Nursing Homes : Lessons Learned from a Pilot Study. *Issues in Mental Health Nursing*, 34(2), 90-102. <https://doi.org/10.3109/01612840.2012.723798>
- Solnek, B. L., & Seiter, T. (2002). How to Diagnose and Treat Depression. *The Nurse Practitioner*, 27(10), 12.
- Statistique Vaud. (2017). *Prise en charge médico-sociale et sanitaire des séniors à l'horizon 2040*. https://www.vd.ch/fileadmin/user_upload/organisation/dfin/statvd/Publications/Prospective/03_Etude-prosp_Prise-en-charge-seniors.pdf
- Teresi, J., Abrams, R., Holmes, D., Ramirez, M., & Eimicke, J. (2001). Prevalence of depression and depression recognition in nursing homes. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 36(12), 613-620. <https://doi.org/10.1007/s127-001-8202-7>
- Tesky, V. A., Schall, A., Schulze, U., Stangier, U., Oswald, F., Knopf, M., König, J., Blettner, M., Arens, E., & Pantel, J. (2019). Depression in the nursing home : A cluster-randomized stepped-wedge study to probe the effectiveness of a novel case management approach to improve treatment (the DAVOS project). *Trials*, 20, 424. <https://doi.org/10.1186/s13063-019-3534-x>

- Thomas, P., & Hazif-Thomas, C. (2008). Les nouvelles approches de la dépression de la personne âgée. *Gérontologie et société*, 31 / 126(3), 141-155. <https://doi.org/10.3917/gs.126.0141>
- Thomas, P., Hazif-Thomas, C., Clément, J., & Burrough, S. (2008). Yesavage's geriatric depression scale (GDS). *Revue de Geriatrie*, 33, 729-731.
- Vieillir 2023. (2021). Département de la santé et de l'action sociale (DSAS).
- Weber, D. (2016). *Santé et qualité de vie des personnes âgées—Bases pour les programmes d'action cantonaux* (5). Promotion Santé Suisse. https://promotionsante.ch/sites/default/files/2022-11/Rapport_005_PSCH_2016-03_-_Sante_et_qualite_de_vie_des_personnes_agees.pdf
- WHO, W. H. O. (2023, mars 31). *Depressive disorder (depression)* [Santé]. World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Yaqoob, A., Rafat, J., Rattani, S., & Santosh, K. (2023). Betty Neuman System Model : A Concept Analysis. *Insights on the Depression and Anxiety*, 7, 011-015. <https://doi.org/10.29328/journal.ida.1001036>
- Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M., & Leirer, V. O. (1982). Development and validation of a geriatric depression screening scale : A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17(1), 37-49. [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(82\)90033-4](https://doi.org/10.1016/0022-3956(82)90033-4)
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361-370. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>

ANNEXES

A1 – Trouble dépressifs caractérisé selon le DSM-V (2015, p.200-201)

Trouble dépressif caractérisé

Critères diagnostiques

A. Au moins cinq des symptômes suivants sont présents pendant une même période d'une durée de 2 semaines et représentent un changement par rapport au fonctionnement antérieur ; au moins un des symptômes est soit (1) une humeur dépressive, soit (2) une perte d'intérêt ou de plaisir.

N.B. : Ne pas inclure les symptômes qui sont clairement imputables à une autre affection médicale.

1. Humeur dépressive présente quasiment toute la journée, presque tous les jours, signalée par la personne (p. ex. se sent triste, vide, sans espoir) ou observée par les autres (p. ex. pleure). (**N.B. :** Éventuellement irritabilité chez l'enfant et l'adolescent.)
2. Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités quasiment toute la journée, presque tous les jours (signalée par la personne ou observée par les autres).
3. Perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime (p. ex. modification du poids corporel excédant 5 % en un mois) ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours. (**N.B. :** Chez l'enfant, prendre en compte l'absence de prise de poids attendue.)
4. Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.
5. Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (constaté par les autres, non limité à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement).
6. Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours.
7. Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (pas seulement se reprocher ou se sentir coupable d'être malade).
8. Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision, presque tous les jours (signalée par la personne ou observée par les autres).
9. Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis, tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.

B. Les symptômes induisent une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

C. L'épisode n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance ou à une autre affection médicale.

N.B. : Les critères A-C définissent un épisode dépressif caractérisé.

N.B. : Les réponses à une perte significative (p. ex. deuil, ruine, pertes au cours d'une catastrophe naturelle, maladie grave ou handicap) peuvent comprendre des sentiments de tristesse intense, des ruminations à propos de la perte, une insomnie, une perte d'appétit et une perte de poids, symptômes inclus dans le critère A et évoquant un épisode dépressif. Bien que ces symptômes puissent être compréhensibles ou jugés appropriés en regard de la perte, la présence d'un épisode dépressif caractérisé, en plus de la réponse normale à une perte importante, doit être considérée attentivement. Cette décision fait appel au jugement clinique qui tiendra compte des antécédents de la personne et des normes culturelles de l'expression de la souffrance dans un contexte de perte¹.

D. La survenue de l'épisode dépressif caractérisé n'est pas mieux expliquée par un trouble schizoaffectif, une schizophrénie, un trouble schizophréniforme, un trouble délirant ou d'autres troubles spécifiés ou non spécifiés du spectre de la schizophrénie, ou d'autres troubles psychotiques.

E. Il n'y a jamais eu auparavant d'épisode maniaque ou hypomaniaque.

N.B. : Cette exclusion ne s'applique pas si tous les épisodes de type maniaque ou hypomaniaque sont imputables à des substances ou aux effets physiologiques d'une autre pathologie médicale.

A2 – Spécificité de la dépression chez le sujet âgé

Tableau 2
Spécificités de la dépression chez le sujet âgé

(Adapté de Katona et coll. Aging&Mental Health 1997).

Symptômes	Sujet âgé	Adulte
Humeur dépressive	+/-	+++
Troubles cognitifs	+++	+
Plaintes somatiques	+++	+ / +++
Pensées dépressives	+++	+++
Insomnies	+++	++
Agitation, anxiété	+++	+ / +++
Idées suicidaires	+/-	+++
Suicide réussi	+++	+/-

(Lleshi & Bizzozzero, 2009)

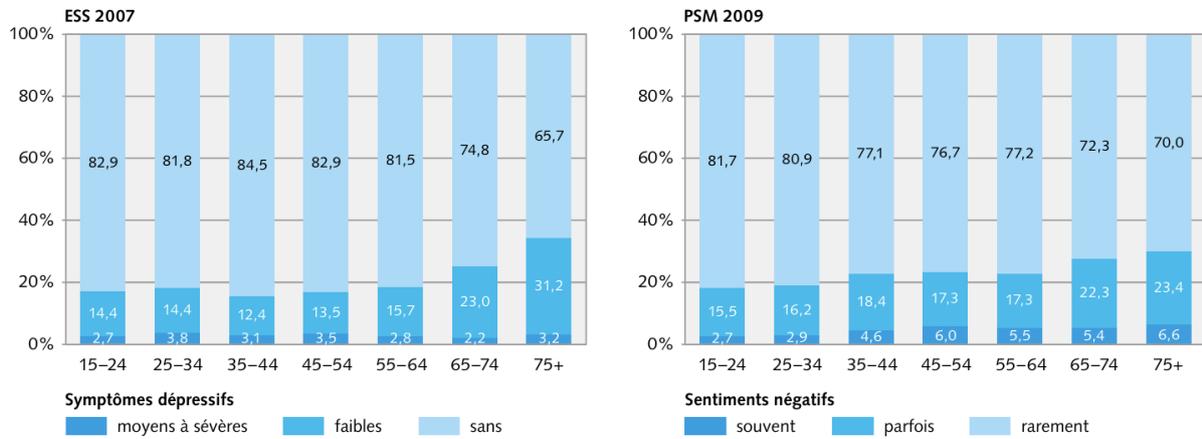
A3 – Typologie de la dépression masquée (Gaillard et al., 2010)

Définition	
La forme somatique	On parle de somatisation d'un mal être psychique lorsque celle-ci s'exprime par des maux d'ordre organique. Par exemple, il va s'agir de troubles gastro-intestinaux, un mauvais état général, de douleur ostéoarticulaires et musculaires, ainsi que des plaintes cardio-vasculaires. En parallèle la personne nie les sentiments dépressifs et la tristesse est absente.
La forme hypocondriaque	La personne âgée se plaint de dysfonctionnements dans son corps. Par exemple, il dira je n'urine plus, mon cœur va lâcher, je ne digère plus rien, je suis fatigué. Il demande des examens et des traitements. Ce comportement rend la personne fébrile, revendicatrice, inquiète, exigeant, et entièrement polarisé sur elle-même. Cette dépression peut prendre une allure délirante.
La forme délirante	Elle est marquée par la présence d'idée de persécution, de jalousie, de préjudice. Des faits banaux sont interprétés péjorativement. Elle peut penser que des gens entre chez elle pour la voler, qu'on lui veut du mal. Elle des phénomènes hallucinatoires. A noté qu'il n'existe pas d'antécédant à caractère psychotique. Il n'est pas rare que le cercle social soit impacté. La personne est en conflit, en querelle, processuelle, agressive avec son entourage.
La forme hostile	Elle est caractérisée principalement par une attitude agressive. La personne est irritable, susceptible, ombrageuse, coléreux. Il est aussi méfiant, agité et émotionnellement labile.
La forme anxieuse	Se caractérise par la présence d'une anxiété nouvelle. La personne n'a pas d'antécédant de troubles anxieux et ne présente aucun événements déclencheurs. La personne va présenter des états d'angoisses sans raison apparente, une inquiétude permanente, parfois relié à des faits anodins, une grande appréhension et une impossibilité à se détendre. La personne vient à s'isoler et devenir dépendante de son entourage. L'incapacité à déglutir fait partie des symptômes. L'angoisse peut entraîner parfois des symptômes d'allure confusionnelle (désorientation et propos incohérents). Trouble de l'attention et interprétation erronée de la réalité.
La forme cognitive	Caractérisé par une altération des capacités intellectuelles. La personne est désorientée, présente des troubles de la mémoire et de la concentration, et exprime un trou intellectuel, peut montrer des difficultés à réaliser les activités de la vie quotidienne. La personne présente le profil d'une personne en état confusionnelle aigue (silencieux ou bruyant). Son diagnostic est difficile car proche de celui d'un trouble neurodégénératif débutant.
La forme conative	Forme de dépression caractérisé par une la démotivation. La personne présent un désengagement affectif, relationnelle, une intuition d'être, un renoncement. Il en découle des négligences envers soi-même, autrui et l'environnement. Apathie. Elle est une forme fréquente en institution. La personne est sujette à une perte de son indépendance.

A4 – Prévalence de la dépression chez le sujet âgé

Prévalence accrue de la dépressivité chez les personnes âgées,
fréquence des symptômes dépressifs par classe d'âge, ESS 2007 et PSM 2009

Fig. 3.7



n=12'656

n=6972

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007; FORS, Panel suisse de ménages 2009

© Obsan

A5 – Facteurs dépressogènes

Biologique	Psychologique	Social	Economique	Spirituel
<ul style="list-style-type: none">• Déclin cognitif• Déclin physique• Déclin fonctionnel• Fatigue accrue et plus rapide	<ul style="list-style-type: none">• Deuils• Perception d'un environnement externe devenant moins accueillant	<ul style="list-style-type: none">• Isolation sociale• Changement de lieu de vie• Éloignement des proches• Conflits interpersonnels• Proche malade	<ul style="list-style-type: none">• Proche malade• Réduction des ressources financières	<ul style="list-style-type: none">• Une prise de conscience plus aiguë de la mortalité

A6 – Barrières pour la détection de la dépression

Barriers	Potential Solutions
<p><i>Provider perceptions & beliefs</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Older adults focus on somatic vs. mood complaints • Older adults don't want to talk about feelings • Depression is an "understandable" part of aging • Time limitations • Inadequate training in psychiatry among primary care providers 	<ul style="list-style-type: none"> • Educate providers about variations in depression presentation in late life • Use short self-report measures (e.g. PHQ-2 to screen for depression) • Institute computer screening (e.g. in the waiting room) • Identify and use billing codes that reimburse for time spent conducting depression screening (e.g. Medicare, Medicaid, some private insurance now pay) • Develop collaborative care teams with consulting psychiatrists and psychiatric nurse practitioners to promote best practices in primary care settings
<p><i>Older Adults' perceptions & beliefs</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Fear of stigma associated with depression • Belief that depression is "normal" with advancing age • Fear of antidepressant medication effects (e.g. make "high" or giddy) 	<ul style="list-style-type: none"> • Provide simple, easy-to-use educational materials to older adults and their family members like those available through NIMH • Offer educational videos about depression in late life • Involve family in patient teaching, particularly younger family members who may have different life experiences related to depression and its treatment • Emphasize depression as a medical, not mental, illness that must be treated like any other disorder

Sources: (IMPACT, 2007; NIH, 2014; Thota, et al., 2012; Unutzer, et al., 2002)

(cité dans Smith et al., 2015)

A7 – Outils de dépistage les plus couramment utilisés

Outils	Description
PHQ-9	<p>Le Patient Health Questionary est un outil auto-évaluatif développé par Kroenke, Spitzer, Williams et al., en 2002. Il a été établi à partir des critères diagnostic du DSM-IV. Il s'agit d'une échelle de mesure Likert (0-3) à 9 items (selon le format) destinée à mesurer la présence et la sévérité des troubles dépressifs. Plus le score est élevé plus la dépression est présente et sévère (Calmus et al., 2022).</p> <p>Aux Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) le PHQ-9 est utilisé dans son format à 2 items (PHQ-2) pour le dépistage de la dépression lors de nouvelles entrées. Le PHQ-2, avec une sensibilité de 83% et une spécificité de 90% permettrait de détecter la plupart des épisodes dépressifs. Si le patient répond oui à une des deux questions, les investigations sont poursuivies avec un questionnaire de dépistage complet (PHQ-9). (Silva Texeira & Benerike Kamdem, 2022).</p> <p>Le PHQ-9 a pour limite d'avoir une sensibilité qui diminue et une spécificité qui augmente avec des scores plus élevés. Inoue et al. (2012) recommande une utilisation du PHQ-9 uniquement pour le dépistage.</p> <p>Enfin, ce questionnaire est largement utilisé pour son efficacité, sa facilité d'administration, et sa capacité à suivre les changements de l'état dépressif d'un patient au fil du temps.</p>
HADS	<p>La Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) est un outil d'auto-évaluation à 14 items conçu pour dépister les troubles anxieux (7 items) et dépressifs (7 items) en milieu hospitalier. L'outil a été développé en 1983 par Zigmond et Snaith. Chaque item est noté de 0 à 3. Un score de 0 à 7 indique une absence de trouble. Un score de 8 à 10 indique un trouble possible. Un score de 11 à 21 indique un trouble certain (Zigmond & Snaith, 1983).</p> <p>Le HAD pour l'anxiété a une sensibilité de 90% et une spécificité de 85%. Le HAD pour la dépression a une sensibilité de 83% et une spécificité de 82%. Le HAD est efficace pour dépister l'anxiété et la dépression, mais elle ne prend pas en compte les idées suicidaires et peut parfois générer des faux positifs, en particulier dans les contextes où l'anxiété et la dépression coexistent avec d'autres troubles psychologiques. De plus, les réponses peuvent être influencées par le désir de se conformer aux attentes sociales ou par une mauvaise compréhension des questions (Zigmond & Snaith, 1983).</p>
BDI	<p>Le Beck Depression Inventory (BDI) est l'un des questionnaires d'auto-évaluation les plus largement utilisés pour mesurer la sévérité des symptômes dépressifs. Il a été développé par le psychiatre Aaron T. Beck en 1961 et révisé en 1996 (BDI-II). Le BDI comprend 21 items évaluant différents symptômes de la dépression, comme l'humeur, la culpabilité, les pensées suicidaires ou les troubles du sommeil. Chaque item est coté de 0 à 3 selon la gravité du symptôme, permettant d'obtenir un score total entre 0 et 63. Le BDI est utilisé</p>

par les professionnels de santé, notamment les médecins généralistes et les psychiatres, pour dépister la dépression chez les enfants, adolescents et adultes. Le BDI permet d'identifier rapidement les personnes susceptibles de souffrir d'un trouble dépressif, afin de les orienter vers une évaluation diagnostique plus approfondie. Ses qualités psychométriques en font un outil de dépistage fiable et valide (Zelter, 2008 ; Silva Teixeira & Benerike Kamdem, 2022)

Enfin, le Beck Depression Inventory est un questionnaire reconnu et largement utilisé par les professionnels de santé pour dépister la dépression chez différentes populations.

Spécifique à la personne âgée

GDS

La Geriatric Depression Scale est un questionnaire d'auto-évaluation spécifiquement conçu pour dépister la dépression chez les personnes âgées. Elle a été développée en 1983 par Yesavage et al. sous un format de 30 questions. Elle existe en versions abrégées de 4, 5 ou 15 items. La personne répond par "oui" ou "non" selon la façon dont elle s'est sentie la semaine précédente. Un score total est calculé, permettant de classer la sévérité de la dépression en trois niveaux : normal, dépression légère à modérée, ou dépression grave. Le GDS à 30 questions est sensible à 75.3% et a une spécificité de 77%. Le GDS à 15 questions est sensible à 80.5% et a une spécificité de 75%. (CNFS, 2018)

La GDS est largement utilisée par les professionnels de santé pour dépister la dépression chez les personnes âgées en milieu ambulatoire et hospitalier. Elle peut être administré par des infirmiers lors des évaluations initiales lors de l'institutionnalisation.

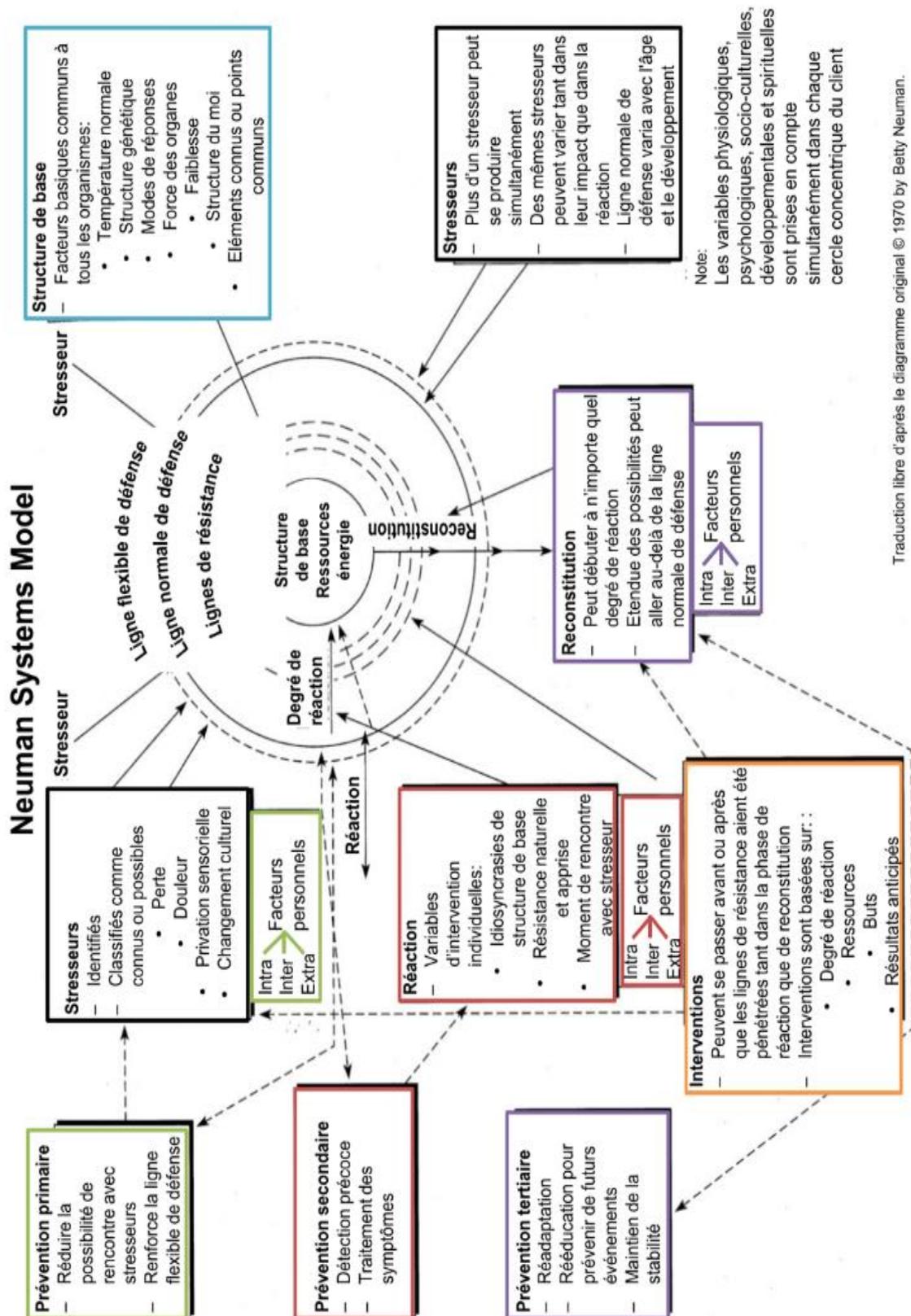
C'est l'outil de dépistage le plus répandu et adéquat dans cette population. La GDS permet d'identifier rapidement les personnes âgées susceptibles de souffrir d'un trouble dépressif, afin de les orienter vers une évaluation diagnostique plus approfondie.

Ses qualités psychométriques en font un outil de dépistage fiable et valide dans la population gériatrique (Yesavage et al., 1982). Les quatre formes de la GDS ont une sensibilité et une spécificité élevées pour le dépistage de la dépression chez les personnes âgées. Les formes plus courtes de la GDS (GDS 15, GDS 10) présentent une meilleure précision diagnostique comparativement à la GDS 30. Les versions plus courtes de la GDS peuvent être utilisées pour le dépistage de la dépression en soins primaires (Krishnamoorthy et al., 2020)

L'outil a une validité limitée chez les personnes âgées avec troubles cognitifs. La langue doit être adaptée à l'utilisateur (résidents, patients) par soucis d'accessibilité culturelle. La version longue à 15 questions peut s'avérer trop longue et complexe pour certaines personnes âgées très fragiles ou présentant des troubles cognitifs modéré à sévère. (CNFS, 2018). Elle ne mesure pas non plus le risque suicidaire. Bien que la GDS ait une bonne sensibilité, elle peut aussi générer des faux positifs, c'est-à-dire identifier à tort certaines personnes comme dépressives. La GDS ne permet pas toujours de bien distinguer les

	<p>symptômes dépressifs des autres troubles psychologiques liés au vieillissement, comme l'anxiété ou le deuil. Elle doit être combiné à d'autre évaluation (Thomas et al., 2008).</p>
<p>EDDI</p>	<p>Echelle de dépistage de la dépression en institution est un outil de dépistage de la dépression spécifiquement conçu pour les personnes âgées en établissements médico-social. Il a été développé en 2010 par un groupe d'experts psychogéiatres à partir de l'évaluation de 328 patients. Il s'agit d'une échelle hétéro-évaluative qui prend en compte la symptomatologie polymorphe. L'EDDI comprend 16 items dichotomiques (oui/non) évaluant différents symptômes dépressifs comme la tristesse, le manque d'énergie ou les troubles du sommeil. Chaque symptôme observé est compté comme un point. Un score total supérieur à 5/6 indique une forte probabilité de dépression. L'échelle est appliquée par les équipes soignantes qui évaluent les résidents selon différents critères comportementaux et psychologiques. Les patients sont évalués sur des éléments tels que le découragement, le pessimisme, les plaintes physiques, le manque d'énergie, etc. L'outil a Une sensibilité de 86,5% et une spécificité de 85,1% pour le seuil de 5/6. L'outil a un temps de passation court (3 minutes en moyenne). Cependant, l'EDDI présente aussi certaines limites. La validité diagnostique est réduite chez les personnes âgées avec troubles cognitifs importants. Il est difficile d'utilisation pour les patients très fragiles ou présentant des déficits sévères. Il peut produire de faux positifs. Il manque de spécificité pour différencier la dépression d'autres troubles psychologiques liés au vieillissement. L'évaluation peut être biaisée par les stéréotypes (âge, culture, genre) (Serra & Giardini, 2013 ; Prado Jean, 2010).</p> <p>L'administration de l'EDDI nécessite une formation spécifique visant à donner les moyens à l'infirmier-ère d'administrer le test et d'en interpréter correctement les résultats. (Prado Jean, 2010).</p>
<p>CSDD</p>	<p>La Cornell Scale for Depression in Dementia est un outil hétéroévaluatif développé en 1988 par Alexopoulos. Elle est concue pour dépister la dépression chez les personnes atteintes de démence ou de troubles cognitifs modérés à sévères (Alexopoulos et al., 1988).</p> <p>L'Echelle comprend 19 items quotté de 0 (absent) à 2 (sévère) évaluant les symptômes dépressifs. Le score total est sur 30 points. Un score inférieur à 8 indique une absence de dépression. Un score supérieur indique un épisode dépressif mineur à majeure (>24). Elle s'utilise en entretien semi-structuré d'environ 20-30 minutes avec le patient et/ou proche aidant. L'outil a une sensibilité de 93% et une spécificité de 97% pour le seuil de 10, ce qui en fait un instrument fiable pour le dépistage de la dépression chez les personnes âgées atteintes de démence. La validité diagnostique peut être réduite chez les personnes âgées avec un trouble cognitif avancés. La CSDD peut produire de faux positifs, notamment en présence de symptômes somatiques liés à d'autres pathologies. Il peut être difficile à utiliser pour les patients très fragiles ou présentant des déficits sévères (Alexopoulos et al., 1988).</p>

A8 – Modèle du système de Neuman



A9 – Méthode PICO

PICO	Synonyme français	Traduction HeTOP	Descripteur MeSH PubMed	Descripteur MH CINAHL
P : Personne âgée en EMS	Ainé, ancien, sujet âgé, senior, adulte âgé, adulte âgé de 65 ans et plus	Aged, elderly,	"aged"[MeSH Terms]	Aged,
	Maison de retraite médicalisée, résidence médicalisée pour personnes âgées	Geriatric long-term care facilities, Home* old age, Housing senior, old age home, Residential aged care facility, senior housing, nursing home	"residential facilities"[MeSH Terms], "nursing homes"[MeSH Terms]"health facilities"[MeSH Terms]"skilled nursing facilities"[MeSH Terms] Long-Term* care	Community Health Centers, Senior Centers, residential facilities, nursing homes, skilled nursing facilities, Health facilities
I : Évaluation infirmière	Évaluation des besoins en soins infirmiers, diagnostique infirmier	Nursing assessment, nursing diagnosis,	"nursing process"[MeSH Terms] , "nursing assessment"[MeSH Terms] "Nurse-Patient Relations"[Mesh]	Nursing assessment, nursing diagnosis, Nursing process, Nurse-patient relations
C : pratique standard	Norme de références	Reference standards	"standard of care"[MeSH Terms] "process assessment, health care"[MeSH Terms]	Process assessment health care, Quality assessment, Outcome assessment, diagnostic test routine
O : Détection précoce de la dépression	Diagnostic précoce, dépistage précoce de maladie	Early diagnosis, Disease early detection,	"symptom assessment"[MeSH Terms] "prodromal symptoms"[MeSH Terms] "Early Diagnosis"[Mesh]	Early diagnosis
	Dépression, symptôme dépressif	Depression*, Depressive symptom	"depression"[MeSH Terms] "depressive disorder"[MeSH Terms] "signs and symptoms" [MeSH Terms]	Depression

A10 – Equations de recherches

Equations		Résultats sans filtre	Résultats avec filtres	
PubMed	((((aged[MeSH Terms]) AND (facilities, residential[MeSH Terms])) OR (nursing homes[MeSH Terms])) AND (nursing process[MeSH Terms])) OR (nursing assessment[MeSH Terms])) AND (depressive symptom[MeSH Terms]))	365	30ans, English, French, aged 65+ et 80+	154
	(((depression OR depressive disorder [MeSH Terms]) OR (depression recognition[Title/Abstract])) AND ((nursing diagnosis[MeSH Terms]) OR (nursing diagnos*[Title/Abstract]))) AND ((nursing homes[MeSH Terms]) OR (nursing home*[Title/Abstract]))	11	/	/
CINAHL	MH aged AND MH residential facilities AND MH nursing assessment OR MH nursing diagnosis AND MH (depression or depressive disorder or depressive symptoms or major depressive disorder) OR MH depression AND MH nursing home	79	Geographic Subset: Europe; Language: English; Age Groups: Aged: 65+ years	10
	MH depression AND (MH nursing diagnosis OR AB nursing diagnos*) AND MH nursing homes	100	10 ans	32

A11 – Sélection des articles

Equation de recherche		Nombre de résultats trouvés	Nombre d'articles exclus par les filtres	Nombre d'article exclus par titre	Articles lus	Articles retenus	Dernière date de consultation
PubMED	((((aged[MeSH Terms]) AND (facilities, residential[MeSH Terms])) OR (nursing homes[MeSH Terms]) AND (nursing process[MeSH Terms])) OR (nursing assessment[MeSH Terms]) AND (depressive symptom[MeSH Terms]))	365	211	207	4	4	16.06.2024
	((depression OR depressive disorder [MeSH Terms]) OR (depression recognition[Title/Abstract])) AND ((nursing diagnosis[MeSH Terms]) OR (nursing diagnos*[Title/Abstract])) AND ((nursing homes[MeSH Terms]) OR (nursing home*[Title/Abstract]))	11	0	7	4	2	16.06.2024
CINAHL	MH aged AND MH residential facilities AND MH nursing assessment OR MH nursing diagnosis AND MH (depression or depressive disorder or depressive symptoms or major depressive disorder) OR MH depression AND MH nursing home	79	10	10	0	0	16.06.2024
	MH depression AND (MH nursing diagnosis OR AB nursing diagnos*) AND MH nursing homes	100	68	67	1	0	16.06.2024

A12 – Grille de lecture critique pour article quantitatif / qualitatif

Inspirée du « Guide pour la critique d'une publication de recherche quantitative » de Fortin & Gagnon (2016).

Ryden, M. B., Snyder, M., Gross, C. R., Savik, K., Pearson, V., Krichbaum, K., & Mueller, C. (2000). Value-Added outcomes. *the Gerontologist*, 40(6), 654–662. <https://doi.org/10.1093/geront/40.6.654>

Éléments d'évaluation	Questions fondamentales à poser pour faire une critique des publications de recherche	Réponses
TITRE	<ul style="list-style-type: none"> Le titre précise-t-il clairement les concepts clés et la population étudiée ? 	Les concepts clés sont claires, le contexte d'étude est clair, mais la population cible n'est pas explicite.
RÉSUMÉ	<ul style="list-style-type: none"> Le résumé synthétise-t-il clairement les grandes lignes de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ? 	En partie, le problème n'est pas clair. Le but est clairement défini, la méthode est mentionnée, et les résultats sont résumés. L'avis du chercheur est exposé.
INTRODUCTION / PROBLÉMATIQUE		
Énoncé du problème de recherche	<ul style="list-style-type: none"> Quel est le problème ou le sujet de l'étude ? Est-il clairement formulé ? Le problème est-il justifié dans le contexte des connaissances actuelles ? Le problème a-t-il une signification particulière pour la discipline concernée ? 	<p>Au États-Unis, la majorité des soins prodigués dans les EMS sont délivrés par des infirmières non qualifiées ou non autorisées. L'étude cherche à montrer scientifiquement par des protocoles à base scientifique que les infirmières en pratique avancée ont une formation qui peut améliorer la qualité des soins en établissement de soins de longue durée. La mesure est faite à partir des résultats obtenus sur le traitement de l'incontinence, les plaies de pression, la dépression et les comportements agressifs chez des résidents nouvellement admis.</p> <p>Les connaissances datent des années 90'. Le problème n'est peut-être plus actuel.</p> <p>Oui, les infirmières en pratique avancée gériatrique pourraient améliorer la qualité des soins.</p>
Recension des écrits	<ul style="list-style-type: none"> Les travaux de recherche antérieurs sont-ils pertinents et rapportés de façon critique ? 	Oui, l'article cite des références qui ont étudié l'efficacité des infirmières praticiennes gériatriques sur la qualité des

	<ul style="list-style-type: none"> • La recension fournit-elle une synthèse de l'état de la question par rapport au problème de recherche ? • La recension s'appuie-t-elle principalement sur des sources primaires ? 	<p>soins. L'article dit que la littérature scientifique sur le sujet augmente mais reconnaît le manque encore de preuve scientifique.</p> <p>Le problème de recherche s'inscrit bien dans ce qui a été recensé pour la problématique.</p> <p>Oui, les sources sont primaires.</p>
Cadre de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Les concepts sont-ils mis en évidence et définis sur le plan conceptuel ? • Un cadre théorique ou conceptuel est-il explicite ou incorporé à la recension des écrits ? Est-il lié au but de l'étude ? • L'absence d'un cadre de recherche est-elle justifiée ? 	<p>Les concepts clés sont clairement mis en évidence.</p> <p>Oui, l'article explicite l'utilisation du modèle conceptuel de Havelock pour l'application de problèmes clinique au travail pratique des infirmières (model of effective research utilization)</p>
Questions de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Les questions de recherche ou les hypothèses sont-elles clairement énoncées, incluant les variables clés et la population à l'étude ? • Les questions de recherche ou les hypothèses reflètent-elles le contenu de la recension des écrits et découlent-elles logiquement du but ? • Les variables reflètent-elles les concepts précisés dans le cadre de recherche ? 	<p>Oui, les hypothèses sont clairement définies, inclut les variables (protocoles appliqués par les APN et résultats) et cible les résidents nouvellement admis. Elles sont cohérentes avec les écrits antérieurs.</p>
MÉTHODE		
Considérations éthiques	<ul style="list-style-type: none"> • Les moyens pris pour préserver les droits des participant-e-s sont-ils adéquats ? • L'étude a-t-elle été conçue de manière à minimiser les risques et à maximiser les bénéfices pour les participants ? 	<p>Oui, les résidents ont donné leur consentement pour l'étude. Mais l'article ne mentionne pas si un comité d'éthique a approuvé l'étude. Les risques restent néanmoins très faibles en raison du but de l'étude.</p>
Population, échantillon et milieu	<ul style="list-style-type: none"> • La population visée est-elle définie de façon précise ? L'échantillon est-il décrit de façon suffisamment détaillée ? • Quelle est la méthode d'échantillonnage utilisée pour choisir les participant-e-s à l'étude ? Est-elle appropriée ? • Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminée ? Est-elle justifiée sur une base statistique ? 	<p>Oui, il s'agit de résidents nouvellement admis dans trois établissements privé et certifié, situé dans la banlieue de Minneapolis-St. Paul avec un séjour de min six mois.</p> <p>Pas de description détaillée de la population dans la partie méthode.</p> <p>Les établissements ont été aléatoirement assignés. Les cohortes sont séquentielles, trois cohortes consécutives sur une période de six mois et résident suivi pendant six mois.</p> <p>L'article ne donne aucune justification sur la taille de l'échantillonnage. La taille de l'échantillonnage reste toutefois adéquate pour des statistiques significatives.</p>

Devis de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Quelle est le devis utilisé pour l'étude ? Permet-il d'atteindre le but de l'étude ? • Le devis fournit-il un moyen d'examiner toutes les questions de recherche ou les hypothèses ? • Le choix du devis permet-il de minimiser les obstacles à la validité interne et à la validité externe dans l'étude expérimentale ? • La méthode de recherche proposée est-elle appropriée à l'étude du problème posé ? 	<p>Devis quasi-expérimental. Bien que les variables ne soient pas toutes contrôlables, l'étude permet de comparer efficacement les résultats cliniques entre les résidents bénéficiant de l'intervention du groupe contrôle (soins habituels). Les pratiques spécifiques du personnel interne pourraient introduire des variations non contrôlées dans les résultats.</p> <p>Oui, la méthode est appropriée en raison de : longitudinale, assignation aléatoire des établissements, mesures spécifiques des problèmes.</p>
Mesure des variables et Collecte de données	<ul style="list-style-type: none"> • Les variables sont-elles définies de façon conceptuelle ? • Les instruments de mesure sont-ils clairement décrits et appropriés (questionnaires, type d'échelles) ? • L'auteur-e indique-t-il-elle si les instruments de mesure ont été créés pour les besoins de l'étude ou s'ils sont importés ? • La fidélité et la validité des outils de mesure sont-elles évaluées ? les résultats sont-ils présentés ? Y a-t-il lieu d'améliorer la fidélité et la validité des mesures ? 	<p>Les variables sont conceptuellement définies. Les instruments de mesures sont décrits et appropriés. Les instruments sont importés pour l'étude. Ils sont valides et fidèles.</p>
Conduite de la recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Le processus de collecte de données est-il décrit clairement ? • Les données ont-elles été recueillies de manière à minimiser les biais en faisant appel à du personnel compétent ? • Si l'étude comporte une intervention (variable indépendante), celle-ci est-elle clairement décrite et appliquée de façon constante ? 	<p>Le processus de collecte de données est clairement décrit. Les données ont été recueillies par des assistant de recherche ou par du personnel infirmier du Home (incontinence). Un biais d'observation est possible (pour l'interprétation des résultats). L'intervention des APN est clairement décrite et appliquée de manière constante.</p>
Analyse des données	<ul style="list-style-type: none"> • Les méthodes d'analyse statistique utilisées sont-elles précisées pour répondre à chaque question ou pour vérifier chaque hypothèse ? • Les méthodes d'analyse statistique utilisées sont-elles appropriées au niveau de mesure des variables et à la comparaison entre les groupes ? • Les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats sont-ils pris en considération dans les analyses ? 	<p>Oui, l'article répond à chaque hypothèse en utilisant le tests t, ANOVA et régression multivariée. Les méthodes utilisées sont appropriées au niveau des mesures des variables et pour les comparaisons entre les groupes les analyses prennent en compte les facteurs susceptibles d'influencer les résultats.</p>
RÉSULTATS		
Présentation des résultats	<ul style="list-style-type: none"> • Les résultats sont-ils adéquatement présentés à l'aide de tableaux et de figures ? 	<p>Oui, les résultats sont adéquatement présentés. Des tableaux illustrent les différents groupes de traitements. Les résultats montrés sont significatifs. Et démontre un impact positif sur</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Quelles sont les informations présentées dans les tableaux et les figures ? • Les résultats sont-ils significatifs d'un point de vue statistique et clinique ? 	les interventions des APN sur les résultats cliniques des résidents.
DISCUSSION		
Interprétation des résultats	<ul style="list-style-type: none"> • Les résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre de recherche et pour chacune des questions ou des hypothèses ? • Les résultats concordent-ils avec les études antérieures menées sur le même sujet ? • L'interprétation et les conclusions sont-elles conformes aux résultats d'analyses ? • Les limites de l'étude ont-elles été établies ? • Les conclusions découlent-elles logiquement des résultats ? • Quelles sont les conséquences des résultats de l'étude pour la discipline ou la pratique clinique ? • L'auteur-e fait-il-elle des recommandations pour les recherches futures ? 	Les résultats sont interprétés selon le cadre de recherche. Ils concordent avec les études antérieures. Les conclusions sont conformes avec les résultats des analyses. Les limites sont établies. Les résultats ont des conséquences significatives pour la pratique clinique. Des recommandations sont faites pour des recherches futures.

Fortin, M. J., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives* (3 édition ed.). Montréal : Chenelière éducation.

Teresi, J., Abrams, R., Holmes, D., Ramirez, M., & Eimicke, J. (2001). Prevalence of depression and depression recognition in nursing homes. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 36(12), 613-620. <https://doi.org/10.1007/s127-001-8202-7>

Éléments d'évaluation	Questions fondamentales à poser pour faire une critique des publications de recherche	Réponses
TITRE	<ul style="list-style-type: none"> Le titre précise-t-il clairement les concepts clés et la population étudiée ? 	Oui, le titre précise clairement les concepts et la population étudiée.
RÉSUMÉ	<ul style="list-style-type: none"> Le résumé synthétise-t-il clairement les grandes lignes de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ? 	Oui, le problème, la méthode, les résultats et la discussion sont clairement synthétisés.
INTRODUCTION / PROBLÉMATIQUE		
Énoncé du problème de recherche	<ul style="list-style-type: none"> Quel est le problème ou le sujet de l'étude ? Est-il clairement formulé ? Le problème est-il justifié dans le contexte des connaissances actuelles ? Le problème a-t-il une signification particulière pour la discipline concernée ? 	Le problème est clairement formulé. L'étude s'intéresse à la prévalence de la dépression dans les homes et à la capacité du personnel à reconnaître la dépression chez les résidents. Bien que datant de 2001, le sujet reste d'actualité. Les enjeux actuels sont concernés la pratique infirmière en sa qualité de promesse de la santé.
Recension des écrits	<ul style="list-style-type: none"> Les travaux de recherche antérieurs sont-ils pertinents et rapportés de façon critique ? La recension fournit-elle une synthèse de l'état de la question par rapport au problème de recherche ? La recension s'appuie-t-elle principalement sur des sources primaires ? 	Oui, les travaux sont pertinents et mettent en évidence les limites de l'étude. Oui, la recension apporte des éléments clés pour l'état du problème actuel. Oui, la recension s'appuie principalement sur des sources primaires (et des revues).
Cadre de recherche	<ul style="list-style-type: none"> Les concepts sont-ils mis en évidence et définis sur le plan conceptuel ? Un cadre théorique ou conceptuel est-il explicite ou incorporé à la recension des écrits ? Est-il lié au but de l'étude ? L'absence d'un cadre de recherche est-elle justifiée ? 	Oui, les concepts sont définis sur le plan conceptuel. L'article utilise un cadre théorique basé sur des modèles de détection et de traitement de la dépression, ainsi que des approches psychométriques pour l'évaluation des symptômes dépressifs liés au but de l'étude.
Questions de recherche	<ul style="list-style-type: none"> Les questions de recherche ou les hypothèses sont-elles clairement énoncées, incluant les variables clés et la population à l'étude ? Les questions de recherche ou les hypothèses reflètent-elles le contenu de la recension des écrits et découlent-elles logiquement du but ? Les variables reflètent-elles les concepts précisés dans le cadre de recherche ? 	Oui, les questions de recherche ou les hypothèses sont clairement énoncées, avec les variables clés et la population à l'étude bien définies. Oui, les questions et hypothèses reflètent le contenu de la recension et découlent logiquement du but. Les variables reflètent les concepts précisés dans le cadre de la recherche.
MÉTHODE		

<p>Considérations éthiques</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Les moyens pris pour préserver les droits des participant-e-s sont-ils adéquats ? • L'étude a-t-elle été conçue de manière à minimiser les risques et à maximiser les bénéfices pour les participants ? 	<p>L'étude sous-entend l'obtention d'un consentement auprès des participants, mais ne l'explique pas. L'étude a été conçue pour minimiser les risques et maximiser les bénéfices pour les patients.</p>
<p>Population, échantillon et milieu</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La population visée est-elle définie de façon précise ? L'échantillon est-il décrit de façon suffisamment détaillée ? • Quelle est la méthode d'échantillonnage utilisée pour choisir les participant-e-s à l'étude ? Est-elle appropriée ? • Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminée ? Est-elle justifiée sur une base statistique ? 	<p>Oui, la population est définie de façon précise, de même pour l'échantillon ciblant six maisons de repos dans la région métropolitaine de New York et un échantillon aléatoire de 55 résidents (non remplaçable) dans chaque établissement. La justification statistique de la taille de l'échantillon n'est pas explicitement mentionnée dans le texte. Toutefois, la taille de l'échantillon de 319 résidents semble adéquate pour les objectifs de l'étude.</p>
<p>Devis de recherche</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Quelle est le devis utilisé pour l'étude ? Permet-il d'atteindre le but de l'étude ? • Le devis fournit-il un moyen d'examiner toutes les questions de recherche ou les hypothèses ? • Le choix du devis permet-il de minimiser les obstacles à la validité interne et à la validité externe dans l'étude expérimentale ? • La méthode de recherche proposée est-elle appropriée à l'étude du problème posé ? 	<p>Oui, le devis descriptif transversal permet d'atteindre le but de l'étude. Oui, le devis permet d'examiner toutes les hypothèses de l'étude. Le choix du devis permet de minimiser certains obstacles à la validité interne et à la validité externe, bien que le devis transversal ait des limitations inhérentes à l'établissement de relations causales. Oui, la méthode proposée est appropriée.</p>
<p>Mesure des variables et Collecte de données</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Les variables sont-elles définies de façon conceptuelle ? • Les instruments de mesure sont-ils clairement décrits et appropriés (questionnaires, type d'échelles) ? • L'auteur-e indique-t-il-elle si les instruments de mesure ont été créés pour les besoins de l'étude ou s'ils sont importés ? • La fidélité et la validité des outils de mesure sont-elles évaluées ? les résultats sont-ils présentés ? Y a-t-il lieu d'améliorer la fidélité et la validité des mesures ? 	<p>Oui, les variables sont définies de façon conceptuelle. Oui, les instruments sont clairement décrits et appropriés. L'auteur renvoie le lecteur sur d'autre étude pour comprendre plus en détail l'outil CARE, qui est importé et probablement validé. La fidélité et la validité des outils de mesure sont implicitement soutenues, mais des résultats spécifiques ne sont pas présentés. Une discussion plus détaillée serait bénéfique.</p>
<p>Conduite de la recherche</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Le processus de collecte de données est-il décrit clairement ? • Les données ont-elles été recueillies de manière à minimiser les biais en faisant appel à du personnel compétent ? • Si l'étude comporte une intervention (variable indépendante), celle-ci est-elle clairement décrite et appliquée de façon constante ? 	<p>Oui, le processus de collecte de données est décrit clairement, incluant la sélection des participants, les évaluations cognitives et les instruments de mesure utilisés. Oui, les mesures sont correctes, hormis Un biais de mesure est possible avec l'évaluation de personne non-compétence à l'outil CARE.</p>

Analyse des données	<ul style="list-style-type: none"> • Les méthodes d'analyse statistique utilisées sont-elles précisées pour répondre à chaque question ou pour vérifier chaque hypothèse ? • Les méthodes d'analyse statistique utilisées sont-elles appropriées au niveau de mesure des variables et à la comparaison entre les groupes ? • Les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats sont-ils pris en considération dans les analyses ? 	Oui, les méthodes d'analyse statistique utilisées sont précisées et permettent de vérifier chaque hypothèse. Les méthodes d'analyse statistique utilisées sont appropriées au niveau de mesure des variables et à la comparaison entre les groupes. Oui, les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats sont pris en considération dans les analyses, bien que des détails supplémentaires sur la gestion des facteurs de confusion ou des variables contrôles auraient renforcé cette section.
RÉSULTATS		
Présentation des résultats	<ul style="list-style-type: none"> • Les résultats sont-ils adéquatement présentés à l'aide de tableaux et de figures ? • Quelles sont les informations présentées dans les tableaux et les figures ? • Les résultats sont-ils significatifs d'un point de vue statistique et clinique ? 	Oui, les résultats sont adéquatement présentés à l'aide de tableaux. Les tableaux présentent la prévalence des dépressions majeures et mineures basé sur un diagnostic psychiatrique, la proportion de diagnostiqué dépressif en comparaison avec ceux reporté par le personnel, la prévalence de la reconnaissance de la dépression pour les différents âges et résident avec des impaires cognitifs. Les résultats sont significatifs d'un point de vue statistique et clinique
DISCUSSION		
Interprétation des résultats	<ul style="list-style-type: none"> • Les résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre de recherche et pour chacune des questions ou des hypothèses ? • Les résultats concordent-ils avec les études antérieures menées sur le même sujet ? • L'interprétation et les conclusions sont-elles conformes aux résultats d'analyses ? • Les limites de l'étude ont-elles été établies ? • Les conclusions découlent-elles logiquement des résultats ? • Quelles sont les conséquences des résultats de l'étude pour la discipline ou la pratique clinique ? • L'auteur-e fait-il-elle des recommandations pour les recherches futures ? 	Oui, les résultats sont interprétés selon le cadre et pour chaque hypothèses et questions et concordent avec es études antérieures. Oui, l'interprétation et les conclusions sont conformes aux résultats d'analyses. L'étude mentionne des biais potentiels, comme le biais de sélection dû aux refus de participation et le biais de mesure lié à la reconnaissance de la dépression par le personnel non clinique. Limites : la dépendance partielle des évaluations psychiatriques aux données fournies par le personnel pourrait surestimer les taux de concordance et la surestimation possible des coefficients de fiabilité inter-évaluateurs en raison du fait que la majorité des évaluations ont été réalisées par un seul psychiatre. Oui, les conclusions découlent logiquement des résultats. Les résultats soulignent la nécessité de former et de sensibiliser le personnel des homes à la reconnaissance de la dépression,

		ce qui peut conduire à des améliorations dans la qualité des soins. Les auteurs recommandent des études longitudinales.
--	--	---

Fortin, M. J., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives* (3 édition ed.). Montréal : Chenelière éducation.

Lima, F. E. T., Araújo, T. L. de, Serafim, E. C. G., & Custódio, I. L. (2010). Nursing consultation protocol for patients after myocardial revascularization : Influence on anxiety and depression. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18, 331-338. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692010000300006>

Éléments d'évaluation	Questions fondamentales à poser pour faire une critique des publications de recherche	Réponses
TITRE	<ul style="list-style-type: none"> Le titre précise-t-il clairement les concepts clés et la population étudiée ? 	Oui, les concepts clés et la population sont précisés dans le titre
RÉSUMÉ	<ul style="list-style-type: none"> Le résumé synthétise-t-il clairement les grandes lignes de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ? 	Oui, le résumé synthétise les grandes lignes de l'étude
INTRODUCTION / PROBLÉMATIQUE		
Énoncé du problème de recherche	<ul style="list-style-type: none"> Quel est le problème ou le sujet de l'étude ? Est-il clairement formulé ? Le problème est-il justifié dans le contexte des connaissances actuelles ? Le problème a-t-il une signification particulière pour la discipline concernée ? 	Le problème est la dépression et l'anxiété suivant la revascularisation cardiaque engendrant des frais et des séjours prolongés en hôpital. Le problème est clairement formulé. Il est justifié dans le contexte. Oui, il est significatif
Recension des écrits	<ul style="list-style-type: none"> Les travaux de recherche antérieurs sont-ils pertinents et rapportés de façon critique ? La recension fournit-elle une synthèse de l'état de la question par rapport au problème de recherche ? La recension s'appuie-t-elle principalement sur des sources primaires ? 	Oui, ils sont pertinents et rapportés de manière critiques. Une synthèse est donnée et révèle une absence de ce type d'étude. Oui les recension écrites sont principalement primaires.
Cadre de recherche	<ul style="list-style-type: none"> Les concepts sont-ils mis en évidence et définis sur le plan conceptuel ? Un cadre théorique ou conceptuel est-il explicite ou incorporé à la recension des écrits ? Est-il lié au but de l'étude ? L'absence d'un cadre de recherche est-elle justifiée ? 	Les concepts sont partiellement décrits. Le cadre théorique est implicite. Il est relié au but de l'étude.
Questions de recherche	<ul style="list-style-type: none"> Les questions de recherche ou les hypothèses sont-elles clairement énoncées, incluant les variables clés et la population à l'étude ? Les questions de recherche ou les hypothèses reflètent-elles le contenu de la recension des écrits et découlent-elles logiquement du but ? Les variables reflètent-elles les concepts précisés dans le cadre de recherche ? 	Oui, elles le sont et incluent les variables et la population. Le but est logiquement déduit de la question de recherche. Les concepts les variables mesurées (anxiété et dépression) reflètent clairement les concepts précisés dans le cadre de recherche et sont alignés avec les objectifs de l'étude.
MÉTHODE		

<p>Considérations éthiques</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Les moyens pris pour préserver les droits des participant-e-s sont-ils adéquats ? • L'étude a-t-elle été conçue de manière à minimiser les risques et à maximiser les bénéfices pour les participants ? 	<p>L'étude a été approuvée par un comité d'éthique (n°292/05) et tous les participants ont signé un formulaire de consentement éclairé. La confidentialité et l'anonymat des participants ont été garantis. Oui, l'étude a été conçue pour minimiser les risques et maximiser les bénéfices.</p>
<p>Population, échantillon et milieu</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La population visée est-elle définie de façon précise ? L'échantillon est-il décrit de façon suffisamment détaillée ? • Quelle est la méthode d'échantillonnage utilisée pour choisir les participant-e-s à l'étude ? Est-elle appropriée ? • Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminée ? Est-elle justifiée sur une base statistique ? 	<p>La population et l'échantillon est clairement définie et comprend les critères d'inclusion et d'exclusion. L'étude utilise une méthode d'échantillonnage aléatoire. Elle est appropriée pour réduire les biais. La petite taille de l'échantillon est justifiée par la méthode, mais pas statistiquement.</p>
<p>Devis de recherche</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Quelle est le devis utilisé pour l'étude ? Permet-il d'atteindre le but de l'étude ? • Le devis fournit-il un moyen d'examiner toutes les questions de recherche ou les hypothèses ? • Le choix du devis permet-il de minimiser les obstacles à la validité interne et à la validité externe dans l'étude expérimentale ? • La méthode de recherche proposée est-elle appropriée à l'étude du problème posé ? 	<p>C'est un essai clinique randomisé, approprié pour évaluer l'efficacité du protocole de consultation infirmière sur des résultats mesurables (anxiété et dépression). Il permet d'atteindre efficacement le but de l'étude et d'examiner la question. La validité externe est limitée par le fait que l'étude est menée sur un seul hôpital. Oui, elle est appropriée.</p>
<p>Mesure des variables et Collecte de données</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Les variables sont-elles définies de façon conceptuelle ? • Les instruments de mesure sont-ils clairement décrits et appropriés (questionnaires, type d'échelles) ? • L'auteur-e indique-t-il-elle si les instruments de mesure ont été créés pour les besoins de l'étude ou s'ils sont importés ? • La fidélité et la validité des outils de mesure sont-elles évaluées ? les résultats sont-ils présentés ? Y a-t-il lieu d'améliorer la fidélité et la validité des mesures ? 	<p>Oui, les variables sont définies de façons conceptuelles. La HAD est clairement décrite et son utilisation aussi. Oui, l'auteur indique que l'instrument est importé, reconnu et validé pour ce que l'étude cherche à mesurer.</p>
<p>Conduite de la recherche</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Le processus de collecte de données est-il décrit clairement ? • Les données ont-elles été recueillies de manière à minimiser les biais en faisant appel à du personnel compétent ? • Si l'étude comporte une intervention (variable indépendante), celle-ci est-elle clairement décrite et appliquée de façon constante ? 	<p>Le processus de collecte de données est défini. Ce sont les infirmières compétentes qui ont fait passer le test. Oui, le protocole de consultation infirmière est clairement décrit. Les patients du groupe d'intervention ont reçu des consultations infirmières structurées à un, deux, quatre et six mois après l'intervention, en plus des soins médicaux habituels. Le protocole incluait des conseils sur les soins personnels et la prévention des complications. Mais pourrait être plus détaillé.</p>

Analyse des données	<ul style="list-style-type: none"> • Les méthodes d'analyse statistique utilisées sont-elles précisées pour répondre à chaque question ou pour vérifier chaque hypothèse ? • Les méthodes d'analyse statistique utilisées sont-elles appropriées au niveau de mesure des variables et à la comparaison entre les groupes ? • Les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats sont-ils pris en considération dans les analyses ? 	Oui, l'article précise avoir utilisé un logiciel Excel 2003 pour faire une analyse descriptive des données. Il y a peu de détails sur le contrôle de certains facteurs confondants potentiels, comme les traitements médicaux concomitants ou le soutien social des patients.
RÉSULTATS		
Présentation des résultats	<ul style="list-style-type: none"> • Les résultats sont-ils adéquatement présentés à l'aide de tableaux et de figures ? • Quelles sont les informations présentées dans les tableaux et les figures ? • Les résultats sont-ils significatifs d'un point de vue statistique et clinique ? 	L'article présente les résultats aux tests HAD pour l'anxiété et la dépression dans deux tableaux séparés. Les résultats se montre être statistiquement non-significatif, mais cliniquement bon.
DISCUSSION		
Interprétation des résultats	<ul style="list-style-type: none"> • Les résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre de recherche et pour chacune des questions ou des hypothèses ? • Les résultats concordent-ils avec les études antérieures menées sur le même sujet ? • L'interprétation et les conclusions sont-elles conformes aux résultats d'analyses ? • Les limites de l'étude ont-elles été établies ? • Les conclusions découlent-elles logiquement des résultats ? • Quelles sont les conséquences des résultats de l'étude pour la discipline ou la pratique clinique ? • L'auteur-e fait-il-elle des recommandations pour les recherches futures ? 	Oui, l'interprétation des résultats est rigoureuse et cohérente avec le cadre de recherche et les hypothèses initiales. Les conclusions sont logiques et basées sur les données, tout en tenant compte des limites de l'étude. Les implications pour la pratique clinique sont clairement discutées, et des recommandations pour les recherches futures sont fournies. L'étude suggère que l'introduction d'un protocole de consultations infirmières structurées dans les soins post-opératoires des patients après une revascularisation myocardique pourrait améliorer leur bien-être émotionnel.

Fortin, M. J., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives* (3 édition ed.). Montréal : Chenelière éducation.

Haddad, M., Pinfold, V., Ford, T., Walsh, B., & Tylee, A. (2018). The effect of a training programme on school nurses' knowledge, attitudes, and depression recognition skills : The QUEST cluster randomised controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 83, 1-10.

<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.04.004>

Éléments d'évaluation	Questions fondamentales à poser pour faire une critique des publications de recherche	Réponses
TITRE	<ul style="list-style-type: none"> Le titre précise-t-il clairement les concepts clés et la population étudiée ? 	Oui le titre précise clairement les concepts clés et la population ciblée
RÉSUMÉ	<ul style="list-style-type: none"> Le résumé synthétise-t-il clairement les grandes lignes de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ? 	Le résumé synthétise le problème de santé publique en lien avec la reconnaissance de la dépression, la méthode est définie comme un essai randomisé en cluster, les résultats principaux sont exposés ainsi que la discussion
INTRODUCTION / PROBLÉMATIQUE		
Énoncé du problème de recherche	<ul style="list-style-type: none"> Quel est le problème ou le sujet de l'étude ? Est-il clairement formulé ? Le problème est-il justifié dans le contexte des connaissances actuelles ? Le problème a-t-il une signification particulière pour la discipline concernée ? 	Le problème se concentre sur l'insuffisance de l'identification de la dépression chez des élèves par les infirmières scolaires. Il est formulé et justifié dans le contexte des connaissances actuelles. Ce problème est significatif pour la santé publique et de la discipline infirmière-
Recension des écrits	<ul style="list-style-type: none"> Les travaux de recherche antérieurs sont-ils pertinents et rapportés de façon critique ? La recension fournit-elle une synthèse de l'état de la question par rapport au problème de recherche ? La recension s'appuie-t-elle principalement sur des sources primaires ? 	Les travaux de recherche antérieurs sont pertinents et rapportés de façon critique. La recension fournit une synthèse adéquate de l'état de la question par rapport au problème de recherche et s'appuie principalement sur des sources primaires.
Cadre de recherche	<ul style="list-style-type: none"> Les concepts sont-ils mis en évidence et définis sur le plan conceptuel ? Un cadre théorique ou conceptuel est-il explicite ou incorporé à la recension des écrits ? Est-il lié au but de l'étude ? L'absence d'un cadre de recherche est-elle justifiée ? 	Les concepts de formation est définis sur le plan conceptuel. Un cadre conceptuel est incorporé à la recension des écrits et est lié au but de l'étude.
Questions de recherche	<ul style="list-style-type: none"> Les questions de recherche ou les hypothèses sont-elles clairement énoncées, incluant les variables clés et la population à l'étude ? 	Les questions de recherche et hypothèses sont énoncées, incluant les variables clés (compétences de reconnaissance de la

	<ul style="list-style-type: none"> • Les questions de recherche ou les hypothèses reflètent-elles le contenu de la recension des écrits et découlent-elles logiquement du but ? • Les variables reflètent-elles les concepts précisés dans le cadre de recherche ? 	dépression, attitudes) et la population à l'étude (infirmières scolaires). Elles reflètent le contenu de la recension des écrits et découlent logiquement du but de cette étude
MÉTHODE		
Considérations éthiques	<ul style="list-style-type: none"> • Les moyens pris pour préserver les droits des participant-e-s sont-ils adéquats ? • L'étude a-t-elle été conçue de manière à minimiser les risques et à maximiser les bénéfices pour les participants ? 	Les moyens pris pour préserver les droits des participants sont adéquats. L'étude est conçue de manière à minimiser les risques et à maximiser les bénéfices pour les participants.
Population, échantillon et milieu	<ul style="list-style-type: none"> • La population visée est-elle définie de façon précise ? L'échantillon est-il décrit de façon suffisamment détaillée ? • Quelle est la méthode d'échantillonnage utilisée pour choisir les participant-e-s à l'étude ? Est-elle appropriée ? • Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminée ? Est-elle justifiée sur une base statistique ? 	La population étudiée est clairement définie. Les critères de sélection sont précis, le type d'échantillonnage est pertinent et la taille de l'échantillon est justifiée.
Devis de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Quelle est le devis utilisé pour l'étude ? Permet-il d'atteindre le but de l'étude ? • Le devis fournit-il un moyen d'examiner toutes les questions de recherche ou les hypothèses ? • Le choix du devis permet-il de minimiser les obstacles à la validité interne et à la validité externe dans l'étude expérimentale ? • La méthode de recherche proposée est-elle appropriée à l'étude du problème posé ? 	Un essai randomisé en cluster a été choisi, ce qui est approprié pour répondre à la question de recherche et vérifier les hypothèses.
Mesure des variables et Collecte de données	<ul style="list-style-type: none"> • Les variables sont-elles définies de façon conceptuelle ? • Les instruments de mesure sont-ils clairement décrits et appropriés (questionnaires, type d'échelles) ? • L'auteur-e indique-t-il-elle si les instruments de mesure ont été créés pour les besoins de l'étude ou s'ils sont importés ? • La fidélité et la validité des outils de mesure sont-elles évaluées ? les résultats sont-ils présentés ? Y a-t-il lieu d'améliorer la fidélité et la validité des mesures ? 	Les instruments de mesure sont adéquats pour répondre à la question de recherche. La fidélité et la validité des instruments sont démontrées et les données sont recueillies de manière uniforme.
Conduite de la recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Le processus de collecte de données est-il décrit clairement ? • Les données ont-elles été recueillies de manière à minimiser les biais en faisant appel à du personnel compétent ? 	Le processus de collecte de données est décrit précisément. Les données ont été recueillies de manière uniforme par du personnel compétent.

	<ul style="list-style-type: none"> • Si l'étude comporte une intervention (variable indépendante), celle-ci est-elle clairement décrite et appliquée de façon constante ? 	L'intervention est spécifiée et appliquée de façon constante.
Analyse des données	<ul style="list-style-type: none"> • Les méthodes d'analyse statistique utilisées sont-elles précisées pour répondre à chaque question ou pour vérifier chaque hypothèse ? • Les méthodes d'analyse statistique utilisées sont-elles appropriées au niveau de mesure des variables et à la comparaison entre les groupes ? • Les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats sont-ils pris en considération dans les analyses ? 	Les méthodes d'analyse statistique utilisées sont précisées pour répondre à chaque question et vérifier chaque hypothèse. Elles sont appropriées au niveau de mesure des variables et à la comparaison entre les groupes. Les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats sont pris en considération.
RÉSULTATS		
Présentation des résultats	<ul style="list-style-type: none"> • Les résultats sont-ils adéquatement présentés à l'aide de tableaux et de figures ? • Quelles sont les informations présentées dans les tableaux et les figures ? • Les résultats sont-ils significatifs d'un point de vue statistique et clinique ? 	Les résultats sont adéquatement présentés à l'aide de tableaux et de figures. Les tableaux et figures présentent les données sur les compétences de reconnaissance de la dépression et les attitudes des infirmières. Les résultats sont significatifs d'un point de vue statistique et clinique.
DISCUSSION		
Interprétation des résultats	<ul style="list-style-type: none"> • Les résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre de recherche et pour chacune des questions ou des hypothèses ? • Les résultats concordent-ils avec les études antérieures menées sur le même sujet ? • L'interprétation et les conclusions sont-elles conformes aux résultats d'analyses ? • Les limites de l'étude ont-elles été établies ? • Les conclusions découlent-elles logiquement des résultats ? • Quelles sont les conséquences des résultats de l'étude pour la discipline ou la pratique clinique ? • L'auteur-e fait-il-elle des recommandations pour les recherches futures ? 	Les résultats sont interprétés en fonction du cadre de recherche et pour chacune des questions ou hypothèses. Ils concordent avec les études antérieures sur le même sujet. L'interprétation et les conclusions sont conformes aux résultats d'analyses. Les limites de l'étude sont établies. Les conclusions découlent logiquement des résultats. Les conséquences des résultats pour la pratique clinique et la discipline sont discutées, et des recommandations pour les recherches futures sont faites.

Fortin, M. J., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives* (3 édition ed.). Montréal : Chenelière éducation.

Borglin, G., Räthel, K., Paulsson, H., & Sjögren Forss, K. (2019). Registered nurses experiences of managing depressive symptoms at care centres for older people : A qualitative descriptive study. *BMC Nursing*, 18(1), 43. <https://doi.org/10.1186/s12912-019-0368-5>

Éléments d'évaluation	Questions fondamentales à poser pour faire une critique des publications de recherche	Réponses
TITRE	<ul style="list-style-type: none"> Le titre précise-il de façon succincte les concepts clés et la population étudiée ? 	Le titre précise les concepts clés abordés ainsi que la population étudiée.
RÉSUMÉ	<ul style="list-style-type: none"> Le résumé synthétise-t-il clairement les grandes lignes de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ? 	Le résumé présente le contexte du problème étant les symptômes dépressifs non diagnostiqués chez la personne âgée, la méthode est une étude qualitative descriptive, les résultats présentent : difficulté à identifier les symptômes, importance de la relation de confiance et la discussion aborde différents aspects : nécessité d'interventions infirmières appropriées et de recherche supplémentaire.
INTRODUCTION / PROBLÉMATIQUE		
Problème de recherche	<ul style="list-style-type: none"> Quel est le but de l'étude ? Le phénomène à l'étude est-il clairement défini et placé en contexte ? Le problème a-t-il une signification particulière pour la discipline concernée ? Les postulats sous-jacents à l'étude sont-ils précisés ? 	Le problème de recherche est clairement formulé. Ce problème est pertinent et significatif dans le contexte des soins infirmiers, notamment en raison de la stigmatisation et de la complexité de l'identification des symptômes chez les personnes âgées. Les postulats sous-jacents sont implicites mais bien alignés avec les objectifs de l'étude
Recension des écrits	<ul style="list-style-type: none"> L'auteur-e présente-t-il-elle l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème de l'étude ? 	La recension des écrits est bien menée, rapportant de manière critique les études antérieures pertinentes sur la dépression chez les personnes âgées. Elle fournit une bonne synthèse de l'état actuel des connaissances et s'appuie sur des sources primaires et secondaires.
Cadre de recherche	<ul style="list-style-type: none"> Les concepts sont-ils définis de façon conceptuelle ? Un cadre conceptuel a-t-il été défini ? Si oui, est-il justifié et décrit de façon adéquate ? 	Les concepts sont bien définis. Cependant, un cadre théorique explicite n'est pas clairement

	<ul style="list-style-type: none"> • Les bases philosophiques et théorique ainsi que la méthode sous-jacente sont-elles explicitées et appropriées à l'étude ? 	mentionné, bien que l'étude s'appuie sur des concepts bien établis dans la littérature existante
Questions de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Les questions de recherche sont-elles clairement énoncées ? • Traitent-elles de l'expérience des participants, des croyances, des valeurs ou des perceptions ? • Les questions s'appuient-elles sur des bases philosophiques, sur la méthode de recherche sous-jacente ou sur un cadre conceptuel ou théorique ? 	Les questions de recherche sont clairement énoncées et reflètent logiquement le contenu de la recension des écrits. Elles incluent les variables clés et la population étudiée.
MÉTHODE		
Population, échantillon et milieu	<ul style="list-style-type: none"> • La population à l'étude est-elle décrite de façon suffisamment détaillée ? • La méthode utilisée pour accéder au site ou pour recruter les participant-e-s est-elle appropriée ? • La méthode d'échantillonnage utilisée a-t-elle permis d'ajouter des renseignements significatifs et d'atteindre les objectifs ? • La saturation des données a-t-elle été atteinte ? 	La population à est clairement définie. Les critères de sélection sont précis, le type d'échantillonnage est pertinent et la taille de l'échantillon est justifiée. La saturation des données a été atteinte après huit entretiens, ce qui a permis d'ajouter deux autres entretiens pour assurer la redondance des données.
Devis de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Quelle est l'approche utilisée pour l'étude ? • L'approche de recherche choisie est-elle conciliable avec les techniques de collecte des données ? • Y a-t-il suffisamment de temps passé sur le terrain et auprès des participants ? • La mise en œuvre du devis de recherche sur le terrain a-t-elle favorisé une compréhension progressive de la situation ? 	L'étude utilise un devis qualitatif descriptif, ce qui est approprié pour explorer les expériences des infirmières. Ce devis permet d'examiner en profondeur les questions de recherche et de minimiser les biais en s'appuyant sur des entretiens détaillés et une analyse de contenu inductive
Considérations éthiques	<ul style="list-style-type: none"> • Les moyens pris pour préserver les droits des participants sont-ils adéquats ? • L'étude a-t-elle été conçue de manière à minimiser les risques et à maximiser les bénéfices pour les participants ? 	L'étude mentionne que le consentement éclairé a été obtenu de tous les participants, respectant ainsi les considérations éthiques de base. Les risques sont minimisés et les bénéfices pour les participants maximisés.
Collecte de données	<ul style="list-style-type: none"> • Les méthodes ou les techniques de collecte de données sont-elles appropriées et convenablement décrites ? • Les questions de recherche ont-elles été bien posées ou les observations du phénomène, bien ciblées ? • Les questions et les observations ont-elles été rigoureusement consignées par la suite ? • Les données recueillies étaient-elles suffisantes et bien étayées ? 	Les variables sont définies de façon conceptuelle. Les données sont collectées à travers des entretiens semi-structurés. La fidélité et la validité sont renforcées par la saturation des données et l'analyse par plusieurs chercheurs.

Conduite de la recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Les méthodes et les techniques de collecte de données, ainsi que les procédés d'enregistrement, sont-ils bien décrits et appropriés ? • Les données ont-elles été recueillies de manières à minimiser les partis pris en faisant appel à du personnel compétent ? 	Le processus de collecte des données est décrit. Les entretiens ont été réalisés par des chercheurs expérimentés, minimisant ainsi les biais. L'étude ne comporte pas d'intervention expérimentale, mais explore plutôt les pratiques courantes des infirmières
Analyse des données	<ul style="list-style-type: none"> • Le traitement et l'analyse des données qualitatives sont-ils décrits de façon suffisamment détaillée ? • La stratégie d'analyse utilisée convient-elle à la méthode de recherche et à la nature des données ? • Le résumé des résultats est-il compréhensible et met-il en évidence les extraits rapportés ? • Les thèmes font-ils ressortir adéquatement la signification des données ? • Quelles sont les stratégies utilisées pour rehausser la crédibilité des données ? Sont-elles convenables et suffisantes ? 	L'analyse des données utilise une analyse de contenu inductive, appropriée pour une étude qualitative. Les étapes de l'analyse sont bien décrites, permettant de vérifier la rigueur du processus et de minimiser les biais. Les résultats sont résumés de manière compréhensible et les extraits des entretiens illustrent bien les thèmes identifiés. Des stratégies telles que l'analyse par plusieurs chercheurs et la discussion des résultats renforcent la crédibilité des données
RÉSULTATS		
Présentation des résultats	<ul style="list-style-type: none"> • Les thèmes ou les modèles sont-ils logiquement associés entre eux afin de bien représenter le phénomène ? • Les figures, graphiques ou modèles résument-ils efficacement les conceptualisations ? 	Les résultats sont présentés de manière narrative avec des citations directes des participants pour illustrer les thèmes identifiés. Bien que les résultats ne soient pas quantifiés, ils sont significatifs d'un point de vue clinique, mettant en évidence des aspects clés de la gestion des symptômes dépressifs chez les personnes âgées.
DISCUSSION		
Interprétation des résultats	<ul style="list-style-type: none"> • Les résultats sont-ils interprétés dans un cadre de recherche approprié ? • Les résultats sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures ? • La question du caractère transférable des conclusions est-elle soulevée ? 	<p>Les résultats sont interprétés dans un cadre de recherche approprié, utilisant une approche qualitative descriptive. Les thèmes émergents des entretiens avec les infirmières sont analysés en relation avec les concepts établis de la dépression et des soins infirmiers pour les personnes âgées.</p> <p>Les résultats sont discutés à la lumière des études antérieures, mettant en évidence des similitudes et des différences, ce qui renforce leur crédibilité. La</p>

		<p>question de la transférabilité est abordée, suggérant que bien que les expériences des infirmières puissent varier, les thèmes identifiés sont largement applicables.</p> <p>L'étude reconnaît les limitations de l'échantillon restreint et propose des recherches supplémentaires pour confirmer la transférabilité des conclusions à une plus grande échelle.</p>
<p>Conséquences et recommandations</p>	<ul style="list-style-type: none"> • L'auteur-e a-t-il-elle précisé les conséquences des résultats ? • Y a-t-il des recommandations qui suggèrent des applications pour la pratique et les recherches futures ? • Les données sont-elles suffisamment riches pour appuyer les conclusions ? 	<p>L'auteur précise les conséquences des résultats, soulignant l'importance de la formation continue des infirmières pour améliorer la reconnaissance et la gestion des symptômes dépressifs chez les personnes âgées.</p> <p>Des recommandations sont formulées pour l'application des résultats dans la pratique clinique, notamment l'intégration de formations spécifiques sur la dépression dans les programmes de développement professionnel des infirmières. L'auteur suggère également des recherches futures pour explorer davantage les interventions efficaces et renforcer la compréhension des pratiques optimales.</p> <p>Les données collectées sont suffisamment riches pour appuyer les conclusions, fournissant une base solide pour les recommandations pratiques et les orientations de recherche future.</p>

Smith, M., Stolder, M. E., Jagers, B., Liu, M. F., & Haedtke, C. (2013). Depression Training in Nursing Homes: Lessons Learned from a Pilot Study. *Issues in Mental Health Nursing*, 34(2), 90–102. <https://doi.org/10.3109/01612840.2012.723798>

Lecture qualitative Smith et al. (2019)

Éléments d'évaluation	Questions fondamentales à poser pour faire une critique des publications de recherche	Réponses
TITRE	<ul style="list-style-type: none"> Le titre précise-il de façon succincte les concepts clés et la population étudiée ? 	Le titre précise les concepts clés et la population étudiée.
RÉSUMÉ	<ul style="list-style-type: none"> Le résumé synthétise-t-il clairement les grandes lignes de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ? 	Le résumé présente le contexte du problème : la dépression chez les résidents des maisons de retraite, la méthode : étude pilote utilisant une formation autodirigée, les résultats : réductions significatives de la sévérité de la dépression ainsi qu'impact de la formation et la discussion sont synthétisées.
INTRODUCTION / PROBLÉMATIQUE		
Problème de recherche	<ul style="list-style-type: none"> Quel est le but de l'étude ? Le phénomène à l'étude est-il clairement défini et placé en contexte ? Le problème a-t-il une signification particulière pour la discipline concernée ? Les postulats sous-jacents à l'étude sont-ils précisés ? 	Le but de l'étude est d'évaluer la faisabilité d'un programme de formation autodirigée sur la dépression pour les infirmières en maison de retraite et d'évaluer les résultats liés à la dépression chez les résidents. Le phénomène de dépression est défini et justifié dans le contexte des soins en maison de retraite. Le problème est significatif car la dépression est sous-diagnostiquée et sous-traitée dans cette population. Les postulats sous-jacents incluent l'hypothèse que la formation des infirmières peut améliorer la reconnaissance et la gestion de la dépression.
Recension des écrits	<ul style="list-style-type: none"> L'auteur-e présente-t-il-elle l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème de l'étude ? 	La recension des écrits présente les connaissances actuelles sur la prévalence et la gestion de la dépression chez les résidents des maisons de retraite, mettant en évidence les

		lacunes et la nécessité d'une meilleure formation pour les infirmières.
Cadre de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Les concepts sont-ils définis de façon conceptuelle ? • Un cadre conceptuel a-t-il été défini ? Si oui, est-il justifié et décrit de façon adéquate ? • Les bases philosophiques et théorique ainsi que la méthode sous-jacente sont-elles explicitées et appropriées à l'étude ? 	Les concepts de dépression, de formation autodirigée et de soins infirmiers en maison de retraite sont définis de façon conceptuelle. Le cadre conceptuel est basé sur le modèle de soins IMPACT et les recommandations de la Consensus Statement on Improving the Quality of Mental Health Care in U.S. Nursing Homes, justifiés et décrits de manière adéquate
Questions de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Les questions de recherche sont-elles clairement énoncées ? • Traitent-elles de l'expérience des participants, des croyances, des valeurs ou des perceptions ? • Les questions s'appuient-elles sur des bases philosophiques, sur la méthode de recherche sous-jacente ou sur un cadre conceptuel ou théorique ? 	Les questions de recherche sont clairement énoncées, visant à évaluer la faisabilité du programme de formation et les résultats de la dépression chez les résidents. Elles s'appuient sur le cadre conceptuel du modèle IMPACT et la méthode qualitative descriptive.
MÉTHODE		
Population, échantillon et milieu	<ul style="list-style-type: none"> • La population à l'étude est-elle décrite de façon suffisamment détaillée ? • La méthode utilisée pour accéder au site ou pour recruter les participant-e-s est-elle appropriée ? • La méthode d'échantillonnage utilisée a-t-elle permis d'ajouter des renseignements significatifs et d'atteindre les objectifs ? • La saturation des données a-t-elle été atteinte ? 	La population à l'étude est clairement définie, incluant des infirmières et des résidents de maisons de retraite. La méthode de recrutement est appropriée, utilisant des volontaires parmi les établissements de soins. La saturation des données a été atteinte.
Devis de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Quelle est l'approche utilisée pour l'étude ? • L'approche de recherche choisie est-elle conciliable avec les techniques de collecte des données ? • Y a-t-il suffisamment de temps passé sur le terrain et auprès des participants ? • La mise en œuvre du devis de recherche sur le terrain a-t-elle favorisé une compréhension progressive de la situation ? 	L'étude utilise une approche mixte avec des mesures répétées pour explorer les questions de faisabilité et évaluer les résultats liés à la formation. Cette approche est appropriée et compatible avec les techniques de collecte de données utilisées. Le temps passé sur le terrain était suffisant pour une compréhension progressive de la situation.
Considérations éthiques	<ul style="list-style-type: none"> • Les moyens pris pour préserver les droits des participants sont-ils adéquats ? • L'étude a-t-elle été conçue de manière à minimiser les risques et à maximiser les bénéfices pour les participants ? 	L'étude a obtenu l'approbation d'un comité d'éthique universitaire et a respecté les procédures de consentement éclairé pour protéger les droits

		des participants. Les risques ont été minimisés et les bénéfices maximisés en mettant l'accent sur l'amélioration des compétences des infirmières et des soins aux résidents.
Collecte de données	<ul style="list-style-type: none"> • Les méthodes ou les techniques de collecte de données sont-elles appropriées et convenablement décrites ? • Les questions de recherche ont-elles été bien posées ou les observations du phénomène, bien ciblées ? • Les questions et les observations ont-elles été rigoureusement consignées par la suite ? • Les données recueillies étaient-elles suffisantes et bien étayées ? 	Les méthodes de collecte de données, incluant des questionnaires et des entretiens semi-structurés, sont appropriées et bien décrites. Les données recueillies sont suffisantes et bien documentées pour répondre aux questions de recherche et fournir des informations détaillées sur les résultats de la formation.
Conduite de la recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Les méthodes et les techniques de collecte de données, ainsi que les procédés d'enregistrement, sont-ils bien décrits et appropriés ? • Les données ont-elles été recueillies de manière à minimiser les partis pris en faisant appel à du personnel compétent ? 	Le processus de collecte des données est clairement décrit et les données ont été recueillies par du personnel compétent pour minimiser les biais.
Analyse des données	<ul style="list-style-type: none"> • Le traitement et l'analyse des données qualitatives sont-ils décrits de façon suffisamment détaillée ? • La stratégie d'analyse utilisée convient-elle à la méthode de recherche et à la nature des données ? • Le résumé des résultats est-il compréhensible et met-il en évidence les extraits rapportés ? • Les thèmes font-ils ressortir adéquatement la signification des données ? • Quelles sont les stratégies utilisées pour rehausser la crédibilité des données ? Sont-elles convenables et suffisantes ? 	Le traitement et l'analyse des données qualitatives sont décrits de façon détaillée. La stratégie d'analyse est appropriée à la méthode de recherche et à la nature des données. Le résumé des résultats est compréhensible et les extraits rapportés illustrent bien les thèmes identifiés. Des stratégies telles que l'analyse par plusieurs chercheurs et la discussion des résultats renforcent la crédibilité des données.
RÉSULTATS		
Présentation des résultats	<ul style="list-style-type: none"> • Les thèmes ou les modèles sont-ils logiquement associés entre eux afin de bien représenter le phénomène ? • Les figures, graphiques ou modèles résumant-ils efficacement les conceptualisations ? 	Les thèmes sont identifiés et logiquement associés de manière à représenter le phénomène. Les conceptualisations sont résumées efficacement à l'aide de figures et graphiques
DISCUSSION		
Interprétation des résultats	<ul style="list-style-type: none"> • Les résultats sont-ils interprétés dans un cadre de recherche approprié ? • Les résultats sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures ? 	Les résultats sont interprétés au regard du cadre de la recherche et des sources antérieures permettent la discussion. La transférabilité est discutée au regard du contexte de l'étude et de la population ciblée

	<ul style="list-style-type: none"> • La question du caractère transférable des conclusions est-elle soulevée ? 	
Conséquences et recommandations	<ul style="list-style-type: none"> • L'auteur-e a-t-il-elle précisé les conséquences des résultats ? • Y a-t-il des recommandations qui suggèrent des applications pour la pratique et les recherches futures ? • Les données sont-elles suffisamment riches pour appuyer les conclusions ? 	Les conséquences sont précisées en mettant en avant l'importance de la formation continue. Les résultats suggèrent une implication politique de santé publique afin de considérer le soutien aux formations. Les données mixtes offrent une compréhension approfondie du sujet

Fortin, M. J., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives* (3 édition ed.). Montréal : Chenelière éducation.

Lecture quantitative du Smith et al. (2019)

Éléments d'évaluation	Questions fondamentales à poser pour faire une critique des publications de recherche	Réponses
TITRE	<ul style="list-style-type: none"> • Le titre précise-il clairement les concepts clés et la population étudiée ? 	Le titre précise les concepts clés et la population étudiée.
RÉSUMÉ	<ul style="list-style-type: none"> • Le résumé synthétise-t-il clairement les grandes lignes de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ? 	Oui, le résumé présente le contexte du problème, la méthode, les résultats et la discussion.
INTRODUCTION / PROBLÉMATIQUE		
Énoncé du problème de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Quel est le problème ou le sujet de l'étude ? Est-il clairement formulé ? • Le problème est-il justifié dans le contexte des connaissances actuelles ? • Le problème a-t-il une signification particulière pour la discipline concernée ? 	Le problème est de déterminer la faisabilité et l'efficacité d'une formation autodirigée sur la dépression pour les infirmières en maison de retraite. Ce problème est précisément formulé. Il est justifié car la dépression est sous-diagnostiquée et sous-traitée dans les maisons de retraite. Le problème a une signification particulière pour les soins infirmiers.
Recension des écrits	<ul style="list-style-type: none"> • Les travaux de recherche antérieurs sont-ils pertinents et rapportés de façon critique ? • La recension fournit-elle une synthèse de l'état de la question par rapport au problème de recherche ? • La recension s'appuie-t-elle principalement sur des sources primaires ? 	Les travaux sont pertinents et rapportés de manière critique. La recension des écrits synthétise bien l'état de la question par rapport au problème recherché Elle s'appuie principalement sur des sources primaires.

Cadre de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Les concepts sont-ils mis en évidence et définis sur le plan conceptuel ? • Un cadre théorique ou conceptuel est-il explicite ou incorporé à la recension des écrits ? Est-il lié au but de l'étude ? • L'absence d'un cadre de recherche est-elle justifiée ? 	<p>Les concepts de dépression, de formation autodirigée et de soins infirmiers en maison de retraite sont bien définis.</p> <p>Le cadre conceptuel est présenté en lien avec les écrits et est lié au but de l'étude.</p>
Questions de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Les questions de recherche ou les hypothèses sont-elles clairement énoncées, incluant les variables clés et la population à l'étude ? • Les questions de recherche ou les hypothèses reflètent-elles le contenu de la recension des écrits et découlent-elles logiquement du but ? • Les variables reflètent-elles les concepts précisés dans le cadre de recherche ? 	<p>Les questions de recherche sont clairement énoncées et incluent les variables clés ainsi que la population à l'étude.</p> <p>Elles reflètent le contenu de la recension des écrits et découlent logiquement du but de l'étude.</p> <p>Les variables reflètent bien les concepts précisés dans le cadre de recherche.</p>
MÉTHODE		
Considérations éthiques	<ul style="list-style-type: none"> • Les moyens pris pour préserver les droits des participant-e-s sont-ils adéquats ? • L'étude a-t-elle été conçue de manière à minimiser les risques et à maximiser les bénéfices pour les participants ? 	<p>L'étude a respecté les procédures de consentement éclairé et a obtenu l'approbation du comité d'éthique. L'étude a été également conçue pour minimiser les risques et maximiser les bénéfices.</p>
Population, échantillon et milieu	<ul style="list-style-type: none"> • La population visée est-elle définie de façon précise ? L'échantillon est-il décrit de façon suffisamment détaillée ? • Quelle est la méthode d'échantillonnage utilisée pour choisir les participant-e-s à l'étude ? Est-elle appropriée ? • Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminée ? Est-elle justifiée sur une base statistique ? 	<p>La population à l'étude est définie, incluant des infirmières et des résidents de maisons de retraite. L'échantillon est décrit de manière détaillée. La méthode de recrutement est appropriée, utilisant des volontaires parmi les établissements de soins. La taille de l'échantillon est justifiée sur une base pratique et est suffisante pour atteindre les objectifs de l'étude.</p>
Devis de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Quelle est le devis utilisé pour l'étude ? Permet-il d'atteindre le but de l'étude ? • Le devis fournit-il un moyen d'examiner toutes les questions de recherche ou les hypothèses ? • Le choix du devis permet-il de minimiser les obstacles à la validité interne et à la validité externe dans l'étude expérimentale ? 	<p>L'étude utilise une approche mixte avec des mesures répétées, permettant d'atteindre le but fixé. Le devis permet d'examiner toutes les questions de recherche ou les hypothèses. Le choix du devis minimise les obstacles à la validité interne et externe. La méthode de recherche est appropriée pour étudier le problème posé.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • La méthode de recherche proposée est-elle appropriée à l'étude du problème posé ? 	
Mesure des variables et Collecte de données	<ul style="list-style-type: none"> • Les variables sont-elles définies de façon conceptuelle ? • Les instruments de mesure sont-ils clairement décrits et appropriés (questionnaires, type d'échelles) ? • L'auteur-e indique-t-il-elle si les instruments de mesure ont été créés pour les besoins de l'étude ou s'ils sont importés ? • La fidélité et la validité des outils de mesure sont-elles évaluées ? les résultats sont-ils présentés ? Y a-t-il lieu d'améliorer la fidélité et la validité des mesures ? 	<p>Les variables sont définies de manière conceptuelle. Les instruments de mesure sont clairement décrits et appropriés.</p> <p>Les instruments de mesure sont en partie importés et en partie créés pour les besoins de l'étude.</p> <p>La fidélité et la validité des outils de mesure sont évaluées et les résultats sont présentés.</p>
Conduite de la recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Le processus de collecte de données est-il décrit clairement ? • Les données ont-elles été recueillies de manière à minimiser les biais en faisant appel à du personnel compétent ? • Si l'étude comporte une intervention (variable indépendante), celle-ci est-elle clairement décrite et appliquée de façon constante ? 	<p>Le processus de collecte de données est clairement décrit. Les données ont été recueillies par du personnel compétent pour minimiser les biais. L'intervention (formation autodirigée) est décrite et appliquée de manière constante.</p>
Analyse des données	<ul style="list-style-type: none"> • Les méthodes d'analyse statistique utilisées sont-elles précisées pour répondre à chaque question ou pour vérifier chaque hypothèse ? • Les méthodes d'analyse statistique utilisées sont-elles appropriées au niveau de mesure des variables et à la comparaison entre les groupes ? • Les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats sont-ils pris en considération dans les analyses ? 	<p>Les méthodes d'analyse statistique sont précisées pour répondre à chaque question ou hypothèse.</p> <p>Les méthodes d'analyse statistique sont appropriées pour le niveau de mesure des variables et la comparaison entre les groupes. Les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats sont pris en considération dans les analyses.</p>
RÉSULTATS		
Présentation des résultats	<ul style="list-style-type: none"> • Les résultats sont-ils adéquatement présentés à l'aide de tableaux et de figures ? • Quelles sont les informations présentées dans les tableaux et les figures ? • Les résultats sont-ils significatifs d'un point de vue statistique et clinique ? 	<p>Les résultats sont présentés à l'aide de tableaux et de figures. Les tableaux et figures présentent les niveaux de dépression, les jours sans dépression, et les résultats des interventions. Les résultats sont significatifs d'un point de vue statistique et clinique.</p>
DISCUSSION		

Interprétation des résultats	<ul style="list-style-type: none"> • Les résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre de recherche et pour chacune des questions ou des hypothèses ? • Les résultats concordent-ils avec les études antérieures menées sur le même sujet ? • L'interprétation et les conclusions sont-elles conformes aux résultats d'analyses ? • Les limites de l'étude ont-elles été établies ? • Les conclusions découlent-elles logiquement des résultats ? • Quelles sont les conséquences des résultats de l'étude pour la discipline ou la pratique clinique ? • L'auteur-e fait-il-elle des recommandations pour les recherches futures ? 	<p>Les résultats sont interprétés en fonction du cadre de recherche pour chacune des questions ou hypothèses. Les résultats concordent avec les études antérieures sur le même sujet. L'interprétation et les conclusions sont conformes aux résultats d'analyses. Les limites de l'étude ont été établies. Les conclusions découlent logiquement des résultats. Les résultats soulignent l'importance de la formation sur la dépression pour améliorer les soins en maison de retraite. L'auteur-e recommande des recherches futures pour explorer les facteurs facilitant ou entravant l'adoption de pratiques basées sur des preuves dans les soins de longue durée.</p>
------------------------------	--	---

Fortin, M. J., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives* (3 édition ed.). Montréal : Chenelière éducation.

A13 – But / Résultats / Recommandations par articles

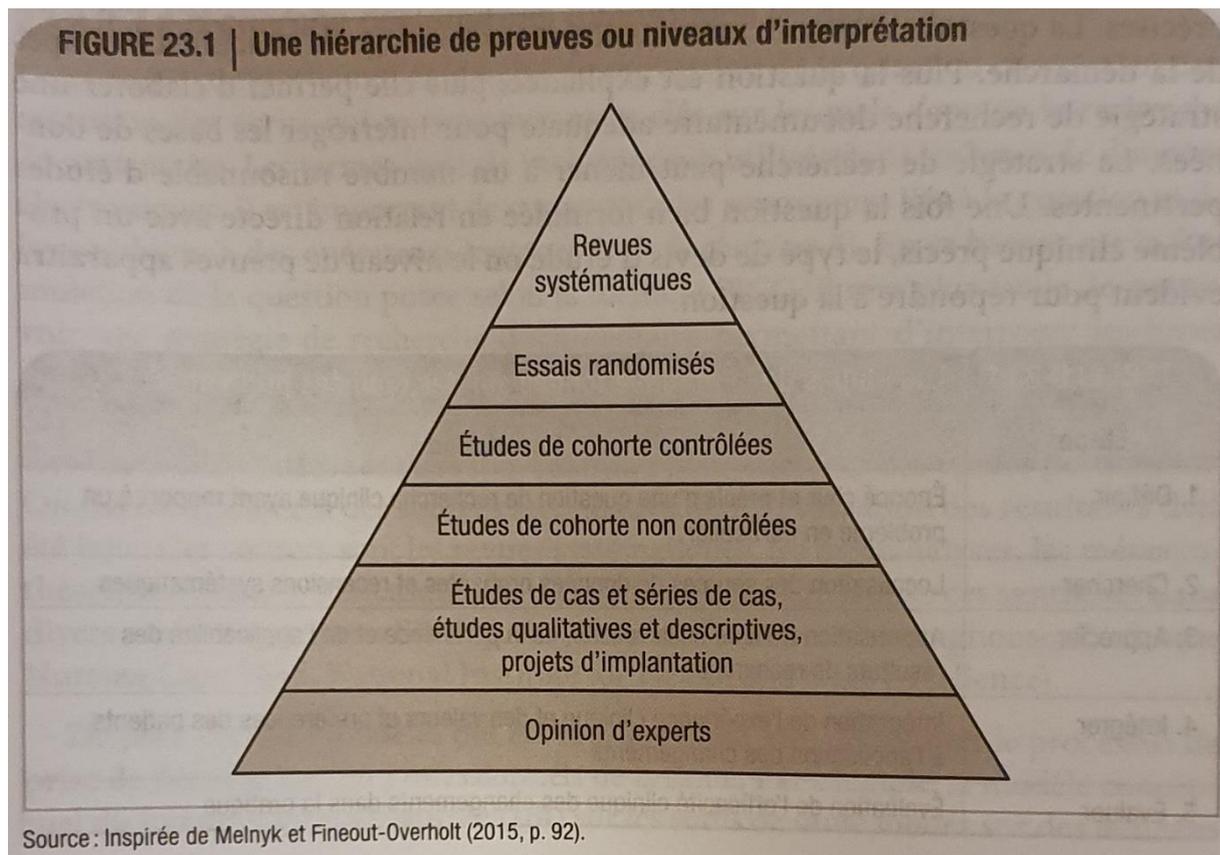
N° article	But de la recherche	Résultats	Recommandation pour la pratique (par l'auteur)
1	<p>Le but de l'étude est d'évaluer les résultats de l'intervention d'infirmière praticienne avancée gérontologique sur 4 domaines (continence, plaie de pression, dépression, agressivité) chez des résidents nouvellement admis en établissement de soins de longue durée en comparaison avec des résidents recevant des soins habituels.</p>	<p>Pour la dépression. 70.5% (264 pers.) des 319 résidents ont pu répondre à la GDS et à la PGCMS.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sur les 264 personnes évaluées initialement, 186 sont identifiées déprimées et 27,7% sont identifiées gravement déprimées. • Prévalence de la dépression initialement identique dans les deux groupes • Sévérité de la dépression significativement plus importante chez le groupe recevant le traitement (38%/16,5%) • 33 résidents ont un diagnostic médical de dépression au départ de l'étude. • 28/33 résident ont été identifié comme dépressif par les outils de recherche de l'étude (GDS, PGCMS) • 28 des 186 résidents identifiés dépressif par les outils de recherche de l'étude avaient un diagnostic médical de dépression • Le suivi des résultats aux questionnaires GDS et PGCMS, ne montre aucune différence statistiquement significative entre les deux groupes. <p>-----</p> <ul style="list-style-type: none"> • Chez les résidents (45) cognitivement déprimés 55% ont montré un affect négatif selon le AER (Affect Evaluation Report) • Les résidents du groupe traité ont significativement amélioré leur scores AER en comparaison avec groupe de soins habituels • A 6 mois, une proportion significativement plus faible du groupe de traitement a montré une détérioration des émotion négative par rapport au groupe de soins habituels 	<p>En raison d'une prévalence importante de la dépression au moment de l'institutionnalisation et un d'sous-diagnostic et traitement de la dépression, les auteurs → Suggère que l'introduction d'un dépistage systématique de la dépression au moment de l'admission et lorsque cela est indiqué, augmenterait sa reconnaissance et améliorerait le traitement.</p> <p>= bonne validité des outils de l'étude</p> <p>=la dépression est sous diagnostiquée, mais les outils permettent de les détectés</p> <p>=intervention APN n'améliore pas le traitement de la dépression malgré sa détection.</p> <p>= APN effet positif sur la diminution de la manifestation d'émotions négatif chez les résidents.</p>

<p>2</p>	<p>Le but de l'étude est d'estimer la prévalence de la dépression et de sa reconnaissance par du personnel infirmier, aide-soignant et travailleur social au sein d'établissement de soins médico-sociaux.</p>	<p>Prévalence de la dépression basée sur le diagnostic du psychiatre chercheur :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1/6 des 319 résidents (53) n'ont pas pu être diagnostiqué • 44% des résidents diagnostiqué présentaient une dépression majeure ou mineure certaine, probable ou possible. • 4,1 % diagnostiqués avec un trouble dépressif majeur • 8,2 % avec un trouble dépressif majeur probable • 14,4 % avec un trouble dépressif majeur possible. • 21 % des dépressions mineures majeures présentaient une dépression probable ou certaine. <p>Prévalence de la dépression reconnue par le personnel inf., aide inf., travailleur soc. :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Déclaration de la dépression par le personnel significativement inférieur à celle du psychiatre (44% vs :) • 29% déclaré par les infirmières • 32% déclaré par les aides-soignants • 20% par les travailleurs sociaux <p>Prévalence de la dépression par sous-groupe cognitif et d'âge (ref tableau3) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Taux de dépression évalué entre âge est non significativement différent entre psy. et personnel. • Taux de dépression diagnostiqué chez des déficients cognitifs à peu près égal entre psy. et personnel : <ul style="list-style-type: none"> ○ Taux de dépression diagnostiqué (psy et personnel) significativement plus bas chez les groupes avec une déficience cognitive faible et sévère ○ Taux élevé chez les groupes à déficience cognitive modérée à sévère • Evaluation de la dépression difficile par le psychiatre chez 	<p>Les auteurs recommandent de former plus de professionnel de la santé sur le sujet de la dépression et l'identification des symptômes dépressifs. Il suggère au personnel soignant d'utiliser des outils de mesure la dépression pour augmenter la détection de la dépression. Il encourage les manager des soins à soutenir l'entraînement et l'évaluation des équipes sur le sujet. Il justifie cette nécessité en lien avec un consensus que la détection précoce de la dépression est un moyen important pour réduire la souffrance et améliorer la qualité de vie chez les personnes âgées.</p> <p>= important pour notre recherche</p> <p>= peu important pour notre recherche</p>
-----------------	--	--	--

		<p>patient avec des troubles cognitifs important.</p> <p>Examen de la congruence entre un diagnostic psychiatrique et celui du personnel de la dépression :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avec l'outil de mesure présent/absent de la dépression 11% des inf, 6% des trav.soc. et 3% ont changé d'avis sur leur évaluation initiale • Meilleure sensibilité de l'outil, mais moins bonne spécificité = plus de faux positifs • Les taux de classification globaux ne varient pas entre les disciplines (2/3 des résidents correctement classés) 	<p>= importance modérée pour notre recherche</p>
3	<p>L'étude a pour but d'évaluer l'influence d'un protocole de consultation infirmière (détection précoce de troubles de la santé, monitoring de variables individuelles) utilisant l'échelle de mesure HAD pour la gestion de l'anxiété et de la dépression chez des patients à six mois de leur intervention de revascularisation myocardique.</p>	<p>Que ce soit pour l'anxiété ou la dépression, l'intervention n'a pas montré d'amélioration statistiquement significatif, mais une diminution tout de même des scores moyens au HAD pour la dépression.</p>	<p>L'auteur recommande aux infirmières d'être alerte aux changements chez les patients, notamment à travers le monitoring de facteurs de risque connus (ex. la dépression). Etablir des stratégies pour aider les patients à établir des objectifs SMART pour leur vie afin de maintenir un état de santé stable et satisfaisant. Inclure les familles dans la prise en soin car représentent un support émotionnel et social important. Promouvoir la standardisation des soins infirmiers dans la gestion de l'anxiété et de la dépression.</p>
4	<p>Le but de l'étude est d'évaluer l'effet d'un programme de formation sur les connaissances, les attitudes et les compétences de reconnaissance de la dépression des infirmières scolaires.</p>	<p>Le programme de formation a été mis en place dans plusieurs écoles et a inclus des sessions théoriques et pratiques sur la dépression, ses symptômes, et les méthodes de détection. Les résultats ont montré une amélioration significative des connaissances des infirmières scolaires sur la dépression, ainsi qu'une meilleure attitude envers les élèves présentant des symptômes dépressifs. De plus, les compétences des infirmières en matière de reconnaissance et d'intervention précoce se sont améliorées, permettant une détection et une prise en charge plus rapide des cas de dépression chez les élèves.</p>	<p>Les auteurs recommandent la mise en œuvre de programmes de formation similaires pour les infirmières scolaires afin de mieux reconnaître et gérer les symptômes de dépression chez les élèves. Ils suggèrent également d'intégrer ce type de formation dans le curriculum standard des études d'infirmières scolaires. Enfin, ils encouragent les écoles à créer un environnement de soutien pour les élèves à risque et à établir des protocoles clairs pour l'intervention en cas de</p>

			détection de symptômes dépressifs.
5	Étudier les expériences des infirmières enregistrées dans la gestion des symptômes dépressifs dans les centres de soins pour personnes âgées.	Les infirmières ont partagé leurs expériences à travers des entretiens qualitatifs. Elles ont décrit les défis rencontrés, tels que le manque de formation spécifique sur la dépression chez les personnes âgées et la charge de travail élevée qui limite le temps disponible pour des évaluations approfondies. Malgré cela, elles ont mis en œuvre des stratégies efficaces, telles que l'écoute active, le soutien émotionnel, et la collaboration avec d'autres professionnels de la santé pour fournir un soutien complet aux résidents dépressifs. Les infirmières ont également souligné l'importance d'un soutien institutionnel et de ressources adéquates pour gérer efficacement la dépression chez les personnes âgées.	Les auteurs recommandent un soutien accru et une formation continue pour les infirmières afin de mieux gérer les symptômes dépressifs chez les résidents des centres de soins pour personnes âgées. Ils suggèrent également l'importance de mettre en place des protocoles standardisés pour l'évaluation et la gestion de la dépression, et de favoriser un environnement de travail qui permette aux infirmières de consacrer le temps nécessaire à l'évaluation et au soutien des résidents dépressifs. Enfin, ils encouragent la collaboration interdisciplinaire pour assurer une prise en charge globale et efficace des résidents.
6	Le but de l'étude est de tester l'efficacité d'un programme de formation à la dépression dans les maisons de soins.	Le programme de formation a été piloté dans plusieurs maisons de soins et comprenait des modules sur la reconnaissance des symptômes de la dépression, les techniques de communication avec les résidents dépressifs, et les stratégies d'intervention. Les résultats ont montré que les participants à la formation avaient des connaissances accrues sur la dépression et étaient plus confiants dans leur capacité à reconnaître et à intervenir auprès des résidents dépressifs. Les données post-formation ont également montré une augmentation des dépistages de la dépression et une meilleure gestion des cas identifiés.	Les auteurs recommandent de généraliser ces programmes de formation pour améliorer la gestion de la dépression dans les maisons de soins. Ils suggèrent que ces programmes soient intégrés de manière continue dans la formation et le développement professionnel des personnels des maisons de soins. Ils encouragent également les maisons de soins à établir des partenariats avec des organisations spécialisées en santé mentale pour fournir un soutien continu et des ressources supplémentaires. Enfin, ils recommandent des évaluations régulières des programmes de formation pour s'assurer de leur efficacité et de leur pertinence.

A14 – Niveau d'interprétation des preuves



(Fortin & Gagnon, 2016)

A15 – Méthodologie pratique de Neuman

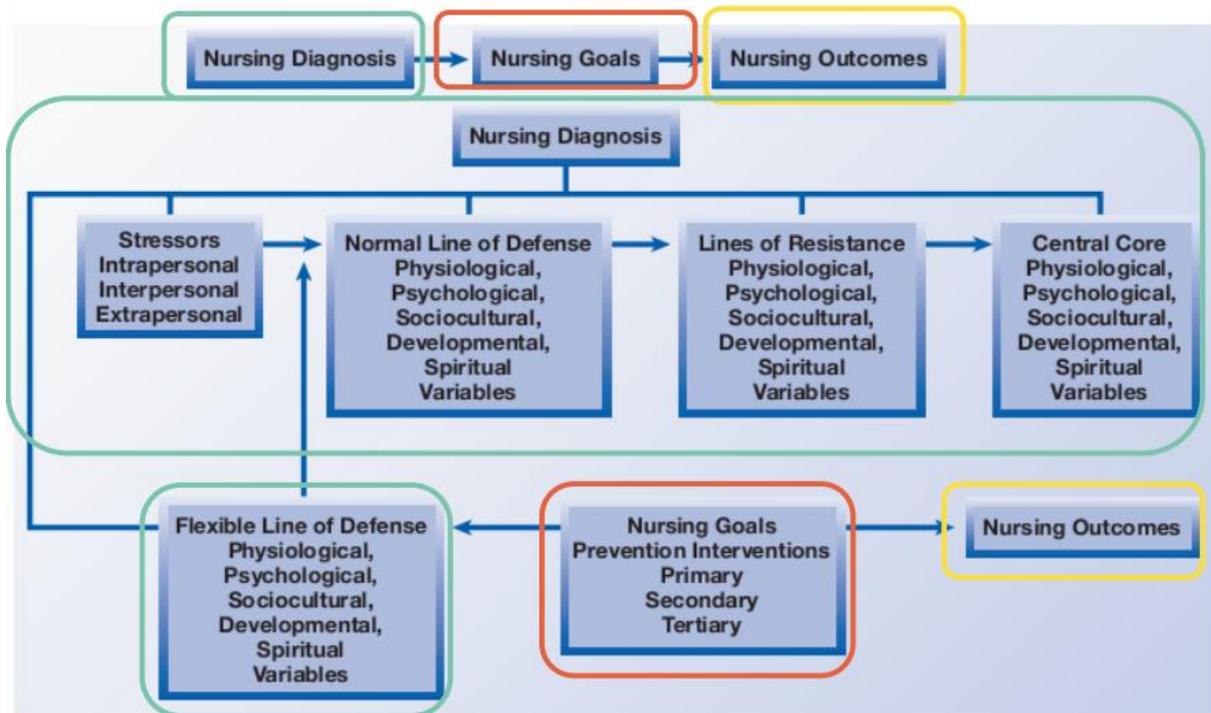
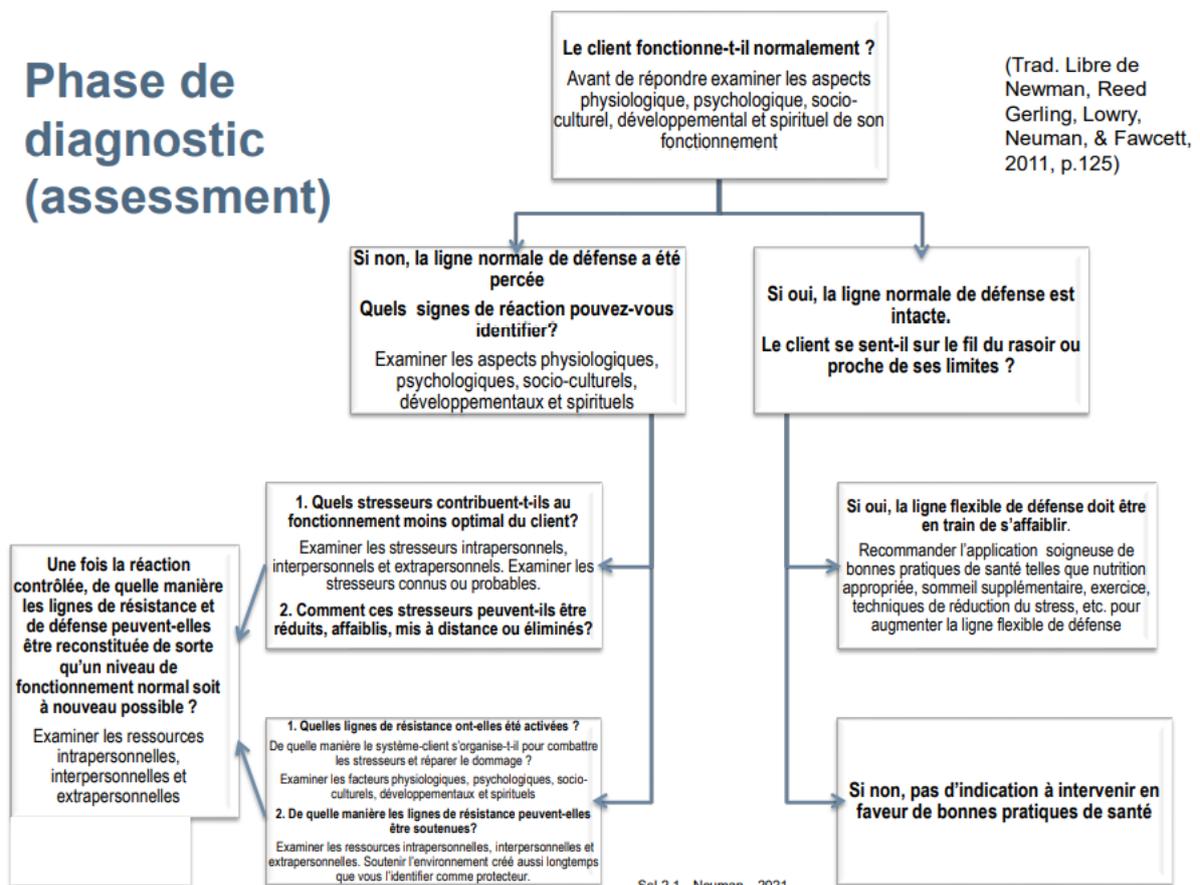


FIGURE 7-2. Neuman's Systems Model Practice Methodology.
(Fawcett & Desanto-Madeya, 2013)

Phase de diagnostic (assessment)



Neuman et Fawcett, 2011, cité dans A. Oulevey Bachmann, communication personnelle, 2021

A16 – Avantages et désavantages du type d'échelles de dépistages

Tableau 4. Avantages/désavantages du type d'échelles de dépistage		
	Autoévaluation	Hétéro-évaluation
Avantages	Gain de temps pour le médecin	Peut explorer les signes de dépression chez le patient communicant peu
	<ul style="list-style-type: none"> • Peu d'influence du médecin • Partenariat renforcé 	Moins d'autonomie du patient
Inconvénients	Le patient risque de minimiser/exagérer les symptômes (quantification)	Subjectivité du médecin concernant l'évaluation des signes/symptômes
	Le patient doit savoir lire/ne pas avoir de trouble cognitif important (compréhension)	<ul style="list-style-type: none"> • Prend du temps • Nécessite un apprentissage

(Brawand-Bron & Gillibert, 2010)