

**Interventions infirmières probantes pour gérer les  
Symptômes Comportementaux et Psychologiques de la  
Démence (SCPD) dans le but d'assurer la santé  
buccodentaire chez les personnes âgées résidentes en  
Établissement Médico-Social (EMS)**

**Clara Janz**

**Étudiante Bachelor – Filière Soins infirmiers**

**Sébastien Ruchti**

**Étudiant Bachelor – Filière Soins infirmiers**

**Directrice de travail : Murielle Pott**

**Directrice de travail : Charlotte Gilart de Keranflec'h**

**TRAVAIL DE BACHELOR DÉPOSÉ ET SOUTENU A LAUSANNE EN 2025 EN VUE DE  
L'OBTENTION D'UN BACHELOR OF SCIENCE HES-SO EN SOINS INFIRMIERS**

**Haute École de Santé - Vaud  
Filière Soins infirmiers**

# Résumé

## Problématique

La prévalence des Troubles Neurocognitifs (TNC) augmente avec le vieillissement de la population. Un nombre croissant de personnes atteintes de TNC vit en institution. Les Symptômes Comportementaux et Psychologiques de la Démence (SCPD) représentent un défi pour le personnel infirmier. Les soins buccodentaires sont propices à leur manifestation. La santé buccodentaire (SBD) se dégrade en l'absence de soins et cela entraîne des conséquences significatives sur la santé.

## Objectif

Rechercher des interventions infirmières probantes pour gérer les SCPD afin d'assurer la SBD.

## Méthode

Analyse de six études primaires recherchées dans les bases de données CINAHL et Pubmed.

## Résultats

Les résultats sont mis en lien avec le cadre théorique de l'Approche des Soins Fondés sur les Forces (ASFF) de Gottlieb (2014). Ils mettent en évidence que les soins centrés sur la personne sont plus efficaces pour gérer les SCPD que ceux centrés sur la tâche. Les interventions mêlant enseignements sur les TNC, la SBD et les techniques relationnelles pour aborder les personnes atteintes de TNC facilitent la gestion des SCPD et améliorent la SBD. Les SCPD sont généralement moins marqués le matin.

## Conclusion

Les soins centrés sur la personne sont essentiels pour gérer les SCPD dans le but d'assurer la SBD. La formation des équipes soignantes à ces soins spécifiques est un enjeu de santé publique pour accompagner ces populations vulnérables.

## Mots-clés

Troubles Neurocognitifs Majeurs (TNM), Symptômes Comportementaux et Psychologiques de la Démence (SCPD), personnes âgées institutionnalisées, Santé Buccodentaire (SBD), Approche des Soins Fondés sur les Forces (ASFF).

## Avertissement

Les prises de position, la rédaction et les conclusions de ce travail n'engagent que la responsabilité de ses auteurs et en aucun cas celle de la Haute École de Santé Vaud (HESAV), du Jury ou des directrices du Travail de Bachelor.

Nous attestons avoir réalisé seuls le présent travail, sans avoir utilisé d'autres sources que celles indiquées dans la liste des références.

Dans le cadre de ce travail, nous avons utilisé l'intelligence artificielle (IA) Copilot de Microsoft en appui du livre « Fondements et étapes du processus de recherche » de Fortin et Gagnon (2022) pour faciliter la compréhension de certains outils statistiques utilisés par les auteurs des articles en confrontant notre raisonnement à celui de l'IA. Son utilisation s'est limitée à la partie du travail d'extraction des données pertinentes où les grilles « Fortin et Gagnon » ont été utilisées et dont les résultats sont visibles dans les grilles d'extraction en annexes I. Ceci a été réalisé en veillant au respect des principes d'intégrité académique. L'outil de traduction DeepL traduction propriété de DeepL SE a été utilisé pour traduire divers documents dont les six articles sélectionnés qui ont permis de répondre à la question de recherche.

Dans ce document, les termes de Troubles Neurocognitifs (TNC), Troubles Neurocognitifs Légers (TNCL) ou Majeurs (TNCLM) sont principalement utilisés pour parler de la Maladie d'Alzheimer (MA) et des autres démences apparentées. Cependant, le terme de démence est aussi utilisé dans ce document, puisqu'il est souvent employé par les auteurs des différents articles consultés.

Le terme « personnel infirmier » a la majorité du temps été choisi dans ce document pour parler des membres de la discipline infirmière, mais le terme "infirmière" a aussi été utilisé et il inclut le personnel infirmier masculin.

Le 27 juin 2025, Clara Janz et Sébastien Ruchti

## Remerciements

Nous aimerions remercier chaleureusement nos deux directrices de travail de bachelor, Madame Murielle Pott et Madame Charlotte Gilart de Keranflec'h. Nous les remercions pour leurs encouragements, leur écoute, pour le temps consacré et pour la qualité des remarques constructives toujours faites avec bienveillance durant la réalisation de ce travail.

Nous remercions également Madame Isabelle Levasseur, l'experte de TB désignée, qui, par ses questions au moment de la soutenance orale, nous permettra de poursuivre notre réflexion autour du sujet de ce travail.

Nous aimerions remercier Madame Corine Schaub, Madame Kétia Alexandre et Monsieur Koffi Ayigah qui nous ont donné de précieux enseignements et conseils durant les séminaires dédiés à la réalisation de ce travail.

Nous remercions le personnel de la bibliothèque de HESAV pour son précieux soutien lors de la recherche d'articles dans les bases de données.

Nous remercions également nos proches, nos collègues et nos institutions qui nous ont soutenus durant la réalisation de ce travail. Nous remercions particulièrement les deux membres de nos proches pour leurs lectures attentives.

# Tables des Abréviations

al. : et autres ou alinéa

ADL : *Activities of daily living*

APA : American Psychiatric Association

ASFF : Approche des Soins Fondés sur les Forces

ASSC : Assistant.e.s en Soins et Santé Communautaire

AR : Assistant de Recherche

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

AVQ : Activité de la Vie Quotidienne

CCI : Indice de Comorbidité de Charlson

CDR : Clinical Dementia Rating

CII : Conseil International des Infirmières

CIM : Classification Internationale des Maladies

CIRS-G : *Cumulative Illness Rating Scale-Geriatric*

CPS : Cognitive Performance Scale

CRB : *Care-Resistant Behaviours*

CSDD : Cornell Scale for Depression in Dementia

DPI : Denture Plaque Index

DSM : Diagnostic and Statistical Manual

ECR : Essai Clinique Randomisé

EMS : Établissement Médico-Social

FAST : *Functional Assessment Staging Tool*

GBTM : *Group-Based trajectory Modeling*

GDS : *Geriatric Depression Scale*

GI-LTC : *Gingival Index For Long Term*

HIV : *Human Immunodeficiency Virus*

HRD : *High-Start and Rapid Decrease*

HRI : *High-Start and Rapid Increase*

HTA : Hypertension Artérielle

IC : Intervalle de Confiance

IPA : *International Psychogeriatric Association*

IRB : *Institutional Review Board*

K-ADL : *Korean Activities of daily living*

K-CSDD : *Korean Cornell Scale for Depression in Dementia*

K-MMSE : *Korean Mini-Mental Status Examination*

LaMal : Loi fédérale sur l'assurance-maladie

MA : Maladie d'Alzheimer

MCWB : *Mouth Car Without a Battle*

MMSE : *Mini-Mental State Examination*

MOCA : *Montreal Cognitive Assessment*

MOUTh : *Managing Oral Hygiene Using Threat Reduction*

NDB : *Need-driven Dementia-Compromised*

NH : *Nursing Home*

NRF : Fondation Nationale de la recherche de Corée

OFS : Office Fédéral de la Statistique

OFSP : Office Fédéral de la Santé Publique

OHAT : Oral Health Assessment Tool

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

OND : *Center for nursing discovery*

ONU : Organisation des Nations Unies

OPAS : Ordonnance sur les Prestations de l'Assurance des Soins

OR : *Odds Behavior*

PA : Proche Aidant

PAD : Personne atteinte de démence

PCBI : *Person-Centered Behavior Inventory*

PCC : *Person-Centred Care*

PL-LTC : *Plaquer Index For Long-Term*

PLST : *Progressively lowered stress threshold*

RAI : *Resident Assesment Instrument*

RTC : *Resistiveness to Care Scale*

RTC-r : Échelle de résistance aux soins révisés

SBD : Santé buccodentaire

SBNH : *Strengths-Based Nursing and Health Care*

SCIDS : *Sense Of Competence in Dementia car Staff*

SCPD : Symptômes Comportementaux et Psychologiques de la Démence

SNS : Système Nerveux Sympathique

SSO : Société Suisse des Médecins Dentistes

TCBI : Task-Centered Behavior Inventory

TNC : Troubles Neurocognitifs

TNCL : Troubles Neurocognitifs Légers

TNCM : Troubles Neurocognitifs Majeurs

TSA : Trouble du spectre de l'autisme

USA : *United States of America*

# Table des matières

1	Introduction	1
2	La problématique	2
2.1	Changements démographiques et enjeux pour la profession	2
2.2	Les Troubles Neurocognitifs (TNC)	2
2.2.1	Définition et critères diagnostiques	2
2.2.2	Prévalence et incidence des troubles neurocognitifs	4
2.2.3	Les coûts globaux liés aux troubles neurocognitifs	4
2.2.4	Physiopathologie des troubles neurocognitifs	5
2.2.5	Stadification et évaluation des troubles neurocognitifs	6
2.3	Les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD)	7
2.3.1	Définition	7
2.3.2	Manifestations cliniques	7
2.3.3	Le modèle d'Algase et les besoins compromis	8
2.3.4	La résistance aux soins	8
2.4	La santé buccodentaire des personnes âgées vivant en EMS	9
2.4.1	La santé buccodentaire (SBD) définition	9
2.4.2	La santé buccodentaire de la population générale	9
2.4.3	Physiopathologie des problèmes de santé buccodentaire (SBD)	9
2.5	Les soins buccodentaires chez les personnes qui présentent des SCPD	10
2.6	Le hiatus de connaissance	11
3	Le concept de l'intervention infirmière	12
4	La question de recherche	13
5	Le cadre théorique	14
5.1	Les concepts fondamentaux de la théorie	14
5.2	Les valeurs de l'approche des soins fondés sur les forces	15
5.3	Le métaparadigme infirmier	16
5.3.1	La santé	16
5.3.2	La personne	16
5.3.3	L'environnement	16
5.3.4	Les soins infirmiers	17
5.3.5	La démarche de soins infirmiers selon l'ASFF	17
5.4	Liens entre la question de recherche et le cadre théorique	18
6	Méthode	19
6.1	Les critères d'inclusion et d'exclusion	19
6.2	Équations de recherches	20
7	Résultats	22
7.1	Description des articles	22
7.2	Axes centraux	23
7.2.1	Soins centrés sur la personne	23
7.2.2	Techniques de communication	26

7.2.3	Connaissances et éducation	27
7.2.4	Les techniques de soin buccodentaire	28
7.2.5	Management et organisation du travail	28
7.2.6	Le point de vue des soignants	29
7.2.7	Synthèse	30
7.3	Synthèse des résultats	31
8	Discussion	34
8.1	Mise en perspective des résultats avec le cadre théorique	34
8.2	Caractère généralisable des résultats et recommandations pour la pratique	37
8.3	Limites et forces du travail	38
9	Conclusion	41
10	Annexes	50

# 1 Introduction

Les importants changements démographiques et l'augmentation de la prévalence des polyopathologies associées au vieillissement de la population font naître de nombreux enjeux de santé publique. Ces changements représentent des défis importants pour la profession infirmière. Parmi ces défis se trouve la santé buccodentaire (SBD) des personnes âgées atteintes de Troubles Neurocognitifs (TNC). La SBD des personnes âgées et l'accès à des soins de qualité sont essentiels pour vieillir en santé (Maitre et al., 2023). La SBD des aînés atteints de TNC, institutionnalisés en Établissement Médico-Social (EMS) se dégrade en l'absence de soins appropriés (Jablonski et al., 2011). Aux stades avancés, les personnes atteintes de TNC ne sont plus en mesure de s'occuper elles-mêmes de leur SBD (Jockusch et al., 2022). Souvent, les résidents des établissements de soins de longue durée souffrent d'une mauvaise SBD (Jockusch et al., 2022). Cette absence de soin impacte la santé et la qualité de vie des résidents. Selon Jablonski et al., (2011), l'absence d'hygiène buccodentaire quotidienne prédispose les aînés atteints de TNC à des problèmes systémiques tels que la pneumonie, l'hyperglycémie, la maladie, les accidents vasculaires cérébraux, l'altération de la qualité de vie et à une mortalité plus élevée. La SBD en EMS a besoin d'être améliorée (Willumsen et al., 2012). Selon Jockusch et al. (2022), il existe un fossé entre les besoins des résidents en matière de SBD et les soins préventifs et curatifs réellement dispensés par le personnel soignant. Ce décalage est principalement dû à un manque de connaissances des professionnels de la santé travaillant en EMS et aux barrières psychologiques liées à l'immersion et aux interventions dans la cavité buccale d'une autre personne (Jockusch et al., (2022). Dans ce contexte, le personnel infirmier joue un rôle central pour aider les patients à améliorer leur SBD ou éviter qu'elle ne se dégrade. Si le personnel infirmier en EMS n'administre pas toujours lui-même les soins buccodentaires aux patients, son rôle dans l'évaluation clinique des patients dont il a la responsabilité et son rôle de manager sont centraux. Les Symptômes Comportementaux et Psychologiques de la Démence (SCPD) sont reconnus comme étant un des principaux freins aux soins de SBD (Voyer, 2021, p. 260). Ce travail doit permettre de trouver dans la littérature scientifique des données probantes qui vont permettre de mettre en place des interventions infirmières pour faire face aux SCPD manifestés durant l'activité des soins buccodentaires administrés aux personnes âgées résidentes en EMS et atteintes de TNC. Par la réduction ou la gestion des SCPD durant les soins buccodentaires, l'hypothèse est que cela pourrait avoir un impact positif d'une part sur la santé et la qualité de vie des personnes résidentes en EMS atteintes de TNC et d'autre part sur le professionnalisme et la satisfaction au travail des soignants. Le cadre théorique choisi pour ce travail est celui de Gottlieb *Strengths-Based Nursing and Health Care (SBNH)* (McGill University, 2024) ou l'Approche des Soins Fondés sur les Forces (ASFF). L'hypothèse est qu'une approche centrée sur les ressources des patients, de leurs proches et des infirmières permet de rétablir la relation lorsqu'il s'agit de faire face aux SCPD. Après avoir exposé la problématique et la méthodologie ayant permis de trouver les six études primaires pour répondre à la question de recherche, les résultats de ces études sont analysés au chapitre 7 avant d'être mis en lien avec le cadre théorique et discutés plus en détail au chapitre 8. La généralisation des résultats et des recommandations pour la pratique ainsi que les forces et limites de ce travail sont ensuite présentées.

## **2 La problématique**

### **2.1 Changements démographiques et enjeux pour la profession**

Au cours du 20<sup>e</sup> siècle, la structure de la population mondiale s'est modifiée de manière importante. En 1950, la population mondiale était estimée à près de 2,6 milliards d'habitants alors qu'elle atteint 8 milliards d'habitants en novembre 2022 (Organisation des Nations Unies [ONU], 2023). Ce phénomène concerne aussi la Suisse. Outre l'augmentation de la taille de la population, c'est toute sa structure par âge qui s'est modifiée au cours du 20<sup>e</sup> siècle et au début du 21<sup>e</sup> siècle. En Suisse, en 1900, la pyramide des âges avait une forme pyramidale. Les personnes âgées étaient minoritaires par rapport aux jeunes générations. Aujourd'hui, une population plus importante dans la tranche d'âge 20 - 60 ans que dans celles des moins de 20 ans et plus de 60 ans donne à la pyramide une forme de sapin. « La structure par âge de la population se modifie en fonction de la fécondité, de l'apport des migrations et de l'allongement de l'espérance de vie » (Office Fédéral de la statistique [OFS], 2023). Selon L'OFS (2021), en 2019 avant la pandémie de Covid-19, l'espérance de vie en Suisse était pour les hommes de 81,9 ans et de 85,6 ans pour les femmes.

Ces importantes modifications démographiques ont un impact significatif sur toute l'organisation de la société. Son vieillissement pose de nombreuses questions en matière de santé, de politique sociale, de financement des retraites et en ce qui concerne la qualité de vie des Suisses. Selon l'OFS (2023), en décembre 2022, 91 101 personnes étaient hébergées en EMS, soit 1,03% de la population suisse. Cette évolution démographique représente un défi pour la profession infirmière. En effet, que cela soit dans les services hospitaliers de médecine, de chirurgie, d'oncologie ou en EMS, la population âgée avec ses problèmes de santé spécifiques tels que les TNC, est une patientèle qui devient majoritaire pour les infirmières. Développer des savoirs et des habiletés pratiques pour accompagner adéquatement la population croissante de personnes atteintes de TNC en Suisse est d'une haute importance pour la profession infirmière et la société. Un accompagnement inadapté peut entraîner chez la personne soignée de l'anxiété, des chutes, des blessures, une déshydratation, une dénutrition, un état confusionnel et déboucher sur un déclin cognitif et fonctionnel qui augmente la durée d'hospitalisation, les coûts de la santé et finalement la charge de travail des infirmières. Assurer la SBD participe à la lutte contre le déclin cognitif et fonctionnel des personnes atteintes de TNC, c'est pourquoi il est essentiel d'y mettre de l'énergie.

### **2.2 Les Troubles Neurocognitifs (TNC)**

#### **2.2.1 Définition et critères diagnostiques**

##### **Diagnostiques médicaux APA et CIM 11**

Les TNC sont décrits comme « un déclin cognitif significatif par rapport au niveau antérieur de fonctionnement dans un ou plusieurs domaines cognitifs » (American Psychiatric Association [APA], 2015, p. 711). Ces altérations cognitives concernent la mémoire, le langage, l'attention, les fonctions

exécutives, la perceptivomotricité, la cognition sociale, la capacité d'abstraction, de raisonnement et de jugement. L'APA (2015), classe les TNC en légers et majeurs. Par ex., pour la MA les critères diagnostiques dans le DSM-5 sont visibles sous le chapitre « Trouble neurocognitif majeur ou léger dû à la maladie d'Alzheimer ».

Dans sa Classification Internationale des Maladies (CIM 11) de 2022, l'OMS (2024) définit les TNC de la façon suivante :

La démence se caractérise par la présence d'une déficience marquée dans deux domaines cognitifs ou plus par rapport à ce qui est attendu, tenant compte de l'âge de la personne et de son niveau général de fonctionnement cognitif prémorbide, qui présente un déclin par rapport au niveau de fonctionnement antérieur de la personne. Les troubles de la mémoire sont présents dans la plupart des formes de démence, mais la déficience cognitive ne se limite pas à la mémoire (c'est-à-dire qu'il existe une déficience dans d'autres domaines tels que les fonctions exécutives, l'attention, le langage, la cognition sociale et le jugement, la vitesse psychomotrice, les capacités visuoperceptives ou visuospatiales). Des modifications neurocomportementales peuvent également être présentes et, dans certaines formes de démence, elles peuvent constituer le symptôme principal (OMS, 2024).

Ces deux définitions montrent que ce syndrome qui s'installe de manière lente et insidieuse a d'importantes répercussions bio-psychosociales sur les personnes qui en sont atteintes et sur leurs proches.

Il existe plusieurs types de TNC, le plus connu étant la MA qui représente 60 à 70% des TNC (OMS, 2024). D'autres pathologies constituent les TNC, comme les TNC de type à corps de Lewy, de type frontotemporal, de type vasculaire, de type Creutzfeldt-Jakob, de type mixte. Il existe encore d'autres TNC secondaires à des pathologies comme la maladie de Parkinson ou consécutifs à une consommation excessive d'alcool ou d'autres substances psychoactives ou encore consécutifs à une infection au virus de l'immunodéficience humaine (HIV).

### **Diagnostiques infirmiers**

La profession infirmière utilise ses propres diagnostics pour décrire l'état du patient, suivre son évolution et guider ses interventions infirmières. Le diagnostic infirmier se focalise davantage sur le vécu du patient et les manifestations de son trouble plutôt que sur sa nature et ses causes. C'est la distinction qui est faite avec le diagnostic médical qui, est lui orienté sur la nature et les causes de la pathologie.

Voici des exemples de diagnostics infirmiers liés au TNC :

Confusion chronique : « détérioration irréversible, de longue date ou progressive, des processus intellectuels et de la capacité d'interpréter les stimulus du milieu, qui se manifeste par des troubles de la mémoire, de l'orientation et du comportement » (Carpenito, 2019, p. 251).

Au fil de l'évolution des TNC, ce diagnostic infirmier va lui-même déboucher sur un grand nombre d'autres diagnostics infirmiers qui guideront l'infirmière dans ses interventions. Les principaux sont : alimentation déficiente, bien-être altéré, communication altérée, confusion aiguë, déficit de soins personnels (effectuer les activités domestiques, s'alimenter, se laver, se vêtir, utiliser les toilettes),

difficulté à la marche, incontinence, dynamique familiale perturbée, interactions sociales perturbées, prise de décision émancipée perturbée, régulation de l'humeur dysfonctionnelle, risque d'atteinte à la dignité humaine, risque de diminution de l'estime de soi chronique, troubles de la déglutition et troubles de la mémoire (Carpenito, 2019).

## **2.2.2 Prévalence et incidence des troubles neurocognitifs**

Le vieillissement de la population suisse est étroitement lié à l'augmentation de l'incidence et de la prévalence des TNC encore souvent appelés démence. Aujourd'hui, plus de 55 millions de personnes sont atteintes de TNC dans le monde, dont 60 % vivent dans des pays à revenu faible ou intermédiaire. L'incidence au niveau mondial est de près de 10 millions de nouveaux cas annuels. (Organisation Mondiale de la Santé [OMS], 2024a). « D'après les estimations actuelles, quelque 153 000 personnes sont atteintes de démence en Suisse. On enregistre chaque année près de 32 900 nouveaux cas » (Office Fédéral de la Santé Publique [OFSP], 2023a). Sur une population résidente permanente de 8'902'308 personnes que la Suisse comptait à la fin du 2<sup>e</sup> trimestre 2023, ces chiffres représentent respectivement 1,718 % de prévalence et 0,369 % d'incidence. Les proches des personnes démentes font un travail important dans leur accompagnement au quotidien, mais « lorsque la maladie est arrivée à un stade avancé, la personne atteinte de démence a besoin de soins et d'accompagnement 24 heures sur 24 » (Alzheimer Suisse, s. d.). Si les soins à domicile sont une ressource de plus en plus utilisée en Suisse et que des stratégies visant à renforcer le rôle des proches aidants sont mises en place, de nombreuses personnes atteintes de TNC doivent aller vivre en EMS. En décembre 2022, la Suisse compte 1 485 EMS pour personnes âgées en perte d'autonomie, qui offrent 100 354 places d'hébergement disponibles. Cela représente 56,9 places pour 1000 habitants de plus de 65 ans. La durée moyenne du séjour est de 842 jours (Office Fédéral de la Statistique [OFS], 2024). Selon l'association Alzheimer Suisse (2014), un diagnostic de TNC était diagnostiqué chez 47,6 % des résidents en EMS. Chez 16,9 % d'entre eux, on peut suspecter un TNC au moyen du score atteint sur l'échelle des performances cognitives CPS [*Cognitive Performance Scale*]. Dans l'ensemble, un TNC était diagnostiqué ou était soupçonné chez 64,5 % des résidents en EMS. Ces chiffres sont le résultat d'une étude à large échelle portant sur les données RAI [*Resident Assessment Instrument*] de 386 EMS de 15 cantons (Association Alzheimer Suisse, 2014).

## **2.2.3 Les coûts globaux liés aux troubles neurocognitifs**

L'OFSP (2024), qui s'appuie sur les chiffres de l'« étude d'Alzheimer Suisse sur les coûts des démences 2019 : perspectives sociétales » (Alzheimer Suisse, 2019), estime des coûts globaux liés à la démence en Suisse s'élevant à 11,8 milliards de francs pour l'année 2017. Selon cette étude, les coûts directs représentent 6,3 milliards de francs, soit 53% des coûts totaux. Ces frais directs comprennent : les frais de séjour en EMS, 5,480 milliards de CHF (88%) ; les frais d'aide et de soins à domicile, 424 millions de CHF (6,7%) ; les frais d'hospitalisation 276 millions de CHF (4,4%) ; les consultations médicales et autres frais directs 35 millions de CHF (0,55%).

Les coûts indirects liés à l'accompagnement et aux soins informels supportés par les proches aidants (PA) représentent 5,5 milliards de CHF, soit 47% des coûts totaux. Ces coûts indirects correspondent à la valeur commerciale des soins et de l'assistance fournis par les PA sans rémunération (Alzheimer Suisse, 2020). Ces coûts indirects ne comprennent pas les frais représentés par l'absentéisme au travail, les coûts liés aux frais médicaux engendrés par l'épuisement des PA. Les coûts indirects ne prennent pas non plus en compte les répercussions financières induites par la prise d'une retraite anticipée motivée par l'obligation des PA d'accompagner leurs proches au quotidien. Enfin, ils ne prennent pas compte du fardeau supporté par les proches.

La prise en charge lourde et exigeante d'un proche atteint de TNC sur le long terme provoque chez l'aidant un stress chronique. Si certains PA gèrent ce stress de manière constructive, pour beaucoup ce stress intense et durable associé à de nombreuses sollicitations physiques, affecte leur santé. Plusieurs études démontrent une augmentation du risque de maladies physiques et psychiques développées par les PA, par comparaison avec une population qui ne porte pas la même charge (Promotion Santé Suisse, 2019). Cette charge est ce que Zarit et al., (1985) ont décrit comme étant le fardeau des PA dans le livre *The hidden victims of Alzheimer's disease : families under stress*.

## **2.2.4 Physiopathologie des troubles neurocognitifs**

Selon l'OMS (2024), le terme TNC concerne plusieurs pathologies qui touchent la mémoire, le jugement, la pensée et la capacité à réaliser les activités de la vie quotidienne. Les étiologies des TNC sont variées, mais toutes résultent d'une destruction des cellules du système nerveux central au sein de l'encéphale au-delà du vieillissement biologique attendu (OMS 2024). Le principal facteur de risque pour développer un TNC est l'âge. Selon Livingston et ses collaborateurs (cités dans Voyer, 2021), la prévalence et l'incidence des TNC augmentent exponentiellement avec l'âge. Les TNC touchent dans presque 80% des cas, des personnes dès 75 ans (Voyer, 2021, p. 53). Plusieurs études ont mis en évidence qu'un niveau d'étude élevé contribue à une plus importante réserve neuronale et retarderait les symptômes en les masquant plus longtemps (Voyer, 2021, p. 53). Selon Livingston et ses collaborateurs (2017) (cités dans Voyer 2021), une perte d'audition après 55 ans augmente le risque de développer un TNC. Karch et Goate, (2015) ; Pierrfixe, (2014) (cités dans Voyer, 2021) parlent de 40 gènes connus pour leur implication dans les TNC. Selon Livingston et al., (cités dans Voyer, 2021) le manque d'exercice physique, le tabagisme, l'hypertension artérielle (HTA) ou l'obésité contribuent au développement des TNC. Les TNC de type vasculaires sont directement liés à une diminution ou à une interruption de l'apport du tissu sanguin dans des zones de l'encéphale. Les maladies cardiovasculaires et le diabète représentent des facteurs de risque pour développer un TNC de type vasculaire, Alzheimer ou mixte (Iadecola et al., 2016 ; National Collaborating Centre For Mental Health, 2016 (cités dans voyer, 2021 p.54).

Pour comprendre ce processus dégénératif, nous nous arrêtons sur celui de la MA qui représente 60 à 70% des cas de TNC (OMS, 2024). Les causes exactes de la MA restent inconnues (Morgan & Townsend, 2022, p. 626). Depuis 2018, la MA est « caractérisée par la présence de trois biomarqueurs spécifiques et de lésions neuronales plutôt que par la progression des symptômes cognitifs » (Morgan

& Townsend, 2022, p. 627). Les lésions neuronales sont de deux types : d'une part il y a les plaques amyloïdes (plaques séniles) et d'autre part, les dégénérescences neurofibrillaires. Les plaques sont formées à partir du peptide (A $\beta$ ). Les plaques « se forment lorsque les peptides A $\beta$  s'agglutinent et se mélangent aux molécules et à d'autres matières cellulaires » (Morgan & Townsend, 2022, p. 628). Les enchevêtrements neurofibrillaires (nœuds) sont formés à partir de la protéine TAU. Dans la MA, la protéine TAU, dont la fonction est de maintenir et de donner sa stabilité aux neurones, est altérée chimiquement. Les brins de protéine s'enchevêtrent et ce faisant inhibent le transport neuronal (Morgan & Townsend, 2022, p. 628). Une diminution de l'acétylcholine et un taux élevé de glutamate jouent également un rôle dans la perturbation des processus cognitifs et dans la dégradation neuronale (Morgan & Townsend, 2022).

### **2.2.5 Stadification et évaluation des troubles neurocognitifs**

Selon APA (2015), les TNC peuvent être légers ou majeurs (TNM). L'évolution des TNC peut se mesurer à l'aide de plusieurs échelles. Les principales utilisées en Suisse sont : le *Mini-Mental State Examination (MMSE)*, le *Montreal Cognitive Assessment (MoCA)*, la *Functional Assessment Staging Tool (FAST)* ou test de stadification de l'évaluation fonctionnelle et la *Global Deterioration Scale (GDS)* ou échelle de détérioration globale (Reisberg et al., 1982). La GDS divise la maladie en sept stades. Stade 1, la personne est asymptomatique. Stade 2, la personne a des troubles de la mémoire, mais en est pleinement consciente, ce qui peut entraîner de la honte ou de la dépression. Stade 3, les troubles de la mémoire sont plus importants et des altérations dans le raisonnement et la pensée surviennent. Stade 4, les troubles de la mémoire et de la pensée ont un impact significatif sur le fonctionnement de la personne. Une aide des proches est nécessaire. La dépression et l'isolement social sont fréquents. Stade 5, la personne perd les habiletés nécessaires pour assurer ses activités de la vie quotidienne (AVQ). Une désorientation dans le temps et l'espace est présente. Stade 6, la personne est incontinente urinaire et /ou fécale. La désorientation dans le domaine « personnes » est présente (reconnaissance de soi et des autres). Les SCPD comme l'errance, l'agitation ou l'agressivité sont plus manifestes. Au stade 7, la personne ne reconnaît plus ses proches. Elle est aphasique. Elle est souvent alitée. La personne est dépendante pour tous ses AVQ, souffre de contractures musculaires, de myoclonies et ne peut plus tenir la position assise sans une aide extérieure. Elle souffre de troubles de la déglutition, de dénutrition et d'un affaiblissement généralisé qui conduit au décès (Morgan & Townsend, 2022, p. 625). Au fil du temps, les symptômes cognitifs des personnes atteintes de TNC s'accompagnent de SCPD qui vont complexifier l'accompagnement des personnes.

## **2.3 Les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD)**

### **2.3.1 Définition**

Les lésions neuronales décrites au chapitre 2.2.4 entraînent chez la grande majorité des personnes atteintes de TNC des troubles du comportement. En 1999, un groupe composé d'une soixantaine d'experts, issus de 16 pays, sur la base d'un consensus, a introduit et défini le terme SCPD (International Psychogeriatric Association [IPA], 2015). L'IPA (2015) définit les SCPD comme un ensemble de symptômes découlant de perturbations de la perception, du contenu de la pensée, de l'humeur ou du comportement qui surviennent fréquemment chez les patients atteints de démence. Beck et al., (cités dans Voyer, 2021) décrivent ces symptômes comportementaux comme potentiellement dangereux, socialement inacceptables, générant du stress, de la frustration et de la peur pour la personne atteinte de TNC et ses proches (p. 441). Selon Wettstein et al. (2021), au cours de leur maladie, ce sont 98% des personnes atteintes de TNC qui sont concernées par des SCPD.

### **2.3.2 Manifestations cliniques**

Comme le terme SCPD l'exprime, il y a d'une part des symptômes comportementaux et d'autre part des symptômes psychologiques. Il faut les distinguer pour les décrire, bien que les deux coexistent généralement. Selon Voyer (2021), les symptômes comportementaux se manifestent sous la forme d'agitation verbale non agressive (p. ex. répétition de mots et/ou demandes répétées), d'agitation verbale agressive (p. ex. injurier, blasphémer, crier), d'agitation physique non agressive (p. ex. accumulation d'objets, chapardage, errance, se dévêtir dans des lieux inappropriés), et d'agitation physique agressive (p. ex. lancer des objets, frapper, mordre). L'International Psychogeriatric Association (IPA, 2012) décrit encore quatre catégories de symptômes comportementaux qui sont : la résistance aux soins, les comportements sexuels inappropriés, la réaction de catastrophe et le syndrome crépusculaire, qui désigne une majoration des SCPD souvent de type anxiété et agitation survenant dès la fin de l'après-midi (Rey, 2015, p. 11). Quant à eux, les symptômes psychologiques comprennent l'anxiété, la dépression, l'apathie, les hallucinations, les illusions et les idées délirantes (Voyer, 2021, p. 441). Si tous ces symptômes sont à considérer, dans ce travail c'est celui de la résistance aux soins qui sera abordé prioritairement. En effet, dans le contexte des soins buccodentaires c'est ce symptôme comportemental qui représente le principal frein à la réalisation des soins. Rey (2015) note que le symptôme comportemental de résistance aux soins est à différencier de l'agitation. L'agitation peut se manifester en l'absence de contact avec un soignant. La résistance aux soins est définie comme un ensemble de comportements empêchant et interférant avec les activités d'un soignant lors des AVQ. Par exemple, lors de l'aide à l'habillage, aux repas, à l'accompagnement aux toilettes et aux soins d'hygiène quotidiens. La résistance aux soins peut se manifester au moment de la prise de médicaments en les refusant ou en les recrachant. Un phénomène d'escalade des comportements est décrit dans la résistance aux soins d'hygiène. Ce sont les comportements suivants :

résistance verbale, résistance physique passive, résistance verbale agressive, résistance physique active, résistance physique agressive (p. 13).

### **2.3.3 Le modèle d'Algase et les besoins compromis**

En 1996, Algase et ses collaborateurs ont présenté un modèle, le *Need-driven dementia-compromised (NDB)* (Algase et al., 1996). Selon le modèle d'Algase, les SCPD doivent être compris comme des « besoins compromis ». Algase décrit des facteurs prédisposants qu'elle nomme « contextuels » et des facteurs précipitants qu'elle nomme « proximaux ». Les facteurs contextuels sont : l'âge, le sexe, le niveau de scolarité, les lésions neuronales dues au type de TNC et à leur degré d'évolution, le déclin cognitif, l'état de santé général. Les facteurs contextuels ne sont pas modifiables. Les facteurs proximaux sont : l'insatisfaction de besoins physiologiques de base comme les besoins de s'hydrater, d'uriner, de dormir, de manger. Les facteurs environnementaux sont aussi des facteurs proximaux. Ce sont : la température de la pièce, le bruit ambiant, la lumière, le climat social de l'institution, la stabilité du personnel. Les facteurs proximaux sont modifiables (Voyer, 2021, pp. 443-445).

### **2.3.4 La résistance aux soins**

Si les SCPD sont en partie explicables par des facteurs proximaux, le symptôme comportemental de la résistance aux soins a une explication biologique. L'être humain est programmé pour survivre. Face à la menace, des régions de l'encéphale, les noyaux de l'amygdale connectés au tronc cérébral, sont associés à la stimulation du système nerveux sympathique (SNS) pour provoquer des réactions telles que la sidération, la fuite ou le combat (Jablonski et al., 2016). Ces réactions sont régulées par l'hippocampe et le cortex cérébral. Or, dans la MA, ce sont précisément ces zones régulatrices qui sont lésées. L'hippocampe est le siège de la mémoire. L'Amygdale cérébelleuse joue un rôle dans la régulation des émotions, de l'anxiété, de la dépression, de la peur, des changements de la personnalité et de la paranoïa. Le cortex cérébral permet le raisonnement, le jugement, la reconnaissance des objets familiers (Morgan & Townsend, 2022, p. 627). En d'autres mots, les personnes atteintes de TNC sont parfaitement équipées pour percevoir la menace, mais plus pour réguler ce sentiment. Les soins buccodentaires sont un moment propice aux manifestations de comportements de résistance aux soins. Jablonski (2011) décrit que les comportements de résistance aux soins sont la principale cause d'omission des soins buccodentaires. En conséquence, au moment de la parution de son article, la prévalence des caries est trois fois plus élevée chez les personnes atteintes de TNC institutionnalisées que dans la population. Les SCPD ont un impact significatif sur la vie des personnes atteintes de TNC et sur celles de leurs proches. Les SCPD sont la principale raison d'institutionnalisation en établissement médico-social. Les équipes soignantes font face à des défis importants lorsque les personnes atteintes de TNC présentent des SCPD (Wettstein et al., 2021).

## **2.4 La santé buccodentaire des personnes âgées vivant en EMS**

### **2.4.1 La santé buccodentaire (SBD) définition**

L'OMS, 2022, définit la SBD comme un état de la bouche, des dents et des structures orofaciales qui permet aux individus de remplir des fonctions essentielles telles que s'alimenter, respirer et parler. La santé buccodentaire englobe des dimensions psychosociales telles que la confiance en soi, le bien-être et la capacité à se socialiser et à travailler. La SBD varie au cours de la vie, de la petite enfance à la vieillesse. L'hygiène buccodentaire quant à elle, « se définit comme l'ensemble des processus et des gestes effectués à l'aide d'instruments et de produits » (Voyer, 2021, p. 257), comme la brosse à dents, le fil dentaire, le dentifrice et certains agents chimiques qui permettent de lutter contre la formation de la plaque dentaire qui elle-même provoque caries, gingivites et parodontites.

### **2.4.2 La santé buccodentaire de la population générale**

L'OMS (2022) avance que les pathologies buccodentaires non traitées concernent près de la moitié de la population mondiale. Cela indique qu'un grand nombre de personnes n'ont pas accès à des mesures de prévention et à des soins de qualité. Les conséquences de ce manque de prévention et de soins entraînent des limitations fonctionnelles et des effets néfastes sur la santé physique et sur le bien-être émotionnel, mental et social (OMS, 2022). La région européenne a la prévalence la plus élevée de cas de maladies buccodentaires graves, soit 50,1 % de la population adulte. De l'ensemble des régions de l'OMS, la prévalence pour les caries sur les dents permanentes est de 33,6 %, soit près de 335 millions de cas en 2019 pour la région européenne (OMS, 2023). Selon le rapport de l'OFS (Santé buccodentaire, lunettes, lentilles et aides auditives), « 37% de la population suisse ont une dentition naturelle complète. 49% ont remplacé des dents manquantes (par une couronne, un bridge, une prothèse ou un implant) » (OFS, 2017). 14% ont une ou plusieurs dents manquantes qui n'ont pas été remplacées. L'âge et le sexe influencent la part des personnes qui ont remplacé des dents manquantes. Ainsi les femmes dès 65 ans « ont davantage remplacé leurs dents manquantes que les hommes (92% contre 88%), tandis que les hommes ont presque deux fois plus souvent des dents manquantes non remplacées que les femmes (8% contre 5%) » (OFS, 2017). Selon l'OFSP (2023), en Suisse, les frais dentaires ne sont en principe pas couverts par la Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LaMal). Les soins dentaires sont donc à la charge des assurés. C'est un élément important à prendre en compte dans le système de santé suisse. « Les art. 17 à 19a de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS) contiennent la liste exhaustive des prestations remboursées à ce titre » (Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins [OPAS], 2024).

### **2.4.3 Physiopathologie des problèmes de santé buccodentaire (SBD)**

Si des soins buccodentaires réguliers stimulent la production de salive, améliorent l'appétit et contribuent au bien-être général (Jablonski et al., 2016), l'absence de soins buccodentaires provoque : halitose, gingivite, caries, abcès, baisse de l'estime de soi et douleurs. Outre les problèmes de la sphère oropharyngée, l'absence d'hygiène buccodentaire quotidienne prédispose les aînés atteints de TNC à

des problèmes systémiques tels que la pneumonie, l'hyperglycémie, la maladie et les accidents vasculaires cérébraux (AVC) (Jablonski et al., 2011). Selon Menghini et al., (2020), le milieu chaud et humide de la cavité buccale offre les conditions idéales au développement bactérien. Certaines bactéries s'ancrent sur les dents et forment une couche appelée plaque dentaire. En présence de nourriture (résidus alimentaires), les bactéries se divisent toutes les unes à deux heures. En l'absence de mastication d'aliment ou de brossage, la plaque va croître. Le métabolisme des bactéries de la plaque transforme les sucres en acides. Ce sont ces acides qui déminéralisent l'émail des dents et mènent à la carie. Ces mêmes bactéries produisent également des toxines qui s'infiltrent dans l'épithélium jonctionnel. L'organisme y répond par une réaction inflammatoire qui provoque la gingivite. Si la gingivite n'est pas traitée, l'inflammation va atteindre les tissus de soutien. C'est la parodontite. (Menghini et al., 2020).

L'âge est un facteur de risque pour développer des maladies buccodentaires, cela en raison de la perte d'autonomie due aux troubles praxiques de la motricité fine consécutifs au vieillissement normal, mais aussi aux accidents, aux AVC ou à des pathologies neurodégénératives comme la maladie de Parkinson. La xérostomie est un facteur aggravant. En effet, la salive qui contient beaucoup de phosphate et de calcium empêche la déminéralisation des dents (Menghini et al., 2020, p. 14). Selon Murray Thomson et al. (cité dans Voyer, 2021) des études montrent que la prévalence de la xérostomie chez les personnes âgées est plus élevée. Critchlow, (cité dans Voyer, 2021) attribue la xérostomie à des facteurs extrinsèques comme la déshydratation ou aux effets anticholinergiques de certains médicaments.

Plusieurs études ont établi un lien entre les infections buccodentaires et les complications systémiques telles que la pneumonie d'aspiration, l'altération de la qualité de vie et une mortalité plus élevée (Willumsen et al., 2012). « La santé buccodentaire des résidentes et résidents en EMS est plutôt mauvaise » (Menghini, 2015). Cependant, au cours des trois dernières décennies, le nombre moyen de dents restantes chez les résidents d'EMS a augmenté. Selon Menghini (2015), à Zurich, le nombre des porteurs de prothèse(s) dentaire(s) a diminué de plus d'un quart entre 1996 et 2011. Cela pose de nouveaux problèmes de santé pour les aînés atteints de TNC comme les caries, la gingivite, la parodontite ou les abcès dentaires qui peuvent déboucher sur de la douleur ou des états confusionnels. Or si les besoins sont croissants, il existe un écart entre ceux-ci et l'attitude des soignants vis-à-vis des soins buccodentaires. Ce décalage entre besoins et réalité pratique sur le terrain est principalement dû à un manque de connaissances et aux barrières psychologiques liées au travail dans la cavité buccale d'une autre personne (Jockusch et al., 2022).

## **2.5 Les soins buccodentaires chez les personnes qui présentent des SCPD**

Les TNC augmentent le risque de développer des pathologies buccodentaires en raison des atteintes cognitives qui empêchent la personne de se souvenir et de comprendre la nécessité d'effectuer régulièrement ses soins buccodentaires (Voyer, 2021, p. 260). Si les SCPD peuvent se manifester lors de tout soin, les soins buccodentaires sont un moment particulièrement propice à leur manifestation.

Les comportements de résistance aux soins sont une barrière majeure à la réalisation des soins buccodentaires (Willumsen et al., 2012). Le soignant, face à un comportement de résistance, se trouve devant un dilemme éthique. L'article 7 de la Constitution fédérale dit « la dignité humaine doit être respectée » (Confédération suisse, 1999) et cela s'applique également dans une interaction soignant/soigné. Face à une personne qui n'a plus sa capacité de discernement, au sens de l'article 16 du Code civil suisse, et connaissant les risques pour la personne soignée, le soignant ne peut pas simplement omettre les soins lorsqu'il fait face à un comportement de résistance. D'autre part, selon l'article 23d al. 1 de la loi vaudoise sur la santé publique, « par principe, toute mesure de contrainte à l'égard des patients est interdite » (État de Vaud, 1985). Le soignant ne peut donc pas s'appuyer sur la contrainte pour appliquer les soins buccodentaires eux-mêmes fondés sur des recommandations de bonne pratique. Pour respecter la dignité humaine et administrer des soins adaptés et ciblés dans le respect des critères de qualité, la relation soignant/soigné est centrale. Or, c'est principalement la relation qui est compromise en présence de SCPD.

## **2.6 Le hiatus de connaissance**

La Société Suisse des Médecins Dentistes (SSO) (<https://www.sso.ch/fr/prophylaxie>) (Société suisse des médecins-dentistes [SSO], 2025) et l'association suisse des hygiénistes dentaires (<https://www.hygienistedentaire-romande.ch/>) (Swiss Dental Hygienists, 2018) émettent de nombreuses recommandations en matière de SBD. En Suisse, les lieux de soins ont presque tous des protocoles et des guides de bonnes pratiques en matière de santé buccodentaire. Or, la littérature montre que l'accompagnement des personnes atteintes de TNC durant l'activité des soins buccodentaires reste complexe. Si de la littérature sur les SCPD et sur les soins buccodentaires existe, un nombre très restreint de recherches ont été conduites pour apporter aux infirmières des moyens pour gérer les SCPD durant les soins buccodentaires. Ce travail de recension des écrits a pour objectif de trouver dans la littérature des données probantes qui font des ponts entre les concepts de soins buccodentaires, d'interventions infirmières et de gestion des SCPD.

### 3 Le concept de l'intervention infirmière

Le mot "intervention" est fréquemment utilisé dans la littérature infirmière. Les infirmières utilisent une variété d'interventions pour obtenir des résultats positifs de santé pour les patients. Malheureusement, le terme d'intervention a été mal défini et donne souvent des impressions erronées et trompeuses sur le rôle fonctionnel de l'infirmière. Par exemple, la littérature infirmière fait souvent référence aux interventions infirmières comme une chose reçue par les patients. De telles caractérisations peuvent jeter une lumière trop paternaliste sur le rôle de l'infirmière et diminuer l'importance de l'engagement du patient dans le processus de guérison (Frame, 2004). Une intervention infirmière peut être comprise comme tout soin qui repose sur un jugement clinique et un savoir réalisé par l'infirmière ayant pour objectif d'améliorer les résultats de santé souhaités pour le patient et ses proches (Bulechek et al., 2010). L'intervention est à distinguer des activités infirmières qui comprennent les attitudes ou les actions réalisées dans le cadre d'une intervention. « Les activités infirmières représentent le niveau d'action le plus concret. Il est nécessaire de réaliser une série d'activités afin de mettre en œuvre une intervention » (Bulechek et al., 2010). En résumé, l'intervention infirmière est la mise en œuvre d'actions tournées vers et en collaboration avec le patient, ayant comme intention de répondre aux quatre responsabilités infirmières qui sont : « promouvoir la santé ; prévenir la maladie ; rétablir la santé ; soulager la souffrance et promouvoir une mort digne » (Conseil International des Infirmières [CII], 2021). L'intervention infirmière peut se réaliser dans le rôle autonome de l'infirmière, dans son rôle délégué ou de collaboration.

Pour comprendre le terme d'intervention infirmière, il est important de comprendre le terme de pratique réflexive. La pratique réflexive de l'infirmière est liée à la démarche de soins et ses étapes circulaires. Ainsi l'infirmière doit comprendre l'expérience de santé par la collecte de données et ses observations, puis faire une analyse critique de ces données, autrement dit, suivre un raisonnement qui lui permettra d'aboutir à un jugement clinique. L'infirmière peut ensuite planifier une action de soins et la réaliser. Le processus analytique se poursuit durant l'intervention et l'infirmière garde un regard critique sur l'action, son processus et sur les résultats (Pepin et al., 2017, p. 91).

Si l'infirmière bénéficie aujourd'hui d'une autonomie plus importante que dans le passé, ses interventions sont toujours guidées par des principes déontologiques et éthiques. Ainsi, les quatre grands principes de l'éthique biomédicale émis en 1979, qui sont, l'autonomie, la bienfaisance, la non-malfaisance et la justice (Beauchamp & Childress, 2020), sont toujours au centre des interventions infirmières.

## 4 La question de recherche

Quelles sont les interventions infirmières probantes pour gérer les Symptômes Comportementaux et Psychologiques de la Démence (SCPD) dans le but d'assurer la santé buccodentaire (SBD) chez les personnes âgées résidant en Établissement Médico-Social (EMS) et atteintes de Troubles Neurocognitifs (TNC) ?

<b>Population</b>	Personnes âgées vivant en EMS atteintes de TNC présentant des SCPD.
<b>Interventions</b>	Interventions infirmières permettant de diminuer, de supprimer ou de gérer les SCPD durant l'activité des soins buccodentaires.
<b>Comparaison</b>	-
<b>Outcome</b>	Minimiser ou supprimer les SCPD durant les soins buccodentaires. Améliorer leur SBD.
<b>Temps</b>	D'ici à juillet 2025.

## 5 Le cadre théorique

Pour comprendre l'importance d'un cadre théorique dans la pensée et la pratique infirmière, ce travail s'appuie sur la définition suivante du mot théorie : « système organisé de concepts et de propositions bien définis, issus d'une philosophie précise, qui donne une orientation à la pratique et à la recherche » (Cody, 1994, cité dans Gottlieb, 2014, p. 56). Le choix du cadre *Strengths-Based Nursing and Health Care (SBNH)* (McGill University, 2024) ou l'Approche des Soins Fondés sur les Forces (ASFF) de Gottlieb est motivé par le fait que dans l'accompagnement de personnes atteintes de TNC présentant des SCPD, la relation est centrale et est l'outil principal de l'infirmière. Or, c'est précisément la relation qui est mise à mal lorsque l'infirmière fait face à des SCPD. L'ASFF en permettant à l'infirmière de percevoir et de s'appuyer sur les forces du patient, de ses proches et des siennes contribue à rétablir la relation en rendant à l'autre le pouvoir d'agir.

La Pre Gottlieb qui a travaillé dans les années 70 avec la Pre Allen, s'est inspirée du Modèle des soins infirmiers McGill. L'approche des soins infirmiers mcgilloise, nommés par la Pre Allen (*situation-responsive-nursing*). « soins infirmiers adaptés à la situation » est à la base du Modèle McGill. Plus tard, Gottlieb a poursuivi le développement du Modèle McGill en développant l'ASFF. Ce modèle repose sur un partenariat d'égal à égal entre les patients, leurs proches et les infirmières (Université McGill, 2024).

### 5.1 Les concepts fondamentaux de la théorie

#### L'ASFF s'appuie sur 4 concepts fondamentaux

##### 1) Soins centrés sur la personne

Selon Gottlieb (2013), les soins centrés sur la personne, sur le patient et sur la famille sont une approche des soins sensibles et adaptée aux besoins des patients. Les soins centrés sur la personne impliquent que les praticiens et l'établissement de santé placent la « personnalité » du patient au centre de la prise de décision clinique. Ainsi les valeurs et les croyances sont centrales et respectées. Une approche des soins basés sur la personne s'oppose aux soins basés exclusivement sur la maladie ou les problèmes (Gottlieb, 2013).

##### 2) L'empowerment

Selon Gibson (1991) et Chamberlin (1997) (cité dans Gottlieb, 2013), l'empowerment est un processus social de reconnaissance, de promotion et de renforcement des capacités des personnes à répondre à leurs propres besoins, à résoudre leurs propres problèmes et à mobiliser les ressources nécessaires. Ainsi, le rôle de l'infirmière est de promouvoir l'empowerment comme étant le processus qui consiste à permettre aux personnes de s'aider elles-mêmes, à reprendre le contrôle sur les choses qui leur importent et qui les affectent (Gottlieb, 2013).

##### 3) La relation

Selon Gottlieb (2013), les habiletés relationnelles s'expriment dans la capacité à nouer des relations significatives avec les autres, dans la capacité à communiquer, à prendre soin des autres, à faire preuve

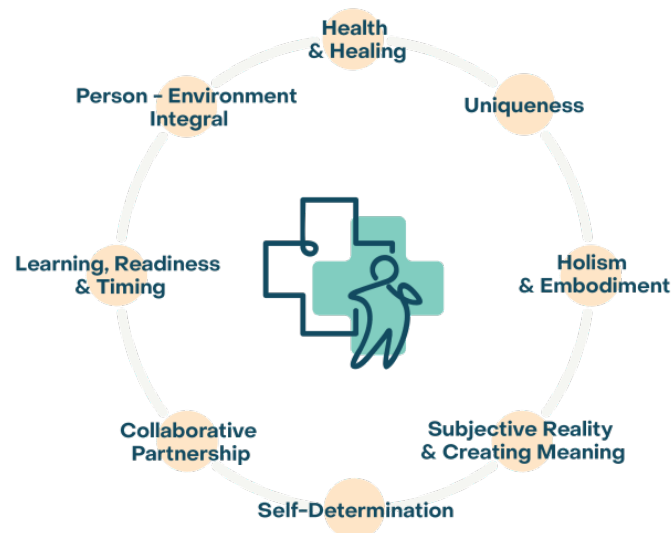
de compassion, de coopération, de tolérance, d'empathie, de pardon, de gentillesse et d'amour (Gottlieb, 2013).

#### 4) Les capacités innées

Gottlieb n'a pas défini les capacités innées, mais elles sont des facteurs biologiques, psychologiques ou qui ont trait au caractère et qui accompagnent les personnes durant leur vie. L'ASFF considère les capacités innées des personnes comme des forces indispensables à la réalisation de leur projet de soin. Prendre en compte les capacités innées de la personne renforce les soins centrés sur la personne.

## 5.2 Les valeurs de l'approche des soins fondés sur les forces

Gottlieb a émis 13 postulats que nous retrouvons dans le métaparadigme des soins infirmiers. Ces postulats sont tirés des huit valeurs de l'ASFF qui sont :



(Nursology, 2020)

- 1) Santé et guérison.
- 2) Unicité de la personne.
- 3) Holisme et indivisibilité.
- 4) Réalité objective et subjective et signification créée.
- 5) Autodétermination.
- 6) La personne et l'environnement ne font qu'un.
- 7) Apprentissage, disposition pour apprendre et moment opportun.
- 8) Partenariat de collaboration entre l'infirmière et la personne (Gottlieb & Gottlieb, 2014)

## **5.3 Le métaparadigme infirmier**

### **5.3.1 La santé**

Pour Fawcett (2013), le concept de la santé du métaparadigme infirmier fait référence aux processus humains qui régissent la vie et la mort.

Gottlieb, (2014) conceptualise la santé comme suit : les individus, les familles et les communautés aspirent à une meilleure santé et à la guérison et ils sont motivés par elles.

### **5.3.2 La personne**

Selon Fawcett (2013), le concept de personne du métaparadigme infirmier se réfère aux individus reconnus dans une culture, ainsi qu'aux familles, communautés et autres groupes qui sont au centre des soins infirmiers (Fawcett & Desanto-Madeya, 2013).

Selon Gottlieb (2014), chaque personne est unique. Chaque personne fonctionne comme un tout intégré. Les personnes ont la capacité de croître, de se transformer et de s'autoguérir. Les gens créent leurs propres significations qui les aident à se comprendre et à donner un sens à leur environnement et à leurs expériences. Les potentiels et les forces sont inhérents à chaque chose, allant des cellules jusqu'aux citoyens et aux communautés. Les forces sont nécessaires à la guérison et à l'autoguérison. Chaque personne a en elle-même le pouvoir de s'autoguérir. Ce pouvoir est une force par elle-même. Ses forces aident la personne à s'adapter à son environnement et à composer avec une vaste gamme de problèmes de santé. (Gottlieb & Gottlieb, 2014, p. 68)

### **5.3.3 L'environnement**

Le concept de l'environnement du métaparadigme infirmier est conceptualisé par Fawcett (2013), comme l'environnement physique direct de l'être humain, ainsi que le cadre dans lequel les soins infirmiers sont prodigués. L'environnement va du domicile privé aux établissements de soins de santé en passant par les communautés et la société dans son ensemble. Le concept d'environnement fait également référence à toutes les conditions culturelles, sociales, politiques et économiques locales, régionales, nationales et mondiales qui sont associées à la santé des êtres humains (Fawcett & Desanto-Madeya, 2013)

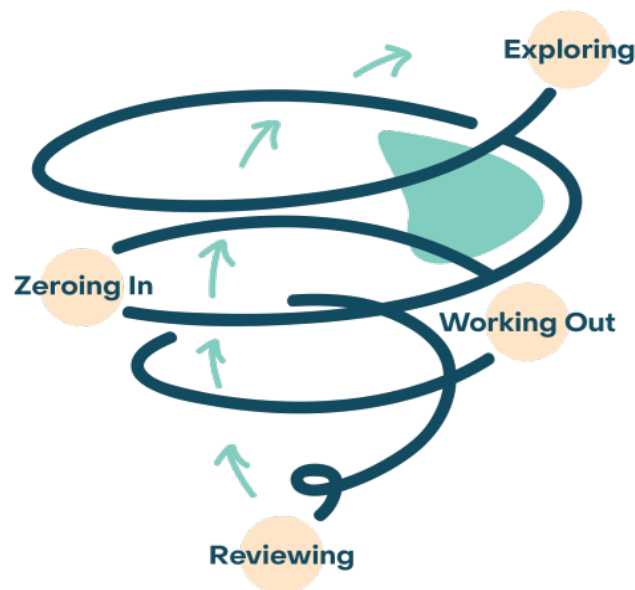
Gottlieb (2014) divise « les environnements » en quatre systèmes allant du plus proche de la personne au plus loin : le microsystème, le mésosystème, l'exosystème et le macrosystème. Pour Gottlieb (2014), ces environnements contiennent des énergies puissantes, qui agissent sur des forces ou sur des déficits particuliers qui détermineront la façon dont une personne survit et croît ou succombe et s'étiole dans un environnement donné (Gottlieb & Gottlieb, 2014, p. 68).

### 5.3.4 Les soins infirmiers

Pour Fawcett (2013), le concept des soins infirmiers du métaparadigme des soins infirmiers fait référence à la définition des soins infirmiers, aux actions entreprises par les infirmières pour les personnes ou en collaboration avec elles. Les soins infirmiers visent des objectifs précis pour le bien des personnes. Les soins infirmiers sont une démarche en boucle faite des étapes du recueil de données, de l'analyse, de la planification des actions, des actions et de leur évaluation.

Pour Gottlieb (2014), les soins infirmiers ont la mission d'entourer les individus, les familles et les communautés, de les aider à rester en santé et à composer avec leurs problèmes, de favoriser le rétablissement et la guérison, et de diminuer la souffrance. Les professionnels des soins infirmiers soutiennent les individus et leur environnement pour cibler et développer les forces qui appuient la promotion de la santé et facilitent la guérison. Par leur présence et leurs interventions, les infirmières font partie de l'environnement de la personne et de la famille. Elles créent aussi l'environnement qui favorise la guérison (Gottlieb & Gottlieb, 2014, p. 68).

### 5.3.5 La démarche de soins infirmiers selon l'ASFF



(Nursology, 2020)

## 5.4 Liens entre la question de recherche et le cadre théorique

La démarche de soins infirmiers proposée par Gottlieb avec ses étapes : Explorer (*Exploring*) , Focaliser (*Zeroing In*), Exécuter (*Working out*) et Réviser (*Reviewing*) s'adapte parfaitement à l'accompagnement des personnes présentant des SCPD. En effet, avec son approche centrée sur les forces du patient et son regard holistique, la démarche place la personne au centre tout en prenant en compte les influences de son environnement. Le sentiment de perte de contrôle, d'être infantilisé ou non reconnu comme personne, est un des facteurs précipitants menant aux SCPD (Rey, 2015). Avec son approche centrée sur les forces, l'ASFF valorise l'autonomie du patient et favorise une diminution des facteurs précipitants des SCPD. Dans ce cadre théorique, les forces de l'infirmière sont également mises en avant et sa méthode permet un regard critique sur ses propres actions et attitudes. Cela donne à l'infirmière des outils pour maintenir la relation avec le patient. Dans la gestion des SCPD la relation est centrale. La démarche de soins proposée par Gottlieb met la relation au centre. La phase d'exploration où l'infirmière cherche à connaître le patient, son histoire de santé et ses forces lui permet de focaliser ou de collaborer avec le patient pour définir les priorités. Ensuite la phase d'exécution est ce que le patient pourra percevoir comme un soin. Enfin la phase « réviser » permet à l'infirmière de prendre du recul et analyser ce qui s'est passé. Cette démarche permet une adaptation constante des interventions infirmières pour gérer les SCPD durant l'activité des soins buccodentaires.

## **6 Méthode**

Pour rédiger la problématique, des recherches ont été effectuées dans une vaste littérature allant des sources primaires à des sources tertiaires. Afin de répondre à la question de recherche posée par la problématique, les recherches sont réalisées dans les bases de données Pubmed et CINAHL.

### **Question de recherche ou thématique**

Quelles sont les interventions infirmières probantes pour gérer les Symptômes Comportementaux et Psychologiques de la Démence (SCPD) dans le but d'assurer la santé buccodentaire chez les personnes âgées résidentes en Établissement Médico-Social (EMS) et atteintes de Troubles Neurocognitifs (TNC) ?

### **6.1 Les critères d'inclusion et d'exclusion**

#### **Les critères d'inclusion sont**

Articles issus de sources primaires, publiés dans les 10 dernières années. Population âgée de plus de 65 ans, atteinte de TNC et résidente en EMS. Localisation : Europe, Grande-Bretagne, Amérique du Nord et du Sud, Australie, Asie. Langues : Anglais, français, allemand, espagnol, portugais.

#### **Les critères d'exclusion sont**

Articles antérieurs à 2014. Population < 65 ans. Population résidente à domicile ou hospitalisée. Soins sous anesthésie.

## 6.2 Équations de recherches

Base de données	Mots clés	Équations de recherche	Filtres	Résultats	Articles retenus
CINAHL	Démence SCPD Soins dentaires Hygiène orale Santé orale Soins dentaires aux personnes âgées	(MH "Dementia+") AND (MH "Behavioral Symptoms+") AND ( (MH "Dental Care+") OR (MH "Dental Care for Older Persons") OR (MH "Oral Hygiene+") OR (MH "Oral Health") )	2015 – 2025	177	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Care-Resistant Behavior Trajectories During Mouth Care Among Nursing Home Residents With Dementia.</li> <li>- A Standardized Positive Physical Approach to Improve Oral Hygiene for Nursing Home Residents With Alzheimer's Disease and Related Dementias.</li> <li>- Randomised clinical trial: Efficacy of strategies to provide oral hygiene activities to nursing home residents with dementia who resist mouth care.</li> </ul>
CINAHL	SCPD Démence Maladie d'Alzheimer Maison de retraite Soins de longue durée AVQ	(MH "Behavioral Symptoms+") AND ( (MH "Dementia+") OR (MH "Alzheimer's Disease") ) AND ( (MH "Home Nursing") OR (MH "Nursing Homes+") OR (MH "Long Term Care") OR (MH "Long Term Care Nursing") ) AND (MH "Activities of Daily Living+")	2015 – 2024	7	<ul style="list-style-type: none"> <li>- The relationship between caregivers' behaviors and resistant behaviors of persons living with dementia during personal care in long-term care facilities: A lag sequential analysis</li> </ul>
CINAHL	Maison de retraite Soins de longue durée	( (MH "Nursing Homes+") OR (MH "Long Term Care Nursing") OR (MH "Long Term Care") ) AND ( (MH "Mouth+") OR (MH "Oral	2014 – 2024	36	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Behaviors of care providers and resistiveness to oral care of persons living with dementia</li> </ul>

	Bouche Hygiène orale Santé orale Brosser les dents Refus de soin SCPD Démence Maladie d'Alzheimer	Hygiene+") OR (MH "Oral Health") OR (MH "Toothbrushing") OR (MH "Toothbrushes") ) AND ( (MH "Treatment Refusal+") OR (MH "Behavioral Symptoms+") OR (MH "Dementia+") OR (MH "Alzheimer's Disease") )			
<b>PubMed</b>	Refus de soin SCPD Démence Maladie d'Alzheimer Santé orale Hygiène orale Maison de retraite	(((("Treatment Refusal"[Mesh]) OR "Behavioral Symptoms"[Mesh]) AND ( (MH "Dementia"[Mesh] OR "Alzheimer Disease"[Mesh] )) AND "Oral Health"[Mesh] OR "Oral Hygiene"[Mesh]) AND "Nursing Homes"[Mesh]	2015 – 2024	22	- Improving Nursing Home Residents' Oral Hygiene: Results of a Cluster Randomized Intervention Trial

## 7 Résultats

Dans ce chapitre sont présentés les résultats des six articles retenus pour répondre à la question de ce travail : quelles sont les interventions infirmières probantes pour gérer les Symptômes Comportementaux et Psychologiques de la Démence (SCPD) dans le but d'assurer la santé buccodentaire chez les personnes âgées résidentes en Établissement Médico-Social (EMS) et atteintes de Troubles Neurocognitifs (TNC) ?

Six axes centraux permettant de gérer les SCPD et/ou d'assurer la santé buccodentaire émergent des six articles analysés. Ils sont les suivants : 1) les soins centrés sur la personne, 2) les techniques de communication, 3) les connaissances des équipes soignantes et l'éducation, 4) les techniques de soin buccodentaire, 5) le management et l'organisation du travail, 6) la perception des équipes soignantes. Pour faciliter la lecture, les résultats statistiques sont présentés dans le sous-chapitre 7.2.1 des soins centrés sur la personne.

Les liens entre les 6 articles et le cadre théorique sont visibles dans le tableau 7.3 et sont ensuite abordés plus en détail dans la discussion.

### 7.1 Description des articles

Les six articles sont issus d'études primaires, (Jablonski et al., 2018), (Xiao et al., 2024), (Lee et al., 2024), (Kim et al., 2021), (Weintraub et al., 2018) et (Barry et al., 2022). Les articles ont été publiés entre 2018 et 2024. Quatre études ont été réalisées aux USA (Jablonski et al., 2018), (Xiao et al., 2024), (Weintraub et al., 2018), (Barry et al., 2022). Deux études ont été réalisées en Corée (Lee et al., 2024) et (Kim et al., 2021). Les six études utilisent un devis quantitatif. Deux études sont des essais cliniques randomisés (Jablonski et al., 2018) et (Weintraub et al., 2018). Weintraub et al., (2018) utilisent un essai clinique randomisé par cluster. Trois études sont des analyses secondaires : Kim et al., (2021) utilisent un devis explicatif, corrélational prédictif sur la base d'une étude mère. Xiao et al., (2024) utilisent un modèle à mesures répétées longitudinales sur la base des données d'une étude mère qui utilise un ECR. Lee et al., (2024) utilisent une analyse séquentielle décalée sur la base d'une étude mère observationnelle longitudinale. Toutes les études sauf une ont obtenu l'accord d'un comité d'éthique. En effet, l'étude de Barry et al., (2022) a été considérée comme un projet d'amélioration de la qualité des soins et de ce fait n'a pas eu besoin d'obtenir un accord éthique. Les six articles ont été publiés en anglais. Quatre articles s'intéressent au symptôme comportemental de la résistance aux soins, (Jablonski et al., 2018), (Xiao et al., 2024), (Lee et al., 2024) et (Kim et al., 2021). Barry et al., (2022) abordent ce thème de manière indirecte. La santé buccodentaire est un concept central dans cinq des articles. Lee et al., (2024) se sont penchés sur les soins aux personnes de manière générale, mais la majorité des soins observés étaient des soins buccodentaires. Les six articles ont comme population d'étude des personnes atteintes de TNC. La population étudiée a un âge moyen allant de 77,6 ans pour Weintraub et al., (2018) à 85,24 ans pour Lee et al., (2024). Barry et al., (2022) ne donnent pas la moyenne d'âge de leur population à l'étude, mais tous les patients avaient reçu un diagnostic de MA ou de démences apparentées.

## 7.2 Axes centraux

### 7.2.1 Soins centrés sur la personne

Le concept de soins centrés sur la personne est présent dans les six articles. Jablonski et al., (2018) ont testé l'efficacité de l'intervention *Managing Oral Hygiene Using Threat Reduction* MOUTH qui est basée sur une approche relationnelle centrée sur la personne dans le but de minimiser le sentiment de menace perçu par les personnes atteintes de TNC lors des soins buccodentaires. Dans l'étude de Jablonski et al., (2018), les patients du groupe expérimental avaient 2 x plus de chance d'accepter les soins buccodentaires que le groupe témoin et 2 x plus de chance de réaliser les soins buccodentaires entièrement. Les auteurs ont montré que la durée des soins buccodentaires pour le groupe expérimental a passé de 2,46 minutes en semaine 0, à 4,96 minutes en semaine 3, alors que pour le groupe contrôle ce temps a passé de 2,58 minutes en semaine 0, à 4,04 minutes en semaine 3. Les auteurs considèrent cette augmentation de temps statistiquement significative. Au début de l'étude, des CRB sont apparus dans environ 47 % des activités de soins buccodentaires dans le groupe expérimental et dans 53 % de celles du groupe contrôle. Pendant les semaines d'intervention, la fréquence des CRB a augmenté dans les deux groupes à des niveaux similaires ( $d = 0,01$ ,  $p = 0,8837$ ). En ce qui concerne l'intensité des CRB, au début de l'étude, dans le groupe expérimental, elle présentait une intensité légèrement supérieure à celle du groupe témoin. Au cours des semaines d'intervention, l'intensité des CRB a diminué dans les deux groupes. La diminution était légèrement plus importante dans le groupe expérimental, mais la taille de l'effet était faible ( $d = -0,16$ ) et non statistiquement significative (Jablonski et al., 2018). Ces résultats montrent que cette approche centrée sur la personne a permis que le groupe expérimental ait deux fois plus de chances d'accepter les soins buccodentaires et de les terminer. Elle leur a également permis des soins buccodentaires de plus longue durée. Toutefois, cette approche n'a permis qu'une faible réduction de l'intensité des CRB et une faible amélioration de la santé buccodentaire par rapport au groupe contrôle sur la période des 4 semaines de l'étude. En ce qui concerne la santé buccodentaire examinée avec l'outil OHAT, le groupe expérimental a enregistré une diminution (= amélioration) des scores de l'OHAT légèrement plus importante que le groupe témoin. L'effet de l'intervention était faible ( $d = -0,18$ ) et n'était pas statistiquement significatif. Les auteurs concluent que gérer les CRB est une attitude plus réaliste que de vouloir les éradiquer. En annexe II, sont présentés les principes de l'intervention MOUTH issus de Jablonski et al., (2016).

Xiao et al., (2024) se sont intéressés aux trajectoires des CRB des personnes atteintes de démence en utilisant le *progressively lowered stress threshold (PLST)* « seuil de stress progressivement abaissé » qui est un modèle qui postule que le seuil de tolérance au stress s'abaisse chez les personnes atteintes de TNC avec l'avancement de la journée. Ils ont démontré que les CRB n'ont pas la même intensité selon le moment de la journée. Les auteurs présentent ainsi un modèle qui se centre sur les besoins de la personne. En observant les soins buccodentaires du matin et de l'après-midi, ils ont observé les fluctuations d'intensité des CRB et ont identifié trois modèles de trajectoire de CRB. Les modèles de trajectoire de CRB du matin ont montré que 50,6 % des personnes atteintes de TNC avaient des scores de RTC-r constamment bas, 37,5 % des personnes atteintes de TNC présentaient des scores de RTC-r fluctuants et modérés, et 11,9 % présentaient des scores de RTC-r d'abord élevés et qui diminuaient

dans le temps. Les trajectoires de CRB durant les soins buccodentaires de l'après-midi ont montré un score de RTC-r constamment bas pour 54,5 % et un score de RTC-r modéré fluctuant pour 38,6 % des personnes atteintes de TNC. Le troisième groupe de trajectoires de CRB a suivi une trajectoire de forte augmentation, avec des scores de RTC-r qui débutaient à un niveau élevé et continuaient d'augmenter pour 6,9 % des personnes atteintes de TNC. Selon Xiao et al., (2024), les CRB sont dynamiques et varient dans le temps. Ils notent que le moment de la journée n'est souvent pas pris en compte lors des interventions soignantes. Les CRB peuvent être caractérisés comme une réponse neurobiologique à une menace perçue. Cela explique que le contexte des soins peut exercer une influence sur la fréquence et l'intensité des CRB. Des facteurs environnementaux externes exercent une influence sur les CRB. Ainsi les sons, la température, l'ambiance jouent un rôle important pour minimiser le risque d'exacerbation des CRB. Les auteurs recommandent de privilégier le matin pour réaliser les soins buccodentaires.

Lee et al., (2024) postulent que les soins centrés sur la personne sont la référence en matière de soins. Ils ont orienté leur étude pour observer comment les soins centrés sur la personne *Person-centered care* (PCC) et les soins centrés sur la tâche *Task-centered care* (TCC) influencent les comportements de résistance aux soins. Ils ont également observé comment les comportements de résistance aux soins généraient chez les soignants des réponses de PCC ou de TCC. Les auteurs ont aussi mesuré comment l'absence de réponses des soignants face à un CRB les influence. Pour réaliser cela Lee et al., (2024), ont utilisé l'outil *Person-/Task-Centered Behavior Inventory (PCBI/TCBI)*. Le PCBI comprend 11 catégories verbales (p. ex., montrer son accord, demander l'autorisation, laisser le choix ou montrer son intérêt pour la personne), et 8 catégories non verbales (p. ex., s'adapter au rythme de la personne, utiliser un toucher doux). Le TCBI comprend 4 catégories verbales (p. ex., contrôler, interrompre) et 4 catégories non verbales (p. ex., contrôler physiquement, le touché inapproprié). Ainsi, ils ont montré que les soins centrés sur la personne ont entraîné moins de comportements de résistance (rapport de cotes 0,23 ; intervalle de confiance à 95 % 0,16 ; 0,33) que des soins centrés sur la tâche. Les TCC ont été suivis de CRB (rapport de cotes 0,42 ; intervalle de confiance à 95 % 0,30 ; 0,59). Les auteurs ont trouvé une association significative entre les comportements centrés sur la tâche et les CRB. Ils ont observé que lorsqu'un comportement de résistance apparaissait comme comportement de réponse aux comportements initiaux des soignants, les PCC étaient de 21,37%, l'absence de comportement des soignants était de 26,61% et les TCC représentaient 52,02%. En ce qui concerne les comportements de réponse des soignants face aux CRB, ils ont observé que les comportements de réponse des soignants comprenaient les PCC à 28,28%, les TCC à 44,26% et l'absence de réponse comportementale à 27,46%. Avec cette étude, Lee et al., (2024) ont démontré que les soins centrés sur la tâche étaient significativement plus susceptibles de conduire à des comportements de résistance aux soins que les soins centrés sur la personne.

Kim et al., (2021) se sont également intéressés aux effets sur la résistance aux soins des soins centrés sur la personne ou sur la tâche fournis par les soignants. Les auteurs ont observé les comportements des soignants durant l'activité des soins buccodentaires. Comme pour Lee et al., (2024), ils ont utilisé le PCBI/TCBI pour observer les comportements soignants. Ils ont observé que les soins centrés sur la personne et la tâche sont tous deux associés aux CRB. La catégorie verbale des PCBI a montré une

relation significative avec les CRB ( $b = 0,17$ , valeur  $p = 0,026$ ). Pour les TCBI, les catégories verbales et non verbales ont toutes les deux montré une relation significative avec les CRB. TCBI verbale ( $b = 0,20$ , valeur  $p = 0,038$ ). TCBI non verbale ( $b = 0,36$ , valeur  $p = < 0,001$ ). Selon Kim et al., (2021) les catégories verbales du PCBI, « évaluer le confort » et « négociateur de manière coopérative » ont été significativement associées aux CRB. « Évaluer le confort » était moins susceptible de se produire avec les CRB ( $b = -5,13$ ,  $p = 0,035$ ). Bien qu'appartenant au PCBI «Négociateur de manière coopérative » était plus susceptible de se produire en présence de CRB ( $b = 0,27$ ,  $p = 0,011$ ). Pour la catégorie verbale du TCBI, aucun comportement significatif n'a été lié aux CRB. Dans la catégorie non verbale du TCBI, le contrôle physique était un comportement qui augmentait de manière significative la fréquence des CRB chez les personnes atteintes de TNC ( $b = 0,33$ ,  $p < .001$ ). Ainsi, Kim et al., (2021), ont démontré que si les soins centrés sur la personne sont plus efficaces pour gérer les CRB, certains comme négociateur de manière coopérative peuvent également générer des CRB. Les auteurs font l'hypothèse que cela est dû au fait que s'il faut négocier, c'est que des CRB sont déjà présents.

Weintraub et al., (2018) ont montré que le programme « soins de bouche sans combat » *Mouth Care Without a Battle* (MCWB) met en lumière une approche personnalisée des soins buccodentaires pour chaque résident des maisons de retraite et ont démontré des effets positifs notables, après 24 mois sur l'hygiène buccodentaire. Le programme qui donne aux soignants de l'information et des techniques de soin buccodentaire s'axe également sur de l'information et des techniques relationnelles de soin centré sur la personne. Le MCWB donne des outils pour contrer la résistance aux soins lors des soins buccodentaires, comme des stratégies lorsque le patient refuse d'ouvrir la bouche, ou pour faire face à l'agressivité verbale ou physique. Le contenu du programme n'est pas présenté entièrement dans l'article de Weintraub et al., (2018), mais est disponible sur le site internet <http://www.mouthcarewithoutabattle.org/> (The Cecil G. Sheps Center For Health Service Research, s. d.-b). De plus, les auteurs ont montré, à travers le modèle linéaire mixte, que certaines conditions comme la démence influençaient significativement les résultats, ce qui renforce l'intérêt d'adapter les soins à la condition cognitive et médicale de chaque résident. Ils ont observé des résultats significatifs sur la santé buccodentaire des résidents après 24 mois. Les auteurs ont évalué l'hygiène buccodentaire à l'aide de trois outils de mesure : l'indice de plaque pour les soins de longue durée *Plaque Index for Long-Term Care* (PI-LTC), l'indice gingival pour les soins de longue durée *Gingival Index for Long-Term Care* (GI-LTC) et l'indice de plaque dentaire *Denture Plaque Index* (DPI) pour les prothèses dentaires. Le PI-LTC est mesuré de 0 (pas de plaque ou de tache) à 3 (plaque molle couvrant plus des deux tiers de la surface de la dent). Le GI-LTC est mesuré de 0 (pas d'inflammation) à 4 (inflammation sévère). Pour les PI-LTC et GI-LTC, un score a été attribué à la surface buccale ou linguale la plus mauvaise dans chaque sextant. La plaque sur les prothèses a été évaluée avec une solution révélatrice et les mesures de 0 (« pas de plaque ») à 4 (« plaque très épaisse couvrant >75 % de la surface ») (Weintraub et al., 2018). Les changements observés après 24 mois montrent que pour la plaque dentaire (PI-LTC) une légère augmentation dans le groupe contrôle (+0,07) a été trouvée, mais une amélioration significative dans le groupe d'intervention de (-0,39,  $p = 0,03$ ) a été observée. En ce qui concerne l'inflammation gingivale (GI-LTC), une aggravation dans le groupe contrôle de (+0,31) a été observée, alors que dans le groupe intervention une amélioration significative de (-0,35,  $p = 0,02$ ) a été

observée. Concernant l'hygiène des prothèses dentaires (DPI), une amélioration modérée dans le groupe contrôle de (-0,39) a été observée, alors que celle-ci a été significative dans le groupe intervention avec un score de (-0,68,  $p = 0,04$ ).

Barry et al., (2022) ont évalué l'impact sur la SBD des personnes atteintes de TNC et présentant des SCPD de type résistance aux soins avec l'approche physique positive *Positive Physical Approach* (PPA) qui est une approche de soins centrés sur la personne. Cette PPA est une approche standardisée en 12 étapes permettant d'approcher les personnes atteintes de TNC en maximisant les chances d'acceptation des soins. La PPA est présentée en image dans l'annexe III. Dans leur étude, ils ont observé que la PPA associée à une formation sur la SBD et sur les TNC a permis d'augmenter le taux d'achèvement des soins buccodentaires, passant de 42,79 % en préintervention au mois de décembre à 81,2% en postintervention 2 mois plus tard.

## 7.2.2 Techniques de communication

Les techniques relationnelles testées par Jablonski et al., (2018) dans le cadre de l'intervention MOUTH sont les suivantes : 1) établir un rapport en approchant la personne à hauteur des yeux ou en dessous, 2) adopter une attitude bienveillante et calme, 3) réaliser les soins devant un lavabo et un miroir afin de stimuler la mémoire procédurale, 4) proscrire les attitudes infantilissantes, 5) utiliser l'enchaînement ou initier le geste du brossage de dents et laisser la personne terminer, 6) mimer, montrer, 7) guider en laissant la personne tenir sa brosse à dents pendant que le soignant fait le geste, 8) communiquer des informations courtes que la personne peut traiter, 9) décomposer le geste en séquences simples, 10) déléguer lorsqu'un soignant rencontre des difficultés. Des adaptations comportementales journalières par les soignants ont été réalisées par essai et erreur. Une liste des techniques utilisées par Jablonski et ses collaborateurs en 2016 se trouve en annexe II. Les auteurs ont démontré que ces techniques de communication ont permis aux patients du groupe expérimental d'avoir 2 x plus de chance d'accepter les soins buccodentaires que ceux du groupe témoin et 2 x plus de chance de terminer les soins buccodentaires.

Lee et al., (2024), relèvent qu'il est essentiel de conceptualiser les symptômes comportementaux comme un moyen d'expression et il est important d'identifier les symptômes comportementaux antérieurs pour apporter des soins personnels efficaces. Dans leur étude, ils ont utilisé l'outil *Person-/Task-Centered Behavior Inventory (PCBI/TCBI)* dans lequel sont nommés des exemples de soins centrés sur la personne. Par exemple, montrer son approbation, demander la permission, donner des choix et montrer de l'intérêt, gestes positifs, s'adapter au rythme des résidents et utiliser de manière appropriée le toucher doux (Lee & al., 2024).

Le MCWB utilisé par Weintraub et al., (2018) a une part du programme orientée vers l'approche aux personnes atteintes de TNC. Ces approches ont contribué aux résultats significatifs sur la SBD du groupe intervention après 24 mois.

Barry et al., (2022) ont dans leur projet d'amélioration de la qualité, utilisé la PPA qui est une approche standardisée en 12 étapes qui permet d'approcher les personnes atteintes de TNC en diminuant le

sentiment de menace perçue et de ce fait augmente les chances de réaliser les soins. Les 12 étapes sont présentées en images dans l'annexe III.

### **7.2.3 Connaissances et éducation**

Selon Jablonski & al., (2018), le personnel des maisons de retraite déclare que les CRB constituent un obstacle majeur à l'hygiène buccodentaire des personnes atteintes de TNC et signale un manque d'éducation et de conseils pour prévenir et gérer ces comportements. Durant l'étude, les équipes de soins des groupes témoin et expérimental ont suivi une formation pour administrer des soins buccaux optimaux fondés sur des données probantes. Le groupe d'intervention a en plus reçu une formation pour appliquer le protocole MOUTH. Ceci explique l'amélioration de la santé buccodentaire observée dans les deux groupes. Dans leur étude, les soignants du groupe expérimental ont été formés d'une part à reconnaître les CRB les plus légers et à mettre en œuvre des stratégies visant à prévenir leur escalade et d'autre part, les stratégies visant à réduire la perception de la menace en comprenant la neurobiologie de la perception de menace.

Kim et al., (2021) recommandent d'assurer des formations régulières afin de promouvoir les soins centrés sur la personne. L'introduction de types spécifiques de comportements centrés sur la personne auprès des soignants leur permettrait d'offrir des soins buccodentaires respectueux et plus efficaces. Ils proposent d'utiliser des enregistrements vidéo durant les soins buccodentaires afin d'identifier les comportements utilisés et de permettre aux soignants de les corriger.

Weintraub et al., (2018) mentionnent que l'intervention comprenait une première présentation du protocole MCWB par une hygiéniste dentaire spécialisée dans la démence. Ensuite, l'équipe soignante recevait des visites mensuelles par cette même personne pendant deux ans afin de recevoir des informations et des conseils supplémentaires. Tous les membres du personnel soignant étaient invités à y participer.

Selon Barry et al., (2022), la formation et les compétences des soignants qui s'occupent des résidents atteints de TNC ont un impact sur le niveau de soins qu'ils reçoivent. Les soignants ont besoin d'une formation qui va au-delà du programme de certification de base pour fournir des soins de qualité aux personnes atteintes de TNC. Le manque de connaissances sur les possibles complications associées au manque d'hygiène buccodentaire contribue à en faire une tâche non prioritaire. Les auteurs relèvent que la formation des soignants qui interviennent auprès des personnes atteintes de TNC est plus efficace lorsqu'elle est dispensée en face-à-face et qu'elle s'appuie sur de réelles interactions en simulation. Ils concluent que la formation doit fournir un outil ou un guide de pratique pour l'apprentissage et doit inclure une méthodologie de débriefing. Tous les soignants ont reçu une carte plastifiée présentant les étapes de la PPA. Des affiches soulignant l'importance de l'hygiène buccodentaire chez les personnes atteintes de TNC ont été posées dans tout l'établissement. Les auteurs ont utilisé une formation qui contenait des supports vidéo pour faire l'acquisition de connaissances sur la démence et les changements neurobiologiques inhérents à cette pathologie. Des connaissances sur la SBD et les risques associés à une mauvaise SBD ont été données. La formation comprenait des démonstrations, des exercices pratiques simulés. Les soignants ont expérimenté les

déficits sensoriels comme la perte du champ de vision périphérique rencontré dans la démence. La PPA a été enseignée et expérimentée. Les soignants ont utilisé un questionnaire en fin de formation.

#### **7.2.4 Les techniques de soin buccodentaire**

Dans l'étude de Jablonski et al., (2018) les participants ont reçu des brosses à dents manuelles souples, du matériel pour les soins interdentaires, un dentifrice fluoré, un bain de bouche antibactérien sans alcool et un baume à lèvres. Les personnes porteuses de prothèses dentaires complètes ont reçu des brosses à dents manuelles souples, une pâte nettoyante pour prothèses dentaires, des brosses pour prothèses dentaires et un baume à lèvres. Les personnes ayant des prothèses dentaires partielles ont reçu les deux fournitures. Les deux groupes de soignants ont reçu une formation de base en matière de soins buccodentaires. L'outil d'évaluation *Oral Health Assessment Tool* (OHAT) a été utilisé pour mesurer la SBD. L'OHAT est composé de 8 items. Chaque item a une note allant de 0 (sain) à 2 (malsain). Le score final de l'OHAT varie entre 0 et 16. Plus le chiffre est bas, plus la SBD est bonne. Les items d'évaluation sont : présence de douleur, apparence des lèvres, de la langue, des gencives et des tissus, et de la salive, la propreté buccodentaire globale, l'état des dents naturelles (dents cariées, cassées ou usées) et l'état des prothèses dentaires (ajustement, dents ou zones cassées). Les auteurs ont observé que les scores moyens de l'OHAT se sont améliorés dans les deux groupes entre le début de l'étude et la semaine 3.

Une part du MCWB utilisé par Weintraub et al., (2018), apporte de l'information soulignant l'importance des soins buccodentaires pour prévenir les complications et offre des techniques pour nettoyer et protéger les dents, la langue, les gencives et les prothèses dentaires. Du matériel de soins spécifique aux situations de dents cassées ou déchaussées a été fourni. L'équipe soignante a été formée à évaluer et documenter l'état buccodentaire des patients à l'aide de l'échelle OHAT. Les auteurs ont aussi étudié l'impact du programme MCWB sur la santé buccodentaire, plus précisément l'impact sur la quantité de plaque sur les dents, l'inflammation gingivale ainsi que la quantité de plaque dure et sur les prothèses dentaires après immersion dans une solution révélatrice. Ils ont observé, après 24 mois, une légère augmentation de la quantité de plaque dans le groupe contrôle, mais une amélioration significative dans le groupe d'intervention. L'inflammation gingivale est aggravée dans le groupe contrôle alors que le groupe d'intervention montre une amélioration significative et pour l'hygiène des prothèses dentaires, ils remarquent une légère amélioration dans le groupe contrôle et une amélioration significative dans le groupe d'intervention.

#### **7.2.5 Management et organisation du travail**

Lee et al., (2024), notent que les soins centrés sur la personne ont été difficiles à mettre en place. Ils relèvent que les obstacles comprennent des problèmes institutionnels, tels que la dotation en personnel, la charge de travail, l'insuffisance des ressources et le manque de soutien de la part des institutions. Ils relèvent également ces éléments comme des freins à la mise en place de la PCC. Selon Lee et al., (2024), des changements actifs au niveau institutionnel et politique sont essentiels pour améliorer et

faciliter les soins aux personnes atteintes de TNC centrés sur la personne en réorganisant et en modifiant les pratiques culturelles.

Barry et al., (2022) déclarent que les établissements de santé devraient mettre en œuvre une formation tenant compte des caractéristiques spécifiques des personnes âgées atteintes de TNC et basée sur des expériences pratiques afin de doter les soignants des compétences permettant l'amélioration de l'hygiène buccodentaire.

Weintraub et al., (2018) mentionnent que la mise en place du programme MCWB nécessite une adaptation de l'organisation interne des maisons de retraite. Un « champion » en hygiène buccale était identifié dans chaque établissement pour soutenir ses collègues et gérer les cas les plus complexes. Les résultats du modèle linéaire mixte indiquent que la majorité des variations observées dans les scores d'hygiène buccale s'expliquent par des différences entre les résidents, plus que des maisons de retraite elles-mêmes. En effet, les valeurs de l'effet aléatoire sur l'intercept des maisons de retraite sont relativement faibles (PI-LTC : 0,046 ; GI-LTC : 0,095 ; DPI : < 0,001), ce qui indique une faible variance entre établissements. De plus, les corrélations intraclasse confirment que la variabilité entre les résidents est plus importante (PI-LTC : 0,098 ; GI-LTC : 0,143), tandis qu'elle est quasi nulle pour l'hygiène des prothèses (DPI : < 0,001). Ces éléments suggèrent que l'efficacité de l'intervention ne dépend pas que des ressources ou des infrastructures propres à chaque établissement, mais plutôt de la manière dont le programme est appliqué de manière individuelle.

### **7.2.6 Le point de vue des soignants**

Selon Jablonski & al., (2018), les soignants disent se sentir démunis face aux CRB. Le personnel des maisons de retraite signale que les CRB constituent un obstacle important à l'hygiène buccodentaire des personnes atteintes de TNC et signale un manque d'enseignement et de conseils pour prévenir et gérer ces comportements (Jablonski et al., 2018).

Lee et al., (2024), notent que les soins centrés sur la personne ont été difficiles à mettre en place. Les obstacles comprennent des problèmes comme, la résistance du personnel aux nouvelles méthodes ou la conviction que les soins sur la personne représentent un travail supplémentaire.

Selon Weintraub et al., (2018), de nombreux obstacles ont été décrits. La lourdeur de la charge de travail, le manque de temps, l'insuffisance des connaissances et des compétences, une difficulté à percevoir les soins buccodentaires comme une priorité, le manque de directives claires de la hiérarchie, ainsi que le manque de collaboration des résidents sont autant d'obstacles à surmonter. Dans l'étude de Barry et al., (2022), le sentiment de compétence des soignants a été mesuré. La compétence a été définie comme l'utilisation des 12 étapes de la PPA. Le sentiment de compétence en matière de soins aux personnes atteintes de TNC a été évalué en comparant une enquête pré-post, SCIDS. Le SCIDS *Evaluation of Sense of Competence in Dementia Care Staff Survey* est une enquête en 17 points allant de 1 (pas du tout) à 4 (tout à fait), les scores les plus élevés indiquant un niveau de compétence plus élevé (Barry et al., 2022). Les soignants ont présenté les scores suivants pour les différentes catégories du SCIDS en pré et postintervention : Score total > de 50 pts à 65,47 pts. Professionnalisme > de 16,24

pts à 19,35 pts. Construction de la relation > de 10,65 pts à 15,29 pts. Défis de soins > de 10,88 à 15,35 pts. Valorisation de la dignité > de 12,24 à 15,47. Ces résultats sont statistiquement significatifs avec pour tous une valeur p à < 0,001.

### 7.2.7 Synthèse

Les six articles sélectionnés offrent des réponses à la question de recherche qui est : Quelles sont les interventions infirmières probantes pour gérer les Symptômes Comportementaux et Psychologiques de la Démence (SCPD) dans le but d'assurer la santé buccodentaire chez les personnes âgées résidentes en Établissement Médico-Social (EMS) et atteintes de Troubles Neurocognitifs (TNC) ? Jablonski et al., (2018) avec l'intervention MOUTH proposent un outil complet. En effet, le MOUTH qui est composé de techniques relationnelles pour gérer les CRB, d'un programme d'enseignement sur la SBD et la fourniture de matériel de soin a montré sur 3 semaines une gestion efficace des CRB, bien que les effets sur la SBD n'aient pas montré de résultats significatifs sur 3 semaines. Xiao et al., (2024) en s'appuyant sur le *progressively lowered stress threshold (PLST)* « seuil de stress progressivement abaissé » ont pu démontrer qu'en raison du caractère dynamique et fluctuant dans le temps des SCPD, les soins buccodentaires sont à privilégier le matin, car les SCPD sont pour la majorité des personnes atteintes de TNCM de plus faible intensité à ce moment de la journée. Lee et al., (2024) ainsi que Kim et al., (2021) se sont intéressés à l'influence sur les CRB des soins centrés sur la personne et de ceux centrés sur la tâche. Les deux études ont montré sans ambiguïté que les soins centrés sur la personne sont plus efficaces pour gérer les SCPD et que les soins centrés sur la tâche sont même générateurs de SCPD. Toutefois, Kim et al., (2021) ont observé que le comportement centré sur la personne des soignants « négociateur de manière coopérative » était associé à des CRB. Weintraub et al., (2018) qui ont évalué l'outil *Mouth Care Without a Battle (MCWB)* ont pu mesurer des effets positifs significatifs sur la SBD des résidents après 24 mois d'intervention. Le MCWB associe des enseignements aux soignants sur la SBD et sur les TNC, ainsi que des enseignements sur des techniques relationnelles permettant de réaliser des soins aux personnes atteintes de TNCM. Barry et al., (2022), avec leur projet d'amélioration de la qualité basé sur une approche physique positive en 12 étapes enseignée aux soignants, ont pu démontrer des effets significatifs sur le taux d'achèvement des soins buccodentaires après une année d'intervention.

### 7.3 Synthèse des résultats

Dans ce chapitre, les articles sont analysés en regard du cadre théorique de l'ASFF. Les 8 valeurs de l'ASFF, les concepts et postulats associés sont utilisés.

Cadre théorique de l'ASFF de Gottlieb		Les 6 articles					
Liens avec les 8 valeurs de l'ASFF	Concepts et postulats	(Jablonski et al., 2018)	(Xiao et al., 2024)	(Lee et al., 2024)	(Kim et al., 2021)	(Weintraub et al., 2018)	(Barry et al., 2022)
<b>Santé et guérison</b>	Promouvoir la santé	X	X	X	X	X	X
	Favoriser la guérison (améliorer la santé buccodentaire)	X	X	X	X	X	X
	La santé existe en dépit des pathologies						
	S'appuie sur les mécanismes innés de la personne (soins centrés sur la personne)	X	X	X	X	X	X
<b>Unicité de la personne</b>	La personne est unique (soins centrés sur la personne)	X	X	X	X	X	X
	Influence des facteurs développementaux (TNCM)	X	X	X	X	X	X
	Influence des événements situationnels.	X	X			X	X
	Influence des événements sociaux et culturels	X					
<b>Holisme et indivisibilité</b>	La personne est considérée dans son entièreté						
	L'esprit est influencé par des processus neuropsychologiques (TNCM)	X	X	X	X	X	X

	Un aspect de la vie touche les autres aspects.	X	X	X	X	X	X
	Tous les aspects de la personne fonctionnent en harmonie						
<b>Réalité objective et subjective et signification créée</b>	Point de vue de la neurobiologie (résistance aux soins)	X	X				
	Réalité objective (échelles et outils de mesures)	X	X	X	X	X	X
	Réalité subjective. (La résistance aux soins, un sentiment de menace)	X	X			X	X
	L'infirmière cherche à comprendre la réalité subjective de la personne	X	X	X	X	X	X
<b>Autodétermination</b>	Autonomie (TNCM)						
	Prise de décision éclairée (TNCM)						
	Collaboration patient infirmière dans la prise de décision						
<b>La personne et l'environnement ne font qu'un</b>	Microsystème (environnement immédiat, famille, voisinage, religion, autres)	X	X	X	X	X	X
	Mésosystème (frontière entre le micro et l'exosystème) (institution)			X		X	X
	Exosystème						
	Macrosystème (contexte économique et des organisations de soins et de santé)	X	X	X	X	X	X

<b>Apprentissage, disposition pour apprendre et moment opportun</b>	Processus neuropsychologiques (TNCM)	X	X	X	X	X	X
	Être disposé à apprendre est nécessaire au changement						
	Le moment opportun						
	Formation des soignants (Gottlieb, 2014, p. 186)	X				X	X
<b>Partenariat de collaboration entre l'infirmière et la personne</b>	La personne a des connaissances et des <b>capacités</b> qu'elle peut utiliser	X	X	X	X	X	X
	Relation réciproque et mutuelle entre l'infirmière et le patient	X	X	X	X	X	X
	Le problème peut ou non être résolu, mais la capacité à prendre en charge le problème est augmentée (point de vue des équipes de soins)	X	X	X	X	X	X

## 8 Discussion

Dans ce chapitre, les résultats sont d'abord mis en lien avec le cadre théorique de l'ASFF, puis généralisés à la réalité du contexte de la Suisse et plus particulièrement du canton de Vaud. Des recommandations pour la pratique sont proposées en prenant appui sur les articles sélectionnés. Les forces et limites de ce travail sont ensuite présentées avant la conclusion.

### 8.1 Mise en perspective des résultats avec le cadre théorique

Dans ce chapitre, les résultats sont observés en regard des 8 valeurs de l'ASFF et de ses attributs.

La première valeur de l'ASFF est **santé et guérison**. Les premiers attributs de cette valeur sont « promouvoir la santé » et « favoriser la guérison ». Gottlieb., (2014) postule que « les professionnels de la santé ont en commun un même point de mire : la santé et la guérison ». De plus, elle postule que la santé est une entité séparée et distincte qui coexiste avec la maladie. Les six articles ont pour objectif d'améliorer la santé buccodentaire des personnes atteintes de TNC, ainsi tous les auteurs cherchent des moyens d'améliorer la santé. Gottlieb., (2014) postule que « la santé existe en dépit des pathologies ». Aucun des auteurs des six articles ne reprend ce postulat. Les auteurs qui ont une approche centrée sur la personne ont également un regard sur la physiopathologie des TNCM et des problèmes de SBD. Pour l'attribut « s'appuient sur les mécanismes innés de la personne », tous les auteurs prennent en compte de manière directe ou indirecte la mémoire procédurale des patients.

La 2<sup>e</sup> valeur est « **Unicité de la personne** » et ses attributs sont « la personne est unique », « influence des facteurs développementaux », « influence des événements situationnels » et « influence des événements sociaux et culturels ». Dans cette valeur résident probablement les liens les plus évidents entre le contenu des articles et le cadre théorique. En effet, le concept central des soins centrés sur la personne est présent dans les six articles sélectionnés. Les approches relationnelles présentées cherchent à préserver l'intégrité psychique des résidents vivant en institution en se centrant sur leurs besoins. Jablonski., (2018), avec le programme MOUTH, Xiao et al., (2024), avec le concept d'abaissement du seuil de tolérance au stress, Lee et al., (2024) ainsi que Kim et al., (2021) qui s'intéressent aux soins centrés sur la personne, Weintraub et al., (2018) avec le programme MCWB et Barry et al., (2022) avec la PPA ont tous une orientation de soins centrés sur la personne prenant en compte l'unicité de chaque être humain. Bien qu'issue de deux continents différents, l'Asie et l'Amérique du Nord, l'influence des contextes socioculturels n'est que très peu présente dans les articles.

La 3<sup>e</sup> valeur est **holisme et indivisibilité**. Pour l'attribut « la personne est considérée dans son entièreté », bien que les auteurs aient une approche centrée sur la personne, les six articles sont des études quantitatives où l'individu a moins de place. En effet, les articles parlent des personnes atteintes de TNC et de leurs problèmes de santé. Pour l'attribut « l'esprit est influencé par des facteurs neuropsychologiques », tous les articles le proposent. En effet, dans leurs problématiques, les auteurs soulignent l'influence des TNCM sur la SBD des personnes atteintes de TNC. Gottlieb., (2014) postule

« qu'un aspect de la vie en touche d'autres ». Ce concept est au centre des six articles puisqu'ils montrent tous l'influence des TNC sur la SBD. En ce qui concerne l'attribut « tous les aspects de la vie fonctionnent en harmonie », aucun des auteurs des six articles ne fait mention d'un tel postulat.

La 4<sup>e</sup> valeur est **réalité objective et subjective et signification créée**. Le premier attribut est « point de vue de la neuropsychologie ». Si tous les auteurs s'appuient sur des études qui expliquent la physiopathologie de la démence, seuls Jablonski et al., (2018) et Xiao et al., (2024) ont une description claire des processus neurobiologiques qui entraînent les comportements de résistance aux soins. Pour Gottlieb., (2014), la réalité objective comprend l'ensemble des outils de mesure dont dispose l'infirmière. Les six articles en sont un concentré. En effet, la recherche scientifique avec tous ses instruments de mesure est au centre de cette « réalité objective ». La « réalité subjective » fait référence au point de vue de la personne. L'ASFF postule que « l'infirmière cherche à comprendre la réalité subjective du patient ». Si les articles sont des études quantitatives, tous prennent en compte la réalité subjective de la personne atteinte de TNCM. Jablonski, (2018) avec le programme MOUTH et ses techniques relationnelles, Xiao et al., (2024) avec la prise en compte du moment de la journée et de son impact sur la personne soignée, Lee et al., (2024) et Kim et al., (2021) avec leurs approches centrées sur la personne, Weintraub et al., (2018) avec le programme MCWB ainsi que Barry et al., (2022) avec la PPA, tous se centrent sur les besoins de la personne soignée et prennent en compte sa réalité subjective.

La 5<sup>e</sup> valeur est **l'autodétermination**. Les attributs de cette valeur sont « autonomie », « prise de décision éclairée », « collaboration infirmière patient *dans la prise de décision* ». Si pour le dernier attribut « collaboration infirmière patient dans la prise de décision » les auteurs cherchent tous des moyens de collaborer avec les patients, aucun des six articles ne traite du sujet de l'autonomie et de la prise de décision éclairée. En effet, la population à l'étude qui présente des TNCM n'est probablement plus en mesure de comprendre les bénéfices pour sa SBD de recevoir des soins. Les CRB ne sont pas considérés comme un refus de soins volontaire, mais comme un symptôme de la démence. Ainsi, les concepts d'autonomie et de prise de décision éclairée ne sont pas présents.

La 6<sup>e</sup> valeur est **la personne et l'environnement ne font qu'un**. Gottlieb (2014) postule que la personne est une partie intégrante de l'environnement et que celui-ci est une partie intégrante de la personne. Ainsi, les deux s'influencent mutuellement. Gottlieb (2014) postule également qu'un environnement propice à la promotion de la santé est celui dans lequel un bon ajustement entre la personne et lui existe. Gottlieb (2014) divise l'environnement en quatre parties distinctes. Dans les 6 articles, il est possible de faire des liens entre le microsystème (environnement direct de la personne soignée) et le macrosystème (influence de l'économie, de la politique, des institutions sociales et des valeurs sociales). Pour le mésosystème les articles de Lee et al., (2024), Barry et al., (2022) et Weintraub et al., (2018) mettent en avant les difficultés liées au management et aux institutions, visibles au chapitre 7.2.5. Il est plus difficile de mettre en lien le contenu des articles avec la partie « exosystème » que Gottlieb conceptualise dans sa compréhension de l'environnement. Les six auteurs des articles sélectionnés cherchent des moyens de minimiser l'impact des SCPD sur les soins

buccodentaires. Les techniques relationnelles ou de SBD sont intégrées au microsystème. Le contexte social, économique, culturel et politique n'est que très peu abordé dans les articles.

La 7<sup>e</sup> valeur est **apprentissage, disposition pour apprendre et moment opportun**. Les attributs de la valeur sont : « processus neurobiologiques », « être disposé à apprendre est nécessaire au changement » et « le moment opportun ». Du fait de la présence de TNC chez les sujets à l'étude dans les six articles, les processus neurobiologiques sont mentionnés. Jablonski et al., (2018) s'y arrêtent avec plus de précision pour expliquer le sentiment de menace perçu par les personnes soignées lors de l'activité des soins buccodentaires. En ce qui concerne le moment opportun et la disposition au changement, aucun des articles ne s'y réfère. Cela est explicable car ce qui caractérise la démence est une difficulté croissante à utiliser sa mémoire pour encoder de nouvelles informations. Dans ce travail, les soignants sont pris en compte. En effet, Gottlieb (2014) postule que l'infirmière doit apprendre pour augmenter ses compétences pour faire face aux situations rencontrées (p.186). Cela est visible dans les articles de Jablonski et al., (2018), Weintraub et al., (2019) et Barry et al., (2022) qui se centrent sur la formation des soignants afin d'augmenter leurs compétences dans l'accompagnement des personnes atteintes de TNC.

La 8<sup>e</sup> valeur est **partenariat de collaboration entre l'infirmière et la personne**. Les attributs de la valeur sont : « la personne a des connaissances et des capacités qu'elle peut utiliser », « relation réciproque et mutuelle entre l'infirmière et le patient » et « le problème peut être résolu ou non, mais la capacité à prendre en charge le problème est augmentée ». Pour les connaissances et capacités de la personne, les six articles se centrent principalement sur les capacités. En effet, si Jablonski et al., (2018), s'appuient sur la mémoire procédurale des patients, c'est surtout en adaptant l'environnement (attitudes des soignants) que les capacités des personnes soignées sont mobilisées. Xiao et al., (2024), en cherchant le meilleur moment pour réaliser les soins buccodentaires, s'appuient sur les ressources et capacités de la personne qui fluctuent au fil de la journée. Lee et al., (2024) et Kim et al., (2021) font émerger les capacités des personnes atteintes de TNC en focalisant l'attention sur la personne plutôt que sur la tâche. Tous les articles se centrent de manière directe ou indirecte sur les connaissances et capacités des équipes soignantes. Tous les articles mentionnent les soins centrés sur la personne et cela fait le lien avec l'attribut « relation réciproque entre l'infirmière et le patient ». En ce qui concerne le dernier attribut, « le problème peut être résolu ou non, mais la capacité à prendre en charge le problème est augmentée » est vu depuis le point de vue des soignants. Aucun des auteurs des articles ne déclare vouloir résoudre le problème de la compliance aux soins durant l'activité des soins buccodentaires aux personnes atteintes de TNCM. Néanmoins, tous les articles cherchent des solutions permettant d'améliorer la situation et d'offrir aux soignants des outils leur permettant de travailler dans des conditions facilitantes. Il est important de prendre en compte que les auteurs proposent des moyens de réhumanisation de la personne soignée en proposant des techniques relationnelles ou des approches centrées sur l'humain. Ceci permet de s'approcher de la relation symétrique et équilibrée que Gottlieb (2014) prône.

## 8.2 Caractère généralisable des résultats et recommandations pour la pratique

Ce travail contextualisé à la situation en Suisse et plus particulièrement au canton de Vaud permet de généraliser les résultats et de faire des recommandations pour la pratique. Les résultats sont également généralisables au-delà du contexte dans lequel a été réalisé ce présent travail. Ici, les résultats sont mis en lien avec la question de recherche qui est : quelles sont les interventions infirmières probantes pour gérer les Symptômes Comportementaux et Psychologiques de la Démence (SCPD) dans le but d'assurer la santé buccodentaire chez les personnes âgées résidentes en Établissement Médico-Social (EMS) et atteintes de Troubles Neurocognitifs (TNC).

La problématique exposée dans ce travail est une réalité que vivent les soignants et plus particulièrement pour ceux travaillant dans les EMS qui accueillent des personnes atteintes de TNCM. L'organisation du travail en EMS fait que les soins buccodentaires sont la majorité du temps réalisés par des auxiliaires de santé et des ASSC. Si l'infirmière est amenée à réaliser moins fréquemment des soins buccodentaires, son travail, qui consiste à organiser les soins et à intervenir pour évaluer la SBD ou lors de la survenue de problèmes de SBD, lui donne une grande responsabilité. Son travail de supervision des équipes et d'accompagnement est central. Les auxiliaires de santé sont souvent démunis pour gérer des SCPD de forte intensité et les recommandations les invitant à ne pas réaliser de soins contre la volonté d'une personne complexifient la réalisation des soins de SBD. Dans ce contexte, les recommandations émises par les auteurs des six articles prennent tout leur sens. En effet, trois des études présentées proposent des interventions comprenant des formations aux prestataires de SBD chez les personnes atteintes de TNC. Ces formations intègrent des connaissances en matière de soins de SBD, mais également des connaissances en matière de démence et de techniques relationnelles. Bien que les six études le fassent, trois se centrent plus particulièrement sur la nécessité de réaliser des soins centrés sur la personne plutôt que sur la tâche. Bien que les soins centrés sur la personne soient recommandés et présentés comme une référence dans les soins, l'organisation du travail incite le personnel soignant à se concentrer sur la tâche. L'hypothèse est que les moyens d'évaluation dans la pratique vont observer la réalisation de tâches (propreté des dents, gingivite, caries, état des prothèses), plutôt que l'efficacité d'une relation (confort du résident au moment du soin et satisfaction). Le manque de connaissances des soignants en matière de démence est probablement une des causes de l'interprétation par certains soignants de la résistance aux soins comme un refus volontaire et non pas comme la manifestation d'un symptôme comportemental de la démence. La formation continue en matière de SBD associée à de la formation sur l'accompagnement des personnes atteintes de TNCM est donc essentielle pour assurer leur SBD. Au niveau planétaire, la faible quantité d'études traitant le sujet rend nécessaire la poursuite des recherches. Ce travail basé sur des études quantitatives ne permet pas de comprendre les limitations ressenties et vécues par les soignants et plus particulièrement par les infirmières. Intégrer des études qualitatives orientées sur le ressenti des équipes de soin semble être un travail à réaliser. La lecture des six articles permet d'observer que si les USA et la Corée sont des pays localisés sur des continents différents aux cultures spécifiques, les difficultés auxquelles font face les infirmières qu'elles soient liées à l'accompagnement des personnes atteintes de démence ou liées à l'organisation des soins et des contraintes inhérentes à la profession

infirmière sont pour beaucoup similaires à celles rencontrées en Suisse. Si ce travail se concentre spécifiquement sur les interventions infirmières visant à gérer les SCPD dans le but d'assurer la SBD chez des personnes âgées atteintes de TNC en EMS, certains résultats peuvent être généralisés à d'autres contextes cliniques. Bien que la SBD ne soit généralement pas le problème prioritaire des patients hospitalisés dans des services de soins aigus, elle reste néanmoins indispensable. Les potentielles complications liées à une mauvaise hygiène dentaire sont réelles, et le rôle infirmier est central pour les prévenir. Par exemple, en pédiatrie, l'équipe soignante ou même les parents sont souvent confrontés à de l'opposition lors des soins buccodentaires. Dans ce contexte, le concept de soins centrés sur la personne, l'utilisation de techniques relationnelles, l'adaptation de la communication et l'utilisation de stratégies de distractions facilitent la réalisation des soins buccodentaires. Cela montre les possibilités de transferts des résultats à d'autres catégories de la population. Cela peut encore être le cas dans des services de psychiatrie, des unités dédiées au handicap mental ou de soins palliatifs où la coopération avec le patient peut également être limitée. Les résultats de ce travail permettent d'amener une réflexion sur la SBD au-delà du cadre de l'EMS et des institutions accompagnant des personnes atteintes de TNCM et présentant des SCPD.

### **8.3 Limites et forces du travail**

#### **Limites**

Ce travail présente plusieurs limites. La première est qu'outre des ressources utilisées pour rédiger la problématique, aucun article suisse n'a été utilisé pour répondre à la question de recherche. De plus, hormis l'article de Jablonski et al., (2018), aucun des autres articles ne réunissait tous les concepts étudiés qui sont : 1) TNC, 2) SCPD, 3) SBD, 4) EMS, 5) interventions infirmières. En effet, la littérature scientifique dédiée à la SBD est majoritairement produite par et pour des médecins dentistes. De plus, dans les articles sélectionnés, le personnel infirmier n'était souvent pas majoritairement représenté, mais cela correspond néanmoins aux réalités rencontrées dans les maisons pour personnes âgées atteintes de TNCM en Suisse. Si la littérature sur les SCPD est abondante, le contexte spécifique des soins buccodentaires n'est que rarement étudié. Une autre limite est que ce travail n'a que très peu pris en compte le point de vue des soignants. Or, la souffrance des soignants et le sentiment d'inefficacité vécus dans le réel de l'activité lors des soins buccodentaires chez des personnes atteintes de TNCM ont été une des raisons qui ont motivé ce travail. Les SCPD compromettent la relation. Or, la relation est centrale dans le soin. Explorer le ressenti de l'infirmière dans la relation complexe inhérente à un soin où des SCPD sont présents aurait eu tout son sens. Ce travail qui s'est appuyé sur des études quantitatives aurait pu explorer cet aspect en s'appuyant sur une étude qualitative. S'il est vrai que la question de recherche ne s'orientait pas vers le point de vue des soignants, il est difficile d'éluider complètement ce thème lorsqu'il est question d'une relation de soin. Si les articles sont issus de deux contextes géopolitiques différents, peu d'articles donnent avec précision des éléments permettant de comprendre le contexte dans lequel se déroulent les soins. Seul l'article de Jablonski et al., (2018) donne des précisions sur le financement et le mode de fonctionnement des établissements dans lesquels se déroulent les interventions. Une autre limite concerne le choix du cadre théorique. Si le

choix du cadre théorique, qui reste pertinent, est le fruit d'une réflexion, il a été fait en amont de ce travail. Dans ce contexte, le cadre théorique de l'ASFF est indiqué puisque Gottlieb met l'infirmière, les soins centrés sur la personne, les techniques de communication et la relation au centre. Toutefois, aucun des articles sélectionnés ne s'appuie sur le cadre théorique de l'ASFF et il n'a pas toujours été facile de mettre en lien les concepts spécifiques de l'ASFF avec la démarche scientifique utilisée par les auteurs des articles sélectionnés. Ceci est particulièrement vrai lorsqu'il faut mettre en lien des valeurs de l'ASFF comme l'autonomie, la prise de décision partagée ou la guérison alors que les personnes soignées présentent des pathologies dégénératives comme la maladie d'Alzheimer. Rétrospectivement, s'appuyer sur un modèle comme celui des besoins compromis *Need-driven dementia-compromised* (Algase et al., 1996) présenté brièvement au chapitre 2.3.3. aurait pu également être un choix pertinent. En effet, le modèle d'Algase avec ses facteurs contextuels et proximaux va rechercher l'origine des SCPD et les considère comme des manifestations de besoins compromis. Indirectement, c'est ce que cherchent à faire les auteurs des six articles. En exemple, Xiao et al., (2024) en observant les trajectoires de CRB cherchent le meilleur moment pour la personne atteinte de TNCM pour réaliser les soins buccodentaires. Ou Jablonski et al., (2018) en expliquant la résistance aux soins comme un processus neurobiologique vont replacer le symptôme comportemental de la résistance aux soins comme la réponse à un facteur contextuel. Ceux-ci vont ensuite explorer les besoins compromis proximaux de la personne pour réaliser les soins buccodentaires de façon à ce qu'ils soient acceptés.

## **Forces**

Une des forces de ce travail réside dans le fait que son origine a trouvé sa source dans les difficultés rencontrées dans la pratique infirmière exposée au réel de l'activité des soins aux personnes atteintes de TNCM. Ce travail au-delà de l'exercice de rédaction d'un travail scientifique, souhaite apporter des solutions concrètes à la problématique de soin présentée. De plus, en parallèle de ce travail, de multiples actions ont été entreprises au sein d'un établissement médico-social vaudois. En effet, tout en réalisant ce travail, une collaboration avec la direction de cet établissement a permis de mettre en place des séances de formation au personnel soignant données par une hygiéniste dentaire. Dans ce même établissement, des séances d'information appuyées sur de la littérature scientifique ont été réalisées pour faciliter la prise en charge des personnes atteintes de TNCM lors des soins buccodentaires. En collaboration avec la responsable qualité de ce même établissement, un protocole de soins buccodentaires a été rédigé. Des mesures d'évaluation des pratiques en matière de soins buccodentaires ont été réalisées. Aussi, lors d'un stage dans le milieu du handicap mental et des troubles du spectre de l'autisme (TSA), des recherches ont été réalisées afin d'aider cette population aux besoins très spécifiques en matière de SBD. L'opportunité de participation à la recherche d'une hygiéniste dentaire travaillant pour les universités de médecine dentaire de Genève et Zurich et en formation de master en santé publique à l'université de Genève s'est présentée. Cette recherche avait pour objectif 1) d'identifier les obstacles à l'organisation des prestations buccodentaires, 2) comprendre à quel niveau les soins dentaires font partie des priorités dans les établissements, 3) savoir si des politiques cantonales influencent les décisions. Ces travaux en parallèle ont nourri ce travail par de la réflexion et ont contribué à avoir un regard critique et orienté vers le réel de l'activité infirmière lorsqu'il

a fallu sélectionner les six articles. Une des forces de ce travail de bachelor est précisément d'apporter une modeste contribution à un problème peu mis en évidence dans la littérature scientifique. Une autre force de ce travail est que les interventions trouvées dans les articles sont facilement transférables. En effet, même si implanter un programme comme le MOUTH ou le MCWB demanderait des autorisations et un financement, en reprendre les grands principes et les appliquer est réalisable sans frais supplémentaires. Une qualité de ce travail est que son sujet autour de la problématique clinique des soins buccodentaires aux personnes atteintes de TNCM est plus que jamais actuel et nécessite des recherches de solutions en dépit de l'avancée rapide des technologies et des changements de paradigmes. En effet, à l'heure du « paradigme de la complexité » (Pepin et al., 2024), poursuivre les recherches dans ce domaine est une nécessité. Une force de ce travail est que de la rédaction de la problématique à la recherche des articles et jusqu'à l'analyse de ceux-ci pour répondre à la question de recherche, ce travail a été réalisé avec rigueur et constance. Le problème étant très spécifique, il a nécessité beaucoup de temps de recherche dans les bases de données et la lecture de nombreux articles avant de sélectionner les plus pertinents. Bien que des limites aient été décrites en lien avec le cadre théorique de l'ASFF, il n'en reste pas moins qu'il a représenté une réelle force pour ce travail. La force principale réside dans le fait que Gottlieb (2014) donne une place importante aux soins centrés sur la personne. En effet, Gottlieb postule qu'une approche basée sur la personne s'oppose aux soins basés exclusivement sur la maladie ou les problèmes. En se centrant sur la maladie, l'infirmière pourrait entrer dans une démarche de soins centrés sur la tâche et de ce fait perdre en humanité et en efficacité. Ainsi Gottlieb (2014) remet le patient au centre. Outre la facilitation des soins qu'une telle démarche permet, elle redonne à l'infirmière du sens à son travail par le rétablissement de la relation.

## 9 Conclusion

La prévalence des personnes atteintes de TNC présentant des SCPD s'accroît avec le vieillissement de la population. Fournir des soins humains et de qualité représente un défi pour la profession infirmière qui doit continuellement s'adapter aux évolutions démographiques de la société. La SBD fait partie intégrante de la santé et sa prise en charge est de la responsabilité infirmière. Ce travail de recension des écrits autour de la SBD des résidents en EMS a permis de mettre en lumière l'ampleur du problème et d'aboutir à une question de recherche. La recherche d'articles scientifiques dans les bases de données a permis de trouver des interventions infirmières probantes permettant de gérer les SCPD durant l'activité des soins buccodentaires administrés aux personnes atteintes de TNCM et vivant en EMS. Ce travail de recension des écrits a mis en avant que les soins centrés sur la personne sont une des clés pour gérer les SCPD durant l'activité des soins buccodentaires. Si cela semble être une évidence à l'ère du paradigme de la complexité où la singularité de l'individu est centrale, il n'en reste pas moins que la pression financière qui pèse sur le système de santé incite à travailler en se centrant sur la tâche. Ce travail a mis en lumière que la formation des équipes soignantes est centrale pour dispenser des soins de qualité. Dans ce contexte, le personnel infirmier a une double responsabilité. D'une part, il doit veiller à maintenir ses compétences à niveau en se formant et, d'autre part, doit veiller à ce que les équipes qui travaillent sous sa responsabilité et qui dispensent les soins aux personnes soient bien formées. Ceci est d'autant plus vrai dans les EMS de Suisse où les soins d'hygiène sont majoritairement réalisés par des auxiliaires de santé et des ASSC. Dans ce contexte, le personnel infirmier a un rôle de supervision et d'évaluation et porte la responsabilité de la qualité des soins. Ce travail sur la gestion des SCPD a montré que ceux-ci sont fluctuants au fil de la journée. Ils sont en particulier moins présents le matin. Or, si les recommandations en matière de SBD émises par les associations professionnelles prônent des soins buccodentaires au moins 2x par jour, ils sont généralement privilégiés par les équipes soignantes le soir au moment du coucher. Ceci oblige le personnel infirmier à introduire des modifications au niveau de l'organisation des soins et en particulier au niveau de l'organisation informelle présente dans les services. Ce travail de recension des écrits a présenté trois interventions spécifiques permettant de gérer les SCPD durant les soins buccodentaires. Elles sont le MOUTH, le MCWB et la PPA en 12 étapes. Ce travail a mis en avant que ce type d'interventions a un effet positif significatif sur la SBD des personnes mais, surtout, sur la qualité de l'accompagnement. Aucune des études citées n'a eu la prétention d'éradiquer les SCPD, mais toutes ont montré des résultats positifs sur la gestion de ceux-ci. Ce travail qui a été motivé par les difficultés rencontrées sur le terrain dans le réel de l'activité des soins ne s'est pas centré sur le ressenti et le vécu du personnel infirmier. En effet, les SCPD impactent la relation et l'état émotionnel des soignants. Poursuivre ce travail avec un regard sur le vécu du personnel infirmier semble une piste essentielle pour améliorer la qualité des soins. Travailler sur le ressenti des équipes soignantes paraît incontournable pour faire la promotion des soins centrés sur la personne. Poursuivre le travail de recherche dans la littérature scientifique et contribuer à la production de savoir est une responsabilité infirmière. Ce travail de fin d'études en soins infirmiers est une petite pierre qui s'inscrit dans cette démarche.

## Liste de références

- Algase, D. L., Beck, C., Kolanowski, A., Whall, A., Berent, S., Richards, K., & Beattie, E. (1996). Need-driven dementia-compromised behavior : An alternative view of disruptive behavior. *American Journal of Alzheimer's Disease*, 11(6), 10-19. <https://doi.org/10.1177/153331759601100603>
- Alzheimer Suisse. (s. d.). *Préparer l'entrée en EMS*. Consulté 28 novembre 2022, à l'adresse <https://www.alzheimer-schweiz.ch/fr/les-demences/article/preparer-lentree-en-ems>
- Alzheimer Suisse. (2019). *Étude d'Alzheimer Suisse sur les coûts des démences 2019 : Perspectives sociétales*. [https://www.alzheimer-schweiz.ch/fileadmin/dam/Alzheimer\\_Schweiz/Dokumente/Ueber\\_Demenz/Zahlen-Fakten/Management\\_Summary\\_FR\\_final.pdf](https://www.alzheimer-schweiz.ch/fileadmin/dam/Alzheimer_Schweiz/Dokumente/Ueber_Demenz/Zahlen-Fakten/Management_Summary_FR_final.pdf)
- Alzheimer Suisse. (2020, avril). *La démence en Suisse : Des faits et des chiffres*. <https://www.alzheimer-schweiz.ch/fr/auguste/recherche/detail/la-demence-en-suisse-des-faits-et-des-chiffres/>
- American Psychiatric Association [APA]. (2015). *DSM-5 : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (M.-A. Crocq & J.-D. Guelfi, Trad.; 5e éd). Elsevier Masson.
- Association Alzheimer Suisse. (2014). *200F\_2014\_demence-ems.pdf*. [https://www.alzheimer-schweiz.ch/fileadmin/dam/Alzheimer\\_Schweiz/Dokumente/Publikationen-Produkte/200F\\_2014\\_demence-ems.pdf](https://www.alzheimer-schweiz.ch/fileadmin/dam/Alzheimer_Schweiz/Dokumente/Publikationen-Produkte/200F_2014_demence-ems.pdf)
- Barry, B. J., McConnell, E. S., Duea, S. R., & Petsas Blodgett, N. (2022). A Standardized Positive Physical Approach to Improve Oral Hygiene for Nursing Home Residents With Alzheimer's Disease and Related Dementias. *Journal of Gerontological Nursing*. <https://journals.healio.com/doi/10.3928/00989134-20221003-07>
- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2020). *Les principes de l'éthique biomédicale* (M. Fisbach, Trad.). les Belles lettres.

- Bulechek, G. M., Butcher, H. K., & McCloskey, J. C. (avec Association francophone européenne des diagnostics, interventions et résultats infirmiers). (2010). *Classification des interventions de soins infirmiers : CISI, NIC* (C. Debout, Trad.; 5e éd. française). Elsevier-Masson.
- Carpenito, L. J. (2019). *Manuel de diagnostics infirmiers* (L. Rahal, Trad.; Nouvelle éd). Elsevier Masson.
- Confédération suisse. (1999). *Constitution fédérale de la Confédération suisse*.
- Conseil International des Infirmières [CII]. (2021). *Code de déontologie du CII ICN\_Code-of-Ethics\_FR\_WEB.pdf*. [https://www.icn.ch/sites/default/files/2023-04/ICN\\_Code-of-Ethics\\_FR\\_WEB.pdf](https://www.icn.ch/sites/default/files/2023-04/ICN_Code-of-Ethics_FR_WEB.pdf)
- Etat de Vaud. (1985, mai 29). *Loi sur la santé publique du 29 mai 1985 VD*.  
<https://prestations.vd.ch/pub/blv-publication/actes/consolide/800.01?key=1559043264800&id=258cb2db-b772-411c-b0c5-6ed80967c762>
- Fawcett, J., & Desanto-Madeya, S. (2013). *Contemporary nursing knowledge : Analysis and evaluation of nursing models and theories* (3rd ed). F. A. Davis Co.
- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondement et étapes du processus de recherche : Méthodes quantitatives et qualitatives* (3e édition). Chenelière Éducation.
- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2022). *Fondements et étapes du processus de recherche : Méthodes quantitatives et qualitatives* (4e édition). Chenelière éducation.
- Frame, K. (2004). Intervention, Intervene, Interfere...What Are We Doing? *Nursing Forum*, 39(1), 23-27.  
<https://doi.org/10.1111/j.0029-6473.2004.00023.x>
- Gottlieb, L. (2013). *Strengths-based nursing care : Health and healing for person and family*. Springer Pub. Co.
- Gottlieb, L. N., & Gottlieb, B. (2014). *Les soins infirmiers fondés sur les forces : La santé et la guérison de la personne et de la famille*. De Boeck.

- International Psychogeriatric Association [IPA]. (2015). *The IPA Complete Guides to Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia. Specialists Guide*. [https://www.ipa-online.org/UserFiles/file/IPA\\_BPSD\\_Specialists\\_Complete\\_Guide\\_Online\\_2015\\_Final.pdf](https://www.ipa-online.org/UserFiles/file/IPA_BPSD_Specialists_Complete_Guide_Online_2015_Final.pdf)
- Jablonski, R. A., Kolanowski, A. M., Azuero, A., Winstead, V., Jones-Townsend, C., & Geisinger, M. L. (2018). Randomised clinical trial : Efficacy of strategies to provide oral hygiene activities to nursing home residents with dementia who resist mouth care. *Gerodontology*, *35*(4), 365-375. <https://doi.org/10.1111/ger.12357>
- Jablonski, R. A., Kolanowski, A., Therrien, B., Mahoney, E. K., Kassab, C., & Leslie, D. L. (2011). Reducing care-resistant behaviors during oral hygiene in persons with dementia. *BMC Oral Health*, *11*(1), 30. <https://doi.org/10.1186/1472-6831-11-30>
- Jablonski, R. A., Winstead, V., Jones-Townsend, C., Azuero, A., Mahoney, E., & Kolanowski, A. M. (2016). Revising the Resistiveness to Care Scale. *Journal of Nursing Measurement*, *24*(2), 72-82. <https://doi.org/10.1891/1061-3749.24.2.e72>
- Jablonski, R., Kolanowski, A. M., Winstead, V., Jones, -Townsend Corteza, & Azuero, A. (2016). Maturation of the MOUTH Intervention : From Reducing Threat to Relationship-Centered Care. *Journal of Gerontological Nursing*, *42*(3), 15-23. <https://doi.org/10.3928/00989134-20160212-05>
- Jockusch, J., Nitschke, S., Hopfenmüller, W., Schierz, O., Hahnel, S., & Nitschke, I. (2022). Impact of an Oral Hygiene Intervention in People with and without Dementia on Oral Health Parameters—Results from the Oral Health, Bite Force, and Dementia (OrBiD) Pilot Study. *Journal of Clinical Medicine*, *11*(5), 1356. <https://doi.org/10.3390/jcm11051356>
- Kim, B., Lee, K. H., Cho, E., & Kim, H. (2021). Behaviors of care providers and resistiveness to oral care of persons living with dementia. *Geriatric Nursing*, *42*(4), 915-918. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2021.04.027>

- Lee, K. H., Lee, J. Y., Kim, B., & Boltz, M. (2022). Event-Specific Emotional Expression of Persons Living With Dementia in Long-term Care : A 6 Months Follow-up Study. *Clinical Nursing Research, 31*(2), 320-328. <https://doi.org/10.1177/10547738211047047>
- Lee, K. H., Lee, J. Y., Park, J. Y., & McConnell, E. S. (2024). The relationship between caregivers' behaviors and resistant behaviors of persons living with dementia during personal care in long-term care facilities : A lag sequential analysis. *Geriatric Nursing, 58*, 368-372. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2024.06.007>
- Li, J., & Porock, D. (2014). Resident outcomes of person-centered care in long-term care : A narrative review of interventional research. *International Journal of Nursing Studies, 51*(10), 1395-1415. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.04.003>
- Maitre, Y., Collet, S., Denis, F., & Amador, G. (2023). Pratiques et besoins de soins bucco-dentaires en EHPAD : Évaluation des soignants et des patients. *Santé Publique, 35*(HS1), 77-82. <https://doi.org/10.3917/spub.hs1.2023.0077>
- McGill University. (2024). *Strengths-Based Nursing and Healthcare*. Strengths-Based Nursing and Healthcare. <https://www.mcgill.ca/strengths-based-nursing-healthcare/about/strengths-based-nursing-and-healthcare>
- Menghini, G. (2015). *Les soins dentaires dans les établissements médico-sociaux*. [https://www.curaviva.ch/files/7O8GMLU/medecin\\_dentiste\\_publication\\_curaviva\\_suisse\\_2015.pdf](https://www.curaviva.ch/files/7O8GMLU/medecin_dentiste_publication_curaviva_suisse_2015.pdf)
- Menghini, G., Marthaler, T. M., Steiner, M., Lussi, A., & Schimmel, M. (2020, mai). *Les caries sont évitables*.
- Morgan, K. I., & Townsend, M. C. (avec Pariseau-Legault, P., & Goulet, M.-H.). (2022). *Psychiatrie et santé mentale* (3e éd). Éditions du Renouveau pédagogique (ERPI).
- Nursology. (2020, mars 30). *Strengths-Based Nursing and Healthcare (SBNH)*. Nursology. <https://nursology.net/nurse-theories/strengths-based-nursing-and-healthcare/>

Office Fédéral de la Santé Publique [OFSP]. (2023a). *Faits et chiffres : Démence*.

<https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/zahlen-und-statistiken/zahlen-fakten-demenz.html>

Office Fédéral de la Santé Publique [OFSP]. (2023b, juillet 6). *Soins dentaires*.

<https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-leistungen-tarife/Aerztliche-Leistungen-in-der-Krankenversicherung/Zahnaerztliche-Behandlung.html>

Office Fédéral de la Statistique [OFS]. (2021, octobre 25). *Espérance de vie en Suisse en 2020 | Office fédéral de la statistique*. Espérance de vie en Suisse en 2020 | Office fédéral de la statistique.

<https://www.bfs.admin.ch/news/fr/2021-0636>

Office Fédéral de la statistique [OFS]. (2023). *Age*.

<https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiken/bevoelkerung/stand-entwicklung/alter.html>

Office Fédéral de la Statistique [OFS]. (2024). *Etablissements médico-sociaux*.

<https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiken/gesundheit/gesundheitswesen/alterspflegeheime.html>

Office Fédérale de la Statistique [OFS]. (2017, mai 30). *Santé bucco-dentaire, lunettes, lentilles et aides auditives—Enquête suisse sur la santé de 1992 à 2012 | Publication*. Office fédéral de la statistique. <https://www.bfs.admin.ch/asset/fr/2724824>

Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins [OPAS]. (2024, juillet 1). *RS 832.112.31—Ordonnance du DFI du 29 septembr... | Fedlex*.

[https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/1995/4964\\_4964\\_4964/fr](https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/1995/4964_4964_4964/fr)

Organisation des Nations Unies [ONU]. (2023). *Questions thématiques Population*. United Nations; United Nations. <https://www.un.org/fr/global-issues/population>

Organisation Mondiale de la Santé [OMS]. (2022, novembre 18). *Global oral health status report : Towards universal health coverage for oral health by 2030*. <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240061484>

- Organisation Mondiale de la Santé [OMS]. (2023, avril 20). *Maladies bucco-dentaires : L’OMS/Europe appelle à agir d’urgence alors que la Région européenne enregistre les taux de prévalence les plus élevés au monde*. <https://www.who.int/europe/fr/news/item/20-04-2023-who-europe-calls-for-urgent-action-on-oral-disease-as-highest-rates-globally-are-recorded-in-european-region>
- Organisation Mondiale de la Santé [OMS]. (2024a). *La démence*. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
- Organisation Mondiale de la Santé [OMS]. (2024b, janvier). *Démence CIM-11 pour les statistiques de mortalité et de morbidité*. <https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/fr#546689346>
- Pepin, J., Bourbonnais, A., & Ducharme, F. (2024). *La pensée infirmière* (5ème). Chenelière éducation.
- Pepin, J., Ducharme, F., & Kérouac, S. (2017). *La pensée infirmière* (4e édition). Chenelière éducation.
- Promotion Santé Suisse. (2019). *Brochure\_PSCH\_2019-02\_Promotion\_de\_la\_santé\_psychique\_des\_proches\_aidants.pdf*. [https://promotionsante.ch/sites/default/files/2023-05/Brochure\\_PSCH\\_2019-02\\_Promotion\\_de\\_la\\_sant%C3%A9\\_psychique\\_des\\_proches\\_aidants.pdf](https://promotionsante.ch/sites/default/files/2023-05/Brochure_PSCH_2019-02_Promotion_de_la_sant%C3%A9_psychique_des_proches_aidants.pdf)
- Reisberg, B., Ferris, S. H., de Leon, M. J., & Crook, T. (1982). The Global Deterioration Scale for assessment of primary degenerative dementia. *The American Journal of Psychiatry*, 139(9), 1136-1139. <https://doi.org/10.1176/ajp.139.9.1136>
- Rey, S. (2015). *Gestion optimale des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence chez les aînés vivant en centre d’hébergement et de soins de longue durée*. <https://www.gppg.ch/wp-content/uploads/guide-pratique-clinique-scpd.pdf>
- Société suisse des médecins-dentistes [SSO]. (2025). *Prophylaxie Prévenir vaut mieux que guérir*. SSO. <https://www.sso.ch/fr/prophylaxie>
- Swiss Dental Hygienists. (2018). *Home*. Swiss Dental Hygienists. <https://www.hygienistedentaire-romande.ch/>

The Cecil G. Sheps Center For Health Service Research. (s. d.-a). *MCWB\_Behavior\_Strategies.pdf*.

Consulté 25 novembre 2024, à l'adresse

[https://nmcdr.io/e186d21f8c7946a19faed23c3da2f0da/21bd0bde3c8d4dc3bf1589239532ac6b/files/best-practices/MCWB\\_Behavior\\_Strategies.pdf](https://nmcdr.io/e186d21f8c7946a19faed23c3da2f0da/21bd0bde3c8d4dc3bf1589239532ac6b/files/best-practices/MCWB_Behavior_Strategies.pdf)

The Cecil G. Sheps Center For Health Service Research. (s. d.-b). *Mouth Care Without a Battle*. Mouth Care Without a Battle. Consulté 25 novembre 2024, à l'adresse

<http://www.mouthcarewithoutabattle.org/>

Université McGill, Faculté de médecine et des sciences de la santé. (2024a). *Laurie Gottlieb*. Ingram School of Nursing. <https://www.mcgill.ca/nursing/about/faculty/faculty-directory/laurie-gottlieb>

Université McGill, Faculté de médecine et des sciences de la santé. (2024b). *Soins infirmiers fondés sur les forces*. École des sciences infirmières Ingram. <https://www.mcgill.ca/nursing/fr/propos/soins-infirmiers-fondes-sur-les-forces>

Voyer, P. (2021). *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie* (3e éd.). Edition du renouveau pédagogique INC (ERPI).

Weintraub, J. A., Zimmerman, S., Ward, K., Wretman, C. J., Sloane, P. D., Stearns, S. C., Poole, P., & Preisser, J. S. (2018). Improving Nursing Home Residents' Oral Hygiene : Results of a Cluster Randomized Intervention Trial. *Journal of the American Medical Directors Association*, 19(12), 1086-1091. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2018.09.036>

Wettstein, A., Giger, M., & Zúñiga, F. (2021). *Guide : Évaluation et traitement des symptômes comportementaux et psychologiques chez les personnes atteintes de démence*. [https://www.curaviva.ch/files/PTW02LW/guide\\_evaluation\\_et\\_traitement\\_scpd\\_curaviva\\_suisse\\_2021.pdf](https://www.curaviva.ch/files/PTW02LW/guide_evaluation_et_traitement_scpd_curaviva_suisse_2021.pdf)

Willumsen, T., Karlsen, L., Næss, R., & Bjørntvedt, S. (2012). Are the barriers to good oral hygiene in nursing homes within the nurses or the patients? *Gerodontology*, 29(2), e748-e755.

<https://doi.org/10.1111/j.1741-2358.2011.00554.x>

Xiao, C., Puga, F., Pickering, C., Wang, H.-L., Geisinger, M., Cain, C., Li, P., & Jablonski, R. (2024).

Care-Resistant Behavior Trajectories During Mouth Care Among Nursing Home Residents With Dementia. *The Gerontologist*, 64(9), gnae084. <https://doi.org/10.1093/geront/gnae084>

Zarit, S. H., Orr, N. K., & Zarit, J. M. (1985). *The hidden victims of Alzheimer's disease : Families under stress*. New York University Press.

## **10 Annexes**

### **Liste des annexes**

#### **Annexe I**

Grilles d'extraction des données des six articles d'études primaires.

#### **Annexe II**

Techniques de l'approche MOUTH issues de l'article de Jablonski et al., (2016) Maturation of the MOUTH Intervention: From Reducing Threat to Relationship-Centered Care.

#### **Annex III**

Illustrations des techniques de la PPA en 12 étapes issues de l'article de Barry et al., (2022) Standardized Positive Physical Approach to Improve Oral Hygiene for Nursing Home Residents With Alzheimer's Disease and Related Dementias.

## Annexe I, articles d'études primaires et extraction des données

Tableau d'extraction des données n°1

<p><b>Référence article :</b> Randomised clinical trial: Efficacy of strategies to provide oral hygiene activities to nursing home residents with dementia who resist mouth care.  Rita A. Jablonski, Ann M. Kolanowski, Andres Azuero, Vicki Winstead, Corteza Jones_townsend, Maria L Geisinger.  Wiley : Gerontology 13 juillet 2018, Pages 365 – 375.  <b>DOI</b> <a href="https://doi.org/10.1111/ger.12357">https://doi.org/10.1111/ger.12357</a>  <b>Pays :</b> USA  (Jablonski et al., 2018)</p>				
Devis et but(s)	Échantillon	Méthode	Résultats	Recommandations
<p><b>Devis :</b>  Devis quantitatif.  Essai clinique randomisé avec modèle de mesures répétées longitudinales.  Pas de cadre conceptuel annoncé.</p> <p><b>But(s) :</b>  Tester l'efficacité de l'intervention <i>Managing Oral Hygiene Using Threat reduction</i> (MOUTH), une intervention non pharmacologique basée sur des</p>	<p><b>Méthode d'échantillonnage :</b>  Échantillon de commodité, basé sur des données statistiques.  « Recrutement d'au moins 80 personnes (40 par groupe), = puissance de 80 % pour une taille d'effet (d de Cohen) de 0,29 à un test de niveau de signification de 0,05, sous les hypothèses de 42 mesures répétées par personne et d'une corrélation intra-sujet de 0,2 ».  Échantillon sélectionné dans neuf maisons de retraite des USA de taille allant de 60 à 240 lits.</p> <p><b>Critères d'inclusion :</b>  Avoir au moins deux dents adjacentes ou être édentées, mais utiliser une prothèse complète sur au moins une arcade. Diagnostic de TNC. Être capables de saisir une brosse à dents.</p>	<p>101 participants à l'étude, randomisés individuellement et assignés au groupe contrôle (N =55) ou expérimental (N = 46).  Collecte de donnée semaine 0 : état fonctionnel (Katz ADL), degré de démence (GDS), degré de déficience cognitive (MMSE), comorbidités (indice de comorbidité de Charlson). Sociodémographique : âge, sexe, durée d'institutionnalisation en mois. Évaluations de la santé buccodentaire avant début de l'étude, puis chaque semaine, par un membre de l'équipe de recherche.  Soignants du groupe expérimental formés à identifier les CRB et à l'intervention MOUTH (ensemble de stratégies et attitudes visant à prévenir et à réduire les CRB).  7 premiers jours d'observation : tous les participants (N =101) reçoivent des soins buccodentaires 2x J. Dès le 8<sup>e</sup> jour, phase d'intervention pour 3 semaines. Les soignants des 2 groupes ont été formés aux soins buccodentaires de base, mais seuls les soignants du groupe expérimental sont formés à MOUTH.</p>	<p><b>Figure 1 :</b>  Organigramme, échantillonnage et randomisation.</p> <p><b>Figure 2 :</b>  Fréquence des CRB sur les 4656 soins buccodentaires observés. L'intervention MOUTH n'a pas réduit de manière significative la fréquence des CRB par rapport aux soins habituels.</p> <p><b>Tableau 1 :</b>  Données sociodémographiques de l'échantillon.</p> <p><b>Tableau 2 :</b>  Les patients du groupe expérimental avaient 2 x plus de chance d'accepter les soins buccodentaires que le groupe témoin (Odds ratio 2,1) et 2 x plus de chance de terminer les soins buccodentaires (Odds ratio 2.04).</p> <p><b>Tableau 3 :</b>  Durée des soins buccodentaires en minutes :</p>	<p>La gestion des CRB est une attitude plus réaliste que la recherche de leur éradication.</p> <p>Le personnel des maisons de retraite doit être formé aux stratégies de réduction de perception des menaces.</p> <p>Utiliser des produits de soins buccodentaires facilement disponibles et non médicalement prescrits afin d'éviter les complications liées</p>

<p>techniques relationnelles.</p>	<p>Présentant de la résistance aux soins buccodentaires ou identifiés dans la documentation de soins récente comme en présentant.</p> <p><b>Critères d'exclusion :</b></p> <p>Hors critères d'inclusion, pas de consentement, critères ne correspondant plus durant l'étude, score MMSE &gt;18, résidents décédés avant le début de l'étude, modification importante de la dentition durant l'étude, refus de porter les prothèses dentaires, hospitalisation ou retrait durant l'étude.</p> <p>Données sociodémographiques de l'échantillon (n = 100)</p> <p>Âge : M 81,55 (ET) (9.91)</p> <p>Genre : 76% femmes, 24% hommes</p> <p>Ethnie : 84% blanc, 16% noir</p> <p>Mois d'institutionnalisation : M 22,6 (ET) (23,63)</p> <p>Score GDS : M 5,71 (ET) (0,89)</p> <p>Score MMSE : M 6,98 (ET) (6,89)</p> <p>Indice Katz des AVQ : M 9,53 (ET) (3,16)</p> <p>Index des comorbidités de Charlson : M 2,50 (ET) (2.06)</p> <p>Score OHAT : M 5,35 (ET) (2,77)</p>	<p>Fidélité de l'intervention assurée par l'observation de 2 chercheurs de 10% des interventions.</p> <p>variables dépendantes mesurées :</p> <p>La réduction de l'occurrence et de l'intensité des CRB.</p> <p>L'amélioration de la santé buccodentaire.</p> <p>La durée des soins buccodentaires.</p> <p>La réalisation complète des soins buccodentaires.</p> <p>Outils pour mesurer les variables dépendantes</p> <p>Échelle de résistance aux soins révisée (RTC-r) pour mesurer l'occurrence et l'intensité des CRB.</p> <p>Outil d'évaluation de la santé buccodentaire <i>Oral Health Assessment Tool</i> (OHAT) pour évaluer la santé buccodentaire</p>	<p>Groupe expérimental : 2,50 minutes en semaine 0, 4,96 minutes en semaine 3.</p> <p>Groupe contrôle : 2,58 minutes en semaine 0, 4,04 minutes en semaine 3.</p> <p>Occurrence des CRB (Comportements Résistants aux Soins) :</p> <p>Groupe expérimental : 46% en semaine 0, 55% en semaine 3.</p> <p>Groupe contrôle : 51% en semaine 0, 51% en semaine 3.</p> <p>Intensité des CRB (échelle RTC-r) :</p> <p>Groupe expérimental : 6,48 en semaine 0, 7,05 en semaine 3.</p> <p>Groupe contrôle : 5,25 en semaine 0, 4,87 en semaine 3.</p> <p>Score OHAT (Oral Health Assessment Tool)</p> <p>Groupe expérimental : 4,72 en semaine 0, 2,82 en semaine 3.</p> <p>Groupe contrôle : 4,66 en semaine 0, 2,87 en semaine 3.</p> <p><b>Tableau 4 :</b> Présente de façon longitudinale les effets de l'intervention.</p> <p>Durée en minute des soins buccodentaires</p> <p>Expérimental : 2,57 en semaine 0. 4,96 en semaines de suivi. Contrôle 2.58 en semaine 0. 4,46 en semaine de suivi. = (taille de l'effet 0,56, <math>p &lt; 0,0001</math>).</p> <p>Occurrence des CRB</p> <p>Expérimental -0,12 en semaine 0. 0,06 en semaines de suivi. Contrôle : 0,11 en semaine 0. 0,28 en semaines de suivi (taille de l'effet 0,01, <math>p 0,8837</math>)</p>	<p>aux substances toxiques.</p> <p>Tester l'efficacité de l'intervention MOUTH dans des environnements réels où les soignants sont formés à utiliser les stratégies MOUTH.</p> <p>Tester l'efficacité de l'intervention MOUTH dans les établissements de vie assistée, qui remplacent de plus en plus les maisons de retraite comme cadre préféré pour les soins de longue durée des personnes atteintes de TNC.</p>
-----------------------------------	--	--	--	--

			<p>Intensité des CRB</p> <p>Expérimental 1,84 en semaine 0. 1,59 en semaines de suivi. Contrôle 1,58 en semaine 0. 1,49 en semaines de suivi (taille de l'effet - 0,16 p 0,1433).</p> <p>Score de l'évaluation de la santé buccodentaire</p> <p>Expérimental : 4,86 en semaine 0. 3,42 en semaines de suivi.</p> <p>Contrôle : 4,93 en semaine 0. 3,83 en semaines de suivi. (taille de l'effet 0,18 p 0,2961)</p>	
<p><b>Éthique</b> : L'étude a été approuvée par le comité d'examen institutionnel de l'Université de l'État de Pennsylvanie (États-Unis) et par le comité d'examen institutionnel de l'université de l'Alabama à Birmingham (États-Unis). Le consentement de participation à l'étude a été demandé aux représentants des personnes résidentes en institution. Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts.</p> <p><b>Formation des auteurs</b> :</p> <p><b>Rita A. Jablonski, PhD, CRNP</b> : Professeur à la School of Nursing et infirmière praticienne à la Memory Disorders Clinic, University of Alabama at Birmingham.</p> <p><b>Ann M. Kolanowski, PhD, RN, FGSA, FAAN</b> : Professeur au Collège des soins infirmiers, Université de l'État de Pennsylvanie. <b>Andres Azuero, PhD, MBA</b> : Professeur associé à l'école d'infirmières, Université d'Alabama à Birmingham.</p> <p><b>Vicki Winstead, PhD</b> : Scientifique I à l'école d'infirmières, Université d'Alabama à Birmingham.</p> <p><b>Corteza Jones-Townsend, PhD</b> : Associée de recherche clinique chez Novartis Pharmaceuticals.</p> <p><b>Maria L. Geisinger, DDS, MS</b> : Professeur associé à l'école dentaire, Université d'Alabama à Birmingham</p> <p><b>Limites déclarées</b>: L'intervention a été réalisée par du personnel de recherche (étudiants en soins inf.) La plaque dentaire n'a pas été mesurée. Personnes atteintes de dysphagie exclues. Outil (OHAT) pas suffisamment sensible pour identifier les changements liés uniquement à l'accumulation de plaque et à l'inflammation gingivale. L'étude n'a pas pu déterminer la fréquence optimale de soins. L'intervention MOUTH a montré une validité écologique en utilisant des produits de soin en vente libre, mais l'utilisation de produits prescrits pourrait poser des problèmes dans les établissements de soins de longue durée.</p> <p><b>Limites perçues</b> : Période d'intervention courte (3 semaines). Taille d'échantillon petit (N = 100) + biais de sélection (échantillon de commodité). Possibles variables confondantes en raison de la diversité des établissements. L'évaluation de l'intensité des CRB est subjective.</p>				

**Tableau d'extraction des données n°2**

<p><b>Référence article</b> : Care-Resistant Behavior Trajectories During Mouth Care Among Nursing Home Residents With Dementia.                  Chunhong Xiao, PhD, RN, Frank Puga, PhD, Carolyn E. Pickering, PhD, RN, Hsiao-Lan Wang, PhD, RN, CMSRN, ACSM EP-C, FAAN, Maria Geisinger, DDS, Cindy Cain, PhD, Peng Li, PhD, Rita A. Jablonski, PhD, CRNP, FAAN, FGSA1                  The Gerontologist, 2024, 64, gnae084, 2 juillet 2024                  DOI : <a href="https://doi.org/10.1093/geront/gnae084">https://doi.org/10.1093/geront/gnae084</a>  <b>Pays</b> : USA                  (Xiao et al., 2024)</p>				
Devis et but(s)	Échantillon	Méthode	Résultats	Recommandations
<p><b>Devis</b>                  Devis quantitatif. Analyse secondaire d'un essai clinique randomisé utilisant un modèle de mesures répétées longitudinales</p> <p><b>But(s)</b>                  1) Examiner les trajectoires de CRB des personnes atteintes de démence dans le contexte des soins buccodentaires du matin et de l'après-midi sur une période de 21 jours.                  2) Explorer les différences entre les trajectoires de CRB du matin et de l'après-midi sur 21 jours.</p> <p><b>Hypothèses</b>                  1) les CRB forment des groupes de trajectoires distincts (par exemple, faible, modéré ou élevé).</p>	<p><b>Méthode d'échantillonnage</b> :  <b>Échantillon</b> (N = 75). Analyse secondaire d'un essai clinique randomisé (Jablonski et al., 2018). Échantillon de l'étude mère (N = 101).  <b>Critères d'inclusion</b> :                  Personnes atteintes de TNC nécessitant une assistance pour les soins buccodentaires.                  Personnes atteintes de TNC présentant des CRB.                  Avoir terminé l'étude.                  N'avoir pas manqué 7 jours consécutifs de collecte de données sur les soins buccodentaires.  <b>Critère d'exclusion</b> :                  Ne répondent pas aux critères d'inclusion                  Caractéristiques sociodémographiques :                  Âge moyen : 81,8 ans (écart-type = 9,9 ans).                  Genre : 75 % de femmes.</p>	<p>Une analyse secondaire a été réalisée à partir des données d'un essai contrôlé randomisé antérieur examinant l'efficacité d'une stratégie visant à minimiser les CRB durant l'activité des soins buccodentaires (Jablonski et al., 2018). Un sous-ensemble de données a été utilisé pour l'analyse de cette étude. Des critères d'inclusion ont été basés sur la question de recherche.                  L'échantillon a été observé durant une période de 21 jours. Les CRB ont été mesurés à l'aide de l'échelle révisée de résistance aux soins (RTC-r) durant les soins buccodentaires du matin et de l'après-midi. Les données ont été collectées une fois le matin et une fois l'après-midi. La modélisation des trajectoires basées sur des groupes a été utilisée pour identifier les trajectoires des CRB au fil du temps. Cela a permis de regrouper les participants en fonction des similitudes de leurs trajectoires de CRB.                  Variables mesurées et les outils :</p>	<p>Type de trajectoires de CRB le matin                  Trajectoire constamment basse : 50,6% de l'échantillon                  Trajectoire modérée fluctuante : 37,5% de l'échantillon                  Trajectoire de CRB élevés avec diminution rapide (<i>High-start and Rapid Decrease HRD</i>): 11,9 % de l'échantillon                  Type de trajectoire de CRB l'après-midi                  Trajectoire de CRB constamment basse : 54,5% de l'échantillon                  Trajectoire de CRB modérée fluctuante : 38,6% de l'échantillon                  Trajectoire de CRB élevé et augmentant en intensité (<i>High-Start and Rapid Increase HRI</i>) : 6,9% de l'échantillon.                  L'augmentation constante de l'intensité des CRB durant les soins buccodentaires de l'après-midi du groupe HRI allait dans la direction opposée du groupe HRD du matin.</p>	<p>Les soins buccodentaires le matin peuvent être plus efficaces pour minimiser les CRB.</p>

<p>2) Les trajectoires de CRB de l'après-midi sont différentes des trajectoires de CRB du matin.</p> <p><b>Cadre conceptuel :</b></p> <p>Modèle du seuil de stress progressivement abaissé <i>progressively lowered stress threshold</i> (PLST).</p>	<p>Ethnie : 85 % de blancs non hispaniques.</p> <p>Durée moyenne de séjour: 22,5 mois (écart-type = 0,8 mois).</p> <p>Niveau de démence : score moyen de 5,8 sur l'échelle GDS (écart-type = 0,8).</p> <p>Dépendance aux activités de la vie quotidienne (ADL) : score moyen était de 9,5 (écart-type = 3,1), dépendance aux AVQ, modérée à élevée.</p> <p>Comorbidités : score moyen de 2,2 sur l'indice de comorbidité de Charlson (CCI) (écart-type = 1,4).</p> <p>Utilisation d'antipsychotiques : prescription moyenne d'antipsychotique 6,3 (écart-type = 3,5). 52 % des participants utilisaient des inhibiteurs de l'acétylcholinestérase.</p>	<p>Les CRB</p> <p>Fluctuations des CRB au fil de la journée, sur la base de deux mesures par jour, le matin et l'après-midi. Intensité et fréquence des CRB durant les soins buccodentaires, mesurées avec l'échelle révisée de résistance aux soins (RTC-r).</p> <p>Trajectoires des CRB : Utilisation du modèle GBTM pour identifier les différents groupes de trajectoires des CRB sur une période de 21 jours.</p> <p>Corrélation entre les caractéristiques de l'échantillon et les trajectoires de CRB.</p> <p>Soins buccodentaires</p> <p>Évaluation de la santé buccodentaire.</p> <p>Autres variables</p> <p>La durée des soins buccodentaires en minutes rapportée sur le formulaire OHAT.</p> <p>Achèvement des soins buccodentaires rapporté sur le formulaire OHAT.</p>	<p>Comme pour le groupe HRD du matin, les participants du groupe HRI étaient plus jeunes (M = 78,8 ans) que ceux des groupes à trajectoire CRB modérée et faible.</p> <p>Les CRB sont dynamiques et varient au cours de la journée et au fil du temps. Le moment de la journée influence les trajectoires des CRB, avec des différences notables entre les soins buccodentaires du matin et de l'après-midi. Les caractéristiques individuelles des résidents, telles que l'âge, la sévérité de la démence et l'utilisation de médicaments antipsychotiques, sont associées aux différentes trajectoires des CRB.</p>	
<p><b>Éthique :</b> L'étude mère (Jablonski et al., 2018) a reçu l'autorisation de l'Institutional Review Board (IRB) de l'Université d'Alabama à Birmingham aux USA et les chercheurs ont obtenu l'autorisation du chercheur principal de l'étude mère pour utiliser les données. Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts, mais déclarent que La Dre Jablonski est propriétaire de DementiaCentric Solutions, LLC.</p> <p><b>Formation des auteurs :</b></p> <p><b>Chunhong Xiao, PhD, RN :</b> Département des soins aigus, chroniques et continus, School of Nursing, University of Alabama at Birmingham, Birmingham, Alabama, USA.</p> <p><b>Frank Puga, PhD :</b> Département des soins aigus, chroniques et continus, School of Nursing, University of Alabama at Birmingham, Birmingham, Alabama, USA.</p> <p><b>Carolyn E. Pickering, PhD, RN :</b> Département de recherche, Cizik School of Nursing, University of Texas Health, Houston, Texas, USA.</p> <p><b>Hsiao-Lan Wang, PhD, RN, CMSRN, ACSM EP-C, FAAN :</b> Département des systèmes familiaux, communautaires et de santé, School of Nursing, University of Alabama at Birmingham, Birmingham, Alabama, USA.</p> <p><b>Maria Geisinger, DDS :</b> School of Dentistry, University of Alabama at Birmingham, Birmingham, Alabama, USA. <b>Cindy Cain, PhD :</b> Département de sociologie, University of Alabama at Birmingham, Birmingham, Alabama, USA.</p> <p><b>Peng Li, PhD :</b> Département des soins aigus, chroniques et continus, School of Nursing, University of Alabama at Birmingham, Birmingham, Alabama, USA..</p>				

**Rita A. Jablonski, PhD, CRNP, FAAN, FGSA** : Département des soins aigus, chroniques et continus, School of Nursing, University of Alabama at Birmingham, Birmingham, Alabama, USA.

**Limites déclarées** : Petite taille limitée de l'échantillon (N = 75). Les soignants ont rempli eux-mêmes la grille RTC-r pour mesurer l'intensité des CRB.. Environnement physique comme facteur potentiel à l'appartenance à une trajectoire non inclus. Étude orientée uniquement sur les soins buccodentaires. Le potentiel stress du personnel soignant, qui peut exacerber les CRB, n'a pas été pris en compte. Les soignants étaient des membres de l'équipe de recherche.

**Limites perçues** : Étude secondaire. Courte période d'observation. Les soignants étaient des étudiants en soins infirmiers et en kinésiologie (faible expérience pratique). Des caractéristiques de l'échantillon n'ont pas été prises en compte (lésions ou douleurs buccales, antécédents psychiatriques).

### Tableau d'extraction des données n°3

<p><b>Référence article</b> : The relationship between caregivers' behaviors and resistant behaviors of persons living with dementia during personal care in long-term care facilities: A lag sequential analysis.          Kyung Hee Lee, PhD, RNa, Ji Yeon Lee, PhD, RNb, Ji Yeong Park, MSN, RNa, Eleanor S. McConnell, PhD, RNc          Geriatric Nursing 58, (2024), pages 368 – 372  <b>DOI</b> : <a href="https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2024.06.007">https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2024.06.007</a>  <b>Pays</b> : Corée          (Lee et al., 2024)</p>				
Devis et but(s)	Échantillon	Méthode	Résultats	Recommandations
<p><b>Devis</b> : Quantitatif. Analyse séquentielle décalée (<i>lag sequential analysis</i>) utilisant des données vidéo d'une étude mère observationnelle longitudinale (Lee et al. 2022).</p> <p><b>But(s)</b> : Examiner la relation séquentielle entre les soins et les comportements de résistance aux soins pendant les soins personnels chez les personnes atteintes de TNC dans les établissements de soins de longue durée.</p> <p>Trois questions :</p> <p>1) Quels ont été les comportements de soin immédiatement avant et après les comportements de résistance des personnes atteintes de démence (<i>Resistive to Care RTC</i>) ?</p>	<p><b>Méthode d'échantillonnage</b> : Analyse secondaire des données vidéo d'une étude d'observation longitudinale qui a analysé 30 personnes (N = 30) atteintes de TNC dans quatre établissements de soins de longue durée en Corée. Échantillon de commodité (N = 21). 9 n'ont pas présenté de CRB.</p> <p><b>Critères d'inclusion</b> :</p> <p>Être atteints de troubles neurocognitifs (TNC) diagnostiqués selon le DSM.</p> <p>Âgés de plus de 65 ans.</p> <p>Score inférieur à 24 au K-MMSE (Korean Mini-Mental State Examination).</p> <p>Caractéristiques des participants (N = 21) :</p> <p>Âge : Moyenne de 85,24 ans (Écart-type : 7,07).</p> <p>Sexe : 20 femmes (95,24 %), 1 homme (4,76 %).</p>	<p>Étude : Lee et al. (2024) ont mené une étude observationnelle longitudinale sur 21 résidents atteints de troubles neurocognitifs (TNC) dans quatre établissements de soins de longue durée. L'étude mère (Lee et al., 2022) a produit 258 vidéos de soins (repas, activités sociales et soins personnels) à des intervalles de base, 3 mois et 6 mois. Pour cette analyse, 68 vidéos de soins personnels ont été examinées.</p> <p>Variables mesurées :</p> <p>Comportements de résistance aux soins : Codés à l'aide de l'échelle RTC pour la démence de type</p>	<p><b>Tableau 1</b> : Caractéristiques des participants à l'étude (résidents et soignants), ainsi que la durée en minutes pour les quatre types de soin observé</p> <p>Vidéos de services de soins personnels (n = 68) :</p> <p>Soins bucco-dentaires (minutes et nombres) : Moyenne de 10,32 minutes (Écart-type : 4,39) pour 57 vidéos (83,82 %).</p> <p>Coupe de cheveux (minutes et nombres) : Moyenne de 12,07 minutes (Écart-type : 0,95) pour 4 vidéos (5,88 %).</p> <p>Coupe des ongles (minutes et nombres) : Moyenne de 3,21 minutes (Écart-type : 0,88) pour 4 vidéos (5,88 %).</p> <p>Nettoyage du visage (minutes et nombres) : Moyenne de 8,53 minutes (Écart-type : 5,72) pour 3 vidéos (4,41 %).</p> <p><b>Tableau 2</b> : Fréquences observées pour les paires de comportements de réponse initiale. Le tableau présente le pourcentage de réponse comportementale de la part des soignés au</p>	<p>Les auteurs soulignent que les pratiques de soins centrés sur la personne (PCC) sont fortement recommandées par les Dementia Care Practice Recommendations de l'Alzheimer's Association comme référence pour l'approche et les soins des personnes atteintes de TNC. Des études antérieures ont démontré que les PCC réduisent les SCPD, améliorent les fonctions cognitives, la dépression et la qualité de vie. De plus, la PCC est bénéfique pour les soignants en réduisant leur charge de travail et leur stress, et pour les institutions en améliorant la qualité des soins. Les problèmes institutionnels, tels que la dotation en</p>

<p>2) Quels sont les comportements des soignants les plus susceptibles d'entraîner des comportements de résistance aux soins pendant les soins personnels ?</p> <p>3) Quels sont les comportements des soignants les plus susceptibles d'être utilisés en réponse à des comportements de résistance aux soins pendant les soins personnels ?</p> <p><b>Cadre conceptuel</b> : Soins centrés sur la personne <i>Person-Centered Care</i> PCC</p>	<p>Niveau d'éducation : Moins que l'école secondaire : 12 (57,14 %). École secondaire : 9 (42,86 %). CIRS-G (Cumulative Illness Rating Scale-Geriatric) : <i>Score total</i> : Moyenne de 4,48 (Écart-type : 2,40). <i>Score de gravité</i> : Moyenne de 1,88 (Écart-type : 0,58). <i>Nombre</i> de médicaments : Moyenne de 6,33 (Écart-type : 3,31). <i>Score total</i> MMSE (Mini-Mental Status Examination) : <i>Moyenne</i> 4,63 (Écart-type : 3,50). <i>Non testables</i> : 13 (61,90 %). <i>Score</i> CDR (Clinical Dementia Rating) : Moyenne de 17,00 (Écart-type : 1,30). <i>Modéré</i> : 2 (9,52 %). <i>Sévère</i> : 19 (90,48 %). <i>Score</i> CSDD (Cornell Scale for Depression in Dementia) : Moyenne de 3,29 (Écart-type : 3,81). <i>Normal</i> : 18 (85,71 %). <i>Dépressif</i> : 3 (14,29 %). <i>Score</i> ADL (Activities of Daily Living) : Moyenne de 19,14 (Écart-type : 1,39). <i>Moins de 18</i> : 1 (4,76 %).</p>	<p>Alzheimer, évaluant 13 comportements résistants (repousser, tirer, crier, etc.). Comportements des soignants : Codés à l'aide d'une version modifiée de l'inventaire PCBI/TCBI, incluant des comportements verbaux et non verbaux.</p> <p><b>Analyse des données</b> : Analyse séquentielle décalée : Utilisée pour détecter et résumer les motifs et associations entre les comportements observés. Les probabilités de comportements spécifiques avant ou après un certain type de comportement ont été calculées.</p> <p>Logiciel : Noldus Observer XT Version 12.5 pour capturer les interactions. Statistiques : Analyses effectuées avec IBM SPSS Statistics pour Windows version 26.0 pour calculer les rapports de cotes (OR) et les intervalles de confiance (IC) à 95%.</p>	<p>comportement initial des soignants et inversement. Comportements des soignants suivis des réponses des résidents : (Person Centered Care) PCC &gt; RTC : 21,37 % (Task Centered Care) TCC &gt; RTC : 52,02 % Pas de comportement &gt; RTC : 26,61 % Comportements des résidents suivis des réponses des soignants : RTC &gt; PCC : 28,28 % RTC &gt; TCC : 44,26 % RTC &gt; Pas de réponse comportementale : 27,46 %</p> <p><b>Tableau 3</b> : Résultats de l'analyse séquentielle des comportements initiaux et des comportements de réponse. La réponse comportementale de RTC des résidents a un Odds Ratio (OR) de 4,57 en réponse à une absence de comportement de soin, alors que la réponse comportementale de RTC a un OR de 0,23 en réponse à des PCC. Face à un RTC, l'absence de réponse comportementale des soignants a un OR de 3,87, alors que celui-ci descend à 0,42 pour les PCC. Le tableau montre que des soins PCC sont significativement moins susceptibles de générer des RTC et que les soignants répondent majoritairement par des TCC aux RTC. Cependant, les PCC sont moins susceptibles de générer des RTC que les TCC avec un OR de 0,23.</p>	<p>personnel, la charge de travail, l'insuffisance des ressources et le manque de soutien institutionnel, sont également cruciaux. Par conséquent, des changements plus actifs au niveau institutionnel et politique sont essentiels pour améliorer et faciliter les soins de démence centrés sur la personne en réorganisant et en modifiant les pratiques culturelles. Une combinaison de changements culturels, de formation du personnel et d'éducation sur la PCC pourrait jouer un rôle central dans la mise en œuvre et le maintien de soins de la démence centrés sur la personne dans les établissements de soins de longue durée. Cette étude a montré que la PCC était une approche significativement meilleure que les TCC pour prévenir les comportements de résistance aux soins. Ce résultat est d'autant plus significatif qu'il montre une association notable entre les comportements initiaux et les comportements</p>
---	--	--	---	---

	<p>18 et plus : 20 (95,24 %).</p> <p>Caractéristiques des soignants (n = 27) :</p> <p>Aides-soignants : 23.</p> <p>Bénévoles : 2.</p> <p>Infirmière : 1.</p> <p>Proche aidant (PA) : 1.</p>			<p>de réponse entre les soignants et les personnes atteintes de TNC, en utilisant l'analyse séquentielle à retardement.</p>
<p><b>Éthique</b> : Dans l'étude mère, les résidents et leurs représentants légaux ont été informés des objectifs et des méthodes de la recherche, ainsi que de l'utilisation de caméras pour les observer et les enregistrer. Le consentement éclairé des représentants légaux de tous les résidents et soignants apparaissant dans les vidéos a été obtenu (IRB no : Y-2018-0004). Les données ne sont pas accessibles au public en raison des accords IRB, mais peuvent être obtenues auprès de l'auteur correspondant sur demande raisonnable. Cette recherche a été financée par le programme de recherche en sciences fondamentales de la Fondation nationale de la recherche de Corée (NRF), avec le soutien du ministère de l'Éducation (numéros de subvention NRF-2017R1D1A1B03028534 et NRF-2020R1A6A1A03041989). Les auteurs déclarent n'avoir eu aucun conflit d'intérêts.</p> <p><b>Formation des auteurs</b> :</p> <p><b>Kyung Hee Lee, PhD, RN</b> : Professeur au Collège des sciences infirmières de l'Université Yonsei et à l'Institut de recherche en sciences infirmières, Mo-Im Kim, Séoul, Corée du Sud.</p> <p><b>Ji Yeon Lee, PhD, RN</b> : Professeur à l'École des sciences infirmières de l'Université Inha, Incheon, Corée du Sud.</p> <p><b>Ji Yeong Park, MSN, RN</b> : Maître de conférences au Collège des sciences infirmières de l'Université Yonsei, Séoul, Corée du Sud.</p> <p><b>Eleanor S. McConnell, PhD, RN</b> : Professeur à l'École des sciences infirmières de l'Université Duke, Durham, Caroline du Nord, États-Unis.</p> <p><b>Limites déclarées</b> : La variabilité des vidéos de soins personnels. La plupart des services de soins personnels inclus dans l'analyse étaient des soins buccodentaires. Il était impossible de fournir des données sur toutes les formes de soins personnels pour des raisons de protection de la vie privée. (cette limite représente un avantage pour ce travail).</p> <p><b>Limites perçues</b> : Faible taille de l'échantillon (N = 21) + échantillon de commodité. Quatre établissements de soins de longue durée en Corée du Sud, ce qui peut limiter la généralisation des résultats à d'autres contextes culturels ou géographiques. Les antécédents comportementaux des résidents n'ont pas été pris en compte. Possible influence de la présence de la caméra sur les comportements. L'influence culturelle peut jouer un rôle. L'étude mère était du même auteur principal. L'impact de l'étude sur la santé buccodentaire n'a pas été mesuré.</p>				

#### Tableau d'extraction des données n°4

<p><b>Référence article</b> : Behaviors of care providers and resistiveness to oral care of persons living with dementia.          Bora Kim, MSN, RN, Kyung Hee Lee, PhD, GNP, MPH, RN, Eunhee Cho, PhD, GNP, RN, FAAN, Heejung Kim, PhD, GNP, RN          Geriatric Nursing 42 (2021) pages 915 – 918  <b>DOI</b> : <a href="https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2021.04.027">https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2021.04.027</a>  <b>Pays</b> : Corée          (Kim et al., 2021)</p>				
Devis et but(s)	Échantillon	Méthode	Résultats	Recommandations
<p><b>Devis</b> : Kim et al., (2021) ne nomme pas explicitement le devis utilisé, ils ont utilisé un devis quantitatif, explicatif, corrélationnel prédictif. C'est une analyse secondaire qui a été réalisée à partir des données d'une étude de suivi longitudinale.</p> <p><b>But(s)</b> :</p> <p>1) Examiner si les comportements centrés sur la personne ou sur les tâches des prestataires de soins sont liés à la résistance aux soins.</p> <p>2) Examiner quels comportements spécifiques de l'équipe</p>	<p><b>Méthode d'échantillonnage</b> :</p> <p>Dans cette étude, l'échantillon issu de l'étude mère (non citée par les auteurs) est composé de 23 personnes atteintes de TNC vivant dans quatre établissements de soins de longue durée de Corée du Sud. 33 soignants ont participé à l'étude.</p> <p><b>Critères d'inclusions</b> :</p> <p>1) Personnes âgées de 65 ans ou plus vivant en établissement de soins de longue durée</p> <p>2) Diagnostic de démence selon le DSM-IV.</p> <p>3) Score inférieur à 24/30 au Korean Mini-Mental State Examination (K-MMSE)</p> <p><b>Caractéristiques des participants</b> : (n=23)</p>	<p><b>Étude</b> :</p> <p>Kim et al., (2021) se sont appuyés sur les données d'une étude mère qui visait à explorer les expressions émotionnelles spécifiques aux personnes atteintes de démence lors de trois événements de soins (soins personnels, repas et activités sociales). Un assistant de recherche (AR) formé a inscrit les participants potentiellement éligibles après avoir obtenu le consentement de leurs mandataires. Ensuite, l'assistant de recherche a effectué l'évaluation de base dans les 72 heures suivant l'inscription. Trois assistants de recherche ont enregistré les vidéos de 10 minutes pour les trois contextes de soin différents à trois moments différents.</p> <p>Parmi les 30 participants ayant fait l'objet de 258 observations, Kim et al., (2019) ont sélectionné les contextes liés aux soins buccodentaires qui impliquaient des interactions entre les soignants et les personnes atteintes de démence. Ainsi, 23</p>	<p><b>Tableau 1</b> :</p> <p>Le tableau présente les données démographiques et cliniques des participants.</p> <p><b>Tableau 2</b> :</p> <p>Le tableau examine la relation entre les catégories comportementales des soignants et la résistance aux soins.</p> <p>- Les comportements verbaux centrés sur la personne augmentent légèrement les RTC (b = 0,17). Cet effet est statistiquement significatif (p = 0,026), bien que l'estimation soit moins précise en raison d'une erreur standard élevée (SE = 0,78).</p> <p>- Les comportements non verbaux centrés sur la personne réduisent légèrement les RTC (b = -0,06), mais cet effet n'est pas significatif (p = 0,079). L'erreur standard est</p>	<p>Selon Kim et al. (2021), les prestataires de soins doivent accorder davantage d'attention à l'inconfort et aux besoins des personnes atteintes de démence plutôt que de les contrôler physiquement lorsqu'elles font preuve de RTC. Par exemple, les prestataires de soins pourraient améliorer le confort des personnes atteintes de démence en évaluant leur niveau de confort afin d'observer d'éventuelles douleurs dans la bouche ou de déterminer l'environnement préféré pour les soins buccodentaires.</p> <p>En outre, le personnel soignant pourrait négocier avec les personnes atteintes de démence afin qu'elles ouvrent d'elles-mêmes la bouche, en leur expliquant clairement la nécessité des soins buccodentaires, plutôt qu'en introduisant de force la brosse à dents dans leur bouche.</p> <p>En ce qui concerne la formation du personnel infirmier, il est recommandé de promouvoir régulièrement un comportement centré sur la personne chez</p>

<p>soignante à la résistance aux soins, d'après les données enregistrées sur des vidéos.</p> <p>Hypothèses :</p> <p>1) Les comportements de l'équipe soignante centrés sur la personne diminueraient la résistance aux soins</p> <p>2) Les comportements de l'équipe soignante centrés sur les tâches augmenteraient les RTC</p>	<p>Âge moyen : 85,04 ans (<math>\pm 7,11</math> ans)</p> <p>Sexe : Hommes : 1 résident (4,3 %)</p> <p>Femmes : 22 résidentes (95,7 %)</p> <p>Capacité cognitive (K-MMSE - Korean Mini-Mental State Examination) :</p> <p>Score moyen : 0,83 (<math>\pm 2,69</math>) (indiquant une démence avancée)</p> <p>Autonomie fonctionnelle (K-ADL - Korean Activities of Daily Living) :</p> <p>Normale : 1 résident (4,3 %)</p> <p>Altérée (dépendance fonctionnelle) : 22 résidents (95,7 %)</p> <p>État émotionnel (K-CSDD - Korean Cornell Scale for Depression in Dementia) :</p> <p>Sans symptômes dépressifs : 18 résidents (78,3 %)</p> <p>Avec symptômes dépressifs : 5 résidents (21,7 %)</p>	<p>personnes avec 70 observations ont été incluses dans cette étude.</p> <p>Les comportements des soignants ont été catégorisés en comportements centrés sur la personne (PCBI) et comportements centrés sur la tâche (TCBI). Les comportements verbaux et non verbaux ont été inclus.</p> <p><b>Les variables indépendantes :</b></p> <p>Les comportements de l'équipe soignante centrés sur la tâche.</p> <p>Les comportements de l'équipe soignante centrés sur la personne.</p> <p>L'échantillon composé de 23 participants avec des troubles neurocognitifs.</p> <p><b>La variable dépendante :</b></p> <p>La résistance aux soins.</p> <p>Les co-variables :</p> <p>La fonction cognitive,</p> <p>La capacité fonctionnelle,</p> <p>Les symptômes dépressifs,</p> <p>L'âge</p> <p>Le sexe</p> <p>Les outils :</p> <p>DSM-4 : Pour diagnostiquer les troubles neurocognitifs</p> <p>K-MMSE : Évaluer le degré de démence</p> <p>RTS-DAT : Mesurer la résistance aux soins chez les personnes atteintes de démence</p> <p>K-ADL : Évaluer la capacité fonctionnelle</p>	<p>faible (SE = 0,04), cela démontre une estimation fiable.</p> <p>- Les comportements verbaux centrés sur la tâche augmentent significativement les RTC (b = 0,20, p = 0,038). L'erreur standard (SE = 0,10) est modérée, ce qui rend l'estimation assez fiable.</p> <p>- Les comportements non verbaux centrés sur la tâche augmentent fortement les RTC (b = 0,36, p &lt; 0,001). Cet effet est hautement significatif, et l'erreur standard est faible (SE = 0,07), ce qui indique une estimation précise.</p> <p><b>Tableau 3 :</b></p> <p>Il analyse les comportements spécifiques des soignants et leur lien avec les RTC.</p> <p>- Il démontrent que le comportement "Évaluer le confort" est le seul comportement associé à une réduction significative des RTC.</p> <p>- Les comportements "Négocier coopérativement" et "Contrôle physique" augmentent significativement les RTC.</p> <p>- D'autres comportements étudiés n'ont pas d'effet statistiquement significatif sur les RTC.</p>	<p>les prestataires de soins. Introduire des comportements spécifiques centrés sur la personne permet aux soignants d'offrir des soins buccodentaires de manière plus respectueuse et coopérative aux personnes atteintes de démence.</p> <p>Un enregistrement vidéo d'une routine de soins buccodentaires pourrait être utilisé pour enseigner aux prestataires de soins des comportements spécifiques centrés sur la personne et leur fournir des exemples de la manière de répondre à la résistance aux soins des personnes atteintes de démence.</p> <p>De plus, l'analyse d'enregistrements vidéo des performances des soignants pourrait être utilisée pour leur fournir un retour d'information immédiat et objectif, dans le cadre d'un exercice de formation.</p>
--	---	---	--	--

		<p>K-CSDD : pour évaluer les symptômes dépressifs</p> <p>PCBI/TCBI : Inventaire des comportements centrés sur la personne/sur la tâche</p> <p><b>Logiciels</b> : L'analyse statistique a été réalisée à l'aide du logiciel STATA 16.0 (StataCorp, College Station, Texas, USA). Le codage des vidéos a été fait avec le logiciel Noldus Observer XT Version 12.5.</p>		
<p><b>Éthique</b> : Kim et al., (2021), déclarent que dans l'étude mère, un assistant de recherche formé a inscrit les participants potentiellement éligibles à l'étude après avoir obtenu le consentement de leurs mandataires. Les auteurs déclarent avoir obtenu l'approbation du comité d'examen institutionnel avant le codage des vidéos. Kim et al., (2019) mentionnent que dans l'étude mère le consentement verbal de la personne atteinte de démence a été obtenu pour chaque enregistrement vidéo. De plus, le travail a été soutenu par le Programme de recherche en sciences fondamentales de la Fondation nationale de la recherche de Corée (NRF) financée par le ministère de l'Éducation.</p> <p><b>Formation des auteurs :</b></p> <p><b>Bora Kim, MSN, RN</b> : Elle travaille actuellement au projet Brain Korea 21 FOUR, affilié à l'Université Yonsei, Séoul, Corée du Sud.</p> <p><b>Kyung Hee Lee, PhD, GNP, MPH, RN</b> : Elle est Professeure au Collège des Sciences Infirmières de l'Université Yonsei et chercheuse à l'Institut de Recherche en Sciences Infirmières Mo-Im Kim, Séoul, Corée du Sud.</p> <p><b>Eunhee Cho, PhD, GNP, RN, FAAN</b> : Elle est Professeure au Collège des Sciences Infirmières de l'Université Yonsei et chercheuse à l'Institut de Recherche en Sciences Infirmières Mo-Im Kim, Séoul, Corée du Sud.</p> <p><b>Heejung Kim, PhD, GNP, RN</b> : Elle est Professeure au Collège des Sciences Infirmières de l'Université Yonsei et chercheuse à l'Institut de Recherche en Sciences Infirmières Mo-Im Kim, Séoul, Corée du Sud.</p> <p><b>Limites déclarées</b> : Cette étude présente plusieurs limites qu'il convient de souligner. Tout d'abord, elle repose sur une analyse secondaire de données existantes, ce qui limite la prise en compte de certains facteurs susceptibles d'influencer la résistance aux soins (RTC), tels que l'ambiance de l'établissement, la stabilité du personnel ou encore la douleur ressentie par les patients. De plus, cette étude se concentre sur la relation entre les comportements des soignants et la RTC, sans pour autant établir un lien de causalité direct pour chaque comportement observé. Par ailleurs, la taille réduite de l'échantillon (23 patients et 70 observations) constitue une limite à la généralisation des résultats, car elle ne permet pas d'obtenir une vision représentative de la diversité des contextes de soins.</p> <p><b>Limites perçues</b> : L'étude repose sur l'analyse de vidéos pour catégoriser les comportements des soignants et la RTC, certains détails importants peuvent être hors champ de la caméra ou mal interprétés et la présence de la caméra peut modifier le comportement des soignants et des patients. L'échantillon est basé uniquement sur des patients en institution en Corée du Sud, les résultats ne sont possiblement pas généralisables à d'autres pays et d'autres contextes culturels. L'état émotionnel du patient (stress, fatigue) n'est pas pris en compte alors qu'il pourrait influencer facilement la RTC.</p>				

## Tableau d'extraction des données n°5

<p><b>Référence article</b> : Improving Nursing Home Residents' Oral Hygiene: Results of a Cluster Randomized Intervention Trial.          Journal of American Medical Directors Association (JAMDA), 19, (2018), page 1086 – 1091  <b>DOI</b> : <a href="https://doi.org/10.1016/j.jamda.2018.09.036">https://doi.org/10.1016/j.jamda.2018.09.036</a>          Jane A. Weintraub DDS, MPH, Sheryl Zimmerman PhD, Kimberly Ward BA, Christopher J. Wretman PhD, Philip D. Sloane MD, MPH, Sally C. Stearns PhD, Patricia Poole RDH, MS, John S. Preisser PhD  <b>Pays</b> : USA          (Weintraub et al., 2018)</p>				
Devis et but(s)	Échantillon	Méthode	Résultats	Recommandations
<p><b>Devis</b> : Quantitatif.          Il s'agit d'un essai randomisé par cluster (cluster randomized trial).  <b>But(s)</b> : L'objectif est de déterminer si les pratiques recommandées en matière de soins buccodentaires (selon le protocole Mouth Care Without Battle MCWB) fournies par le personnel de la maison de retraite pouvaient améliorer l'hygiène buccodentaire des résidents et les</p>	<p><b>Méthode d'échantillonnage</b> : L'étude a utilisé un échantillonnage randomisé par cluster, dans lequel 14 maisons de retraite ont été sélectionnées selon leur taille et leur taux de pneumonie, puis réparties aléatoirement en 7 établissements d'intervention et 7 établissements de contrôle. À l'intérieur de chaque établissement, un échantillonnage aléatoire a été réalisé pour sélectionner les résidents éligibles en fonction de plusieurs <b>critères d'inclusions</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Avoir 21 ans ou plus</li> <li>Posséder des dents naturelles ou des prothèses</li> <li>L'absence de besoin de prophylaxie antibiotique</li> <li>Ne pas être dans la maison de retraite pour une réhabilitation à court terme</li> <li>Un maximum de 60 résidents par établissement a été inclus, pour un total de 762 participants initialement recrutés (403 en intervention, 359 en contrôle). Toutefois, seuls 219 résidents (121 en intervention, 98 en contrôle) ont complété les 24</li> </ul>	<p><b>Étude</b> : Weintraub et al. (2018) ont mené un essai randomisé par cluster sur 219 résidents de 13 maisons de retraite afin d'évaluer l'efficacité du programme Mouth Care Without a Battle (MCWB) pour améliorer l'hygiène buccodentaire des résidents.          L'étude mère a collecté des données au début de l'étude et après 24 mois.  <b>Les variables indépendantes</b>          Programme "Mouth car Without Battle"  <b>Les variables dépendantes</b>          L'indice de plaque (quantité de plaque dentaire, les dents, notée entre 0 et 3).          L'indice gingival (Inflammation des gencives entre 0 et 4).</p>	<p><b>Figure 1</b> :          Diagramme de flux qui illustre la participation des résidents à l'étude. 952 résidents ont été invités, 762 ont passé l'examen initial. Après les exclusions, 219 résidents ont été recrutés, 98 résidents étaient dans le groupe de contrôle et 121 dans le groupe d'intervention.  <b>Tableau 1</b> :          Les différentes caractéristiques des participants.  <b>Tableau 2</b> :          Comparaison des caractéristiques des maisons de retraite entre les groupes d'intervention et de contrôle.  <b>Tableau 3</b> :          Démontre les changements observés après 24 mois.          Plaque dentaire (PI-LTC) : légère augmentation dans le groupe contrôle (+0,07), mais amélioration significative dans le groupe d'intervention (-0,39, p = 0,03).</p>	<p>L'étude montre que le protocole MCWT améliore l'hygiène buccodentaire. Les résultats indiquent une réduction de la plaque dentaire, une diminution de l'inflammation gingivale et une meilleure hygiène des prothèses dentaires. Ils suggèrent donc d'utiliser leur programme.          Les auteurs mentionnent que le programme MCWB aide à surmonter certains obstacles à</p>

<p>résultats en matière de prothèses dentaires sur 24 mois.</p>	<p>en de mois de suivi, constituant ainsi l'échantillon final analysé.</p> <p><b>Critères sociodémographiques</b></p> <p>Âge : L'âge moyen des participants était de 77,6 ans (écart-type : 13,7 ans).</p> <p>Sexe : 71,2 % des résidents étaient des femmes.</p> <p>Origine ethnique : 65,1 % Caucasiens, 29,4 % Afro-Américains, 5,5 % autres groupes ethniques.</p> <p>Résistance aux soins : 10,5 % des résidents montraient une résistance aux soins buccodentaires.</p> <p>Soins palliatifs : 0,9 % des résidents étaient sous soins palliatifs/hospice.</p> <p>Pathologies chroniques :</p> <p>47,5 % présentaient une altération cognitive (Alzheimer/démence).</p> <p>7,8 % souffraient d'insuffisance rénale chronique.</p> <p>16,4 % avaient une maladie respiratoire chronique (asthme/BPCO).</p> <p>2,3 % étaient atteints de malnutrition.</p> <p>5,6 % avaient une perte de poids récente.</p> <p>2,3 % présentaient des troubles de la déglutition.</p> <p>Dépendance alimentaire :</p> <p>27,9 % nécessitaient une assistance pour manger.</p> <p>4,6 % utilisaient une sonde d'alimentation.</p> <p>27,9 % avaient un régime alimentaire modifié mécaniquement (purée, haché).</p> <p>45,7 % suivaient un régime thérapeutique (pauvre en sucre ou sel).</p>	<p>L'indice de plaque pour les prothèses dentaires (propreté des prothèses dentaire, notée entre 0 et 4).</p> <p><b>Les co-variables</b></p> <p>La démence ou Alzheimer</p> <p>Régime alimentaire</p> <p>Maladie rénale</p> <p>Les outils de mesure</p> <p>PI-LTC (Plaque Index for Long-Term Care) : Évalue la quantité de plaque sur les dents (score de 0 à 3).</p> <p>GI-LTC (Gingival Index for Long-Term Care) : Évalue l'inflammation gingivale (score de 0 à 4).</p> <p>Denture Plaque Index (DPI) : Évalue la plaque sur les prothèses dentaires après immersion dans une solution révélatrice (score de 0 à 4)</p> <p>Statistiques :</p> <p>Toutes les analyses ont été réalisées à l'aide de Stata v 15.1(StataCorp, College Station, TX).</p> <p>Tests :</p> <p>Test de Wilcoxon rank-sum :</p> <p>Compare les moyennes des caractéristiques de base entre les deux groupes</p>	<p>Inflammation gingivale (GI-LTC) : Aggravation dans le groupe contrôle (+0,31) alors que le groupe intervention montre une amélioration significative (-0,35, p = 0,02).</p> <p>Hygiène des prothèses dentaires (DPI) : Amélioration modérée dans le groupe contrôle (-0,39), mais plus significative dans le groupe intervention (-0,68, p = 0,04).</p> <p><b>Tableau 4 :</b></p> <p>Le modèle linéaire mixte montre que l'intervention MCWB a un effet significatif sur l'amélioration de l'hygiène buccodentaire après 24 mois :</p> <p>Plaque dentaire (PI-LTC) : Réduction de -0,44 (p = 0,01).</p> <p>Inflammation gingivale (GI-LTC) : Diminution de -0,55 (p = 0,01).</p> <p>Hygiène des prothèses (DPI) : Amélioration de -0,67 (p = 0,01).</p> <p>Les facteurs influents :</p> <p>Maladie rénale chronique : Pas d'effet significatif sur PI-LTC et GI-LTC, mais lié à une augmentation du score DPI (p = 0,02).</p> <p>Alzheimer/démence : Effet significatif pour PI-LTC (p &lt; 0,001), marginal pour GI-LTC (p = 0,06), et non significatif pour DPI.</p> <p>Régime thérapeutique : Effet significatif pour GI-LTC (p &lt; 0,01), mais non significatif pour PI-LTC et DPI.</p> <p>Effet aléatoire :</p>	<p>une bonne hygiène dentaire en incluant des instructions sur l'hygiène buccodentaire pour les résidents des maisons de retraite, des techniques comportementales, un accès facile aux fournitures pour les soins buccodentaires et un champion de la santé buccodentaire sur le site.</p>
---	--	---	--	---

	<p>Problèmes buccodentaires :</p> <p>4,1 % n'avaient plus de dents.</p> <p>5,0 % présentaient des caries suspectées.</p> <p>2,3 % avaient d'autres problèmes dentaires.</p> <p>Médication et vaccinations :</p> <p>19,7 % prenaient des antipsychotiques.</p> <p>22,0 % des anxiolytiques.</p> <p>5,5 % des hypnotiques.</p> <p>Hygiène buccodentaire (scores initiaux) :</p> <p>Plaque Index (PI-LTC) : moyenne de 1,7 (sur une échelle de 0 à 3).</p> <p>Gingival Index (GI-LTC) : moyenne de 1,5 (échelle de 0 à 4).</p> <p>Denture Plaque Index (DPI) : moyenne de 2,2 (échelle de 0 à 4).</p>	<p>Test exact de Fisher : Vérifie les différences pour des variables catégoriques</p>	<p>Résidu : Reflète la variance inexpliquée pour PI-LTC (0,424), GI-LTC (0,568), et DPI (0,806).</p> <p>Intercept (NH) : Montre une faible variance entre les maisons de retraite pour tous les indices.</p> <p>Corrélation intraclasse : Indique que la majorité des variations sont attribuées à des différences individuelles plutôt qu'entre établissements.</p>	
<p><b>Éthique</b> : Les auteurs mentionnent que toutes les procédures de l'étude ont été approuvées par le Comité d'éthique de la recherche humaine de l'Université de Caroline du Nord à Chapel Hill. Ainsi que le consentement écrit des participants ou de leurs représentants légalement autorisés a été obtenu.</p> <p><b>Formation des auteurs</b> :</p> <p><b>Jane A. Weintraub, DDS, MPH</b> : Docteure en chirurgie dentaire et en santé publique, professeure à la School of Dentistry de l'Université de Caroline du Nord.</p> <p><b>Sheryl Zimmerman, PhD</b> : Docteure en sciences sociales et santé publique, chercheuse au Cecil G. Sheps Center for Health Services Research et professeure à la School of Social Work de l'Université de Caroline du Nord. Kimberly Ward, BA : Titulaire d'un Bachelor of Arts, chercheuse au Cecil G. Sheps Center for Health Services Research.</p> <p><b>Christopher J. Wretman, PhD</b> : Docteur en santé publique ou en recherche sur les services de santé, chercheur au Cecil G. Sheps Center for Health Services Research.</p> <p><b>Philip D. Sloane, MD, MPH</b> : Médecin et titulaire d'un master en santé publique, professeur au département de médecine familiale de l'Université de Caroline du Nord.</p> <p><b>Sally C. Stearns, PhD</b> : Docteure en économie de la santé ou en recherche sur les services de santé, professeure à la Gillings School of Global Public Health de l'Université de Caroline du Nord.</p> <p><b>Patricia Poole, RDH, MS</b> : Hygiéniste dentaire certifiée et titulaire d'un master en sciences, chercheuse au Cecil G. Sheps Center for Health Services Research.</p> <p><b>John S. Preisser, PhD</b> : Docteur en biostatistique, professeur à la Gillings School of Global Public Health de l'Université de Caroline du Nord.</p> <p><b>Limites déclarées</b> : Premièrement l'échantillon analytique n'était pas représentatif de la population globale des maisons de retraite, car l'analyse a été menée sur une cohorte post hoc, définie après la fin de l'étude. Deuxièmement l'hygiéniste dentaire n'était pas au courant des conditions de traitement pour la deuxième moitié de l'étude ; par conséquent, il est possible qu'un certain biais ait été introduit dans les évaluations à 24 mois. Troisièmement, le nombre de dents par sextant n'a pas été collecté, et seule la dent/le sextant le plus affecté a été</p>				

noté. Ainsi, les pires scores peuvent surestimer ce qui aurait pu être obtenu si toutes les dents avaient été notées. Quatrièmement, la nature des soins dentaires standard reçus par les résidents était inconnue. Enfin, le statut diabétique des résidents n'a pas été évalué, alors que ce facteur peut influencer l'inflammation gingivale.

**Limites perçues** : L'étude ne mesure pas le coût de la mise en place du programme MCWB qui nécessite des formations et un suivi. Cette mesure aurait permis de voir si cette intervention est réaliste à grande échelle. Les soignants et les patients savaient qu'ils faisaient partie de l'étude, leurs comportements ont peut-être été modifiés, car se sachant observés, ils ont possiblement amélioré leur pratique de soins.

## Tableau d'extraction des données n°6

<p><b>Référence article</b> : Standardized Positive Physical Approach to Improve Oral Hygiene for Nursing Home Residents With Alzheimer's Disease and Related Dementias.</p> <p>Journal of Gerontological Nursing, vol. 48, n° 11, (2022)</p> <p><b>DOI</b> : <a href="https://doi.org/10.3928/00989134-20221003-07">https://doi.org/10.3928/00989134-20221003-07</a></p> <p>Barbara J. Barry, DNP, RN, AGNP-BC, CNE; Eleanor S. McConnell, PhD, RN; Stephanie R. Duea, PhD, RN; Nikki Petsas Blodgett, PhD, RN, CHSE</p> <p><b>Pays</b> : USA</p> <p>(Barry et al., 2022)</p>				
Devis et but(s)	Échantillon	Méthode	Résultats	Recommandations
<p><b>Devis</b> : quantitatif et longitudinale qui utilise un modèle de pré et post-intervention pour évaluer l'effet d'une approche physique standardisée sur l'hygiène buccodentaire chez les résidents de maisons de retraite atteints de TNC</p> <p><b>But(s)</b> : L'objectif principal du « projet d'amélioration de la qualité » est d'améliorer la qualité des soins d'hygiène buccodentaires des résidents de la maison de retraite atteints TNC en apprenant au personnel soignant à utiliser une approche relationnelle standardisée durant l'activité des soins buccodentaires.</p> <p>Les objectifs spécifiques incluent :</p>	<p><b>Méthode d'échantillonnage</b> : échantillon de commodité recruté dans un établissement psychiatrique de taille moyenne, de 82 lits, situé dans le sud-est de la Caroline du Nord.</p> <p>Patients : (N = 34).</p> <p>Soignants : (N = 30)</p> <p>Critères d'inclusion patients : Diagnostic clinique confirmé de la maladie d'Alzheimer ou démences apparentées</p> <p>Vivre actuellement dans l'institution</p> <p>Être capables de comprendre et de suivre les instructions de l'étude, même s'il peut nécessiter une assistance.</p> <p>Pas de contre-indications médicales à l'hygiène buccodentaire ou aux procédures de l'étude.</p>	<p>La recherche présentée comme un projet d'amélioration de la qualité des soins a consisté en une intervention qui consistait en une formation des soignants à l'utilisation d'une « approche positive standardisée <i>standardized positive physical approach</i> (PPA) en 12 étapes » des personnes atteintes de démence durant les soins buccodentaires. La formation comprenait une présentation vidéo, une expérience de simulation pratique. Une évaluation pré/post-intervention pour mesurer l'amélioration des compétences des soignants ainsi que le taux d'achèvement des soins buccodentaires a été réalisée sur une période de 3 mois.</p>	<p><b>Figure 1</b> : la figure 1 montre le nombre de soignants (N= 30) ayant participé à la formation de manière complète ou partielle et leur répartition selon leur métier. 57% des soignants ont reçu l'entier de la formation dont 64% des infirmières (= 7/11) et 53% des aides-soignants (= 10/19).</p> <p><b>Figure 2</b> : la figure 2 montre en pourcentage le nombre de résidents ayant reçu des soins buccodentaires de manière complète. Le taux était de 42,79 % au début de l'étude en décembre 2021, avant la période de formation. Le taux est monté à 69,92 % durant les 4 premières semaines post-intervention et à 81,2 % durant les 4 dernières semaines post-intervention.</p>	<p>Les auteurs suggèrent que les établissements de santé devraient adopter des formations qui comprennent des expériences pratiques pour donner aux soignants des connaissances et des compétences en matière d'accompagnement des personnes atteintes de TNC.</p> <p>La PPA est recommandée pour l'achèvement de l'hygiène buccodentaire chez les résidents atteints de TNC.</p> <p>Les auteurs recommandent de renforcer les connaissances et compétences du personnel à travers des sessions de formation et de simulation.</p> <p>Les auteurs soulignent l'importance que les managers</p>

<p>L'amélioration des compétences des soignants à prodiguer des soins buccodentaires aux personnes atteintes de TNC.</p> <p>L'amélioration des taux d'achèvement des soins d'hygiène buccodentaires.</p> <p><b>Cadre théorique :</b> Pas de cadre théorique annoncé pour structurer la recherche, mais les auteurs s'appuient sur la méthode Positive Approach to Care.</p>	<p>Caractéristiques de l'échantillon (patients) Absence.</p> <p>Caractéristiques de l'échantillon (soignants)</p> <p>L'équipe soignante (N = 30), qui a reçu la formation, était composée de 11 infirmières et de 19 aides-soignantes.</p>	<p>La fidélité du projet d'amélioration de la qualité a été évaluée par la démonstration et la vérification par les soignants de la PPA en 12 étapes au cours d'un exercice simulé. La compétence a été définie comme l'utilisation des 12 étapes de la PPA.</p> <p>La compétence des soignants a été évaluée en comparant les résultats de l'outil <i>Sense of Competence in Dementia Care Staff</i> SCIDS en pré-post intervention.</p> <p>Le SCIDS est une enquête en 17 points allant de 1 (pas du tout) à 4 (tout à fait), les scores les plus élevés indiquant un niveau de compétence plus élevé dans le travail avec les personnes atteintes de TNC (Schepers et al., 2012). Le SCIDS a démontré une cohérence interne acceptable à bonne et une fiabilité test-retest modérée à importante (Schepers et al., 2012). Un test t apparié a été utilisé pour analyser les résultats.</p>	<p><b>Tableau 1 :</b> montre le score score SOCID en pré et post-intervention avec la valeur p. l'enquête comporte 17 questions avec une plage de 17 à 68. Des scores plus élevés indiquent un niveau de confiance plus élevé.</p> <p>Les items suivants sont présentés pour (N =17).</p> <p>Score SOCID : pré = 50.00 (7.62), post = 65,47 (5.04) p Value &lt;0.001.</p> <p>Professionnalisme : pré = 16.24 (2.61), post 19.35 (1.54) p Value &lt;0.001</p> <p>Établissement de relations : pré = 10.65 (1.93), post 15.29 (1.53) p Value &lt;0.001</p> <p>Défis de soins : pré = 10.65 (1.93), post 15.35 (1.27) p Value &lt;0.001</p> <p>Maintien de l'identité personnelle : pré 12.24 (2.39), post 15.47 (1.18) p Value &lt;0.001</p> <p>Tableau 2 : Taux en % de réalisation des soins buccodentaires par l'équipe de jour de jour durant les mois de décembre, janvier et février.</p> <p>Décembre : 451/1054 = 42,79 % Janvier : 737/1054 = 66,92 %</p>	<p>soutiennent et forment les soignants pour améliorer la qualité des soins buccodentaires et, par conséquent, la qualité de vie des résidents.</p>
---	--	---	---	---

		<p><b>Figure A</b> : Les 12 étapes de l'PPA sont décrites en photos.</p>	<p>Février : 773/952 = 81,2 %</p> <p>Le taux de réalisation de décembre présente des données de référence avant l'intervention.</p>	
<p><b>Éthique</b> : L'autorisation du comité d'examen institutionnel n'a pas été obtenue, car le projet d'EPP pour l'hygiène buccodentaire a été considéré comme un projet d'amélioration de la qualité (Barry et al., 2022). Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt financier ou autres.</p> <p><b>Formation des auteurs</b> : <b>Barbara J Barry (DNP, RN, AGPN-BC, CNE)</b> : Certificat post-master de praticienne en gérontologie adulte de l'Université Duke en 2018. Certifiée par l'American Academy of Nurse Practitioners. Maîtrise en éducation infirmière de l'Université Duke (2007), BSN de l'Université de Caroline du Nord à Wilmington en 1995. Expérience dans l'enseignement des programmes de soins infirmiers au niveau collégial et plus de dix ans d'expérience en soins médicaux chirurgicaux pour adultes et en soins intensifs.</p> <p><b>Eleanor S. McConnell (PhD, RN)</b> : Financée par le National Institute of Nursing Research et le Department of Veterans Affairs pour mener une série d'études visant à identifier les facteurs de risque modifiables pour l'aggravation de l'incapacité à s'occuper de soi chez les résidents de maisons de retraite de longue durée atteints de TNC. A développé et testé diverses interventions pour modifier ces facteurs de risque. Ses recherches s'appuient sur les connaissances existantes des déterminants bio-physiques de l'incapacité, telles que conceptualisées dans le modèle de désactivation de Nagi.</p> <p><b>Stephanie R. Duea (PhD, RN)</b> : Professeure associée à l'École des soins infirmiers du Collège des services de santé et des services sociaux de l'Université de Caroline du Nord à Wilmington.</p> <p><b>Nikki Petsas Blodgett (PhD, RN, CHSE)</b> : Directrice du Center for Nursing Discovery (CND). Professeure adjointe à l'École des soins infirmiers de l'Université Duke. Directrice du CND, elle travaille avec le corps professoral pour intégrer les normes des meilleures pratiques.</p> <p><b>Limites déclarées</b> : L'intervention a eu lieu durant la période de pandémie de Covid-19. Les soignants devaient porter des masques, ce qui a pu entraver la communication. L'intervention s'est déroulée dans un seul lieu de soin et les auteurs n'ont pas pu attribuer l'entièreté des résultats à l'intervention. Il y a possiblement eu des apprentissages involontaires entre les soignants formés et non formés à l'intervention. Les soignants ont rempli l'enquête SIDS sur papier, ce qui rendait l'anonymat difficile à respecter. De plus, il y a un possible biais à remplir soi-même l'enquête SIDS</p> <p><b>Limites perçues</b> : L'étude s'est déroulée dans un seul établissement. La taille de l'échantillon était faible (N = 30) pour les soignants (N = 34) pour les résidents. L'intervention s'est déroulée sur 3 mois, mais il aurait été intéressant d'avoir une mesure à une année pour savoir si l'intervention a impacté durablement la qualité des soins. La santé buccodentaire n'a pas été mesurée. Les ressentis des soignants et leur motivation n'ont pas été explorés. Il n'y avait pas de comparaison avec un groupe témoin. Le fait que le projet ait été présenté comme un projet d'amélioration de la qualité montre qu'il y avait une intention au niveau de la direction. Ceci peut avoir influencé la dynamique des soins au-delà de l'intervention. Les auteurs ne parlent pas des possibles variables confondantes. L'échantillon n'est pas décrit. Les auteurs ne présentent que les critères de sélection.</p>				

## Annexe II, techniques de l'approche MOUTH

Techniques de l'approche MOUTH issues de l'article Maturation of the MOUTH Intervention: From Reducing Threat to Relationship-Centered Care (Jablonski et al., 2016).

- 1) S'appuyer sur les habitudes et les goûts de la personne.
- 2) L'amorçage. «initier» Utiliser et stimuler la mémoire procédurale. (Gestes encrés depuis l'enfance)
- 3) La contextualisation (être devant le lavabo avec les outils adéquats devant les yeux).
- 4) Utiliser le toucher doux.
- 5) La distraction (laisser la personne tenir une brosse à dents pendant que le soignant effectue le geste, utiliser des poupées).
- 6) Utiliser le pantomime.
- 7) La décomposition du soin en étapes.
- 8) Utiliser l'enchaînement. Après avoir initié le mouvement (mémoire procédurale).
- 9) Individualiser le soin (ce qui fonctionne pour un résident peut avoir comme effet de provoquer des réactions de résistance chez un autre)
- 10) Technique main sur main (le soignant guide le résident lors du soin de bouche)
- 11) Technique miroir/miroir. (Le soignant se tient debout derrière le résident, brosse ses dents. Le résident se regarde dans le miroir comme s'il faisait le soin).

(Jablonski et al., 2016)

## Annexe III, les 12 étapes de la PPA

Le tableau présentant les 12 étapes de la Positive Physical approach PPA et issu de l'article de Barry et al., (2022) Standardized Positive Physical Approach to Improve Oral Hygiene for Nursing Home Residents With Alzheimer's Disease and Related Dementias.

### *Twelve Steps of the study intervention (Positive Physical Approach - PPA)*



**Step 1:** Caregiver stops moving five feet from the PLWD within visual range.



**Step 2:** Caregiver gives the "hi" sign to PLWD with an open hand by face.



**Step 3:** Caregiver says preferred name of PLWD or "hi" clearly and firmly.



**Step 4:** Caregiver moves hand into a handshake position without moving forward.



**Step 5:** Caregiver waits for signal from PLWD (e.g., reaching for hand), before coming from the front, within visual range.



**Step 6:** Caregiver moves slowly; one step per second toward PLWD matching the processing speed of PLWD.



**Step 7:** Caregiver takes hand of PLWD and moves into the "Hand-under-Hand" supportive hold.



**Step 8:** Caregiver moves to the side of the PLWD in a supportive stance (as opposed to confrontational stance).



**Step 9:** Caregiver gets low if PLWD is seated; leans back standing if PLWD is standing.



**Step 10:** Caregiver respects intimate space and keeps face and chest back.



**Step 11:** Caregiver makes a short, friendly statement or gesture before moving to task depending upon verbal skills of the PLWD.



**Step 12:** Caregiver waits for response from PLWD matching their processing speed.

(Barry et al., 2022)