

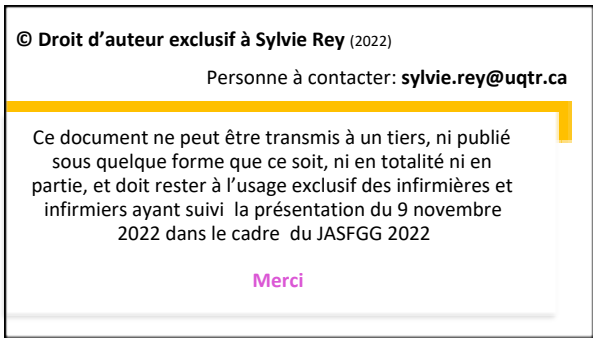
Expérience vécue au cours des soins corporels par les personnes atteintes d'une maladie neurocognitive : une étude d'intervention infirmière.

Présenté par **Sylvie Rey**, inf. PhD
Professeure – Département des sciences infirmières
Université du Québec à Trois-Rivières

9 novembre 2022

LQTR
Ligue québécoise des infirmières et infirmiers
Université du Québec à Trois-Rivières

1



© **Droit d'auteur exclusif à Sylvie Rey (2022)**

Personne à contacter: sylvie.rey@uqtr.ca

Ce document ne peut être transmis à un tiers, ni publié sous quelque forme que ce soit, ni en totalité ni en partie, et doit rester à l'usage exclusif des infirmières et infirmiers ayant suivi la présentation du 9 novembre 2022 dans le cadre du JASFGG 2022

Merci


2



Conflit d'intérêt


Aucun

3


 Sylvie Rey, inf, M. Sc., PhD
<https://orcid.org/0000-0002-3054-1583>

Expériences académiques

- Diplôme d’infirmière (1988)
- Diplôme de spécialisation en gérontologie et gériatrie (1996)
- Certificat de psychologie (2002)
- Diplôme d’études supérieures spécialisées en santé mentale (2003)
- Microprogramme de 2^{ème} cycle en soutien conseil en gérontologie (2007)
- Maîtrise en sciences infirmières (2014)
- Doctorat en sciences infirmières (2022)



Expériences cliniques : depuis 1988, Suisse et Québec; CHSLD – gériatrie et psychogériatrie. Rôle de conseillère clinique équipe de conseil et d’intervention en psychogériatrie.

Expériences d’enseignement : professeure à l’Université du Québec à Trois-Rivières. Chargée de cours à l’Université Laval 2016-2022. Formatrice pour le Centre d’excellence sur le vieillissement de Québec.

Expériences associatives:

Membre: Ordre des infirmières; comité de l’examen + admission et équivalence. Comité national d’éthique sur le vieillissement. International Learning Collaborative.

4

Table des matières

1. Problématique
2. Recension des écrits
3. Cadre théorique
4. Questions de recherche
5. Cadre méthodologique
6. Première phase
7. Deuxième phase
8. Discussion

5

Direction et membres du jury

Dr. Philippe Voyer, infirmier PhD

Dr. Suzanne Bouchard, infirmière PhD

Dr. Anne Bourbonnais, infirmière PhD

Dr. Marie-Soleil Hardy, infirmière PhD

Dr. Pierre Durand, médecin, gériatre



Tableau d’honneur de la FESP pour l’excellence de la thèse

6

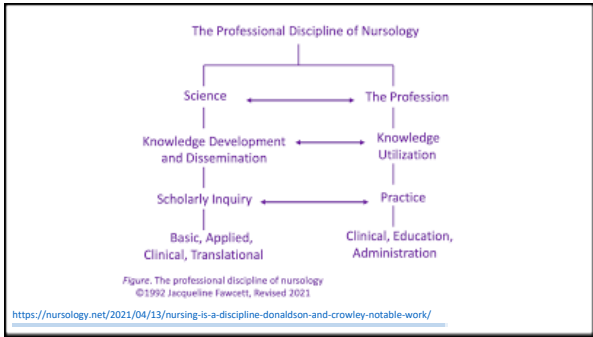
1. PROBLÉMATIQUE

7

Problématique

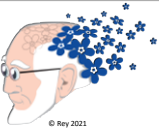
Trajectoire

8








9

Problématique



© Rev 2021

				
Personne - Maladies Alzheimer - apparentées	Cognition - Autonomie fonctionnelle - Expression	Expérience vécue au cours des soins corporels: CRAS (???)	Conséquences	Soins corporels: besoins fondamentaux et soins infirmiers

10

Question et échanges

Les soins du corps font-ils partie des soins infirmiers et des sciences infirmières?

11

Soins du corps = soins infirmiers

- Les soins au corps représentent « (...) l'élément crucial de la pratique infirmière (...) à la croisée de tous les autres soins (...) » (Collière in Lawler, 2002, p. 14).
- Pour Fontaine (2009), les soins corporels compris dans la « toilette » comportent une dimension de rencontre et d'accompagnement qui intègre les six réalités de soins décrites par Collière (2001), à savoir:
 1. Les soins de **stimulation**;
 2. Les soins de **confortation**;
 3. Les soins d'**entretien de la vie**;
 4. Les soins du **paraître**;
 5. Les soins de **compensation**;
 6. Les soins d'**apaisement**.

12

Soins du corps = soins infirmiers

Kirk (2007) : les soins corporels représentent l'aspect physique de l'**intimité clinique** qui s'établit entre l'infirmière et la personne et qui s'accomplit par le toucher.

Green (2018) : cette intimité clinique améliore la **communication** et fournit de l'information.

Zolnierek (2014) : « **connaître le patient** » renforce l'habileté des infirmières à prodiguer des soins **sécuritaires**, à développer des **relations positives** et à s'engager dans une pratique d'**expert**.

13

Soins du corps = soins infirmiers

Muntlin Athlin (2018) : revue de littérature portant sur les données minimales pour la pratique infirmière et les soins fondamentaux : plusieurs auteurs présentent l'hygiène personnelle, l'habillement, la mobilité et l'élimination comme étant des **interventions, des activités ou des phénomènes infirmiers** (Goossen et al., 2001; Mynny et al., 2010; Wysocki, Thomas, & Mor, 2015).

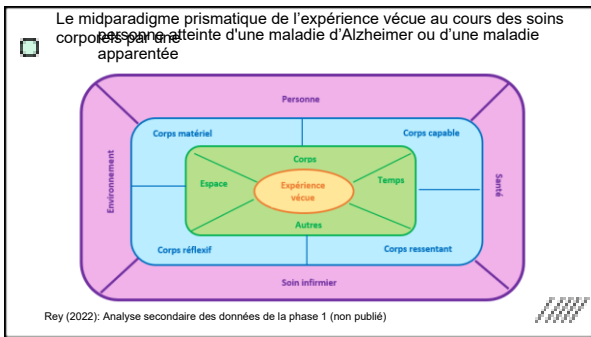
14

Soins du corps = soins infirmiers = somologie = Lawler (1997, 2002)



- ✓ **Somologie**: approche intégrant le corps **objet** et le corps **vécu**.
- ✓ Au-delà du corps réifié, la dimension du corps vécu rappelle que le corps est « (...) un **vecteur d'expérience**, un **moyen d'expression**, une **forme de présence** (...) et une **partie de l'identité** (...) » de la personne (Lawler, 2002, p. 36).
- ✓ L'expérience vécue par la personne soignée doit donc être considérée au premier plan par les **soignants** (Lecordier, 2009; Rushton & Edvardsson, 2017; Vonarx & Desgroseilliers, 2013).

15



16

« (...) reconsidérer les soins au corps, ces soins qui sont le cœur de la pratique infirmière – (...) c'est à dire qui sont à la croisée de tous les autres soins et qui sont le pivot, et qu'aucun traitement ne saurait les remplacer... Ces soins pourtant si délaissés par la discipline infirmière. »

Marie-Françoise Collière (2002, p. 10)

17

But de l'étude:

Rendre opérationnelle une **intervention infirmière** visant à le vécu d'une expérience de **confort** au cours des **soins corporels** pour la **personne** atteinte d'une maladie apparentée. **MA** en impliquant ses **proches** et les **soignants**.

18

Deux objectifs

1. Concevoir l'intervention infirmière visant à promouvoir le vécu d'une expérience de confort au cours des soins corporels pour la personne atteinte d'une MAa vivant en milieu d'hébergement en impliquant ses proches et les soignants.
2. Décrire l'acceptabilité, la faisabilité et les effets préliminaires de l'intervention infirmière promouvant le vécu d'une expérience de confort au cours des soins corporels pour la personne atteinte d'une MAa

19

2. RECENSION DES ÉCRITS

20

Recension des écrits

Prévention des CRAS



21

Recension des écrits

Interventions pour les personnes exprimant des CRAS (43 articles)

22

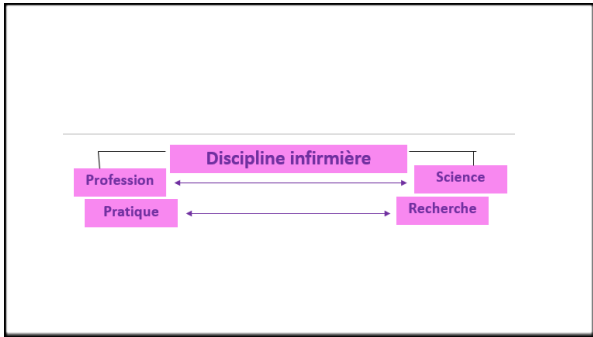
Question et échanges

Recherche infirmière?
Savoir infirmier?

Recherche par des infirmières?
Savoir par des infirmières?

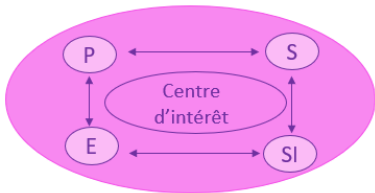
Recherche pour des infirmières?
Savoir pour des infirmières?

23



24

Centre d'intérêt de la discipline infirmière



25

Question et échanges

Quel est notre centre d'intérêt?

26

Centre d'intérêt selon Peplau et al (2017)



« La discipline infirmière s'intéresse au **soin**, dans ses diverses **expressions**, auprès des **personnes**, des **familles**, des **communautés** et des **populations** qui, en interaction continue avec leur **environnement**, vivent des **expériences de santé**. »

Peplau et al (2017, p. 16)

27

3. CADRE THÉORIQUE

28

Question et échanges

Une théorie infirmière, à quoi ça sert?

29

Objectifs pratiques des théories

Selon Giuliano et al. (2005), le savoir infirmier devrait avoir comme **principes**:

- de **décrire** des phénomènes d'intérêt pour la discipline infirmière,
- d'**expliquer** des relations,
- de **prédire** des conséquences et
- de **prescrire** des interventions infirmières.

30

Question et échanges

Quelles théories pourrions-nous utiliser pour la thèse?

31

	Théoriciennes	Centre d'intérêt des soins infirmiers	Buts des soins infirmiers
Dorothea Johnson	Dorothea Orem	Deficit entre les capacités d'autosoins et les demandes d'autosoins du patient	Eliminer le deficit entre les capacités d'autosoins et les demandes
	Betty Neuman	Évaluation effet + effets potentiels des stressors environnementaux. Maintenir stabilité et intégrité par des cercles de protection/défense	Maintenir le système-client stable. Prévenir l'instabilité ou amener un état de stabilité
Meleis, 2012	Callista Roy	Stimuli focal, contextuel et résiduel et leurs effets 4 modes adaptatifs : physiologiques, concept de soi, fonction de rôle et interdépendance	Promouvoir l'adaptation de la personne dans les 4 modes adaptatifs
	Dorothy Johnson	Système comportemental avec sous-systèmes. S-S Agressif-protecteur = composantes structurales (but, tendance, choix, action) et raisons aux changements de comportement (besoins, subsistance, environnement). Protection, stimulation et accompagnement attentionné (nurturance)	Restaurer/maintenir ou atteindre : équilibre comportemental + stabilité du système + ajustement et adaptation + fonctionnement efficace et effectif des systèmes et sous-systèmes

32

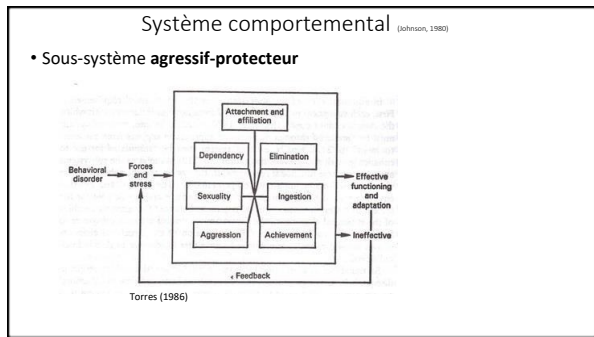
Système comportemental (Johnson, 1980)

- Dorothea Johnson (1919 - 1999).
- L'une des premières théoriciennes infirmières
- Théorie sur le système comportemental (1980)
- Grande théorie :
- interaction réciproque (Fawcett et DeSantos- Madeya, 2013)
- école des résultats (Meleis, 2018).
- Comportement : « traits et actions observables que la personne déploie en réponse aux stimuli internes et externes » (Grubbs, 1980, p. 222)

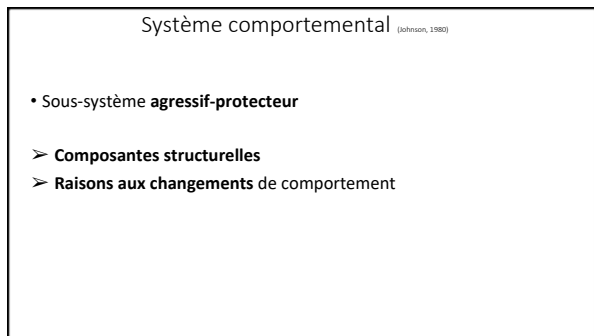


33

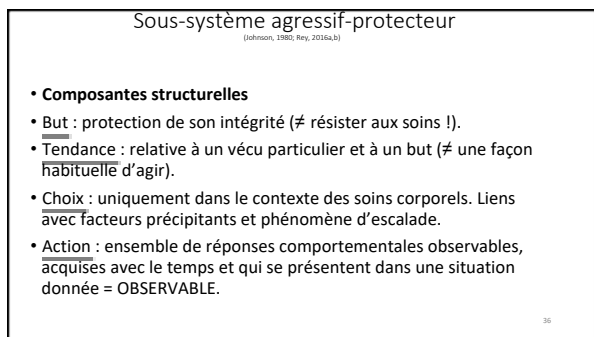
33



34



35



36

Sous-système agressif-protecteur (Johnson, 1982)

- **Raisons aux changements de comportement**
- **Besoins** : répondre à ses besoins. Liens avec les besoins compromis.
- **Subsistance** : moyens de subvenir à ses besoins. Interventions appropriées ou non ?
- **Environnement** : fluctuations excèdent les possibilités d'adaptation. Liens avec la réduction progressive du seuil de stress + phénomène d'escalade.

37

37

La théorie de gestion des symptômes de Dodd et al. (2001)

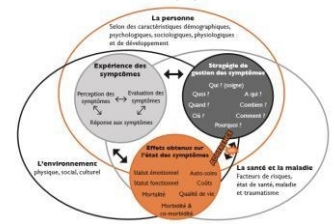


Figure 1
Schéma théorique de la théorie de gestion des symptômes (traduction du schéma publié par Dodd, James, et al., 2001, [2] avec autorisation de John Wiley and Sons)

Eicher et al., (2013, p. 17)

38

Réduction progressive du seuil de stress (Hall et Buchwalter, 1987)

- Théoriciennes visionnaires, pionnières (Donaldson, 2000)
- Les personnes vivant avec un TNCM ont une moins grande tolérance aux stimuli.
- Gestion des stimuli : nombre et qualité.
- Choisir, alterner et répartir.
 - Soins corporels : nombreux stimuli pendant une durée pouvant être assez longue
 - Soins corporels : stimuli pouvant être désagréables

39

La réduction progressive du seuil de stress

• Hall, G. R., & Buckwalter, K. C. (1987). *Progressively lowered stress threshold: a conceptual model for care of adults with Alzheimer's disease. Archives of Psychiatric Nursing, 1*(6), 329-406.

The diagram illustrates a conceptual model for care of adults with Alzheimer's disease. It shows a flow from 'Cognitive impairment of dementia' to 'Stress threshold ↓', which then leads to 'Anxiety ↑' and 'Agitation ↑'. A callout box labeled 'Intervention' points to the 'Stress threshold ↓' box, with the text 'Mid afternoon' and 'Inability to manage stress and external stimuli' nearby. A vertical bar on the left is labeled 'Impaired person-environment interaction'. A citation 'Sung, 2014, p. 27' is at the bottom right.

40

Les besoins compromis (Algase et al, 1996)

- Théoriciennes visionnaires, pionnières (Donaldson, 2000) : influencent discipline infirmière et autres disciplines
- Théorie à spectre modéré.
- Errance, vocalisations, agressivité
- Causes et sens des comportements

41

Les besoins compromis d'Algase et al (1996)


The flowchart shows 'Facteurs Contextuels (prédisposants)' and 'Facteurs Proximaux (précipitants)' leading to 'Facteurs neurologiques', 'Facteurs cognitifs', 'Condition de santé', 'Facteurs psychosociaux', 'Facteurs personnels', 'Env. social', 'Env. physique', and 'Env. organisationnel'. These factors lead to 'Besoins compromis - SCPD', which is then categorized by 'Dimension', 'Fréquence', and 'Durée'.

42

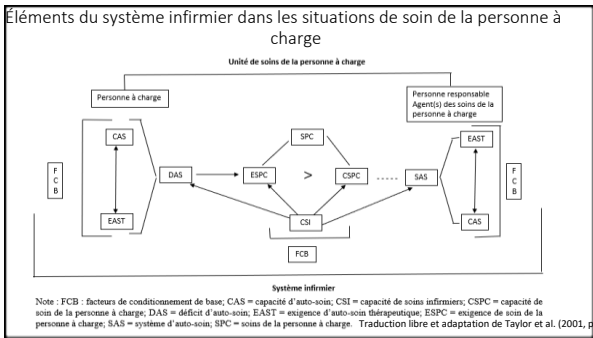
Cadre théorique

Dorothea E. Orem

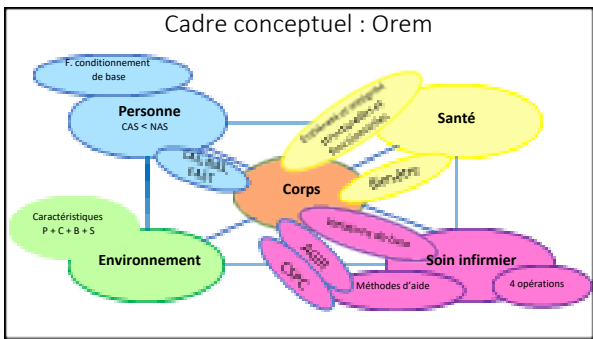
Théorie infirmière du déficit d'autosoins



43










44



45

Cadre théorique

Dorothea E. Orem
Théorie infirmière du déficit d'autosoins



CAPACITÉ D'AUTOISOIN CAPACITÉ DE SOIN OPÉRATIONS INFIRMIÈRES MÉTHODES D'AIDE UTILISATEUR DE SYMBOLE BIEN-ÊTRE

46

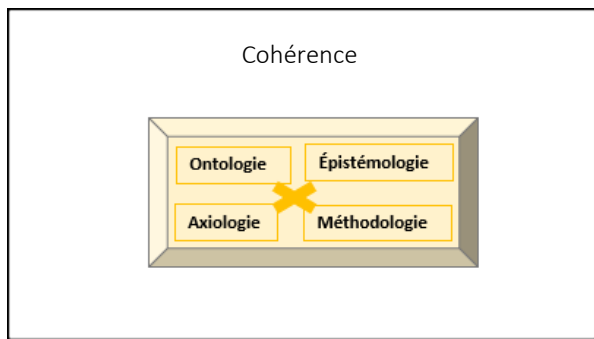
4. OBJECTIFS DE RECHERCHE

47

Question et échanges

Quel est le lien entre les objectifs et les questions de recherche et les devis/méthodes ?

48



49

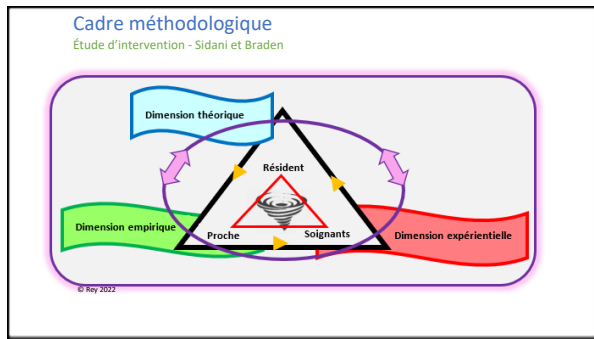
Objectifs de recherche
Phases 1 et 2

1	<ol style="list-style-type: none"> 1. Répertorier les facteurs influençant l'expérience vécue au cours des soins corporels et expliquer 2. Décrire les opérations infirmières et les méthodes d'aide
2	<ol style="list-style-type: none"> 3. Décrire l'acceptabilité de l'intervention 4. Décrire la faisabilité de l'intervention 5. Décrire les effets préliminaires de l'intervention

50

5. CADRE MÉTHODOLOGIQUE

51



52

Étude de cas

<ul style="list-style-type: none"> - Comprendre une personne (ou un petit groupe) ou une situation en profondeur - Issue de l'anthropologie et de la sociologie 	<ul style="list-style-type: none"> - Un ou plusieurs cas à l'intérieur de leur milieu naturel 	<ul style="list-style-type: none"> - Observations - Entrevues - Documents écrits pertinents - Matériel audiovisuel
---	--	--

© Fortin et Gagnon (2022, p. 162)

53

6. PREMIÈRE PHASE





54

Première phase :
Devis

Devis qualitatif

Étude de cas multiples
Analyse sommative de contenu

Analyser les situations en profondeur –
Décrire des phénomènes - Examiner des
relations entre ces phénomènes

55

Première phase
Participants

9 Résidents

83 ans (57-97)
F: 4 et H: 5
12 mois (1-21)
MA (Reisberg 5 à 7C)
Mode assistance :
TC: 1 et PC: 8
CRAS: 100%

11 Proches aidants

70 ans (50-99)
F: 9 et H: 2

21 Soignants

36 ans (20-58)
F: 17 et H: 4
EXP: 8 ans (-1 à 19)
Milieu: 5 ans (-1 à 18)

Infirmière: 1
I-auxiliaire: 1
PAB: 19




56

Première phase

14 Entrevues

29 Observations
Au cours des soins

Théories: problème et intervention - Manuel






57

Première phase :
Résultats

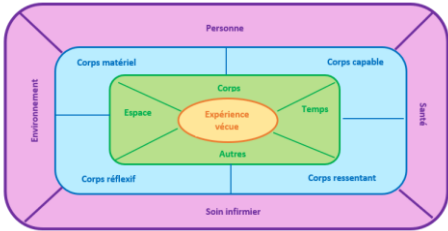
Expérience d'inconfort – de confort

Facteurs personnels
Environnement social
Environnement physique
Environnement organisationnel



58

Le paradigme prismatique de l'expérience vécue au cours des soins corporels par une personne atteinte d'une maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée



Rey (2022): Analyse secondaire des données de la phase 1 (non publié)


59

Première phase : Résultats

Émergence

Expérience vécue au cours des soins corporels

- Expérience des résidents
- Expérience des proches
- Expérience des soignants



60

Première phase : Résultats

Concept émergent



Incommodité

Résident: ressenti corporel, psychique, émotionnel et relationnel désagréable émergeant au cours des soins corporels et exprimé par un répertoire de comportements verbaux, vocaux et physiques à intensité variable

Soignants: expérience désagréable vécue à partir d'un soin perçu comme étant difficile d'un point de vue corporel, psychique, émotionnel et relationnel - stratégies de soins non adaptées aux besoins

61

Triptyque de l'intervention

1. Expérience d'incommodité



© Fey 2022

62

Première phase : Résultats

Émergence




Expérience vécue au cours des soins corporels par le résident

- Capacité de l'influencer

63

Première phase : Résultats

Escalade 

Expérience vécue au cours des soins corporels par le résident

- Variation 1: escalade

64

Question et échanges

Connaissez-vous le phénomène d'escalade?

65

Phénomène d'escalade (Beliz et al, 2009)

CATÉGORIES COMPORTEMENTALES	DÉFINITIONS OPÉRATIONNELLES ET EXEMPLES
Résistance verbale	Comportement verbal de RAS ne constituant pas un stimulus nuisible, nocif, attaquant ou agressif, dans le contenu comme dans la forme. Exemples: verbaliser son désaccord, dire non.
Résistance physique passive	Comportement physique de RAS n'impliquant pas l'émission de stimuli nuisibles ou nocifs envers le soignant. Se caractérise par une immobilité rigide ou une fuite. Exemples: tenter de quitter le lieu du soin, se tenir raide.
Résistance verbale agressive	Comportement verbal de RAS constituant un stimulus nuisible, nocif, attaquant ou agressif, dans le contenu ou dans la forme. Exemples: crier, jurer, insulter le soignant.
Résistance physique active	Comportement physique de RAS impliquant l'émission de stimuli nuisibles ou nocifs envers le soignant, mais ne constituant pas une attaque ou une agression. Se caractérise par une manifestation active de résistance, avec force et énergie. Exemples: repousser ou retenir le bras du soignant.
Résistance physique agressive	Comportement physique de RAS impliquant l'émission de stimuli nuisibles ou nocifs envers le soignant, constituant une attaque ou une agression. Exemples: frapper, claquer, mordre.

66

Comportements	Besoins
Crier, appeler	Présence, soulagement
Frapper	Être rassuré
Marcher, déambuler, errer	S'occuper, rechercher un endroit ou une personne
Faire du bruit avec ses mains	S'occuper, s'auto-stimuler
S'agripper à ses draps ou ses vêtements	Protéger son intégrité, se garder au chaud
Refuser de l'aide pour sa toilette	Se sentir infantilisé
Etc.	Etc.

67

Expérience vécue	
CATÉGORIES	DÉFINITIONS OPÉRATIONNELLES ET EXEMPLES
COMPORTEMENTALES	
Premier niveau Comportements verbaux de refus du soin	La personne ne comprend pas la nécessité du soin qui est proposé et le refuse. Exemples : verbaliser son désaccord. Dire non, refuser le soin proposé, refuser d'entrer dans la salle-de-bain, argumenter que le soin n'est pas nécessaire, expliquer que le soin a déjà été réalisé.
Deuxième niveau Comportements verbaux, vocaux et physiques réactifs	La personne vit une situation d'inconfort ou des symptômes déplaisants relativement au soin. Elle exprime ce qu'elle ressent ou tente de modifier la situation. Exemples : demander au soignant d'arrêter, se plaindre, exprimer des besoins compromis (froid, mal), appeler au secours, hurler, gémir, émettre des vocalisations exprimant de la peur ou de l'anxiété, respirations bruyantes, émettre des bruits bizarres, tenter de quitter le lieu, raidir son corps, faire de l'abduction ou des mouvements paradoxaux ou retirer/rétracter un membre, se mettre en position fœtale, frissonner.

68

Phénomène d'escalade - suite	
CATÉGORIES COMPORTEMENTALES	DÉFINITIONS OPÉRATIONNELLES ET EXEMPLES
Troisième niveau Comportements verbaux protecteurs et défensifs	La personne ressent une menace à son intégrité physique ou psychologique. Elle cherche à s'en protéger ou à se défendre verbalement contre ce qui lui paraît être une menace. Exemples : crier/hurler, jurer, appeler au secours, menacer/insulter le soignant.
Quatrième niveau Comportements physiques protecteurs	La personne ressent une menace à son intégrité physique ou psychologique. Elle cherche à s'en protéger ou à se défendre physiquement contre ce qui lui paraît être une menace. Exemples : pointer le soignant du doigt, retenir ou repousser le bras du soignant ou s'agripper à lui ou ses habits, s'agripper à ses propres habits ou à ses draps.

69

Phénomène d'escalade - fin

CATÉGORIES COMPORTEMENTALES	DÉFINITIONS OPÉRATIONNELLES ET EXEMPLES
Cinquième niveau Comportements physiques défensifs	La personne perçoit que son intégrité physique ou psychologique est atteinte. Elle se défend physiquement contre ce qui lui paraît être une menace. Exemples : frapper le soignant, le gifler, lui cracher dessus, lui tirer les cheveux, le mordre, le pincer, le griffer.

Adapté par Rey, inspiré du tableau de Belzil (Belzil, 2012, p. 115 et 116; Belzil et al., 2009, p. 34) et des propositions de Dupuis et Luth (2005) et Schindel Martin et al. (2016) avec des exemples de comportements issus et traduits librement des instruments de mesure sur les CRAS de Barrick, Rader, Hoeffler, Sloane, et Biddle (2008b); Cooke (2006); Dunn, Thiru-Chelvam, et Beck (2002); Mahoney et al. (1999); Namazi et Johnson (1996) et Volicer, Hurley, et Mahoney (2015a, 2015b).

70

Première phase : Résultats

Escalade



Expérience vécue au cours des soins corporels par le résident

- Variation 2: tonalités

71




Question et échanges

Que représente pour vous le concept de « *tonalité* »?

72

Première phase : Résultats

29 observations: comportements

Fréquence des comportements		
Refus	Inconfort	Confort
7	22	26
		

73

Expérience vécue au cours des soins corporels

Échelle des tonalités – Répertoire comportemental




© Rey 2022

74

Capacité d'auto-soin

Composantes du pouvoir d'agir (Orem, 2001; Sandman et al., 1986)



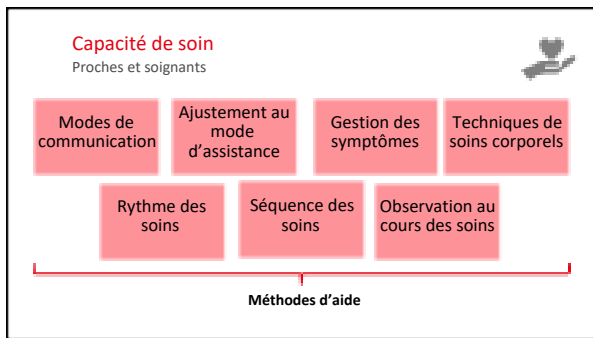
1. Attention	7. Savoir technique
2. Énergie disponible	8. Compétences
3. Mouvements corporels	9. Systèmes d'action
4. Raisonnement	10. Constance
5. Motivation	11. Capacité de communiquer
6. Décisions	12. Fonction des soignants

75

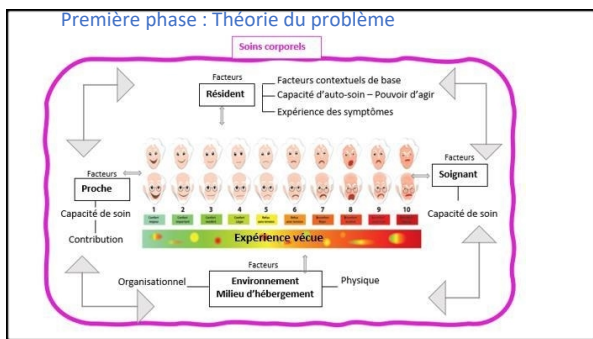
Contribution des proches (Maas et al, 1994)

Contribution	Participation	Longueur de la présence	Fréquence
	1 = Donner de l'information pour déterminer et modifier le plan des soins corporels	1 = 5 à 10 minutes	1 = hebdomadaire
	2 = Participer aux décisions pour le plan des soins corporels	2 = > 10 à 30 min	2 = 2x/mois
	3 = Participer aux décisions - soins corporels	3 = > 30 min à 1h	3 = 1x/semaine
	4 = Participer aux - et guidés - soins corporels	4 = > 1h à 2h	4 = < quotidien à > 1x/sem
	5 = Participer aux - et guidés - soins corporels	5 = > 2h à 4h	5 = quotidien
		6 = > 4h à 6h	
		7 = > 6h	
Soins corporels			
Hygiène corporelle			
Hygiène buccodentaire			
Beauté et entretien			
Habillement			
Élimination			
Mobilisation			

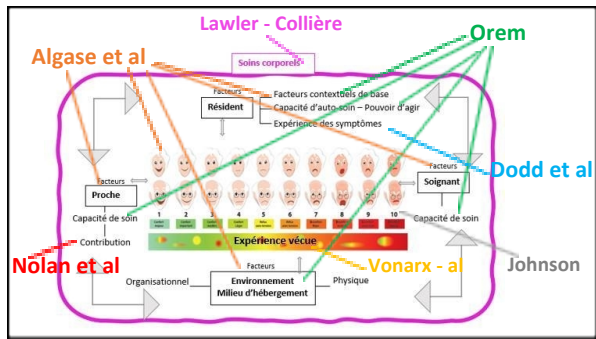
76



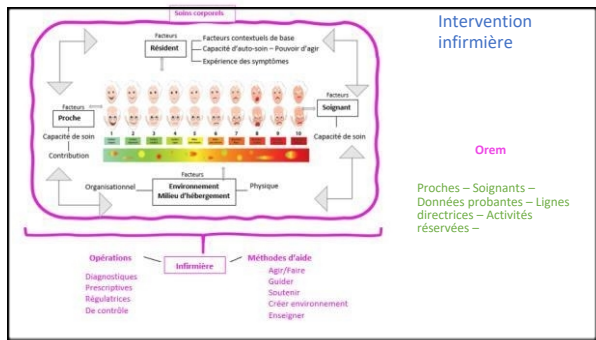
77



78



79



80

Deuxième phase						
01	02	Phase préparatoire	03	04	05	06
Pré 2 sem	Pré 1 sem	x heures à jours	1 sem	1 sem	1 sem	1 sem
Opérations diagnostiques et prescriptives			Opération régulatrice		Opération de contrôle	

81

7. DEUXIÈME PHASE

82

Deuxième phase : Devis

- Devis quantitatif
- Étude de cas multiples
Devis quasi expérimental avant-après à groupe unique
- Acceptabilité
- Faisabilité
- Effets préliminaires

83

Deuxième phase

Participants

11 Résidents

86 ans (81-95)
F: 5 et H: 6
38 mois (2-140)
MA: 7; MM: 3; MV: 1
(Reisberg 5 à 7D)
Mode assistance :
TC: 7 et PC: 4
CRAS: 100%

10 Proches aidants

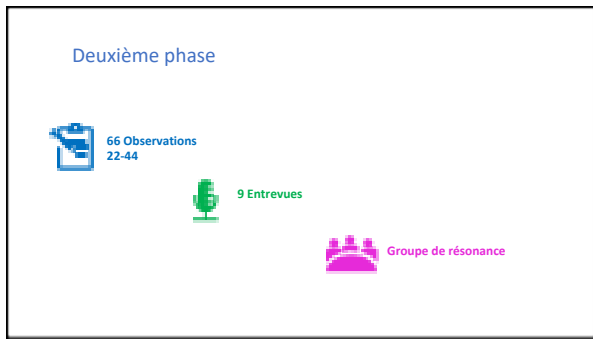
62 ans (32-84)
F: 9 et H: 1

31 Soignants

Gr. Résonnance:
Infirmières: 13
40 ans (26-54)
F: 12 et H: 1
Tech: 2; f: 5; z: 6

Personnel: n= 18 (17 PAB et 1 ES)
35 ans (21-55)
F: 15 et H: 3
EXP: 6 ans (-1 à 25)
Milieu: 5 ans (-1 à 25)

84



85

Deuxième phase : Résultats principaux

Nursing Home Behavior Problem Scale (Ray et al, 1992 – Fraser et al, 2014)

Fréquence	Moyenne Pré	Moyenne Post	
C. non collaboratifs / 24	16.73	9.43	-7*

* Statistiquement significatif avec une valeur de $p < .05$.

86

Deuxième phase : Résultats principaux

Utilité – Utilisation - Appropriation

Fréquence	Moyenne Pré	Moyenne Post
Confort	3.00	12.02
Refus	1.91	0.8
Inconfort	12.41	5.32

87

Deuxième phase : Résultats principaux

	Pré-intervention (n = 22)	Intervention (n = 44)	Valeur p	
	Moyenne ± Erreur type	Moyenne ± Erreur type	Période	Semaine
Comportements de confort (Tonalités 1 à 4)	0.75 ± 0.33	3.00 ± 0.40	<.0001*	.0044*
Comportements de refus (Tonalités 5 et 6)	0.95 ± 0.26	0.40 ± 0.15	.0851	.3605
Comportements d'inconfort (Tonalités 7 à 10)	3.10 ± 0.64	1.33 ± 0.25	.0116*	.0366*

* Statistiquement significatif avec une valeur de p < .05

88

Deuxième phase : Acceptabilité

Acceptabilité de l'intervention pour les proches
N : 9

		Moyenne (Écart type)	Médiane (Étendue)
Confort au cours des soins	Lickert 1 à 5	3.11 (0.33)	3.00 (3.00-4.00)
Qualité des soins	Lickert 1 à 5	3.89 (1.17)	4.00 (2.00-5.00)
Réponse aux besoins	Lickert 1 à 5	4.00 (1.22)	5.00 (2.00-5.00)

89

Deuxième phase : Acceptabilité

Acceptabilité de l'intervention pour les soignants

		Moyenne (Écart type)	Médiane (Étendue)
Confort au cours des soins	Lickert 1 à 5	3.93 (1.21)	4.00 (1.00-5.00)
Qualité des soins	Lickert 1 à 5	4.15 (1.19)	5.00 (1.00-5.00)
Réponse aux besoins	Lickert 1 à 5	4.28 (1.02)	5.00 (1.00-5.00)

90

Deuxième phase : Faisabilité

Contribution aux soins corporels	Fréquence (%)	Hygiène corporelle	Hygiène bucco-dentaire	Entretien	Habillement	Élimination	Mobilisation
N : 11							
Donner de l'information	10/11 (90.91 %)	9	7	5	5	9	10
Prendre des décisions	11/11 (100 %)	10	8	6	6	10	11
Contribuer aux soins	5/11 (45.45 %)	1	3	5	5	1	0

91

Deuxième phase : Faisabilité

Faisabilité de l'intervention pour les soignants	Moyenne	Médiane	Fréquence par degré de confiance (%)				
			1	2	3	4	5
Confiance dans sa capacité à réaliser les soins	4.09 (1.10)	5.00 (1.00-5.00)	1 (1.33 %)	7 (9.33 %)	15 (20.00 %)	13 (17.33 %)	39 (52.00 %)

Diminution : nombre de soignants – durée des soins

92

Deuxième phase : Mode de compensation

Caractéristiques des résidents	Pré-intervention		Intervention	
	N : 11	Fréquence (%)	Fréquence (%)	Fréquence (%)
Mode d'assistance	Complètement compensatoire	6 (63.60 %)	3 (27.30 %)	3 (27.30 %)
	Partiellement compensatoire	5 (36.40 %)	8 (72.70 %)	8 (72.70 %)

93

Deuxième phase : Réponse aux besoins

Observations	Pré-intervention	Intervention	Valeur p	
	Pourcentage % ± Erreur-type	Pourcentage % ± Erreur-type	Période	Semaines
Hygiène buccodentaire	0.83 % ±13.14	81.08 % ±10.04	.04*	.38
Soins buccaux	4.25 % ±3.61	86.02 % ±6.99	<.0001*	.52
Serviette	9.09 % ±8.06	50.00 % ±11.98	.032*	.95

* Statistiquement significatif avec une valeur de $p < .05$.

94

Deuxième phase : Résultats principaux

Caractéristiques des résidents	N : 11	Fréquence avant	Fréquence après	Valeur p
		l'intervention (%)	l'intervention (%)	
Régulier		4 (36.36 %)	7 (63.64 %)	.0833
Analgésique	PRN	6 (54.55 %)	6 (54.55 %)	.0143*
	Pour les soins	0 (0.00 %)	6 (54.55 %)	

* Statistiquement significatif avec une valeur de $p < .05$ au test de Mc Menar

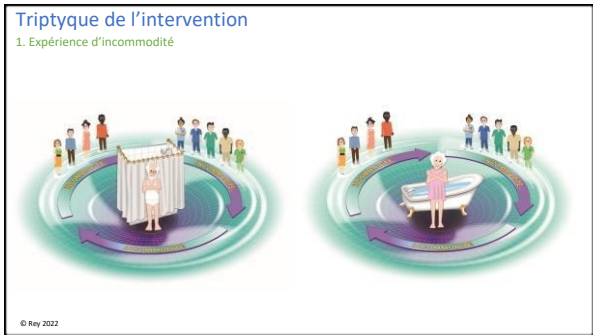
95

TRIPTYQUE DE L'INTERVENTION



<https://www.caucus.fr/triptyque/>

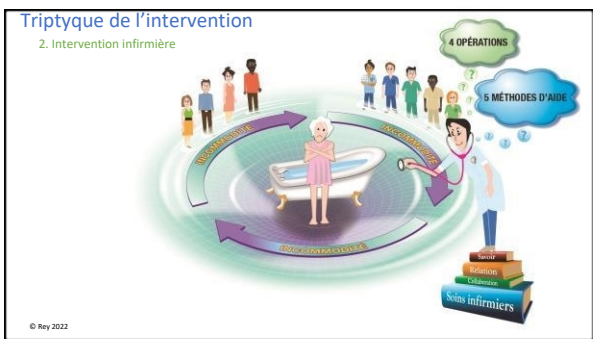
96



97



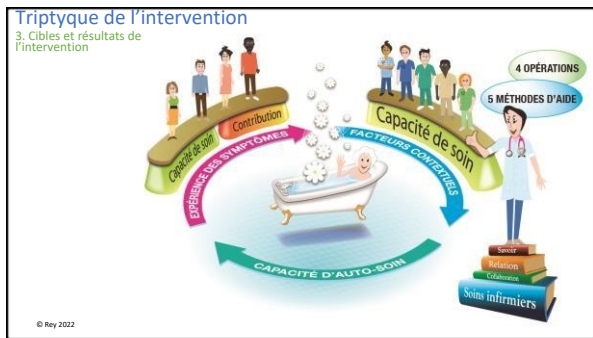
98



99



100



101

8. DISCUSSION

102

Implications

- Pour le savoir théorique
- Pour la recherche
- Pour la pratique
- Pour la formation
- Pour la gestion

103

Forces

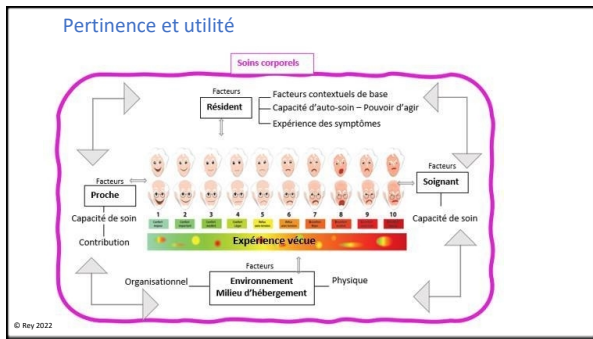
- Conceptualisations: problème et intervention
- Continuum
- Immersion

104

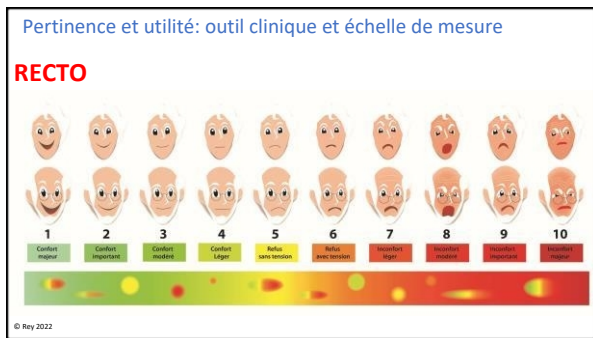
Limites

- Nombre de participants
- Profil clinique - Milieux
- Mesures non indépendantes
- Échelles non validées
- Soins observés
- Participation des infirmières des milieux cliniques

105



106



107

VERSO

Confort	1	Confort majeur	Comportements d'appréciation du soignant. La personne établit un lien relationnel d'intimité avec le soignant. Exemples: caresser ou embrasser le soignant, faire de l'humour, remercier le soignant, aider le soignant.
	2	Confort important	Comportements verbaux, vocaux et physiques réactifs de confort. La personne est une situation plaisante au niveau sensoriel, mental et relationnel et exprime son contentement physique réactif de confort. La personne est une situation plaisante au niveau sensoriel, mental et relationnel. Exemples: sourire, rire, clignement d'yeux, expression vocale de satisfaction, langage corporel détendu.
	3	Confort modéré	Comportements d'auto-soin. La personne exprime ses capacités d'auto-soin. Exemples: faire des gestes d'auto-soin, demande d'auto-soin, participe à toucher son corps pour aider le soin, fait des affaires relatives au soin.
	4	Confort léger	Comportements verbaux d'acceptation des soins. La personne accepte la proposition de soin du soignant et suit ses indications. Exemples: dire oui, se dévêtir, se laisser proposer par le soignant, s'installer pour le soin.
Refus	5	Refus sans tension	Comportements verbaux de refus du soin sans tension émotionnelle. La personne ne comprend pas le nécessité du soin qui est proposé et le refuse. Exemples: verbaliser son désaccord calmement avec un langage corporel détendu. Dire non, dire non merci, refus de son matériel, refus d'entrer dans la salle de bain, dire que le soin n'est pas nécessaire ou qu'il a déjà été réalisé. Dénier de l'ouverture à être en compagnie du soignant.
	6	Refus avec tension	Comportements verbaux de refus du soin avec tension émotionnelle. La personne ne comprend pas du tout le nécessité du soin qui est proposé et le refuse. Exemples: verbaliser son désaccord véhément, d'un ton autoritaire, avec un langage corporel tendu. Refuser catégoriquement de suivre le soignant ou d'entrer dans la salle de bain, quitter le lieu d'habitation, faire les cent pas. Dire avec réticence que le soin n'est pas nécessaire, expliquer que le soin a déjà été réalisé ou demander au soignant s'il prend le soin d'être résident pour un bébé. Ne démontrer aucun intérêt à se trouver en présence du soignant.
Irréprochable	7	Irréprochable léger	Comportements verbaux, vocaux et physiques réactifs d'acceptation. La personne est une situation d'acceptation ou des symptômes apparaissent immédiatement au soin. Elle accepte ce qu'elle ressent ou tente de modifier la situation. Exemples: démontrer au soignant d'emblée, se plaindre, exprimer des besoins compréhensibles, mais, gêner, émettre des observations, exprimer de la peur ou de l'anxiété, inspiration bruyante, émettre des bruits bizarres, expression faciale de tristesse, tentent de quitter le lieu, secou son corps, faire de l'obédience ou des mouvements paroxysmiques ou rétrocontraction un membre, langage corporel tendu, se mettre en garde, etc.
	8	Irréprochable modéré	Comportements verbaux phobiques et défensifs. La personne ressent une menace à son intégrité physique ou psychologique. Elle cherche à se protéger ou à se débarrasser rapidement de ce qui lui paraît être une menace. Exemples: dire oui, répondre à des questions, sourire, chercher à fuir le soignant.
Phobique	9	Irréprochable important	Comportements physiques protecteurs. La personne ressent une menace à son intégrité physique ou psychologique. Elle cherche à son protéger ou à se débarrasser rapidement de ce qui lui paraît être une menace. Exemples: expression faciale de peur, yeux fermés et crispés, respiration bruyante, langage corporel de peur, pointer le soignant du doigt, mettre ou remonter le bras du soignant à sa ou ses têtes, s'agripper à son propre bras ou à son bras, se cacher le visage derrière ses mains.
	10	Irréprochable majeur	Comportements physiques défensifs. La personne réalise que son intégrité physique ou psychologique est atteinte. Elle se défend physiquement contre ce qu'elle perçoit être une menace. Exemples: expression faciale avec la bouche tendue, yeux fermés ou grand ouvert, respiration bruyante. Piquer le soignant, le gifler, le crier, le pousser, lui tirer les cheveux, le pousser, le pousser, le griffer.

© Rey 2022

108

THÈSE EN LIGNE

Courriel:
sylvie.rey@uqtr.ca

Page web:
<http://www.uqtr.ca/PagePerso/Sylvie.Rey>

<https://ulaval.on.worldcat.org/oclc/134103273>

Citer Partager Enregistrer

Étude d'intervention décrivant l'élaboration d'une intervention infirmière visant à promouvoir le vécu d'une expérience de confort au cours des soins corporels pour les personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer

Auteurs: [Sylvie Rey \(Infirmière\)](#), (Auteur), [Philippe Voyer 1972](#), (Directeur de thèse), [Suzanne Bouchard \(Professeure en sciences infirmières\)](#), (Directeur de thèse), [Université Laval, Faculté des sciences infirmières](#).

Mémoire/Thèse 2022
Québec : Université Laval, 2022

© Copyright (2022)

109