

Table des matières

Introduction	7
Question et problématique	8
1. Présentation des concepts	8
1.1. La personne âgée	8
1.2. Le vieillissement de la population suisse	8
1.3. La souffrance émotionnelle et les symptômes dépressifs	9
1.4. Rôle infirmier sur la qualité de vie des personnes âgées en EMS.....	9
2. Cadre théorique : le modèle d'adaptation de Callista Roy	10
3. Question de recherche finale	11
Méthode	11
1. Stratégie de recherche et ouvrages consultés	11
2. Base de données consultée, mots-clés et combinaisons	12
Résultats	13
Analyse critique des articles	13
Comparaison des résultats	18
Discussion et perspectives	24
1. Discussion des résultats à la lumière du modèle de l'adaptation de Roy	24
2. Consensus et divergences des résultats	25
2.1 Les résultats favorisant l'adaptation dans le mode de l'interdépendance.....	26
2.2 Les résultats favorisant l'adaptation dans le mode de concept de soi	26
2.3 Les résultats favorisant l'adaptation dans le mode de l'exercice des rôles.....	27
2.4 Les résultats favorisant l'adaptation dans le mode physiologique.....	27
2.5 Les résultats favorisant l'adaptation en agissant sur les stimuli environnementaux	27
2.6 Les répercussions sur la qualité de vie.....	28
3. Propositions et perspectives	28
3.1. Propositions et recommandations pour la pratique infirmière	28
3.2. Perspectives pour l'enseignement et la recherche.....	30
4. Réponse à la question de recherche	30
5. Les forces et les limites de notre travail	31
6. Conclusion	32
7. Références bibliographiques	33
9. Annexes	36
Annexe 1 : La dépression et les symptômes dépressifs dans la population en EMS	36
Annexe 2 : Définition de la dépression	37
Annexe 3 : Tableau clinique spécifique de la personne âgée et complications	38
Annexe 4 : Les diagnostics infirmiers en lien avec les modes d'adaptation de Roy	39
Annexe 5 : Niveau d'évidence scientifique des travaux de recherche	40
Annexe 6: Les grilles d'analyses des articles.	41
Annexe 7: Evaluation des compétences	58

Remerciements

Nous tenons à remercier notre professeure, Madame Maria-Grazia Bedin, directrice de ce travail de Bachelor, pour son accompagnement et ses précieux conseils durant tout le travail.

Nous remercions également Madame Jacqueline Wosinski pour ses cours structurés et complets.

Ces remerciements sont aussi adressés à notre expert de terrain, Monsieur Sébastien Favre-Victoire, pour ses encouragements et son soutien.

Nous tenons aussi à remercier Monsieur Pierre-Olivier Papilloud, pour avoir relu et corrigé notre travail et amené un regard différent.

Liste des abréviations

APA : American Psychiatric Association

ASSC : Assistant(e) en Soins et Santé Communautaire

AVQ : Activités de la Vie Quotidienne

CINAHL : Cumulative Index to Nursing and Allied Health

DI : Diagnostic Infirmier

DSM : Diagnostic and Statistical Manual (of mental disorders)

EMS: Etablissement Médico-Social

GDS : Geriatric Depression Scale

HON : Health On the Net

HEdS : Haute Ecole de Santé

HES-SO : Haute Ecole Spécialisée de Suisse Occidentale

MEDLINE : Medical Literature Analysis and Retrieval System Online

MeSH : Medical Subject Headings

NR: Nursing Register

OBSAN : Observatoire de la santé (Suisse)

OFS : Office fédéral de la statistique

OFSP : Office fédéral de la santé publique

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PA: Personne Agée

PhD : Philosophiæ Doctor

PHQ : Patient Health Questionnaire

PICO : Population, Intervention, Comparaison, Outcome (résultat)

WHOQOL : World Health Organisation Quality of Life

Résumé

Introduction : Cette revue de littérature porte sur l'expérience de vie des personnes âgées de 65 ans et plus vivant dans les établissements de soins de longue durée et présentant une souffrance psychologique. Cette souffrance émotionnelle chez les personnes âgées est un problème récurrent qui est souvent négligé par la société moderne. Les enjeux sont liés au vieillissement de la population et à la demande croissante de soins résidentiels médicalisés. Les infirmières et infirmiers qui se trouvent en première ligne pour gérer ce phénomène ont un rôle primordial dans l'accompagnement aux aînées afin que ceux-ci s'adaptent à la vie en institution. Le rôle des professionnels est aussi de leur offrir une qualité de vie optimale dans cette étape de leur existence qui est marquée par les pertes et les déclin. Pour tenter de comprendre ce phénomène et de trouver des interventions qui puissent aider les professionnels à accompagner l'adulte d'âge avancé dans cette étape de sa vie, nous avons posé la question de recherche suivante : « Chez la personne âgée vivant en établissement médico-social, présentant une souffrance émotionnelle, quels soins infirmiers centrés sur le patient permettraient d'instaurer des comportements de haute adaptation ? »

Méthodologie : Pour répondre au mieux à la question de recherche, l'outil PICO a été utilisé pour choisir nos mots-clés. Puis, ces mots-clés ont été traduits du français à l'anglais avec HONsélect pour les utiliser dans le thesaurus de MEDLINE et les descripteurs de CINAHL. Les articles ont été sélectionnés dans un premier temps par les titres et les résumés. Une lecture complète des textes intégraux a permis de choisir les articles retenus et ceux rejetés. Les articles retenus ont été relus en entier afin de s'assurer qu'ils répondent à notre question de recherche. Sept articles ont été validés pour l'analyse méthodologique. Ils ont été traduits de l'anglais au français et analysés à l'aide de la grille d'analyse quantitative et qualitative proposé par la HES-SO La Source. Les résultats ont été analysés avec le modèle d'adaptation de Callista Roy, qui nous a permis de répondre à la question de recherche.

Résultats : Les principaux résultats obtenus soulignent l'importance de favoriser l'autonomie du patient, d'avoir une attitude professionnelle respectueuse et d'être à l'écoute, car la façon dont le soignant traite le résident a un impact sur la dignité de celui-ci. Egalement capital serait de donner le pouvoir de prise de décision à l'aîné dans ses activités de la vie quotidienne et dans les soins ; d'identifier avec lui ses objectifs afin de mettre en lien le projet de soins avec son projet de vie ; et promouvoir les interactions sociales avec les pairs, les familles et la communauté. Il faudrait aussi favoriser l'activité physique, entre autres par la proposition de programmes de bénévolats intéressants, individualisés et adaptés aux capacités de la personne âgée.

Mots-clés : Personne âgée, 65 ans et plus, soins de longue durée, maison de retraite, souffrance émotionnelle, souffrance psychologique, dépression, symptômes dépressifs, adaptation, modèle d'adaptation de Roy, résilience, dignité, sens de la vie, bénévolat, attachement, relation avec les pairs.

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

Abstract

Introduction: This literature review focuses on the life experience of people aged 65 years and over living in long-term care facilities and having a psychological suffering. This emotional pain in the elderly is a recurring problem that is often overlooked by the modern society. The issues are related to the aging population and the increasing demand for medicalized residential care. Nurses who are in the front line to deal with this problem have a key role to help our elderly to adapt to life in institutions and to offer an optimal quality of life in this stage of life, marked by losses and declines. The research question is: "Among people living in medical and social institution with emotional pain, which patient-centered nursing care would establish high coping behaviors?"

Methodology: Using PICO tool to choose our keywords. Then translating keywords from French to English with HONselect for use in the thesaurus of MEDLINE and CINAHL descriptors. The articles were selected initially by title and summary. Complete reading of full texts helped to operate a selection among the articles. The articles selected were read again completely to ensure they met our research question. Seven articles were validated for methodological analysis. They were translated from English into French and analyzed using the grid of quantitative and qualitative analysis proposed by HES-SO La Source. The results were analyzed with Callista Roy's adaptation model, which has allowed us to answer the research question.

Results: The main results stress the need to promote patient autonomy, to have a respectful professional attitude, to listen to the residents, because the way the caregiver treats them may impact their dignity. To empower their decision making in everyday life and in their care. To identify, with the elderly, care project in connection with life project. To promote social interaction with peers, families and community. To promote physical activity, including the proposal of interesting volunteer programs, individualized and adapted to the capacities of the elderly.

Keywords: seniors, 65 and older, long-term care, retirement home, emotional suffering, mental distress, depression, depressive symptoms, adaptation, Roy adaptation model, resilience, dignity, sense of life, volunteerism, attachment, relationship with the peers.

Drafting and conclusions of this work are the sole responsibility of the authors and in no case of the High School of Health La Source.

Introduction

Au cours de nos stages dans différentes institutions telles que les établissements médico-sociaux (EMS), les cliniques et les hôpitaux, nous avons eu l'opportunité de prendre en soins des personnes âgées. Ainsi nous avons pu observer, surtout dans les établissements de soins de long séjour, qu'une partie des patients manifestait de la tristesse, s'isolait, et que beaucoup de résidents ne souhaitaient pas participer aux animations ou aux soins, voire même exprimaient des idées noires. Pourtant, la plupart n'avaient pas de diagnostic de dépression posé. Cette souffrance émotionnelle nous était peu familière et inconsciemment, nous l'avons reliée au vieillissement de la personne. Par conséquent, notre prise en soins ne pouvait pas être adéquate.

C'est durant notre formation à la Haute École de la Santé La Source (HEdS) que la problématique de la dépression nous est venue à l'esprit lors des modules de santé mental et de gériatrie. Ces cours nous ont permis de faire le lien entre la souffrance psychique que manifestaient nos patients et les symptômes de la dépression. De ce fait, nous avons décidé que notre travail de Bachelor se porterait sur les deux thèmes suivants : l'adulte d'âge avancé et la souffrance émotionnelle.

Nos lectures préliminaires nous ont permis de démontrer que notre thématique était pertinente. Comme le dit Cappeliez (2013), « la personne âgée en perte d'autonomie est particulièrement vulnérable à la dépression en raison de la diminution de ses ressources physiques et cognitives » (p. 187). Nos recherches épidémiologiques nous ont révélé qu'il y aura une augmentation de la population vieillissante de plus de 65 ans dans les années à venir. Avec l'augmentation de l'espérance de vie, s'accroît le problème des maladies chroniques qui favorisent une perte d'autonomie avec l'âge. En effet, cette population aura besoin de soins infirmiers et d'une surveillance continue que seuls les EMS peuvent fournir. C'est pour cette raison que notre intérêt s'est porté sur les établissements médico-sociaux.

Un autre point important que nous avons personnellement vécu en stage sont les signes et les symptômes liés à l'état dépressif qui sont trop souvent sous-estimés. Les questions qui nous ont interpellées dans cette sous-estimation des symptômes dépressifs sont : Les symptômes sont-ils vus comme des manifestations « normal » du vieillissement ? Comment aider nos aînés pour qu'ils se sentent bien et puissent s'épanouir en vivant dans une maison de retraite ?

Les professionnels de la santé devraient être attentifs aux besoins et à la qualité de vie de l'adulte d'âge avancé. L'infirmière a un rôle important dans cette problématique car elle est responsable de l'évaluation clinique du résident et du suivi de sa santé. Elle a les capacités et les compétences pour promouvoir la santé des résidents et prévenir les pathologies comme celle de la dépression.

Notre travail se porte sur la prévention de la dépression chez les personnes âgées de 65 ans et plus vivant en EMS et nous nous intéressons particulièrement au soutien que peut apporter l'infirmière dans l'accompagnement à l'adaptation à cette nouvelle vie en institution. Nous commencerons par argumenter le choix de notre problématique. Pour cela, nous développerons les concepts qui y sont liés. Puis, nous introduirons la théorie de l'adaptation de Callista Roy qui sera notre cadre de référence pour ce travail. Nous y inclurons les fondements de la théorie, les concepts clés et les *métaparadigmes* de la théorie. Après cela, nous mettrons en avant notre question de recherche. Une partie de ce travail abordera la méthodologie utilisée. Ensuite, nous proposerons une analyse des articles de référence et nous enchaînerons avec la comparaison des résultats ainsi que la discussion de ceux-ci. Nous terminerons ce travail par une conclusion.

Question et problématique

1. Présentation des concepts

1.1. La personne âgée

Tout au long de la vie, l'être humain vieillit. Dans l'ouvrage de Bee et Boyd (2011), l'âge adulte avancé comprend trois divisions : le troisième âge qui se situe entre 65 et 75 ans, le quatrième âge qui se situe entre 75 et 85 ans et le cinquième âge qui commence à partir de 85 ans. Selon Bee et Boyd (2011), plusieurs caractéristiques distinguent ces trois sous-groupes les uns des autres, notamment le risque d'invalidité ou de maladie grave (p. 384). Cependant, la définition de la personne âgée est plus complexe que cela. En effet, le vieillissement n'est pas un déclin de santé. Voyer (2013) écrit que le vieillissement se constitue de modifications communes comprenant la diminution de l'audition, de la force musculaire, de la capacité respiratoire et cardiaque et autres. Pour définir ce qu'est le vieillissement, nous devons nous intéresser à la gérontologie. Bee et Boyd (2011) ont dans leur ouvrage une définition de la gérontologie qui postule que le vieillissement est « une étape qui présente une très grande variabilité individuelle. L'expérience du vieillissement varie donc énormément d'un individu à l'autre » (p. 384). C'est cette définition que nous retiendrons dans ce travail car en effet, la diversité du rythme de vieillissement est énorme d'une personne à une autre. Voyer (2013) explique que 25 à 30 % du processus du vieillissement s'explique par la génétique mais que 70 % serait dû aux habitudes de vie et à l'environnement.

Pour compléter ce chapitre, la théorie d'Erikson sera mentionnée pour comprendre le développement de l'être humain sur une base psychosociale. Erikson avance que l'âge de 65 ans et plus, correspond à la phase d'intégrité personnelle ou du désespoir. C'est la dernière étape du cycle de la vie où l'intégrité est un facteur protecteur du désespoir. [traduction libre] (1963, cité dans Neugarden, 1968, p. 85). En d'autres termes, il s'agit d'atteindre la sagesse. Cette phase marque la façon dont la personne âgée affronte la fin avec comme question principale « Ai-je vécu une vie bien remplie ? » C'est le stade de la réflexion. En reprenant l'idée de Peck lorsque l'adulte d'âge avancé regarde sa vie passée, il peut y voir une plénitude, c'est-à-dire une vie bien remplie, ou percevoir une suite d'occasions ratées et d'échecs qui tend à le pousser vers le désespoir [traduction libre] (1968, cité dans Neugarden, 1968, p. 91), ce qui, selon nous, peut amener une souffrance émotionnelle.

1.2. Le vieillissement de la population suisse

Selon l'Office fédéral de la statistique (OFS, 2015), le nombre de personnes âgées de 65 ans et plus passera de 1,5 millions en 2015 à 2,17 millions en 2030 et 2,69 millions en 2045.

Sur la population totale de la Suisse, le nombre de personnes âgées de 65 ans et plus se monte à 18,0 % en 2015 et augmentera à 22,8 % en 2030 et à 26,4 % en 2045.

Ce vieillissement démographique sera spécialement prononcé entre 2020 et 2035 quand les générations les plus nombreuses du baby-boom prendront leur retraite.

A la fin de l'année 2012, 86 000 personnes de 65 ans et plus (6 % de cette tranche de la population) résidaient pour un long séjour dans un établissement médico-social. Le nombre total de personnes ayant effectué au moins un long séjour dans un EMS au cours de l'année est de 112 155. (OFS, 2016).

Près de trois résidents d'EMS sur dix ont un diagnostic de dépression (28 %). Environ un tiers n'a pas ce diagnostic mais présente des symptômes dépressifs (34 %). Enfin, 38 % n'ont pas de dépression diagnostiquée, ni de symptômes dépressifs (OFS, 2012). Ces statistiques figurent dans le tableau en annexe 1 de ce travail.

Selon Höpflinger et al. (2011), un peu plus de 90 % des personnes âgées de 80 ans à 84

ans vivent encore chez elles. Passé cet âge, la proportion de celles qui vivent en institution augmente rapidement pour atteindre 45 % chez les 95 ans et plus. De ce fait, les EMS se transforment de plus en plus en lieux d'accueil de personnes d'un grand âge, voire en fin de vie (p. 13).

Il a été relevé en étudiant l'épidémiologie, que les personnes âgées arrivant en EMS ont souvent, en amont, le diagnostic de dépression déjà posé. Toutefois, il est étonnant de voir qu'un nombre non négligeable de résidents peuvent développer les symptômes dépressifs lors d'un placement en institution. Ce qui a amené, dans ce travail, à chercher la raison pour laquelle les professionnels de la santé peinent à prévenir ou à traiter une dépression naissante.

1.3. La souffrance émotionnelle et les symptômes dépressifs

Comme notre travail de Bachelor se réfère à la pratique infirmière, nous ne traiterons pas ici du trouble dépressif comme pathologie. Les questions relatives aux traitements médicaux et psychiatriques ne seront pas non plus abordées. Cependant, des informations sur les critères de diagnostic du trouble dépressif caractérisé, le tableau clinique spécifique aux personnes âgées et les risques de complications sont donnés dans les annexes 2 et 3.

Selon l'American Psychiatric Association (APA, 2015), la dépression est définie comme faisant partie des troubles de l'humeur. L'APA énonce neuf symptômes dépressifs : l'humeur dépressive ; la diminution de l'intérêt ou du plaisir pour les activités ; la perte ou gain de poids en l'absence de régime ou la diminution ou augmentation de l'appétit ; l'insomnie ou l'hypersomnie ; l'agitation ou le ralentissement psychomoteur ; la fatigue ou la perte d'énergie ; le sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée ; la diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision ; les pensées de mort et les idées suicidaires récurrentes, la tentative de suicide ou plan précis pour se suicider (p. 188).

En effet, les symptômes dépressifs tels qu'identifiés dans APA (2015) sont fréquents chez la personne âgée vivant en EMS et témoignent de la souffrance émotionnelle de la personne. Selon Voyer (2013), ces symptômes compromettent la qualité de vie de la personne âgée. Ils ont, entre autres, des effets délétères sur la santé physique, un déclin sur le fonctionnement social et cognitif et un impact sur l'autonomie fonctionnelle.

Il est important de préciser qu'un bon jugement clinique de la part de l'infirmière peut prévenir les complications liées à l'aggravation des symptômes dépressifs.

1.4. Rôle infirmier sur la qualité de vie des personnes âgées en EMS

Les établissements médico-sociaux accueillent des personnes âgées qui nécessitent une surveillance continue et dont l'état de santé exige des soins infirmiers. Ce sont des lieux de vie qui proposent à leurs résidents des prestations sociales, hôtelières et d'animation. La décision de placer une personne âgée en EMS se base sur le niveau de dépendance de ses soins qui ne peuvent plus être suivis en ambulatoire par les soins à domicile et par l'entourage de la personne.

De nos jours, il n'est pas rare de ne pas trouver comme objectif, dans les chartes des EMS, la qualité de vie. Cependant, nous pouvons nous demander qu'est-ce que la qualité de vie. L'Organisation mondiale de santé (OMS) propose une définition générale de celle-ci :

C'est la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels il vit, en relation avec ses buts, attentes, normes et préoccupations. C'est un concept très large influencé de manière complexe par la santé physique de la personne, son état psychologique, ses croyances personnelles, ses relations sociales ainsi que sa relation aux éléments essentiels de son environnement. [traduction libre] (WHOQOL Group,

1994, p. 28).

L'infirmière a un rôle majeur dans la promotion de la qualité de vie des personnes âgées en EMS. Son rôle est d'offrir des soins de longue durée, de maintenir la santé, l'autonomie et le bien-être des résidents. En effet, l'infirmière a pour mission d'identifier les besoins de la personne pour fixer des objectifs de soins personnalisés et planifier des interventions qui incluent la promotion de la santé, la qualité de vie et la prévention. Par ailleurs, Voyer (2013) dit que l'évaluation clinique « vise d'abord à établir le profil de base du résident à son admission dans le centre d'hébergement, afin de permettre le suivi de son état de santé physique et mental » (p. 43).

Pour offrir une qualité de vie optimale, il est primordial de favoriser l'autonomie du résident, de le soutenir dans ses démarches, de l'encourager et de l'accompagner, de favoriser une participation à la vie sociale, de le solliciter dans l'utilisation de ses compétences, de promouvoir sa santé, et son autodétermination. Tout ceci favorisera l'estime de soi, le bien-être individuel et commun, le but étant de donner de l'espoir à la personne âgée pour les années à venir.

2. Cadre théorique : le modèle d'adaptation de Callista Roy

Selon Pepin, Kérouac et Ducharme (2010), la recherche dans une discipline est un outil qui permet le développement du savoir scientifique qui est directement ou indirectement utile à la pratique. Les conceptions de la discipline infirmière offrent des angles de vision pour la détermination de problématiques à la base de recherches, elles sont des cadres de référence qui permettent de nommer les concepts à étudier, de formuler les questions et orienter la méthode de recherche.

Le modèle de Roy voit la *personne* comme un être biopsychosocial en constante interaction avec un environnement changeant. C'est un système qui est dans un continuels processus d'adaptation face à différents stimuli de son environnement. Cette interaction l'oblige à s'adapter sans cesse. [traduction libre] (2009, p. 29).

L'*adaptation*, selon Roy, est le processus de changement et le résultat d'efforts pour répondre aux stimuli de l'environnement afin de maintenir son intégrité. C'est un phénomène universel qui s'applique à chaque être humain. La personne comme système est régie par des entrées constituées par les stimuli, internes et externes, et des sorties constituées par les comportements et les réactions adaptatives. [traduction libre] (2009, p. 26).

L'*environnement* constitue les stimuli focaux, contextuels et résiduels auxquels l'individu fait face. Ils peuvent déclencher une réponse et permettre l'adaptation. Ils sont modifiables afin de favoriser une adaptation harmonieuse de la personne. Le stimulus focal est celui auquel la personne doit faire face directement. Le stimulus contextuel, comme son nom l'indique, correspond au contexte dans lequel se trouve la personne. Enfin, le stimulus résiduel est constitué de tout facteur pouvant modifier le comportement mais dont on ne peut vérifier l'effet, comme les croyances, la culture, les valeurs et la religion. [traduction libre] (Roy 2009, p. 46).

Si nous considérons la personne âgée ayant une souffrance émotionnelle comme un système, il faudrait voir le stimulus focal comme étant l'entrée en EMS, l'histoire de sa vie ou les comorbidités liées aux pathologies. Les stimuli contextuels peuvent être le stade de développement de l'être humain et le fait de résider en EMS. Les stimuli résiduels sont les valeurs sociales et individuelles par rapport à l'EMS, les craintes liées à la dépendance, aux pertes des capacités physiques et psychiques.

Selon Roy, la *santé* est un état ou un processus issu des capacités d'adaptation optimale de la personne. Ainsi, la faculté d'adaptation de la personne est unique et change continuellement. Elle est dépendante du niveau d'adaptation où se situe la personne qui elle-même fonctionne selon quatre modes d'adaptation déterminés par les stimuli

auxquels elle est exposée. Chaque mode d'adaptation correspond à un besoin d'intégration spécifique. Le mode physiologique est influencé par les besoins fondamentaux d'intégration physiologique ou biologique de l'organisme. Le mode du concept de soi, qui englobe l'image de soi et l'estime de soi, est suscité par le besoin d'intégration psychique de la personne. Le mode de l'exercice des rôles et de leur maîtrise répond au besoin d'intégration social. Le mode de l'interdépendance quant à lui représente la relation de la personne avec ses proches et avec les réseaux de soutien qui lui offrent l'aide et l'affection et qui se soucient d'elle. [traduction libre] (2009, pp. 43, 48). Le lien entre les modes d'adaptations et les diagnostics infirmiers figure en annexe 4.

L'objectif spécifique des *soins infirmiers* dégagé par Callistra Roy est la promotion des quatre modes d'adaptation chez la personne dans un contexte de santé ou de maladie dans le but de contribuer à la santé, à la qualité de la vie et à la mort dans la dignité. Les interventions infirmières visent à changer les stimuli ou à renforcer les processus adaptatifs existants. [traduction libre] (2009, pp. 49, 78).

Compte tenu de ces éléments du modèle de Roy, il a été estimé le mieux adapté à la problématique de ce travail. En effet, une personne âgée vivant en EMS peut se retrouver perturbée physiologiquement et psychologiquement en présentant une souffrance émotionnelle. Cette souffrance nous démontre la réaction non adaptative de la personne. Son mode d'adaptation n'est pas efficace ou n'est pas suffisante pour son bien-être. Notre préoccupation est donc de trouver les meilleures pistes d'intervention afin de modifier les comportements non efficaces en comportements optimaux pour restaurer une harmonie du point de vue biologique, psychologique, social ainsi que spirituel.

3. Question de recherche finale

Nos précédentes recherches ont démontré que les personnes âgées vivent un grand nombre de changements qui vont avoir un impact sur leur santé mentale et physique. Elles sont donc plus vulnérables aux stimuli de stress liés aux changements internes et externes. Les soins infirmiers vont permettre de soutenir et d'accompagner les adultes d'âge avancé afin qu'ils s'adaptent à ces changements et ainsi promouvoir leur santé. Nos recherches antérieures et l'analyse de celles-ci ont permis de formuler la question de recherche suivante :

Chez la personne âgée vivant en établissement médico-social, présentant une souffrance émotionnelle, quels soins infirmiers centrés sur le patient permettraient d'instaurer des comportements de haute adaptation ?

Méthode

1. Stratégie de recherche et ouvrages consultés

Pour réaliser ce travail et pour entrer dans le vif du sujet de notre problématique, nous avons commencé par effectuer des recherches dans les revues de littératures générale et scientifique dans les domaines des sciences infirmières, des sciences sociales et médicales. Ces recherches nous ont permis d'acquérir de nouvelles connaissances afin de focaliser le thème de ce travail. L'étendu des connaissances sur le phénomène de la dépression chez le sujet âgé institutionnalisé a été examiné pour tracer des pistes d'intervention pour la pratique infirmière et pour démontrer quelles pistes de recherche peuvent encore être approfondies.

Nos critères d'inclusion :

- les articles sont en anglais ou en français ;
- les articles sont publiés entre 2006 et 2016 ;
- les articles de recherche comprennent un résumé, une introduction, une méthode, des résultats, une analyse de ces résultats ainsi qu'une discussion et sont approuvés par une commission d'éthique ;

- la population étudiée comprend des femmes et des hommes âgés de 65 ans et plus ;
- l'étude est réalisée dans des établissements de soins de longue durée ;
- l'étude porte sur une souffrance émotionnelle, la dépression et les symptômes dépressifs ;
- l'étude se penche sur le rôle de l'infirmière dans la prise en soins ;
- l'étude utilise de préférence une théorie infirmière ou un modèle infirmier ;
- l'étude comporte le concept d'adaptation.

Nos critères d'exclusion :

- les articles écrits dans une langue étrangère autre que l'anglais ;
- les articles antérieurs au 1^{er} janvier 2006 ;
- les articles ne correspondant pas aux critères d'un article de recherche scientifique ;
- l'étude réalisée chez des personnes âgées à domicile, en milieu hospitalier ou en établissement psychiatrique ;
- l'étude n'apportant aucun élément intéressant servant à améliorer la pratique clinique infirmière ;
- les articles portés uniquement sur les personnes âgées souffrant de démences.

2. Base de données consultée, mots-clés et combinaisons

Avec l'aide de la méthode PICO, nous avons déterminé nos mots-clés, que nous avons traduits en anglais à l'aide de HONsélect pour qu'ils puissent être utilisés dans les thesaurus de MEDLINE et dans les descripteurs de CINAHL.

Mots-clés et combinaisons

PICO	Concept, mot-clé	Traduction HONsélect
P (population)	Personne âgée de plus de 65 ans ; Symptômes dépressifs ; Dépression ; Souffrance émotionnelle ; Souffrance psychique	Aged (MeSH term) ; Elderly (MeSH term) ; Depressive symptoms (MeSH term) ; Depression (MeSH term) ; Emotional pain ; Mental suffering ;
I (intervention)	Rôle infirmier ; Pratique infirmière ; Soins infirmiers en gériatrie ; Prévention ; Dépistage	Nurse's role (MeSH term) ; Nursing practice (MeSH term) ; Geriatric nursing (MeSH term) ; Prevention (MeSH term) ; Screening (MeSH term)
C (contexte)	EMS ; Soins de longue durée	Nursing homes (MeSH term) ; Homes for the aged (MeSH term) ; Long term care (MeSH term)
C (comparaison)	Démence	Dementia (MeSH term)
O (outcome)	Adaptation ; Modèle d'adaptation Roy	Adaptation (MeSh term) ; Ajustement (MeSh term) ; Coping ; Roy's adaptation model ; Adaptation model of nursing

Résultats

Date	Base de données, filtre	Mot-clé, MeSH term, descripteur CINAHL et opérateur booléen (AND/OR/NOT)	Références trouvées	Articles écartés	Articles lus	Articles analysés et retenus
17.03.2016	CINAHL 2006-2016 65+ years English	MW Depression AND MW (nursing home OR long term care) AND MW geriatric nursing NOT MW dementia	126	100	26	2
11.05.2016	PubMed 2006-2016 65+ years English	Aged (MeSH term) AND adaptation (MeSH term) AND nursing care (MeSH term) NOT dementia (MeSH term)	68	65	3	2
19.06.2016	CINAHL 2006-2016 65+ years English	MW (nursing home OR long term care) AND MW (adaptation OR adjustment OR Roy's) AND MW (nursing care OR nursing intervention OR nursing role)	50	31	19	3

Analyse critique des articles

Nous présentons ci-dessous les argumentations ayant présidé au choix des sept articles retenus. Nous précisons que pour analyser les articles de recherche, nous avons, en premier lieu, analysé chaque article à l'aide de la grille proposée par notre école. Ces analyses approfondies sont données dans l'annexe 6 de ce travail.

1. Brandburg, G. L., Symes, L., Mastel-Smith, B., Hersch, G., & Walsh, T. (2013). Resident strategies for making a life in a nursing home: a qualitative study. *Journal of Advanced Nursing*, 69(4), 862-874. doi:10.1111/j.1365-2648.2012.06075.x

Cette recherche américaine qualitative basée sur la méthodologie de la théorisation enracinée qui est une approche de recherche empirique et inductive. Elle a été publiée en avril 2013 dans la revue scientifique *Journal of Advanced Nursing*. Les auteurs, au nombre de cinq, sont des experts dans leur domaine. Quatre sont des infirmières et des professeurs au sein du Collège des sciences infirmières des universités du Texas et de Georgia. Le but de cette étude est d'explorer les processus d'ajustement et d'identifier les stratégies d'adaptation que les personnes âgées utilisent pour vivre en maison de soins de longue durée. Les chercheuses ont utilisé un échantillonnage raisonné, le choix étant fait parmi les personnes aptes à fournir une information pertinente à l'élaboration d'une théorie. *Fiabilité* : vingt entrevues initiales à l'aide d'un guide de question ont été réalisées. Les entrevues ont été enregistrées et transcrites. Le codage et la catégorisation des données sont faits avec les mots propres des participants, la collection de suffisamment de données amenant à la saturation empirique nous montre que l'analyse

des données est congruente avec la méthodologie. Nous constatons que la méthodologie de recherche est appropriée pour l'exploration des processus d'ajustement des personnes âgées à la vie en maison de soins de longue durée. *Crédibilité* : les données et interprétations peuvent être retracées à leurs sources empiriques. Les citations des participantes reflètent bien les catégories définies par les chercheuses. Les interprétations et conclusions sont basées sur les données récoltées. Un consentement éclairé écrit a été obtenu de tous les participants. L'étude a été approuvée par le comité d'examen institutionnel de l'université et approuvé par l'administration de chaque maison de retraite. Nous estimons que les précautions éthiques sont suffisantes et détaillées. *Transférabilité* : le contexte sanitaire et social des Etats-Unis présente une assurance de soins de santé pour personnes âgées couverte par un programme fédéral. L'échantillon de cette recherche est « représentatif » pour notre problématique. Nous jugeons que les résultats de cette étude américaine sont transférables à une population de personnes âgées suisses et applicables dans nos EMS. *Limites* : la triangulation des méthodes de collecte de données n'est pas utilisée, mais les résultats obtenus sont confrontés aux données de la littérature. Les résultats ont été validés seulement par 9 participants.

Nous avons retenu cet article en raison du but qu'il vise, mais aussi par sa rigueur méthodologique. Il nous apporte des propositions d'interventions infirmières qui soutiennent la résilience chez les personnes âgées en vue de leur adaptation à la vie en EMS. Ces propositions sont basées sur des visions et opinions des personnes expérimentant le phénomène et vivant dans le contexte que nous étudions. En se basant sur la pyramide des VI niveaux d'interprétation des preuves scientifiques de Melnyk et Fineout-Overholt, (2015), (Annexe 5), nous situons les résultats de cet article au niveau IV, car c'est une étude qualitative. Le niveau I correspondant aux revues systématiques d'essais randomisés contrôlés.

2. Falk, H., Wijk, H., Persson, L.-O., & Falk, K. (2012). A sense of home in residential care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27(4), 999-1009. doi:10.1111/scs.12011

Cette étude qualitative suédoise utilise la méthodologie de la théorie enracinée pour cerner la complexité des stratégies d'adaptation des personnes âgées institutionnalisées. Le premier auteur est Hanna Falk, une neuropsychiatre en épidémiologie, à l'Institut de neuroscience et physiologie, de l'Université de Göteborg en Suède. L'article a été publié en 2012 dans la revue scientifique *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. L'objectif de l'étude est d'approfondir notre compréhension des processus et stratégies qui permettent aux personnes âgées de donner du sens au transfert de la maison à l'établissement médico-social. *Fiabilité* : au total, 25 résidents ont été interviewés. Six résidents ont été recrutés à la suite d'une étude antérieure faite par les mêmes auteurs. Dix-neuf résidents ont été interrogés dans 4 établissements médico-sociaux de centre-ville. L'infirmière référente des résidents les a informés de l'étude et 19 d'entre eux ont donné leur accord pour voir l'auteur qui leur a donné plus d'explications. Ces 19 résidents ont accepté et signé leur consentement. Les codes et les catégories ont été déterminés de façon continue tout au long de l'analyse. La saturation théorique a été atteinte lorsque les nouvelles données n'ont plus révélé de nouvelles catégories. Trois concepts qui relient toutes les catégories ont émergés par la suite, démontrant que la méthodologie de recherche et l'objectif de celle-ci sont congruents. *Crédibilité* : les interviews ont été enregistrées pour que l'auteur soit au plus près des propos du résident. Elles duraient de 20 à 80 minutes. Falk H. est restés 8 mois dans les EMS pendant les interviews. Les citations des participants sont nombreuses dans le texte et reflètent les trois concepts mis au jour par les auteurs. Le temps de l'interview est adapté à l'état de fatigue du résident. Six résidents ont été interviewés plusieurs fois. *Transférabilité* : cet article décrit les lois suédoises dans le secteur socio-sanitaire pour la prise en charge des personnes âgées institutionnalisées. Comme en Suisse, il est important pour les Suédois que les personnes âgées restent le plus longtemps possible au domicile. Cependant, lorsque les services d'aide à domicile ne peuvent plus suppléer aux besoins des personnes âgées, il est

nécessaire qu'elles emménagent en EMS. De plus, il est demandé aux établissements de soins d'offrir des soins adaptés aux besoins et aux souhaits de la personne âgée. Pour ces raisons, nous estimons que cette recherche est transférable en Suisse. *Limites* : la triangulation n'a pas été mentionnée. De plus, les interprétations des chercheurs n'ont pas été validées par les résidents.

Nous avons retenu cet article car il respecte l'éthique de recherche et qu'il souhaite comprendre les stratégies d'adaptation des personnes âgées en institution. De plus, chaque résultat obtenu s'appuie sur les propos des résidents. Afin de comprendre les stratégies d'adaptation, les auteurs ont utilisé les témoignages des personnes âgées. Sur le niveau d'évidence des écrits scientifiques de Melnyk et Fineout-Overhold, (2015), (Annexe 5), nous situons les résultats de cet article au niveau IV.

3. Haugan, G. (2014). Meaning-in-life in nursing-home patients: a correlate with physical and emotional symptoms. *Journal of Clinical Nursing*, 23(7/8), 1030-1043. doi:10.1111/jocn.12282

Cette recherche norvégienne d'une conception quantitative de type transversal a été publiée en avril 2014 dans la revue scientifique *Journal of Clinical Nursing*. Son auteur est une infirmière, professeur agrégé de la Faculté de soins infirmiers de l'Université de Sør-Trøndelag en Norvège. Elle a étudié la prévalence des symptômes communs physiques et émotionnels et les corrélations entre ces symptômes avec « le sens dans la vie » parmi les personnes âgées institutionnalisées. Un total de 44 maisons de retraites rurales et centrales de Norvège ont participé à l'étude. L'échantillonnage de N = 202 participants a été atteint. Les infirmières leur ont présenté des informations au sujet de leurs droits en tant que participants et leur droit de se retirer à tout moment. Chaque participant a fourni un consentement éclairé. L'approbation du Comité régional pour la recherche médicale et éthique de la santé en Norvège centrale a été obtenue. Les questionnaires et les instruments de mesure ont été traduits dans la langue des participants et adaptés aux personnes âgées. Les limites suivantes ont été identifiées : les chercheurs ont aidé les participants à remplir les questionnaires et certains patients fragiles ont pu se fatiguer à le faire, ce qui risque d'introduire d'éventuels biais dans le rapport.

Nous avons estimé nécessaire de sélectionner cet article car les résultats obtenus nous démontrent une corrélation statistiquement significative entre le sens dans la vie et la dépression. Les critères de rigueur scientifique sont respectés. Les recommandations de promouvoir le sens de la vie chez les résidents sont pertinentes et bénéfiques à la santé physique et émotionnelle et pour la qualité de vie globale des patients en EMS. Nous avons classé cet article selon le niveau d'interprétation des preuves scientifiques au niveau IV sur la pyramide de Melnyk et Fineout-Overholt (2015), car cette étude est quantitative, non expérimentale et a cherché des corrélations entre différentes variables comme les symptômes physiques et émotionnels, « le but dans la vie », l'anxiété, la dépression, l'espoir et l'auto-transcendance.

4. Oosterveld-Vlug, M. G., Roeline, H., Pasman, W., van Gennip, I. E., Muller, M. T., Willems, D. L., & Onwuteaka-Philipsen, B. D. (2013). Dignity and the factors that influence it according to nursing home residents: a qualitative interview study. *Journal of Advanced Nursing*, 70(1), 97-106. doi:10.1111/jan.12171

Cet article de recherche qualitative néerlandais de théorie enracinée tente de répondre à la question suivante : Comment les résidents dans les maisons de soins perçoivent-ils leur dignité et, selon eux, quels sont les facteurs qui préservent ou portent atteinte à la dignité ? Les auteurs mettent en avant que la préservation de la dignité devient un objectif important et un principe central des soins. *Fiabilité* : l'échantillon utilisé est ciblé et représentatif de la problématique. L'étude a reçu l'approbation du Comité d'éthique du Centre médical de l'université. Les entretiens ont été enregistrés et transcrits mot à mot. Des notes d'observation sur le terrain ont été prises. L'analyse des entretiens s'est faite de manière continue. Les entretiens ont été codés. La méthodologie utilisée et les

résultats de recherche sont congruents. *Crédibilité* : trois auteurs ont un doctorat, dont un en soins infirmiers. Le quatrième auteur a un Master. Le deuxième auteur exerce une profession dans les soins infirmiers. Pour valider leur propos, les auteurs utilisent les témoignages recueillis auprès de résidents. *Transférabilité* : le système socio-sanitaire d'Amsterdam étant semblable à celui de la Suisse, cette recherche peut être transférable dans ce pays. De plus, dans l'introduction, les auteurs se sont également inquiétés de l'augmentation future de la population vieillissante. Les auteurs mettent en avant que la dignité est un but important et prend une place centrale dans les maisons de retraites. La dignité est subjective car elle découle des valeurs de chacun. Cette problématique peut aussi intéresser les EMS en Suisse qui, comme nous l'avons mentionné, connaîtra aussi une augmentation des adultes d'âge avancé de 65 ans et plus qui sont susceptibles d'avoir besoin d'entrer en EMS. *Limites* : les résidents interviewés ont emménagé à la maison de retraite depuis peu de temps et des difficultés d'adaptation et d'acceptation de la situation peuvent avoir influencé la recherche.

Cet article nous intéresse par sa thématique qui est la dignité. Une atteinte à la dignité a été associée à des souffrances émotionnelles. De plus, une atteinte à la dignité est une menace aussi pour la santé somatique du résident et par conséquent augmente sa vulnérabilité. Cette étude nous démontre par les témoignages que la manière dont les soins sont prodigués aux résidents en institution a un impact sur le sens qu'ils donnent à la dignité. Aussi nous l'avons retenue pour les applications dans la pratique qui sont proposées par les auteurs dans leur discussion. Bien que cet article se soit appuyé sur le modèle de la dignité qui est encore en phase de recherche, les auteurs n'ont pas mis en place des expérimentations pour mener leur étude. Leurs résultats se sont appuyés sur le témoignage des résidents. Par conséquent, nous classons cet article au niveau IV sur la pyramide de Melnyk et Fineout-Overholt (2015), Annexe 5.

5.a. Klinedinst, N. J., & Resnick, B. (2014a). Volunteering and depressive symptoms among residents in a continuing care retirement community. *Journal of Gerontological Social Work*, 57(1), 52-71. doi:10.1080/01634372.2013.867294

Cet article de recherche américain est une étude quantitative, transversale, descriptive, menée dans un établissement de soins de longue durée, publiée en janvier 2014 dans la revue scientifique *Journal of Gerontological Social Work*. Les auteurs, en nombre de deux, appartiennent à la School of Nursing de l'Université de Maryland, à Baltimore, États-Unis. Elles sont des infirmières et ont un doctorat en sciences infirmières. Ce travail a été soutenu par le programme Claire M. Fagin Fellowship du National Hartford Center of Gerontological Nursing Excellence.

Le but de cette étude est d'examiner la relation entre les activités de bénévolat, les symptômes dépressifs et le sentiment d'utilité chez les personnes âgées. Cette étude a été approuvée par l'Institutional Review Board de l'université, et tous les participants ont donné par écrit leur consentement éclairé. Un échantillon non aléatoire de 127 résidents a participé à l'étude. Les participants ont rempli des questionnaires lors d'un entretien d'une heure avec un assistant de recherche formé. Les résultats de cette recherche nous démontrent que le bénévolat a été associé à une augmentation de sentiments d'utilité, mais ni bénévolat, ni sentiments d'utilité n'étaient directement liés aux symptômes dépressifs. Cependant, les chercheurs ont trouvé un effet indirect, statistiquement significatif, entre bénévolat et réduction des symptômes dépressifs, par l'activité physique accrue.

Cette étude présente plusieurs limites, identifiées par les chercheuses elles-mêmes. Les plus importantes pour nous sont d'abord l'inclusion d'un seul échantillon non aléatoire de résidents provenant d'un seul établissement de soins, que nous avons trouvé non probabiliste. Puis, le choix de l'outil de mesure et de dépistage PHQ-2 (Patient Health Questionnaire), que les chercheuses ont utilisé pour évaluer la dépression chez les personnes âgées. Cet outil évalue seulement deux points, la tristesse et l'anhédonie, ce

qui ne le rend pas sensible aux autres symptômes de la dépression. Cette limite met à l'épreuve la validité interne de ce travail.

Nous avons choisi cet article malgré ses plusieurs limites, car cette étude souligne l'importance du bénévolat pour la santé mentale des personnes âgées vivant dans des établissements de soins de longue durée à travers la théorie du rôle interactionnel. Selon cette théorie, les individus détiennent un certain nombre de positions sociales tout au long de la vie. Cette vision est en accord avec la théorie de Roy. Aussi cet article nous apporte des propositions d'intervention nouvelles que nous n'avons pas trouvées dans les articles antérieurs. Nous avons classé cet article selon le niveau d'interprétation des preuves scientifiques au niveau IV sur la pyramide de Melnyk et Fineout-Overholt (2015), car cette étude est quantitative et non expérimentale.

5.b. Klinedinst, N. J., & Resnick, B. (2014b). Resilience and volunteering: a critical step to maintaining function among older adults with depressive symptoms and mild cognitive impairment. *Topics in Geriatric Rehabilitation, 30(3)*, 181-187. doi:10.1097/TGR.000000000000023

Cet article narratif des mêmes auteurs que l'article précédent est apparu dans la revue scientifique *Topics in Geriatric Rehabilitation* dans l'édition de juillet-septembre 2014. Il a été soutenu par le programme Claire M. Fagin Fellowship du National Hartford Center of Gerontological Nursing Excellence. Les auteurs relèvent qu'ils n'ont aucun intérêt financier en lien avec ce travail. Nous avons choisi cet article en appui pour les articles précédents car il fait le lien entre le concept de résilience et le bénévolat. Il décrit le bénévolat comme un moyen pour renforcer la résilience et pour maintenir les fonctions physiques et émotionnelles chez les personnes âgées. Aussi, cet article propose la mise en place de programmes de bénévolat pour les personnes âgées à risque élevé de déclin fonctionnel, réalisables dans les établissements de soins de longue durée.

Pour être publié dans la revue scientifique, cet article narratif a subi une forme d'examen par un comité de lecture indépendant. Il a donc été validé par des pairs dans un but d'information pour la pratique clinique. Nous le classons, selon le niveau d'interprétation des preuves scientifiques, au niveau V sur la pyramide de Melnyk et Fineout-Overholt (2015).

6. Bergland, A., & Kirkevold, M. (2006). The significance of peer relationships to thriving in nursing homes. *Journal of Clinical Nursing, 17(10)*, 1295-1302. doi:10.1111/j.1365-2702.2007.02069.x

Cet article de recherche norvégien utilise la méthodologie phénoménologique (qualitative) afin de décrire la perception du résident institutionnalisé au sujet de l'importance des relations avec ses pairs en foyer de soins sur leur expérience d'épanouissement. Pour décrire ce phénomène, les auteurs ont réalisé une recherche phénoménologique sociale prenant les expériences quotidiennes des résidents comme point de départ. *Fiabilité* : la recherche a été approuvée par les Services norvégiens des données de sciences sociales et le Comité régional d'éthique pour la recherche médicale. Le premier auteur a participé à des activités de la vie quotidienne et en a organisées certaines dans le quartier, la cafétéria de la maison de soins et d'autres salles communes, ce qui lui a permis d'observer les interactions entre les résidents. Les résultats que les auteurs ont obtenus sont congruents avec la méthodologie. *Crédibilité* : les deux auteurs sont infirmières et ont un doctorat en sciences infirmières. Les auteurs ont inclus dans l'article les témoignages des résidents ainsi que leurs observations pour appuyer leur propos. La conclusion reprend les points clés de la discussion et découle de l'interprétation des données. *Transférabilité* : la Norvège fait partie des pays scandinaves dont le système de santé est semblable à celui de la Suisse. Cette étude peut être transférable aux EMS suisses d'autant plus qu'elle a été réalisée par deux professionnelles en soins infirmiers. *Limites* : nous ne savons pas combien de temps le premier auteur est resté sur le terrain,

ni la durée des entretiens. L'étude a été menée dans deux grandes villes de Norvège, donc nous ne sommes pas sûres de son applicabilité en milieu rural.

Nous avons retenu cette étude car elle a été menée par deux professionnelles de la santé. De plus, cette étude a été accomplie de manière rigoureuse et approuvée par deux commissions d'éthique. Nous souhaitions également connaître l'impact des interactions entre les pairs sur le bien-être psychologique des résidents en EMS. Les résultats obtenus dans cette recherche et les suggestions pour la pratique sont intéressants et peuvent être mis en place en Suisse. Cette recherche phénoménologique a été réalisée à l'aide d'interviews et d'observations. Donc, nous la classons au niveau IV de l'échelle de Melnyk et Fineout-Overholt, (2015), (Annexe 5).

Comparaison des résultats

Pour les analyser plus spécifiquement, les articles ont été détaillés sous la forme du tableau ci-dessous, incluant : la référence bibliographique ; la question de recherche ou le but ; la méthodologie, la conception ; le pays, la population ; les résultats ; les retombées sur la pratique ; les réponses à notre question de recherche.

N° 1	Brandburg, G. L., Symes, L., Mastel-Smith, B., Hersch, G., & Walsh, T. (2013). Resident strategies for making a life in a nursing home: a qualitative study. <i>Journal of Advanced Nursing</i> , 69(4), 862-874. doi:10.1111/j.1365-2648.2012.06075.x
Question de recherche/but	Quelles sont les stratégies utilisées par les personnes âgées qui contribuent à l'adaptation à la vie en maison de soins infirmiers ?
Méthodologie conception	Etude qualitative, théorie enracinée.
Pays, population	USA ; 3 EMS urbains ; N = 21 (F = 17, H = 4) ; population âgée de 65 à 93 ans. Durée de séjour de 3 jours à plus de 9 ans.
Résultats	<p>Catégorie de base : la <i>résilience</i> personnelle, divisée en deux grandes catégories de stratégies de facilitation :</p> <p>A. Stratégie pour l'emménagement en EMS :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Accord contre désaccord à propos de l'emménagement : <ul style="list-style-type: none"> • être honnête pendant la réflexion sur les capacités, les besoins et les options pour répondre aux besoins ; • croire que le passage à la maison de soins infirmiers est nécessaire ; • avoir l'espoir que la maison de retraite pourra améliorer la qualité de vie ; • garder l'espoir de pouvoir rentrer chez soi un jour. 2. Soutien pour prendre la décision d'emménager en EMS : <ul style="list-style-type: none"> • connaître les installations qui répondent aux besoins de l'environnement ; • planifier la nécessité d'emménager en maison de retraite. <p>B. Stratégie pour vivre au quotidien :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Les gains et les pertes : <ul style="list-style-type: none"> • utiliser des pertes pour se préparer à l'environnement des EMS ; • parler des pertes et chercher des solutions ; • se fier à « la mentalité de survivant » pour faire face à des pertes ; • avoir la foi en une religion ; • quand rien ne va, laisser aller ; • ne pas s'attarder sur le passé et sur ce qui aurait pu être, mais vivre aujourd'hui ;

	<ul style="list-style-type: none"> • donner le meilleur de soi. <p>2. Les relations :</p> <ul style="list-style-type: none"> • chercher des relations de soutien avec la famille, les amis, les autres résidents et le personnel ; • s'entendre avec les autres ; • participer à des activités agréables. <p>3. Faire face à la situation de la vie :</p> <ul style="list-style-type: none"> • être patient et flexible ; • apprendre le fonctionnement de l'EMS.
Retombées sur la pratique	<ul style="list-style-type: none"> • Identifier les indicateurs de résilience chez le résident en l'interrogeant sur d'autres événements difficiles de sa vie qu'il a été en mesure de surmonter. • Evaluer les habitudes positives d'adaptation utilisées par le résident. • Reconnaître la capacité du résident à faire face aux défis passés comme un moyen de reconnaître sa force. • Construire sur les succès passés pour l'autonomisation des résidents pour faire face aux défis actuels. • Aider le résident à identifier les domaines qu'il peut contrôler. • Soutenir le résident dans sa participation à la résolution de problèmes actifs. • Aider le résident à laisser ce qu'il ne peut pas contrôler. • Soutenir le résident dans sa construction de relations. • Offrir des possibilités pour le résident d'exprimer sa spiritualité. • Soutenir l'expression de l'espoir du résident pour l'avenir.
Réponses à notre question de recherche	<p>Cet article répond à notre question de recherche par l'approche de <i>salutogenèse</i>. Les résultats sont des stratégies d'adaptation que mettent en place les personnes âgées.</p> <p>En soutenant la résilience personnelle, le soignant peut favoriser l'adaptation dans le mode de concept de soi.</p> <p>En aidant à construire des relations dans la maison de retraite et au-dehors, le soignant peut favoriser l'adaptation dans le mode de l'exercice de rôle.</p> <p>En ayant une relation de soutien et une attitude ouverte, le soignant peut favoriser l'adaptation dans le mode de l'interdépendance.</p>
N° 2	Falk, H., Wijk, H., Persson, L.-O., & Falk, K. (2012). A sense of home in residential care. <i>Scandinavian Journal of Caring Sciences</i> , 27(4), 999-1009. doi:10.1111/scs.12011
Question de recherche/but	Le but de cette étude est d'approfondir les compréhensions sur des processus et des stratégies utilisées par les personnes âgées pour créer un sens de chez-soi dans les EMS.
Méthodologie conception	Qualitative, théorie enracinée.
Pays, population	Suède ; N = 25 (F = 21, H = 4).
Résultats	<p>A. Trois concepts centraux : l'attachement au lieu, l'attachement à l'espace et l'attachement en dehors de l'institution :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. L'attachement au lieu consiste à aménager la chambre du résident avec ses meubles personnels et selon ses besoins. Ceci pour amener les souvenirs et les émotions liés à la vie passée. Cette espace sera « le foyer » du résident. 2. L'attachement à l'espace consiste à prendre part avec les pairs aux

	<p>activités (animations) de l'institution, exprimer sa personnalité à travers les rencontres et se faire des ami(e)s. Pour créer l'attachement à l'espace, il est impératif que la personne ait l'indépendance de décider quand et comment elle veut interagir avec les pairs et le personnel soignant.</p> <p>3. L'attachement en dehors de l'institution consiste en deux dimensions : celle de combler le fossé entre le passé et le présent, et celle de considérer que la maison est ailleurs. Avoir des visites, parler au téléphone, écrire des lettres et aller en week-end ou en vacances comble le fossé entre le style de vie passé et le style de vie présent. C'est aussi faire le deuil de l'ancienne maison lors du déménagement mais garder espoir qu'elle (la PA) pourra y retourner.</p> <p>B. Des processus psychosociaux influencent l'échec ou la réussite de la création de l'attachement :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ceux qui favorisent l'attachement : accepter la fragilité, voir le côté positif de la vie, se réconcilier avec sa biographie et se sentir valorisé. 2. Ceux qui défavorisent l'attachement : rejeter sa fragilité, se sentir comme étant un fardeau pour soi et les autres, se sentir abandonné, se sentir écarté.
Retombées sur la pratique	<p>Favorise l'attachement :</p> <ul style="list-style-type: none"> • aménager la chambre du résident avec ses meubles ; • laisser le résident passer du temps dans sa chambre ; • respecter la sphère privée (chambre) du patient ; • organiser des animations au sein de l'EMS ; • maintenir une certaine autonomie et indépendance. <p>Défavorise l'attachement :</p> <ul style="list-style-type: none"> • le manque d'estime de soi ; • le refus du vieillissement ; • l'isolement ; • le manque de confiance en ses capacités.
Réponses à notre question de recherche	<p>Cet article répond à notre question de recherche par la salutogenèse. En effet, nous avons grâce à lui quelques pistes sur les stratégies d'adaptation que mettent en place les personnes âgées pour pallier à la souffrance émotionnelle due à l'emménagement en maison de retraite. L'attachement permet à la personne âgée de se sentir « chez elle ». Les pairs lui permettent d'avoir une vie sociale autour d'un café ou d'une animation encourageant le maintien d'un lien avec la vie passée. Il y a un besoin de sortir du cadre de l'institution pour que cet attachement soit complet.</p> <p>L'article attire notre attention également sur l'histoire de vie du résident, surtout dans le domaine psychosociale, car celui-ci influence sa manière de s'adapter.</p>
N° 3	<p>Haugan, G. (2014). Meaning-in-life in nursing-home patients: a correlate with physical and emotional symptoms. <i>Journal of Clinical Nursing</i>, 23(7/8), 1030-1043. doi:10.1111/jocn.12282</p>
Question de recherche/but	<p>Etudier la prévalence des symptômes physiques et émotionnels, les associations entre ces symptômes et « le sens dans la vie » parmi les résidents de maison de retraite au potentiel cognitif intact.</p>
Méthodologie conception, variables mesurées	<p>Quantitative, transversale, (descriptive, corrélationnelle). QLQ-C15-PAL (Groenvold et al., 2006). Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). Herth Hope Index (HHI). Self-Transcendence Scale (STS).</p>

	Purpose-in-life test (PIL).
Pays, population	Norvège ; 44 EMS, (16 ruraux, 28 urbains) ; N = 202, (F = 146, M = 56) ; âge moyen = 85,87 ans ; durée de séjour M = 2,53 ans.
Résultats	<ol style="list-style-type: none"> 1. Prévalence des symptômes communs chez les personnes âgées : fatigue (56 %), douleur (49 %), constipation (43 %), dyspnée (41 %), insomnie (38 %), manque d'appétit (25 %), nausées/vomissements (18 %), dépression (30 %) et anxiété (12 %). 2. Les patients d'EMS souffrent d'un manque de sens dans leur vie. 3. Une corrélation très significative entre la dépression et la perception du sens dans la vie a été trouvée. 4. Des corrélations significatives entre le sens dans la vie et les symptômes communs ont été trouvées.
Retombées sur la pratique	<ol style="list-style-type: none"> 1. Contribue à la connaissance sur les besoins spécifiques en matière de soins qui implique la nécessité d'un personnel infirmier compétent. 2. Donne un aperçu empirique sur les associations entre la perception du sens dans la vie et les symptômes communs. 3. Génère des hypothèses concernant l'interaction corps-esprit-âme et plus particulièrement les associations entre les symptômes communs et un sentiment de sens dans la vie, dans une visée de promotion de ce sens.
Réponses à notre question de recherche	<p>Avoir des compétences infirmières en soins palliatifs peut favoriser l'adaptation dans le mode physiologique.</p> <p>Promouvoir le sens dans la vie peut favoriser l'adaptation dans le mode du concept de soi.</p>
N° 4	Oosterveld-Vlug, M. G., Roeline, H., Pasman, W., van Gennip, I. E., Muller, M. T., Willems, D. L., & Onwuteaka-Philipsen, B. D. (2013). Dignity and the factors that influence it according to nursing home residents: a qualitative interview study. <i>Journal of Advanced Nursing</i> , 70(1), 97-106. doi:10.1111/jan.12171
Question de recherche/but	Comment les résidents néerlandais dans les maisons de retraite perçoivent-ils leur dignité et, selon eux, quels sont les facteurs qui préservent ou qui portent atteinte à leur dignité ?
Méthodologie conception	Etude qualitative, phénoménologique descriptive.
Pays, population	Pays-Bas ; 4 EMS (3 urbains et 1 rural) ; âge entre 49 et 102 ans ; récemment admis en maison de retraite.
Résultats	<p>Les personnes âgées disent que leur dignité est affectée à un degré plus ou moins important. Ils disent que résider dans une maison de retraite n'est pas dégradant en soi, mais plutôt vu comme une conséquence inévitable de leur maladie et de leur capacité fonctionnelle. Les conséquences de la maladie ont une atteinte sur la dignité dans trois domaines :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. L'individu lui-même : les résidents décrivent une perte d'identité. En entrant dans l'EMS, les personnes âgées laissent tous leurs biens et parfois leur conjoint. La maison de retraite a été décrite comme un lieu où l'on attend la mort. Certains essaient de se remémorer les meilleurs moments de leur vie ou de la comparer à celle d'autres résidents qui sont en moins bonne santé pour voir les choses du bon côté. Pour d'autres, c'est leur spiritualité qui est un soutien dans le maintien de

	<p>leur dignité.</p> <p>2. Les relations : c'est l'interaction avec leurs pairs, leur famille et les professionnels de la santé. Lorsque leur relation avec leurs pairs est positive, les résidents apprécient de partager leur chambre car cela augmente leur sentiment de sécurité. Leur dignité est augmentée lorsqu'ils participent aux activités familiales ou à leur soin. Cependant, les résidents se sentent être un fardeau pour leur proche, les soignants et la société. Des soins de qualité comprenant le respect, l'écoute et les prendre au sérieux augmenteraient leur dignité. Contrairement aux ordres que certains soignants leur donnent pour réaliser leurs soins, qui ont été vécus comme une atteinte à leur dignité.</p> <p>3. Le moi dans le regard des autres (social) : vivre dans une maison de retraite est représenté par les personnes âgées comme ne plus faire partie de la société. Elles se sentent stigmatisées par la société comme des personnes démentes et folles. Elles ont l'impression de ne plus être prises au sérieux. D'autre part, les résidents n'apprécient pas le changement de personnel car cela empêche de créer un lien avec les soignants. L'attente pour les soins ou ne pas en recevoir quand ils en ont besoin provoquent une baisse dans leur dignité.</p>
Retombées sur la pratique	<ul style="list-style-type: none"> • Les soignants ont un impact dans le maintien de la dignité par leur attitude et la façon dont ils traitent les résidents. • Il faut renforcer le réseau social des résidents par exemple en encourageant les familles à venir leur rendre visite. • Favoriser l'image positive de la maison de retraite afin d'influencer un discours positif chez les personnes âgées qui vivent dans la société.
Réponses à notre question de recherche	<p>Pour favoriser l'adaptation, il est important que le résident ressente un bien-être individuel et qu'il maintienne un lien avec sa vie passée. Cet article nous éclaire sur les éléments internes et externes de l'EMS qui pourraient favoriser ou avoir un impact sur la dignité de la personne âgée. Lorsque celle-ci ressent une baisse de la dignité, c'est l'estime de soi qui est touché est cela peut engendrer des souffrances émotionnelles qui peuvent se péjorer en psychopathologie.</p>
N° 5.a	<p>Klinedinst, N. J., & Resnick, B. (2014a). Volunteering and depressive symptoms among residents in a continuing care retirement community. <i>Journal of Gerontological Social Work</i>, 57(1), 52-71. doi:10.1080/01634372.2013.867294</p>
Question de recherche/but	<p>Examiner la relation entre les activités de bénévolat, les symptômes dépressifs et les sentiments d'utilité chez les personnes âgées.</p>
Méthodologie conception, variables mesurées	<p>Quantitative, descriptive, transversale.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Maladies chroniques (dossiers des patients) • Physical Resilience Scale. • Yale Physical Activity Survey (YPAS). • Patient Health Questionnaire (PHQ-2) – dépression (2 points). • Sentiment d'utilité. (0-4) • Bénévolat. • EVA douleur 0-10. • Peur de tomber 0-4.
Pays, population	<p>USA ; N = 127 (F = 98, H = 29) ; âge moyen = 87,75 ans.</p>
Résultats	<p>1. L'âge, la peur de tomber, la douleur, l'activité physique et la résilience physique sont significativement associés à des symptômes dépressifs.</p>

	<p>2. L'âge, le nombre de maladies chroniques et la résilience physique sont significativement associés au bénévolat.</p> <p>3. L'activité totale et le bénévolat sont significativement associés avec des sentiments d'utilité.</p> <p>4. L'activité physique est significativement associée à la réduction des symptômes dépressifs.</p> <p>5. Bien que le bénévolat soit associé à une augmentation des sentiments d'utilité, ni bénévolat, ni sentiments d'utilité ne sont directement liés aux symptômes dépressifs.</p> <p>6. Cependant, un petit effet indirect du bénévolat apparaît sur une réduction des symptômes dépressifs produite par l'activité physique accrue.</p>
Retombées sur la pratique	Cette étude soutient l'importance du bénévolat et de l'activité physique pour la santé mentale des personnes âgées vivant dans les EMS. Les chercheuses suggèrent d'impliquer les résidents dans des activités bénévoles intéressantes, individualisées et adaptées à leurs capacités.
Réponses à notre question de recherche	<p>1. Les activités de bénévolat confortent le sentiment d'utilité et contribuent à l'estime de soi ; elles favorisent donc l'adaptation dans le mode de concept de soi.</p> <p>2. Avoir une identité de rôle social à travers les différentes activités valorisantes favorise l'intégration sociale et l'adaptation à la vie en EMS, et par là même l'adaptation dans le mode de l'exercice des rôles.</p>
N° 5.b	Klinedinst, N. J., & Resnick, B. (2014b). Resilience and volunteering: a critical step to maintaining function among older adults with depressive symptoms and mild cognitive impairment. <i>Topics in Geriatric Rehabilitation, 30</i> (3), 181-187. doi:10.1097/TGR.000000000000023
Type d'article	Narratif.
Argumentation	Se livrer à des activités de bénévolat renforce la résilience, favorise l'activité physique, réduit les symptômes dépressifs et ralentit le déclin fonctionnel. La plupart des programmes de bénévolat sont conçus pour les personnes âgées dans un bon état physique. Ainsi, ceux qui ont un grand risque de déclin fonctionnel ne profitent pas des bienfaits du bénévolat.
Retombées sur la pratique	La mise en place de programmes de bénévolat individualisés est un moyen de renforcement de la résilience, de prévention ou de réduction des symptômes dépressifs et de maintien des fonctions physiques chez la personne âgée. Cet article propose des exemples d'activités bénévoles réalisables dans un EMS.
Réponses à notre question de recherche	Même que pour l'article N°5.a
N° 6	Bergland, A., & Kirkevold, M. (2006). The significance of peer relationships to thriving in nursing homes. <i>Journal of Clinical Nursing, 17</i> (10), 1295-1302. doi:10.1111/j.1365-2702.2007.02069.x
Question de recherche/but	Décrire la perception du résident institutionnalisé sur l'importance des relations avec ses pairs en maison de retraite.
Méthodologie conception	Qualitative, phénoménologique analysée avec une conception exploratoire descriptive.

Pays, population	Norvège ; N = 26 (F = 20, H = 6) ; âgé de 74 à 103 ans. Durée de séjour de 2 mois ou plus.
Résultats	Cette étude nous indique que les relations avec les pairs sont importantes pour l'épanouissement de certains résidents. Les auteurs sont arrivés à trois conclusions : <ol style="list-style-type: none"> 1. Les relations entre les pairs ne sont pas décisives pour tous pour l'expérience d'un épanouissement. 2. Certains résidents ont exprimé l'envie de créer une relation avec leurs pairs mais n'ont pas réussi malgré les activités organisées par l'institution. 3. Les soignants ont un impact important sur les interactions entre les résidents ainsi que sur la création de relations entre pairs chez les résidents qui ne sont pas en mesure de l'accomplir par eux-mêmes.
Retombées sur la pratique	<ul style="list-style-type: none"> • Il ne suffit pas d'installer les résidents dans un même espace physique pour créer une relation sociale. • Pour promouvoir le bien-être, les résidents devraient se parler les uns aux autres. • La famille est un support émotionnel essentiel et important pour les résidents qui ne souhaitent pas créer de relation avec leurs pairs ou qui ont l'habitude d'être seuls. • Les soignants devraient être attentifs aux changements et aux pertes dans les relations extra-institutionnelles des résidents. • Des interventions actives sont nécessaires pour établir des contacts et des conversations positives pour qu'une relation se développe. • Les résultats suggèrent qu'il faudrait former les soignants dans le rôle de facilitateur des interactions sociales.
Réponses à notre question de recherche	Cet article apporte certaines réponses relatives à l'interaction entre les pairs en EMS et le bienfait de cette relation. En effet, quand deux personnes ou plus se retrouvent dans la même pièce cela ne suffit pas à créer une relation sociale, voire une amitié. La communication par la parole est importante pour maintenir et créer la relation sociale entre les pairs. Pour promouvoir le bien-être émotionnel, en tant que soignant, nous avons un rôle dans le soutien émotionnel du résident. En effet, nous pouvons influencer la relation qu'entretient un résident avec ses pairs en étant dans l'action, c'est-à-dire en apportant un sujet de conversation lors d'une animation par exemple.

Discussion et perspectives

1. Discussion des résultats à la lumière du modèle de l'adaptation de Roy

Les résultats des travaux de recherche sélectionnés nous proposent plusieurs pistes intéressantes en lien avec les comportements d'adaptation chez une personne présentant une souffrance émotionnelle. Nous avons construit un tableau corrélationnel pour classer les résultats obtenus. Ces résultats favorisent des comportements de haute adaptation dans un des quatre modes d'adaptation du modèle de Callista Roy : le concept physiologique, le concept de soi, le concept d'exercice des rôles et le concept d'interdépendance. Chaque mode correspond à un besoin d'intégration spécifique et a un impact sur l'adaptation.

Les chiffres correspondent aux numéros des articles ayant ces résultats.

	Mode physiologique	Mode du concept de soi	Mode de l'exercice des rôles	Mode de l'interdépendance
Les résultats amenant aux comportements en haute adaptation	<ul style="list-style-type: none"> - Les symptômes physiques divers (ex. : douleur) nécessitent de l'expertise et des compétences en soins infirmiers spécifiques. (3, 4, 5). 	<ul style="list-style-type: none"> - Soutenir la résilience (1, 2, 4, 5). - Valoriser, respecter, être à l'écoute et prendre au sérieux augmentent la dignité (1, 4, 5). - Favoriser l'autonomie et l'indépendance (1, 2, 5). - Soutenir l'expression de l'espoir pour l'avenir (1, 2). - Aider à exprimer sa spiritualité (1, 4). - Favoriser l'attachement au lieu et à l'espace (2). - Respecter la sphère privée (2). - Aménager la chambre avec les meubles du résident (2). - Promouvoir le sens de la vie (3, 4, 5). - Le bénévolat renforce le sentiment d'utilité (5). 	<ul style="list-style-type: none"> - Développer l'autonomisation (ex. : participer aux soins) (1, 4, 5). - Aider à construire et à s'intégrer dans les relations sociales (1, 5, 6). - Soutenir et favoriser l'interaction avec les pairs (4, 5, 6). - Favoriser l'attachement en dehors de l'institution (2, 5). - Participer à des activités à l'extérieur de l'EMS (2, 5, 6). - Participer à des activités familiales (4). - S'impliquer dans des activités de bénévolat favorise l'identité de rôle social (5) 	<ul style="list-style-type: none"> - Reconnaissance des capacités du résident (1, 2, 5). - Maintenir et favoriser des relations familiales et amicales (1, 2, 4, 5, 6). - Favoriser une bonne interaction entre les soignants et les résidents (1, 2, 4, 5). - Aider à prendre la parole pour exprimer ses émotions, ses besoins ou juste discuter (1, 6). - Organiser des animations au sein de l'EMS (2, 6). - La famille est un soutien émotionnel important (6). - Connaître l'histoire de vie (2, 6).
Stimuli				
Focaux	Le déménagement en EMS (1) ; les conséquences et les symptômes des pathologies (3,4) ; les pertes physiques et matérielles (1, 2, 4).			
Contextuels	L'histoire de vie (2, 6) ; le stade de développement du vieillissement (2, 3, 4) ; le fait de vivre en EMS (tous) ; la non-acceptation du vieillissement (2) ; le sentiment d'être exclu de la société (4) ; l'isolement (2).			
Résiduels	L'âgisme et la stigmatisation (4) ; la crainte liée à la dépendance (1, 2, 4, 6) ; le manque d'estime de soi et de confiance en ses capacités (2) ; le sentiment d'être un fardeau pour la société, les soignants et l'économie (4).			

2. Consensus et divergences des résultats

En comparant les résultats trouvés des sept articles sélectionnés, nous avons identifié plusieurs interventions infirmières qui pourraient instaurer des comportements de haute

adaptation. Nous allons dégager les directions phares et discuter de chaque intervention identifiée au regard des résultats scientifiques mis en commun.

Comme les résultats de nos articles sont au même niveau d'évidence des écrits scientifiques selon la pyramide de Melnyk et Fineout-Overholt (2015) (annexe 5), nous allons classer les résultats du plus apparent au moins mentionné dans les modes d'adaptations de Roy.

2.1 Les résultats favorisant l'adaptation dans le mode de l'interdépendance

Les résultats dans le *mode d'interdépendance* sont ceux que l'on retrouve en majorité dans nos articles. Selon Roy, ce mode représente la relation de la personne avec ses proches et avec les réseaux de soutien qui lui offrent l'affection, le respect et le sentiment de valorisation. [traduction libre] (2009, p. 45). Cinq articles parlent de l'importance de maintenir et favoriser des relations familiales et amicales ainsi que les interactions entre les soignants et les résidents. En effet, Brandburg et al. parlent dans leur article que les relations à l'intérieur et à l'extérieur de la maison de soins infirmiers ont été discutées comme étant une source de soutien pour les participants. Avoir la famille proche, même si elle ne peut pas visiter souvent, est réconfortant, et des visites régulières de la famille ont été souhaitées par la plupart des résidents [traduction libre] (2013, p. 870). Bergland et Kirkevold relèvent que les soignants ont un impact majeur sur la manière dont les rencontres ou les interactions sociales dans une maison de soins infirmiers se développent en des interactions significatives et agréables. Le soignant peut notamment aider le résident à prendre la parole pour s'exprimer sur ses émotions, ses besoins ou juste discuter. [traduction libre] (2006, p. 1301). Une autre recherche de Haugan, Innstrand et Moksnes démontre aussi que la communication, l'aptitude interactive et les compétences des infirmières pourraient prévenir et réduire la dépression et l'anxiété chez les patients vivant en maison de retraite. [traduction libre] (2013, p. 2200). Un autre point important dans le mode de l'interdépendance est la reconnaissance des capacités du résident. Par exemple, dans l'article de Oosterveld-Vlug et al., les auteurs ont trouvé que le personnel infirmier devrait se rendre compte que son attitude et la façon dont il traite les résidents peuvent avoir un impact sur leur dignité, soit en la préservant, soit en la perturbant. [traduction libre] (2013, p. 104)

2.2 Les résultats favorisant l'adaptation dans le mode de concept de soi

Viennent ensuite les résultats qui favorisent l'adaptation dans le *mode de concept de soi*. Ce mode, selon Roy, englobe l'image de soi et l'estime de soi. Il est suscité par le besoin d'intégration psychique de la personne. [traduction libre] (2009, p. 44). Des résultats concernant ce mode sont discutés dans plusieurs de nos articles. Premièrement, plusieurs auteurs s'accordent à dire qu'il est important de soutenir le résident dans la résilience. Selon Anaut, la résilience est un processus complexe résultant de l'interaction entre les ressources du sujet et celles de son environnement affectif et social qui consiste à s'adapter aux situations adverses et dépasser les crises en développant des stratégies de protection qui lui permettent de reprendre un néodéveloppement psychique et de conserver une qualité de vie. (2008, cité dans Formarier & Jovic, 2012, p. 269). En effet, Brandburg et al. ont trouvé que lorsque les participants de l'étude parlaient des difficultés qu'ils avaient rencontrées en vivant dans le foyer de soins, ils rappelaient souvent comment ils avaient fait dans d'autres situations difficiles par le passé. [traduction libre] (2013, pp. 871-872). Ils proposent donc d'identifier des indicateurs de résilience en demandant aux résidents comment ils ont surmonté des événements difficiles de la vie par le passé. Oosterveld-Vlug et al. ont trouvé dans leur recherche qu'en vivant dans une maison de soins infirmiers, de nombreux résidents se sentent rejetés par la société et stigmatisés en raison de leur maladie ou de leur âge. [traduction libre] (2013, p. 104). Nous pouvons donc penser que valoriser la personne âgée en EMS peut augmenter son sentiment de dignité, ce qui est un autre aspect important dans le mode de concept de soi. Tout aussi important, et qui rentre également en ligne de compte dans le mode de l'interdépendance, est de favoriser l'autonomie du résident. Comme le mentionnent

Brandburg et al., un point crucial dans l'adaptation réussie d'une personne âgée à la vie en maison de retraite est le processus de prise de décision entourant l'emménagement. En effet, les participants qui ont été impliqués dans la prise de décision étaient moins ambivalents au sujet de la vie dans la maison de retraite. [traduction libre] (2013, p. 871). Nous retrouvons aussi dans ce mode de concept de soi la promotion du sens de la vie. Haugan définit le sens de la vie comme l'ensemble des attitudes et des points de vue qui rend le monde compréhensible, comme avoir des objectifs à atteindre ou des liens avec d'autres personnes ou une puissance supérieure. [traduction libre] (2014, p. 1032). Dans son travail de recherche, Haugan trouve la corrélation significative entre avoir « un sens dans la vie » et la diminution de la dépression. [traduction libre] (2014, p 1034)

2.3 Les résultats favorisant l'adaptation dans le mode de l'exercice des rôles

Vient ensuite le *mode de l'exercice des rôles*. Callista Roy, dit que les rôles exercés par les personnes et leur maîtrise de ceux-ci répondent au besoin d'intégration sociale. [traduction libre] (2009, p. 44). Dans ce mode, nous retrouvons le concept d'autonomisation, les relations sociales et l'interaction avec les pairs, ainsi que les activités intérieures et extérieures de la maison de soins (personnelles, familiales et de bénévolat). Selon Gagnon, l'autonomisation est définie comme « un processus de développement et d'acquisition d'un plus grand contrôle ou pouvoir sur sa vie et par conséquent, sur sa santé » (2001, cité dans Formarier & Jovic, 2012, p. 172). Klinedinst et Resnick ont étudié la relation entre les activités de bénévolat, les symptômes dépressifs et le sentiment d'utilité chez les personnes âgées vivant dans une maison de retraite. Les chercheuses ont trouvé que se livrer à des travaux de bénévolat peut être bénéfique pour accroître le sentiment d'utilité et indirectement améliorer les symptômes dépressifs chez les personnes âgées. [traduction libre] (2014a, p. 52). Dans leur deuxième article narratif, que nous avons sélectionné, les auteurs nous exposent les différentes possibilités d'implication des personnes âgées dans les activités de bénévolat.

2.4 Les résultats favorisant l'adaptation dans le mode physiologique

Enfin vient le *mode physiologique*. Selon Roy, ce mode se concentre sur cinq besoins physiologiques de base, qui sont l'oxygénation ; la nutrition ; l'élimination ; l'activité et le repos ; et la protection. [traduction libre] (2009, p. 43). Haugan, dans les résultats de son étude, relève la présence de niveaux élevés de symptômes physiques et émotionnels chez les personnes âgées. Des corrélations significatives entre la sévérité des symptômes et « le sens dans la vie » se sont manifestées. Une des conclusions de cette recherche est la nécessité de disposer d'un personnel infirmier hautement compétent en matière de santé physique et émotionnelle pour le bien-être global des personnes âgées des maisons de retraite. [traduction libre] (2013, p. 1038). Oosterveld-Vlug et al. expliquent dans leur étude à l'aide de témoignages que ni la maladie ni les douleurs ne sont en soi une atteinte à la dignité, mais plutôt un processus faisant partie du vieillissement. [traduction libre] (2013, pp. 100-101). Cependant, les conséquences physiques et psychiques liées à la maladie vont influencer le soi individuel, le soi avec les autres et le soi dans la société et par conséquent la dignité de la personne. [traduction libre] (2013, p. 101)

2.5 Les résultats favorisant l'adaptation en agissant sur les stimuli environnementaux

L'objectif spécifique des soins infirmiers dégagé par Callista Roy est de favoriser les comportements de haute adaptation par des interventions infirmières qui visent à modifier les *stimuli*. [traduction libre] (2009, p. 78). Parmi nos articles sélectionnés, l'étude de Falk et al. fait des propositions d'intervention qui concernent l'environnement de l'établissement de soins, que nous avons identifié comme un stimulus contextuel. En effet, selon ces auteurs, être capable de définir indépendamment le déroulement de la journée et essayer de vivre de la même manière qu'avant l'emménagement, comme faire des mots croisés, tricoter, écouter la radio, regarder des photos, lire le journal, jouer au

solitaire ou regarder la télévision, sont ressentis comme des moments de la vie d'autrefois et sont impératifs pour se sentir chez soi. [traduction libre] (2012, p. 1002)

Dans leur conclusion, Falk et al. avancent que l'attachement au « lieu appelé *maison* » est d'une importance vitale pour l'existence humaine, indépendamment de l'âge, et soulignent l'importance de veiller à optimiser les conditions et les circonstances pour créer un attachement au lieu et à l'espace dans les EMS. [traduction libre] (2012, p. 1007)

2.6 Les répercussions sur la qualité de vie

Ces effets sur l'adaptation se répercutent aussi sur la *qualité de vie*. Dans la conclusion de son étude, Haugan écrit que les résidents des maisons de retraite sont marqués par des symptômes physiques et émotionnels qui sont au détriment de leur qualité de vie. [traduction libre] (2014, p. 1038). En effet, dans sa recherche, cet auteur nous démontre l'interaction corps-esprit-âme et plus particulièrement les associations entre les symptômes physiques et émotionnels et le sens de la vie. L'auteur poursuit en affirmant que des stratégies de soins infirmiers pour promouvoir le sens de la vie pourraient avoir un effet bénéfique sur la santé physique et émotionnelle ainsi que sur la qualité de vie globale des patients en maison de retraite. [traduction libre] (2014, p. 1035). De leur côté, Falk et al. soutiennent également qu'une bonne qualité de vie dans les résidences de soins est atteinte quand les résidents sont capables d'adopter des stratégies qui leur permettent de s'attacher socialement et matériellement à leur vie quotidienne en établissement. [traduction libre] (2012, p. 1005)

3. Propositions et perspectives

3.1. Propositions et recommandations pour la pratique infirmière

3.1.1 Visite virtuelle de l'institution

Plusieurs articles mettent en avant l'importance de donner le pouvoir de prise de décision à la personne âgée. En suivant cette logique, il a été jugé important que la personne âgée décide de l'endroit où elle veut vivre. Comme le mentionnent Brandburg et al., en prenant part à la décision et à l'acceptation de l'emménagement en maison de retraite, la personne âgée ressent moins d'ambivalence à y vivre. [traduction libre] (2012, p. 871). Les EMS en Suisse prévoient une visite avant l'entrée. Cette visite a pour but d'aider la personne à se projeter dans l'avenir, à créer un lien d'attachement à l'espace et un lien de confiance envers les soignants. Cependant, certaines personnes emménagent en maison de retraite après avoir été hospitalisées. Une intervention possible serait d'encourager les familles à utiliser les nouvelles technologies pour permettre une visite virtuelle de l'institution. Nous pourrions aller plus loin en proposant une conférence vidéo afin que l'adulte d'âge avancé puisse expliciter ses inquiétudes, ses attentes et ses questions. Pour mettre cette intervention en place, il faudrait s'assurer que le personnel soignant, la famille et la personne âgée sachent utiliser les outils informatiques. De plus, il faudrait créer un logiciel qui permette d'effectuer une visite virtuelle sur le site de l'EMS. Celui-ci devrait être facile à utiliser et avoir un lien pour établir une conférence vidéo au besoin.

3.1.2 Personnalisation des chambres des résidents selon leur goût

Bien que la mise en place de visites puisse permettre de se projeter dans le futur et de créer un lien d'attachement, il risque de manquer une touche personnelle pour que la personne se sente chez elle après l'emménagement. Falk et al. proposent comme intervention de laisser à l'adulte d'âge avancé la liberté d'aménager la chambre selon ses goûts. Cela comprend changer la peinture des murs, choisir le mobilier et apporter des objets importants de son ancienne maison. Beaucoup d'EMS en Suisse ont déjà mis cette intervention en place et il s'agit ici de la renforcer car elle apporte de bons résultats. En effet, s'attacher à son espace privé permet de se sentir à la maison et donc de développer des comportements d'adaptation, puisque cela influence positivement le concept de soi. Pour que cette intervention soit réalisable, la famille, l'intendance de l'EMS et le soignant

devraient collaborer pour répondre aux besoins du résident. L'emménagement devrait être planifié à l'avance afin de permettre l'organisation d'éventuels travaux, puis pour la mise en place des meubles.

3.1.3 Respect de la sphère privée

Cet espace privé doit être respecté et les soignants devraient demander la permission d'entrer dans cette sphère. En effet, Oosterveld-Vlug et al. expliquent dans leurs résultats que lorsque le soignant a une attitude respectueuse, qu'il est à l'écoute et qu'il donne de l'importance aux capacités du résident, alors la dignité de ce dernier est préservée. [traduction libre] (2013, p. 102)

3.1.4 Favoriser les entretiens infirmiers

Toujours centrée sur le patient, une autre proposition d'intervention qui permettrait aux infirmières de rester attentives à la souffrance psychologique du patient serait l'instauration d'entretiens infirmiers avec les résidents. En effet, l'article de Brandburg et al. met en avant le concept de la résilience, les auteurs soulignant l'importance d'aider l'adulte d'âge avancé à identifier ses indicateurs de résilience en lui demandant comment il a surmonté d'autres événements difficiles de sa vie. [traduction libre] (2012, p. 871). Ce sont des modes positifs que les infirmières devraient pouvoir identifier et renforcer pour soutenir le résident. Reconnaître les capacités du résident à utiliser les mêmes ressources qu'à des moments difficiles de son passé pour pallier aux moments difficiles du présent est un moyen de reconnaître ses forces et ressources. Dans ce but, un entretien infirmier d'une durée de 15 minutes environ pourrait être organisé une fois par mois ou selon une nécessité qui serait évaluée par les infirmières ou les assistantes en soins et santé communautaire ASCC. Il ne s'agit pas d'une obligation pour le résident. Mais de déterminer ensemble une date et un horaire pour les entretiens serait favorable à son autonomie et à son estime de soi. Une infirmière de niveau Bachelor a les compétences pour effectuer un entretien afin d'identifier ainsi que de soutenir la résilience chez une personne avec une souffrance émotionnelle, en s'appuyant sur différentes techniques de communication, son histoire de vie et des récoltes de données effectuées durant le long séjour.

3.1.5 Développer le projet de vie et le projet de soins

La proposition suivante concerne le projet de vie et le projet de soins du patient. L'étude de Haugan a trouvé des corrélations significatives entre « le sens dans la vie » et la sévérité des symptômes physiques et émotionnels. En effet, l'auteur développe dans la discussion de son article cette interaction corps-esprit-âme et souligne que les stratégies de soins infirmiers cherchant à promouvoir le sens de la vie pourraient être bénéfiques pour la santé physique et émotionnelle et pour la qualité de vie en générale des résidents. [traduction libre] (2014, p. 1035). Notre proposition serait d'identifier en partenariat avec le résident le projet de soins en lien avec le projet de vie individuel de chacun. Plusieurs EMS de Suisse organisent des colloques de réseau en leur sein entre différents professionnels, la famille et le résident avec pour but d'identifier et d'évaluer le projet de soins. Cet exemple peut être généralisé à tous les établissements de soins de longue durée en vue de promouvoir le sens de la vie qui est bénéfique à la santé physique et émotionnelle des patients.

3.1.6 Encourager les activités de bénévoles

Dans leur étude, Klinedinst et Resnick ont trouvé que se livrer à des travaux de bénévolat peut être bénéfique pour accroître le sentiment d'utilité et, indirectement, ceux-ci pourraient améliorer certains symptômes dépressifs chez les personnes âgées. [traduction libre] (2014a, p. 65). Les programmes de bénévolat peuvent fournir à la société un grand service, ce qui augmente le sentiment d'utilité et pourrait améliorer la qualité de vie des personnes âgées. Impliquer les résidents à des activités bénévoles adaptées à leurs capacités, intéressantes et individualisées, est une suggestion faite par les auteurs de cet article. Dans leur deuxième article narratif, Klinedinst et Resnick nous proposent des

programmes d'activité de bénévolat réalisables dans les institutions de soins de longue durée et adaptés aux personnes âgées. [traduction libre] (2014b, p. 183). Cependant, le besoin de se sentir utile a aussi été mentionné dans l'article de Falk et al., certains résidents souhaitant participer à des tâches ménagères qu'ils effectuaient à domicile, comme le tricot, la cuisine, le ménage. [traduction libre] (2012, p. 1002). Cela demande de la flexibilité et de l'organisation avec d'autres structures de l'EMS comme la cuisine et l'intendance. Pour offrir une qualité de prestations, l'interdisciplinarité, en particulier entre les animatrices, les aides-soignantes, les ASCC, la famille, l'infirmière et le médecin serait nécessaire.

3.2. Perspectives pour l'enseignement et la recherche

3.2.1 Formations continues pour le personnel soignant

Suite aux résultats obtenus dans les revues de littérature, plusieurs propositions pour l'enseignement ont été envisagées. Dans sa recherche, Haugan souligne qu'il est nécessaire d'avoir du personnel infirmier hautement compétent dans les prestations de soins palliatifs pour promouvoir la qualité de vie et prévenir la souffrance émotionnelle, car les résultats de cette étude nous révèlent la présence d'un niveau élevé de symptômes physiques et émotionnels. [traduction libre] (2014, p. 1038). De ce point découle notre proposition d'organiser systématiquement, par les établissements de soins, des formations continues en soins palliatifs pour le personnel de soins. L'étude de Bergland et Kirkevold suggère de former les professionnels de la santé dans leur rôle de facilitateur des interactions sociales. En effet, ce qui a interpellé les auteurs c'est que certains soignants arrivent non seulement à aider les résidents à entamer une conversation grâce à des thèmes généraux qui les intéressent mais aussi à enchaîner les conversations. D'autres soignants ne sont pas à l'aise et montrent même de l'ennui à prendre ce rôle de facilitateur, ce qui menace l'épanouissement des relations entre les résidents. L'étude suggère donc que cette formation a pour but d'aider le professionnel à maîtriser ce rôle de promotion du bien-être des résidents à travers des relations sociales épanouies. [traduction libre] (2005, p. 1300)

3.2.2 Approfondir notre problématique avec des recherches

Plusieurs propositions pour la recherche sont également envisageables. Les articles sélectionnés portaient sur l'expérience d'adaptation à la vie dans la maison de retraite. Toutes les études sélectionnées étaient des devis recherches non expérimentales et transversales. Il serait intéressant de trouver les résultats de recherches randomisées contrôlées ou des travaux de méta-analyse qui traitent de notre problématique en profondeur et ainsi d'examiner ses développements sur le long terme. D'autre part, l'étude de Klinedinst et Resnick n'a pas trouvé de corrélation directe entre les sentiments d'utilité en lien avec le bénévolat et les symptômes dépressifs, mais bien une corrélation indirecte à travers les activités physiques. [traduction libre] (2014a, p. 63). Ce qui nous pousse à nous intéresser à ce sujet. Les études futures devraient examiner les effets cumulatifs du bénévolat sur les symptômes dépressifs et les sentiments d'utilité à l'aide des outils de mesure les plus solides et fiables pour évaluer les symptômes dépressifs, comme par exemple la Geriatric Depression Scale (GDS). Selon Cappeliez, cet outil est fiable et facile d'utilisation. Il se constitue d'un auto-questionnaire de 30 questions qui peut être lu au patient. (2013, cité dans Voyer, 2013, p. 190)

4. Réponse à la question de recherche

Le but de ce travail de recherche est de répondre à la question suivante : chez les personnes vivant en EMS, présentant une souffrance émotionnelle, quels soins infirmiers centrés sur le patient permettraient d'instaurer des comportements de haute adaptation ? Nous avons essayé de répondre à notre question de recherche par l'approche de la salutogenèse. En effet, selon Mittelmark, c'est une approche qui « souhaite insister sur les forces des être humains, et pas seulement sur les faiblesses, sur leurs capacités

plutôt que sur leurs limites, sur le bien-être et non pas uniquement la maladie » (2008, cité dans Lindstöpöm & Eriksson, 2012, p. [VII]). Un des principaux objectifs des soins infirmiers est la promotion de la santé. C'est pour cela que nous avons essayé de comprendre l'ensemble d'une situation stressante. Nous avons cherché les données probantes qui nous montrent comment font les gens qui ont réussi à s'adapter à la vie en EMS, leur façon personnelle de penser, d'être et d'agir. Nous avons donné la priorité à l'identification et l'utilisation des ressources et des forces disponibles et nous ne nous sommes pas focalisées sur la maladie en elle-même. La réponse à notre question est la suivante :

Il est important d'aider la PA à la prise de décision concernant l'endroit où elle veut vivre. Il serait souhaitable que la personne visite le lieu de son choix et rencontre le personnel soignant. Si la personne ne peut pas se déplacer, nous pouvons utiliser les nouvelles technologies pour permettre une visite virtuelle de l'institution.

Il est souhaitable de laisser à l'adulte d'âge avancé la liberté d'aménager la chambre selon ses goûts, de respecter son espace privé et de demander la permission d'entrer dans cette sphère, car l'attitude et la façon dont le soignant traite le résident a un impact sur la dignité de celui-ci. La personne pourrait avoir la clé de sa chambre, ce qui lui donnerait le sentiment d'être chez soi et favoriserait l'appropriation du lieu.

Une autre intervention pourrait être l'instauration d'entretiens infirmiers avec les résidents, dans le but d'identifier leurs indicateurs de résilience et leurs forces. L'intervention suivante serait d'identifier, en partenariat avec le résident, le projet de soins en lien avec le projet de vie. Il faudrait également impliquer les résidents dans des activités bénévoles adaptées à leurs capacités, qui soient intéressantes et individualisées, par exemple : participer à des tâches ménagères qu'ils effectuaient à domicile comme le tricot, la cuisine, le ménage, ou à des activités familiales et communautaires. Cette liste n'est pas exhaustive. Il peut y avoir d'autres pistes d'intervention et c'est aux infirmières et infirmiers de faire preuve de créativité et de bon sens.

5. Les forces et les limites de notre travail

Les forces et les limites identifiées dans l'évaluation critique des articles scientifiques méritent d'être examinées.

Premièrement, ce travail fournit un éclairage spécifiquement infirmier du phénomène concerné et propose des interventions réalisables dans les milieux de soins de longue durée.

Deuxièmement, le fait que tous les articles de recherche aient été publiés entre 2006 et 2016 permet d'avoir une vision actuelle de la problématique. De plus, seuls les articles des auteurs qui ont respecté la déontologie des travaux de recherche ont été sélectionnés. Sur l'ensemble de la sélection d'articles, les études ont été menées dans le respect et la dignité de la personne, puisque des mesures ont été prises pour assurer la confidentialité des données et après approbation par des comités d'éthique.

Une première limite concerne les directives du travail de Bachelor, qui impose un nombre limité de pages et d'articles. Ce travail ne peut pas fournir une revue de littérature exhaustive. Ceci est un début de pistes pour une exploration plus poussée du sujet.

Une deuxième limite consiste en notre sélection d'études qualitatives et quantitatives non expérimentales seulement. Nous n'avons pas trouvé d'études quasi expérimentales ni d'essais randomisés contrôlés, ni de travaux de type méta-analyse. Sur la pyramide des niveaux d'évidence des écrits scientifiques de Melnyk et Fineout-Overholt, (2015), les articles sélectionnés se situent au niveau IV, ce qui peut être considéré comme une limite à la généralisation des propositions énoncées dans les chapitres précédents de ce travail. D'autre part, les résultats des articles représentent des résidents vivant en EMS avec des facultés cognitives intactes. Donc, ces mêmes propositions ne devraient pas être

généralisées en dehors de ce contexte et dans la prise en soins de patients présentant une réduction ou une perte des capacités cognitives. La dernière limite pourrait être la focalisation sur l'adaptation à la vie dans la maison de soins de longue durée des personnes âgées présentant une souffrance émotionnelle. L'aspect de dépistage de cette souffrance n'a pas été développé dans ce travail, mais il pourrait constituer une étude à part entière.

6. Conclusion

Parmi les compétences de rôle d'expertes en soins infirmiers que nous devons acquérir pendant notre formation figure celui de « baser ses pratiques sur le plus haut niveau de preuve scientifique disponibles et promouvoir le transfert des résultats de recherche dans la formation et la pratique » (HES-SO La Source, 2015), annexe 7. En effet, ce travail nous a permis de nous familiariser avec l'utilisation de diverses bases de données scientifiques telles que CINAHL et MEDLINE, et de sélectionner les données selon nos besoins. Nous avons également pu développer notre sens critique grâce à l'analyse de la pertinence des articles de recherche. Par exemple, nous avons été attentives au fait que les auteurs étaient des experts dans le domaine des soins infirmiers ou que les études avaient été validées par une commission d'éthique. D'autre part, l'infirmière et l'infirmier devraient être attentifs aux limites des recherches. Celles-ci sont très utiles pour standardiser les soins. Afin de sélectionner les résultats probants d'un haut niveau de preuve, nous avons évalué la nature et la force des résultats obtenus de nos études selon les niveaux de preuve scientifique de Melnyk et Fineout-Overholt (2015). Cela nous a permis d'avoir un regard critique sur le transfert et la généralisation des résultats de recherche dans la pratique. La recherche, dans les soins infirmiers, permet d'apporter des savoirs d'autres pays et de s'en servir pour améliorer notre pratique afin d'offrir les meilleurs soins et la meilleure qualité possibles pour les patients. Elle nous apporte aussi un témoignage riche qui permet au professionnel d'évaluer ses interventions, de les ajuster et de les perfectionner pour qu'elles répondent, au plus proche, aux besoins du patient. Grâce à la réalisation de ce travail nous avons pu comprendre l'importance de la recherche scientifique pour la discipline infirmière, et que l'utilisation des données probantes dans la pratique contribue à l'évolution de notre discipline qui est de ce fait en constante amélioration.

Cependant, Fortin (2010) dit : « Il faut se rappeler que la pratique fondée sur des résultats probants ne diminue en rien l'importance du jugement clinique. Il est primordial de jeter un regard critique et de se poser les questions suivantes : "Qu'est-ce qui constitue la meilleure preuve pour la pratique infirmière ?" ; "Qui juge sa valeur et comment est-elle jugée?" » (p. 571). En effet, Rosemarie Parse avance que chaque être humain est unique et participe à la création de sa réalité à partir de sa propre perspective. (1998, cité dans Pepin & al., 2010, p. 104). Cela nous rappelle la singularité de la personne prise comme « humainendevenir », et c'est à l'être humain de choisir un sens aux expériences qu'il vit tout au long de son processus de devenir. (Parse, 2003, cité dans Pepin & all., 2010, p. 67). C'est donc aux infirmières et infirmiers praticiens de gérer cette ambivalence et de se baser sur leur jugement clinique pour intégrer les résultats probants de recherches dans la pratique clinique.

A travers ce travail de Bachelor nous avons acquis des compétences d'expert au sujet de notre problématique portant sur l'expérience de vie de la personne âgée vivant en maison de retraite et présentant une souffrance émotionnelle. Pour finir, nous situons notre revue de la littérature de recherche au niveau VI d'évidence des écrits scientifiques de la pyramide de Melnyk et Fineout-Overholt (2015). Ce niveau correspond au dernier niveau de preuve pour l'application dans diverses conditions de soins infirmiers.

7. Références bibliographiques

7.1 Références utilisées pour définir les concepts

- American Psychiatric Association. (2015). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5^e éd., version française). Traduction française par M.-A. Crocq & J. D. Guelfi (Eds), Issy-les-Moulineaux, France : Elsevier Masson.
- Aumond, M. (n.d). *Les dynamismes du vieillissement et le cycle de la vie* : l'approche d'Erikson. Repéré à http://pages.infinet.net/grafitis/PDF/Voc1/Erickson_vieillissement.pdf
- Bee, H., & Boyd, D. (2011). *Les âges de la vie : psychologie du développement humain* (4^e éd., version française). Traduction française par F. Gosselin. Paris, France : ERPI.
- Cappeliez, P. (2013). La dépression. Dans Voyer, P. *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie* (2^e éd., pp. 187- 215). Québec, Canada : ERPI.
- Carpenito-Moyet, L.-J. (2012). *Manuel de diagnostics infirmiers* (13^e éd.). Issy-les-Moulineaux, France : Elsevier Masson.
- Charazac, P.-M. (2011). Les dynamiques psychiques de la dépression du sujet âgé. *Soins Gériatrie*. 91, 17-22.
- Collège National des Enseignants en Gériatrie avec collaboration du COFER. (2010). *Vieillesse* (2^e éd.) Paris, France : Elsevier Masson.
- Erikson, E. H. (1968). *Generativity and Ego integrity*. Dans Neugarden, B. L. (Éd.), *Middle Age and Aging : a Reader in Social Psychology* (pp.85-87). Chicago, USA : the University of Chicago Press.
- Formarier, M., & Jovic, L. (2012). *Les concepts en sciences infirmières* (2^e éd.). Lyon, France : Mallet Conseil.
- Höpflinger, F., Bayer-Oglesby, L. & Zumbunn, A. (2011). *La dépendance des personnes âgées et les soins de longue durée. Scénarios actualisés pour la Suisse*. Bern : Editions Hans Huber.
- Monterroso, J. (2015). *La dépression chez les personnes du 3e age*. Repéré à <http://alpabem.qc.ca/la-depression-chez-les-personnes-du-3e-age/>
- Office fédéral de la statistique. (2015). *Les scénarios de l'évolution de la population de la Suisse 2015-2045*. Repéré à <http://issuu.com/sfso/docs/202-1500?e=2969314/13682000>
- Office fédéral de la statistique. (2016). Santé des personnes âgées – Données, indicateurs : personnes âgées en institution. Repéré à <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/14/02/01/key/07/01.html>
- Organisation mondiale de la santé. (2016). *Dépression*. Repéré à <http://www.who.int/topics/depression/fr/>
- Peck, R. C. (1968). *Psychological Developments in the second Half of Life*. Dans Neugarden, B. L. (Éd.), *Middle Age and Aging: a Reader in Social Psychology* (pp. 88-92). Chicago, USA: the University of Chicago Press.
- Pepin, J., Kérouac, S., & Ducharme, F. (2010). *La pensée infirmière*. Québec, Canada : Chenelière Education.
- Roy, C., (2009). *The Roy adaptation model* (3^e éd.). Upper Saddle River, NJ : Pearson.
- Voyer, P. (Ed.). (2013). *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie*. Québec, Canada : ERPI.

WHOQOL Group, (1994). Development of the WHOQOL: Rationale and current status. *International Journal of Mental Health*, 23, 24-56.

Zimmermann, J. F., Auzer, M., & Lanefrede, M. L. (2014). Dépression, risque suicidaire : le sujet âgé au cœur du soin. *Objectifs soins et management*. 222, 16-22.

7.2 Références des articles analysés

Bergland, A., & Kirkevold, M. (2006). The significance of peer relationships to thriving in nursing homes. *Journal of Clinical Nursing*, 17(10), 1295-1302. doi:10.1111/j.13665-2702.2007.02069.x

Brandburg, G. L., Symes, L., Mastel-Smith, B., Hersch, G., & Walsh, T. (2013). Resident strategies for making a life in a nursing home: a qualitative study. *Journal of Advanced Nursing*, 69(4), 862-874. doi:10.1111/j.1365-2648.2012.06075.x

Falk, H., Wijk, H., Persson, L.-O., & Falk, K. (2012). A sense of home in residential care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27(4), 999-1009. doi:10.1111/scs.12011

Groenvold, M., Peteresen, M., NK, A., Arraras, J., Blazeby, J., Bottomley, A., ... Bjorner, J. (2006). The development of the EORTC QLQ- C15-PAL: a shortened questionnaire for cancer patients in palliative care. *European Journal of Cancer*, 42, 55-64.

Haugan, G. (2014). Meaning-in-life in nursing-home patients: a correlate with physical and emotional symptoms. *Journal of Clinical Nursing*, 23(7/8), 1030-1043. doi:10.1111/jocn.12282

Klinedinst, N. J., & Resnick, B. (2014a). Volunteering and depressive symptoms among residents in a continuing care retirement community. *Journal of Gerontological Social Work*, 57(1), 52-71. doi:10.1080/01634372.2013.867294

Klinedinst, N.J., & Resnick, B. (2014b). Resilience and volunteering: a critical step to maintaining function among older adults with depressive symptoms and mild cognitive impairment. *Topics in Geriatric Rehabilitation*, 30(3), 181-187. doi:10.1097/TGR.0000000000000023

Oostervel-Vlug, M. G., Roeline, H., Pasman, W., van Gennip, I. E., Muller, M. T., Willems, D. L., & Onwuteaka-Philipsen, B. D. (2013). Dignity and the factors that influence it according to nursing home residents: a qualitative interview study. *Journal of Advanced Nursing*, 70(1), 97-106. doi:10.1111/jan.12171

7.3 Références pour la discussion

Formarier, M., & Jovic, L. (2009). *Les concepts en sciences infirmières*. Lyon, France : Mallet Conseil.

Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives*. Québec, Canada : Chenelière Education.

Haugan, G., Innstrand, T. S., & Moksnes, K. U. (2013). The effect of nurse-patient interaction on anxiety and depression in cognitively intact nursing home patient. *Journal of Clinical nursing*, 22, 2192-2205. doi:10.1111/jocn.12072

Lindström, B., & Eriksson, M. (2012). *La salutogenèse : petit guide pour promouvoir la santé*. Adaptation française par M. Roy & M. O'Neill, Québec, Canada : Presses de l'Université Laval.

Melnyk, B. M., & Fineout-Overholt, E. (2011). *Evidence-based practice in nursing & healthcare: a guide to best practice*. Philadelphia, PA : Lippincott Williams & Wilkins.

7.4 Bibliographie

- Buckwalter, K. C. (2005). Dépression et suicide. Dans *Soins infirmiers en gériatrie : vieillissement normal et pathologique* (2^e éd.). Bruxelles, Belgique : De Boeck Université.
- Clément, J.-P. (2009). *Psychiatrie de la personne âgée* (2^e éd.). Paris, France : Médecine-Sciences Flammarion.
- Loiselle, C. G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières : approches quantitatives et qualitatives*. Québec, Canada : ERPI.
- Office fédérale de la statistique. (2012). *Santé des personnes âgées vivant en établissement médico-social : enquête sur la santé des personnes âgées dans les institutions 2008/2009*. Repéré à http://www.ovs.ch/data/documents/news/Sante_personnes_agees_CH_24.09.12.pdf
- Roy, C. (1991). *Introduction aux soins infirmiers : le modèle d'adaptation*. Traduction française par L. Berger, Paris, France : Lamarre.

9. Annexes

Annexe 1 : La dépression et les symptômes dépressifs dans la population en EMS

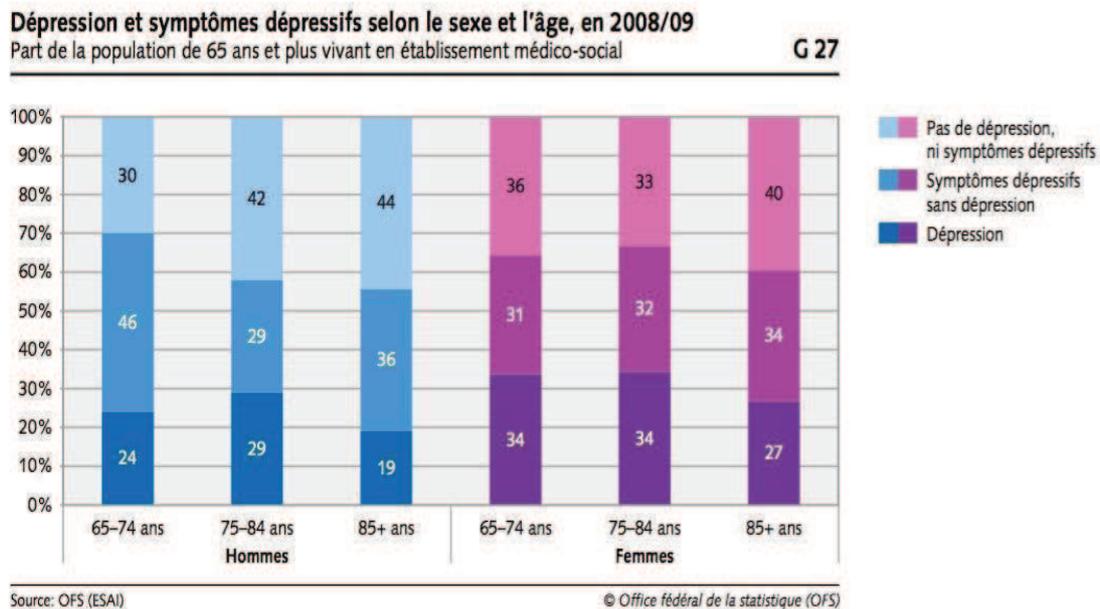


Figure 2 : tiré de OFS, 2012, p. 29.

Annexe 2 : Définition de la dépression

Selon l'OMS (2016), « la dépression est un trouble mental courant se caractérisant par une tristesse, une perte d'intérêt ou de plaisir, des sentiments de culpabilité ou de dévalorisation de soi, un sommeil ou un appétit perturbé, une certaine fatigue et des problèmes de concentration ».

Selon l'APA (2015), la dépression se définit comme faisant partie des troubles de l'humeur.

Définition du trouble dépressif caractérisé selon l'APA (2015) : « au moins 5 des symptômes suivants sont présents pendant une même période d'une durée de 2 semaines et représentent un changement par rapport au fonctionnement antérieur ; au moins un des symptômes est l'humeur dépressive et/ou la perte d'intérêt ou de plaisir ». Ses 9 symptômes sont : humeur dépressive, insomnie ou hypersomnie, agitation ou ralentissement psychomoteur, fatigue ou perte d'énergie, sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée, diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision (symptômes presque tous les jours), pensées de mort et idées suicidaires récurrentes (les symptômes ci-dessus doivent être présents presque tous les jours sauf pour les pensées de mort et idées suicidaires), diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir, perte ou gain de poids significatif et diminution ou augmentation de l'appétit.

Annexe 3 : Tableau clinique spécifique de la personne âgée et complications

La dépression du sujet âgé s'exprime rarement par une plainte morale mais se manifeste au travers du corps et du comportement. Le tableau clinique peut prendre différentes formes. Nous avons construit le tableau ci-dessous en basant sur les articles de Zimmermann et al. (2014) et de Charazac (2011) :

Masquée/ hypochondriaque	Absence de tristesse exprimée, voire un déni de sentiments de dépression. Expression somatique : des plaintes, de la fatigue, des douleurs tenaces, des troubles mnésiques, du sommeil ou gastro-intestinaux.
Hostile	Irritabilité et agressivité, accompagnées parfois par une opposition.
Mélancolique	C'est une urgence thérapeutique car le risque suicidaire est élevé. Le patient présente une prostration, un mutisme ou, au contraire, une agitation et des troubles du caractère. Cette forme peut évoluer vers un syndrome de glissement.
Pseudo-déméntielle	Peut induire des troubles cognitifs, c'est un facteur de risque favorisant l'évolution vers une démence débutante.

Risques de complications des symptômes dépressifs

- o Risque de dépression : ce trouble mental empêche la personne d'exercer ses activités professionnelles ou de loisirs. Elle apporte une difficulté à faire face aux activités de la vie quotidienne (se laver, s'alimenter, s'habiller, se déshabiller, etc.). La dépression peut être légère et prise en charge sans médication. Cependant, une dépression modérée ou sévère nécessite la mise en place d'un traitement médical adapté à la personne et d'une psychothérapie.
- o Risque de suicide : à tout âge, la dépression peut mener au suicide. Les personnes âgées utilisent des méthodes plus violentes et donc redoutablement efficaces (strangulation : fils de téléphone, câbles des chargeurs, sonnette ; étouffement avec un coussin) (Collège national des enseignants en gériatrie avec la collaboration du COFER, 2010).
- o Syndrome de glissement : comportement d'autodestruction qui consiste à cesser de s'alimenter, refuser le traitement et manifester l'envie de mourir (Zimmermann et al. 2014).
- o Risque d'apparition ultérieure d'une démence plus élevée lorsqu'il s'agit d'un premier épisode de dépression et que ce dernier est accompagné d'un déficit cognitif (Voyer, 2013).
- o Risque élevé de la mortalité par rapport aux personnes âgées non atteintes de syndrome de dépression.

Traitement médicamenteux et psychothérapie

Les antidépresseurs : médicaments psychotropes agissant sur les neurotransmetteurs. Leur efficacité, leur usage, leurs effets secondaires et leurs implications économiques et sociales restent des sujets très controversés et délicats.

Psychothérapie : le but de la psychothérapie est d'aborder les problèmes de façon différente, de voir d'une autre manière sa vie et de mettre des mots sur ce que le patient a vécu. L'efficacité de la psychothérapie est similaire et équivalente à celle des médicaments, sauf en cas de symptômes psychotiques. Ce mode d'intervention est valable pour une personne ayant des capacités cognitives normales ou avec des atteintes

légères à moyennes. Il existe plus d'un modèle de psychothérapie : la thérapie de résolution de problème, la thérapie cognitivo-comportementale, la thérapie interpersonnelle et la thérapie de réminiscence.

Annexe 4 : Les diagnostics infirmiers en lien avec les modes d'adaptation de Roy

Dans le mode physiologique nous pouvons identifier les DI (Carpenito, 2012) suivants : alimentation déficiente ; insomnie ; déficits d'auto-soins (alimentation, hydratation, hygiène, image) ; fatigue et épuisement.

Dans le mode du concept de soi : déficit de soins personnels ; stratégie d'adaptation inefficace ; deuil problématique ; diminution chronique de l'estime de soi ; sentiment d'impuissance ; opérations de la pensée perturbées ; activités de loisirs insuffisantes ; risque de violence envers soi ; risque de prise en charge inefficace de sa santé ; idées de mort, idées noires, pensées autour du sujet de la mort.

Dans le mode de l'exercice des rôles : dynamique familiale perturbée ; exercice inefficace des rôles.

Dans le mode de l'interdépendance : risque de sentiment de solitude ; stratégie d'adaptation inefficace.

Annexe 5 : Niveau d'évidence scientifique des travaux de recherche

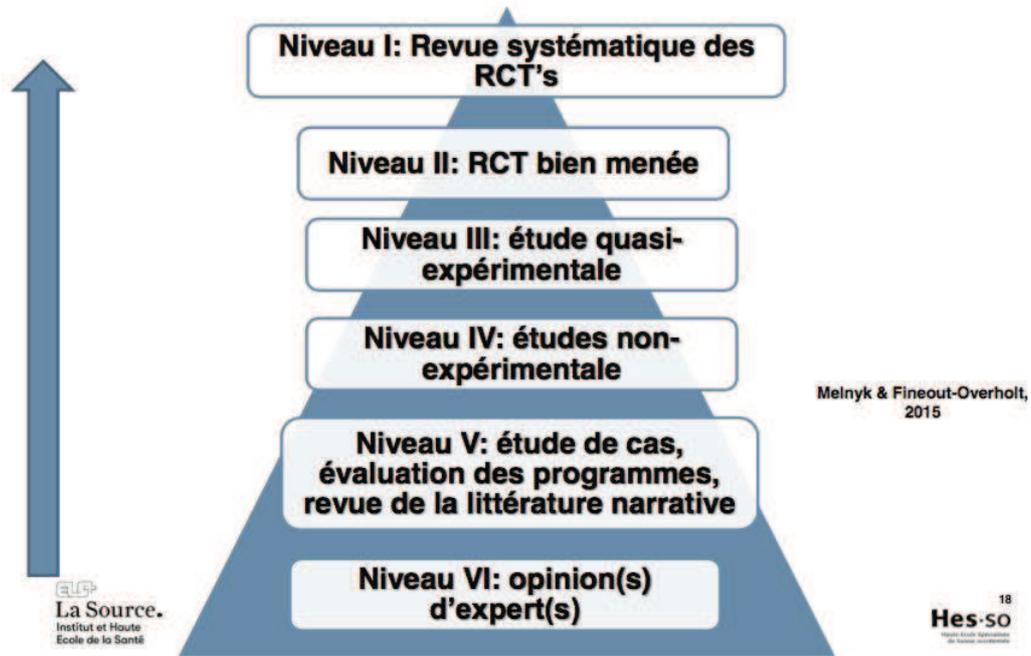


Figure 3 : tiré de Oulevey Bachmann A., Ortiz A., Cohen C., et Verloo H. (communication personnelle [Présentation PowerPoint], 12 mai 2016), Présentation des résultats et discussions.

Annexe 6: Les grilles d'analyses des articles.

Article N°1 : Brandburg, G. L., Symes, L., Mastel-Smith, B., Hersch, G., & Walsh, T. (2013). Resident strategies for making a life in a nursing home : a qualitative study. *Journal of Advanced Nursing*, 69(4): 862-874.

GRILLE D'ANALYSE D'ARTICLE QUALITATIF

Critères 1-5 = fiabilité ; 6- 8 = crédibilité	OUI	NO N	PAS CLAIR	PAS APPLIC ABLE	ARGUMENTATION
1. La perspective philosophique annoncée et la méthodologie de recherche sont congruentes	X				Une conception de la recherche qualitative, utilisant une approche de la théorie enracinée guide cette étude... (864, § design, L.1-2)
2. La méthodologie de recherche et les questions/objectifs de recherche sont congruents	X				La théorie enracinée et une méthodologie appropriée pour l'exploration des processus d'ajustement des personnes âgées à la vie en EMS. (864, § aim, L.1-3)
3. La méthodologie de recherche et les méthodes utilisées pour recueillir les données sont congruentes	X				Un échantillonnage raisonné de 21 participants qui se composait de 17 femmes et quatre hommes... (864, § participants, L.1-2. L.11-18) Les méthodes d'échantillonnage théoriques ont été utilisées... (864, § participants, L. 19-20. L.23-31) Choix fait parmi les personnes aptes à fournir une information pertinente à l'élaboration d'une théorie. Vingt entrevues initiales à l'aide d'un guide question ont été réalisées. Les entrevues ont été enregistrées et transcrites audio. Neuf participants ont été interviewés une deuxième fois dans le but de contrôle... (864, § data collection, L. 2-8) La triangulation des méthodes de collecte de données n'est pas mentionnée.
4. La méthodologie de recherche et la présentation et l'analyse des données sont congruentes	X				L'analyse des données a eu lieu en trois étapes : (1) le codage / catégoriser les segments significatifs ; (2) développer et valider les nouvelles catégories plus loin ; et (3) conceptualiser les relations entre les catégories. (864-865, § data analysis, L. 4-9) Le codage initial a donné les catégories : « qui ont pris la décision de se déplacer », « qui

					sentaient que le déménagement était nécessaire », « les gains et les pertes liés à la vie en EMS », « des relations de soutien », « être positif et sentir que ses besoins sont satisfaits ». (865, § data analysis, L.15-19)
5. La méthodologie de recherche et l'interprétation des résultats de recherche est congruente	X				Les résultats sont organisés en catégories et sous-catégories autour de différents processus d'adaptation. Chaque sous-catégorie est expliquée avec des citations directes. L'interprétation fait l'objet d'une représentation graphique et des tableaux.
6. Le chercheur est identifié culturellement et théoriquement et/ou l'influence potentielle du chercheur sur la recherche et de la recherche sur le chercheur est discutée		X			Ils sont identifiés théoriquement. Leur influence n'est pas discutée.
7. Les participants et leurs voix sont représentés adéquatement	X				Chaque résultat est assorti : les stratégies de chacun sont décrites et le nombre de patients ayant exprimé cette vue aussi. Plusieurs citations directes et indirectes.
8. Les conclusions amenées dans la discussion semblent découler de l'interprétation des données	X				872, § conclusion.
9. Les normes éthiques sont respectées	X				Un consentement éclairé écrit a été obtenu de tous les participants. (864, § data collection. L.1.) L'étude a été approuvée par le comité d'examen institutionnel de l'université et approuvé par l'administration de chaque maison de soins infirmiers. (864, § ethical considerations)

Traduit du JBI Manual (Joanna Briggs Institute, 2011) par la professeur J. Wosinski.

Article N°2: Falk, H., Wijk, H., Person, L.-O., Falk, K. (2012). A sense of home in residential care. *Scandinavian Journal of caring sciences*, 27(4): 999 - 1009. doi: 10.1111/scs.12011.

GRILLE D'ANALYSE D'ARTICLE QUALITATIF

Critères 1-5 = fiabilité ; 6-8 = crédibilité	oui	non	Pas clair	Pas applicab le	Argumentation
1. La perspective philosophique annoncée et la méthodologie de recherche sont congruentes	X				Les auteurs ont utilisé une recherche de devis enraciné pour leur étude qualitative. C'est congruent puisqu'il cherche à créer une théorie comprendre la complexité du monde dans des situations spécifiques. (p.2, § Design, lignes 5-9)
2. La méthodologie de recherche et les questions/objectifs de recherche sont congruents	X				Le but de cette étude est d'approfondir notre compréhension des processus et des stratégies par lesquelles les personnes âgées créent un sentiment d'appartenance (maison) en établissement de soins. (p.1, § Design, lignes 6- 9) Les auteurs expliquent qu'ils utilisent la théorie ancrée en raison de son objectif de générer la théorie qui fournit une compréhension de la complexité du monde, ses vues et ses actions. De plus, cette théorie permet d'explorer le sens, le processus et l'action en se rapprochant le plus possible de l'expérience. (p.2, § Design, lignes 5-12)
3. La méthodologie de recherche et les méthodes utilisées pour recueillir les données sont congruentes	X				Les auteurs ont recueilli auprès des personnes âgées (PA) leurs expériences de vie afin de comprendre la vie dans les EMS à l'aide d'interviews en face-à-face. Une question d'ouverture était commune pour tous. Puis selon la réponse, la 1ère auteur posait d'autres questions. Les interviews se sont déroulées dans la chambre de la PA et elles ont duré de 20 à 80 minutes en fonction de la fatigue du résident. Les entrevues ont été enregistré et transcrit pour minimiser la différence entre le discours oral et écrit. (p. 2, § 2, Data collection. lignes 9 - 33)
4. La méthodologie de recherche et la présentation et l'analyse des données sont congruentes	X				L'analyse correspond à la philosophie de la recherche. Les premiers codes trouvés était étiquetés comme étant des expériences, des pensées, des sentiments et des actions liées à la vie en établissement. Puis les codes ont été classés en catégorie. Enfin, à l'aide d'information

					supplémentaire suite à des entretiens ciblés, les auteurs sont arrivés à saturation.(pp. 3-4, § Analyse, lignes 4-6)
5. La méthodologie de recherche et l'interprétation des résultats de recherche est congruente	X				<p>Les auteurs ont démontré trois concepts centraux qui permet de créer des stratégies pour se sentir à la maison en EMS: l'attachement au lieu, l'attachement à l'espace et l'attachement en dehors de l'institution (p. 4, § Finding, lignes 1-5):</p> <p>L'attachement au lieu consiste à aménager la chambre du résident avec ses meubles personnels et selon ses besoins. Ceci pour amener les souvenirs et les émotions liés à la vie passée. Cette espace sera « le foyer » du résident. (p. 4, § Strategies creating attachment to place, lignes 4 -10)</p> <p>L'attachement à l'espace consiste à prendre part avec les pairs aux activités (animations) de l'institution, exprimer sa personnalité à travers les rencontres et se faire des ami(e)s. Pour créer l'attachement à l'espace, il est impératif que la personne ait l'indépendance de décider quand et comment elle veut interagir avec les pairs et le personnel soignant. (p. 5, § Strategies creating attachment to space, lignes 1-6)</p> <p>L'attachement en dehors de l'institution consiste en deux dimensions : celle de combler le fossé entre le passé et le présent, et celle de considérer que la maison est ailleurs. Avoir des visites, parler au téléphone, écrire des lettres et aller en week-end ou en vacances comble le fossé entre le style de vie passé et le style de vie présent. (p. 5, § Strategies creating attachment beyond the institution, lignes 1-6)</p> <p>De plus, des processus psychosociaux influencent l'échec ou la réussite de la création de l'attachement (p. 6, § Psychosocial processes supporting attachment, lignes 1-4):</p> <p>Ceux qui favorisent l'attachement : accepter la fragilité, voir le côté positif de la vie, se réconcilier avec sa biographie et se sentir valorisé. (p. 6, § Psychosocial processes supporting attachment, lignes 4-7)</p> <p>Ceux qui défavorisent l'attachement : rejeter sa fragilité, se sentir comme étant un fardeau pour soi et les autres, se sentir abandonné, se sentir écarté.</p>

					(p. 6, § Psychosocial processes hindering attachment, lignes 1-12)
6. Le chercheur est identifié culturellement et théoriquement et/ou l'influence potentielle du chercheur sur la recherche et de la recherche sur le chercheur est discutée	X				Le premier auteur qui est diplômé en soins infirmier et qui a un doctorat vient de l'Institut de Neurosciences et Physiologie. Le trois autres auteurs aussi diplômé en soins infirmier (sauf M. Persson) viennent de l'Academie Sahlgrenska à l'Université de Gothenburg en Suède et de l'Institut de Santé et Sciences des soins. (p. 1, Page de titre)
7. Les participants et leurs voix sont représentés adéquatement	X				Tout au long du paragraphe Finding, les auteurs appuient leur propos par les interviews de différente PA.
8. Les conclusions amenées dans la discussion semblent découler de l'interprétation des données	X				Les auteurs résument les résultats trouvés dans l'interprétation des données dans la conclusion de la discussion.
9. Les normes éthiques sont respectées	X				Le comité d'éthique de l'Université de Gothenburg a approuvé la recherche.

Traduit du JBI Manual (Joanna Briggs Institute, 2011) par la professeur J. Wosinski.

Article N°3: Haugan, G. (2014). Meaning-in-life in nursing-home patients : a correlate with physical and emotional symptoms. *Journal Of Clinical Nursing*, 23(7/8), 1030-1043. doi:10.1111/jocn.12282

GRILLE DE LECTURE CRITIQUE POUR ETUDES QUANTITATIVES

Traduite et inspirée de : Critical Review Form – Quantitative Studies ÓLaw, M., Stewart, D., Pollock, N., Letts, L. Bosch, J., & Westmorland, M. - McMaster University par la professeure C. Borloz

Citation	Haugan, G. (2014). Meaning-in-life in nursing-home patients : a correlate with physical and emotional symptoms. <i>Journal Of Clinical Nursing</i> , 23(7/8), 1030-1043 14p. doi:10.1111/jocn.12282
But de l'étude Clair ? x Oui Non	Listez le(s) but(s) de l'étude, si vous avez un questionnaire en quoi y répondent-ils ? Etudier la prévalence des symptômes physiques et émotionnels, les associations entre ces symptômes et « le sens de la vie » dans une population (cognitivement intacts) en EMS. (1030, § abstract, L 1-2) ; (1032, § aims)
Littérature	Comment les auteurs argumentent-ils la nécessité de leur étude à

<p>La revue de littérature est-elle concluante ?</p> <p>x Oui Non</p>	<p>la lumière de la revue de littérature ? La revue de littérature est très large, les argumentations sont de point de vue du vieillissement de la population, des symptômes physiques et émotionnelles chez PA et, de la qualité de vie. L'explication du concept « but dans la vie et sens de la vie » (1030- 1032, § introduction).</p>
<p>Devis Quant, qual, mixte. Descriptif, exploratoire, explicatif, prédictif, etc.</p>	<p>Décrivez la méthodologie de recherche. Recherche quantitatif transversal, (descriptives corrélational). Avez-vous identifié des biais ? Dans quel sens influenceraient-ils l'étude ? Cette population a des problèmes physiques pour compléter un questionnaire de façon indépendante. (fatigue, vue...)</p>
<p>Echantillon N =202 Est-il décrit en détail ? x Oui Non</p>	<p>Echantillonnage (qui ; caractéristiques ; combien ; méthode d'échantillonnage ?) Si plusieurs groupes, leurs similitudes sont-elles été testées ? Un total de 44 EMS ont pris part à l'étude, autant rurales et centrales. N = 200 a été atteint. (1032, § methods, L12-14, § sample,) L'échantillonnage a été effectué par le médecin responsable et une infirmière dans chaque quartier. (1038, § limitation, L31-33) Commission d'éthique (consentement éclairé obtenu) ? Les infirmières leur ont présenté des informations orales et écrites au sujet de leurs droits en tant que participants et leur droit de se retirer à tout moment. Chaque participant a fourni un consentement éclairé. (1032, § methods, L15-19) L'approbation du Comité régional pour la recherche médicale et éthique de la santé en Norvège centrale (Réf. No. 4 2007 645), a été obtenu une licence pour tenir un registre. (1032, § methods, L37-40)</p>
<p>Mesures Validité ? Satisfaisante Fiabilité ? Satisfaisante</p>	<p>Quand et/ou à quelle fréquence les mesures ont-elles été réalisées ? Les questionnaires ont été traduit dans la langue Norvège. Cette population a des problèmes pour compléter un questionnaire de façon indépendante, trois chercheurs formés ont mené les entretiens tête-à-tête en privé. Des chercheurs ayant des antécédents professionnels identiques ont été sélectionnés (RN, MA, formés et expérimentés en communication avec les personnes âgées, ainsi que l'enseignement de la gérontologie à un niveau avancé) et formés pour effectuer des entrevues aussi identiques que possible. (1032, § methods, L19-22). Transversale (1032, § methods) Quelles variables sont mesurées ? Purpose-in-life, espoir, dépression, anxiété, auto-transcendance, symptôme commun (fatigue, douleur, nausées / vomissements, dyspnée, insomnie, perte d'appétit, constipation), qualité de vie globale.</p>
<p>Intervention L'intervention est-elle décrite en détail ?</p>	<p>Décrire l'intervention (focus ? par qui est-elle effectuée ? A quelle fréquence ? dans quel cadre ? l'intervention pourrait-elle être répliquée à partir des informations contenues dans l'article</p>

<p><input checked="" type="checkbox"/> Oui Non Pas d'intervention</p> <p>Y a-t-il des facteurs confondants ? Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non Je n'en identifie pas</p>	<p>?).</p>
<p>Résultats</p> <p>Mentionnent-ils la significativité et/ou les IC? <input checked="" type="checkbox"/> Oui Non</p> <p>Les implications cliniques sont-elles mentionnées ? <input checked="" type="checkbox"/> Oui Non</p>	<p>Décrivez les résultats. Sont-ils statistiquement significatifs (i.e., $p < 0.05$) ?</p> <p>Figure 1 : prévalence des symptômes Figure 2 : profile des symptômes basés sur l'échelle PAL (but dans la vie) Tab 1 : caractéristiques des participants Tab 2 : moyens, écart type, a-cornbach et coefficient de corrélation des variables. Tab 3 : Prévalence des symptômes commun, moyens et écart type Tab 4 : niveau de but dans la vie : fréquences, moyens et écart type. Tab 5 : Coefficient de corrélation de Pearson et écart type. Les corrélations les plus élevées ont été trouvées, comme prévu, entre PIL et la dépression ($r = 0.555$), (1034, § relationships between meaning and symptoms, L 5-6) La prévalence des symptômes dépressifs, sons association avec les autres symptômes, et avec le sens de la vie. (1030, § abstract, L 1-2) ; (1032, § aims)</p> <p>Les différences entre groupes sont-elles expliquées et statistiquement interprétables ? Une signification statistique de 0,555 implique que l'hypothèse nulle a été rejetée et que les corrélations observées entre les variables ne sont pas du au hasard. Les résultats obtenus sont comparés avec les études antérieurs. (1036, § discussion, L 29-33)</p>
<p>Conclusions et implications</p> <p>Les auteurs répondent-ils à leur(s) questionnement(s) ? Oui</p>	<p>Quelles sont les conclusions de l'étude ? Quelles conséquences pour la pratique ? Quelles limites ou biais empêchent une généralisation ?</p> <p>(1) en explorant la prévalence des symptômes communs, cette étude contribuent à la masse croissante de connaissances sur la qualité de vie des patients en EMS et sur les besoins spécifiques en matière de soins; (2) un aperçu empirique sur les associations entre la perception sens dans la vie et les symptômes dans une population NH est fourni; et (3), cette étude facilite la génération d'hypothèses concernant l'interaction corps-esprit-âme et plus particulièrement les associations entre les symptômes et un sentiment de sens dans la vie. Les résultats indiquent que les stratégies de soins infirmiers de promouvoir le sens de la vie, pourrait bénéficier à la santé physique et émotionnelle des patients en EMS et à la QV globale. (1035, § discussion, L 5- 17) Vivre en EMS pourrait entrainer le niveau bas de sens de la vie et augmenter le risque de dépression. (1037, § discussion, L</p>

	65.67) Limites : Les chercheurs ont aidé les participants à remplir les questionnaires. Fatigue des résidents.
--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Article N°4: Oosterveld-Vlug, M. G., Roeline, H., Pasman, W., van Gennip, I. E., Muller, M. T., Willems, D. L., & Onwuteaka-Philipsen, B. D. (2013). Dignity and the factors that influence it according to nursing home residents: a qualitative interview study. *Journal of Advanced Nursing*, 70(1), 97-106. doi:10.1111/jan.12171

GRILLE D'ANALYSE D'ARTICLE QUALITATIF

Critères 1-5 = fiabilité ; 6-8 = crédibilité	oui	non	Pas clair	Pas applicabl e	Argumentation
1. La perspective philosophique annoncée et la méthodologie de recherche sont congruentes	X				Les auteurs ont utilisé une méthodologie descriptive qualitative avec des entretiens et une analyse thématique en profondeur. (p. 98, § Design, l. 2-4).
2. La méthodologie de recherche et les questions/objectifs de recherche sont congruents	X				Le but de cette étude est de répondre à la question de recherche suivante : Comment les résidents néerlandais dans les maisons de soins perçoivent-ils leur dignité et, selon eux, quels sont les facteurs qui préservent ou qui ont une atteinte à la dignité ? (p. 98, § Aim, l. 1-4) ; Pour explorer et décrire ces expériences et les facteurs qui influent sur la dignité en termes de tous les jours, une méthodologie descriptive qualitative (Sandelowski 2000) a été utilisée, y compris des entretiens et une analyse thématique en profondeur. (p. 98, § Design, l. 2-4).
3. La méthodologie de recherche et les méthodes utilisées pour recueillir les données sont congruentes	X				30 résidents de 4 EMS (3 urbains et 1 rural) ont été interviewés. Les résidents admissibles sont ceux qui ont été récemment admis dans une unité de long séjour pour les résidents souffrant de maladies physiques et capables de comprendre l'étude, donner un consentement éclairé et de parler de manière compréhensible en néerlandais. Les résidents atteints de démence sévère ont été exclus de l'étude en raison de l'objet complexe des entretiens. Nous avons également exclu

				<p>les résidents sur les salles de rééducation, dont la durée du séjour est souvent courte. (p. 99, § Participants, l. 5-6, 10-17, 26).</p> <p>Les entrevues ont été réalisées entre mai 2010 - Juin 2011 et a duré environ 45-60 minutes. Une liste de sujet de question a été utilisée comme guide. Les questions posées n'avaient pas d'ordre préétabli. Les entrevues ont été enregistrées et transcrites mot à mot. L'auteur a également pris des note sur ses observations sur le terrain. (p. 99 – 100, § Data collection, l. 1-10).</p>
4. La méthodologie de recherche et la présentation et l'analyse des données sont congruentes	X			<p>La collecte et l'analyse des données ont été fait de manière continu en utilisant une méthode de comparaison constante. Les entrevues ont été codées et analysées à l'aide du logiciel Atlas-ti. Dans la première étape de l'analyse, les entrevues ont été relies et codées ont été attribués aux sections de texte, suivant celui de l'analyse thématique. 20 entrevues ont été réalisées et analysées. L'évolution de la liste des codes était inchangée après chaque entrevue démontrant la saturation des données. (p. 100, § Data analysis, l. 1 – 9).</p> <p>Deux codeurs ont procédé au codage des données de façon indépendante par le 1^{er} et le 3^{ème} auteur. Les désaccords et différence entre les deux auteurs ont été résolue par la discussion. Une fois avoir organisé les code en fonction des catégories dans le modèle de la dignité dans la maladie, les auteurs ont relus toutes les transcriptions pour qu'elles soient vérifier. (p.100, § Rigour, l. 3 – 10).</p>
5. La méthodologie de recherche et l'interprétation des résultats de recherche est congruente	X			<p>Partant du témoignage des résidents, les auteurs ont trouvé que l'EMS en soit n'était pas une atteinte à la dignité, ni d'être malade ou la fragilité. (p.100, § Result, l. 2 – 4).</p> <p>ce qui peut causer cette perte de dignité c'est la conséquence de la maladie et la détérioration physique. (p.100, § Result, l. 5 – 7).</p> <p>Les auteurs ont trouvés trois domaines qui portent atteinte à la dignité : (a) le soi individuel, (b) l'auto relationnelle, (c) le soit dans la société. (p.101, § Result, l. 23 – 28).</p>

6. Le chercheur est identifié culturellement et théoriquement et/ou l'influence potentielle du chercheur sur la recherche et de la recherche sur le chercheur est discutée	X				Sur la 1 ^{er} page, les auteurs et leur fonction sont cités. Trois auteurs ont un doctorat en recherche Senior et deux un master en recherche junior. Quatre viennent de la VU Université Médical et un du centre académique de médecine. L'Université et l'académie viennent d'Amsterdam
7. Les participants et leurs voix sont représentés adéquatement	X				Les auteurs s'appuient sur les témoignages pour valider leur résultat. Leur voix sont représentés adéquatement. Les participants ont été mentionné maximum 2x dans l'article.
8. Les conclusions amenées dans la discussion semblent découler de l'interprétation des données	X				Les auteurs ont utilisé le modèle de dignité dans la maladie à partir des interviews. Ils reprennent les points clé de l'étude.
9. Les normes éthiques sont respectées	X				Le protocole d'étude a été approuvé par le Comité d'éthique médicale du Centre médical de l'Université VU. En outre, les équipes de gestion et les conseils de nos clients dans les maisons de soins infirmiers ont donné leur accord pour que la recherche soit effectuée. Le consentement éclairé de tous les résidents participants ont été obtenus.

Traduit du JBI Manual (Joanna Briggs Institute, 2011) par la professeur J. Wosinski.

Article N°5a: Klinedinst, N. J., & Resnick, B. (2014). Volunteering and Depressive Symptoms Among Residents in a Continuing Care Retirement Community. *Journal Of Gerontological Social Work*, 57(1), 52-71 20p. doi:10.1080/01634372.2013.867294

GRILLE DE LECTURE CRITIQUE POUR ETUDES QUANTITATIVES

Traduite et inspirée de : Critical Review Form – Quantitative Studies ÓLaw, M., Stewart, D., Pollock, N., Letts, L. Bosch, J., & Westmorland, M. - McMaster University par la professeure C. Borloz.

Citation	Klinedinst, N. J., & Resnick, B. (2014). Volunteering and Depressive Symptoms Among Residents in a Continuing Care Retirement Community. <i>Journal Of Gerontological Social Work</i> , 57(1), 52-71 20p. doi:10.1080/01634372.2013.867294
But de l'étude Clair ?	Listez le(s) but(s) de l'étude, si vous avez un questionnement en quoi y répondent-ils ? Pas été mis en l'évidence, mais on peut l'identifier :

<input type="checkbox"/> x Oui <input type="checkbox"/> Non	<p>Examiner la relation entre les activités de bénévolat, les symptômes dépressifs, et les sentiments d'utilité chez les personnes âgées. (52, § abstract, L 1- 3)</p> <p>La théorie de rôle interactionnelle chez les personnes âgées résidant dans les sections de vie autonome ou assistée d'un CCRC. (§ introduction, p.55, L 43 – p.56, L2)</p>
<p>Littérature La revue de littérature est-elle concluante ?</p> <input type="checkbox"/> x Oui <input type="checkbox"/> Non	<p>Comment les auteurs argumentent-ils la nécessité de leur étude à la lumière de la revue de littérature ?</p> <p>Avec large revue littérature et la théorie interactionnelle des rôles : Les individus détiennent un certain nombre de positions sociales tout au long de la vie. On peut avoir plusieurs rôles associés à une position particulière. Les rôles fournissent sens et une orientation à un comportement, aidant ainsi les individus à éviter les symptômes dépressifs, anxiété et de comportement désorganisé (Thoits, 1983). (p.54, § introduction, L 5 – 11)</p>
<p>Devis Quant, qual, mixte. Descriptif, exploratoire, explicatif, prédictif, etc.</p>	<p>Décrivez la méthodologie de recherche. Quantitative, descriptive transversale.</p> <p>Avez-vous identifié des biais ? Dans quel sens influenceraient-ils l'étude ? les chercheurs ont identifié :</p> <p>1^x La petite taille et l'inclusion d'un seul échantillon. 2^x La durée de résidence n'est pas disponible. 3^x Pas de données disponibles sur l'histoire du bénévolat 4^x Outil de dépistage PHQ-2 mesure de dépression est valide, mais évalue seulement la tristesse et l'anhédonie. – il n'est pas sensible aux autres symptômes de la dépression.</p>
<p>Echantillon</p> <p>N = 127. H = 29. F = 98. AM = 87,75 ans</p> <p>Est-il décrit en détail ?</p> <input type="checkbox"/> x Oui <input type="checkbox"/> Non	<p>Echantillonnage (qui ; caractéristiques ; combien ; méthode d'échantillonnage ?) Si plusieurs groupes, leurs similitudes sont-elles été testées ?</p> <p>Un seul groupe d'échantillon.</p> <p>Les résidents étaient admis à participer si elles résidaient dans la partie indépendante ou assistée de la CCRC, pourrait décrire les attentes de l'étude du chercheur principal, et a marqué au moins deux sur trois sur le point trois du rappel de la Mini-Cog. (§ methods, 57, L 1 -5)</p> <p>Commission d'éthique (consentement éclairé obtenu) ?</p> <p>Cette étude a été approuvée par l'université Institutional Review Board, et tous les participants ont donné par écrit leur consentement éclairé. (§ methods, 57, L 6 – 7)</p>
<p>Mesures</p> <p>Validité ? oui</p> <p>Fiabilité ? oui</p>	<p>Quand et/ou à quelle fréquence les mesures sont-elles été réalisées ?</p> <p>Etude transversale, avec petite taille et un seul échantillon.</p> <p>Les données ont été analysées en utilisant la version 19.0 de SPSS (Chicago, IL, USA) logiciel statistique. Alpha a été fixé à p <0,05 pour la signification statistique</p> <p>Test du modèle a été fait en utilisant l'analyse du chemin et de la version 19 du programme statistique AMOS (Arbuckle, 2006) ... (§ statistical analyses, 58)</p> <p>Outil de dépistage PHQ-2, cette mesure de dépression est valide, mais évalue seulement la tristesse et l'anhédonie. – il n'est pas sensible au autres symptômes de la dépression.</p> <p>Quelles variables sont mesurées ?</p> <p>Age Maladies chroniques Physical Resilience Scale Yale Physical Activity Survey (YPAS) Patient Health Questionnaire (PHQ-2) – dépression (2 items) Se sentir utile</p>

	<p>Bénévolat EVA douleur 0-10 La peur de tombé 0-10</p>
<p>Intervention L'intervention est-elle décrite en détail ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/> Pas d'intervention Y a-t-il des facteurs confondants ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je n'en identifie pas</p>	<p>Décrire l'intervention (focus ? par qui est-elle effectuée ? A quelle fréquence ? dans quel cadre ? l'intervention pourrait-elle être répliquée à partir des informations contenues dans l'article ?).</p>
<p>Résultats Mentionnent-ils la significativité et/ou les IC? <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Les implications cliniques sont-elles mentionnées ? <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>	<p>Décrivez les résultats. Sont-ils statistiquement significatifs (i.e., $p < 0.05$) ?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tableau 1 – les caractéristiques de l'échantillon et les variables. 2. L'âge, la peur de tomber, la douleur, l'activité physique et la résilience physique étaient significativement associés à des symptômes dépressifs. 3. L'âge, le nombre de maladies chroniques, et la résilience physique étaient significativement associés au bénévolat. 4. L'activité totale et le bénévolat ont été significativement associés avec des sentiments d'utilité. 5. L'activité physique a été significativement associé avec la réduction des symptômes dépressive. (-.19) 6. Bien que le bénévolat a été associée à une augmentation des sentiments d'utilité, ni bénévolat, ni sentiments d'utilité étaient directement liés aux symptômes dépressifs. (§ results, 59, FIGURE 2) 7. Cependant, il y avait un petit effet indirect (0,04) du bénévolat sur la réduction des symptômes dépressifs par l'activité physique accrue. ... Révisé et utilisé uniquement les chemins significatifs $p < 0,05$ (Tableau 3)
	<p>Les différences entre groupes sont-elles expliquées et statistiquement interprétables ? Un seul groupe</p>

<p>Conclusions et implications</p> <p>Les auteurs répondent-ils à leur(s) questionnement(s) ? Oui</p>	<p>Quelles sont les conclusions de l'étude ? Quelles conséquences pour la pratique ? Quelles limites ou biais empêchent une généralisation ?</p> <p>Bien que le bénévolat a été associée à une augmentation des sentiments d'utilité, ni bénévolat, ni sentiments d'utilité étaient directement liés aux symptômes dépressifs. Par conséquent, nous ne disposons pas de preuves à l'appui de notre hypothèse que les sentiments d'utilité seront en relation entre le bénévolat et les symptômes dépressifs. Une raison possible pour cela était notre utilisation de l'outil de dépistage à deux éléments pour évaluer des symptômes dépressifs. La dépression mesure PHQ-2 ne capture que des sentiments de tristesse et d'anhédonie. (§ discussion, 61, L 8...) Cependant, il y avait un petit effet indirect (0,04) du bénévolat et de la réduction des symptômes dépressifs par l'activité physique accrue. Une étude plus poussée est nécessaire... Malgré les limites, cette étude ajoute à la recherche actuelle, soutenant l'importance du bénévolat pour la santé mentale des personnes âgées vivant dans des établissements de soins de longue durée. (§ study limitations)</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Article N°6: Bergland, A., & Kirkevold, M. (2006). The significance of peer relationships to thriving in nursing homes. *Journal of Clinical Nursing*, 17(10), 1295-1302. doi:10.1111/j.1365-2702.2007.02069.x

GRILLE D'ANALYSE D'ARTICLE QUALITATIF

Critères 1-5 = fiabilité ; 6-8 = crédibilité	oui	non	Pas clair	Pas applicab le	Argumentation
1. La perspective philosophique annoncée et la méthodologie de recherche sont congruentes	X				Les auteurs ont utilisé une méthodologie qualitative analysé avec une conception exploratoire descriptive. Cette étude a été réalisée dans une tradition de recherche phénoménologique. (p. 1297, § Méthode, l-2).
2. La méthodologie de recherche et les questions/objectifs de recherche sont congruents	X				Le but de cette étude est de décrire la perception du résident institutionnalisé sur l'importance des relations avec ses pairs en foyer de soins sur leur expérience de prospérité. (1295, § aim and objective, l. 1-3). Pour décrire ce phénomène, les auteurs ont réalisé une recherche phénoménologique sociale prenant les expériences quotidiennes des résidents comme point de départ. (p. 1297, § Methods, l. 1-3) Les auteurs ont également utilisé l'étude de Schmutz (1962, 1975) qui a proposé que les individus vivent dans un monde social commun dans lequel

					ils interprètent leurs expériences vécues. (p. 1297, § Methods, l. 5-7).
3. La méthodologie de recherche et les méthodes utilisées pour recueillir les données sont congruentes	X				<p>26 résidents (20 femmes et 6 hommes) ont donné leur consentement pour participer à l'étude. (p. 1297, § sample, l. 1). Cependant, nous n'avons pas le nombre premier de recrutement. Nous savons qu'il y a eu 3 résidents qui sont décédé avant le début de l'étude et que 8 non pas donnés leur consentement. (p. 1297, § sample, l. 7-10).</p> <p>Nous ne savons pas combien de temps l'auteur est resté sur le terrain, ni combien de temps a duré l'étude et les interviews. Toutefois, les données ont été recueilli par l'observation des participants et des entrevues ouvertes avec les 16 premiers résidents dans un premier temps. Ensuite, il y a eu une période d'analyse et des entrevues supplémentaire ont été faite avec 10 résidents supplémentaires pour élaborer des conclusions préliminaires et posée des questions spécifiques. (p. 1298, § Data collection, l. 1- 5).</p> <p>Le 1^{er} auteur a participé a des activités quotidiennes et a organisé des activités sociales dans le quartier, la cafétéria du foyer de soins et la chapelle et il a passé du temps avec les résidents dans le salon et d'autres salles communes ce qui a permis à l'auteur d'observer les interactions entre les résidents et de prendre des notes détaillés sur le moment. (p. 1298, § Data collection, l. 6 -10 et l. 15-18).</p>
4. La méthodologie de recherche et la présentation et l'analyse des données sont congruentes	X				<p>Dans un premier temps, les données d'entrevue et les notes de terrain ont été lues à fond pour identifier les principaux sujets liés à l'expérience de prospérité dans les relations sociale du résident dans la maison de soins infirmiers. Les éléments du textes ont été codé, puis copié dans un fichier séparée. Les données ont été relies pour s'assurer qu'aucun thème n'avait été identifié. (p. 1298, § Data analysis, l. 1-6).</p> <p>Durant le processus d'analyse, les auteurs ont créés des matrices de données à titre d'aide à la reconnaissance et à l'élaboration des modèles dans les données. (p. 1298, § Data analysis, l. 11-13).</p>

					Pendant la période d'observation sur le terrain, le chercheur a été interpellé par l'importance des soignant dans l'initiation et le maintien des contacts et conversation entre les résidents ce qui a poussé les auteurs à se concentrer le rôle du soignant. (p. 1298, § Data analysis, l. 16-22).
5. La méthodologie de recherche et l'interprétation des résultats de recherche est congruente	X				<p>La prospérité dans les relations sociaux entre les résidents en maison de soins est importante mais pas essentielle pour tout le monde ; 12 résidents ont établi des relations avec un ou plusieurs de leurs pairs tandis que 14 n'en avait pas. (p. 1298, § Findings, l. 1-4). Les résultats ont démontré qu'être impliqué dans une relation personnelle avec un pair promeut la prospérité chez ceux qui voulu et réussi a en construire une. Cependant, celle-ci n'est significative pour tous ; la moitié résidents qui disent trouver la prospérité sans interaction avec leur pair.</p> <p>Toutefois, certains des résidents de cette moitié non pas réussi à créer de relation avec leur pair mais aurait souhaité en avoir une. (p. 1298, § Findings, l. 4- 13).</p> <p>Les résultats ont également démontré que les soignants possédaient un impact significatif sur le développement des interactions entre les résidents lorsque ceux-ci n'arrivaient pas à le faire eux-mêmes. (p. 1298, § Findings, l. 15-20).</p> <p>Quatre domaine favorisant ou défavorisant la propérité ont été trouvé ; Propérité parmi les résident impliqué dans la relation entre les pairs (p. 1298, § Findings, l. 22), Prospérité en l'absence de relation avec les pairs (p. 1299, § Findings, l. 67), Prospérer, mais avec un désir de relation avec les pairs (p. 1299, § Findings, l. 93), le rôle des aidants en tant que facilitateurs (p. 1300, § Findings, l. 141).</p>
6. Le chercheur est identifié culturellement et théoriquement et/ou l'influence potentielle du chercheur sur la recherche et de la recherche sur	X				Sur la 1 ^{er} page, les auteurs et leur fonction sont cités. Tous deux sont dans les soins infirmiers et viennent de l'Institut de Soins Infirmiers et des Sciences de la Santé, le Faculté de Médecine, University of Oslo Norway.

le chercheur est discutée					
7. Les participants et leurs voix sont représentés adéquatement	X				<p>Les auteurs ont inséré leurs observations sur le terrain ainsi que le témoignage d'une résidente dans leurs résultats. Par exemple, dans le sous-chapitre Prospérité parmi les résidents impliqués dans la relation entre les pairs les auteurs ont introduit le témoignage d'une résidente (p. 1298, § Findings, l. 44 -47). Dans les autres sous chapitres c'est les notes que le 1^{er} auteur a récolté quand il était sur le terrain. (p. 1299, § Findings, l. 135-140) et (p. 1300, § Findings, l. 172-191 et 210-232). Vu le peu de témoignage qui figure dans le texte ce critère n'est pas respecté.</p>
8. Les conclusions amenées dans la discussion semblent découler de l'interprétation des données	X				<p>Les auteurs reprennent les point-clés de leurs études. Il rappelle entre autre que le simple fait que les résidents se retrouvent dans la même pièce ne signifie pas que cela va favoriser les liens sociaux. (p. 1301, § Discussion, l. 3-6).</p> <p>Les auteurs s'appuie aussi sur des études antérieures pour appuyer leur conclusion qui dérive de leur résultat notamment au sujet de l'interaction entre les résidents ; pour promouvoir le bien-être, les résidents devraient parler les uns avec les autres. (p. 1301, § Discussion, l. 7- 11).</p> <p>Les auteurs mentionnent également que les résidents qui ne souhaitent pas avoir des interactions avec leurs pairs trouve des stratégies pour trouver la prospérité à travers leur famille. (p. 1301, § Discussion, l. 12-17). De ce fait, les résidents recherchent les personnes qui sont capable de leur apporter un soutien émotionnel et leur recherche démontre aussi que les soignants doivent être attentif au changement dans leur interaction avec leur famille et proche. (p. 1301, § Discussion, l. 17-20 et l. 21-23).</p> <p>Parmi ce groupe qui dit trouver la prospérité sans interaction avec leur pairs, un nombre d'entre eux révèlent qu'une relation avec leur pairs pourrait améliorer leur vie en maison de soins infirmiers. (p. 1301, § Discussion, l. 33-36).</p> <p>Enfin, les auteurs ont mis en avant que</p>

					<p>pour les résidents qui avaient créé une relation avec leurs pairs il est important pour eux de la maintenir pour garder leur prospérité. (p. 1301, § Discussion, l. 39-42). Par conséquent, c'est un challenge pour les soignants en maison de retraite pour répondre aux besoins de ces différents groupes. (p. 1301, § Discussion, l. 42-47).</p> <p>Pour finir, les auteurs appuie sur le rôle significatif des soignants pour le développement et le maintien des relations entre les résidents et que ce rôle devrait être développer dans l'avenir. (p. 1301, § Discussion, l. 58 -65 et l. 85-87).</p>
9. Les normes éthiques sont respectées	X				<p>Le projet de recherche a été approuvé par les services de donnée de sciences sociales norvégienne et le Comité d'éthique régional pour la recherche médicale. Tous les participants ont donné leur consentement éclairé à l'infirmière chef avant d'être inclus dans l'étude. (p. 1298, § Ethical considerations, l. 1-5).</p>

Traduit du JBI Manual (Joanna Briggs Institute, 2011) par la professeur J. Wosinski.

A. Compétences du rôle d'expert-e en soins infirmiers

A1. Assurer la responsabilité des soins infirmiers préventifs, thérapeutiques, de réadaptation et palliatifs en évaluant les besoins des individus et des groupes à tous les âges de la vie et en effectuant ou déléguant les soins appropriés.	
Critères d'évaluation	Indicateurs (non-exhaustifs) évalués en situation
Maîtrise de l'examen clinique	<ul style="list-style-type: none"> - Évalue, de manière systématique et rigoureuse, l'état de santé des personnes soignées en utilisant des outils de récolte de données adaptés - Analyse et interprète les données récoltées de manière adéquate - Formule des diagnostics infirmiers pertinents - Détermine le degré d'urgence et de gravité des signes et symptômes observés
Pertinence des projets de soins et de leur réalisation	<ul style="list-style-type: none"> - Élabore, en partenariat avec les personnes soignées et tous les intervenants, les projets de soins en se référant à une théorie ou un modèle infirmier - Met en œuvre/supervise la réalisation des projets de soins - Planifie des interventions infirmières efficaces et appropriées en se référant aux bonnes pratiques - Évalue et réactualise les projets de soins
Maîtrise des techniques de soins	<ul style="list-style-type: none"> - Réalise et évalue les soins en respectant les critères de qualité - Maîtrise les soins couramment pratiqués dans le service
Administration réfléchie des traitements médico-délégués	<ul style="list-style-type: none"> - Explique les traitements médico-délégués en mobilisant l'ensemble des connaissances pertinentes - Pose un regard critique sur les traitements médico-délégués en regard des effets recherchés, des effets indésirables et de la situation des personnes soignées
Gestion adéquate des situations	<ul style="list-style-type: none"> - Gère de manière autonome et rapide les soins dans des situations habituelles du service - Gère avec aide les soins dans les situations inhabituelles
A2. Assurer, au sein de l'équipe professionnelle et interprofessionnelle, la mise en œuvre et la continuité des soins de qualité dans l'intérêt de la/du patient-e et de ses proches.	
Critères d'évaluation	Indicateurs (non-exhaustifs) évalués en situation
Fiabilité, pertinence et complétude des informations transmises aux membres de l'équipe professionnelle et interprofessionnelle	<ul style="list-style-type: none"> - Transmet, par écrit et par oral, les informations nécessaires à la continuité des soins. - Participe activement aux colloques infirmiers et interprofessionnels
Maîtrise des principes de délégation et supervision	<ul style="list-style-type: none"> - Délégué les interventions de manière adéquate - Supervise les interventions réalisées par les membres de l'équipe sous sa responsabilité
Cohérence dans la coordination des soins.	<ul style="list-style-type: none"> - Coordonne les soins de manière cohérente
A3. Soutenir et informer les patient-e-s et leur entourage et répondre à leurs besoins de formation dans le cadre du traitement et de la promotion de la santé, et de la prévention, en s'appuyant sur des connaissances scientifiques actuelles et sur les principes éthiques de la profession.	
Critères d'évaluation	Indicateurs (non-exhaustifs) évalués en situation
Fiabilité, pertinence et complétude des informations transmises au patient et aux proches	<ul style="list-style-type: none"> - Repère les besoins en information des personnes soignées et de leur entourage et y donne suite - Informe les personnes soignées et leur entourage de manière régulière, complète et adaptée - Réalise l'enseignement thérapeutique nécessaire au maintien de l'autonomie des personnes
Pertinence et complétude des interventions de prévention	<ul style="list-style-type: none"> - Intègre systématiquement des interventions de prévention aux projets de soins - Identifie des situations de crise (biologique, psychologique ou social) et offre un accompagnement professionnel - Offre des interventions de soutien et d'accompagnement en situation de crise
A4. Baser ses pratiques sur le plus haut niveau de preuves scientifiques disponible et promouvoir le transfert des résultats de recherche dans la formation et la pratique.	
Critères d'évaluation	Indicateurs (non-exhaustifs) évalués en situation
Pertinence et régularité de l'utilisation des résultats de recherche	<ul style="list-style-type: none"> - Se réfère aux données probantes dans le choix des interventions
Commentaire général	
Appréciation globale	Acquis <input type="checkbox"/> (maîtrise) En voie d'acquisition <input type="checkbox"/> (maîtrise partielle) Non acquis <input type="checkbox"/> (maîtrise insuffisante)

© Coresloc / Septembre 2013

