

***L'approche spirituelle auprès des personnes âgées
vivant en EMS***

Travail de Bachelor

Aabi Yasmiin
N° matricule : 16872392

Schumacher Dang Tenga Céline
N° matricule : 14588040

Simkhovitch Noémie
N° matricule : 09889874

Directeur : BOBBINK Paul – MScSI – Maître d'Enseignement à la HES

Membre du jury externe : BEKKARA Pascale - Infirmière

Genève, le 30 juillet 2019

DÉCLARATION

« Ce travail de Bachelor a été réalisé dans le cadre d'une formation en soins infirmiers à la Haute école de santé - Genève en vue de l'obtention du titre de *Bachelor of Science HES-SO en Soins infirmiers* ». L'utilisation des conclusions et recommandations formulées dans le travail de Bachelor, sans préjuger de leur valeur, n'engage ni la responsabilité des auteurs, ni celle du directeur du travail de Bachelor, du juré et de la HEdS.

Nous attestons avoir réalisé seules le présent travail sans avoir plagié ou utilisé des sources autres que celles citées dans la bibliographie ».

Fait à Genève, le 30 juillet 2019

Yasmiin Aabi, Céline Schumacher-Dang Tenga, Noémie Simkhovitch

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier Monsieur Paul Bobbink, directeur du travail de Bachelor, pour son investissement et sa disponibilité. Ses connaissances dans le domaine de la recherche et professionnel, nous ont guidés dans la réalisation de ce travail.

Nous adressons nos sincères remerciements aussi à Mme Pascale Bekkara, membre du jury de soutenance, pour l'intérêt porté à notre travail.

Nous tenons à remercier chaleureusement Mme Sabine Simkhovitch-Dreyfus, pour ses relectures et corrections pertinentes, Mme Madeleine Grillet ainsi que M. Ahmed Abdi Jama et M. Arnaud Rabetrano.

Un grand merci aux bibliothécaires de la Haute école de santé pour leur aide concernant l'utilisation des outils informatiques et de recherche.

Nous tenons tout particulièrement à remercier tous nos proches pour leur patience et leur soutien durant toutes ces années de formation en soins infirmiers, jusqu'à l'aboutissement de notre travail final.

Enfin, nous remercions chacune d'entre nous pour avoir contribué à l'élaboration de ce travail ainsi que pour les efforts fournis, la patience, l'implication et la solidarité de chacune.

RÉSUMÉ

Contexte : L'augmentation de la population âgée et le vieillissement engendrent des problématiques de santé qui sont parfois associées à des pertes physiques, psychologiques et sociales. Cette vulnérabilité amène à l'institutionnalisation. Les aléas de la vie et le changement du lieu de vie, peuvent favoriser des préoccupations spirituelles.

Objectif : Cette revue de littérature a pour but de répondre à la question de recherche suivante : « *Quelle est l'importance de la spiritualité chez les personnes âgées vivant en maison de retraite* » ?

Méthodes : Une récolte d'articles scientifiques a été réalisée à l'aide de la base de données Pubmed. Les résultats ont été répartis sur un tableau synoptique.

Résultat : 9 articles de recherche ont été sélectionnés. Ils ont mis en lumière l'importance des besoins spirituels ou religieux, des stratégies mises en place et des différentes ressources de la personne âgée pour atteindre le dépassement de soi et accéder au bien-être.

Conclusion : Le concept de l'auto-transcendance de Pamela Reed a permis de mettre en évidence que les quatre ressources de l'auto-transcendance étaient similaires aux ressources mises en place par les participants des études. C'est pourquoi, cette théorie de soin s'adapte à la personne âgée institutionnalisée. Par conséquent, la prise en soin devrait être interdisciplinaire, holistique, individualisée et tenir compte de toutes les ressources de la personne tels que ses proches et sa spiritualité.

Mots-clés : Maison de retraite, Personne âgée, Spiritualité.

Keywords : Nursing home /Homes for the elderly , Aged, Spirituality

LISTE DES ABRÉVIATIONS

HEdS	Haute école de santé - Genève
EMS	Établissement médico-social
EBP	Evidence Based Practice/Pratique fondée sur des preuves
FEGEMS	Fédération Genevoise des établissements médico-sociaux
OFS	Office fédéral de la statistique
OMS	Organisation mondiale de la santé

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1: PICO	25
Tableau 2: Traduction en anglais des mots-clés	26
Tableau 3: équations effectuées pour la recherche des articles scientifiques	27

LISTE DES FIGURES

Figure 1: Structure par âge de la population Suisse 1900/2017	10
Figure 2: Lien entre les concepts de la théorie de l'auto-transcendance	21
Figure 3. Diagramme de flux décrivant le processus d'identification des articles	29
Figure 4: Hiérarchie des preuves : niveaux de preuves pour différentes questions sur les pratiques fondées sur des preuves.....	30

TABLE DES MATIÈRES

Déclaration	ii
Remerciements	iii
Résumé.....	iv
Liste des abréviations.....	v
Liste des tableaux	v
Liste des figures	v
Table des matières	6
Introduction.....	8
1. Problématique.....	9
1.1. La personne âgée.....	9
1.2. La personne âgée en maison de retraite	11
1.3. La spiritualité de la personne âgée en maison de retraite.....	12
2. État des connaissances	14
3. Modèle théorique de Pamela Reed.....	17
3.1. Modèle théorique retenu	17
3.2. L'auto-transcendance de Pamela Reed	17
3.2.1. Métaconcepts.....	17
3.2.2. Principaux concepts de la théorie	19
3.2.3. La mise en pratique et la recherche infirmière selon P. Reed	22
3.3. Question de recherche finale.....	24
4. Méthode.....	25
4.1. Sources d'information et stratégie de recherche documentaire	25
4.2. Critères d'inclusion et exclusion	26
4.3. Construction et présentation des équations de recherche.....	27
4.4. Diagramme de flux.....	29
5. Résultats.....	30
5.1. Les études retenues, méthodologie et niveau de preuve	30
5.2. Instrument de mesure des études.....	35
5.3. Résultats tableaux.....	38
5.4. Résultats tableau synoptique	48
5.5. Résultat par thèmes	49
5.5.1. Stratégie d'adaptation spirituelle et/ou religieuse	49
5.5.2. Spiritualité.....	50
5.5.3. Religion	52
5.5.4. Bien-être et qualité de vie	53
5.5.5. Prise en soins de la spiritualité	54
5.5.6. Proche aidant.....	55
6. Discussion	57
6.1. La vulnérabilité	57
6.2. L'auto-transcendance	58
6.3. Le bien-être	61
6.4. Les facteurs favorisant l'auto-transcendance	62
7. Conclusion.....	63
7.1. Apports et limites du travail.....	63
7.2. Recommandations	64
7.2.1. Clinique	64
7.2.2. Recherche	66

7.2.3.	Enseignement.....	66
8.	Références	68
9.	Annexes.....	73
9.1.	Fiches de lecture.....	73
9.1.1.	Fiche de lecture	73
9.1.2.	Fiche de lecture	80
9.1.3.	Fiche de lecture	86
9.1.4.	Fiche de lecture	91
9.1.5.	Fiche de lecture	96
9.1.6.	Fiche de lecture	103
9.1.7.	Fiche de lecture	111
9.1.8.	Fiche de lecture	116
9.1.9.	Fiche de lecture	121

INTRODUCTION

L'intégration de la dimension spirituelle suscite un intérêt croissant dans la prise en soins de la population âgée institutionnalisée, car le vieillissement de la population est en pleine croissance (Brandt, Laubscher, Gamaïunova & Dandarova, 2016, p.10). D'une part et grâce aux progrès de la médecine et l'amélioration des conditions de vie, l'espérance de vie des aînés a considérablement augmenté. D'autre part, ces facteurs ont contribué de manière significative à l'apparition des maladies chroniques invalidantes (Monod-Zorzi, 2012, p.6). Selon la littérature, la réalité du grand âge est douloureuse pour l'aîné (Brandt, Laubscher, Gamaïunova & Robert, 2017, p.10). Cette douleur s'additionne aux maladies somatiques graves et chroniques, qui induisent diverses pertes biologiques, psychologiques et sociales (Brandt & al., 2017, p.10). L'ensemble de ces éléments amène des changements dans la vie de l'aîné et contribue à son institutionnalisation.

L'institutionnalisation est vécue comme un événement majeur dans le parcours de vie des aînés. D'autant plus qu'ils sont rattachés à des valeurs et à des pratiques religieuses et donc sujets à des préoccupations spirituelles (Fédération Genevoise des établissements médico-sociaux (FEGEMS), 2006, p.3). La spiritualité revêt aujourd'hui plusieurs formes qui abordent toutes la notion du sens de l'existence (FEGEMS ,2016, p.3).

Ce travail de Bachelor est présenté sous la forme d'une revue de littérature. Elle est construite à travers une problématique, un cadre théorique, une méthodologie et des résultats. Elle se termine par une discussion ainsi que des recommandations pour la pratique infirmière qui sont exposées ci-dessous.

1. PROBLÉMATIQUE

1.1. La personne âgée

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la personne âgée est définie comme une personne de 65 ans et plus (Corpus de Gériatrie, 2000, p.9). En Suisse, l'âge de la retraite est fixé à 65 ans pour les hommes et 64 ans pour les femmes, soit l'âge légal de l'AVS (ch.ch, 2019). Les aînés sont répartis en trois sous-groupes d'âge en fonction des événements historiques et du degré d'autonomie. Les "jeunes vieux" de 65-74 ans sont actifs, autonomes et indépendants pour la majorité. Le groupe des "vieux-vieux" de 75-84 ans dit du troisième âge, souffrent le plus souvent de maladies chroniques et sont en perte d'autonomie (Voyer, 2013, pp.1-2). Le groupe des "très vieux" de 85 ans et plus est considéré comme le quatrième âge, ils sont les plus fragilisés et vulnérables (Voyer, 2013, pp.1-2). Le processus de détérioration biologique participe au vieillissement et engendre la maladie. Une hausse des maladies chroniques est constatée chez les personnes de plus de 80 ans (Promotion Santé Suisse, 2016).

À l'échelle mondiale, une évolution démographique majeure est attendue. D'ici 2050, les personnes âgées de 80 ans et plus atteindront 426 millions, contre 143 millions en 2019 (Nations unies, 2019). Selon les statistiques en Suisse, au cours des trente prochaines années, le nombre de personnes âgées augmentera à 2,2 millions en 2030, puis à 2,7 millions en 2045 (Office fédérale de la statistique [OFS], 2015). L'âge biologique des personnes âgées s'étend aujourd'hui de 65 à 110 ans (Promotion Santé Suisse, 2016, p.22). Le pyramide des âges de la figure 1. ci-dessous présente une comparaison de l'augmentation du nombre de personnes âgées en Suisse entre 1900 et 2017, en particulier chez les femmes. En 1900, le nombre de jeunes est minoritaire face au nombre de personnes âgées de plus de 60 ans. De plus, en 2017, une nette distinction des âges est constatée, les personnes âgées de plus de 60 ans sont plus nombreuses.

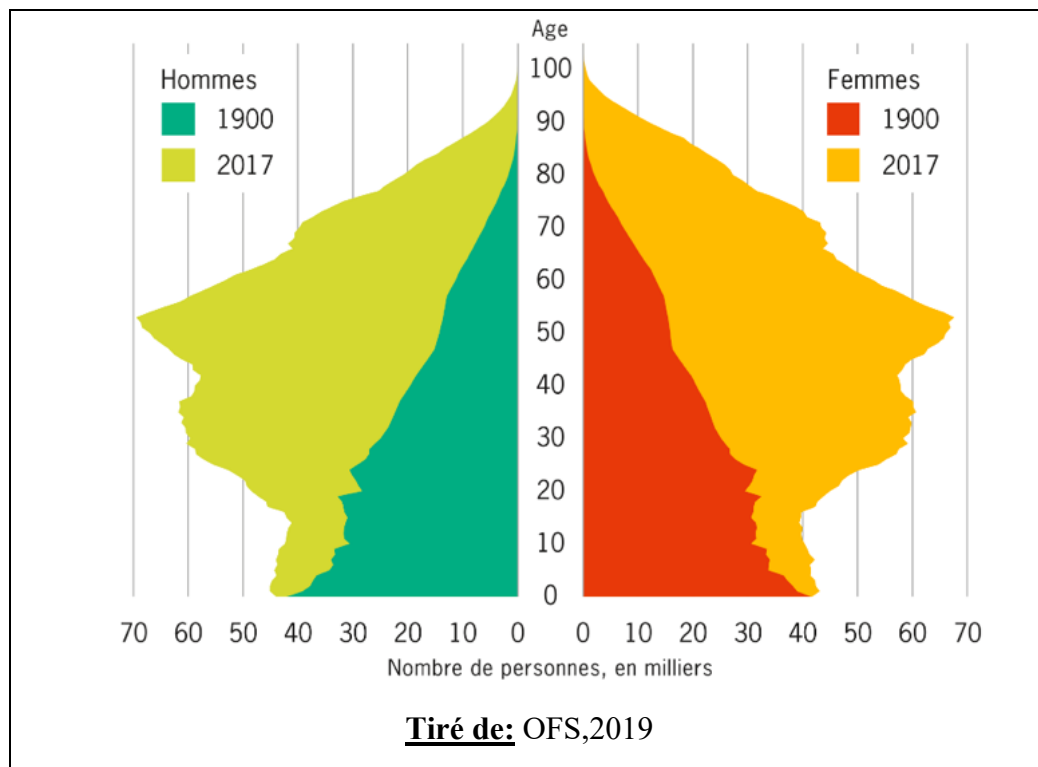


Figure 1: Structure par âge de la population Suisse 1900/2017

La hausse de la population âgée est en lien avec une augmentation de l'espérance de vie (OFS, 2019). L'avancée de la médecine et des technologies médicales ont permis de diminuer le taux de mortalité, et d'augmenter de manière significative l'espérance de vie chez les aînés. En contrepartie, ces progrès ont développé une autre forme de souffrance, comme l'augmentation des maladies chroniques (Monod-Zorzi, 2012, p.6). A cela s'ajoute, la perte d'autonomie, l'incapacité fonctionnelle, l'isolement, le sentiment de solitude, ainsi que les souffrances physiques et morales (Brandt & al. p.10, 2016). Selon Monod-Zorzi (2012) ces conséquences du vieillissement sont des facteurs de risque de la vulnérabilité (p.15). La vulnérabilité de l'aîné étant l'une des raisons qui conduit à l'institutionnalisation (Voyer, 2013, p.3).

1.2. La personne âgée en maison de retraite

En Suisse, le besoin d'aide s'accroît dès 80 ans, avec une perte d'autonomie sévère, une polymorbidité chez moins de la moitié de cette tranche d'âge (41%) ainsi qu'une prévalence de démence de 13% (Promotion Santé Suisse, 2016, pp.4-5). On parle alors de déclin des capacités et de dépendance fonctionnelle qui s'installent progressivement. Outre ce déclin, l'aîné doit faire face aux différentes pertes liées au vieillissement telle qu'une rupture des liens sociaux (Voyer, 2013, p.3). Au vu de ces problématiques de santé, l'aîné est sujet au placement en institution (Voyer, 2013, p.3). Dans les EMS, 77% des personnes âgées ont des problématiques de santé chroniques et 83% sont limitées dans les actes de la vie quotidienne (OFS, 2012, p.5). Ce taux d'institutionnalisation augmente avec l'âge. Il était de 1% pour les 65 à 74 ans et de 28% pour les 85 ans et plus. Les statistiques démontrent que les femmes représentent les trois-quarts de la population institutionnalisée, soit la moitié de l'effectif pour les 85 ans et plus (OFS, 2012, p.5). Selon l'OFS (2019), le nombre de personnes âgées vivant dans les établissements médico-sociaux (EMS) était de 1,5 % pour les aînés âgés de 65 à 79 ans et de 15,7 % pour les 80 ans et plus en 2017 (p.1). Ce qui représente un coût total de 10'128 millions de francs suisses (OFS, 2019 cité par SOMED, 2017). Le nombre de places libres en EMS s'élevait à 1'561 pour 99'242 demandes de placements en 2017 (OFS, 2012).

L'entrée en EMS est majoritairement une initiative de la famille, ceci en raison d'un épuisement lié à la dépendance et aux multiples hospitalisations de la personne âgée. Elle provoque un sentiment de culpabilité chez le proche aidant, qui est vécu comme une situation de crise (Badey-Rodriguez, 2005, pp.1-2). Pour l'ensemble du groupe familial, la rupture avec l'environnement social et affectif de l'aîné s'avère difficile et à la fois brutale, d'autant plus lorsque l'aîné n'a pas consenti à son placement (Badey-Rodriguez, 2005, pp.1-2). Selon Brandt & al. (2017) l'adaptation de la vie en institution est vécue comme un abandon du domicile et comme une perte de ses repères (pp.18-19). La personne doit faire face à un réaménagement éprouvant, pour s'adapter à son

nouvel environnement, au risque de perturber son bien-être et d'être fragilisé émotionnellement (Voyer, 2013, p.3). La spiritualité peut alors être dans ces situations, une ressource importante pour surmonter ces pertes (Brandt & al., 2017, pp.18-19).

1.3. La spiritualité de la personne âgée en maison de retraite

En Suisse, 60% des personnes âgées de 75 ans et plus se déclarent religieux (Flaugergues, cité par Brandt & al. 2017, p.2). A Genève, la spiritualité et la religion tiennent une place importante pour un grand nombre de la population genevoise (42%) (Statistique Genève, 2016, p.3). Avec l'avancée en âge, 54% de la population de plus de 60 ans, se dit spirituelle (Koenig, cité par Brandt & al., 2017, p.2).

La spiritualité peut être définie de plusieurs manières. L'étymologie du mot spiritualité, provient du latin (spiritus, -us : souffle), qui signifie que la spiritualité aide à respirer, et donc à vivre (Goethals, 2017). Elle se définit entre autre, comme le besoin de donner un sens ou un but à son existence (Monod-Zorzi, 2012, p.30). Elle inclut une dimension large de l'amour, de la paix intérieure, de l'espoir ainsi que de l'expérience transcendante qui est reliée au sacré (Ballais, 2012, p.1). La spiritualité peut être à l'origine des croyances religieuses, de la religiosité ou partir d'une attitude philosophique ou morale (Rivier, Hongler & Suter, 2008, p.4). La religion et la religiosité sont deux concepts qui ne définissent pas à eux seuls, la spiritualité. La religion est liée aux communautés de foi. Elle est « une manière de croire structurée en un système défini par trois caractéristiques principales nommées par l'existence de la croyance que la personne affirme, les règles et comportements qui définissent son appartenance et des rites » (Monod-Zorzi, 2012, p.30). La religiosité est représentée par des pratiques religieuses qu'un individu fait en se référant à la religion (Monod-Zorzi, 2012, p.30). Tandis que la spiritualité, prend en compte plusieurs dimensions de la personne incluant les valeurs humaines et la dignité (Bigorio, 2008).

L'institutionnalisation est en majorité vécue comme un détachement avec son passé, elle renvoie la personne à sa propre finitude (FEGEMS, 2006, p.3). Cette expérience particulière crée un sentiment d'impuissance qui aboutit à des préoccupations existentielles et spirituelles (FEGEMS, 2006, p.3). Les ressources spirituelles pourraient améliorer la qualité de vie et renforcer la dignité des résidents en EMS (Brandt & al., 2017, pp.27-28).

2. ÉTAT DES CONNAISSANCES

La communauté de recherche en soins infirmiers a largement étudié le concept de spiritualité, il est qualifié de “complexe, énigmatique, abstrait et ambigu”. Par ailleurs, les chercheurs s'accordent peu sur la définition de la spiritualité, au même égard de la légitimité soignante à s'intéresser à cette thématique (Desmedt & Shaha, 2013, p.20). La dimension spirituelle dans les soins, se traduit par une présence à l'autre faite d'émotions, de tendresse et de gestes. Ce moment crée le lien vers l'intime, le secret et le sacré de la personne malade. Tous les intervenants sont concernés : le résident, sa famille et l'équipe soignante. Le regard spirituel donne une dimension significative à la maladie, il est interrogatif et révèle les fragilités afin d'acheminer la personne vers une transcendance. Ce regard invite à sortir des schémas répétitifs et à avoir une vision plus large qui mène à l'essentiel (Dautais, 2011, p. 24).

La discipline infirmière s'inspire dans sa pratique de 5 savoirs infirmiers (empirique, éthique personnel, esthétique et émancipatoire) énoncés par Carper en 1978 puis approfondis par Chinn & Kramer (2011). En mobilisant ces savoirs, l'infirmier sera capable de combiner un ensemble d'éléments nécessaires à la prise en soins de la personne dans sa globalité et d'avoir une pratique efficiente (Chinn & al., 2011 cité par Milhomme, Gagnon & Lechasseur, 2014, p.3). La spiritualité se retrouve dans le savoir empirique, ce concept a suscité plusieurs travaux de recherche dans le but de trouver une définition commune. Le savoir personnel s'appuie sur le vécu et les croyances de l'infirmier, il s'expérimente à travers l'écoute, l'authenticité, la présence vraie et l'ouverture à la relation qui sont des atouts importants pour aborder la spiritualité. Au travers des savoirs éthiques et émancipatoires, l'infirmier défend les intérêts de résidents institutionnalisés qui sont confrontés à la vulnérabilité et ont des préoccupations spirituelles. Le savoir esthétique permet à l'infirmier de reconnaître l'unicité de la personne à travers plusieurs composantes dont la spiritualité et d'en comprendre le sens

(Chinn & al., 2011 cité par Milhomme & al., 2014, pp.6-7). L'apport des soins spirituels issus de la littérature met en lumière " de solides capacités d'évaluation clinique ainsi que des compétences humaines, relationnelles et communicationnelles" dont l'infirmier doit disposer (De Serres, cité par Desmedt & al., 2013, p.11). Nightingale Florence, pionnière des soins infirmiers modernes, souligne que la spiritualité intrinsèque de la personne est une ressource qui permet un potentiel de guérison (Macrae, cité par Pépin, Cara, 2001, p.37). L'approche spirituelle intégrée dans les soins, consiste à prendre soin de la vie, c'est-à-dire de " ce qui est vivant, de ce qui va bien, de la force de vie qui habite la personne, de son désir intérieur... et fondamentalement de la personne elle-même" (Dautais, 2011, p.14).

Selon la réflexion de Goethals, (2017), la finitude, la solitude et l'incertitude ramènent inévitablement à la condition humaine, avec laquelle il est nécessaire de se familiariser au cours de la vie. Dès lors, le soignant et la personne soignée se retrouvent côte à côte face aux questions existentielles humaines. La religion est un mode de coping qui consiste à "faire avec", qui est favorisé lors de problèmes de santé et face à la mort (Koenig, cité par la FEGEMS, 2006, p.8). Les personnes âgées en EMS sont amenées à mettre en avant, toutes leurs capacités d'adaptation pour lutter contre les pertes physiques et sociales. Considérer la dimension spirituelle des aînés, devient une nécessité. C'est un défi qui appelle à une prise de conscience, au discernement et à de la créativité des institutions (Koenig, cité par la FEGEMS, 2006, p.8). Les manuels infirmiers mettent en avant deux notions à identifier dans l'approche de la spiritualité qui sont, la détresse spirituelle et le besoin spirituel (Jobin, 2012 cité par Jobin, Legault & Pujol , 2017, p.29). La détresse spirituelle est une perturbation du système de croyance, de valeur, d'espoir et du sens à sa vie (Carpenito- Moyet, cité par Desmedt & al., 2013). Le besoin spirituel se définit par la nécessité de trouver une signification ou un but à son existence, c'est une forme de besoin vital pour la personne (Monod-Zorzi, 2012, p.31).

Le bien-être spirituel est actuellement ancré à la vision clinique des sciences infirmières, au travail social, en psychologie et en médecine. Il est défini comme « le ressenti et l'intégration du sens de la vie, de par les liens avec autrui... ou une force supérieure » (Jobin, 2012 cité par Jobin & al., 2017, p.29).

Les liens entre bien-être et spiritualité auprès des personnes âgées en institution ont été démontrés dans la littérature issue du monde médical, qui soutient l'impact positif de la religion et de la spiritualité sur la santé ou le bien-être (Koenig, cité par Brandt & al., 2017, p.2).

3. MODÈLE THÉORIQUE DE PAMELA REED

3.1. Modèle théorique retenu

Le choix de la théorie infirmière pour ce travail s'est porté sur l'auto-transcendance de Pamela Reed. Elle fournit un cadre d'enquête et de pratique en matière de promotion du bien-être lors des situations de vie difficile, en particulier lorsque des personnes ou des familles sont confrontées à une perte ou à une maladie chronique. Pamela Reed est une pionnière dans la recherche de la spiritualité en soins infirmiers. Elle a commencé sa recherche en se référant aux écrits de Joyce J. Fitzpatrick qui portaient sur la relation entre le bien-être et les perspectives spirituelles (Alligood, 2014, p.574).

3.2. L'auto-transcendance de Pamela Reed

La théorie de l'auto-transcendance de Reed est une théorie intermédiaire. Cela signifie qu'elle est conçue d'un nombre de concepts limités. Cette théorie a été utilisée dans la recherche pour décrire et mettre en lien des concepts, mais également dans la pratique pour aider à comprendre les situations de soins et l'expérience vécue par la personne âgée (Alligood, 2014, p.574). L'auto-transcendance se situe dans l'école des patterns, qui répond à la question « A qui s'adressent les soins infirmiers ? ». Ce modèle définit la personne comme un tout différent des autres qui est en constant changement (Alligood, 2014, p.574). Selon Pepin & al. (2010), cette théorie se situe dans le paradigme unitaire-transformation. La personne a "des ressources et est partenaire de soins Le soignant est avec le soigné " (p. 29-30).

3.2.1. Métaconcepts

La discipline infirmière repose sur 4 métaconcepts, la personne, le soin, la santé et l'environnement. Chaque théoricienne définit sa vision des métaconcepts, qui est adaptée à sa théorie. P. Reed les définit de la manière suivante :

3.2.1.1. La personne

La personne est un processus évolutif, unique, qui possède des ressources pour repousser ses limites et atteindre un dépassement de soi. Elle est en interaction constante avec son entourage et son environnement qui sont changeants. Ils s'influencent mutuellement, soit positivement dans la santé et le bien-être, soit de manière négative (Alligood, 2014, p.578). Comme expliqué précédemment, les personnes âgées institutionnalisées sont vulnérables de par les défis du grand-âge et les différentes pertes qu'elles subissent. Ainsi, elles peuvent évoluer à travers un dépassement de soi et transformer les événements de vie difficiles en expérience de guérison (Reed cité par Smith & Liehr, 2014, p. 112).

3.2.1.2. Le soin

Le soin infirmier est une aide apportée aux personnes, à travers les dimensions interpersonnelles et l'environnement du soigné. L'infirmier est l'élément central qui permet de procurer la santé et le bien-être à la personne (Alligood, 2014, p.577). En établissement médico-social, l'infirmier doit prendre conscience des ressources et des besoins de la personne afin de créer un environnement propice au bien-être.

3.2.1.3. La santé

La santé est un processus de vie unique, qui comporte des expériences positives et négatives, à partir desquelles, les individus créent leurs propres valeurs et mettent en place la promotion de leur bien-être (Alligood, 2014, p.578). Au cours de la vie, chaque personne, même âgée, prend des décisions suite à ses expériences de vie personnelles. Elle peut faire appel à l'auto-transcendance pour améliorer sa santé qui est directement liée au bien-être.

3.2.1.4. L'environnement

L'environnement, décrit la famille, les réseaux sociaux, l'environnement physique et les ressources communautaires qui participent aux processus de la santé (Alligood, 2014, p.578). La personne et l'environnement sont en constants changements. L'un peut influencer sur l'autre et vice-versa. Lors de l'entrée en institution, l'environnement de la personne âgée est modifié, en lien avec les pertes physiques, matérielles et psychologiques qu'elle subit. L'auto-transcendance va intervenir pour permettre à la personne de s'adapter à ces changements dans son environnement. Son environnement peut également être une ressource, qui influence positivement le processus de santé. L'infirmier fait partie intégrante de cet environnement (Alligood, 2014, p.578).

3.2.2. Principaux concepts de la théorie

Lors de l'élaboration de sa théorie, Reed présente trois 3 concepts de la manière suivante.

Le bien-être

Il correspond à l'harmonie, au bonheur, à l'espoir, à la plénitude, et au sens de la vie. Il est décrit de plusieurs manières, en fonction des critères personnels (Smith & al., 2014, p.112). La personne âgée subit plusieurs pertes dans sa vie, par exemple, au niveau de l'affect, du social et de la santé. Ces différentes pertes sont vécues comme des expériences négatives. L'aîné va mettre en place des stratégies de dépassement de soi afin de faire face à ces événements de vie et parvenir à un état de bien-être et redonner ainsi, un sens à sa vie (Smith & Liehr, 2018, p.412).

La vulnérabilité

La vulnérabilité est une prise de conscience de sa propre finitude, elle aboutit à une maturation à l'âge adulte ou en fin de vie. Au cours de sa vie, la personne est susceptible

de faire face à certaines situations de crise, notamment lors de la naissance, d'une maladie chronique, ou d'une invalidité (Reed cité par Smith & al., 2014, p. 112).

L'aîné doit faire face à des changements physiques et de santé. Ces changements entraînent un état de vulnérabilité. En institution, la personne âgée perd ses repères et devient d'autant plus vulnérable. Si elle prend conscience de sa vulnérabilité, la personne âgée la transformera en une force qui l'amènera au dépassement de soi. Ce qui lui permettra d'accepter son état de santé et de s'épanouir avec un sentiment de bien-être (Smith & al., 2018, p.412).

L'auto-transcendance

L'auto-transcendance est décrite comme un dépassement de soi par un élargissement de ses limites à travers l'utilisation de 4 ressources (Smith & al., 2018, p.412)

- **L'intrapersonnelle** est une prise de conscience de soi, de ses propres valeurs, croyances et rêves.
- **L'interpersonnelle** est une ressource qui fait référence à l'environnement et à l'entourage de la personne.
- **La ressource temporelle** évoque le passé et le futur, qui permettent de donner du sens et d'améliorer le moment présent (Smith & al., 2014, p.111).
- **La ressource transpersonnelle** de l'auto-transcendance est la capacité d'un individu à se mettre en relation avec une force plus grande que soi (Smith & al., 2018, p.415).

Reed évoque un autre concept dans sa théorie, celui des facteurs de modération et de méditation. Ces facteurs prennent en considération les variables personnelles et contextuelles tels que "l'âge, le sexe, la capacité cognitive, les expériences de vie, les perspectives spirituelles, l'environnement social, et les événements historiques"

(Alligood, 2014, p.578). Ces variables interagissent dans les relations entre la vulnérabilité, l'auto-transcendance et le bien-être.

3.2.2.1. Lien entre les différents concepts clés de la théorie

La théoricienne met en avant les liens entre les différents concepts. Pour les concepts de l'auto-transcendance et du bien-être, Reed affirme qu'ils s'influencent mutuellement de manière positive. La personne sera capable de donner un sens à sa vie pour atteindre un bien-être lors de situations difficiles par le biais de l'auto-transcendance (Smith & al., 2014, p. 114). Selon Reed, le concept de vulnérabilité et de l'auto-transcendance ne possèdent pas de lien linéaire. D'une part, l'auto-transcendance permet une meilleure gestion de la vulnérabilité et d'autre part, une forte présence de vulnérabilité peut faire appel à l'auto-transcendance (Smith & al., 2014, p. 114).

Ces liens sont illustrés dans la figure 2. ci-dessous.

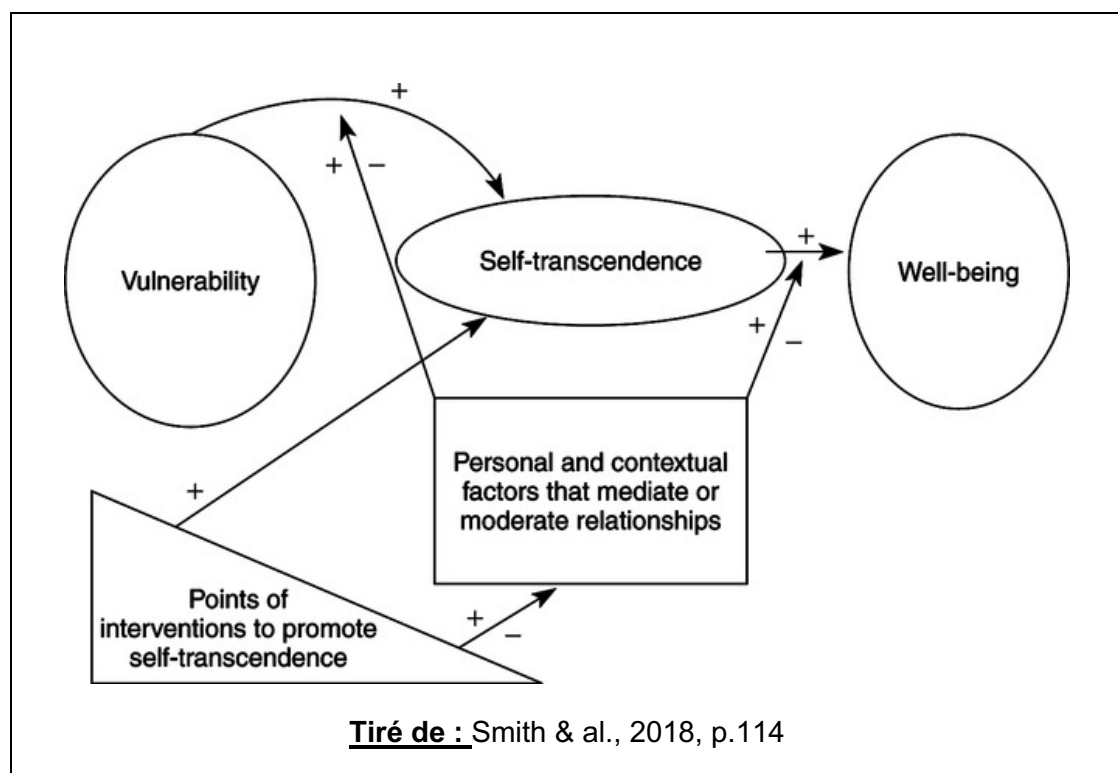


Figure 2: Lien entre les concepts de la théorie de l'auto-transcendance

3.2.3. La mise en pratique et la recherche infirmière selon P. Reed

La théorie de Reed est issue de la pratique infirmière et s'applique principalement aux personnes vivant une expérience de vie difficile, telle que l'arrivée d'une maladie chronique ou en situation de fin de vie (Smith & al., 2014, p. 109). C'est pour cette raison que lors de l'institutionnalisation, la personne âgée doit faire face à des pertes qui la rendent vulnérable.

Reed a mené plusieurs recherches notamment sur la spiritualité, le dépassement de soi, la santé mentale et les soins en fin de vie. Elle a développé deux échelles dont l'échelle d'auto-transcendance et l'échelle de perspective spirituelle qui sont utilisées par les chercheurs dans le cadre des études (Nursology, 2018). Sur le plan clinique, une association entre l'auto-transcendance et le bien-être a été mise en évidence dans les études auprès des populations vulnérables, telles que les personnes atteintes de maladies chroniques et de dépression (Alligood, 2014, p.625). Lorsque la théorie de l'auto-transcendance est mise en pratique en incluant les soins spirituels, elle pourrait faciliter à la personne soignée, l'accès au dépassement de soi. Pour y parvenir, l'infirmier qui est considérée comme une ressource, doit prendre en compte dans sa prise en soins, les différentes ressources constituant la personne. Ainsi, l'individu prend conscience de ces différentes sphères pour promouvoir son bien-être et donner un sens à son vécu. (Smith & al., 2014, p. 109). Néanmoins, la théorie se base essentiellement sur la sphère transpersonnelle qui est directement liée à la spiritualité. Le rôle du soignant dans son approche spirituelle est de favoriser la mise en place d'un environnement propice au bien-être. De plus, il donne des conseils qui favoriseront l'approche spirituelle, par exemple ; "la participation religieuse, l'exploration et l'expression spirituelles, l'implication dans des activités altruistes et travail sur des projets créatifs" (Smith & al., 2018, p.415).

Reed a émis plusieurs hypothèses dans sa théorie.

- Premièrement, les situations de santé chronique confrontent la personne à des défis complexes dans sa vie et la rend vulnérable.
- Deuxièmement, l'auto-transcendance permet de simplifier l'assimilation des facteurs complexes et conflictuels de la vie, du vieillissement et de la mort.
- Troisièmement, l'auto-transcendance permet d'offrir aux personnes âgées de nouvelles perspectives qui favorisent le bien-être (Alligood, 2010, pp.578-579). Suite aux pertes des capacités fonctionnelles et de l'autonomie chez l'aîné qui s'installent progressivement, ce dernier se retrouve en maison de retraite. De ce fait, il doit faire face au vieillissement ainsi qu'à la mort et se retrouve davantage exposé à la vulnérabilité.

L'infirmier de par ses interventions basées sur une approche spirituelle, va renforcer l'espoir, la confiance et la réflexion sur soi. Il doit faire preuve d'authenticité et de non-jugement afin que la personne et sa famille puissent s'exprimer sur leurs ressentis et prendre conscience de leurs situations (Alligood, 2014, p.625). Le concept de dépassement de soi est lié à celui de la spiritualité. Il permet de donner un sens à la vie se référant ainsi à l'une des définitions de la spiritualité. De plus, l'auto-transcendance "se mesure généralement à une expérience humaine englobant les aspects psychosociaux, physiques, émotionnels et spirituels" (Smith & al., 2014, p.129). Les éléments développés dans la théorie mettent en avant la nécessité de s'intéresser à la dimension spirituelle des personnes âgées vivant en EMS.

Le but du présent travail est d'explorer le vécu et la spiritualité des personnes âgées vivant en EMS afin de proposer des recommandations de soins infirmiers basés sur des articles scientifiques.

3.3. Question de recherche finale

L'élaboration de la problématique a mis en lumière l'importance de l'approche spirituelle auprès des personnes âgées institutionnalisées. Les personnes âgées représentent une population à risque de vulnérabilité pouvant être exposées à des expériences négatives.

La problématique met en évidence la question de recherche suivante :

Quelle est l'importance de la spiritualité chez les personnes âgées vivant en maison de retraite ?

4. MÉTHODE

Ce chapitre présente la démarche méthodologique utilisée pour l'élaboration de cette revue de littérature. L'identification de mots-clés et d'équations de recherche, a permis de trouver des articles scientifiques. Ces articles ont été filtrés selon divers critères pour répondre à la question de recherche.

4.1. Sources d'information et stratégie de recherche documentaire

Les mots-clés sont : personne âgée institutionnalisée, spiritualité et maison de retraite. Ils sont présentés ci-dessous selon la méthode PICO. Le moteur de recherche US National Library of Medicine National Institutes of Health (Pubmed) demande la traduction en anglais des mots-clés. Certains sont traduits en Medical Subject Headings (MeSH term) avec le logiciel Health Terminology/Ontology Portal (HeTOP). D'autres mots-clés ont été utilisés en all fields (tous champs) pour élargir la recherche. Concernant la base de recherche Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (Cinhal), les mots-clés ont été identifiés dans le thésaurus. Enfin, la base de recherche Lissa, qui est un moteur de recherche français a été utilisé.

Les mots-clés sont présentés ci-dessous en français dans le tableau 1. et en anglais dans le tableau 2. :

Tableau 1: PICO

P = population	I = intervention	C = contexte	O =outcome
Personne âgée institutionnalisée	Spiritualité	En établissement médico- social	/

Tableau 2: Traduction en anglais des mots-clés

Mots-clés en français	Personne âgée / Sujet âgé / Adulte âgé	Spiritualité / Religion	Maison de retraite médicalisée / Maison de repos / Personnes en institution/ Séjour de longue durée/
Mesh Terms pour Pubmed	Aged / Elderly /	Spirituality / Religion	Homes for the aged / Nursing home-s / care, long term
All fields pour Pubmed	Elderly	Spirituality	Institutionalized/ Nursing home/
Termes pour Cinahl	Aged	Spirituality	Nursing homes

4.2. Critères d'inclusion et exclusion

Les critères d'inclusions étaient :

- Personne âgée en maison de retraite
- Personne âgée de 65 ans et plus
- Le titre des articles qui abordent la problématique
- Le contenu des articles qui respecte la structure IMRaD (Introduction, Méthode, Résultat, Discussion)

Les critères d'exclusion étaient

- Les études dont le contenu abordait un autre thème (Cancer, Fin de vie, Démence, Soins à domicile, Soins Palliatifs, Handicap)
- Les personnes âgées en dessous de 65 ans (Adultes, Adolescents, Enfants, Jeune vieux).

4.3. Construction et présentation des équations de recherche

Des équations de recherche ont été effectuées en novembre 2018 mais n'ont pas été concluantes. De nouvelles équations de recherche ont été faites en avril 2019. Certaines de ces équations ont donné beaucoup de résultats, c'est pourquoi, les filtres "moins de dix ans" et "âgées de plus de 65 ans", ont été utilisés afin d'obtenir des articles récents et pertinents pour la problématique. Certains articles plus anciens ont été retenus, l'un datant de 2007 et l'autre de 2003, leurs sujets d'études étant pertinents. La base de données Cinahl, a été utilisée avec un filtre excluant les articles retrouvés sur Pubmed. Les résultats n'ont fourni aucun article approprié pour la recherche de ce travail pour la base de données Cinahl.

Le tableau 3 ci-dessous, résume les équations effectuées pour la recherche documentaire.

Tableau 3: équations effectuées pour la recherche des articles scientifiques

Bases de données et dates	Équations	Filtres	Résultats
Pubmed Avril 2019	(spirituality[MeSH Terms]) AND nursing home[MeSH Terms]	0	34 résultats dont 4 retenus
Pubmed Avril 2019	(nursing homes[MeSH Terms]) AND religion[MeSH Terms])	Texte intégrale Publication des 10 dernières années Age dès 65 ans et +	24 résultats dont 2 retenu 1 doublon
Pubmed Avril 2019	(care, long term[MeSH Terms]) AND aged[MeSH Terms]) AND spirituality[MeSH Terms]	0	12 résultats dont 1 retenu 1 doublon

Pubmed Avril 2019	(religiosity [All Fields]) AND spirituality [All Fields]) AND aged [All Fields]	Publication des 5 dernières années Age dès 65 ans et +	92 résultats dont 1 retenu
Cinahl Décembre 2018	(MH "Housing for the Elderly") OR (MH "Health Services for the Aged") OR (MH "Nursing Homes") AND (MH "Spirituality") OR (MH "Spiritual Care") AND (MH "aged")	Exclude Medline records Date : 2008-2018	13 résultats donc 0 retenu
Cinahl Décembre 2018	(MH "Housing for the Elderly") OR (MH "Health Services for the Aged") OR (MH "Nursing Homes") AND (MH "Spirituality") OR (MH "Spiritual Care")	Exclude MEDLINE records	50 résultats 0 retenu
Cinahl Décembre 2018	(MH "Housing for the Elderly") OR (MH "Health Services for the Aged") OR (MH "Nursing Homes") AND (MH "Spirituality") OR (MH "Spiritual Care") AND (MH "aged")	Exclude MEDLINE records Date : 2008-2018	13 résultats 0 retenu
Lissa Avril 2019	Spiritualité de la personne âgée institutionnalisée	/	0 résultat
Lissa Avril 2019	Spiritualité de la personne âgée en maison de retraite	/	0 résultat
Lissa Avril 2019	Spiritualité de la personne âgée	/	25 résultats 0 retenu

4.4. Diagramme de flux

Le processus d'identification des articles est fourni dans le diagramme de flux présenté dans la Figure 3.

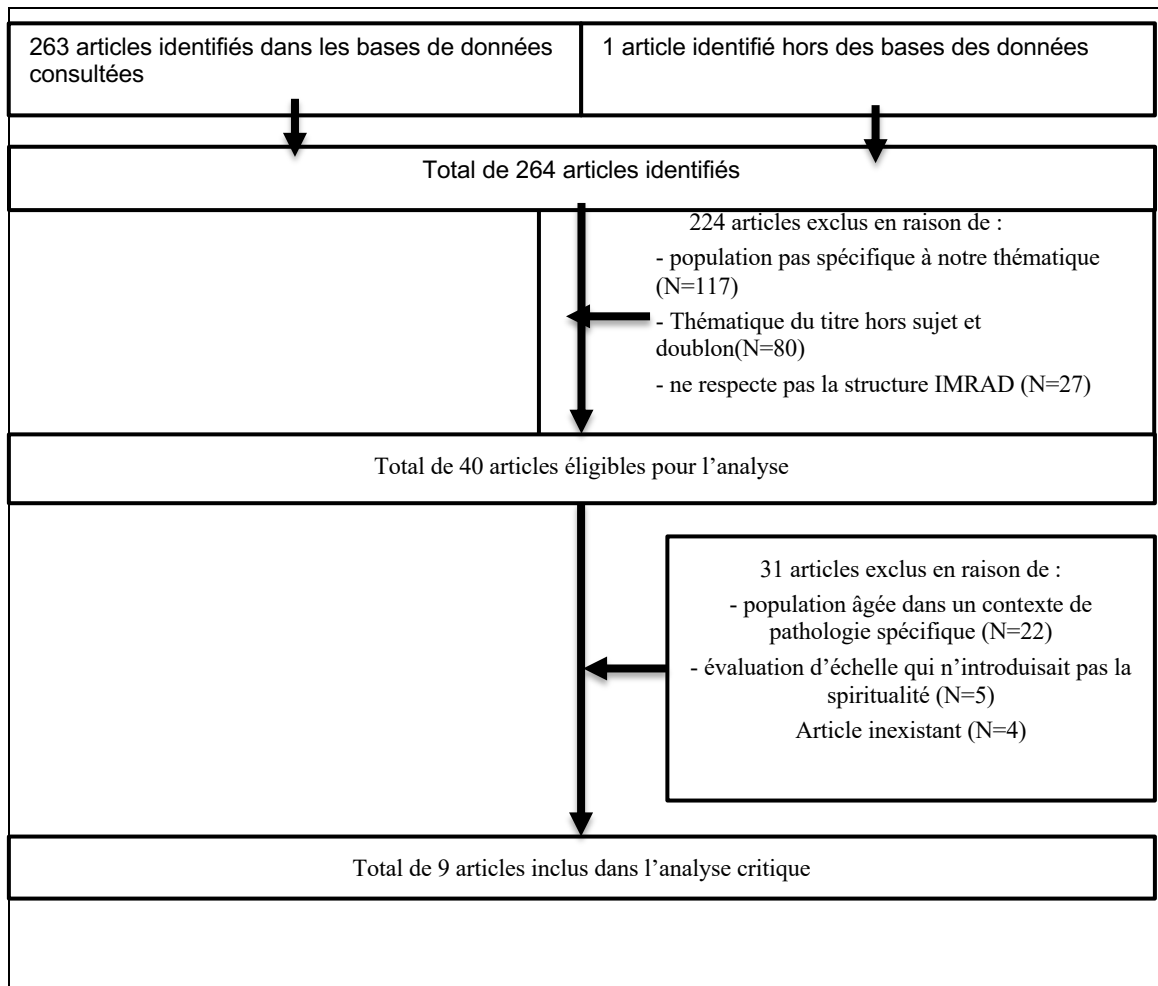


Figure 3. Diagramme de flux décrivant le processus d'identification des articles

5. RÉSULTATS

5.1. Les études retenues, méthodologie et niveau de preuve

Dans la discipline infirmière la pratique fondée sur les preuves en anglais Evidence Based Practice (EBP), s'appuie sur des résultats de recherche dont la méthodologie est rigoureuse et cliniquement adaptée afin de répondre de la manière la plus pertinente à une question de recherche (Polit & Beck, 2017, pp. 25-26). Cette méthodologie permet aux soignants d'avoir une pratique efficiente fondée à partir d'expériences valides. L'implantation des EBP est facilitée par la qualité de la recherche, le contexte, et une population dite facilitatrice qui est propice aux changements (Harvey & Kitson, 2016).

La pyramide ci-dessous présente le niveau de preuve :

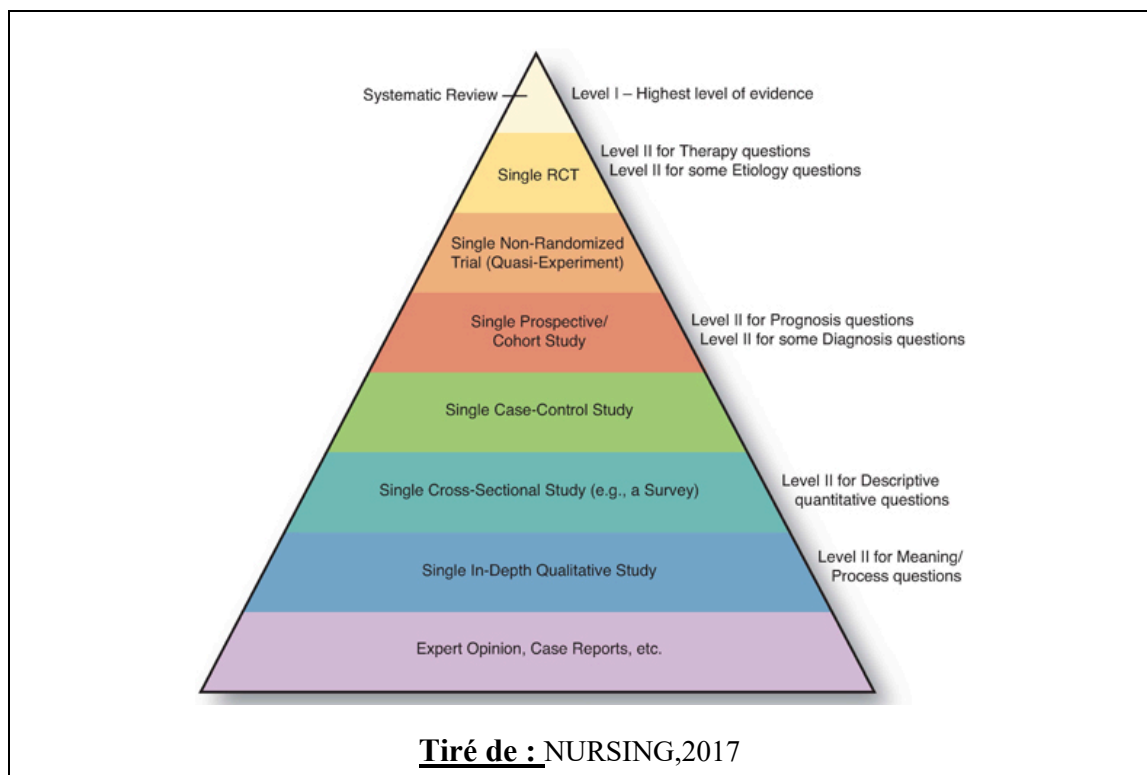


Figure 4: Hiérarchie des preuves : niveaux de preuves pour différentes questions sur les pratiques fondées sur des preuves

La présente revue de littérature cherche à comprendre le sens d'une expérience vécue. Les études avec un niveau de preuves élevées tel qu'un essai contrôlé, randomisé sont une faible source de preuve pour répondre à la présente question de recherche, car elles évaluent l'efficacité des interventions et non l'expérience vécue (NURSING,2017). Les études qualitatives, seraient plus appropriées pour éclairer la thématique. Bien que les études retenues soient de niveau de preuve faible, voire moyen, elles possèdent une méthodologie appropriée et sont cliniquement pertinentes pour répondre à la question de recherche.

La présentation des études ci-dessous a été faite par ordre décroissant de niveau de preuve.

1. Cantillo Banquett, D., Gómez Palencia, I. P., Coronado Quintana, M., López Villamizar, A., & Vergara Mendoza, Y. (2016). Spirituality and Religiosity in Elderly Adults with Chronic Disease. *Investigación y Educación en Enfermería*, 34(2). <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v34n2a02>

C'est une étude quantitative de cohorte transversale. Elle tente de décrire, à un temps donné, un groupe de personnes selon diverses caractéristiques (Fortin & Gagnon, 2016, p.218). Cette étude possède un niveau de preuve 2 qui est un niveau haut selon la pyramide ci-dessus. Elle utilise une méthodologie adaptée portant sur des échelles. Toutefois, l'étude ne met pas en évidence les caractéristiques des participants de chaque unité de soins mais les regroupe en un seul groupe, ce qui ne permet pas d'émettre un lien entre la spiritualité/religiosité d'une unité de soins à une autre.

2. Adami, N. P., Lucchetti, G., Santos, A. E. O., Lucchetti, A. L. G., Ferreira, E. B., Vianna, L. A. C., & Vitorino, L. M. (2016). Spiritual Religious Coping is Associated with Quality of Life in Institutionalized Older Adults. *Journal of Religion and Health*, 55(2), 549-559. <https://doi.org/10.1007/s10943-015-0148-9>

Cette étude est une étude quantitative épidémiologique transversale qui tente d'étudier, à un temps donné, les écarts entre les groupes en se basant sur des variables préexistantes, dans le but de décrire les stratégies d'adaptation religieuses et spirituelles en lien avec la qualité de vie (Fortin & al., 2016, p.219). Cette étude possède un niveau de preuve moyen, selon la pyramide des niveaux de preuves. Néanmoins, la qualité d'une étude ne dépend pas que de son niveau de preuve. En effet, l'étude ci-dessus possède une méthodologie portant sur des informations recueillies à l'aide de questionnaires. De plus, l'étude n'a pas eu de biais d'enquêteur lors de la mise en pratique de la méthodologie, ce qui renforce sa qualité.

3. O'Shea, E. & Wallace, M., (2007). Perceptions of spirituality and spiritual care among older nursing home residents at the end of life. *Holistic Nursing Practice*, 21(6), 285-289; quiz 290-291. <https://doi.org/10.1097/01.HNP.0000298611.02352.46>

Cette étude quantitative descriptive vise à décrire un phénomène et sa fréquence d'apparition chez une population donnée (Fortin & al., 2016, p.35). Elle possède un niveau de preuve moyen selon la pyramide. Elle permet de recueillir des informations sur la perception de la spiritualité et des soins spirituels auprès des résidents. Sa méthodologie semble être une faiblesse dans l'étude car elle possède un échantillon de petite taille et elle ne présente pas ses différents résultats.

4. Haugan, G. (2014). The relationship between nurse-patient interaction and meaning-in-life in cognitively intact nursing home patients. *Journal of Advanced Nursing*, 70(1), 107-120. <https://doi.org/10.1111/jan.12173>

Cette étude, quantitative descriptive transversale, a comme objectif, de décrire un phénomène et sa fréquence d'apparition chez une population donnée, à un temps donné (Fortin & al., 2016, p.35). Elle possède un niveau de preuve moyen. Toutefois, l'étude permet de par sa méthodologie, de décrire le lien d'interaction entre le patient et l'infirmier. Cette étude, semble être pertinente pour la présente question de recherche, du fait que ces résultats sont décrits de manière pertinents et que son échantillon soit de grande taille.

5. Glasser, S. K., & Mitchell, S. L. (2009). Religiousness, Religious Coping, and Psychological Well-Being in Nursing Home Residents. *Journal of the American Medical Directors Association*, 10(8), 581-586. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2009.06.001>

Cette étude, quantitative descriptive transversale, a comme objectif de décrire un phénomène et sa fréquence d'apparition chez une population donnée, à un temps donné (Fortin & al., 2016, p.35.). Cette étude possède un niveau de preuve moyen selon la pyramide. Cependant, sa méthodologie basée sur des questionnaires, permet d'apporter des résultats portant sur des chiffres statistiquement plus fiables.

6. Büssing, A., & Erichsen, N.-B. (2013). Spiritual Needs of Elderly Living in Residential/Nursing Homes. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 2013, 1-10. <https://doi.org/10.1155/2013/913247>

Cette étude, quantitative descriptive transversale, décrit un phénomène et sa fréquence d'apparition chez une population, à un temps donné (Fortin & al., 2016, p.35). Elle a un niveau de preuve moyen selon la pyramide. L'étude, utilise des questionnaires pour analyser les besoins psychosociaux et spirituels des

personnes âgées, pour comprendre ce qui influence leur état d'humeur. C'est pourquoi, cette étude est pertinente pour la question de recherche.

7. Deliens, L., Muller, M. T., Hertogh, C. M. P. M., Gijsberts, L., & Gijsberts, M.-J. (2013). Spiritual End-of-Life Care in Dutch Nursing Homes : An Ethnographic Study. *Journal of the American Medical Directors Association*, 14(9), 679-684. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2013.04.001>

Cette étude, qualitative ethnographique, vise à comprendre une manière de vivre d'un groupe ayant des croyances et une culture (Fortin & al., 2016, p.34). Cette étude, a un niveau de preuve bas. Néanmoins, la méthodologie de l'étude portant sur des entretiens et des observations est en adéquation avec la présente question de recherche. De plus, les enquêteurs, ont mobilisé différents moyens pour ne pas influencer sur les résultats de l'étude.

8. Van der Vaart, W., & Van Oudenaarden, R. (2018). The practice of dealing with existential questions in long-term elderly care. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 13(1), 1508197. <https://doi.org/10.1080/17482631.2018.1508197>

Cette étude, qualitative descriptive, décrit les aspects d'une expérience, sans faire appel à une méthodologie particulière (Fortin & al., 2016, p.35). Cette étude a un niveau de preuve bas selon la pyramide des niveaux de preuve. Néanmoins, sa méthodologie porte sur des entretiens formels/informels, et des observations qui permettent de mettre en lumière les besoins des participants et l'implantation d'intervention pour y répondre. Il est nécessaire d'interpréter les résultats avec précaution car l'étude n'a pas été validée par un comité d'éthique.

9. Bickerstaff, K. A., Grasser, C. M., & McCabe, B. (2003). How elderly nursing home residents transcend losses of later life. *Holistic Nursing Practice*, 17(3), 159-165.

Cette étude, qualitative phénoménologique, tente de comprendre le sens qu'une personne donne à un phénomène ou une expérience de vie (Fortin & al., 2016, pp.33-34). Cette étude, possède un niveau de preuve bas selon la pyramide des niveaux de preuve. Toutefois, l'étude ci-dessus possède une méthodologie basée sur des entretiens individuels qui tentent de comprendre l'expérience de vie des participants. De plus, l'étude utilise le modèle de Pamela Reed pour mettre en évidence l'importance de la thématique. C'est pourquoi, cette présente étude est adaptée pour répondre à la question de recherche.

5.2. Instrument de mesure des études

Les articles de Cantillo & al. (2016), Adami & al. (2016), O'Shea & al. (2007), Haugan (2013), Glasser & al. (2009), Büssing & al. (2013) évoquent la thématique des outils.

Cantillio & al. (2015) ont utilisé deux échelles dans leur étude. **L'échelle de la perspective spirituelle de Pamela Reed** pour évaluer la perception de la spiritualité chez l'aîné. Cette échelle est constituée de 10 éléments répartis dans 2 items : la pratique et la croyance. Cette étude a été utilisée auprès de différents types de populations. L'échelle a été validée et est fiable, elle a un coefficient de Cronbach souvent supérieur à 0,90. L'échelle utilisée est celle **de l'attitude chrétienne de Francis** afin d'évaluer la religiosité. Cette échelle unidimensionnelle comporte 5 items, qui évaluent le rapport affectif avec Dieu. Sa validité n'est pas démontrée dans la littérature.

Adami & al. (2016) utilisent **l'échelle d'adaptation spirituelle et religieuse (SRCOPE)** afin de mettre en évidence l'utilisation de stratégies d'adaptation par les aînés. Cette échelle a été construite par Panzini en 2005, adaptée et validée auprès du peuple

brésilien. Cette échelle a été créée à partir de l'échelle nord-américaine (SRCOPE). Elle est constituée de 87 items et séparée en deux dimensions : le niveau SRCOPE positif disposant de 66 questions et le niveau SRCOPE négatif disposant de 21 questions. Cette échelle est adaptée à la population âgée vulnérable.

O'Shea & al. (2007) ont utilisé **l'échelle d'évaluation spirituelle (SSCRS)** pour mesurer la spiritualité et la perception des soins spirituels. Cette échelle a été créée par McSherry, Draper et Kendrick, pour explorer la compréhension et les attitudes infirmières liées aux concepts spirituels et de soins spirituels. Cet outil détermine les besoins spirituels et les soins spirituels qui pourraient être intégrés dans la prise en soins infirmiers. La validation de cet instrument, pourrait répondre aux besoins spirituels de manière individuelle. Cette échelle est constituée de 17 items et 4 sous thèmes (la spiritualité, les soins spirituels, la religiosité, les soins personnalisés). Elle demande aux participants de choisir une réponse en accord ou en désaccord.

Haugan (2013), utilise **l'échelle de LIP** (un test de fin de vie). Elle est un outil général qui permet d'évaluer le sens de la vie. L'échelle a été créée à partir de la théorie de Frankl. Elle est constituée de 3 parties, néanmoins seule la partie principale a été utilisée dans cette étude, elle comporte 20 déclarations d'attitudes. Les scores PIL s'étendent de 20 à 140, un score supérieur à 112 indique le sens et un but défini dans la vie, tandis que le score inférieur à 92 indique l'absence d'objectif clair et de sens dans la vie.

Glasser & al. (2009) ont utilisé **l'échelle de Brief RCOPE** pour mesurer les stratégies d'adaptation religieuse des participants. Cette échelle est constituée de 17 questions et 2 sous-échelles. L'une traite de 7 attributs positifs qui reflètent un lien sécurisant avec une force supérieure et une vision du monde bienveillante. La suivante s'intéresse à 7 attributs négatifs qui évoquent les tensions spirituelles avec soi, les autres ou Dieu. Chaque groupe d'attributs possède un score allant de 0 à 21. Plus le score est élevé

plus les participants utilisent des stratégies d'adaptation religieuse. La présente échelle a été validée auprès d'une population âgée en Amérique.

Büssing & al. (2013) se servent dans un premier temps du **questionnaire sur les besoins spirituels (SpNQ)** afin d'évaluer les besoins spirituels en situation de maladies chroniques. Ce questionnaire a été conçu par Brüßing. L'échelle n'a pas été validée auprès d'une population spécifique. C'est une échelle cognitivo-comportemental et affective. Elle peut être utilisée comme instrument de diagnostic en se basant sur 29 items ou comme instrument de recherche selon 19 items. Certaines composantes de l'échelle ont été reconnues comme étant fiables avec un coefficient de Cronbach, soit >0.8 , ce qui est acceptable, soit > 0.9 , ce qui est la valeur souhaitable. Cet instrument est composé de 4 facteurs principaux mesurés par sous dimension : le facteur religieux (alpha de Cronbach = 0.92), besoins existentiels (alpha = 0.82), le facteur de paix intérieure (alpha = 0.82), besoins de donner/générativité (alpha 0.74). De plus, 3 autres éléments ont été ajoutés qui sont : être plus impliqué dans les liens familiaux, d'être invité à des événements et de recevoir davantage de soutien de la part de la famille. Dans un second temps, le **questionnaire de l'attitude spirituelle et religieuse face à la maladie (SpREUK)**, Alpha=0.91) a été utilisé par les auteurs. Ce questionnaire permet d'explorer la confiance religieuse associée aux besoins religieux. Il est composé de 5 points qui traitent l'orientation spirituelle, le sentiment d'être lié à un être suprême et le fait de croire à la vie après la mort. Ce questionnaire convient également à la population laïque. Cette étude est fiable car elle a un alpha de Cronbach supérieur à 0.9.

5.3. Résultats tableaux

Les principaux résultats sont présentés par ordre décroissant de niveau de preuve dans les 9 tableaux ci-dessous. Ils seront par la suite regroupés par thème dans le tableau synoptique et développé par la suite.

Définitions utiles pour comprendre les tableaux :

- **Échantillonnage** : un groupe de personnes ou une portion de la population sont sélectionnés pour représenter la population entière ou visée, dans un but de généralisation des résultats.
- **Biais de l'échantillonnage** : l'échantillon se compose de personnes surreprésentées ou sous-représentées au vu des caractéristiques de la population concernée par le phénomène à l'étude.
- **Échantillonnage probabiliste** : les sujets sont sélectionnés au hasard et de façon aléatoire. L'échantillon peut être simple, systématique, stratifié ou en grappes. Les caractéristiques de la population cible sont incluses.
- **Échantillonnage non probabiliste** : la sélection est non aléatoire et demande des critères précis pour faire partie de l'échantillon.
- **Échantillonnage non probabiliste accidentel** : l'échantillon répond à des critères précis et les personnes sont disponibles.

(Fortin & al., 2016, pp.264-274)

Tableau de l'article 1 : spirituality and religiosity in Elderly Adults with Chronic Disease

Auteurs-Année	Population / Type étude	But de l'étude	Méthode / Instruments de mesure	Principaux résultats	Limites
<p>Cantillo Banquett, D.,</p> <p>Coronado Quintana, M.,</p> <p>Gómez Palencia, I. P.,</p> <p>López Villamizar, A.,</p> <p>Vergara Mendoza, Y.</p> <p>(2016)</p>	<p>Population :</p> <p>N = 229 personnes (63,8% de femmes) atteintes de maladies chroniques, provenant de 12 centres de traitements, dans la ville de Cartagena (Colombie). L'âge moyen est de 74 ans. 81.2% de la population est de confession catholique.</p> <p>Critères d'inclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Âge : 65 à 80 ans • Régularité aux centres de traitement • Maladie chronique diagnostiquée • Capacités mentales conservées <p>Type d'étude :</p> <p>Etude quantitative de cohorte transversale</p>	<p>Explorer la relation entre la spiritualité et la religiosité chez les personnes âgées souffrant de maladies chroniques.</p>	<p>Méthode :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recueil des données à l'aide de deux questionnaires lus par le groupe de recherche. • Échantillonnage probabiliste, sélection aléatoire simple, puis aléatoire systématique • Données sociodémographiques : âge, sexe, scolarité, état matrimonial, lieu d'origine, profession, religion et niveau socio-économique. • Informations sur l'objectif de l'étude annoncée par écrit aux sujets qui ont donné leur accord. • Analyse des informations et partage des résultats avec chaque responsable des centres et l'ensemble de l'équipe de recherche • L'étude a été approuvée par le bureau du maire de Carthagène. <p>Instruments de mesure :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Échelle de Reed pour évaluer la spiritualité • Échelle de LIP Francis, pour évaluer la religiosité. • L'alpha de Cronbach a été utilisé, pour observer la fiabilité des échelles. 	<ul style="list-style-type: none"> • Une moyenne de 54,7 points avec un score maximal de 60 est relevée, selon l'échelle de Reed. Ceci démontre une forte spiritualité chez les participants. • Scores élevés « en accord » 53,3% et « très en accord » 76,4% concernant l'échelle de Francis. • La composante « pratiques spirituelles » a obtenu une moyenne de $22 \pm 2,2$ points sur 24.5 pratiques sont le plus souvent effectuées au quotidien avec un ratio à 97,8% plus élevé pour la prière et la méditation et à 73,8% pour la spiritualité. • La composante « croyances spirituelles » a obtenu 32,7 points sur un totale de 36. • Cette étude met en évidence une corrélation entre religiosité et spiritualité qui est modérée ($r = 0,57$), de même entre la religiosité et la composante des croyances spirituelles ($r = 0,61$). Tandis que la corrélation entre la religiosité et la composante des pratiques spirituelles est faible ($r = 0,22$). • Toutes ses corrélations avaient un $p < 0.001$. 	<ul style="list-style-type: none"> • Échantillon non-probabiliste, accidentel. • Taille de l'échantillon désirée, non définitive. • Nécessité de 246 participants pour valider l'étude. • + de femmes que d'hommes. • Population de l'étude en majorité catholique, par conséquence, les résultats pourraient ne pas être généralisés à d'autres religions. • Étude effectuée en Colombie

Tableau de l'article 2 : spiritual religious coping is associated with quality of life in institutionalized older adult

Auteurs-Année	Population / Type étude	But de l'étude	Méthode / Instruments de mesure	Principaux résultats	Limites
Adami Carneiro Vianna, L., Batista Ferreira, E., Lucchetti, A.L.G., Lucchetti, G., Magalhães Vitorino, L., Oliveira Santos, A.E., Piva Adami, N. (2016)	<p>Population :</p> <p>N= 77 personnes âgées (38 hommes-39 femmes), sélectionnées dans deux établissements de soins de longue durée au Brésil. L'âge moyen est de 76 ans.</p> <p>Critères d'inclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Âge : 60 ans ou + • Résident depuis plus de 6 mois dans l'établissement <p>Critères d'exclusion :</p> <p>Démence ou autre troubles cognitifs</p> <p>Type d'étude :</p> <p>Étude quantitative épidémiologique transversale</p>	<p>Analyser le lien entre la qualité de vie et les stratégies d'adaptation spirituelle/religieuse.</p>	<p>Méthode :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Des entretiens ont été mis en place. 108 personnes âgées ont passé un entretien, 31 en sont exclus en raison d'une démence ou de troubles cognitifs. • Échantillonnage non probabiliste • Données sociodémographiques : âge, genre, éducation • Explications données aux participants, concernant les objectifs de l'étude. • Signature d'un formulaire de consentement • Informations de la date des entretiens. • L'intervieweur n'a pas influencé les réponses. • L'étude a été approuvée par un comité d'éthique. <p>Instruments de mesure :</p> <p>L'échelle d'adaptation spirituelle/religieuse (SRCOPE)</p> <p>Une échelle d'évaluation de la qualité de vie WHOQOL-BREF.</p> <p>L'échelle de la qualité de vie des personnes âgées (WHOQOL-OLD) qui comprend 24 items.</p> <p>Cette étude a exploré quatre domaines : relations psychologiques, relations sociales, état physique et l'environnement. Le score allant de 4 à 20 dans la mesure où la personne a répondu à chaque question.</p> <p>Le test du coefficient de corrélation de Pearson a été utilisé avec un niveau de signification de 5%.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Une relation significative a été relevée entre l'échelle SRCOPE positif et plusieurs domaines de la qualité de vie ($p < 0.05$) mais avec des liens faibles. • L'échelle SRCOPE total n'a pas de lien significatif avec l'échelle WHOQOL-BREF car $p > 0.005$. • Les dimensions du SRCOPE négatives ont une faible corrélation avec celles de l'échelle WHOQOL-OLD avec une signification présente ($p < 0.01$). • Corrélation significative ($p < 0,01-0,05$) entre les stratégies d'adaptations positives, les aspects biopsychosociaux et la qualité de vie globale. • 72,7% estiment que leur santé est bonne ou excellente dont 74% sont atteints d'une maladie chronique • La qualité de vie des résidents était associée de manière positive et significative ($p < 0.001-0.01$) avec les stratégies d'adaptation religieuse positives / négatives. 	<ul style="list-style-type: none"> • Biais d'échantillonnage risque d'une faible représentativité de la population générale • 96.1% pratiquaient une religion avant d'être institutionnalisés • Les institutions sont décrites comme non-nationales. • Étude réalisée au Brésil.

Tableau de l'article 3 : Perceptions of Spirituality and Spiritual Care Among Older Nursing Home Residents at the End of Life

Auteurs-Année	Population / Type étude	But de l'étude	Méthode / Instruments de mesure	Principaux résultats	Limites
O' Shea, E., Wallace, M. (2007)	<p>Population :</p> <p>N = 26 personnes âgées de 65 à 100 ans, qui vivent dans 2 maisons de retraite aux États-Unis avec une structure religieuse catholique ou juive. 30% sont âgés de 86 à 90 ans. 73% sont des femmes.</p> <p>Critères d'inclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Âge : 65 ans et + • Parler en anglais • Consentement éclairé. <p>Type d'étude :</p> <p>Étude quantitative descriptive.</p>	Investiguer les perceptions de la spiritualité et des soins spirituels chez les résidents âgés, jusqu'en fin de vie.	<p>Méthode :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dans cette étude, les chercheurs ont utilisé une méthode d'enquête. Ils ont demandé à des infirmières de sélectionner des résidents selon les critères d'inclusion. • Échantillonnage non-probabiliste • Des assistantes de recherche ont interrogé les résidents en utilisant l'échelle SSCRS. • L'étude a été approuvée auprès d'un comité. <p>Instruments de mesure :</p> <p>L'échelle SSCRS permet d'explorer la compréhension et les attitudes des infirmières vis-à-vis des concepts de spiritualité et de soins spirituels.</p> <p>Le score de l'étude est de 0 à 68. 0 étant une perceptive de la spiritualité limitée et 68 étant un point de vue élevé concernant la spiritualité.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La moyenne du score obtenue pour les résidents est de 51,36/68 ce qui montre une perceptive élevée de la spiritualité chez les résidents. • Les résidents avaient une perceptive élevée de la spiritualité (m=16.65 sur 20) et une religiosité basse (m=5.48 sur 12). • Les résultats des 4 items de l'échelle : Spiritualité (16.65 avec une plage de 0 à 20), soins spirituels (17,64 avec une plage de 0 à 20), religiosité (5,48 avec une plage de 0 à 12) et soins personnalisés (10,04 avec une plage de 0-16). • Les résidents ont une opinion positive sur les interventions que les soignants pourraient mettre en place pour promouvoir la santé spirituelle. • Ces interventions sont : organiser des visites avec les aumôniers, faire preuve de bienveillance, être à l'écoute, respecter les besoins des résidents, encourager les liens amicaux et le pardon. • Les résidents disent que la spiritualité leur permet de guider leur vie, de faire des choix entre le bien et le mal et de se sentir en paix. • Le manque d'apprentissage/d'expérience et la diversité des croyances spirituelle sont un frein à la mise en place d'intervention spirituelle. • La spiritualité doit être intégrée dans le plan de soins, car elle est importante pour les résidents. 	<ul style="list-style-type: none"> • Biais de l'échantillon • risque d'une faible représentation de la population générale • + de femmes que d'hommes • 2 Ems avec une structure religieuse. • Les éléments de l'instrument peuvent être mal interprétés par les participants et fausser les résultats. • Le nombre de participant ne figure pas dans un tableau, ni dans le texte mais uniquement dans le résumé. • Etude faite aux États-Unis

Tableau de l'article 4 : he relationship between nurse-patient interaction and meaning-in-life in cognitively intact nursing home patients

Auteurs-Année	Population / Type étude	But de l'étude	Intervention / Méthode / Instruments de mesure	Principaux résultats	Limites
Haugan, G. (2013)	<p>Population :</p> <p>N= 202 au total, soit 146 femmes et 56 hommes âgés de plus de 80 ans, résidants en maisons de retraite.</p> <p>Critères d'inclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Résident depuis au moins 6 mois. • Capable de discernement. • Approbation des soignants <p>Type d'étude :</p> <p>Étude quantitative descriptive transversale</p>	<p>Le but de l'étude est d'étudier la relation entre le sens de la vie et l'interaction de la relation entre l'infirmière et le résident en maison de retraite.</p>	<p>Méthode :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Interview avec des questionnaires hétéro-administrés. • Sélection aléatoire des maisons de retraite • 250 personnes ont été sélectionnées, 202 sont retenues pour cette étude. • Ce choix a eu lieu dans 20 municipalités de Norvège dans 44 maisons de retraite différentes. • Approuvée par un comité d'éthique <p>Instruments de mesure :</p> <p>Le modèle d'équation structurelle SEM a été utilisé, à l'aide d'un logiciel statistique LISREL permettant d'évaluer le rapport entre les deux échelles LIP et NPIS.</p> <p>Le test de fin de vie (PIL) a été utilisé pour évaluer le sens de la vie. Une seule partie de ce test a été utilisée pour cette étude, le test comprenant 3 parties.</p> <p>Une échelle d'interaction infirmière-patient (NPIS), est utilisée pour évaluer l'interaction entre l'infirmière et le patient.</p> <p>Echelle (HADS) a été utilisée pour évaluer la dépression et l'anxiété.</p> <p>L'alpha de Cronbach a été utilisé, pour observer la fiabilité des échelles.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Le sens de la vie est faible avec un score variant de 43 à 131 et une moyenne de 93 sur 140. Ce score diminue avec l'avancée en âge, avec une moyenne de 95, relevé chez les patients de 80 ans et plus, 91-97 pour les 80 à 90 ans et 93 à 42 pour les 90 ans et plus. Ce qui signifie que le sens de la vie diminue avec le vieillissement. • L'interaction entre l'infirmière et le patient contribue à donner du sens à la vie du résident. Une association positivement significative a été mise en évidence entre l'interaction soignant-soigné et le sens de la vie des résidents ($p < 0.09$). • Dans le tableau 2, il a été démontré que 8,9% des participants ont montré une signification élevée de l'existence, 45% ont une signification indécise, enfin 43,6% ont une signification faible. • Dans le tableau 3, il est mentionné que HADS-D (0.66 de coefficient Cronbach alpha) et l'échelle PIL (0.74 de coefficient de Cronbach Alpha), ont une corrélation assez prononcée, selon le coefficient de Cronbach alpha (0.74 ou moins) 	<ul style="list-style-type: none"> • L'échantillon est composé de plus de femmes. • Les participants sont tous intacts au niveau cognitif. • L'échelle de la dépression n'a pas été retenue dans l'analyse du modèle SEM, tableau 4 dans les résultats pour une raison inconnue.

Tableau de l'article 5 : Religiousness, religious coping, and psychological well-being in nursing home residents

Auteurs-Année	Population / Type étude	But de l'étude	Méthode / Instruments de mesure	Principaux résultats	Limites
<p>Glasser Scandrett, K., Mitchell, S.L. (2009)</p>	<p>Population :</p> <p>N=140 personnes âgées, dont 71.4 % sont des femmes. L'âge moyen est de 85 ans. 97,1% sont caucasiens, vivant dans 2 maisons de retraite à Boston. 48,5% de confession juive, 42,9%, catholiques, 6,4% de protestants et 2,1% sans religion.</p> <p>Critères d'inclusion :</p> <p>Résident depuis plus de 3 mois</p> <p>Parler en anglais</p> <p>Capacité cognitive conservée</p> <p>Type d'étude :</p> <p>Étude quantitative descriptive transversale</p>	<p>Mesurer l'importance de la religion chez les résidents en maison de retraite et décrire l'utilisation des stratégies d'adaptation religieuses afin d'examiner sa relation avec le bien-être psychologique.</p>	<p>Méthode :</p> <ul style="list-style-type: none"> Entretiens menés par un enquêteur qui a lui-même tout transcrit. Échantillon non-probabiliste Données sociodémographiques : âge, genre, durée de séjour... Un administrateur de chaque maison a fourni au chercheur une liste de personnes âgées ayant résidé plus de 100 jours. Un consentement éclairé écrit a été obtenu L'étude est approuvée par le comité d'examen institutionnel de Hebrew Senior Life. <p>Instruments de mesure :</p> <p>Mesure des variables religieuses réalisées de 2 manières : les participants identifient leur religion et nomment son importance par 3 choix, et l'échelle Brief RCOPE évalue les stratégies d'adaptation religieuses</p> <p>L'échelle MSD avec un score de 1 (élément présent) et 0 (élément absent), représente l'évaluation de la capacité cognitive.</p> <p>L'échelle MDS-Activities of Daily Living (ADL), mesure les performances et note de 0 à 4 et score de 28 max, ce qui représente une dépendance totale et évalue la fonctionnalité.</p> <p>Le mini-examen d'état mental de Folstein (MMSE) le score de 0 à 30.</p> <p>L'échelle de dépression gériatrique de Katz (GDS) est incluse pour mieux décrire la cohorte. Le score est de 0 à 15, un score élevé indique des symptômes de dépression.</p> <p>Mesure des variables de résultats :</p> <p>Le bien-être psychologique est évalué à l'aide de l'échelle Affect Balance de Bradburn (ABS) c'est la réponse par oui ou par non à 5, les éléments sont notés de 2 à 10. Des statistiques descriptives ont été utilisées pour décrire toutes les variables à l'aide des moyennes continues et les fréquences qualitatives.</p>	<ul style="list-style-type: none"> La religion est évaluée très importante à 54%, assez importante à 27% et pas importante à 19%. 82,1% utilisent des stratégies d'adaptation positives et 47,9% ont recours à une stratégie d'adaptation religieuse négative. La religion tient une place importante avec un meilleur bien-être ($p=0.004$) ($m=54.3$). L'importance d'intégrer la religion dans la vie ($p<0.0019$) est en lien avec le non-usage de stratégies d'adaptation religieuses négatives ($p<0.0083$) L'échelle MMSE à une moyenne de 22/30 Les participants avaient un score moyennement élevé de 5.9/10 à l'échelle ABS 	<ul style="list-style-type: none"> Non généralisable Plus de femmes que d'hommes Les 2 maisons de retraite ont une affiliation religieuse La causalité directe entre le caractère religieux et les résultats pour la santé ne sont pas définis 51% de la population à l'étude présentaient une déficience cognitive légère, or, l'instrument d'adaptation religieuse n'a pas été validé chez cette population. L'ABS validé chez des personnes âgées avec une déficience cognitive, les résultats doivent être interprétés avec prudence. Etude réalisée à Boston, Massachusetts

Tableau de l'article 6: Spiritual Needs of Elderly Living in Residential/Nursing Home

Auteurs-Année	Population / Type étude	But de l'étude	Méthode / Instruments de mesure	Principaux résultats	Limites
Büssing, A. Erichsen, N-B., (2013)	<p>Population :</p> <p>N= 100, dont 82% sont des femmes. L'âge moyen est de 84 ans. Personnes âgées, vivant dans 12 maisons de retraite et centre de soins, principalement protestantes, en Allemagne.</p> <p>Critères d'inclusion :</p> <p>Âge : + de 65 ans</p> <p>Consentement écrit</p> <p>Critères d'exclusion :</p> <p>Ayant des affections aiguës et psychiatriques</p> <p>Type d'étude :</p> <p>Étude quantitative descriptive transversale</p>	<p>Analyser les besoins psychosociaux et spirituels indiqués par les personnes âgées et comment ces besoins influencent la satisfaction dans la vie et les états d'humeur.</p>	<p>Méthode :</p> <ul style="list-style-type: none"> Entretiens, l'intervieweur a envoyé des questionnaires et a aidé les participants à le remplir. Échantillon non-probabiliste Le but de l'étude a été annoncé aux participants. La confidentialité est assurée avec un consentement validé. Le personnel infirmier a identifié les personnes aptes à participer. <p>Instruments de mesure :</p> <p>Le questionnaire SpNQ, a été utilisé pour mesurer les besoins psychosociaux et spirituels.</p> <p>Le questionnaire « Attitudes spirituelles et religieuses dans le traitement de la maladie » SpREUK analyse la confiance religieuse associée aux besoins religieux.</p> <p>L'échelle multidimensionnelle BMLSS évalue la satisfaction de la vie selon 9 éléments, marqués sur une échelle de 7 points allant de l'insatisfaction à la satisfaction.</p> <p>Le questionnaire FLQM, évalue la qualité de vie des aînés selon 7 domaines pour donner un sens, satisfaction et bien-être dans leur vie, notés sur une échelle de 6 points qui évalue la satisfaction.</p> <p>L'échelle «Aktuelle Stimmungslage (ASTS), mesure le bien-être subjectif lié à la satisfaction de la vie.</p> <p>L'échelle visuelle analogique (EVA) allant de 0 (aucune) à 100 (insupportable) évalue la perception de soi dans la vie quotidienne.</p> <p>L'alpha de Cronbach a été utilisé, pour observer la fiabilité des échelles.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Besoins spirituels (cronbach 0.68) plus présents chez les personnes dépendantes (0.68 cronbach) et de confession chrétienne ($p=0.271$). Un faible score de confiance religieuse de 38/100 selon le questionnaire de l'attitude spirituelle et religieuse face à la maladie. Le score du BMLSS qui intègre l'échelle FLQM était de 68/100= majorité des participants satisfaits de leur vie. Les prières faites seules sont plus appréciées par les résidents, cependant elles ont une signification faible 0.7/3. Les soignants, psychologues et assistants sociaux pourraient par leur disponibilité, écouter l'histoire de vie des aînés, pour répondre à leur besoin spirituel et identifier les relations perturbées afin d'améliorer leur bien-être. La famille semble être une ressource plus appropriée que les intervenants spirituels pour répondre aux besoins spirituels, cependant, il y a un faible score (0.43 et 0.28/3) pour la sollicitation des proches. La réminiscence des expériences vécues et son partage est importante pour les aînés. 	<ul style="list-style-type: none"> Non généralisable En majorité des femmes Population principalement de confession protestante Pas d'accord éthique pour cette étude Cette étude transversale, ne permet pas d'interprétations causales. C'est pourquoi, des études longitudinales sont nécessaires pour corroborer ses conclusions.

Tableau de l'article 7 : Spiritual End-of-Life Care in Dutch Nursing Homes: An Ethnographic Study

Auteurs-Année-	Population / Type étude	But de l'étude	Méthode / Instrument de mesure	Principaux résultats	Limites
Delien, L., Gijssberts, M-J., Hertogh, C., Muller, M. T., Van der Steen, J. T. (2013)	<p>Population :</p> <p>N =58 résidents de 2 maisons de retraite aux Pays-Bas. L'une qui s'occupe des soins psycho-gériatriques (32 résidents atteints de démence) et la seconde des soins somatiques (26 résidents).</p> <p>Le corps soignant : trois médecins spécialisés en gériatrie, deux médecins internes, un infirmier chef, 10 infirmières certifiées, 5 infirmières en formation, 5 aides-soignantes. Un conseiller spirituel dans chaque maison.</p> <p>Critères d'inclusion : /</p> <p>Type d'étude :</p> <p>Étude qualitative ethnographique</p>	<p>1. Explorer, l'évaluation des besoins spirituels, l'application des soins spirituels, la collaboration des soignants pour répondre aux besoins spirituels et le rôle du proche aidant.</p> <p>2. Évaluer si l'approche spirituelle doit être différente en fonction de l'état de santé de la personne (démence, handicap, maladie).</p>	<p>Méthode :</p> <ul style="list-style-type: none"> Entretien informel avec les soignants, médecins et les familles. 11 entretiens formels ont eu lieu : 2 avec des résidents, 4 avec les infirmières, 3 avec les médecins, 1 avec le conseiller spirituel, 1 avec la famille. Échantillonnage non-probabiliste Observation des visites médicales, infirmières. Recueil des données du dossier de soins des résidents. Prises de notes des chercheurs sur leurs ressentis, réflexions, questionnements qu'il ont mis en commun. Les chercheurs (un médecin et un sociologue), n'ont pas informé les soignants et les résidents de la raison précise de leur venue, ceci afin de ne pas influencer les pratiques des soignants sur les soins spirituels. Les chercheurs ont intégré l'équipe en tant qu'aides-soignants. L'étude a été approuvée par un comité d'éthique <p>Instruments de mesure :</p> <p>Une analyse inductive est utilisée pour identifier les thèmes issus des données, d'établir des liens et avoir des résultats.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Pas de prise en soins formelles des infirmières de la spiritualité. Les besoins spirituels des résidents ne sont pas questionnés et n'apparaissent pas dans le plan de soins. Certains résidents disent se sentir plus à l'aise de parler de leurs besoins spirituels à leur proche. Les soignants disent avoir besoin d'être formés pour aborder les questions spirituelles. Lorsque les résidents sont dans leurs derniers instants de vie, des soins spirituels informels sont prodigués par les infirmières tel qu'un réaménagement de l'environnement du patient (musique qu'il aime, bonne odeur, installation d'un lit pour les proches) Le soignant adopte un rôle de médiateur qui permet de renforcer les liens familiaux, pour que la personne puisse mourir en paix. Il accompagne les proches dans l'acceptation de la mort. Le soignant a une posture rassurante. Les infirmières et médecins ne communiquent pas suffisamment ensemble et ne partagent pas leurs réflexions qui pourraient améliorer le bien-être spirituel des patients. Ils ne communiquent pas avec le conseiller spirituel de manière officielle mais le sollicite de manière informelle, lors d'un décès par exemple. Il n'y a pas de différence entre les prises en soins informelles des infirmières dans les 2 maisons de retraites, la prise en soins de la fin de vie est la même. 	<ul style="list-style-type: none"> Non-généralisable 2 EMS avec une structure religieuse. Étude faite aux Pays-Bas, un peuple pour qui la spiritualité fait partie intégrante de la vie et qui se sent confortable d'en parler.

Tableau article 8 : The practice of dealing with existential questions in long term elderly care

Auteurs-Année	Population / Type étude	But de l'étude	Méthode / Instruments de mesure	Principaux résultats	Limites
Vander Vaart, W., Van Oudenaarden, R. (2018)	<p>Population :</p> <p>N= 280 résidents de deux maisons de retraite protestantes néerlandaises, qui avaient déjà participé à un programme pilote néerlandais sur les questions existentielles.</p> <p>Critères d'inclusion : /</p> <p>Type d'étude :</p> <p>Étude qualitative descriptive</p>	Décrire la façon dont les organisations de soins de longue durée (maison de retraite) traitent les questions existentielles, dans le but, de mettre en place des recommandations de bonnes pratiques.	<p>Méthode :</p> <ul style="list-style-type: none"> Entretien approfondi semi-structuré avec 3 résidents par institution (6 résidents au total), sélectionnés après une consultation avec un conseiller spirituel (aumônier) et qui ont été jugés aptes à pouvoir être interrogés, toutes étant des femmes, âgées de 85 à 95 ans en bonne santé habituelle. Entretien informel des assistantes de recherche avec les résidents. Échantillon non-probabiliste Une assistante de recherche qualifiée dans les études qualitatives effectuait les entretiens Une recherche documentaire sur le programme pilote afin d'accéder à des informations déjà recueillies. Observations des colloques professionnels et des résidents lors de leurs activités quotidiennes. <p>Instruments de mesure :</p> <p>Les données ont été classé selon 2 approches. La première se base sur les 4 préoccupations ultimes (la mort la liberté, l'isolement existentiel et la solitude), afin d'explorer les questions existentielles des aînés. La deuxième s'appuie sur les 7 dimensions du sens de la vie afin de les mettre en lien avec le fonctionnement des organisations. Ces données ont été regroupées et analysées.</p>	<ul style="list-style-type: none"> La prise en compte du sens de la vie des résidents comme étant une partie intégrante de la mission des 2 institutions. Le manque de temps, d'expertise et le changement de soignants sont identifiés comme étant une limite à l'intégration des soins spirituels Les soignants reconnaissent les questions existentielles, certains soignants se sentent confortables pour les traiter alors que d'autres y arrivent moins bien. Pour répondre aux besoins spirituels, les soignants devraient se montrer plus disponibles, faire des entretiens, diriger les résidents vers des experts, connaître l'histoire du résident, son réseau qui peut être une ressource pour guider ses réponses existentielles. Enfin les soignants doivent avoir d'avantage d'expérience dans le domaine des soins spirituels. 	<ul style="list-style-type: none"> Non généralisable L'entretien semi-structuré fait avec 6 résidents seulement, ne donne pas la raison pour laquelle les autres personnes sont exclues. Entretien semi-structuré qu'avec des femmes Les questions des entretiens ont été individualisées en fonction du sujet L'assistante en recherche avait déjà rencontré les participants lors d'observations et d'entretiens informels L'étude n'a pas été approuvée par un comité d'éthique

Tableau de l'article 9 : How elderly nursing home residents transcend losses of later life

Auteurs-Année	Population / Type étude	But de l'étude	Méthode / Instruments de mesure	Principaux résultats	Limites
Bickerstaff, K.A., Grasser, C.M., McCabe, B. (2003)	<p>Population :</p> <p>N= 95 résidents d'établissements de soins de longues durées présentant une défaillance fonctionnelle ont été retenus, avec comme âge moyen 82 ans. 70 sont des femmes et 25 des hommes.</p> <p>Les critères d'inclusion :</p> <p>65 ans ou +</p> <p>Montrer des signes de dépassement de soi au cours des entretiens</p> <p>Être résident depuis plus de 3 mois</p> <p>Anglophone uniquement</p> <p>Intacte au niveau cognitif</p> <p>Type d'étude :</p> <p>Étude qualitative phénoménologie</p>	Identifier les qualités et les ressources des personnes âgées, pour donner un sens à leur vie.	<p>Méthode :</p> <ul style="list-style-type: none"> Entretiens individuels. Échantillonnage non-probabiliste Analyse des entretiens à l'aide de 6 tableaux. Un, démontrant les caractéristiques démographiques des participants et les autres les différentes catégories du modèle de Reed. L'étude a été approuvée par un comité d'examen institutionnel et des établissements de Midwest. <p>Instruments de mesure :</p> <p>Pas d'instruments de mesure utilisés dans cette étude.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Diverses ressources sont utilisées par les participants pour rester en bonne santé. L'acceptation de la vie (passé, présent, futur), l'acceptation des conditions physiques et la volonté de Dieu (puissance supérieure) ont été identifiés comme des moyens d'atteindre un dépassement de soi qui améliore le futur. Les moyens d'aides tels que l'implication de la famille, la relation avec soi et les autres ou un être supérieur en lien avec la spiritualité sont identifiés dans la générativité du modèle de Reed. La participation aux loisirs et l'apprentissage sont identifiés dans l'introjection. La transcendance et la capacité à intégrer les changements sont mis en évidence 	<ul style="list-style-type: none"> Non généralisable Les critères de sélection sont restreints Plus de femmes que d'hommes. Étude effectuée en 2003 et donc moins représentative des besoins actuels. Étude réalisée aux États-Unis

5.4. Résultats tableau synoptique

Thèmes	Adami & al.	Bickerstaff & al.	Cantillo Banquett & al.	Delien & al.	Glasser & al.	Haugan	O'Shea, E., & al.	Van der Vaart & al.	Büssing & al.
Stratégies d'adaptations religieuses et/ou spirituelles (positives et négatives)	X		x		x				
Spiritualité/ besoins spirituels		x	x			x	x		
Religiosité			x		x		x		x
Bien-être et qualité de vie	x				x				
Interventions spirituelles				x		x	x	x	x
Rôle du proche aidant		x		x				x	x

5.5. Résultat par thèmes

Les articles sont classés par type d'étude, de quantitative à qualitative.

5.5.1. Stratégie d'adaptation spirituelle et/ou religieuse

Les articles de Cantillo & al. (2016), Adami & al. (2016) Glasser & al. (2009) évoquent la thématique des stratégies d'adaptations spirituelles et religieuses.

Cantillo & al. (2016) ont conçu une étude qui tente de comprendre la relation entre la religion/spiritualité et la maladie chronique chez une population dont la moyenne d'âge, est de 74 ans et est atteinte d'une maladie chronique. Dans leur discussion, ils soulignent que les ressources spirituelles et religieuses sont mobilisées comme des stratégies d'adaptation par les personnes âgées atteintes de maladies chroniques. Un exemple de stratégie d'adaptation nommée dans l'étude est le partage des mêmes croyances religieuses entre individus. En effet, l'étude met en évidence que ce partage améliore le vécu des situations de vie difficile et son adaptation.

L'étude de Adami & al. (2016) vise à décrire le lien entre les stratégies d'adaptation religieuses/spirituelles sur la qualité de vie chez les aînés âgés en moyenne de 76 ans dont 96.1 % pratiquent une religion. Ils mettent en évidence l'existence d'une corrélation significative ($p < 0,01-0,05$) entre les stratégies d'adaptation positives et les aspects physiques, psychologiques, relationnels, environnementaux, sociaux et la qualité de vie globale. Ce qui signifie que les stratégies d'adaptations ont un effet positif sur l'ensemble de ces aspects. La qualité de vie des résidents est associée de manière positive et significative ($p < 0.001-0.01$) avec les stratégies d'adaptations religieuses positives / négatives.

Glasser & al. (2009) ont établi une étude qui tente de comprendre le rôle de la religion chez une population dont l'âge moyen est de 85 ans et dont 42,9% étaient de

confession juive. Ils montrent que 82.1% (n=115) des participants utilisent des stratégies d'adaptation religieuse positive et que 47% (n= 67) se servent de stratégies d'adaptation religieuse négative. De plus, l'importance d'intégrer la religion dans la vie ($p<0.0019$) en lien avec le non usage de stratégie d'adaptation religieuse négative ($p<0.0083$) est indépendamment associée à un meilleur bien-être psychologique.

5.5.2. Spiritualité

Les articles de Cantillo & al. (2016), O'Shea & al.(2007), Haugan (2013) Bikerstaff & al.(2003) évoquent la thématique de la spiritualité.

Cantillo & al. (2016) montrent que l'ensemble des participants ont récolté une moyenne de 54.7 sur 60 points, selon l'échelle de la perception spirituelle de Pamela Reed. Ce résultat montre que les participants donnent une forte importance à la spiritualité. Cette échelle est constituée de 10 éléments répartis dans 2 items : la pratique et la croyance. Concernant les pratiques spirituelles, les participants ont obtenu un score total de 22 sur 24, ce qui montre que les participants ont une forte pratique spirituelle. Cinq pratiques étaient souvent abordées avec un score plus élevé pour la méditation/la prière (97.8%) et pour la spiritualité (73.8%). Les croyances spirituelles ont obtenu une moyenne de 32.7. L'ensemble des participants étaient en accord avec les 7 convictions de l'échelle. Les résultats de l'étude montrent une corrélation modérée entre la spiritualité et la religiosité ($r=0.57$). De même que pour les croyances spirituelles et la religiosité ($r=0.61$). Tandis que les liens entre la religiosité et les pratiques spirituelles sont faibles ($r=0.22$). Les auteurs interprètent cette faible relation, en expliquant que les individus peuvent être plus religieux que spirituels et inversement. Toutes ces corrélations avaient un $p< 0.001$.

O'Shea & al. (2007) ont conçu une étude qui explore la perception de la spiritualité et des soins spirituels auprès de 24 patients âgés en moyenne de 90 ans et dont 96%

souffrent de plus de 5 problématiques de santé. Ils mettent en évidence que la spiritualité des résidents était élevée selon l'échelle d'évaluation de la spiritualité et des soins spirituels avec un score de 51.36 sur 68. De plus, les résultats de l'étude montrent une perspective moyennement élevée des aspects de la spiritualité ($m=16.65$) et un point de vue de la religiosité ($m= 5.48$) faible chez les résidents. Selon les auteurs, le résultat faible de la religiosité serait en lien avec une formulation négative des éléments composant la religiosité, ce qui a induit une mauvaise compréhension des questions sur ce sujet.

Haugan (2013), a réalisé une étude qui souhaite comprendre le lien entre les interactions soignant-soigné et le sens de la vie, chez une population dont l'âge moyen est de 85 ans. Cette étude souligne que le sens de la vie évalué avec l'échelle de LIP est faible avec un score variant de 43 à 131 et une moyenne de 93 sur un total de 140. De plus, ce score diminue légèrement avec l'avancée de l'âge, en effet une moyenne de 95 a été relevée chez les patients de 80 ans et plus, 91-97 chez les participants âgés de 80 à 90 ans, et une moyenne de 93 à 42 chez les 90 ans et plus. Ce qui signifie que le sens de la vie diminue avec le vieillissement.

L'étude de Bikerstaff & al. (2013), a été réalisée auprès de 180 aînés âgés en moyenne de 82 ans. L'objectif de l'étude est d'identifier les stratégies permettant à cette population de surmonter les pertes et difficultés liées à la vie afin de donner un sens à leur existence.

L'étude évoque que les participants utilisent diverses ressources pour les aider à rester en bonne santé. Les résidents ont exprimé que l'acceptation de la vie dans le passé, le présent et le futur, ainsi que l'acceptation des conditions physiques et la volonté de Dieu (puissance supérieure), sont des moyens d'atteindre un dépassement de soi. Voici un exemple des dires d'un des participants qui illustre la place de la spiritualité dans

son quotidien : *“Nous savons que ce ne sera jamais pareil, jamais, mais, grâce à Dieu, nous avons toujours un souvenir et un esprit clair, nous contemplons, nous restons assis et réfléchissons. Vous pouvez avoir des heures heureuses et tout ça...Je vis juste au jour le jour... J'ai de bons amis ici. Cela fait seulement un an que je suis ici, mais j'ai vu beaucoup de mes amis ici quitter ce monde. C'est donc une répétition de la vie, c'est tout...vous ne savez jamais avec certitude quand il vous veut à la maison”.*

5.5.3. Religion

Les articles de Cantillo & al. (2016), O'Shea & al.(2007), Glasser & al.(2009) et Büssing & al.(2013) évoquent la thématique de la religion.

Cantillo & al. (2016) déclarent que la perception de la religiosité chez les participants était élevée selon l'échelle de religiosité de Francis. Les participants étaient majoritairement très en accord (score de 53.3 %- 76.4 %) avec les 5 items de l'échelle. Le score le plus élevé (76.4% très en accord) concernait l'importance de Dieu pour soi.

O'Shea & al (2007) évoquent que la religiosité des participants était faible avec une moyenne de 5.48 sur 12 selon l'échelle d'évaluation de la spiritualité.

Glasser & al. (2009) mettent en évidence que la religion est évaluée comme étant très importante pour 54% des participants, assez importante à 27% et pas importante à 19%. Les participants pour qui la religion tient une place importante avaient un meilleur bien-être ($m=54.3$ et $p=0.004$).

Büssing & al. (2013) ont réalisé une étude auprès de 100 personnes âgées en moyenne de 84 ans dont 35 avaient une affiliation religieuse. L'objectif de l'étude était d'explorer

les besoins spirituels des personnes âgées institutionnalisées. L'étude souligne que les participants présentaient un faible score de confiance religieuse avec un résultat de 38/100 selon le questionnaire de l'attitude spirituelle et religieuse face à la maladie. De plus, les prières faites individuellement sont appréciées par les résidents davantage que les prières collectives. Cependant, ces rituels qui cherchent une protection auprès d'une puissance plus élevée ont une signification relativement faible de 0.7/ 3. Les besoins religieux ont un score faible selon le coefficient de Cronbach qui est de 0.54. Ce score est encore plus faible chez les hommes (0.26). Les besoins religieux sont plus présents chez les personnes dépendantes (0.68) et celles de confession chrétienne ($p=0.005$). Il existe un lien faible entre la fatigue et les besoins religieux ($p=0.271$).

5.5.4. Bien-être et qualité de vie

Les articles de Adami & al. (2016) et Glasser & al. (2009) évoquent la thématique du bien-être et de la qualité de vie.

Adami & al. (2016) démontrent une relation significative entre l'échelle SRCOPE, c'est-à-dire les stratégies d'adaptation spirituelles et religieuses avec les domaines de la qualité de vie ($p<0.05$). Les domaines de la qualité de vie sont développés dans le thème des stratégies d'adaptation.

Glasser & al. (2009) soutiennent que les participants avaient un score moyennement élevé concernant le bien-être psychologique, le score étant de 5,9 à l'échelle d'Affect Balance de Bradburn (ABS). Un score élevé du bien-être était présent pour les résidents pour qui la religion avait une grande importance ($m=54.3$ et $p=0.004$).

5.5.5. Prise en soins de la spiritualité

Les articles de O'Shea & al. (2007), Haugan (2013), Büssing & al. (2013), Deliens & al. (2013), Van der Vaart & al. (2018) évoquent la thématique de la spiritualité.

O'Shea & al. (2007) mettent en évidence que le manque d'apprentissage et d'expérience, ainsi que la diversité des croyances spirituelles, sont un frein à la mise en place d'interventions spirituelles par les infirmiers. Fournir une formation améliorerait les compétences infirmiers dans le domaine de la spiritualité. De plus, les infirmiers ont un rôle de promoteur de la santé et de la qualité de vie. Les auteurs soulignent la nécessité d'intégrer dans le plan de soins la spiritualité qui joue un rôle important dans la santé des résidents.

Haugan (2013) soutient que l'interaction entre l'infirmier et le patient contribue à donner du sens à la vie du résident. A travers le modèle de SEM, une association positivement significative a été mise en évidence entre l'interaction soignant-soigné et le sens de la vie des résidents ($p < 0.09$).

Büssing & al. (2013) soulignent que l'infirmier, les psychologues et l'assistant social pourraient de par leur disponibilité et leur savoir-faire, écouter l'histoire de vie de la personne afin de répondre à ses besoins et l'aider à les reconnaître mais aussi à identifier les relations perturbées, qui peuvent avoir un effet néfaste sur le bien-être de la personne. D'une part, les participants n'ont montré aucun intérêt pour les intervenants spirituels, car la famille semblait être la ressource la plus appropriée pour parler de leurs besoins spirituels. D'autre part, les résidents ont attribué une grande importance à la réminiscence des expériences vécues et son partage avec les autres, c'est pourquoi une approche intégrative de la part du soignant serait appropriée.

Deliens & al. (2013) mettent en évidence que les soins spirituels sont prodigués aux résidents de manière informelle et qu'ils n'apparaissent pas dans le plan de soins. De plus, afin d'enrichir les dimensions multidisciplinaires de la prise en soins des résidents, il est nécessaire de doter les infirmiers de moyens, leur permettant d'exprimer leurs avis, leurs observations et de partager leur expérience.

Van der Vaart & al. (2018) expliquent que le manque de temps, d'expertise et le changement des soignants sont identifiés comme étant une limite à l'intégration des soins spirituels. En effet, les deux établissements n'intègrent pas les questions existentielles dans leurs documents politiques, malgré le fait qu'ils ont participé à un programme pilote portant sur le sens de la vie. En outre, il a été relevé que certains soignants avaient de la facilité à parler des questions existentielles alors que pour d'autres, ce sujet était délicat. Les soins spirituels n'étaient pas systématiquement inclus dans les soins du quotidien. Un résident s'exprime à ce sujet en disant : "L'attention est portée au bien-être physique, mais pas au bien-être spirituel ; le personnel soignant n'a pas assez de place pour cela". Le roulement des soignants est un frein à la création du lien qui a un impact sur l'approche spirituelle.

5.5.6. Proche aidant

Les articles d'Büssing & al. (2013), Deliens & al. (2013), Van der Vaart & al. (2018) et Bickerstaff & al. (2003) évoquent la thématique des proches aidants.

Büssing & al. (2013) soutiennent que le lien avec la famille a été nommé comme étant un besoin spécifique pour la personne âgée. Néanmoins, les aînés sollicitent peu leurs proches lorsqu'ils sont confrontés à des situations de vie difficile de peur de devenir un fardeau pour leurs proches. C'est pour cette raison que les résultats montrent un faible

score de 0.43 et 0.28 sur 3 pour la sollicitation des proches et qu'il existe un déséquilibre dans les besoins d'aimer et de transmettre leurs expériences vécues.

Deliens & al. (2013), rapportent que les soignants ont estimé important d'inclure leurs proches dans l'approche spirituelle. Pour que le résident puisse clore la boucle de sa vie par une sérénité et une paix dans sa relation avec ses proches, l'infirmier a joué le rôle de médiateur pour rétablir les liens. De plus, il est mentionné que certains participants ont pu exprimer leurs souhaits et besoins grâce à leurs proches. Finalement, les infirmiers offrent un accompagnement aux proches aidants lorsque les résidents se retrouvent en fin de vie.

Van der Vaart & al. (2018) expliquent que la connaissance du réseau de la personne âgée peut être une ressource pour guider les réponses existentielles.

Bickerstaff & al. (2003) mettent en évidence que l'implication de la famille est une ressource pour les personnes âgées. L'une des participantes s'exprime autour de l'importance de la famille en disant : « avec le recul, je suis vraiment heureuse de ce qui m'est arrivée à l'époque. J'avais six frères à mes côtés, qui m'ont aidée...et prendre soin d'une personne était ma seconde nature ».

6. DISCUSSION

La discussion sera présentée à travers les trois concepts principaux du modèle de Reed en commençant par la vulnérabilité, puis l'auto-transcendance et le bien-être. Cette discussion se terminera sur une réponse à la question de recherche qui s'appuiera sur les conclusions des études retenues.

6.1. La vulnérabilité

Selon Reed, la vulnérabilité est une prise de conscience de sa propre finitude qui aboutit à une maturation à l'âge adulte ou en fin de vie. Les expériences de la vie sont vécues comme des situations de crises telles que la maladie chronique et l'invalidité. Elles vont être transformées par la personne en expérience de guérison (Reed cité par Smith & al., 2014, p. 112). L'ainé, se retrouve face à des changements physiques et des problèmes de santé qui vont inévitablement l'amener dans un état de vulnérabilité. La mort et la finitude représentent pour les résidents des facteurs de stress liés aux différentes pertes en autonomie, soit par l'isolement, par l'intrusion d'autrui et le manque d'intimité qu'engendre l'institutionnalisation en EMS, qu'elle soit volontaire ou non (Adami & al., 2016). En conséquence de ces facteurs, dans l'étude de Adami & al. (2016) les personnes âgées institutionnalisées atteintes à 74% de maladies chroniques ne développent pas de stratégies d'adaptation positives pour faire face à la fin de vie. L'étude de Cantillo & al., qui comprend 42.8% de participants veufs, démontre que le déclin fonctionnel lié au vieillissement augmente la vulnérabilité de la personne âgée et la rapproche de sa propre finitude (Cantillio & al. 2016).

Une étude réalisée en Suisse auprès de 280 résidents vivant dans trois différents EMS, a mis en évidence que le désir de mort était en lien avec des besoins spirituels insatisfaits. Ce désir est trois fois plus important lors d'une détresse spirituelle (Monod, 2018).

Selon Reed, la personne âgée est en perte de repères en raison de son institutionnalisation en maison de retraite, c'est pourquoi elle devient d'autant plus vulnérable. L'aîné, étant face à des préoccupations ultimes est amené à prendre plusieurs décisions (Reed cité par Smith & al., 2014, p.112). Dans l'étude d'O'Shea & al. (2007), 96% des participants ayant plus de 5 problématiques de santé et 52% des veufs, font appel à la spiritualité afin de donner un sens à la mort et de fournir un cadre de gestion (O'Shea & al., 2007). Reed souligne que la prise de conscience de sa propre finitude permet à la personne d'atteindre un dépassement de soi à travers la spiritualité. Elle pourra ainsi accepter son état de santé et donner ainsi un sens à sa vie (Reed cité par Smith & al., 2014, p.112).

6.2. L'auto-transcendance

Reed décrit l'auto-transcendance comme un dépassement de soi par un élargissement de ses limites à travers l'utilisation de 4 ressources (l'intrapersonnelle, l'interpersonnelle, la ressource temporelle et la ressource transpersonnelle) (Smith & al., 2018, p.412). Sa théorie se base essentiellement sur la sphère transpersonnelle qui est directement liée à la spiritualité.

La spiritualité est propre à chaque individu, c'est pourquoi leur prise en soins devrait être individualisée. Les besoins spirituels ont un lien étroit avec l'expérience de vie de la personne. En effet, lors de situations de vie difficiles, ces besoins peuvent se développer ou encore disparaître (Büssing & al., 2013). Lorsque la personne se retrouve en situation de vulnérabilité, la spiritualité peut devenir une ressource et amener la personne à l'auto-transcendance (Reed cité par Smith & Liehr 2014, p. 112). La revue de littérature de Brandt & al. (2017) souligne que plusieurs aspects du système religieux tels que le lien d'attachement sécure, une structure stable, les rituels, les repères au quotidien, sont des ressources qui favorisent la construction d'une identité

individuelle et collective. Elles pourraient améliorer la qualité de vie et le bien-être (p.27-28).

Selon Cantillo & al. (2016), Glasser & al. (2009) et O'Shea, la spiritualité et/ou la religiosité sont importantes pour les résidents. Cependant, le lien entre la religiosité et les pratiques spirituelles, reste faible, ce qui laisse penser qu'une personne peut être soit religieuse soit spirituelle ou les deux. En se référant à l'une des définitions de la spiritualité donnée dans la problématique, la spiritualité peut être à l'origine de la religiosité ou se construire à partir d'une attitude philosophique ou morale (Rivier, Suter & Hongler, 2008, p.4).

Cependant, il est important de prendre en considération le biais de l'échantillonnage de ces trois études composées en majorité de personnes qui disent appartenir à une confession religieuse ou qui sont pratiquantes. C'est pourquoi, les résultats ne peuvent pas être généralisés. Deux ressources de la théorie de Reed sont mentionnées par les auteurs ci-dessus : l'interpersonnelle qui demande à la personne d'utiliser ses ressources telles que les valeurs, les rêves et les croyances, dans le but d'accéder à un meilleur bien-être et le transpersonnelle qui est la capacité d'un individu à se mettre en relation avec une force supérieure.

L'étude de Haugan (2013) met en évidence une diminution du sens de la vie avec l'avancée de l'âge et l'affirmation que les interactions soignantes permettraient d'augmenter le sens de la vie.

Pour atteindre le bien-être, la sollicitation des proches aidants et la famille peut être vue comme une ressource ou un obstacle. Büssing & al. (2013), sont les seuls auteurs qui, dans leur étude évoquent le terme de "fardeau" que ressent l'aîné lorsqu'il est confronté à des événements difficiles. Dans cette situation, sa sollicitation vis-à-vis de ses proches est faible et son besoin d'aimer est perturbé. Bickerstaff & al. (2003) vont même plus loin en abordant la perte du lien familial pouvant conduire de la dépression jusqu'au suicide de la personne âgée institutionnalisée.

Cependant, Deliens & al. (2013), tout comme Bickerstaff & al. (2003), décrivent les relations familiales comme étant une ressource importante de sens et de lien. Une des participantes de l'étude de Bickerstaff & al. (2003), témoignent qu'« avec le recul, je suis vraiment heureuse de ce qui m'est arrivée à l'époque. J'avais six frères à mes côtés, qui m'ont aidée...et prendre soin d'une personne était une seconde nature ». Ceci évoque l'importance du lien avec les proches aidants.

L'intrapersonnelle, est une ressource selon Reed, en lien avec les propos d'Haugan (2013), Deliens & al. (2013) et Bickerstaff & al. (2003). Elle permet à l'aîné de retrouver un sens à sa vie et parvenir au bien-être grâce aux interactions avec les soignants ou à travers son lien avec ses proches.

Enfin, la ressource temporelle, se retrouve dans l'étude de Bickerstaff & al. (2003), car l'acceptation de la vie dans le passé, le présent et le futur, ainsi que l'acceptation de leur propre état physique et de la volonté de Dieu (puissance supérieure), sont des moyens d'atteindre un dépassement de soi pour les résidents. Également, la reconnaissance du vécu de la personne permet de donner un sens au présent et d'atteindre un état de bien-être dans l'avenir (Bickerstaff & al. 2003).

Le concept temporel, une ressource de la théorie, fait référence au vécu de la personne dans le temps présent. Il permet le dépassement de soi dans le but d'améliorer son futur.

Une revue systématique faite par Agli, Bailly & Ferrand (2015), qui regroupe 51 articles portant sur la thématique de la spiritualité et de la religion des personnes âgées, a été utilisée pour donner plus d'apport à ce sous-chapitre. Elle démontre à l'intérieur de 3 articles une nette diminution et/ou une stabilité des troubles cognitifs chez les personnes âgées qui ont davantage recours à leur spiritualité ou à leur religion. A l'intérieur de 8 autres articles, il a été mis en évidence que l'utilisation de la spiritualité ou de la foi dans la vie quotidienne permettait de développer « des stratégies d'aide pour accepter leur maladie, entretenir leurs relations, garder espoir et trouver un sens à leur vie, améliorant ainsi leur qualité de vie » (p. 716).

6.3. Le bien-être

Le bien-être défini par Reed, correspond à l'harmonie, au bonheur, à l'espoir, à la plénitude, et au sens de la vie. Les aléas de la vie vécus comme des expériences négatives par la personne âgée, peuvent l'amener à développer des stratégies telles que le dépassement de soi, dans le but de donner un sens à sa vie et d'atteindre le bien-être (Smith & al., 2018, p.412).

Plusieurs études (Adami & al. (2016), Cantillo & al. (2016) et Glasser & al. (2009)) évoquent les stratégies d'adaptation spirituelles mises en place par les personnes âgées institutionnalisées. Cependant, le point de vue des auteurs diverge. Adami & al. (2016) expliquent que la confrontation de l'aîné aux expériences difficiles de sa vie, ne lui permettent pas toujours de développer des stratégies spirituelles positives. Selon Glasser & al. (2009) et Cantillo & al. (2016), l'aîné obtiendra un meilleur bien-être si les stratégies d'adaptation religieuses positives sont reconnues. Ainsi, une personne pour qui la religion a de l'importance et qui ne mobilise pas de stratégies d'adaptation négatives obtiendra un meilleur bien-être. Cantillo & al. (2016) mentionnent aussi, que la spiritualité peut devenir une ressource positive pour accéder au bien-être et pour affronter les différentes pertes.

Selon Reed, les expériences négatives vécues par l'aîné, sont mobilisées et transformées en expérience de vie positive dans le but d'atteindre le bien-être (Reed cité par Smith & al., 2014, p. 112). Si l'on se réfère à la théorie de Reed, la personne utilise 4 ressources lui permettant d'accéder au bien-être. La ressource qui est mobilisée ci-dessus est l'interpersonnelle. L'aîné, qui est considéré comme un processus évolutif en interaction avec son environnement changeant, va utiliser l'auto-transcendance, dans le but de s'épanouir dans son nouvel environnement, tel qu'en institution (Smith & al, 2018, p.412).

6.4. Les facteurs favorisant l'auto-transcendance

L'élaboration de la problématique a permis de développer la question de recherche suivant : Quelle est l'importance de la spiritualité chez les personnes âgées vivant en maison de retraite ?

Les études retenues ont donné lieu à différentes pistes de réflexion. La majorité des articles suggèrent l'intégration et la prise en compte du domaine de la spiritualité dans les soins auprès des personnes âgées institutionnalisées.

Dans un premier temps, Deliens & al. (2013) proposent de rendre formels les soins spirituels informels. Puis, Haugan (2016), explique qu'en institution, les interactions sociales sont peu nombreuses. C'est pourquoi, l'interaction entre l'infirmier et le résident est essentielle pour améliorer le bien-être des résidents. Ensuite, Adami & al. (2016), Büssing & al. (2013) et Cantillo & al. (2016) appuient l'importance d'intégrer dans le plan de soins tous les besoins multidimensionnels de la personne âgée. Adami & al. (2016), Cantillo & al. (2016), Büssing & al. (2013) et Haugan (2016) ont utilisé des échelles qui évaluent la spiritualité, les besoins spirituels, les soins spirituels, l'orientation spirituelle, l'adaptation religieuse/spirituelle et le sens de la vie pour appuyer leurs propos.

Chacun des articles parvient à la conclusion que l'intégration des soins spirituels améliorent le bien-être et/ou la qualité de vie des personnes âgées institutionnalisées.

Reed présente un modèle classant les personnes dans différentes catégories. Les expériences et comportements d'adaptation des personnes âgées, peuvent selon l'étude de Bickerstaff & al. (2003) se situer dans plusieurs de ces catégories. Ceci étant, si l'individu se retrouve dans plusieurs de ces domaines elle atteindra un dépassement de soi. Ce qui amène à penser que la personne, de par sa vulnérabilité, doit être prise en considération sur l'ensemble de ce modèle, pour améliorer sa qualité de vie.

7. CONCLUSION

7.1. Apports et limites du travail

Cette revue de littérature porte sur une thématique dite “ambiguë” dans la discipline infirmière. Or, toutes les études retenues s'accordent pour dire que la prise en soins de la spiritualité est essentielle pour un grand nombre d'aînés institutionnalisés. L'augmentation de l'espérance de vie de cette population a un impact sur l'augmentation des pertes physiques, sociales et psychologiques. L'institutionnalisation entraîne une perte de repères et de liens sociaux, qui favorise l'émergence de préoccupations spirituelles. Ce travail met en lumière l'identification de stratégies d'adaptations que les personnes âgées peuvent mettre en place pour faire face aux difficultés de la vie. Ces stratégies donnent un sens à la vie et deviennent alors des ressources ou, à l'inverse, elles peuvent être une source de conflit qui amène à une détérioration du bien-être. La famille est une ressource importante pour une majorité des participants des études. En s'appuyant sur la théorie infirmière de l'auto-transcendance de Pamela Reed, il a été relevé que les stratégies d'adaptations des participants aux études, ont toutes fait référence aux 4 ressources favorisant le dépassement de soi.

Le rôle de l'infirmier semble être essentiel dans la quête de sens et du bien-être, si celle-ci prend en considération les ressources permettant l'accès au dépassement de soi.

Cette revue de littérature est constituée de certaines faiblesses et limites. Les articles retenus dans cette étude sont pour 6 de nature quantitative et pour 3 de nature qualitative. Ces articles possèdent un niveau de preuve moyen à faible. Néanmoins, la méthodologie est rigoureuse car elle porte sur des questionnaires, des observations et des entretiens. Elle permet de répondre à la question de recherche qui explore le vécu des aînés institutionnalisés. Cependant, certains biais peuvent compromettre la fiabilité des résultats. Pour commencer, 5 études sont réalisées auprès de participants ayant une affiliation religieuse. De plus, 5 études n'ont pas été réalisées en Europe, pour cette

raison, il est difficile de généraliser les résultats à l'ensemble d'un EMS ainsi qu'à la Suisse. Dans 6 articles, la majorité des participants sont des femmes, ceci peut s'expliquer par le fait que la population en maison de retraite est davantage féminine et donc cela ne permet pas de généraliser les résultats pour l'ensemble de la population. Les études de Van der Vaart & al. (2018) et Büssing & al. (2013) n'ont pas été validées par un comité d'éthique, c'est pourquoi leurs résultats doivent être pris en considération avec prudence. L'ensemble des études ont été réalisées sur un temps donné et ne prennent pas en considération les changements de situations liés au temps. Comme l'indiquent O'Shea & al. (2007) et Glasser & al. (2009), une étude longitudinale aurait permis de tenir compte de ces changements pour une plus grande fiabilité des résultats. Selon Reed, la personne et son environnement sont en constant changement, de ce fait une étude longitudinale ne serait pas appropriée. Il serait plus pertinent d'utiliser des études transversales afin de prendre en considération chaque changement et de renouveler les évaluations.

7.2. Recommandations

7.2.1. Clinique

Une approche holistique intégrant la spiritualité de la personne âgée est à privilégier par les professionnels de la santé. A cet égard, la collaboration interdisciplinaires entre l'infirmier, l'aumônier, l'aide-soignant, le médecin, l'animateur, l'assistant social et le psychologue, contribuerait à une prise en compte des facteurs personnels, psychosocial et spirituel (Büssing & al., 2013 ; Adami & al., 2016 ; Sacagiu 2017 cité par Jobin, Legault & Pujol, 2017). La spiritualité est propre à chacun et nécessiterait une intervention individualisée (Herve-Desirat, 2012 ; Cantillo & al., 2016). Pour Reed, la personne est un processus évolutif et unique qui a des ressources qui la rendent apte à repousser ses limites pour parvenir à un dépassement de soi (Alligood, 2014, p.578).

Les proches aidants devraient être Intégrés dans la prise en soins, car ils peuvent être une ressource spirituelle importante pour la personne âgée (Bickerstaff & al., 2003). Tel que le souligne Reed, l'environnement de la personne (famille, réseaux sociaux, ressources physiques et communautaires) est toujours en constant changement et participe au processus de santé (Alligood, 2014, p.578). L'aumônier est également une ressource qui pourrait contribuer à améliorer le bien-être des résidents à travers la prière et la méditation (Deliens & al., 2013).

Il est primordial de sensibiliser les soignants et futurs soignants aux préoccupations spirituelles de la personne âgée institutionnalisée. Les infirmiers ont la responsabilité de soutenir et valoriser les stratégies d'adaptations positives au dépassement de soi afin de renforcer le bien-être psychologique (Bickerstaff & al., 2003 ; Büssing & al., 2013 ; Glasser & al 2009 ; Haugan, 2013).

L'interaction entre l'infirmier et le résident contribue à donner un sens à la vie, à travers l'écoute, le respect et l'empathie (Haugan, 2013). Elle soutiendrait selon Reed l'unicité de la personne. L'infirmier est une ressource importante qui permet à la personne d'accéder à la santé et au bien-être (Alligood, 2014, p.577).

L'utilisation des échelles validées auprès de la population âgée peut être conseillée pour évaluer les besoins spirituels, avec des résultats plus significatifs (O'Shea & al., 2007). Ces évaluations peuvent être proposées au résident à son entrée en EMS, sans pour autant être intrusives. Puis elles peuvent être incluses lors de l'évaluation de la période d'intégration de 3 à 6 mois et renouvelées lorsqu'un projet de soins est mis en place avec la personne. Parmi les études retenues, voici les échelles validées qui servent à évaluer la spiritualité ; elles sont fiables et adaptées à la personne âgée : l'échelle d'adaptation spirituelle et religieuse (SRCOPE), l'échelle de la perception spirituelle de Pamela Reed, l'échelle Brief RCOPE et enfin le questionnaire de l'attitude spirituelle et religieuses face à la maladie (SpREUK).

Une anamnèse du résident contribuerait à le reconnecter à son passé, pour lui permettre de partager ses expériences de vie. Ceci apporterait une réponse spécifique aux besoins de la personne (Büssing & al., 2013).

7.2.2. Recherche

Au vu de l'importance de cette thématique chez la population institutionnalisée, il serait judicieux d'effectuer, en Suisse ou en Europe, un plus grand nombre d'études transversales avec un échantillon comprenant l'ensemble de l'EMS. Les études d'ordre qualitatif semblent être les plus appropriées pour approfondir cette thématique car elles prennent en compte l'expérience de vie de la personne. L'implantation des études dans la pratique demande une méthodologie rigoureuse, un contexte propice aux changements et des individus facilitant cette implantation (Harvey & Kitson, 2016).

L'étude Bickerstaff & al (2003) invite les chercheurs à investiguer la qualité de vie des aînés institutionnalisés. Une étude portant sur l'évaluation de la causalité entre la religion, le bien-être et la culture religieuse permettrait de mieux comprendre les différents liens entre ces composantes (Glasser & al., 2009). Le concept de la spiritualité des résidents devrait être illustré à travers une recherche qualitative dans le but de partir du vécu et de la perception de la personne.

7.2.3. Enseignement

La formation du personnel soignant en soins spirituels contribuerait à la prise en soins holistiques et améliorerait l'état de santé, ainsi que la qualité de vie des personnes institutionnalisées (Cantillo & al., 2016 ; O'Shea & al., 2007 ; Van der Vaart & al., 2018). Il serait pertinent de sensibiliser les étudiants aux soins spirituels par des cours théoriques et pratiques, avec des illustrations de situations cliniques portant sur la détresse spirituelle des aînés institutionnalisés. Ces supports permettraient aux

étudiants d'identifier les stratégies d'adaptations positives ou négatives et les ressources de la personne, afin de mettre en place un plan de soins individualisé. Le plan d'études cadre de la filière soins infirmiers HES-SO prévoit dans le module des sciences humaines de mobiliser les connaissances en lien avec la spiritualité sous forme de concept philosophique (Haute Ecole Spécialisée de Suisse occidentale, 2012, pp.40-41). Cet axe n'est abordé que de manière groupée avec " l'ensemble des savoirs relatifs au développement psychosocial des individus dans leurs divers contextes de vie" (Haute Ecole Spécialisée de Suisse occidentale, 2012, pp.40-41). Un enseignement qui développe les soins spirituels serait donc plus pertinent.

Les infirmiers spécialisés en gériatrie peuvent rédiger des guides pour la pratique, destinés à l'équipe soignante et aux étudiants. Ils disposent des compétences et d'expériences solides pour former les soignants et peuvent collaborer avec l'équipe lors de la mise en place d'un bilan de soins individualisé. Ils peuvent notamment fournir des conseils qui répondent aux besoins du résident. Cette spécificité pourrait être une plus-value dans la pratique et aurait un impact sur la diminution ou le recours à la polymédication. Enfin, la qualité de vie des personnes âgées en institution pourrait être améliorée (Bickerstaff & al., 2003).

8. RÉFÉRENCES

- Adami, N. P., Lucchetti, G., Santos, A. E. O., Lucchetti, A. L. G., Ferreira, E. B., Vianna, L. A. C., & Vitorino, L. M. (2016). Spiritual Religious Coping is Associated with Quality of Life in Institutionalized Older Adults. *Journal of Religion and Health*, 55(2), 549-559. <https://doi.org/10.1007/s10943-015-0148-9>
- Alligood, M. R. (2014). *Nursing theorists and their work*.
- Agli, O., Bailly, N., & Ferrand, C. (2015). Spirituality and religion in older adults with dementia: a systematic review. *International Psychogeriatrics*, 27(5), 715-725. <https://doi.org/10.1017/S1041610214001665>
- Badey-Rodriguez, C. (2005). *L'entrée en institution un bouleversement pour la dynamique familiale* (Gérontologie et société, Vol. 28).
- Ballais, S. (2012). *La spiritualité de la personne âgée en EMS*. Accès : <https://www.fegems.ch/content/files/la-spiritualite-de-la-personne-agee-en-ems.pdf>
- Bickerstaff, K. A., Grasser, C. M., & McCabe, B. (2003). How elderly nursing home residents transcend losses of later life. *Holistic Nursing Practice*, 17(3), 159-165.
- Bigorio. (2008). *Recommandations Soins Palliatifs et Soins Spirituels : Consensus pour la «best practice» en Suisse*. Accès : https://www.palliative.ch/fileadmin/user_upload/palliative/fachwelt/E_Standards/E_12_1_bigorio_2008_Spiritualite.pdf
- Blum, P., Pia, L., Poncioni, A., & Quaglia, R. (2006). La vie en EMS Quelle place pour la spiritualité ? *Fédération Genevoise des établissements médico-sociaux*, n°19. Accès : file:///C:/Users/robert/AppData/Local/Temp/Antenne_19.pdf
- Brandt, P.-Y., Laubscher, K., Gamaïunova, L., & Robert, D. Z. (2017). *Viellir en institution en Suisse romande : La prise en compte de la spiritualité pour favoriser le bien-être*. Working Paper n° 12. (Université de Lausanne).

- Brandt, P.-Y., Laubscher, K., & Robert, Z. D. (2016). *Spiritualité et bien-être chez des personnes âgées : Le cas des résidents dans une institution en Suisse*. Accès : https://serval.unil.ch/resource/serval:BIB_A810F375EF64.P001/REF
- Büssing, A., & Erichsen, N.-B. (2013). Spiritual Needs of Elderly Living in Residential/Nursing Homes. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 2013, 1-10. <https://doi.org/10.1155/2013/913247>
- Cantillo Banquett, D., Gómez Palencia, I. P., Coronado Quintana, M., López Villamizar, A., & Vergara Mendoza, Y. (2016). Spirituality and Religiosity in Elderly Adults with Chronic Disease. *Investigación y Educación en Enfermería*, 34(2). <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v34n2a02>
- Ch.ch. (2019). *A quel âge puis-je prendre ma retraite ?* Accès : <https://www.ch.ch/fr/age-de-la-retraite/>
- Chinn, P. L., & Kramer, M. K. (2011). *Integrated theory and knowledge development in nursing* (8th ed). St. Louis, MO: Mosby/Elsevier.
- Corpus de Gériatrie. (2000a). - *Le vieillissement humain*. Accès : http://www.chups.jussieu.fr/polys/geriatrie/tome1/01_vieillissement.pdf
- Corpus de Gériatrie. (2000b). *Le vieillissement humain*. Accès : http://www.chups.jussieu.fr/polys/geriatrie/tome1/01_vieillissement.pdf
- Dautais, P. (2011). Le regard spirituel dans la compréhension des soins. *Revue internationale de soins palliatifs*, 26(4), 339. <https://doi.org/10.3917/inka.114.0339>
- Deliens, L., Muller, M. T., Hertogh, C. M. P. M., Gijsberts, L., & Gijsberts, M.-J. (2013). Spiritual End-of-Life Care in Dutch Nursing Homes : An Ethnographic Study. *Journal of the American Medical Directors Association*, 14(9), 679-684. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2013.04.001>
- Fédération Genevoise des Etablissements Médico-Sociaux. (2006). *La vie en EMS Quelle place pour la spiritualité?*. Accès : https://www.fegems.ch/doc/pdf/Antenne_19_dossier.pdf

- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives*.
- Gaillard Desmedt, S., & Shaha, M. (2013). La place de la spiritualité dans les soins infirmiers : une revue de littérature. *Recherche en soins infirmiers*, 115(4), 19. <https://doi.org/10.3917/rsi.115.0019>
- Glasser, S. K., & Mitchell, S. L. (2009). Religiousness, Religious Coping, and Psychological Well-Being in Nursing Home Residents. *Journal of the American Medical Directors Association*, 10(8), 581-586. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2009.06.001>
- Goethals, M. (2017). Face à la souffrance spirituelle, quel soin infirmier? Accès : https://www.lissa.fr/fr/rep/articles/DE_605576
- Harvey, G., & Kitson, A. (2016). PARIHS revisited: from heuristic to integrated framework for the successful implementation of knowledge into practice. *Implementation Science*, 11(1). <https://doi.org/10.1186/s13012-016-0398-2>
- Haugan, G. (2014). The relationship between nurse-patient interaction and meaning-in-life in cognitively intact nursing home patients. *Journal of Advanced Nursing*, 70(1), 107-120. <https://doi.org/10.1111/jan.12173>
- Haute Ecole Spécialisée de Suisse occidentale. (2012). *Plan d'études cadre : Bachelor 2012 Filière de formation en Soins infirmiers de la Haute école spécialisée de Suisse occidentale*. Accès : <https://www.hes-so.ch/data/documents/plan-etudes-bachelor-soins-infirmiers-878.pdf>
- Herve-Desirat, E. (2012). Spiritualité. <https://doi.org/10.3917/arsi.forma.2012.01.0288>
- Jobin, G., Legault, A., & Pujol, N. (Éd.). (2017). *L'accompagnement de l'expérience spirituelle en temps de maladie*.
- Milhomme, D., Gagnon, J., & Lechasseur, K. (2014). *L'intégration des savoirs infirmiers pour une pratique compétente en soins critiques: quelques pistes de réflexion*. 11(1). Accès : <https://revue-infirmiereclinicienne.uqar.ca/Parutions/documents/MILHOMMEetal2014InfirmiereClinicienneVol11no1pp1-10.pdf>

- Monod, S. (2018). *Le désir de mort chez les résidents en EMS en Suisse*. Accès : <https://www.reiso.org/actualites/fil-de-l-actu/3394-le-desir-de-mort-chez-les-residents-en-ems-en-suisse>
- Monod-Zorzi, S. (2012). *Soins au personne âgée : soins et spiritualité : intégrer la spiritualité ?* (Lumne vitae). Belgique.
- Nations Unies. (2019). Deux milliards de personnes de plus sur la Terre en 2050, selon l'ONU. Accès : <https://news.un.org/fr/story/2019/06/1045681>
- NURSING. (2017). Nurse Key Fastest Nurse Insight Engine [WordPress theme by UFO themes]. Accès : <https://nursekey.com/fundamentals-of-evidence-based-nursing-practice/>
- O'Shea, E., & Wallace, M. (2007). Perceptions of spirituality and spiritual care among older nursing home residents at the end of life. *Holistic Nursing Practice*, 21(6), 285-289; quiz 290-291. <https://doi.org/10.1097/01.HNP.0000298611.02352.46>
- Office fédéral de la statistique. (2012). *Santé des personnes âgées vivant en établissement médico-social : Enquête sur la santé des personnes âgées dans les institutions 2008/09*. Accès : https://www.ovs.ch/data/documents/news/Sante_personnes_agees_CH_24.09.12.pdf
- Office fédéral de la statistique. (2015). *Scénarios de l'évolution de la population de la Suisse 2015-2045 Un vieillissement de la population important ces 30 prochaines années*. Accès : <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/catalogues-banques-donnees/communiqués-presse.assetdetail.39912.html>
- Office fédéral de la statistique. (2019). *Vieillissement de la population*. Accès : <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/population/vieillissement.html>
- Office fédéral de la statistique. (2019). *Etablissements médico-sociaux*. Accès : <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/systeme-sante/etablissements-medico-sociaux.html>
- Pépin, J., & Cara, C. (2001). *La réappropriation de la dimension spirituelle en sciences infirmières* (Vol. 9). Accès : <http://id.erudit.org/iderudit/007294ar>

- Pepin, J, K  rouac, S., & Ducharme, F. (2010). *La pensée infirmière* (Chenelière   ducation).
- Pepin, Jacinthe, Ducharme, F., & K  rouac, S. (2010). *La pensée infirmière*. Montréal: Chenelière   ducation.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2017). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice* (10th   d.). Piladelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Promotion Santé Suisse. (2016). *Promotion de la santé des personnes âgées*. Promotion Santé Suisse.
- Reed, P. (2018). Théorie du dépassement de soi. Accès : <https://nursology.net/nurse-theorists-and-their-work/self-transcendence-theory/>
- Rivier, E., Hongler, T., & Suter, C. (2008). *La spiritualité en soins palliatifs*. Accès : <http://www.soins-palliatifs-vaud.ch/wp-content/uploads/2013/07/arcos-gspmv-5.pdf>
- Smith, M. J., & Liehr, P. R. (  d.). (2014). *Middle range theory for nursing* (3rd ed). New York: Springer.
- Smith, M. J., & Liehr, P. R. (  d.). (2018). *Middle range theory for nursing* (Fourth edition). New York, NY: Springer Publishing Company.
- Statistique G  n  ve. (2016). *Religion et spiritualité    G  n  ve en 2014*. Accès : https://www.ge.ch/statistique/tel/publications/2016/analyses/coup_doeil/an-co-2016-58.pdf
- Van der Vaart, W., & Van Oudenaarden, R. (2018). The practice of dealing with existential questions in long-term elderly care. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 13(1), 1508197. <https://doi.org/10.1080/17482631.2018.1508197>
- Voyer, P. (s. d.). *Soins infirmiers aux a  n  s en perte d'autonomie* (ERPI).
- Weiss, M. D., Wasdell, M. B., Bomben, M. M., Rea, K. J., & Freeman, R. D. (2006). Sleep Hygiene and Melatonin Treatment for Children and Adolescents With ADHD and Initial Insomnia. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 45(5), 512-519. <https://doi.org/10.1097/01>

9. ANNEXES

9.1. Fiches de lecture

9.1.1. Fiche de lecture

Référence complète aux normes APA :

Cantillo Banquett, D., Gómez Palencia, I. P., Coronado Quintana, M., López Villamizar, A., & Vergara Mendoza, Y. (2016). Spirituality and Religiosity in Elderly Adults with Chronic Disease. *Investigación y Educación en Enfermería*, 34(2).
<https://doi.org/10.17533/udea.iee.v34n2a02>

1. Démarche descriptive

1.1 Le contexte de réalisation de l'étude

- **Identité des auteurs :**

- Cantillo Banquett Dina : étudiante infirmière à l'université d'infirmiers de Cartagena, en Colombie
- Coronado Quintana Melisa : étudiante infirmière à l'université d'infirmiers de Cartagena, en Colombie
- Gómez Palencia, Isabel Patricia : Infirmière et professeur à l'université d'infirmiers de Cartagena, en Colombie
- López Villamizar Arlys : étudiant infirmier à l'université d'infirmiers de Cartagena, en Colombie
- Vergara Mendoza Yecica : étudiante infirmière à l'université d'infirmiers de Cartagena, en Colombie

- **Lieu de l'étude :**

L'étude se déroule dans la ville de Cartagena en Colombie, dans douze centres de traitements pour personnes âgées (p.237).

- **Objectif de la pratique :**

La présente étude vise à ce que la pratique infirmière en matière de spiritualité soit fondée sur des recommandations de bonne pratique dans le but de favoriser le bien-être des personnes âgées atteintes de maladies chroniques.

1.2 L'objet de l'article et le cadre théorique

- **Objet de la recherche :**

Le but de l'étude est d'explorer la relation entre la spiritualité et la religiosité chez les personnes âgées atteintes de maladies chroniques.

- **Question de recherche :**

La question de recherche n'est pas formulée comme telle, mais peut être la suivante : Quel est le rôle de la spiritualité chez les personnes atteintes de maladies chroniques ?

- **Hypothèse de travail :**

Il existe une corrélation entre la spiritualité et la religiosité dans plusieurs domaines qui sont susceptibles d'influencer le processus de maladie vécu par la personne. C'est pour cette raison que la spiritualité et la religiosité jouent un rôle important dans la signification de la vie.

- **Cadre théorique de la recherche :**

Le cadre théorique se base sur la théorie de Pamela Reed en utilisant l'une de ses échelles (l'échelle de la perception spirituelle).

- **Principaux concepts et/ou notions utilisés :**

Les principaux concepts : Spiritualité, religion, personnes âgées, maladies chroniques.

1.3. Méthodologie de la recherche

- **Outils pour la récolte de données :**

- Echantillonnage probabiliste, sélection aléatoire simple, puis aléatoire systématique.
- Données sociodémographiques : âge, sexe, scolarité, état matrimonial, lieu d'origine, profession, religion et niveau socio-économique.
- Deux échelles ont été utilisées pour évaluer la spiritualité et la religiosité à travers deux questionnaires. La spiritualité a été évaluée grâce à l'échelle de la perception spirituelle de Pamela Reed. L'échelle comporte 2 éléments : la pratique et la croyance. La religiosité a été mesurée à l'aide de l'échelle de l'attitude chrétienne de Francis. Cette échelle unidimensionnelle comporte 5 items, en évaluant la réponse affective avec Dieu.

- **Population de l'étude :**

229 personnes âgées, atteintes de maladies chroniques, ont été retenues selon les critères d'inclusion. 63,8% étaient des femmes. L'âge moyen était de 74 ans.

- **Les critères d'inclusion sont :**

- Patients âgés de 65 à 80 ans
- De tout genre
- Régulier dans leur venue au centre
- Atteints de maladies chroniques diagnostiquées
- Intacts sur le plan cognitif

- **Type de devis :**

C'est une étude quantitative de cohorte transversale. Elle tente de décrire un groupe de personnes selon diverses caractéristiques, à un temps donné (Fortin, & al., 2016, p.218).

1.4. Présentation de résultats

- **Principaux résultats de la recherche :**

- Selon l'échelle de la perception spirituelle de Pamela Reed, l'ensemble des participants ont récolté une moyenne de 54.7 sur 60 points. Ce qui montre que les participants présentent une forte spiritualité. Concernant les pratiques spirituelles, les participants ont obtenu un score total de 22 sur 24, de plus dans les résultats, 5 pratiques étaient souvent abordées dont un score plus élevé pour la méditation/la prière (97.8%) et la spiritualité (73.8%). Concernant la croyance spirituelle, elle a obtenu un score de 32.7 sur un score total de 36 points, ceci équivaut à un accord de la part des participants sur 7 convictions qui sont les suivantes : le pardon est une partie intégrante de la spiritualité, la spiritualité permet de guider les décisions, les croyances spirituelles sont importantes dans la vie, se sentir près d'un être spirituel, les croyances spirituelles influencent la vie, les croyances spirituelles répondent aux questions existentielles. Les résultats sont élevés dans l'échelle de Francis, les participants sont majoritairement en accord avec les 5 items de l'échelle qui portent sur : Dieu est avec moi, Dieu m'écoute, Dieu est important pour moi, la prière est une grande aide, Jésus ne m'abandonne pas.
- Scores élevés « en accord » 53,3% et « très en accord » 76,4% concernant l'échelle de Francis.
- Les résultats de l'étude montrent une corrélation modérée entre la spiritualité ainsi que la religiosité ($r=0.57$). De même, pour la croyance spirituelle et la religiosité ($r=0.61$). Tandis que les liens entre la religiosité et les pratiques spirituelles sont faibles ($r=0.22$) ($p.238$). Toutes ces corrélations avaient un $p<0.001$.

- **Conclusion générale**

- Cette étude met en avant un niveau de religiosité élevé chez les personnes âgées souffrant de maladies chroniques. De plus, il existe une relation entre la spiritualité, la religiosité et les croyances spirituelles chez les personnes âgées atteints de maladies chroniques. Cette relation positive entre la spiritualité et la religiosité met en évidence l'importance de considérer la dimension spirituelle de la personne. La faible corrélation entre la religiosité et les pratiques spirituelles, met en évidence le fait que les personnes peuvent être spirituelles mais non religieuses et inversement religieuses et non spirituelles. Ces deux dimensions sont renforcées lors d'atteinte à la santé (p.239).

- **Particularité et originalité de l'étude :**

- La littérature a démontré que les maladies chroniques entraînent un déséquilibre de l'état de santé général et une augmentation de la vulnérabilité. Lors de cette expérience, l'individu fait appel à sa spiritualité pour trouver un soutien supérieur et un sens à la situation vécue. La religiosité est « un ensemble de connaissances, comportements, qui dirige la vie des sujets désirant être impliqués dans le divin » (p.236). Aucune étude n'a investigué la relation entre la spiritualité et la religiosité chez la personne âgée atteinte de maladies chroniques.

1.5. Ethique :

- L'étude a été approuvée par le maire de Cartagena. Il n'y a pas eu de consentement signé de la part des patients.

2. Démarche interprétative

2.1 Apports de l'article :

- L'importance d'appartenir à un groupe social qui partage les mêmes convictions que la personne, permet d'avoir un soutien social et trouver du réconfort lors de situations difficiles.
- De plus, d'autres stratégies sont nécessaires pour surmonter la maladie tels qu'avoir des rituels, lire des textes (bible autre), assister aux célébrations religieuses.
- Pamela Reed met en avant que la vulnérabilité augmente avec l'âge, la maladie et les situations stressantes. C'est ainsi que la personne va être amenée à prendre conscience de sa propre finitude afin d'atteindre un dépassement de soi et avec les autres.
- Les stratégies d'adaptation religieuses sont souvent exploitées par les personnes âgées. Elles peuvent aider les personnes âgées lorsqu'elles sont atteintes de maladies chroniques. Par ailleurs, elles peuvent aussi être source de culpabilité, de désespoir et de souffrance.

2.2 Limites :

- A aucun moment les auteurs ne citent les limites de leur recherche.
- Autres limites :
 - Échantillon non-probabiliste
 - Taille de l'échantillon désirée, non définitive.
 - Nécessité de 246 participants pour valider l'étude et en possède moins.
 - + de femmes que d'hommes.
 - Population de l'étude en majorité catholique, par conséquent, les résultats pourraient ne pas être généralisés à d'autres religions.
 - Étude effectuée en Colombie

2.3 Piste de réflexion :

- La religiosité et la spiritualité ont un rôle important en soins infirmiers, dans le processus de santé-maladie. C'est pourquoi les interventions, doivent prendre en compte toutes les dimensions de l'humain afin d'assurer le bien-être globale de la personne âgée.
- Les soignants devraient être formés dans les soins spirituels dans le but d'avoir une prise en soins holistiques. Le but étant que l'infirmier adopte une approche individualisée, ce qui pourrait permettre d'améliorer l'état de santé et la qualité de vie du patient.

9.1.2. Fiche de lecture

Référence complète aux normes APA :

Adami, N. P., Lucchetti, G., Santos, A. E. O., Lucchetti, A. L. G., Ferreira, E. B., Vianna, L. A. C., & Vitorino, L. M. (2016). Spiritual Religious Coping is Associated with Quality of Life in Institutionalized Older Adults. *Journal of Religion and Health*, 55(2), 549-559. <https://doi.org/10.1007/s10943-015-0148-9>

1. Démarche descriptive

1.1 Le contexte de réalisation de l'étude

- **Identité des auteurs :**

- Adami Piva Nilce: infirmière spécialisée en santé publique, elle est professeure à l'Université fédérale d'infirmière de São Paulo.
- Lucchetti Giancarlo : médecin spécialisé en gériatrie et professeur à l'école de médecine de l'Université fédérale de Juiz de Fora, au Brésil.
- Santos Ana Eliza Oliveira : professeure à l'Institut fédéral de l'éducation, des sciences et de la technologie de São Paulo.
- Lucchetti Alessandra L.G : médecin et professeur à l'école de médecine de l'Université fédérale de Juiz de Fora, au Brésil.
- Ferreira Eric Batista : Professeur spécialisé en statistiques, il travaille à l'Institut des sciences exactes de l'Université fédérale d'Alfenas au Brésil.
- Vianna Lucila Amaral Carneiro : infirmière spécialisée en santé publique, elle est professeure et directrice de l'Université fédérale d'infirmière de São Paulo.
- Vitorino Luciano Magalhães: infirmière urgentiste et professeure l'Université fédérale d'infirmière de São Paulo.

- **Lieu de l'étude :**

L'étude a eu lieu dans deux établissements de soins de longue durée au Brésil dans l'Etat Minas Gerais. L'une se déroulant à Pouso Alegre et l'autre à Santa Rita, do Sapucaí. (p.551).

- **Objectif de la pratique :**

L'étude invite les professionnels de la santé à se former aux niveaux de l'approche spirituelle et religieuse en vue d'améliorer l'état et la qualité de la santé des personnes âgées en institution. De plus, elle suggère d'adopter une approche intégrative en prenant en compte les aspects positifs et négatifs des stratégies d'adaptation spirituelles (p.549).

1.2 L'objet de l'article et le cadre théorique

- **Objet de la recherche :**

Décrire la corrélation entre les différentes stratégies d'adaptation religieuses/spirituelles sur la qualité de vie des personnes âgées institutionnalisées.

- **Question de recherche :**

La question de recherche n'est pas formulée comme telle, mais peut être la suivante : L'échelle de stratégie d'adaptation spirituelle/ religieuse (SRCOPE) est-elle en relation avec la qualité de vie des personnes âgées vivant en institution ? (p.551).

- **Hypothèse de travail :**

Les stratégies d'adaptation religieuse et spirituelle sont utilisées chez les résidents en soins de longue durée lorsqu'ils sont face à des situations de maladies chroniques. Ces mêmes stratégies peuvent également être liées à plusieurs éléments de la qualité de vie (p.555).

- **Cadre théorique de la recherche :**

Cet article n'évoque pas de cadre théorique.

- **Principaux concepts et/ou notions utilisés :**

Les principaux concepts : les stratégies d'adaptation religieuses et spirituelles (négatives et positives) et la qualité de vie.

1.3. Méthodologie de la recherche

- **Outils pour la récolte de données :**

- Echantillonnage non probabiliste
- Données sociodémographiques : âge, genre, éducation
- La méthode d'entretien a été utilisée sur la base des échelles suivantes :
 - Échelle de stratégie d'adaptation spirituelle religieuse (SRCOPE)
 - Échelle de l'évaluation de la qualité de vie (WHOQOL-BREF)
 - Échelle de l'évaluation de la qualité de vie des personnes âgées (WHOQOL-OLD) (p.551 et 552)
 - Le test du coefficient de corrélation de Pearson a été utilisé avec un niveau de signification 5%.

- **Population de l'étude :**

77 personnes âgées ont été retenues pour l'étude dont 38 hommes et 39 femmes dont l'âge moyen est de 76 ans. 41 résidaient à Santa Rita do Sapucaí et 36 vivaient à Pouso, Alegre. 96.1% des personnes âgées institutionnalisées pratiquaient une religion

- **Les deux critères d'inclusion sont (p.551) :**

- 60 ans ou plus
- Vivant depuis plus de 6 mois dans l'établissement de soins de longue durée, pour éviter les facteurs de stress liés aux changements de lieu de vie.

- **Le critère d'exclusion est (p.551) :**

- Les personnes atteintes de troubles cognitifs ou de démences

- **Type de devis :**

Cette étude est une étude quantitative épidémiologique transversale qui tente d'étudier, à un temps donné, les écarts entre les groupes en se basant sur des variables préexistantes, dans le but de décrire un phénomène de santé et ses causes (Fortin & al., 2016, p.219).

1.4. Présentation de résultats

- **Principaux résultats de la recherche**

Les différents résultats sont présents en page 553 avec un récapitulatif des données selon les échelles SRCOPE et WHOQOL-OLD qui comporte 6 items et WHOQOL-BREF dans 4 domaines.

Les résultats de la présente étude sont :

- 72,7% estiment que leur santé est bonne ou excellente, parmi lesquelles 74% sont atteintes d'une maladie chronique.
- La religiosité et la spiritualité sont des facteurs favorisant pour faire face aux problématiques de santé chroniques grâce à des stratégies d'adaptation. Les stratégies d'adaptation religieuses et spirituelles positives se retrouvent dans plusieurs domaines de la qualité de vie.
- Le SRCOPE est un outil particulièrement adapté à la population fragile dont la personne âgée qui a des difficultés à accéder aux soins et réseaux de soutien.
- Plusieurs domaines (santé physique, psychologique, relation sociale, environnementale et qualité de vie globale), possèdent une corrélation significative avec un Pears positif avec le SRCOPE positif ($p < 0.01-0,05$).

- L'échelle SRCOPE total positif/négatif, n'a pas démontré de lien significatif avec l'échelle de WHOQOL-BREF car $p > 0,05$.
- L'échelle de SRCOPE en lien avec WHOQOL-OLD présente des résultats significatifs positifs $p < 0,05$, mais les liens sont considérés comme faibles.
- Les dimensions du SRCOPE négatif, présentent une faible corrélation avec le WHOQOL-OLD, malgré le fait que ces dimensions sont statistiquement significatives ($p < 0,01$).
- Le SRCOPE, présente un lien positif en relation avec l'échelle de la qualité de vie WHOQOL-OLD. Ce lien est statistiquement significatif ($p < 0,001-0,01$).

- **Conclusion générale :**

- La prise en soins pour les personnes âgées institutionnalisées ne devrait pas se limiter aux capacités physiques et fonctionnelles mais devrait également prendre en compte les aspects spirituels, de bien-être et d'estime de soi. Ces besoins spirituels selon l'étude ne sont pas satisfaits par les professionnels de la santé

- **Particularités ou l'originalité de leur étude :**

- Cette étude tente de comprendre le lien entre les stratégies d'adaptation spirituelles/religieuses et la qualité de vie des personnes âgées institutionnalisées.

1.5. Ethique :

- L'étude a été approuvée par un comité d'éthique de l'Université Fédérale de Sao Paulo, conformément au protocole N : 0443/10. De plus, les auteurs affirment n'avoir aucun conflit d'intérêt en lien avec leur étude.

2. Démarche interprétative

2.1 Apports de l'article :

- Cette présente étude apporte des données supplémentaires sur les domaines de stratégie d'adaptation de la religiosité et la spiritualité, qui est un sujet peu exploré chez les personnes âgées institutionnalisées. Cette population est exposée à des situations stress (institutionnalisation), des difficultés d'adaptation dont la perte d'autonomie, la coupure du lien familial, l'isolement, la restriction de l'intimité et des activités de loisir qui peuvent compromettre leur qualité de vie. Pour faire face à leur propre finitude, les résidents mettent en place des stratégies d'adaptation. C'est pourquoi, les professionnels de la santé devraient être sensibilisés à cette problématique par le biais d'une formation.

2.2 Limites :

- Les auteurs n'ont pas mentionné de limites dans leur étude.
- Autres limites :
 - Biais d'échantillonnage : risque d'une faible représentation de la population générale
 - 96.1% pratiquaient une religion avant d'être institutionnalisés
 - Les institutions sont décrites comme non-nationales.
 - Étude réalisée au Brésil.

2.3 Piste de réflexion :

- Les professionnels de la santé doivent adopter une approche intégrative chez la personne âgée en considérant tous les aspects positifs et négatifs de la vie.

9.1.3. Fiche de lecture

Référence complète aux normes APA :

O'Shea, E., & Wallace, M. (2007). Perceptions of spirituality and spiritual care among older nursing home residents at the end of life. *Holistic Nursing Practice*, 21(6), 285-289; quiz 290-291. <https://doi.org/10.1097/01.HNP.0000298611.02352.46>

1. Démarche descriptive

1.1 Le contexte de réalisation de l'étude

- **Identité des auteurs :**

- O'Shea Eileen : infirmière spécialisée en pédiatrie et en soins palliatifs, et coordinatrice à l'école de science infirmière de Philadelphie.
- Wallace Meredith : infirmière spécialisée en gériatrie

- **Lieu de l'étude :**

L'étude a eu lieu aux États-Unis (ville non précisée dans le texte), dans deux EMS de structures religieuses (juive et catholique).

- **Objectif de la pratique :**

- Pour répondre aux attentes des besoins spirituels et les intégrer dans le plan de soins, il est nécessaire que le soignant puisse comprendre le rôle de la spiritualité et le processus de vie de la personne âgée en fin de vie (p.287).

- **Objet de la recherche :**

Le but de cette étude est d'effectuer des recherches sur la perception de la spiritualité et des soins spirituels chez les résidents en fin de vie.

- **Question de recherche :**

La question de recherche n'est pas formulée dans l'étude mais peut être suggérée comme telle : Quelle est la perception de la spiritualité chez les résidents en maison de retraite ?

- **Hypothèse de travail :**

Promouvoir la spiritualité chez les résidents en fin de vie peut sembler être difficile pour les infirmiers qui dans le cursus scolaire n'ont pas étudié l'approche spirituelle (p.286).

- **Cadre théorique de la recherche :**

L'étude n'utilise pas de cadre théorique.

- **Principaux concepts et/ou notions utilisés :**

Fin de vie, soins de longue durée, personne âgée, soins palliatifs, soins spirituels, spiritualité.

1.3. Méthodologie de la recherche

- Outils pour la récolte de données :

- Echantillonnage non-probabiliste
- Des assistants de recherche ont interrogé les résidents en utilisant l'échelle SSCRS.
- L'échelle de l'évaluation de la spiritualité et des soins spirituels (SSCRS) permet d'explorer la compréhension et les attitudes des infirmiers vis-à-vis des concepts de la spiritualité et des soins spirituels. Elle possède 17 items. Le score est de 0 à 68. La fiabilité des sous échelles de l'étude sont les suivantes : la spiritualité ($\alpha = 0.77$), soins spirituels ($\alpha = 0.69$), religiosité ($\alpha = 0.71$) et enfin soins personnalisés ($\alpha = 0.65$) (p.287).

- **Population de l'étude :**

- 24 personnes âgées de 65 à 100 ans. L'âge moyen étant de 86-90 ans. 73 % des participants sont des femmes et 27 % sont des hommes. 96 % des participants sont atteints de plus de 5 problèmes de santé.

- **Critères d'inclusion :**

- Âgé de plus de 65 ans.
- Parlant anglais

- Capacité de discernement

- **Type de devis :**

Cette étude quantitative descriptive vise à décrire un phénomène et sa fréquence d'apparition chez une population donnée (Fortin & al., 2016, p.35).

1.4. Présentation de résultats

- **Principaux résultats de la recherche :**

- Les résultats de l'échelle SSCRS, dans les deux EMS, sont de 51.36 sur 68

Les 4 sous-items de l'échelle comportait : un item spiritualité avec une moyenne de 16,65 (0/20), un item de soins spirituels avec une moyenne de 17,64 (0/20), un item religiosité avec une moyenne de 5.48 (0/12) et enfin un item de soins personnalisés avec une moyenne de 10.04 (0/16). Ces résultats montrent une perspective moyennement élevée sur les aspects de la spiritualité et un point de vue de la religiosité faible.

- Les résidents ont un avis positif sur la plupart des interventions infirmiers, mais estiment que le personnel soignant pourrait amener des soins spirituels comme par exemple la visite d'un personnel religieux.

- **Conclusion générale**

Le rôle des infirmiers est important dans les divers domaines qu'englobent la santé, ainsi la promotion de la santé spirituelle augmentera la qualité de vie auprès des personnes âgées (p.289).

- **Particularité et originalité de l'étude**

- La littérature montre que les infirmiers sont peu formés à l'approche spirituelle et que peu d'études ont exploré la promotion spirituelle en maison de retraite. C'est pourquoi, la présente étude vise à déterminer comment les infirmiers pourraient aider au mieux les personnes âgées à améliorer leur santé spirituelle.

1.5. Ethique

- L'étude a été approuvée par le comité d'évaluation des universités de Yale et Fairfield et les deux maisons de retraite (p.287).

2. Démarche interprétative

2.1 Apports de l'article :

- La présente étude met en évidence que la spiritualité guide les résidents à faire des choix entre le bien et le mal ce qui permet d'acquérir un sentiment de paix.

2.2 Les limites (p.288) :

- Les limites définies par l'article sont :
 - Les participants avaient une affiliation religieuse qui a pu influencer leur spiritualité et le choix de résidence
- Autres limites :
 - Biais de l'échantillon : risque d'une faible représentation de la population générale
 - + de femmes que d'hommes
 - 2 EMS avec une structure religieuse.
 - Les éléments de l'instrument peuvent être mal interprétés par les participants et fausser les résultats.
 - Le nombre de participants ne figure pas dans un tableau, ni dans le texte mais uniquement dans le résumé.
 - Etude faite aux Etats-Unis

2.3 Piste de réflexion (p.289) :

- Effectuer de nouvelles recherches portant sur un échantillonnage non religieux (afin de généraliser les résultats à toute la population).
- Valider l'utilisation des échelles pour les personnes âgées.
- Mesurer auprès des infirmiers, les résultats de l'intégration de la spiritualité dans la pratique des soins.
- Que le personnel infirmier bénéficie sur place d'une formation spécialisée dans les soins spirituels.
- Effectuer des études longitudinales pour prendre en considération les changements et évolutions liées au temps.

9.1.4. Fiche de lecture

Référence complète aux normes APA :

Haugan, G. (2014). The relationship between nurse-patient interaction and meaning-in-life in cognitively intact nursing home patients. *Journal of Advanced Nursing*, 70(1), 107-120. <https://doi.org/10.1111/jan.12173>

1. Démarche descriptive

1.1 Le contexte de réalisation de l'étude

- **Identité des auteurs :**

- Haugan Gørill Professeur à la faculté de sciences infirmières et chercheur au Centre de recherche sur la promotion de la santé et les ressources en Norvège

- **Lieu de l'étude :**

L'étude se déroule en Norvège dans 44 maisons de retraite de 20 municipalités au centre de la Norvège, sélectionnées de manière aléatoire (p.109).

- **Objectif de la pratique :**

- Dans le but d'améliorer l'interaction infirmière, la présence des soignants est essentielle car elle favoriserait le contact, l'adaptation aux situations de vie et augmenterait ainsi le sentiment de dignité chez les personnes âgées.

1.2 L'objet de l'article et le cadre théorique

- **Objet de la recherche :**

Le but de l'étude est d'étudier le sens de la vie en relation avec l'interaction de l'infirmière et du résident en maison de retraite

- **Question de recherche :**

Est-ce que l'interaction soignant-patient interfère avec le sens de la vie chez des patients de centres de soins intacts sur le plan cognitif ? (p.110).

- **Hypothèse de travail :**

L'interaction entre le patient et l'infirmier s'associerait de manière significative avec le sens de la vie des patients vivant en maison de retraite (p.110).

- **Cadre théorique de la recherche :**

L'étude n'utilise pas de cadre théorique.

- **Principaux concepts et/ou notions utilisés :**

Signification et but dans la vie, interaction infirmière-patient, patients en maison de retraite, fonctionnement psycho-spirituel, modélisation par équation structurelle, bien-être.

1.3. Méthodologie de la recherche

- **Outils pour la récolte de données :**

- Entretiens individuels réalisés par des professionnels de la santé avec des questionnaires hétéro administrés.
- Sélection aléatoire des maisons de retraite
- 250 personnes ont été sélectionnées, 202 sont retenues pour cette étude

- **Echelles utilisées :**

- L'échelle de LIP (un test de fin de vie), elle est un outil général qui permet d'évaluer le sens de la vie. Il est constitué de 3 parties, néanmoins seule la partie principale a été utilisée dans cette étude, elle comporte 20 déclarations d'attitude (p.110)
- L'échelle d'interaction infirmière patient (NPIS) évalue l'interaction entre l'infirmière et le patient. Elle comporte 14 items qui décrivent la qualité de la relation qu'on retrouve principalement dans la littérature infirmière.
- L'échelle de dépression et d'anxiété hospitalière (HADS) a permis d'évaluer le niveau d'anxiété et de dépression chez les

participants. Au vu du constat fait par les chercheurs il existe un lien entre le sens de la vie et la dépression.

- Modèle d'équation structurelle (SAM) et un logiciel statistique LISREL, ces deux modèles permettent d'évaluer le rapport entre les deux échelles (LIP et NPIS) (P.112-113).

- **Population de l'étude :**

- 202 participants dont 146 femmes et 56 hommes dont l'âge moyen est de 85 ans.

- **Type de devis :**

Cette étude quantitative descriptive transversale a comme objectif de décrire un phénomène et sa fréquence d'apparition chez une population donnée, à un temps donné (Fortin & al., 2016, p.35).

1.4. Présentation de résultats

- **Principaux résultats de la recherche :**

- Dans le tableau 2, il a été démontré que 8,9% des participants ont montré une signification élevée de l'existence, 45% ont une signification indécise enfin 43,6% ont une signification faible.
- Dans le tableau 3, il est mentionné que HADS-D (0.66 de coefficient Cronbach alpha) et l'échelle PIL (0.74 de coefficient de Cronbach alpha) ont une corrélation assez prononcée, selon le coefficient de Cronbach alpha (0.74 ou moins)
- Dans le tableau 4, le modèle d'équation SEM est utilisé pour analyser le lien entre l'interaction infirmière-patient et le sens de la vie. Une association positivement significative a été mise en évidence entre l'interaction soignant-soigné et le sens de la vie des résidents ($p < 0.09$)
- Le sens de la vie est faible avec un score variant de 43 à 131 et une moyenne de 93 sur 140. Ce score diminue avec l'avancée en âge avec

une moyenne de 95 relevée chez les patients de 80 ans et plus, 91-97 pour les 80 à 90 ans, et 93 à 42 pour les 90 ans et plus. Ce qui signifie que le sens de la vie diminue avec le vieillissement.

- **Conclusion générale**

- L'interaction entre l'infirmière et le patient est liée de près au sens et au but de la vie chez les personnes âgées intactes au niveau cognitif. De plus, l'étude sous-entend que cette interaction pourrait contribuer à une amélioration du bien-être mental et physique (p.116).

- **Particularité et originalité de l'étude :**

- La littérature démontre que l'infirmière de par son interaction avec le patient peut améliorer le sentiment de confiance, le bien-être multidimensionnel et l'auto-transcendance. La présente étude cherche à comprendre s'il existe un lien significatif entre le sens de la vie et l'interaction infirmière-patient en maison de retraite.

1.5. Ethique :

- L'étude a été approuvée par le comité régional norvégien, les participants ont donné leur consentement éclairé (p.111).

2. Démarche interprétative

2.1 Apports de l'article :

- L'article a permis de mettre en avant l'importance de l'interaction entre l'infirmière et le résident et ses bienfaits en maison de retraite intacte au niveau cognitif (p.116).
- Cette étude apporte des données supplémentaires aux recherches précédentes à travers l'identification de preuve empirique qui appuie le lien relationnel entre l'interaction infirmière-patient et le sens de la vie (p.115)

2.2 Limites :

- L'étude affirme les limites suivantes :
 - La taille de l'échantillon et la durée de l'étude sont des limites.
 - Les chercheurs pourraient jouer un rôle sur les réponses des participants notamment en les aidant à répondre aux questionnaires
- Autres limites :
 - L'échantillon est composé de plus de femmes.
 - Les participants sont tous intacts au niveau cognitif.
 - L'échelle de la dépression n'a pas été retenue dans l'analyse du modèle SEM, tableau 4 dans les résultats pour une raison inconnue.

2.3 Piste de réflexion :

- La discipline infirmière et la recherche devraient porter plus d'attention sur l'interaction infirmière-patient et l'intégrer d'office dans la prise en soins, ce qui favorisera le sens de la vie et le bien-être.
- L'interaction entre l'infirmier et le résident à travers l'écoute, le respect et l'empathie soutiendrait l'unicité de la personne et lui permettrait de donner un sens à sa vie.
- L'interaction devrait être reconnue comme une ressource essentielle à la signification de la vie.

9.1.5. Fiche de lecture

Référence complète aux normes APA :

Glasser, S. K., & Mitchell, S. L. (2009). Religiousness, Religious Coping, and Psychological Well-Being in Nursing Home Residents. Journal of the American Medical Directors Association, 10(8), 581-586. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2009.06.001>

1. Démarche descriptive

1.1 Le contexte de réalisation de l'étude

- **Identité des auteurs :**

- Karen Glasser Scandrett : Médecin spécialisé en gériatrie et Professeure adjointe de gériatrie dans le département de médecine à Pittsburgh
- Susan L. Mitchell : professeure de médecine à l'école de médecine Harvard et chercheur principal à l'Institut Hinda

- **Lieu de l'étude :**

L'étude a été réalisée dans 2 maisons de soins de longue durée à Boston dans le Massachusetts (État- Unis) (p.1).

- **Objectif de la pratique :**

Cette étude soutient que la religion est importante pour les personnes en fin de vie, mais également pour les personnes âgées vivant en institution de longue durée. Le bien-être psychologique y est associé. De ce fait, l'infirmier peut offrir des interventions pour renforcer les stratégies d'adaptation liées à l'engagement religieux. De plus, elles peuvent offrir aux résidents non religieux des moyens alternatifs pour améliorer le bien-être (p.585).

1.2 L'objet de l'article et le cadre théorique

- **Objet de la recherche :**

Le but de cette étude est de mesurer l'importance de la religion chez les résidents âgés et décrire leurs stratégies d'adaptation religieuses, puis d'examiner le lien existant entre la religion, l'adaptation religieuse et le bien-être psychologique.

- **Question de recherche :**

- La question de recherche n'a pas été décrite telle quelle mais peut être déduite comme étant la suivante :
 - La relation entre l'implication religieuse et le bien-être général, a-t-il une influence sur la qualité de vie des personnes âgées vivant en maison de retraite ?

- **Hypothèse de travail :**

- Les chercheurs ont émis l'hypothèse que « la religion fournit aux individus un mécanisme d'adaptation supplémentaire pour faire face aux événements de santé défavorables et à la dépendance, ce qui entraîne un meilleur bien-être psychologique chez les individus plus religieux » (Glasser & al., 2009, p.582).

- **Cadre théorique de la recherche :**

- Aucun cadre théorique n'a été mobilisé.

- **Principaux concepts et/ou notions utilisés :**

- Les comportements d'adaptation en maison de repos, ainsi que l'adaptation religieuse et le bien-être psychologique sont des concepts mobilisés dans cet article.

1.3. Méthodologie de la recherche

- **Outils pour la récolte de données :**

- Echantillonnage non-probabiliste
- Données sociodémographiques : âge, genre, durée de séjour...
- Entretiens menés par un enquêteur qui a lui-même tout transcrit
- Un administrateur de chaque maison a fourni au chercheur une liste de personnes âgées ayant résidées plus de 100 jours
- Mesure des variables de bases : informations démographiques, le nombre de maladies chroniques et de médicaments, statut fonctionnel et niveau d'engagement social, ont été évalués à l'aide de l'indice d'activité de la vie quotidienne (ADL). Le score est compris entre 0-28 et pour l'engagement social de 0 à 1 sur 6 domaines.
- Le mini-examen d'état mental de Folstein (MMSE) a été utilisé chez tous les participants, le score de 0 à 30.
- L'échelle de dépression gériatrique de Katz (GDS), indique des symptômes de dépression et permet de mieux décrire la cohorte mais n'est pas incluse dans l'analyse des variables. Son score est de 0 à 15.
- Mesure des variables religieuses réalisées de 2 manières :
 - Les participants identifient l'importance de la religion
 - Les moyens de stratégies d'adaptation religieuses sont mesurés à l'aide du Brief RCOPE en 14 questions validées auprès de populations américaines plus âgées, qui catégorise l'adaptation religieuse en 7 attributs positifs (cherche une forte connexion avec Dieu) et 7 attributs négatifs (se demande si Dieu nous aime) ; les scores ont été répartis dans 2 sous-échelles allant de 0 à 21.

- Mesure des variables de résultats :
 - Le bien-être psychologique a été évalué à l'aide de l'échelle Affect Balance de Bradburn (ABS). Cette échelle a été validée par des échantillons de plusieurs communautés et est bien établie pour son utilisation chez les populations âgées. Elle mesure 2 aspects subjectifs du bien-être. A savoir l'affect positif (score total 2-10) et négatif (score total 0-4).
- Les analyses sont effectuées selon la version 6.0 du logiciel d'analyse statistique (SAS).

- **Population de l'étude :**

140 résidents dont 71.4% sont des femmes. L'âge moyen était de 85 ans. Parmi les participants, 48.5% étaient juifs, 42.9% catholiques, 6.4% protestant, 2.1% sans affiliation religieuse ; 97.1% sont caucasiens. Les participants ont été sélectionnés selon des informations sociodémographiques.

- **Les critères d'inclusion étaient :**

- Avoir résidé au moins 3 mois dans l'institution
- Parler l'anglais
- Avoir une capacité cognitive permettant de consentir à l'étude
- Etre capable de mener une interview structurée
- Etre stable sur le plan médical (p.3).

- **Les critères d'exclusion étaient :**

- Le refus
- Les personnes gravement malades et indisponibles.

- **Type de devis :**

Cette étude quantitative descriptive transversale a comme objectif de décrire un phénomène et sa fréquence d'apparition chez une population donnée, à un temps donné (Fortin & al., 2016, p.35).

1.4. Présentation de résultats

- Principaux résultats de la recherche :
 - Les participants avaient les scores moyens suivants en fonction des échelles :
 - 9.9/28 à l'échelle des AVQ
 - 22.0/30 à l'échelle MMSE
 - La religion est évaluée très importante pour 54% des participants, assez importante à 27% et pas importante à 19%.
 - 82. 1% des participants utilisent des stratégies d'adaptation religieuses positives.
 - 47.9% des participants mettaient en place des stratégies d'adaptation religieuses négatives.
 - Le score moyen de l'ABS est de 5,9 chez les participants, ce qui représente un bien-être psychologique élevé.
 - Les participants pour qui la religion était importante présentaient un ABS élevé ($m=54.3$ et $p=0.004$).
 - L'importance de la religion chez les participants ($P = 0,0019$) sans utiliser de stratégies d'adaptation religieuses négatives ($P = 0,0083$) sont indépendamment associées à un meilleur bien-être psychologique chez les participants.

- **Conclusion générale**

- Les résultats suggèrent que la religion est importante et qu'elle est en lien avec un meilleur bien-être psychologique parmi les personnes âgées en institution.
- Il existe une association entre les stratégies d'adaptation religieuses négatives et le bien-être psychologique, mais pas avec l'adaptation religieuse positive. En effet, les stratégies d'adaptation négatives sont en lien avec détérioration du bien-être psychologique. L'absence d'utilisation de stratégies d'adaptation négatives est associée à un meilleur bien-être.

- **Particularité et originalité de l'étude**

- La littérature n'a pas investigué les facteurs importants chez l'aîné vulnérable dont le bien-être général. C'est pourquoi la présente étude a cherché à comprendre le lien qu'il existe entre le bien-être psychologique et la religion.

1.5. Ethique :

- L'étude a été approuvée par le comité institutionnel de Hebrew Senior Life.

2. Démarche interprétative

2.1 Apports de l'article :

- La présente étude met en lumière que la religion est importante et est liée à un meilleur bien-être auprès des personnes âgées en institution.

2.2 Les limites :

- Les limites définies par l'article sont :
 - Étude transversale : ne prend pas en considération les changements liés au temps
 - Les personnes non-religieuses étant en minorité (2%)
 - L'Instrument d'adaptation religieuse (Brief) et l'ABS n'ont pas été validés auprès d'individu ayant une déficience cognitive légère (51% de l'échantillon)

○ Autres limites :

- Non généralisable
- Plus de femmes que d'hommes
- Les 2 maisons de retraite ont une affiliation religieuse
- La causalité directe entre le caractère religieux et les résultats pour la santé ne sont pas définis
- 51% de la population de l'étude présentaient une déficience cognitive légère, or l'instrument d'adaptation religieuse n'a pas été validé chez cette population.
- Étude réalisée à Boston, Massachusetts.

2.3 Piste de réflexion :

- Une étude longitudinale serait à réaliser pour explorer l'effet de la religion sur le bien-être.
- L'étude met en évidence la nécessité d'être sensibilisé aux intérêts et à la participation religieuse des personnes vivant en institution, afin d'offrir des soins centrés sur la personne.
- Chez les personnes âgées pour qui la religion est importante, le soutien va permettre de renforcer les aspects positifs de la participation religieuse et de favoriser le bien-être psychologique.
- Des recherches futures pourraient compléter les questions mises en évidence dans cette étude. Elles pourraient également évaluer la causalité entre la religion, le bien-être et la culture religieuse.

9.1.6. Fiche de lecture

Référence complète aux normes APA :

Büssing, A., & Erichsen, N.-B. (2013). Spiritual Needs of Elderly Living in Residential/Nursing Homes. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 2013, 1-10. <https://doi.org/10.1155/2013/913247>

1. Démarche descriptive

1.1 Le contexte de réalisation de l'étude

- **Identité des auteurs :**

- Arndt Büssing : est professeur de qualité de vie, de spiritualité et d'adaptation à l'université de Witten / Herdecke, en Allemagne
- Nora-Beata Erichsen : médecin généraliste

- **Lieu de l'étude :**

12 maisons de retraite et immeubles avec encadrement pour personnes âgées, principalement protestants, à Schleswig-Holstein en Allemagne.

- **Objectif de la pratique :**

Les personnes âgées institutionnalisées sont sujettes à un déclin de leur capacité fonctionnelle, mentale ainsi qu'à une perte des liens sociaux. C'est pourquoi, il serait préférable de sensibiliser les infirmières aux besoins spirituels de cette population.

1.2 L'objet de l'article et le cadre théorique

- **Objet de la recherche :**

- Les buts de l'étude sont :
 - D'explorer les besoins psychosociaux et spirituels chez les personnes âgées en maison de retraite.
 - Connaître la façon dont les besoins spirituels sont en relation avec la satisfaction de la vie et les états d'humeurs

- **Question de recherche :**

La question de recherche n'est pas formulée, elle peut être déduite de la manière suivante :

Quels sont les besoins spirituels qu'on peut retrouver chez l'aîné ayant des pertes physiques, mentales et sociales ?

Quels sont les besoins spirituels pertinents et de quelle manière sont-ils liés à la satisfaction de la vie et aux états d'humeur ?

- **Hypothèse de travail :**

Les personnes âgées institutionnalisées auraient des besoins spirituels différents des patients atteints de maladies chroniques, c'est pourquoi ces besoins devraient être investigués.

- **Cadre théorique de la recherche :**

La présente étude n'utilise pas de cadre théorique.

- **Principaux concepts et/ou notions utilisés :**

Besoins spirituels, satisfaction de la vie, personne âgée, maison de retraite

1.3. Méthodologie de la recherche

- **Outils pour la récolte de données :**

- Echantillonnage non-probabiliste
- Un questionnaire sur les besoins spirituels (SpNQ) a été envoyé par le chercheur et a aidé les participants à répondre aux questions :
 - Il peut être utilisé comme instrument diagnostique en se basant sur 29 items ou un instrument de recherche selon 19 items. L'instrument est composé de 4 facteurs principaux : besoins religieux (alpha de Cronbach = 0.92), besoins existentiels (alpha = 0.82), besoins de paix intérieure (alpha = 0.82), Besoins de donner/générativité (alpha = 0.74). De plus, 3 éléments ont été

ajoutés qui sont : être plus impliqué dans les liens familiaux, d'être invité à des événements et de recevoir davantage de soutien de la part de la famille.

- Le questionnaire de l'attitude spirituelle et religieuse face à la maladie (SpREUK, Alpha=0.91) permet d'explorer la confiance religieuse associée aux besoins religieux. Il est composé de 5 points qui traitent de l'orientation spirituelle, du sentiment d'être lié à un être suprême et croire à la vie après la mort. Cette échelle convient également à la population laïque.
- L'échelle multidimensionnelle de la satisfaction de la vie brève (BMLSS) évalue 9 éléments (phrases) en 7 points sur la satisfaction et l'insatisfaction, ainsi que l'échelle de la satisfaction à l'égard de la vie (GQF).
- Le questionnaire de la qualité de vie des personnes âgées atteintes de polymorbidité (FLQM) évalue la qualité de vie de cette population. Les individus doivent nommer 5 personnes et 7 domaines importants pour la signification et le bien-être de la vie.
- L'échelle d'humeur actuelle (ASTS) liée à la satisfaction et la qualité de la vie subjective mesure le bien-être et 5 états d'humeur. L'alpha = 0.83-0.94.
- L'échelle visuelle analogique (EVA) évalue la perception de soi dans la vie quotidienne, à travers une échelle de 0 à 100.
- Le logiciel SPSS 20.0 analyse les variables et les liens en utilisant un Alpha de <0.05, un indice de pearson de <0.01,

- **Population de l'étude :**

- 100 personnes au total, 18% hommes et 82% femmes, dont l'âge moyen est de 84 ans. 35 participants avaient une affiliation religieuse et 56 n'en avait pas.

- **Les critères d'inclusion sont :**

- Âgé de 65 ans et plus

- Donner un consentement écrit.
- **Les critères d'exclusion sont :**
 - Les pathologies aiguës, psychiatriques et les personnes atteintes d'une démence importante.
- **Type de devis :**

Cette étude quantitative descriptive transversale décrit un phénomène et sa fréquence d'apparition chez une population, à un temps donné (Fortin & al., 2016, p.35).

1.4. Présentation de résultats

- **Principaux résultats de la recherche :**
 - Le tableau 1, démontre que les scores de confiance religieuse (SpREUK) étaient faibles chez les résidents, avec un résultat de 38/100. La moyenne de GQF était de 4.2/6.
 - La perception de soi dans la vie quotidienne en ce qui concerne les soins personnels a été évaluée à 28% d'indépendance, 27% d'indépendance partielle, 45% de dépendance totale. Son évaluation a démontré un score modéré de 44/100, ce qui signifiait que les participants étaient plus ou moins affectés.
 - Le score du BMLSS qui intègre l'échelle FLQM était de 68/100, ce qui montre un résultat supérieur à la moyenne et signifie que la majorité des participants sont satisfaits de leur vie.
 - Durant les entretiens, certains participants ont exprimé leurs émotions par des pleurs face à la confrontation avec leurs perceptions profondes et leurs besoins qui n'avaient jamais été extériorisés. Les entretiens ont été perçus comme un moment agréable.
 - Les besoins spécifiques nommés par les participants étaient souvent en lien avec la nature, les amis, le passé, le besoin d'être aimé, en sécurité mais le plus souvent en lien avec la famille.

- La famille est en règle générale un partenariat privilégié pour la personne âgée. Néanmoins, les aînés sollicitent peu la famille lorsqu'ils sont confrontés à des situations de vie difficile, de peur de devenir un fardeau pour eux. C'est pour cette raison que les résultats montrent un faible score de 0.43 et 0.28 sur 3 pour la sollicitation des proches et qu'il existe une perturbation dans les besoins d'aimer et de transmettre les expériences vécues.
- Aborder le sens de la vie après la mort et le sens de la maladie/souffrance se sont révélés peu importants. Les participants préféreraient parler de peurs et de soucis.
- Les résidents ne partageaient pas souvent entre eux leurs préoccupations et besoins, ce qui rend l'atmosphère interpersonnelle.
- Les prières faites de manière solitaire sont préférées par les résidents. Cependant, ces rituels qui tendent à chercher protection chez une puissance plus élevée ont une signification relativement faible de 0.7/ 3.
- Dans les besoins spirituels :
 - o *Les besoins religieux* (score total : 0.54) et les *besoins existentiels* (score total : 0.59) avaient un score faible par rapport aux coefficients de Cronbach cité plus haut dans la fiche. Ce score est encore plus faible chez les hommes (besoins religieux :0.26).
 - o Les besoins religieux sont plus présents chez les personnes dépendantes (0.68) et celles de confession chrétienne (p : 0.005).
 - o Les besoins de paix intérieure ont un score (1.07) légèrement plus élevé que la moyenne.
 - o Les besoins de donner/ générativité ont un score (1.29) significatif.

- Le niveau d'éducation n'a pas d'influence significative sur les scores SpNQ (les données ne sont pas présentées dans l'étude).
- Les besoins religieux sont liés à la confiance religieuse et moins aux autres échelles de besoins.
- Il existe une étroite corrélation entre le besoin de paix intérieure et existentielle et la générativité.
- La satisfaction de la vie selon l'échelle (FLQM et BMLSS) avait un faible lien avec les besoins de paix intérieure, alors que la perception des activités de la vie quotidienne était en lien avec la générativité.
- Il n'y a pas de score significatif entre les états d'humeur positifs et le désespoir ($p < 0,01$). Le chagrin est modérément lié aux besoins de paix intérieure et plus particulièrement au fait de « parler aux autres de peurs et d'inquiétudes » ($r = 0.41$), de « trouver la paix intérieure » ($r = 0.39$) et de « recevoir plus d'attention » ($r = 0.37$).
- La fatigue est modérément en lien avec les besoins existentiels ($p = 0.0397$) et intérieurs ($p = 0.361$) et de façon plus faible avec les besoins religieux ($p = 0.271$) et de générativité ($p = 0.263$).
- L'analyse de régression a identifié que les états d'humeur, la satisfaction de la vie, les affections de la vie quotidienne, la confiance religieuse et les capacités de prendre soin de soi avaient un impact significatif sur les états d'humeur positifs.
- Le besoin de paix et une faible satisfaction de la vie étaient influencés par les états d'humeur négatifs.
- Le chagrin et la fatigue de la vie peuvent permettre de signaler les besoins spirituels et être associés à la recherche d'une force supérieure pour trouver le réconfort.

- Les besoins psychosociaux et spirituels des aînés en institution étaient faiblement présents par rapport aux réponses des patients atteints de maladies chroniques.

- **Conclusion générale**

- Les aînés institutionnalisés ont des besoins psychosociaux et spirituels qui ne sont pas identifiés et donc non traités.
- Il est démontré que les résidents de par leurs expériences de vie sont plus en relation avec leur famille et amis que la transcendance qu'on retrouve dans la religion et les intervenants religieux (pasteur, aumônier).
- Un besoin de reconnexion avec l'environnement et la famille a été exprimé par les résidents, ceci fait référence au stade de développement d'Erikson appelé générativité.

- **Particularité et originalité de l'étude**

- L'étude a utilisé un questionnaire adapté pour la population laïque.

1.5. Éthique :

- L'étude a été approuvée par la CIRS de l'université de Witten/Herdecke.

2. Démarche interprétative

2.1 Apports de l'article :

- Cette étude met en avant le fait que les besoins psychosociaux et spirituels ne sont pas reconnus chez l'aîné institutionnalisé, et ne sont donc pas considérés dans la prise en soins.

2.2 Les limites :

- Les limites définies par l'article sont :
 - Cette étude transversale, ne permet pas les interprétations causales ainsi des études longitudinales sont nécessaires pour corroborer ces conclusions.
 - Plus de femmes que d'hommes.

○ Autres limites :

- Non généralisable
- En majorité des femmes
- Population principalement de confession protestante
- Pas d'accord éthique pour cette étude

Piste de réflexion :

- Il serait souhaitable que les professionnels (infirmier, psychologue et assistant social) prennent en compte les facteurs personnels dans la prise en soins des besoins psychosociaux et spirituels, à travers l'écoute, la relation d'aide et le soin.
- Effectuer des anamnèses qui prennent en compte l'histoire de vie de la personne contribuerait à une connexion de la personne avec son passé et un partage de ses expériences de vie avec les générations futures, dans le but de répondre à des besoins spécifiques.
- Afin de soutenir les personnes âgées vivant en institution, il serait préférable d'adopter une approche intégrative.

9.1.7. Fiche de lecture

Référence complète aux normes APA :

Deliens, L., Hertogh M.P.M. C., Gijsberts, M-J. H.E., Muller, M.T., Vander Steen, J.T. (2013). Spiritual end-of-life care in Dutch nursing homes: an ethnographic study. *Journal of the American Medical Directors Association*, 14(9), 679-684. doi: 10.1016/j.jamda.2013.04.001.

1. Démarche descriptive

1.1 Le contexte de réalisation de l'étude

- **Identité des auteurs :**

- Deliens Luc : professeur de recherche en soins palliatifs au département d'oncologie médicale de l'Université de Gand et au département de médecine familiale et de soins chroniques de l'Université Vrije de Brussel.
- Cees, M.P.M. Hertogh : professeur de médecine des soins aux personnes âgées et d'éthique gériatrique au département de médecine générale et de médecine des personnes âgées de l'Université du centre médical de gériatrie à Amsterdam
- Gijsberts H.E. Marie-José : Médecin et chercheuse au sein du groupe de recherche EOLC de l'Université Vrije de Brussel.
- Muller Martien T.: Médecin et chercheur à l'université du centre médical de gériatrie à Amsterdam
- Vander Steen Jenny T. : Épidémiologiste à l'université du centre médical de gériatrie à Amsterdam

- **Lieu de l'étude :**

L'étude se déroule aux Pays-Bas dans 2 établissements de soins de longue durée, l'un spécialisé dans le domaine somatique et le second en psychogériatrie.

- **Objectif de la pratique :**

La présente étude vise à offrir aux infirmiers la possibilité d'exprimer leurs points de vue, leur observation afin de les partager avec les autres professionnels et d'enrichir le domaine des soins des résidents (p.684).

1.2 L'objet de l'article et le cadre théorique

- **Objet de la recherche :**

Les 2 buts de l'étude sont d'explorer :

1. L'évaluation des besoins spirituels et les soins spirituels qui sont prodigués et la collaboration des soignants pour répondre aux besoins spirituels ainsi que le rôle du proche aidant dans l'approche spirituelle
2. L'existence d'une différence entre l'approche spirituelle d'une personne atteinte de démence et d'une personne atteinte d'une maladie chronique, mais intacte sur le plan cognitif.

- **Question de recherche :**

De quelle manière les soins spirituels sont abordés en institution ? (p.680).

- **Hypothèse de travail :**

Les soins spirituels informels permettraient d'aider les résidents à mourir paisiblement, de mener à bien leur existence et leurs liens sociaux (p.683).

- **Cadre théorique de la recherche :**

L'étude n'utilise pas de cadre théorique.

- **Principaux concepts et/ou notions utilisés :**

Les principaux concepts sont : maison de retraite, fin de vie, spiritualité, étude qualitative.

1.3. Méthodologie de la recherche

- Outils pour la récolte de données :

- Échantillonnage non-probabiliste
- Entretien informel avec les soignants, médecins, familles.

- Réunion formelle : colloques soignants, avec les résidents, conseiller spirituel.
- Observation des visites médicales, infirmières.
- Recueil des données du dossier de soins des résidents.
- Prise de note des chercheurs sur leur ressenti, réflexions, questionnements qu'ils ont mis en commun.
- 11 entretiens formels ont eu lieu : 2 avec des résidents, 4 avec les infirmières, 3 avec les médecins, 1 avec le conseiller spirituel, 1 avec la famille.
- Une analyse inductive est utilisée pour mettre en avant les différents thèmes issus des données, d'établir des liens et enfin avoir des résultats (p.680).

- **Population de l'étude :**

- 58 résidents de 2 maisons de retraite. L'une qui s'occupe des soins psycho-gériatriques (32 résidents atteints de démence) et la seconde qui traite les résidents ayant des problèmes somatiques (26 résidents).
- Les équipes de soins sont constituées de trois médecins spécialisés en gériatrie, deux médecins internes, un infirmier chef, 10 infirmières certifiées, 5 infirmières en formation, 5 aides-soignantes. Un conseiller spirituel dans chaque institution.

- **Type de devis :**

Cette étude qualitative ethnographique vise à comprendre une manière de vivre d'un groupe ayant des croyances et une culture (Fortin & al., 2016, p.34).

1.4. Présentation de résultats

- **Principaux résultats de la recherche :**

- Il n'y a pas de prise en soins formelle de la spiritualité par des infirmiers. Les besoins spirituels des résidents n'étaient pas questionnés et n'apparaissent pas dans le plan de soins.
- Certains résidents disent se sentir plus à l'aise de parler de leurs besoins spirituels à leurs proches.
- Les soignants disent avoir besoin d'être formés pour aborder les questions spirituelles, car c'est un sujet délicat.
- Lorsque les résidents sont dans les derniers instants de leur vie, des soins spirituels informels sont prodigués par les infirmières tels que :
 - Un réaménagement de l'environnement du patient (musique qu'il aime, bonne odeur, salle lumineuse, installation d'un lit pour les proches)
 - Le soignant adopte un rôle de médiateur qui permet de renforcer les liens familiaux et pour que la personne puisse mourir en paix. Il accompagne les proches dans l'acceptation de la mort.
 - Le soignant a une posture rassurante, il parle avec une voix douce
- Il n'y a pas de différence entre les prises en soins informelles des infirmières dans les 2 maisons de retraite, la prise en soins de la fin de vie est la même.

- **Conclusion générale**

- Les infirmières et médecins ne communiquent pas assez ensemble et ne partagent pas leurs réflexions, ce qui pourrait améliorer le bien-être spirituel des patients. Ils ne communiquent pas non plus avec le conseiller spirituel de manière officielle mais le sollicitent de manière informelle, lors d'un décès par exemple.

- **Particularité et originalité de l'étude :**

- Les recherches ont démontré l'importance des soins et du soutien spirituel dans les établissements de soins de longue durée pour offrir de meilleures

prises en soins, ainsi que l'importance de l'interaction soignant-soigné dans l'approche spirituelle. Dans le but d'optimiser les soins spirituels, cette étude vise à explorer la façon dont les besoins spirituels sont identifiés et la manière dont les professionnels collaborent à ce sujet (p.679).

1.5. Ethique

- L'étude a été approuvée par le comité d'éthique médicale du centre hospitalier universitaire à Amsterdam, Pays-Bas (p.680).

2. Démarche interprétative

2.1 Apports de l'article :

- La présente étude a permis de découvrir que les infirmières traitaient les problèmes d'origine spirituelle uniquement de façon informelle et qu'ils n'étaient pas inclus dans le plan de soins. De plus, les infirmières et médecins ne partageaient pas entre eux leurs réflexions aux sujets des soins spirituels.

2.2 Limites :

- Limite de l'étude :
 - Petit échantillon sur 2 EMS avec une structure religieuse.
 - L'étude a été faite aux Pays-Bas, car c'est un peuple pour qui la spiritualité fait partie intégrante de la vie et qui se sent confortable d'en parler (p.684).

2.3 Piste de réflexion :

- L'aumônier pourrait contribuer au bien-être spirituel des résidents en fin de vie en sollicitant les ressources spirituelles (prier, méditer etc.) de la personne
- Afin de faciliter l'évaluation des besoins spirituels, les médecins ont indiqué un besoin de formation supplémentaire.

9.1.8. Fiche de lecture

Référence complète aux normes APA :

Van der Vaart, W., & Van Oudenaarden, R. (2018). The practice of dealing with existential questions in long-term elderly care. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 13(1), 1508197.
<https://doi.org/10.1080/17482631.2018.1508197>

1. Démarche descriptive

1.1 Le contexte de réalisation de l'étude

- **Identité des auteurs :**

- Wander Van der Vaart : professeur à l'Université des sciences humaines, département des fondements et des méthodes, à Utrecht (Pays-Bas).
- Rosanna Van Oudenaarden : conseillère politique en matière d'assurance de la qualité à l'Université des sciences humaines et ancienne conseillère spirituelle auprès d'une organisation de soins de longue durée.

- **Lieu de l'étude :**

L'étude se déroule aux Pays-Bas dans 2 maisons de retraite. La ville n'est pas spécifiée

- **Objectif de la pratique :**

- L'étude a été conçue pour illustrer l'élaboration d'un cadre national de qualité et concevoir des connaissances susceptibles d'aider les établissements de soins de longue durée à traiter la question existentielle des résidents dans les soins.

1.2 L'objet de l'article et le cadre théorique

- **Objet de la recherche :**

- Explorer la façon dont deux organisations ayant participé précédemment à un programme pilote sur le sens de la vie et la personne âgée, traitent

les questions existentielles, dans le but de mettre en place des recommandations de bonne pratique.

- **Question de recherche :**

La question de recherche n'est pas formulée mais pourrait être déduite comme suit :

- Comment les maisons de retraite prennent-elles en considération les questions existentielles et quelles sont les interventions infirmiers qui pourraient être instaurées pour traiter de ce sujet ?

- **Hypothèse de travail :**

- Les questions sur le sens de la vie seraient importantes pour les personnes âgées atteintes de maladies chroniques ainsi que celles vivant en institution de soin de longue durée car elles subissent plusieurs pertes.

- **Cadre théorique de la recherche :**

- Pas de cadre théorique dans cette étude.

- **Principaux concepts et/ou notions utilisés :**

- Soins aux personnes âgées, signification dans la vie, questions existentielles, pratique des soins, maison de soins, conseiller spirituel, cadre de qualité professionnel.

1.3. Méthodologie de la recherche

- **Outils pour la récolte de données :**

- Echantillonnage non-probabiliste
- La recherche est dirigée sur trois niveaux qui sont : Le personnel administratif, les résidents âgés et leur réseau social et le personnel soignant de l'établissement.
- Deux entretiens approfondis menés par deux assistants de recherche qualifiés, 16 au total, ainsi qu'une observation pendant 8 heures de tous les participants dans les deux maisons de retraite.

- La récolte de données s'est déroulée de 4 manières :
 - Une récolte de documents protocolaires du lieu, le compte-rendu des réunions et des documents sur le programme pilote ayant eu lieu précédemment
 - Des observations des participants durant 5 colloques
 - Des entretiens approfondis conduits par deux assistants de recherche qualifiés, 16 au total (6 avec des résidents et 10 avec le personnel).
 - Des observations sur tous les participants (résidents et personnel) lors des activités de la vie quotidienne durant 8h avec 16 entretiens informels
- Collaboration avec les deux maisons de retraite, des experts néerlandais dans l'analyse du sens de la vie.

- **Population de l'étude :**

- 280 participants au total (140 par établissement). Trois participantes dans chaque maison (6 au total), des femmes âgées de 85 à 95 ans, ont été sélectionnés pour des entretiens plus approfondis.
- L'étude ne comporte pas de critères d'inclusion et d'exclusion.

- **Type de devis :**

Cette étude qualitative descriptive décrit les aspects d'une expérience, sans faire appel à une méthodologie particulière (Fortin & al., 2016, p.35).

1.4. Présentation de résultats

- **Principaux résultats de la recherche :**

Les principaux résultats de la recherche sont :

- La prise en compte du sens de la vie des résidents comme étant une partie intégrante de la mission des 2 institutions.

- Les soignants reconnaissent les questions existentielles. Certains se sentent confortables pour traiter de ce sujet, alors que d'autres redoutent de transmettre leur propre spiritualité et ont donc besoin d'outils pour mettre en pratique les soins spirituels.
- Afin de répondre aux besoins spirituels, les soignants doivent se montrer plus disponibles pour faire des entretiens, diriger les résidents vers des experts, connaître l'histoire du résident et son réseau qui peut être une ressource pour guider ses réponses existentielles.
- Enfin les soignants doivent avoir davantage d'expérience dans le domaine des soins spirituels.

- **Conclusion générale**

Il a été constaté que le personnel soignant était impliqué dans les deux institutions pour traiter du sujet des questions existentielles, mais qu'il ne disposait pas d'outils ni de protocoles spécifiques répondant aux besoins des résidents.

- **Particularité et originalité de l'étude**

- Explorer les questions existentielles dans les soins auprès des aînés est une approche nouvelle dans la pratique et dans la théorie.
- L'institut National néerlandais de soins et de santé a demandé l'élaboration de la recherche sur les questions existentielles. Ce cadre de qualité vise à établir des normes, des améliorations et des bases de pratique dans les soins de longue durée auprès des personnes âgées.

1.5. Ethique :

Pas d'approbation éthique dans cette étude.

2. Démarche interprétative

2.1 Apports de l'article :

- La recherche de type qualitatif est une accentuation plus humaine pour les soins, qui explique le point de vue de chacun et fourni des informations plus générales sur les dimensions humaines et éthiques susceptibles de guider la pratique et les politiques.

2.2 Les limites :

- L'étude n'a pas défini de limites.
- Autres limites :
 - Non généralisable
 - L'entretien semi-structuré fait avec 6 résidents mais la raison pour laquelle les autres personnes sont exclues n'est pas expliquée.
 - Entretien semi-structuré qu'avec des femmes.
 - Les questions des entretiens ont été individualisées en fonction du sujet.
 - L'assistante en recherche avait déjà rencontré les participants lors d'observation et d'entretiens informels.
 - L'étude n'a pas été approuvée par un comité d'éthique.

2.3 Piste de réflexion :

- Recommandations pour la pratique future : considérer le résident et ses besoins au centre des préoccupations, former les soignants sur les soins spirituels, travailler en interdisciplinarité (aumôniers, soignants, animateurs.) et avoir un environnement adapté.

9.1.9. Fiche de lecture

Référence complète aux normes APA :

Bickerstaff, K. A., Grasser, C. M., & McCabe, B. (2003). How elderly nursing home residents transcend losses of later life. *Holistic Nursing Practice*, 17(3), 159-165.

1. Démarche descriptive

1.1 Le contexte de réalisation de l'étude

- **Identité des auteurs :**

- Kathleen A. Bickerstaff : infirmière spécialisée en psychiatrie et en santé mental
- Carol M. Grasser : infirmière et professeure à l'université de Nebraska à Omaha
- Barbara McCabe ; Infirmière spécialisée en santé mentale et professeure à l'université de Nebraska à Omaha

- **Lieu de l'étude :**

L'étude a eu lieu dans deux villes du Midwest dans 6 établissements de soins de longue durée aux Etats-Unis (p.160).

- **Objectif de la pratique :**

Cette étude vise à promouvoir la qualité de vie des personnes âgées vivant en EMS en soutenant l'aspect spirituel.

1.2 L'objet de l'article et le cadre théorique

- **Objet de la recherche :**

Identifier les qualités permettant aux personnes âgées institutionnalisées, de surmonter les pertes et difficultés et donner un sens à la vie.

- **Question de recherche :**

La question de recherche n'est pas formulée comme telle, mais peut être la suivante : Quels sont les comportements qui permettraient de retrouver l'espoir,

l'amélioration de la qualité de vie et de faire face aux expériences de vie qui donne un sens à l'existence ? (p.159)

- **Hypothèse de travail :**

Les personnes âgées, en raison du changement du lieu de vie, ont le sentiment de vivre une perte identitaire et des liens sociaux. Les différentes pertes liées à la fin de vie peuvent être pesantes jusqu'à être destructrices. L'institutionnalisation est un fardeau supplémentaire aux pertes déjà présentes.

- **Cadre théorique de la recherche :**

Le cadre théorique se base sur la théorie de Pamela Reed, issu du modèle de dépassement de soi (Self-transcendance).

- **Principaux concepts et/ou notions utilisés :**

Les principaux concepts : Personnes âgées, générativité, introjection, maison de retraite, spiritualité et transcendance.

1.3. Méthodologie de la recherche

- **Outils pour la récolte de données :**

- Échantillonnage non-probabiliste
- Deux interviews ont été fait avec des questions ouvertes sur la vie. Ils ont été enregistrés et transcrits auprès de 180 personnes.
- Une analyse du contenu a permis de retenir parmi eux 95 entretiens, car ils présentaient un dépassement de soi. Les différentes catégories du modèle de Pamela Reed (générativité, introjection, intégration temporelle, transcendance du corps, relation avec soi, les autres et Dieu) ont servi de support pour classer les différentes données dans 6 tableaux. (p.160)

- **Population de l'étude :**

180 résidents, dont 95 retenus. 70 femmes et 25 hommes. L'âge moyen est de 82 ans

- **Les critères d'inclusion sont (p.160) :**
 - Montrer des signes de dépassement de soi au cours des entretiens
 - Être résident depuis plus de 3 mois
 - 65 ans ou plus
 - Anglophone
 - Intact au niveau cognitif

- **Type de devis :**

Cette étude qualitative phénoménologique tente de comprendre le sens qu'une personne donne à un phénomène ou une expérience de vie (Fortin & al., 2016, pp.33-34).

1.4. Présentation de résultats

- **Principaux résultats de la recherche**

- Les expériences et comportements d'adaptation des participants montrent qu'ils se situent dans plusieurs catégories du modèle de Reed, car ces comportements sont en interaction. En lien avec les questions existentielles et les comportements aidant à rester en bonne santé, les résidents ont indiqué que l'acceptation de la vie (passé, présent, futur), l'acceptation des conditions physiques et la volonté de Dieu (puissance supérieure) sont des moyens d'atteindre un dépassement de soi.
- Dans le tableau 1, sont représentées les données sociodémographiques des 95 participants.
- Dans le tableau 2 de générativité, les moyens d'aide qui ressortent sont : le comportement d'aide et l'implication de la famille.
- Dans le tableau 3 d'introjection, les ressources qui ressortent : la participation aux loisirs et l'apprentissage.

- Dans le tableau 4 de l'intégration temporelle, il est mis en évidence que la prise en considération du passé et du présent permet d'anticiper le futur.
- Dans le tableau 5, la transcendance, le thème qui ressort est la capacité à intégrer les changements.
- Dans le tableau 6, la spiritualité, le moyen d'aide utilisé est la relation avec soi, les autres et un être supérieur.

- **Conclusion générale**

Les thèmes généraux identifiés présents dans cette étude et les concepts du modèle de Reed ont une corrélation qui laisse penser que l'ensemble de ces thèmes seraient essentiels pour les résidents.

Les 5 principaux thèmes qui sont identifiés en tant que facilitateurs du dépassement de soi, sont les suivants : Le sentiment d'être apprécié par soi-même et les autres, répondre aux besoins des autres, se sentir aimé, garder l'esprit ouvert et une croyance en une puissance supérieure (p.164).

- **Particularité et originalité de l'étude :**

Ce type d'étude, permet aux participants d'exprimer leur vécu et ainsi les chercheurs peuvent comprendre ce qu'ils vivent.

1.5. Ethique

- L'étude a été approuvée par un comité d'examen institutionnel et des établissements de Midwest. Un consentement a été obtenu verbalement par les participants.

2. Démarche interprétative

2.1 Apports de l'article :

- L'étude soutient l'importance dans les maisons de retraite, de la mise en pratique de la spiritualité de l'individu dans les soins infirmiers.
- Les infirmiers peuvent proposer des activités significatives pour les résidents, afin qu'ils puissent faire face aux pertes, à travers des moyens

alternatifs. De plus, ils peuvent valider le présent et le passé des résidents afin de les aider à envisager leur avenir.

- Afin que la personne âgée puisse atteindre le bien-être, les soignants peuvent valider ses objectifs personnels et ses valeurs.

2.2 Limites :

- A aucun moment les auteurs ne citent les limites de leur recherche.
- Autres limites :
 - Non généralisable
 - Les critères de sélection sont restreints
 - Plus de femmes que d'hommes.
 - Étude effectuée en 2003 et donc moins représentative des besoins actuels.
 - Étude réalisée aux États-Unis

2.3 Piste de réflexion :

- Les infirmiers ont la responsabilité de sensibiliser les proches aidants de l'importance de la transcendance, afin de valoriser et de soutenir les comportements adaptés au dépassement de soi des résidents.
- Les infirmiers spécialisés en gériatrie et psychiatrie peuvent être considérés comme des guides de la pratique auprès de l'équipe soignante. De plus, leur regard clinique serait un atout dans l'animation d'un groupe de résidents, lors d'une thérapie de reminiscence. Le but étant d'offrir un bilan de soins individualisé et de donner des conseils, répondant aux besoins des résidents et de diminuer le recours à la poly-médication.
- Pour l'avenir, les problèmes liés à la qualité de vie devraient être investigués chez les personnes âgées institutionnalisées.