

Travail de Bachelor pour l'obtention du diplôme
Bachelor of Science HES-SO en soins infirmiers
HES-SO Valais-Wallis / Haute Ecole de Santé

Travail de Bachelor

**La prévalence de la solitude et de l'isolement de la personne âgée en
institution et le rôle infirmier**

Revue de la littérature

Réalisé par : Abeille Alexandre

Promotion : Bach 19

Sous la direction de : Schär Sabine

Lieu et date : Sion, le 6 juillet 2022

Résumé

Contexte : La solitude et l'isolement sont des maux que la personne âgée côtoie régulièrement en maison de retraite. Cette problématique ayant des répercussions sur la santé psychique, il est indispensable d'en prendre conscience.

Objectifs : L'objectif de cette revue de la littérature est de prendre conscience de la prévalence de la solitude et de l'isolement social présents dans les établissements médico-sociaux.

Critères d'inclusion et d'exclusion : Tous les résidents de plus de 65 ans vivant dans des établissements médico-sociaux [EMS] étaient inclus. Étaient exclus les résidents de moins de 65 ans et séjournant depuis moins de trois mois dans l'institution.

Stratégie de recherche : La recherche s'est basée sur l'analyse d'articles de source primaire ou de revues de la littérature publiées sur les bases de données Cinahl, Pubmed et Embase.

Résultats : La solitude et l'isolement diminuent significativement lorsque les patients se sentent pris au sérieux et écoutés grâce à une interaction infirmier-patient de qualité, différentes activités telles que la thérapie par le rire permettent par la même occasion d'atténuer ces sentiments.

Conclusion : Les infirmiers travaillant en EMS ont un rôle clé à jouer dans la diminution de la solitude et de l'isolement des résidents. Les interactions soignant-soigné permettent la création d'un climat de confiance. De plus, les infirmiers doivent être capables de proposer des activités adaptées en fonction des résidents dans le but de favoriser leur bien-être.

Mots-clés : Solitude, isolement, interaction infirmier-patient, promotion de la santé, maisons de soins retraite, personnes âgées.

La forme masculine de la profession et du patient sera utilisée dans ce travail de Bachelor.

Remerciements

Tout d'abord, je tiens à remercier ma directrice de travail de Bachelor pour son aide, ses précieux conseils ainsi que de sa disponibilité.

Je tiens aussi à remercier les personnes qui m'ont aidé dans la correction de l'orthographe de mon travail.

Pour finir, je tiens à remercier l'ensemble de mon entourage qui m'a soutenu durant toute la période de réalisation de cette recherche.



Déclaration

Cette revue de la littérature a été réalisée dans le cadre de la formation Bachelor of Science HES-SO en Soins infirmiers à la Haute École de Santé Valais Wallis (HEdS).

L'utilisation des résultats ainsi que les propositions pour la pratique et la recherche n'engagent que la responsabilité de son auteur et nullement les membres du jury ou la HES.

De plus, l'auteur certifie avoir réalisé seul cette revue de la littérature.

L'auteur déclare également ne pas avoir plagié ou utilisé d'autres sources que celles indiquées dans la bibliographie et référencées selon les normes APA 7.0.

Lieu et date :

Signature

Table des matières

1	Introduction	1
1.1	Problématique	1
1.2	Question de recherche	4
1.3	But de la recherche	4
2	Cadre théorique	5
2.1	Isolement social	5
2.1.1	Définition	5
2.1.2	Les causes	6
2.1.3	Les répercussions	7
2.2	La solitude	7
2.2.1	Définition	7
2.2.2	Les différents types de solitude	7
2.2.3	À chacun sa solitude	9
2.3	La santé	9
2.3.1	La promotion de la santé	10
2.3.2	Stratégies et concepts	10
2.3.3	La profession infirmière et la promotion de la santé	11
3	Méthode	13
3.1	Devis de recherche	13
3.2	Collecte des données	13
3.3	Sélection des données	16
3.4	Considérations éthiques	16
3.5	Analyse des données	16
4	Résultats	19
4.1	Description de l'Étude 1	19
4.1.1	Validité méthodologique	20
4.1.2	Pertinence clinique et utilité pour la pratique	21
4.2	Description de l'étude 2	22
4.2.1	Validité méthodologique	23
4.2.2	Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle	24
4.3	Description de l'étude 3	25
4.3.1	Validité méthodologique	26

4.3.2	Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle	27
4.4	Description de l'étude 4	27
4.4.1	Validité méthodologique.....	29
4.4.2	Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle	29
4.5	Description de l'étude 5	30
4.5.1	Validité méthodologique.....	32
4.5.2	Pertinence clinique et utilité pour la pratique	32
4.6	Description de l'étude 6	33
4.6.1	Validité méthodologique.....	34
4.6.2	Pertinence clinique et utilité pour la pratique	35
4.7	Synthèse des principaux résultats	36
5	Discussion	37
5.1	Discussion des résultats	37
5.2	Discussion de la qualité et de la crédibilité des évidences	39
5.3	Limites et critiques de la revue de la littérature.....	39
6	Conclusions	40
6.1	Propositions pour la pratique	40
6.2	Propositions pour la formation	41
6.3	Propositions pour la recherche	42
7	Références bibliographiques	43
8	Annexes	I
	Annexe I : Diagramme de flux PRISMA 2009.....	I
	Annexe II : Tableaux de recension des études.....	II
	Annexe III : Glossaire	VIII

1 Introduction

De nos jours, l'espérance de vie de la population ne cesse d'évoluer positivement. Les épidémiologistes estiment que la population des individus de plus de 60 ans augmentera de 34 % entre 2015 et 2050. Aujourd'hui, le nombre de personnes de plus de 60 ans en Europe est supérieur à celui des enfants de moins de cinq ans. Si cette évolution se poursuit, la population des 15-24 ans sera inférieure à celle des personnes de 60 ans ou plus avant 2050. Même si toutes les personnes âgées ne se retrouvent pas en établissement médico-social [EMS], avec la transition démographique et l'augmentation du nombre de nouvelles personnes se rendant en EMS, il est nécessaire et primordial que les institutions adaptent leur système de santé afin de relever les défis majeurs en lien avec celui-ci (Organisation mondiale de la santé, 2021).

Bien qu'il soit possible de se déclarer en bonne santé tout en étant atteint dans celle-ci, moins d'un tiers des 75-84 ans et environ un quart des personnes âgées de 85 ans et plus se déclarent en bonne et très bonne santé. Au-delà de 75 ans, les polyopathologies apparaissent et deviennent des phénomènes fréquents. On voit alors apparaître des limitations fonctionnelles, qu'elles soient physiques, sensorielles ou cognitives. Il va de soi que ces limitations sont des facteurs de risque favorisant la perte d'autonomie et d'indépendance de chacun (Office fédéral de la statistique, 2012).

Contrairement à ce que l'on pourrait penser, la proportion de personnes ressentant un sentiment de solitude ou d'isolement diminue avec l'âge. Selon l'Office fédéral de la statistique, le pourcentage de personnes se sentant parfois ou souvent seules en 2021 est plus faible chez les personnes âgées que chez les autres catégories d'âge. Alors que chez les 15-24 ans on atteint les 48 % et environ 37 % chez les 40-64 ans, on descend à 32 % chez les personnes âgées (Pro Senectute, 2021). Les résultats d'une méta-analyse ont dévoilé que la solitude et l'isolement provoqueraient respectivement une augmentation de la mortalité de 26 % et de 29 % avec une élévation du taux de dépression, de syndromes de glissements et d'envies suicidaires (Manzanares & Tran, 2021).

1.1 Problématique

La majorité des séniors vivant en bonne santé parviennent à rester à leur domicile avec ou sans aide de leurs proches aidants ou d'une institution de soins à domicile. Cependant, il peut arriver un moment où l'état de santé de la personne âgée compromet son maintien à domicile, devenant trop dangereux pour la personne et difficile pour ses proches. On relève dans certains critères, la présence de risques de chutes, un aménagement du domicile non

compatible avec les besoins de la personne rendant les activités de la vie quotidienne trop difficiles ou encore, la nécessité de soins et de surveillance devenant difficilement possibles à domicile (Ennuyer, 2014).

Selon l'article 426 du Code civil suisse (2021), nul ne peut être placé dans une maison de retraite contre sa volonté. Si la personne présente des déficits mentaux se retrouve dans un état grave d'abandon ou qu'elle ne peut bénéficier d'une assistance extérieure qui serait nécessaire, le placement peut être décidé par une autorité compétente. La décision d'entrer en EMS doit être le fruit de réflexions entre la personne concernée, sa famille, ses proches aidants ainsi que son médecin traitant (Guide Social romand, 2021).

Franchir le pas d'entrer en établissement médico-social est une décision importante qui implique de nombreuses modifications dans la façon de vivre de la personne concernée. Elle implique l'abandon du lieu de vie actuel et privé pour rejoindre un lieu de vie collectif (Guide Social romand, 2021).

L'Organisation mondiale de la santé définit la santé comme un « état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (Organisation mondiale de la santé, 2021).

« Être en bonne santé mentale ne correspond pas simplement au fait de ne pas présenter de troubles mentaux. Une personne peut vivre avec un trouble mental et expérimenter tout de même un bien-être émotionnel se traduisant par une vie équilibrée et satisfaisante. L'inverse est aussi vrai : l'absence de trouble mental n'est pas une garantie de bien-être émotionnel. Comme le fait d'être en bonne santé physique, être en bonne santé mentale permet de se sentir bien dans sa peau. Cela permet également de profiter pleinement des joies de la vie, de s'épanouir » (Québec, 2021).

Depuis plusieurs années, il est connu que la solitude est un des facteurs précipitants de la dégradation de la santé mentale, mais aussi physique. En effet, de nombreuses études ont mis en avant le lien entre la solitude et l'impact négatif sur la santé mentale et physique de la population (Adan et al., 2021). Un sentiment de solitude trop élevé chez une personne peut être étroitement lié à une diminution de l'espérance de vie, il peut aussi favoriser l'apparition de problème de santé divers. Une étude américaine a démontré que la solitude multipliait par deux le risque de développer une maladie de type Alzheimer (Wilson et al., 2007).

Dans son article, Emmanuel Levinas, philosophe cité par Puijalon dit que « la solitude est une catégorie de l'être. Par ailleurs, qui dit vieillesse ne dit pas forcément solitude, mais, même pour qui ne la connaît pas, à cet âge, elle est un horizon redouté ». Ce mot, craint par de nombreuses personnes, peut toucher l'ensemble de la population (Puijalon, 2007). En 2017, l'Office fédéral de la statistique suisse relève que 38 % des résidents en EMS déclaraient avoir ressenti et souffert de ce sentiment de solitude (Allaz, 2021). Les risques de dépression, de dépendance et d'envies suicidaires découlent souvent d'un mal-être profond vécu par le sénior souffrant de solitude. La solitude de la personne âgée à domicile ou en institution est un sujet qui fait souvent parler de lui et notamment durant ces dernières années. En effet, les mesures sanitaires et les restrictions prises par les institutions dans le cadre du confinement n'ont fait que mettre en évidence cette problématique (Tran et al., 2021).

D'après l'Office fédéral de la santé publique, le maintien d'une bonne santé mentale est tout autant important que la santé physique, elle est liée au maintien d'une qualité de vie favorable et joue un rôle important pour le bien être du résident. Cependant, il faut comprendre que la santé mentale n'est pas une catégorie de maladie (Observatoire suisse de la santé, 2020). La satisfaction de la vie, l'énergie, la vitalité, l'optimisme et la sensation de se sentir en forme sont les premiers indicateurs pouvant être utilisés par les professionnels de santé, afin d'évaluer le bien-être mental du résident. Les professionnels de santé ont un rôle de promoteur de la santé à jouer afin de donner aux individus les moyens de contrôler et d'améliorer leur santé.

Cependant, 69 % des résidents en Suisse souffrent d'une maladie psychique qui est susceptible d'altérer leur santé mentale : dépression, troubles anxieux, délires, abus de substances, troubles du sommeil. L'ensemble de ces maladies sont susceptibles d'accroître significativement le sentiment de solitude et d'isolement éprouvé par la personne âgée. (Promotion santé suisse, 2016).

Il existe en parallèle au sentiment de solitude un isolement social pouvant se présenter chez les personnes âgées vivant en institution. Bien que difficile à définir, on peut qualifier une personne isolée comme une personne en retrait de la vie sociale alors que la solitude est représentée par une émotion. Contrairement à celle-ci qui reste difficilement quantifiable, il peut être mesuré objectivement (Fondation Croix-Rouge, 2021). Le professeur John Caccioppo, psychologue social à l'université de Chicago, affirme que la solitude et l'isolement sont des « maux profondément physiques, dont l'impact sur la santé est comparable à celui de l'obésité et du tabac ». Il explique par ailleurs que c'est la sensation subjective d'isolement qui engendre des répercussions indiscutables sur la santé.

Avec son équipe, il démontre que ce sentiment est responsable d'une augmentation de 14 % de la mortalité prématurée chez le sujet âgé, soit deux fois plus que l'obésité (Fondation Croix-Rouge, 2021).

Il serait utopique d'affirmer que les EMS permettent à l'ensemble des résidents de se sentir entourés socialement et de ne pas souffrir de solitude, mais aujourd'hui, les établissements offrant une vie en communauté permettent de limiter ce sentiment pouvant être ressenti chez les personnes vivant seules à domicile. Il constitue un nouveau lieu de vie sous une nouvelle forme de socialisation qui se voit reconfigurée. Les différents professionnels de santé et acteurs de la prise en soins des résidents jouent un rôle primordial afin de leur permettre d'intégrer cette communauté dans laquelle ils se sentent moins seuls, mais aussi de détecter toute péjoration de l'état émotionnel des résidents, afin d'adapter leur prise en soins (Gardiner et al., 2020).

La solitude et l'isolement social pouvant devenir un nouveau fléau pour la santé publique tel que l'est déjà à titre d'exemple, la cigarette, ils doivent être traités de la même façon que l'on traite une maladie par des médicaments, même si cela n'est pas aussi simple que de prescrire un médicament. Ne pas déceler et prendre en charge ces deux fléaux du monde actuel serait synonyme de négligence (Freedman & Nicolle, 2020).

1.2 Question de recherche

Quelle est la prévalence de la solitude et de l'isolement social des personnes âgées en maison de retraite et quel est le rôle de l'infirmier dans la prise en soins de ces derniers ?

1.3 But de la recherche

Les objectifs de cette revue de littérature seront :

- Identifier les facteurs aggravants les sentiments de solitudes et d'isolement social des résidents.
- Identifier la prévalence et l'isolement social des personnes âgées en maison de retraite.
- Analyser les interventions infirmières qui réduisent le sentiment de solitude et d'isolement social.

2 Cadre théorique

Les deux principaux concepts retenus sont l'isolement social et la solitude. Souvent vus comme étant deux éléments liés et très proches, ils se différencient sur certains points. En effet, il est possible de se sentir seul sans être socialement isolé. Au contraire, une personne ne ressentant pas de solitude peut être isolée socialement. Cependant, aussi bien l'un que l'autre sont des facteurs de risques pouvant avoir des impacts négatifs sur la santé des personnes âgées et notamment sur celles en institution. Afin d'intégrer la place essentielle du rôle infirmier dans cette problématique, son rôle de promoteur de la santé sera mis en avant. En effet, à travers ce rôle, l'infirmier doit être capable d'identifier certaines situations et d'adapter la prise en soins des résidents afin de pallier autant que possible l'éventuelle solitude vécue par les résidents.

2.1 Isolement social

Si, déjà plus de la moitié des personnes de plus de 60 ans étaient à risque d'isolement social avant la crise du Covid-19, les mesures sanitaires prises au sein des établissements médico-sociaux pour la protection des résidents n'a fait qu'empirer la situation. Cela a permis de refaire surgir un problème déjà existant, mais souvent oublié qui est celui de l'isolement social (Manzanares & Tran, 2021).

2.1.1 Définition

Le Conseil économique social et environnemental suisse définit l'isolement social comme étant « la situation dans laquelle se trouve la personne qui, du fait de relations durablement insuffisantes dans leur nombre ou leur qualité, est en situation de souffrance et de danger » (Monalisa, 2020).

Selon le plan d'études cadre Bachelor 2012, l'infirmier se doit d'être capable d'évaluer l'état de santé, de mettre en place et d'assurer la réalisation des plans de soins nécessaires aux résidents dans le but de garantir sa santé et de prévenir toute péjoration de l'état de santé (Haute école spécialisée de Suisse occidentale, 2012). Alors que l'appréciation de l'état de solitude d'une personne reste globalement subjective, celle de l'isolement social est objectivable. De ce fait, il reste relativement facile à détecter puisque celui-ci est quantifiable, étant donné qu'il est possible de noter les fréquences des visites et des sorties (Freedman & Nicolle, 2020).

2.1.2 Les causes

L'éclatement familial est noté comme étant la première cause menant à l'isolement social de la personne âgée. Dans la majorité des cas, il est dû au départ des enfants ayant vécu jusqu'à présent au domicile de leurs parents ou par un éloignement géographique pour différentes raisons, qu'elles soient professionnelles ou privées. Cet événement est bien souvent difficile à surmonter, c'est un sentiment « d'abandon » et de « mise de côté » qui est ressenti par la personne concernée. La génération actuelle des séniors a gardé en mémoire la notion pouvant être appelée regroupement familial selon laquelle l'ensemble de la famille cohabitait sous le même toit, ce qui est moins courant dans les mœurs des nouvelles générations (Gaelle, 2017).

La perte du conjoint est aussi une étape difficile à franchir, après de nombreuses années de vie commune, le séniors risque ainsi de perdre ses repères et de ressentir un manque et un sentiment de solitude (Cavalli et al., 2001).

Certains séniors se sentent incompris, avec le sentiment qu'ils ne sont ni écoutés ni entendus même si le réseau familial est présent, on appelle ce facteur le décalage des générations. En ne comprenant pas les agissements des membres de leur famille, ils ont l'impression d'être marginalisés (AXA Prévention, 2019).

Selon Tahar et Gardijan (2021), avancer dans l'âge ne mène pas nécessairement à une mauvaise santé, mais nombreux peuvent être les problèmes de santé liés bien souvent au vieillissement apparaissant, affectant alors l'autonomie fonctionnelle du séniors. Parmi eux, on y retrouve le déficit auditif, la cataracte, l'arthrose ainsi que la démence. Les déplacements, la communication et l'orientation se voient menacés, les poussant à diminuer leurs activités, ce qui entraîne une baisse du nombre de sorties en public. Les déficiences sensorielles, difficilement corrélables avec certaines habitudes de vie peuvent alors indirectement être un facteur précipitant l'isolement social et ont donc une influence sur les liens sociaux (Tahar & Gardijan, 2021).

La précarité financière joue un rôle important dans l'isolement social. Aujourd'hui, les retraites diminuent, réduisant ainsi le pouvoir d'achat des séniors, engendrant alors des restrictions dans les activités du quotidien, les poussant alors à revoir leur mode de vie. Les restrictions et les mesures prises par le gouvernement et les institutions durant la pandémie de Covid-19 telles que les restrictions de visites et les quarantaines n'ont fait qu'augmenter le sentiment d'isolement et de solitude (Manzanares et al., 2021).

Bien qu'en 2021, 53 % des séniors utilisaient internet, l'exclusion numérique a elle aussi un impact majeur sur l'isolement social, d'autant plus que le numérique prend de plus en plus de place dans la vie des gens (Association canadienne de normalisation, 2018).

2.1.3 Les répercussions

Il est clair que l'isolement social du séniors se présente non seulement comme facteur de la perte d'autonomie fonctionnelle, mais aussi comme un « accélérateur » des effets du vieillissement dont les répercussions ne sont pas sans conséquence (Goff & Poupart, 2021). Corman (2006) ajoute que l'isolement social est l'un des facteurs étiologiques liés aux troubles du sommeil. Il est associé à une hausse d'environ 200 % chez les sujets sains et 300 % chez les séniors ayant déjà subi un infarctus du myocarde ; de plus, il augmente le risque d'évènements cardiovasculaires et est un facteur précurseur de l'hypertension, de maladie coronarienne et d'insuffisance cardiaque. De plus, Sargin et al. (2016) rapportent que l'isolement social provoque des comportements antisociaux et des risques de dépression. En effet, après avoir mené une étude sur des souris, ils ont remarqué que l'isolement majorait leur anxiété et leur appétit, et qu'elles ressentaient moins d'intérêt pour le plaisir, des symptômes rencontrés dans la dépression humaine. Pour donner suite à une étude, des chercheurs de l'Université de Californie et de Chicago, Cole et al. (2015) auraient démontré que l'isolement social augmenterait les réponses inflammatoires, diminuerait les réponses antivirales et donc de la réponse immunitaire.

2.2 La solitude

2.2.1 Définition

La solitude est définie comme une expérience subjective en lien avec une carence quantitative du réseau social, une absence qualitative de compagnie et de rapport avec autrui. Elle peut être ressentie même si le réseau social est présent (Pitaud & Redonet, 2010). Selon De Grâce et al. (cité par Pitaud & Redonet, 2010), chaque individu peut, dans sa vie, être concerné par cette expérience.

2.2.2 Les différents types de solitude

Il ne serait pas juste de penser que la solitude serait obligatoirement délétère. Bien que souvent subie et perçue comme un fardeau, elle peut aussi s'avérer être attendue, accueillie ou même provoquée (Castellan, 2009).

Pour Françoise Dolto (1986), la solitude du vieillissement est une période inéluctable que personne ne peut entendre, selon elle, le sentiment éprouvé n'est pas dicible, elle insiste sur le caractère inexprimable de ce sentiment, dont l'analyse représente un défi à part entière. Il est dit que celui qui ne vit pas cette solitude ne peut comprendre ce que ressent l'autre. Il n'y a aucun moyen de l'éviter au cours de notre vie. Par ailleurs, selon elle, il faut faire la distinction entre le sentiment de solitude empêchant de créer et la solitude elle-même qui est créative et pousse l'être humain à atteindre un « stade supérieur de soi » autrement dit la différence entre la « bonne » et la « mauvaise » solitude, plus précisément, entre celle subie et celle choisie.

L'Association canadienne pour la santé mentale définit le sentiment de solitude comme une sensation de se sentir physiquement et socialement seul. Il signifie que nos relations interpersonnelles sont insuffisantes et ne répondent pas à nos besoins. Pour Dupont, docteur en psychologie (2018), l'expérience concrète de la solitude apparaît lorsque l'être se sent seul, non désiré ou isolé.

Pour certains, on parle de solitude familiale, sociale et affective. Ici, la solitude est associée à une présence insuffisante des membres de la famille et des amis dans la vie de la personne. Bien que nombreux sont ceux qui souhaitent maintenir une juste distance avec leur cercle familial et amical, il est certain que les périodes durant lesquelles ceux-ci s'isolent ne doivent pas être trop longues (Kirouac & Charpentier, 2018).

Pour d'autres, c'est un choix, on parle de solitude « choisie », souvent associée aux personnes solitaires. S'isoler volontairement permet de découvrir une liberté infinie permettant d'avancer et de créer comme le font certains artistes. Cependant, la solitude est synonyme d'éloignement des autres. L'être humain peut vivre seul tout en étant bien entouré. Elle est définie comme une « liberté personnelle. » Il arrive parfois que cette solitude provienne de choix personnels lorsqu'il est question de devoir s'intégrer à des groupes dans lesquels l'être humain ne se sentirait pas à sa place. Dans ce scénario, il est nécessaire d'analyser plus précisément la situation afin de pallier cette crainte et ne pas laisser la personne s'isoler volontairement, ce qui pourrait avoir des conséquences néfastes indirectes sur son état de santé. Au regard du principe éthique de l'autonomie et de l'autodétermination, la volonté de rester seul doit être respectée à condition que la personne concernée soit informée des répercussions néfastes sur la santé qu'entraîne ce comportement. L'infirmier parallèlement doit s'assurer que la personne ait bien compris (Corbel, 2006).

On parle de mauvaise solitude lorsqu'elle n'est plus choisie, mais subie. Elle devient alors synonyme d'isolement, d'une privation de liberté et devient dès lors une souffrance faisant oublier tout désir à la personne y étant confrontée. S'installe peu à peu un sentiment d'abandon, de rejet et la personne tend à se renfermer sur elle. Elle prend souvent naissance à l'issue d'un décès, d'une déception ou d'un abandon poussant alors l'individu à se mettre à l'écart. Souvent indécélable, le mal-être provoqué par cette solitude entraîne souvent un sentiment de désespoir et devient dès lors un facteur de risque principal de l'isolement social (Corbel, 2006).

2.2.3 À chacun sa solitude

Dans leur livre « La solitude, pourquoi ? », Daniel Lestrignant, pasteur, et Alain Houziaux (2006), docteur en philosophie et en théologie, expliquent que la solitude de l'un n'est pas comparable avec la solitude ressentie par l'autre, même en ayant un même contexte de vécu et de situation. C'est un ressenti propre à chacun qui ne peut être comparable. L'être humain est différent, chacun ressent la solitude comme une expérience unique et seul lui peut en faire l'expérience (Fondation Croix-Rouge, 2021).

Repérer le degré de solitude d'un individu reste une tâche compliquée en raison du manque de consensus dans les outils de mesure, du caractère fluctuant de la solitude, mais aussi parce qu'elle peut survenir simultanément à l'isolement social ou séparément. Bien qu'il existe plusieurs échelles d'évaluation de la solitude, aucune d'entre elles n'englobe de manière satisfaisante la solitude et l'isolement social. L'échelle à 3 items de l'University of California, Los Angeles [UCLA], dans sa version courte, est celle qui est reconnue comme étant la plus pratique et la plus recommandée. Elle reste une échelle subjective dans laquelle la fréquence du manque de compagnie, la fréquence de sensation d'exclusion et la fréquence du sentiment d'isolement doivent être quantifiées par le sujet sur une échelle de Likert* ¹(Tran et al., 2021).

2.3 La santé

Le référentiel de compétences pour les soins infirmiers défini par Swissuniversities regroupe 7 rôles propres à celui-ci (Swissuniversities, 2022). Ces différents rôles de la santé ont été établis par la Conférence des Recteurs des Hautes Écoles Spécialisées Suisse [KFH], inspirés du modèle canadien de CanMEDS 2005. C'est en 2009 que les référentiels de compétences ont été établis pour la profession infirmière HES. Nous retrouvons le rôle

¹ Les mots suivis d'un astérisque seront référencés dans le glossaire méthodologique en fin de travail.

de promoteur de la santé qui est un élément clé afin de garantir une prise en soins de qualité et adaptée aux patients (Haute école spécialisée de Suisse occidentale, 2012).

2.3.1 La promotion de la santé

La vision et la notion de promotion de la santé ont évolué au cours des années. La période hygiéniste commence dans les années 1800 et s'étend jusqu'en 1877. Elle est marquée par la création et la mise en place de bureaux communaux d'hygiène. La période entre 1878 et 1949 est celle de la révolution pasteurienne. Louis Pasteur développe les premiers vaccins contre la rage et l'anthrax avec la contribution de Robert Koch. Cette révolution apporte la promesse d'une nouvelle vision du monde dans lequel certaines maladies ne seront plus fatales aux individus. La bio médicalisation de la santé permettra ainsi de déplacer la vision de la santé, de la théorie vers la pratique. L'individu deviendra alors la cible des actions. Par la suite, différents corps de métiers vont se centrer sur la promotion de la santé (Breton et al., 2017). Entre 1950 et 1977, en réponse à l'augmentation des recrudescences des maladies chroniques, apparaît l'éducation pour la santé. C'est un moment clé durant lequel la part des maladies chroniques telles que les cancers et maladies cardiovasculaires prend l'ascendant sur la part des maladies transmissibles. Un lien entre les habitudes de vie et la promotion de la santé apparaît aux yeux de la population. Par la suite, certains états vont financer des campagnes de prévention et de promotion de la santé (Breton et al., 2017). Instaurée et adoptée le 21 novembre 1986, la Charte d'Ottawa définit la promotion de la santé comme ayant pour but de « donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer ». Dès lors, il était non seulement question d'améliorer les soins, mais surtout de prendre en compte les caractéristiques des différentes populations afin de garantir une prise en soins adaptée à chacun et chacune. Elle se veut de donner aux individus les moyens d'agir favorablement sur les facteurs déterminants de la santé. Dans le cadre de la problématique sur la solitude et l'isolement, les réseaux de soutien social, les environnements sociaux et physiques et la capacité d'adaptation seront les déterminants principaux (Breton et al., 2017).

2.3.2 Stratégies et concepts

Afin de formaliser ce nouveau rôle, la charte d'Ottawa a défini cinq stratégies d'actions : 1) l'élaboration d'une politique publique saine ; 2) la création de milieux favorables ; 3) le renforcement de l'action communautaire ; 4) l'assimilation d'aptitudes de travail individuelles et 5) la réorientation des services de santé. Selon la déclaration de Jakarta, les approches de développement de la santé associant l'ensemble des stratégies ont de meilleurs résultats que celles qui utilisent des stratégies isolées. Il est aussi mentionné qu'il

faut impérativement que le patient soit placé au centre de l'action si l'on veut que les interventions soient efficaces (Alami et al., 2017).

L'article 2 de l'ordonnance relative aux compétences professionnelles spécifiques aux professions de la santé selon la LPSan définit l'ensemble des compétences demandées aux infirmiers ayant terminé le cycle de Bachelor en soins infirmiers afin de promouvoir la qualité du système de santé. Les déterminants de santé, l'éducation pour la santé, l'autonomisation, les environnements, les facteurs de risques, la participation et la prévention ressortent comme étant des éléments clés afin de garantir la promotion de la santé (PomoSanté, 2018).

2.3.3 La profession infirmière et la promotion de la santé

Il est intéressant d'inclure dans ce passage le modèle de l'adaptation de Callista Roy, inscrit dans le paradigme de l'intégration, dont lui est affiliée l'école des effets souhaités. C'est un modèle centré sur la personne qu'est le patient. Selon Sœur Callista Roy, l'être humain est un être biopsychosocial en constante interaction avec un environnement changeant et possédant quatre modes d'adaptation. Le mode physiologique est influencé par les besoins d'intégration, qu'ils soient physiologiques ou biologiques. Celui de l'image de soi rattaché à l'estime de soi, le mode de la maîtrise des rôles et celui de l'interdépendance (Roy, 1986).

Dans son livre qui porte sur l'adaptation aux nouvelles situations, Sœur Callista Roy définit l'être humain comme un système d'adaptation utilisant comme tout système des processus internes leur permettant d'atteindre leurs propres objectifs. Elle distingue deux catégories de processus. Dans un premier temps, les mécanismes régulateurs, fonctionnant par le biais de processus physiologiques, neurologiques et endocriniens. Dans un second temps, les mécanismes cognitifs qui soutiennent des processus psychologiques afin de s'adapter émotionnellement et cognitivement à tout changement (1986).

Un grand nombre d'intervenants dans le système de santé vise aussi la promotion de la santé, d'où l'importance d'identifier un objectif unique et spécifique aux soins infirmiers. Les interventions des infirmières visent souvent à promouvoir des modes de comportement positif dans les situations difficiles. Il semble que le concept de l'adaptation puisse décrire le but des soins infirmiers. Roy le décrit ainsi : « promouvoir l'adaptation de l'homme dans chaque mode pour favoriser la santé, la qualité de la vie et une mort dans la dignité. Avec sa proximité au contact fréquent et étroit avec le patient et son entourage » (Roy, 1986, p. 18).

Les infirmiers ont un rôle de leader et doivent réaliser des démarches de soins, évaluer de manière critique la qualité des soins et la sécurité des résidents en utilisant les outils à disposition. De plus, ils se doivent d'évaluer régulièrement les prestations et la qualité des soins afin d'identifier les besoins en termes d'amélioration. Pour finir, ils délègueront et dirigeront leurs collaborateurs. C'est un rôle important dans la prise en charge des résidents souffrants, qui permet à l'infirmier d'avoir une vision holistique de son unité (Berger & Ducharme, 2019).

L'OMS déclarait que les infirmiers étaient en position idéale pour assurer un leadership au sein de ce mouvement. Car l'infirmier occupe une position privilégiée pour intervenir en matière de promotion de la santé en lien avec sa proximité au contact fréquent et étroit avec le patient et son entourage (Abed, 2011).

En 2000, le changement de statut de l'infirmier en Suisse vers un niveau tertiaire avec la déclinaison d'une compétence liée à la promotion de la santé est en lien avec la Charte d'Ottawa (Abed, 2011).

Le nouveau programme de formation des hautes écoles de santé a permis d'apporter des changements de statuts et d'apporter un rôle réflexif aux nouveaux infirmiers. De ce fait, le rôle de l'infirmier ne se limite pas seulement au bon déroulement du soin. La santé psychique doit être incluse dans la prise en soins des résidents. Cette prise en soins ayant pour objectif d'assurer le bien-être des résidents se basera sur des aptitudes nécessaires développées par les infirmiers (Abed, 2011).

3 Méthode

3.1 Devis de recherche

Selon Fortin et Gagnon (2016), les paradigmes sont des représentations du monde avec une manière d'analyser les différents événements. Ils sont un ensemble de concepts et de valeurs utilisés de manières différentes en fonction des types de recherche (Fortin & Gagnon, 2016, p. 29). Lors de recherches quantitatives, le paradigme positiviste ou post-positiviste est utilisé alors que c'est le paradigme interprétatif* qui sera utilisé dans les recherches qualitatives. Tous deux sont associés à des méthodes de recherches distinctes. De plus, les études mixtes regroupent les deux paradigmes.

Le paradigme post-positiviste part du principe qu'il existe une seule vérité avec une connaissance objective qui peut être généralisable*. Le paradigme interprétatif montre que toute connaissance est subjective et que chaque situation est à interpréter de manière différente (Fortin & Gagnon, 2016).

Dans cette revue de littérature, c'est le paradigme post-positiviste* qui est utilisé pour cinq des six études, la dernière étude ayant un paradigme interprétatif.

3.2 Collecte des données

L'ensemble des recherches a été effectué entre novembre 2021 et avril 2022 sur trois bases de données différentes. Pubmed étant la référence en matière de sciences médicales et biomédicales, Cinahl* répertorient des études dédiées aux disciplines des sciences infirmières et paramédicales et Embase, répertorient des données médicales et pharmacologiques. Ces trois bases de données étant les plus fournies et les plus référencées. Les mots clés ont été traduits en anglais, à savoir, *loneliness, social isolation, health promotion, nursing care, nurse-patient relation, geriatric nursing, nurse action, nursing role, nursing intervention, nursing home*. Les opérateurs booléens *OR* et *AND* ont été utilisés afin d'établir des équations de recherches. De plus, le mot clé *Nursing home* avec l'opérateur booléen *AND* a été rajouté. À l'issue de nombreuses recherches, il s'est avéré qu'il n'existait aucune recherche associant la solitude et l'isolement en même temps ; il a donc fallu introduire volontairement un *OR* entre ces deux concepts. Chaque base de données* ayant son propre thésaurus*, le thésaurus Mesh a été utilisé pour les recherches sur Pubmed, Cinahl heading pour Cinahl et Emtree pour Embase. Les troncatures n'ont pas été utilisées pour cette recherche puisque les mots clés nécessitaient déjà d'être au pluriel. À la suite de ces recherches, un tableau de mots clés et descripteurs ainsi que les

équations de recherches ont pu être réalisés. Lors du processus de création des équations de recherches, il s'est avéré que seules les équations finales ont permis de faire ressortir les articles retenus. Les équations intermédiaires n'étant pas utiles, seules les équations finales sont présentées dans les tableaux suivants.

Tableau 1 : Mots-clés et descripteurs

Concept	Mots clés eng	Mesh	Cinahl headings	Emtree
Isolement social	"Social isolation"	"Social Isolation "[Mesh]	MH "Social isolation"	'social isolation'/exp
Solitude	"loneliness"	"Loneliness "[Mesh]	MH "Loneliness"	'Loneliness/exp
Promotion de la santé / Rôle infirmier	"health promotion OR "nursing care" OR "nurse-patient relation" OR "geriatric nursing" OR "nurse action" OR "nursing role" OR "nurse intervention"	"Health Promotion "[Mesh] "Nursing Care "[Mesh] "Nurse-patient Relation "[Mesh] "Geriatric Nursing "[Mesh]	MH "Health Promotion" MH "Nursing Care" MH "Nurse-patient Relation" MH "Nursing Interventions" MH "Gerontologic Nursing" MH "Nursing role"	'health promotion'/de 'nursing care'/de 'nursing care plan'/de 'nurse patient relationship'/de 'geriatric nursing'/de 'nurse attitude'/de 'nursing intervention'/de

Tableau 2: Équation de recherche Cinahl

Équation de recherche	Études trouvées	Études retenues
(((MH "Nursing Homes") OR (TI nursing home OR AB nursing home)) AND ((MH "Loneliness") OR (MH "Risk for Loneliness (NANDA)") OR (MH "Revised UCLA Loneliness Scale") OR (MH "Loneliness (Iowa NOC)") OR (MH "Social Isolation") OR (MH "Social Isolation (Saba CCC)") OR (MH "Social Isolation (NANDA)") OR TI (loneliness or social isolation) OR AB (loneliness or social isolation)) AND ((MH "Nurse-Patient Relations") OR (MH "Health Promotion") OR (MH "Mental Health Promotion (Saba CCC)") OR (MH "Health Promotion (Saba CCC)") OR (MH "Nursing Care") OR (MH "Nursing Care Plans") OR (MH "Nursing Interventions") OR (MH "Gerontologic Nursing") OR (MH "Nursing Role") OR TI (nurse patient relation or health promotion or nursing care or nursing interventions or gerontologic nursing or nursing role) OR AB (nurse patient relation or health promotion or nursing care or nursing interventions or gerontologic nursing or nursing role)) NOT (((MH "COVID-19") OR (MH "COVID-19 Pandemic") OR (MH "SARS-CoV-2") OR (TI (covid-19 or coronavirus or 2019-ncov or sars-cov-2 or cov-19) OR AB (covid-19 or coronavirus or 2019-ncov or sars-cov-2 or cov-19))))	93	2

Tableau 3 : Équation de recherche Medline* (Pubmed)

Équation de recherche	Études trouvées	Études retenues
((((("Social Isolation"[Mesh]) OR "Loneliness"[Mesh]) OR ((loneliness[Title/Abstract] OR (social isolation[Title/Abstract]))) AND (((("Health Promotion/methods "[Mesh]) OR ("Nursing Care"[Mesh] OR "Nursing"[Mesh] OR "Patient Care Planning"[Mesh] OR "Primary Nursing"[Mesh])) OR "Nurse-Patient Relations"[Mesh] OR "Geriatric Nursing"[Mesh]) AND (((("Health Promotion/methods "[Mesh]) OR ("Nursing Care"[Mesh] OR "Nursing"[Mesh] OR "Patient Care Planning"[Mesh] OR "Primary Nursing"[Mesh])) OR "Nurse-Patient Relations"[Mesh] OR "Geriatric Nursing"[Mesh])) OR (((((((Health promotion[Title/Abstract] OR (nursing care[Title/Abstract])) OR (nursing[Title/Abstract])) OR (patient care planning[Title/Abstract])) OR (nurs-patient relations[Title/Abstract])) OR (geriatric nursing[Title/Abstract])) OR (nurse interventions[Title/Abstract])) OR (intervention*[Title/Abstract]))) AND (("Nursing Homes "[Mesh]) OR ((nursing homes[Title/Abstract] OR (retirement home[Title/Abstract])) AND (y_5[Filter])) NOT (((("COVID-19 "[Mesh]) OR "SARS-CoV-2 "[Mesh]) OR ((Covid-19[Title/Abstract] OR (SARS-CoV-2[Title/Abstract]))	84	2

Tableau 4 : Équation de recherche Embase

Équation de recherche	Études trouvées	Études retenues
('loneliness'/exp OR 'loneliness scale'/exp OR 'social isolation'/exp OR loneliness:ab,ti OR 'social isolation':ab,ti) AND ('nursing home'/exp OR 'nursing home patient'/exp OR 'nursing home':ab,ti OR 'nursing home patient':ab,ti) AND ('health promotion'/exp OR 'nursing care'/exp OR 'nursing care plan'/exp OR 'nurse patient relationship'/exp OR 'geriatric nursing'/exp OR 'nurse attitude'/exp OR 'nursing intervention'/exp OR 'health promotion':ab,ti OR 'nursing care':ab,ti OR 'nurse patient relationship':ab,ti OR 'geriatric nursing':ab,ti OR 'nursing intervention':ab,ti)	14	2

3.3 Sélection des données

Pour ce travail, cinq des six études retenues s'inscrivent dans la discipline infirmière. Les études retenues devaient satisfaire les critères d'inclusion tels que l'isolement social, la solitude et les différentes actions afin de pallier ces situations au sein d'un milieu de soins de type EMS. De plus, il a été décidé de n'utiliser que des études parues entre l'année 2017 et 2022 rédigées en anglais ainsi que des sources primaires.

Les critères d'exclusion se rapportaient aux études se déroulant en dehors de milieux de soins de type EMS, concernant une population âgée de moins de 65 ans, ayant été rédigées dans une autre langue que l'anglais et étant parues avant 2017. L'utilisation de la grille de PRISMA mise en annexe I a permis d'exclure les études ne répondant pas à la question de recherche* ainsi que celle comportant des biais* méthodologiques afin de retenir uniquement celles répondant aux attentes demandées.

3.4 Considérations éthiques

L'ensemble des études retenues pour cette revue de la littérature a été approuvé par un comité d'éthique*. De plus, les participants ont donné leur consentement* éclairé par écrit / oral. Aucun conflit d'intérêts n'a été déclaré par les auteurs.

3.5 Analyse des données

L'ensemble des études seront décrites séparément dans le chapitre « Résultats » de manière identique. Dans un premier temps, il s'agira d'une analyse globale suivie d'une partie sur la validité* méthodologique de l'étude et d'une partie sur la pertinence clinique et sur l'utilité de l'étude pour la pratique professionnelle et, pour finir, une synthèse des

différents résultats sera réalisée. L'analyse des études sera faite en se basant sur le livre de recherche Fortin et Gagnon (2016). En annexe, un tableau de recension par étude sera réalisé.

La pyramide de preuves de la Haute Autorité de santé aura été utilisée cinq des six articles. Une étude étant qualitative, le niveau de preuve n'a donc pas été établi. (Haute Autorité de santé, 2013). Pour les articles de langue anglaise, le logiciel DEEPL a été utilisé pour la traduction.

Grade des recommandations	Niveau de preuve scientifique fourni par la littérature
A Preuve scientifique établie	Niveau 1 - essais comparatifs randomisés de forte puissance ; - méta-analyse d'essais comparatifs randomisés ; - analyse de décision fondée sur des études bien menées.
B Présomption scientifique	Niveau 2 - essais comparatifs randomisés de faible puissance ; - études comparatives non randomisées bien menées ; - études de cohortes.
C Faible niveau de preuve scientifique	Niveau 3 - études cas-témoins.
	Niveau 4 - études comparatives comportant des biais importants ; - études rétrospectives ; - séries de cas ; - études épidémiologiques descriptives (transversale, longitudinale).

(Haute Autorité de santé, 2013, p. 8)

Tableau 5 : Liste des articles retenus

N°	Auteurs	Titre	Année de publication	Base de données	Niveau de preuve
1	Meng Zhao, Jie Gao, Ming Li & Kefang Wang	Relationship Between Loneliness and Frailty Amon Older Adults in Nursing Homes: The Mediating Role of Activity Engagement	2019	Embase	4
2	Jorunn Drageset & Gorill Haugan	Associations between nurse-patient interaction and loneliness among cognitively intact nursing home residents- a questionnaire survey	2021	Embase	4
3	Nilgün Kuru Alici, Pinar Zorba Bahceli & Oaya Nuran Emiroglu	The preliminary effects of laughter therapy on loneliness and death anxiety among older adults living in nursing home: A non-randomized pilot study	2018	Pubmed	2
4	Gorill Haugan, Wenche Mjanger Eide, Beate André, Vivien Xi Wu, Eva Rinnan, Siv Eriksen Taasen, Britt Moene Kuven Cand & Jorunn Drageset	Joy-of-life in cognitively intact nursing home residents : the impact of the nurse-patient interaction	2021	Pubmed	4
5	Kristel Paque, Hilde Bastiaens, Peter Van Bogaert & Tinne Dilles	Living in a nursing home : a phenomenological study exploring residents' loneliness and other feeling	2018	Cinhal	Non attribuable
6	Zehra Eskimez, Pinar Yesil Demirci, Ipek Kose Tosunoz, Gursel Oztunc & Gulsah Kumas	Loneliness and Social Support level of Elderly people Living in Nursing Homes	2019	Cinhal	4

4 Résultats

4.1 Description de l'Étude 1

Zhao, M., Gao, J., Li, M., & Wang, K. (2019). « Relationship Between Loneliness and Frailty Among Older Adults in Nursing Homes: The Mediating Role of Activity Engagement. » *Journal of the American Medical Directors Association*, 20(6), 759-764. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2018.11.007>

Cette enquête descriptive transversale* quantitative de type post-positiviste est conduite de mai à septembre 2016 à Jinan en Chine. L'auteur principal, Zaho est un infirmier ayant un master en soins infirmiers. Au total, 370 personnes âgées réparties dans 33 maisons de retraite se trouvant dans cinq districts à Jinan à savoir : Lixia, Shizhong, Huaiyin, Tianqiao et Licheng. Le but de cette étude était d'évaluer si l'engagement à l'activité de type ludique, physique ou créative médiait la relation entre la solitude et la fragilité chez les personnes âgées vivant dans des maisons de soins infirmiers.

Sur l'ensemble des participants, l'âge moyen était de 78 ans avec 220 femmes et 150 hommes, 98,1 % venaient de l'ethnie Han et 20 % étaient mariés. L'ensemble des participants étaient âgés de 65 ans au minimum, vivaient depuis au moins un mois dans une maison de retraite et étaient disposés et capables de participer à l'enquête. Ont été exclues toutes les personnes ne vivant pas dans un EMS durant l'enquête et celles présentant une déficience cognitive grave avec un score au Mini Mental State Examination (MMSE) inférieur ou égal à 9. Un échantillonnage non probabiliste intentionnel a été utilisé pour sélectionner les participants.

Dans un premier temps, la solitude a été évaluée par la réponse à la question : « Vous sentez-vous seul ? ». Les réponses ont été dichotomisées les sur une échelle de Likert afin de départager les résidents « solitaires » et ceux « non solitaires ». Par la suite, un questionnaire sur les différentes activités et la fréquence de participation à celle-ci a été soumis aux résidents. Il leur a été demandé à quelle fréquence ils avaient participé, au cours des trois derniers mois, à divers types d'activités avec pour chacune un nombre de points attribués allant de 1 (jamais) à 5 (presque tous les jours). Les scores les plus élevés correspondaient aux résidents participants le plus aux activités.

La fragilité a été évaluée avec l'échelle de FRAIL qui se composait de cinq items : la fatigue, la résistance, la déambulation, la maladie et la perte de poids. À la suite de l'évaluation de

celles-ci, 1 point était attribué à chaque domaine en fonction des résultats avec un score variant entre 0 et 5.

Les analyses ont été effectuées en utilisant un logiciel pour le calcul de statistique appelé R du CRAN avec un p fixé inférieur à 0,05. Les chercheurs ont utilisé le coefficient de Spearman* pour déterminer les corrélations bivariées entre les variables* principales. À l'aide d'une analyse de régression* linéaire, ils ont évalué l'association entre engagement à l'activité et solitude. À l'aide d'une analyse de régression logistique, ils ont estimé les caractéristiques sociodémographiques des EMS, l'état de santé autoévalué, l'insomnie et la dépression. La méthode de bootstrap* non paramétrique* a été utilisée pour examiner les effets totaux directs et indirects du modèle. Un intervalle de confiance de 95 % des effets indirects a été obtenu en sachant que l'effet indirect est considéré comme significatif si son intervalle de confiance excluait le zéro.

Les scores moyens de participation aux activités étaient de 19,9. Au total, 102 des 370 résidents se sentaient seuls et 108 étaient considérés comme vulnérables. La solitude s'est révélée être négativement liée à l'engagement à l'activité et positivement liée à la fragilité. De plus, lorsque l'engagement à l'activité était inclus, la solitude n'était plus significativement liée à la fragilité.

4.1.1 Validité méthodologique

L'enquête a été approuvée par le comité de révision institutionnel de l'université des chercheurs. De plus, avant l'enquête, chaque résident a donné son consentement écrit et éclairé. Chacun des résidents a vu son questionnaire rempli de manière anonyme et les résidents ont été assurés que l'ensemble de leurs réponses resterait confidentiel.

Un échantillonnage non probabiliste intentionnel a été utilisé pour cette enquête. Sur les 2003 résidents de maisons de soins infirmiers, 93 n'avaient pas l'âge requis, 192 étaient en maison de soins depuis moins d'un mois, 396 ont refusé de participer et 371 étaient incapables de participer. Sur les 951 restants, 499 étaient cognitivement instables et 76 n'étaient pas dans l'établissement de soins durant l'enquête. Sur les 376 restants, il manquait certaines données pour six d'entre eux et au total, 370 auront été retenus. Cet échantillonnage non probabiliste a permis aux chercheurs de sélectionner uniquement des individus répondant aux critères demandés. Les chercheurs ont utilisé une enquête descriptive* dans le but de montrer l'importance du problème de la solitude et de l'isolement dans une population de résidents en maison de retraite. La taille de l'échantillon reste

importante et correspond bien au type d'étude quantitatif qui est évoqué, d'autant plus que l'étude s'est déroulée au sein de cinq maisons de retraite différentes en Chine.

Dans cette étude, il n'y a pas eu de randomisation et l'ensemble des participants étant considérés comme cognitivement atteints ont été exclus. De ce fait, il se pourrait qu'un biais de sélection se retrouve ici. Il faut ajouter que l'absence de groupe de contrôle qui serait éventuellement à domicile ne permet pas de comparer et de généraliser les informations à l'ensemble de la population âgée. De plus, la vie et la culture en Chine ne sont pas identiques à celles des autres pays et les seuils de solitude et d'isolement ne sont pas forcément les mêmes dans chaque culture.

Les chercheurs évoquent certaines limites dans cette étude. La généralisabilité des résultats doit être traitée avec prudence, car les participants venaient d'une seule ville de Chine, d'autant plus que le niveau de preuve de niveau 4 reste faible. L'étude était transversale et, par conséquent, la causalité* n'a pas pu être déterminée. La plupart des activités mesurées dans le questionnaire étaient statiques ; une très petite partie des activités n'ont peut-être pas été abordées.

4.1.2 Pertinence clinique et utilité pour la pratique

Cette étude a permis de montrer qu'il pouvait bien exister un lien entre la solitude et l'engagement à l'activité. Les résultats ont été conformes à une recherche révélant le fait que les personnes âgées ont des probabilités réduites de participer à des activités (Hawkey et al., 2009). Il a été montré que les personnes âgées seules n'ont pas forcément les compétences sociales pour interagir de manière autonome avec les autres et ont besoin d'un soutien extérieur de la part des infirmiers. La participation à des activités est aujourd'hui le meilleur moyen de faire face au vieillissement et de maintenir une bonne santé. Un faible engagement aux différentes activités pourrait être un facteur précipitant de la détérioration de l'état de santé.

La solitude et l'engagement à l'activité étant liés, les infirmiers ont un rôle important à jouer. La solitude étant un sentiment constant, la diversification des activités à proposer doit être importante. Les infirmiers doivent fournir un soutien social majeur et encourager au maximum les résidents dans leur activité. Le choix des activités doit être une étape importante et adaptée à chacun et chacune. L'objectif n'étant surtout pas de mettre la personne en situation d'échec.

4.2 Description de l'étude 2

Drageset, J., & Haugan, G. (2021). « Associations between nurse-patient interaction and loneliness among cognitively intact nursing home residents—A questionnaire survey. » *Geriatric Nursing (New York, N.Y.)*, 42(4), 828-832.

<https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2021.04.001>

Cette enquête transversale de type quantitatif a recueilli des données entre 2017 et 2018 auprès de 188 résidents de 27 EMS en Norvège. Les deux auteurs principaux étaient des infirmiers norvégiens ayant tous deux un doctorat en soins infirmiers. Le but de cette étude était d'étudier la prévalence de la solitude et son association avec l'interaction infirmier-patient.

L'âge des participants variait de 63 à 104 ans avec un âge moyen de 87,4 ans. L'échantillon comprenait 138 femmes et 50 hommes avec un âge moyen de 88,3 ans pour les femmes et 86 ans pour les hommes. Au total, 23 étaient mariés, 22 cohabitaient, un était célibataire, 106 étaient veufs et 36 étaient divorcés. En moyenne, les résidents participant à l'étude vivaient dans l'établissement depuis 2,6 ans. Dans cette étude, les critères d'inclusion étaient que le temps de résidence dépasse les trois mois, la compétence en matière de consentement éclairé reconnue par le médecin et l'infirmière responsable, la possibilité d'être interrogé et avoir 65 ans ou plus. Les résidents ne voulant pas participer à l'étude et ceux présentant des signes de démence étaient exclus.

La question globale « Vous sentez-vous parfois seul ? » a évalué la solitude perçue. Les réponses pouvaient varier de 1 à 4 où 1 correspondait à souvent, 2 à parfois, 3 à rarement et 4 à jamais. Dans l'analyse statistique, cette variable a été dichotomisée et les réponses 1 et 2 étaient combinées en 1 équivalant à une personne solitaire et les réponses 3 et 4 en 2 équivalant à des personnes non solitaires. L'échelle d'interaction infirmier-patient (*Nurse-patient interaction scales*) [NPIS] a été utilisée afin d'évaluer comment les résidents percevaient l'effet positif de l'interaction entre eux et les infirmiers. Elle varie de 1 à 10 avec la valeur 1 correspondant à pas du tout et 10 à très positif. Les chiffres élevés indiquent une meilleure perception de l'interaction infirmier-patient. Le fait d'avoir confiance en les infirmiers, le fait d'être pris au sérieux et d'être respecté et reconnu en tant que personne, d'être écouté et de se sentir bien en raison de l'interaction avec les infirmiers étaient les points clés faisant partie intégrante de l'évaluation. Au total, 14 éléments permettaient d'identifier les qualités des relations. Ceux-ci ont été développés afin de permettre de mesurer le sentiment de bien-être des résidents grâce aux interactions avec les infirmiers.

Une procédure de régression logistique a été utilisée afin d'analyser l'association entre les différents éléments compris dans l'échelle NPIS et la solitude. À savoir que l'association avec la solitude comprenait à la fois les ajustements en fonction du sexe et de l'âge, mais aussi sans ceux-ci. Le sexe a été codé comme une variable catégorique alors que le NPIS et l'âge comme des variables quantitatives continues. Pour finir, les résultats ont été présentés sous forme de rapports de cotes et d'intervalles de confiance à 95 %. La version 26.0 du logiciel de statistique SPSS a été utilisée.

À la suite de cette étude, il en est ressorti que chez 47 % des résidents interrogés, la solitude était souvent ou parfois ressentie alors que 53 % ne l'ont ressentie que rarement ou jamais. Dans l'analyse ajustée, on retrouve 10 des 14 items présents dans l'échelle NPIS avec un $p < 0,05$ signifiant un niveau de signification bon. Les points « avoir confiance aux infirmiers » ($p=0,007$), « les infirmiers me prennent au sérieux » ($p=0,0010$), « l'interaction avec les infirmiers me fait me sentir bien » ($p=0,0010$), « je suis satisfait de la communication avec les infirmiers » ($p=0,003$), « les infirmiers font tout leur possible pour soulager mes maux » ($p=0,000$), « les infirmiers me traitent avec respect » ($p=0,007$), « les infirmiers m'écoutent avec intérêt » ($p=0,0006$), « je suis souvent blessé ou triste de la façon dont les infirmiers agissent » ($p=0,043$), « l'interaction avec les infirmiers contribue à donner un sens à ma vie » ($p=0,016$) et le point « je suis satisfait de la communication avec les infirmiers » ($p=0,002$) étaient significativement en corrélation avec la solitude.

4.2.1 Validité méthodologique

Une infirmière qui connaissait bien les résidents a présenté aux participants potentiels des informations orales et écrites sur l'étude, leurs droits en tant que participants et leur droit de se retirer à tout moment. Les chercheurs formés ont veillé à ce que les questions soient comprises.

La fiabilité du concept de NPIS avait un alpha de Cronbach* de 0,90 ce qui indique une bonne cohérence interne des outils de collecte de données. De plus, les questions étaient posées et les chercheurs veillaient à ce que les questions soient comprises afin d'éviter les biais cognitifs. Le nombre important d'individus retenu dans l'étude permet de renforcer la validité interne* de l'étude et est bien représentatif d'un devis* de type quantitatif. La durée de sélection* des participants s'est effectuée sur deux années, ce qui renforce aussi la validité interne de l'étude. L'échantillonnage non probabiliste volontaire limite la possibilité de généralisation de l'étude. De plus, les personnes atteintes de démence et ne voulant pas participer à l'étude ont été exclues, ce qui peut représenter un biais d'échantillonnage* dans la mesure où nous ne savons pas à quel niveau ils sont impactés par la solitude.

L'utilisation d'un modèle transversal ne permet pas de faire de liens de causalités et diminue ainsi la validité interne de l'étude.

Les chercheurs évoquent certaines limites. Les réponses peuvent être biaisées parce que le chercheur rend visite aux résidents de l'EMS pour les aider à remplir les formulaires de réponses. Il faudrait aussi savoir si le seul élément évaluant la solitude couvre de manière appropriée les sentiments de solitude des résidents. La question globale « Vous sentez-vous parfois seul ? » ne parvient pas non plus à faire la différence entre la solitude émotionnelle et la solitude sociale. Plusieurs résidents présentaient des symptômes de démence et n'ont pas été inclus. Par conséquent, on ignore toujours si les résidents ayant une déficience cognitive pourraient signaler un score de solitude plus élevé.

4.2.2 Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle

Les résultats de l'étude ont montré que 47 % des résidents ont déclaré avoir souvent et parfois ressenti la solitude. Ces résultats sont superposables avec l'étude de Nyqvist et al. (2013) expliquant que 55 % des résidents de maisons de retraite en Suède et 56 % en Norvège éprouvaient le même sentiment. Dans l'étude de Golden (2009), la solitude est effectivement décrite comme un phénomène courant dans les maisons de retraite. Il a été aussi montré que le déficit d'interaction avec les autres est souvent lié à la solitude. Cet isolement est souvent observé lors du déménagement du résident en maison de soins, qui réduit alors la connexion avec sa famille et ses proches. D'autant plus, l'étude de Eskimez (2019) confirme les dires de l'enquête transversale étudiée ici affirmant que les relations sociales sont un besoin fondamental afin de garantir une « vieillesse en bonne santé » et éviter l'apparition de sentiments de solitude (p. 12). Les résultats de cette étude ont permis de confirmer que l'interaction infirmier-patient était une des ressources principales afin de limiter au maximum la solitude en maison de retraite comme le confirme l'étude de Haugan (2021). Ces éléments permettent également de renforcer la validité externe* de l'étude bien que le faible niveau de preuve ne permette pas la généralisation au sein du système de soins valaisan.

Il a été démontré que les relations interpersonnelles de qualité sont une des bases permettant à l'infirmier d'établir une relation de confiance mutuelle, d'honnêteté et d'empathie pour se sentir moins seul. Les soins en maison de retraite devraient s'appuyer sur l'interaction infirmier-patient qui permet aux résidents de se sentir pris au sérieux, entourés, écoutés et compris. La communication et une interaction infirmier-patient de qualité sont donc deux composantes essentielles de la promotion de la santé.

4.3 Description de l'étude 3

Kuru Alici, N., Zorba Bahceli, P., & Emiroğlu, O. N. (2018). « The preliminary effects of laughter therapy on loneliness and death anxiety among older adults living in nursing homes: A nonrandomised pilot study. » *International Journal of Older People Nursing*, 13(4), e12206. <https://doi.org/10.1111/opn.12206>

Cette étude quasi expérimentale* de type quantitatif, principalement menée par Kuru Alici, infirmière titulaire d'un doctorat en soins infirmiers, s'est déroulée en Turquie sur 50 résidents vivant dans 2 maisons de retraite. Son but était d'évaluer l'effet préliminaire de la thérapie par le rire sur le niveau de solitude et d'anxiété de mort des personnes âgées.

Deux maisons de retraite rattachées au ministère de la famille et des politiques sociales ont donné leur autorisation pour cette étude et deux autres maisons de retraite gérées par des fondations ont obtenu l'autorisation après avoir clarifié les objectifs de l'étude. Ces maisons de retraite avaient toutes les deux des types de prise en soins et des façons de fonctionner identiques. Au total, 72 personnes âgées ont été admises et ont accepté de participer à l'étude. Les critères d'inclusion des participants étaient un âge minimal de 65 ans et leur capacité à maintenir leur indépendance dans les activités du quotidien. Les graves déficits auditifs ou perceptifs altérant la communication, la démence, la maladie d'Alzheimer, la dépression, le diabète incontrôlé, les maladies hypertensives et les opérations chirurgicales avec risque de saignements étaient considérés comme des critères d'exclusion. À savoir que les jugements d'éligibilité ont été donnés par un médecin ainsi que par les chercheurs. Les chercheurs ont composé un groupe expérimental constitué de 36 résidents pour l'une des maisons de retraite et 36 autres résidents de l'autre maison de retraite ont été retenus. Sur 72 personnes âgées incluses dans l'étude, 22 ont dû être exclues de chaque groupe, parce qu'elles ont quitté l'étude avant sa conclusion. Sur les 22 résidents exclus, onze résidents ont été hospitalisés, sept ont décidé de quitter l'étude, deux sont décédés et deux ont quitté la maison de retraite. Au total l'étude sera composée de deux groupes de 14 résidents.

Les données ont été récoltées à l'aide d'un formulaire répertoriant différentes données sociodémographiques telles que le sexe, l'âge, l'état matrimonial, le niveau d'instruction, la profession, le statut de sécurité sociale et le statut de revenu des personnes âgées, de l'échelle de solitude de Jong ainsi que de l'échelle turque d'anxiété liée à la mort. Le formulaire sociodémographique comprenait sept éléments : le sexe, l'âge, l'état matrimonial, l'état d'éducation, la profession, le type d'assurance et le revenu des personnes âgées. L'échelle de solitude se compose de deux sous échelle avec six

éléments mesurant la solitude émotionnelle et cinq mesurant la solitude sociale. Au total, on obtient un score noté sur 11 mesurant le score général de solitude sur une échelle de Likert dans laquelle les éléments positifs correspondaient à 0 = oui, 1 = plus ou moins et 2 = non, les éléments négatifs étaient notés inversement. Les scores totaux variaient alors entre 0 et 22.

Un des groupes a reçu une thérapie par le rire deux fois par semaine durant cinq semaines alors que l'autre groupe n'en a pas bénéficié. Un autre chercheur, diplômé lui aussi de la faculté de soins infirmiers, a recueilli les données auprès des deux groupes. Les résidents ont rempli une échelle de solitude ainsi qu'une échelle d'anxiété avant la première intervention et une autre après les interventions.

Plus de la moitié des participants au groupe témoin et un groupe d'intervention étaient des femmes. 56,7 % du groupe témoin et 65,5 % du groupe d'intervention avaient entre 65 et 75 ans. Il est ressorti qu'avant l'intervention, aucune différence significative ($p=0,209$) n'a été observée dans l'échelle de la solitude entre le groupe d'intervention et le groupe témoin. Une différence statistiquement significative ($p<0,001$) a été observée entre le groupe d'intervention et le groupe témoin après 10 séances au niveau des scores sur l'échelle de solitude. Après les interventions, le score de solitude émotionnelle était plus faible dans le groupe d'intervention (4,05 +/- 1,5389) que dans le groupe témoin (8,73 +/- 2,599). Le score de solitude sociale était, lui aussi, plus faible dans le groupe d'intervention (3,10 +/- 1,553) que dans le groupe témoin (6,9 +/- 3,100).

4.3.1 Validité méthodologique

Cette étude a été approuvée par le comité d'examen institutionnel des deux maisons de retraite. Le consentement éclairé a été obtenu après que les participants eurent accepté verbalement de participer à l'étude. À savoir qu'ils ont aussi été informés qu'ils pouvaient se retirer de l'étude à tout moment sans donner de raison. La commission d'éthique de l'Université Hacettepe en Turquie a approuvé l'étude. Les résidents ont donné leur consentement éclairé écrit.

La non-randomisation de cette étude émet la possibilité qu'un biais de sélection soit présent. En effet, nombreux étaient les critères d'exclusion. De plus, la petitesse de l'échantillon* pour une étude quantitative, la non-randomisation et le devis de recherche* quasi expérimentale limite la généralisabilité de l'étude. Les résultats de cette étude doivent être traités avec prudence et ne pourront être comparés aux populations adultes du fait que cette étude a été menée auprès de personnes âgées vivant dans des maisons de retraite.

De plus, une modification du comportement des participants du fait qu'ils se sentent observés pourrait entraîner un biais expérimental de type *hawthorn**. Cependant, la méthode pré-test post-test a été utilisée pour comparer l'efficacité des interventions auprès des deux groupes avec l'utilisation d'une valeur alpha de 0,05 permettant de ne garder que les résultats significatifs et de renforcer la validité interne de l'étude. L'utilisation du logiciel IBM SPSS version 23.0 et G*Power ont permis d'analyser les données des 50 participants. Le test de normalité de Kolmogorov-Smirnov a été appliqué pour identifier les scores dont les analyses étaient approfondies et l'ensemble des scores a été identifié comme conforme aux hypothèses* de normalité. La différence entre deux groupes dépendants et la différence entre deux groupes indépendants a été respectivement analysée par l'utilisation de test t* de l'échantillon apparié et celui indépendant. La validité interne est donc renforcée par ces éléments. Certains biais de sélections ont pu être présents en raison des différents critères d'exclusion.

4.3.2 Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle

Les principaux résultats de cette étude montrent que la thérapie par le rire permet de diminuer significativement le sentiment de solitude générale chez les résidents de maisons de retraite. Ces résultats sont appuyés par des études expérimentales et quasi expérimentales notant des niveaux de joie plus élevés après des thérapies similaires. (Ganz & Jacobs, 2014). Avoir des moments en commun et le sentiment d'appartenance à un groupe augmente le bien-être général et diminue, par la même occasion, la solitude. La validité externe de l'étude peut donc être accordée bien que la généralisabilité doit être traitée avec prudence à cause des nombreux critères d'exclusions ainsi que du nombre restreint de l'échantillon.

La solitude étant bien connue comme un sentiment qui affecte la qualité de vie des personnes âgées et qui augmente l'anxiété, elle doit être traitée avec importance. Les maisons de retraite devraient proposer à leurs infirmiers une formation axée sur la thérapie par le rire. La thérapie par le rire pourrait par la suite faire partie intégrante des programmes de soins dans les résidences.

4.4 Description de l'étude 4

Haugan, G., Eide, W. M., André, B., Wu, V. X., Rinnan, E., Taasen, S. E., Kuven, B. M., & Drageset, J. (2021). « Joy-of-life in cognitively intact nursing home residents: The impact of the nurse–patient interaction. » *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 35(1), 208-219. <https://doi.org/10.1111/scs.12836>

Cette étude épidémiologique descriptive transversale de type quantitatif s'est déroulée entre 2017 et 2018 auprès de 204 résidents de maisons de retraite sans troubles cognitifs. L'ensemble des chercheurs sont des infirmiers et Haugan, le chercheur principal est titulaire d'un PhD en soins infirmiers. L'objectif de cette étude était d'étudier l'association entre l'interaction infirmier-patient et la joie de vivre dans la population des maisons de soins.

Des données transversales ont été collectées entre 2017 et 2018. Au total, 188 résidents auront été retenus dans 27 maisons de retraite. Les critères d'inclusion étaient le temps de résidence supérieur à trois mois, la capacité de discernement, la capacité de participer de manière adéquate à une interview. Étaient exclues les personnes présentes pour des soins de courte durée, des séjours de réadaptation considérés comme des séjours brefs et celles ayant reçu un diagnostic de démence.

Une infirmière connaissant bien les résidents leur a présenté les informations orales et écrites sur leur droit de se retirer à tout moment. Chaque participant a donné son consentement éclairé. Les chercheurs ont mené des entretiens individuels en privé afin d'aider les participants dans leur réponse. Afin de garantir une appréciation identique aux réponses de la part des chercheurs, ces derniers ont tous reçu une formation afin de mener les entrevues de la même manière. Les questions étaient posées à haute voix et les réponses étaient inscrites en gros caractères sur des panneaux par les chercheurs. Les échelles figurant dans cette étude ont été introduites à un questionnaire de 120 questions ; des pauses étaient octroyées afin d'éviter de fatiguer les résidents. Deux échelles étaient introduites à l'intérieur du questionnaire. Dans un premier temps, l'échelle d'interaction infirmier-patient comprenant 14 éléments identifiant les qualités relationnelles et de bienveillance essentielles a été intégrée afin d'évaluer le bien-être des résidents. La *Joy-of-Life Scale* [JoLS] a aussi été introduite dans le questionnaire. C'est une échelle de Likert comportant sept points allant de 1 = pas du tout à 7 = beaucoup. La version longue se comporte de 18 éléments, cependant cinq d'entre eux se sont révélés d'une faible fiabilité dans cette étude et les chercheurs ont décidé volontairement de les exclure de l'échelle. Par conséquent, seulement 13 sur 15 éléments intégrés dans le questionnaire et retenus dans cette étude.

L'âge moyen des participants était de 87,4 ans avec un échantillon composé de 73,33 % soit 133 femmes et 26,67 % soit 48 hommes. Au total, 23 étaient mariés, 22 cohabitaient, un était célibataire, 106 étaient veufs et 36 étaient divorcés. Les scores de l'échelle de JoLS compris entre 5 et 7 correspondaient comme des scores élevés, ceux entre 4 et 4,9 à des scores indécis et ceux entre 1 et 3,9 à des scores faibles. Dans cette étude, 56 % des résidents ont signalé une joie de vivre supérieure à 5, 24 % une joie de vivre indécise et

26,5 % une joie de vivre faible. Les interactions infirmier-patient se sont révélées être significativement liées. Les corrélations entre les différentes variables étaient modérées et allaient dans le sens attendu. À l'issue de cette étude, 50 % des scores de la joie de vivre étaient supérieurs ou égaux à 5 avec une moyenne de 4,78.

4.4.1 Validité méthodologique

Cette étude a reçu l'approbation éthique du Comité régional éthique de la recherche médicale et sanitaire de Norvège ainsi que par les unités de gestion des 27 maisons de retraite. De plus, chacun des participants a pu donner son consentement écrit et éclairé par écrit.

Les chercheurs ont décidé d'utiliser un échantillonnage non probabiliste* par choix. L'étude a rassemblé 181 résidents ce qui devrait être représentatif d'un devis quantitatif. Cependant, un échantillon plus important permettrait d'augmenter de manière significative la puissance statistique des tests. De plus, il n'y a pas eu de randomisation, ce qui pourrait engendrer un biais de sélection. L'utilisation d'équation structurelle a permis de tester les associations entre les interactions infirmiers-patients et la joie de vivre. Dans l'étude, l'alpha de Cronbach était de 0,85 et donc considéré comme acceptable. Le test chi carré a été utilisé afin d'affirmer un bon ajustement de l'étude et a permis de comparer la distribution de plusieurs variables catégorielle et voire si celles-ci sont indépendantes ou dépendantes les unes des autres. De plus, l'indice d'ajustement comparatif et l'indice de Tucker Lewis ont été utilisés et les scores respectifs de 0,95 et 0,97 ont montré un bon ajustement.

Les chercheurs ont évoqué quelques limites de cette étude. L'utilisation d'une conception transversale ne permet pas de conclure sur la causalité. Le fait que les chercheurs aient rendu visite aux participants afin de les aider à remplir les questionnaires pourrait avoir introduit certains biais de jugements. La durée et la grandeur des questionnaires pouvaient aussi avoir fatigué certains résidents et certains biais d'attention ont pu s'introduire bien que les chercheurs aient fait leur possible pour les limiter. De plus, le pourcentage de femmes et d'hommes n'était pas identique dans cette étude, ce qui aurait pu engendrer des biais de genre.

4.4.2 Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle

Dans de nombreuses situations, il est dit que le soutien psychosocial et le fait d'être pris en charge de manière empathique créent un certain bien-être auprès des résidents (Thauvoye et al., 2020). Selon l'étude de Björk et al. (2018), le soutien et la confiance sont des

éléments impératifs afin de garantir le bien-être et la prospérité. Ces deux situations renforcent les liens explicités dans l'étude en mettant en évidence une articulation significative entre la joie de vivre et l'interaction infirmier-patient.

Pour donner suite à cette étude, il est évident que les relations entre les infirmiers et leurs résidents doivent être de qualité afin de créer un climat de prospérité et de bien-être auprès des résidents. Les infirmiers doivent comprendre qu'il est nécessaire d'intégrer dans la pratique clinique ainsi que dans la vie de tous les jours de telles qualités, afin de permettre des relations avec les résidents de qualité et donc de permettre d'augmenter la joie de vivre des résidents et par la même occasion de réduire leurs sentiments de solitude et d'isolement social. Les établissements devraient permettre aux infirmiers de suivre des formations en communication et en interaction. Cependant, le faible niveau de preuve ne permet pas la généralisation au sein du système de soins valaisan.

4.5 Description de l'étude 5

Paque, K., Bastiaens, H., Van Bogaert, P., & Dilles, T. (2018). « Living in a nursing home : A phenomenological study exploring residents' loneliness and other feelings. » *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 32(4), 1477-1484.
<https://doi.org/10.1111/scs.12599>

Cette étude phénoménologique interprétative de type qualitatif* a été basée sur l'interrogation de onze résidents de trois maisons de retraite en Belgique. La chercheuse principale ayant mené l'étude est une infirmière belge titulaire d'un master en soins infirmiers. L'objectif de cette étude était d'explorer les sentiments ressentis par les résidents avec un intérêt plus particulier pour la solitude dans le but d'élaborer des stratégies de soutien et de secours.

Un échantillon de 60 résidents répartis entre 4 maisons de retraite a été informé de l'étude par téléphone, le protocole de participation à l'étude a été envoyé par courrier électronique à chaque établissement afin qu'un infirmier puisse les transmettre aux résidents. Une maison de retraite a refusé d'y participer. Un âge minimal de 65 ans était requis, il fallait que les résidents parlent le néerlandais, qu'ils résident depuis au moins trois mois dans l'établissement, qu'ils soient capables de participer à une interview de 60 minutes et qu'aucun diagnostic de démence n'ait été posé. Étaient exclus les résidents de soins de courtes durées, les résidents en soins palliatifs et ceux atteints d'aphasie.

Diverses interviews sous forme de questions ouvertes ont été menées par l'infirmière chercheuse de janvier à avril 2015 directement dans les chambres des résidents sans aucune autre personne. Des questions de routine ont été posées au début des entretiens, telles que « comment vous sentez-vous ? ». Au bout de 15 minutes, si les résidents n'avaient pas abordé d'eux-mêmes la thématique de la solitude, des questions orientées vers celle-ci ont été posées par la chercheuse. Chaque interview a été enregistrée numériquement et transcrite à l'identique, des notes ont aussi été prises en parallèle. Les données administratives des résidents ont été ajoutées aux transmissions des entrevues. Dans un premier temps, les chercheurs ont lu et relu les transcriptions des premiers entretiens afin de se familiariser avec les données obtenues et les notes prises. Par la suite, les chercheurs ont développé des thèmes à partir des notes initiales. Ensuite, des liens entre les thèmes ont été recherchés et un schéma a été créé. Dans la dernière étape, les chercheurs ont recherché des tendances dans les différentes situations. Chaque analyse s'est déroulée de la même manière. L'utilisation d'un journal réflexif a permis d'assurer la rigueur entre chaque analyse. Un deuxième chercheur, Bastiaens, médecin, a examiné l'analyse des premières transcriptions. De plus, les autres résultats ont été examinés par deux autres chercheurs infirmiers. Les données ont été analysées à l'aide de l'analyse phénoménologique interprétative permettant de se concentrer sur les expériences vécues.

Il en est ressorti que les participants ont rarement parlé d'eux-mêmes de la solitude. Une fois la question de la solitude posée, cinq d'entre eux ont répondu se sentir seuls. La solitude abordée par les résidents variait entre l'ennui, la perte d'autonomie fonctionnelle et d'autodétermination ainsi que le fait de ne pas se sentir chez soi. Certains ont évoqué que pour eux la solitude était articulée au sentiment d'être laissé de côté. Au contraire, deux autres ont parlé de la solitude comme un sentiment positif expliquant qu'elles se sentent mieux seules plutôt qu'entourées d'autres personnes. La qualité des visites était importante pour la moitié d'entre eux afin de ne pas se sentir seul. De plus, la participation aux activités proposées dans les maisons de retraite favorisait la diminution de la solitude selon certains résidents. Il s'est avéré que certains résidents renonçaient à participer aux activités à cause de leur déficience cognitive. Dans les résultats, il en est ressorti que même si les contacts avec les autres personnes diminuaient pour nombreux d'entre eux, la solitude signifiait en premier lieu la perte d'autonomie fonctionnelle qui participait à l'augmentation de la solitude. Des thèmes émergeant comme les relations avec les résidents et le personnel, l'autonomie, le sens de la vie et l'autodétermination ont été identifiés.

4.5.1 Validité méthodologique

Cette étude a été approuvée par le comité d'éthique de l'hôpital universitaire d'Anvers en Belgique. Le conseil d'administration et le médecin généraliste superviseur des maisons de retraite ont signé un accord d'étude et tous les résidents ont donné leur consentement éclairé par écrit.

L'ensemble des entrevues a été enregistré et transcrit mot par mot. L'équipe a réfléchi ensemble au protocole d'étude ainsi que de la liste des sujets abordés durant les entretiens. De plus, une analyse phénoménologique interprétative a été utilisée afin d'identifier et de comprendre les réponses témoignées par les résidents. Bien qu'une seule personne ait mené les interviews, d'autres chercheurs intervenant dans l'analyse des résultats ont pu y avoir accès grâce aux enregistrements, afin de fournir une analyse complète en triangulant les points de vue. La crédibilité de cette étude est donc renforcée par ces différents éléments. Le choix d'un échantillonnage non probabiliste volontaire a permis d'obtenir un échantillon répondant aux critères d'inclusion retenus.

Les chercheurs ont évoqué certaines limites dans leur étude. Dans un premier temps, certains participants étaient plus réservés que d'autres durant les interviews, ce qui aurait pu fausser les résultats. Il s'est avéré que deux des onze entrevues n'ont pas été approfondies à cause des réponses jugées trop évasives données par ces résidents. Les données sur la solitude semblaient être limitées, parce que certains sentiments comme la perte d'autonomie gagnaient en importance par rapport au sentiment de solitude.

4.5.2 Pertinence clinique et utilité pour la pratique

Bien que Smith et al. (2012) suggèrent qu'une taille d'échantillon entre trois et six est suffisante pour les études qualitatives, la taille de l'échantillon de cette étude de neuf personnes reste tout de même faible pour permettre la transférabilité* au sein du réseau de soins. Le contexte spécifique des maisons de retraite et la focalisation sur les résidents se sentant seuls peuvent donner une image négative de ces institutions.

Cette étude a permis de montrer que les infirmiers doivent comprendre que chacun des résidents est unique et nécessite une prise en soins individualisée et adaptée. Il faut aussi comprendre que le maintien de l'autonomie reste un objectif important pour les infirmiers puisqu'il est fortement en lien avec le sentiment de solitude ressenti par les résidents.

4.6 Description de l'étude 6

Eskimez, Z., Demirci, P. Y., TosunOz, I. K., Oztunç, G., & Kumas, G. (2019).
« Loneliness and Social Support Level of Elderly People Living in Nursing Homes. »
International Journal of Caring Sciences, 12(1), 465-474.
http://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/52_eskimez_12_1_1.pdf

Cette étude descriptive quantitative* et transversale s'est déroulée entre juin et août 2014 auprès de 70 résidents de la maison de retraite d'Adana en Turquie. Eskimez, la chercheuse principale ayant mené l'étude, est une infirmière titulaire d'un doctorat en soins infirmiers. L'objectif de cette étude était d'identifier le niveau de solitude et de soutien social des personnes âgées vivant en maison de retraite.

La maison de retraite d'Adana est composée de 252 résidents vivant en chambre de une, deux ou quatre personnes, ceci dans 52 maisons individuelles. L'équipe professionnelle était composée de six infirmières et d'un médecin. Après avoir passé le *Mini-Mental State Examination* [MMSE], seulement 70 participants ont voulu participer et ont obtenu un score favorable pour faire partie de l'étude.

Les différentes données ont été recueillies auprès des résidents à l'aide du formulaire sociodémographique préparé par les chercheurs, grâce à la Multidimensional Scale Social Support [MSPSS] ainsi que de l'échelle de solitude de l'University of California, Los Angeles [UCLA]. Ces derniers ont permis d'identifier les différents niveaux de solitude des individus. Dans un premier temps, le formulaire permettait de recueillir les informations sur les variables sociodémographiques, la raison et la durée de leur séjour, leur perception et leur opinion sur la vieillesse, leur évaluation de leur propre santé ainsi que la présence d'éventuelles maladies. L'échelle de soutien social est composée de 12 points avec 3 groupes de 4 items incluant la famille, les amis ainsi que les autres personnes significatives et permet d'évaluer de manière subjective le soutien social des individus. L'échelle de solitude est composée de 20 affirmations auxquelles les participants doivent répondre par l'affirmative ou la négative. L'ensemble des questions a été posé par les chercheurs durant des entretiens en face à face pour permettre aux résidents de se sentir plus à l'aise. Les entretiens ont duré chacun environ 25 minutes chacun. Les chercheurs ont utilisé le test de Kolmogorov-Smirnov* pour l'analyse et la pertinence des données. De plus, ils ont utilisé le test t afin de comparer deux groupes. Pour la comparaison de trois groupes ou plus, le test ANOVA* a été utilisé. La corrélation de Pearson* a aussi été utilisée pour vérifier la distribution normale des différentes variables continues. L'analyse statistique a été réalisée avec le logiciel SPSS avec une relation significative pour $p < 0,05$.

Près de la moitié des résidents se considéraient comme des personnes d'âge moyen et se disaient en bonne santé. En tout, 74,3 % des résidents souffraient d'une maladie chronique et 80 % prenaient régulièrement des médicaments. Il s'est avéré que 38,6 % des résidents étaient toujours prêts à participer aux activités, 32,9 % se sentaient parfois prêts, mais 65,7 % préféraient discuter avec leurs amis. Le fait de discuter reste tout de même une activité sur un plan social. Les résultats ont montré une relation significative entre les scores du MSPSS et leur sexe, leur niveau de revenu, la durée de leur séjour en institution et leur éducation. Il a également été relevé que les scores moyens de la MSPSS étaient significativement plus élevés chez les femmes que chez les hommes. Le score moyen de l'échelle de solitude des résidents sans enfants était significativement plus élevé que les autres. Une relation statistiquement significative a été trouvée entre les rencontres avec les proches, les scores moyens d'UCLA et ceux de l'MSPSS. Il s'est avéré que les scores moyens du MSPSS des personnes avec un entourage social important étaient significativement plus élevés que les autres. Le score moyen de l'UCLA était de 41,74+/- 11,52 représentant des niveaux de solitude moyens, le score moyen de l'échelle MSPSS était de 47,43+/- 20,26 correspondant à un support social moyen. Parmi les participants de l'étude, 38,6 % d'entre eux voyaient régulièrement leurs enfants et 44,3 % avaient peu de visites. La majorité des personnes interrogées (51,4 %) se considéraient comme d'âge moyen. Il s'est avéré que 74,3 % des participants avaient une maladie chronique dont 80 % utilisaient des médicaments pour la soulager.

4.6.1 Validité méthodologique

Avant l'étude, l'autorisation a été obtenue auprès du comité d'éthique de la recherche clinique non interventionnelle et de l'établissement de soins d'Adana. Le consentement verbal de chaque personne âgée a été obtenu, ce qui a pu engendrer un biais de confusion.

Les auteurs ont décidé d'opter pour un échantillonnage non probabiliste volontaire différent des échantillonnages probabilistes généralement utilisés pour ce type de devis, mais pouvant dissimuler un biais de sélection. Le choix de l'utilisation d'une étude transversale descriptive a permis d'avoir des indications sur la prévalence de la solitude. L'échantillon de N=70 reste acceptable pour une étude quantitative bien qu'un nombre plus élevé aurait permis d'avoir des résultats plus significatifs d'autant plus qu'il représente moins d'un tiers du nombre de résidents présents dans la maison de retraite. Nous ne connaissons pas la part des résidents et les raisons pour lesquelles ils n'ont pas voulu participer. La courte durée des entretiens ainsi que le fait que les questions soient posées par les chercheurs sont des forces permettant d'éviter certains biais de confusion. L'utilisation d'un échantillon

indépendant t a été une force pour vérifier la corrélation* entre la solitude et l'isolement, il était constitué de deux groupes de résidents. Le test t a eu pour objectif d'évaluer la moyenne et l'évolution de différentes variables continue au sein des deux groupes indépendants. Le test ANOVA a été utilisé afin de mettre en évidence l'impact des résultats d'une échelle sur les résultats de l'autre échelle et ainsi d'évaluer la variance au sein des deux groupes. Le test comportait la variable catégorielle ordinale du soutien social reçu par les résidents afin de voir si celle-ci avait un impact sur le niveau de solitude. De plus, la signification statistique a été fixée à $p < 0,05$ ce qui permet de rejeter tout résultat en dessus de ce seuil.

4.6.2 Pertinence clinique et utilité pour la pratique

L'échantillonnage non probabiliste et la petite taille de l'échantillon rendent difficile la généralisation des résultats au sein des réseaux de soins valaisans. Il faut ajouter que certaines études citées dans le texte ont des résultats contradictoires et arrivent à des résultats différents. En effet, il s'est avéré que le pourcentage de personnes se sentant seules diffère à la fois en fonction du sexe, de la façon dont l'étude est menée ainsi que de l'évaluation de la solitude qui reste subjective. Les auteurs ont déclaré que seul le lien entre l'échelle de soutien social et le sexe a été retrouvé au sein des différentes études. Les réponses dichotomiques de l'échelle de solitude ont pu entraîner des biais d'interprétation. En effet, les réponses dichotomiques entraînent des réponses fermées sans réelle possibilité de nuancer les réponses.

Cette étude aura permis de donner une vision holistique et discutable quant au niveau de solitude et de soutien social des personnes âgées en maison de retraite. Les infirmiers ont un rôle primordial à jouer afin de soutenir les résidents ayant un faible réseau social ce qui aurait des effets bénéfiques sur leur qualité de vie.

4.7 Synthèse des principaux résultats

La synthèse des principaux résultats des études précédentes a pour but de rassembler les principaux points clés qui seront exposés dans la partie suivante.

D'une part, la solitude s'est révélée être négativement liée à la participation aux différentes activités, d'autre part, elle est positivement liée à la fragilité. Les personnes âgées seules ont des difficultés à participer d'eux-mêmes à certaines activités telles que la marche à l'extérieur et les jeux de groupe ou encore à aller vers les autres pour discuter. La participation à ces activités et jeux de groupes est souvent reliée à un maintien de l'état de santé (Zhao et al., 2019). Le besoin non satisfait des relations sociales des résidents a un impact direct sur le sentiment de solitude qu'ils éprouvent en EMS. Ce sentiment est souvent provoqué par la perte d'autodétermination due à l'institutionnalisation (Paque et al., 2018). Le niveau de solitude ressenti par les résidents des maisons de retraite reste moyennement présent tout comme l'isolement social. Une faible corrélation a été trouvée entre la solitude et l'isolement social (Eskimez et al., 2019).

Dans l'étude de Drageset et al. (2021), il est ressorti que pour près de la moitié des personnes âgées en maison de retraite, la solitude était parfois ou souvent ressentie. Les points « avoir confiance en les infirmiers », « les infirmiers me prennent au sérieux », « l'interaction avec les infirmiers me fait me sentir bien », « je suis satisfait de la communication avec les infirmiers », « les infirmiers font tout leur possible pour soulager mes maux », « les infirmiers me traitent avec respect », « les infirmiers m'écoutent avec intérêt », « je suis souvent blessé ou triste de la façon dont les infirmiers agissent », « l'interaction avec les infirmiers contribue à donner un sens à ma vie » et le point « je suis satisfait de la communication avec les infirmiers » étaient en corrélation significative avec la solitude.

Une différence statistiquement significative a été observée après dix séances de thérapie par le rire entre deux groupes témoins. En effet, après les séances, le groupe ayant participé à l'expérience du rire a obtenu un score de solitude et d'isolement plus faible que ceux du groupe témoin (Kuru Alici et al., 2018). Dans l'étude de Haugan et al. (2021), plus de la moitié des résidents a obtenu des scores de joie de vivre supérieurs à 5 correspondant à des scores élevés. Un quart a une joie de vivre qui a été qualifiée d'indescriptible et l'autre quart a une faible joie de vivre. Cependant, la relation infirmier-patient et la joie de vivre se sont révélés être significativement liés.

5 Discussion

L'objectif de cette revue de la littérature était d'étudier la prévalence de la solitude et de l'isolement social des personnes âgées et de mettre en avant le rôle essentiel joué par les infirmiers quant à la réduction de ces sentiments afin de permettre aux résidents de maintenir une qualité de vie la plus favorable. Cependant, les six études retenues comportent certains biais limitant leur généralisation. De ce fait, il est nécessaire de comparer les résultats obtenus avec d'autres études traitant le même sujet.

5.1 Discussion des résultats

Tout comme les personnes restant à domicile, il s'est avéré que les personnes âgées institutionnalisées font, à un moment de leur séjour, face à la solitude et à l'isolement. Ces sentiments seraient les plus importants avec lesquels ils sont confrontés. L'étude de Paque et al. (2018) est l'une des rares études qualitatives identifiées qui font référence aux perceptions et aux significations que les résidents ont de la solitude et de l'isolement. Nombreux étaient les résidents rapportant que la perte d'autodétermination engendrée par l'institutionnalisation était la cause de leur augmentation du sentiment de solitude signifiant une induction par un contexte exogène ne pouvant être assigné automatiquement à une dimension endogène. Il est alors important que les infirmiers prennent conscience de l'importance de prendre en compte les sentiments des résidents et de leur apporter leur soutien. Au contraire, d'autres résultats obtenus dans l'étude de Zaho et al. (2019) mettaient en avant le fait que les personnes en institution y restaient pour pallier ces sentiments qui seraient, tout de même, majorés s'ils étaient à domicile et laissent entendre que les maisons de retraite permettent la création de liens sociaux à l'intérieur de l'établissement pour réduire ces sentiments ressentis auprès de leur résident. En effet, il s'est avéré que les sentiments de solitude et d'isolement diminuent en cas d'augmentation de soutiens sociaux (Eskimez et al., 2019).

Une revue de la littérature menée par Gardiner et al. (2020) vient renforcer les précédentes conclusions. Elle a relevé que sur 5115 participants âgés résidant en maison de retraite, la prévalence de la solitude moyenne était de 61 % avec un intervalle de confiance de 95 % alors que la solitude sévère était de 35 %. Les résultats précédents permettent de justifier une inquiétude à ce sujet. Il est cependant important de prendre en compte la variation significative des estimations précédentes afin de mener des recherches plus approfondies.

Par ailleurs, les maisons de retraite avec l'aide des infirmiers jouent un rôle de promoteur de la santé dans la proposition d'activité. Il a été démontré que la solitude impactait

indirectement la fragilité des personnes âgées dans les maisons de retraite. Les infirmiers ont un rôle essentiel à jouer afin de proposer des activités adaptées, dans la mesure du possible, à leurs résidents pour leur permettre de rester actifs et ainsi améliorer leur qualité de vie (Zhao et al., 2019). Une étude sur l'impact positif qu'avait le « rire » sur la personne institutionnalisée a livré des résultats relativement satisfaisants montrant qu'après plusieurs thérapies par le rire, le niveau de solitude et d'isolement des personnes âgées en maison de retraite avait considérablement diminué. Il serait intéressant d'inclure la thérapie par le rire dans les programmes de prise en charge des résidents au quotidien (Kuru Alici et al., 2018).

Il est maintenant connu que l'interaction infirmier-patient contribue à la prospérité et au bien-être des résidents. Elle est associée à une diminution de la solitude chez les résidents des maisons de retraite. La confiance que donne le résident à l'infirmier est cruciale pour permettre une prise en soins visant à réduire la solitude. Une interaction de qualité augmente les sentiments d'être pris au sérieux, compris et d'être respecté. La clé dans cette étape est le fait que le résident se sente reconnu en tant qu'être humain à part entier. Cette reconnaissance passe par des qualités empathiques, bienveillantes et d'écoutes actives de l'infirmier (Drageset & Haugan, 2021). Une revue systématique* recueillant 15 études d'intervention a révélé des résultats similaires. Les thérapies psychologiques et les interventions de loisirs étaient les plus courantes et ont montré que 87 % des participants ont verbalisé se sentir moins seuls et plus intégrés. La mobilité étant un facteur important à prendre en compte avec des sujets âgés, les activités les mieux appréciées étaient celles qui ne se basaient pas seulement sur des efforts physiques, mais plutôt celle ayant un côté intellectuel ou social, favorisaient les relations par le biais de création de groupes au sein de l'établissement. Les infirmiers étant le noyau de ces interventions, ils participent activement aux choix de celles-ci en fonctions des besoins et des souhaits des résidents. Le lien créé avec chacun des résidents sera essentiel pour qu'un climat de confiance s'installe et participe activement à la réduction du sentiment d'isolement et de solitude. Le modèle d'adaptation de Sœur Callista Roy évoqué en début de ce travail renvoie aux résultats de cette revue systématique. En effet, l'être humain doit faire face aux différents changements et doit s'adapter à son milieu de vie. Il est directement impliqué dans le rôle de promoteur de la santé qu'ont les infirmiers afin de permettre aux personnes âgées de s'adapter de manière efficace dans l'objectif de leur offrir une meilleure qualité de vie (Kuru Alici et al., 2018).

5.2 Discussion de la qualité et de la crédibilité des évidences

La quasi-totalité des études était de devis quantitatif, sauf une étude qui était de type qualitatif. De plus, les six études analysées dataient de moins de cinq ans. Leurs objectifs étaient de permettre la généralisation ou d'identifier la transférabilité des résultats au sein du réseau de soins valaisans. L'ensemble des études a obtenu l'approbation éthique des différents comités d'éthique. Chacune d'entre elles est structurée et contient un préambule, la présentation des objectifs de recherche, une méthodologie de collecte et d'analyse des données, des résultats ainsi qu'une conclusion avec les limites de l'étude.

La triangulation* utilisée dans l'étude de Paque et al. (2018) de type qualitatif, a permis d'améliorer sa transférabilité. Dans l'étude de Drageset et al. (2021), la triangulation des méthodes de collecte des données* a permis d'augmenter la généralisabilité. Bien qu'affichant des résultats statistiquement significatifs, les autres études n'ont pas fait l'objet de triangulation. Seule l'étude de Haugan et al. (2021) possède un groupe de contrôle permettant de renforcer les résultats générés.

Étant donné que les six études ont été menées sur la base d'un échantillonnage non probabiliste volontaire, il n'est pas certain que l'échantillon soit représentatif de la population. Ce type d'échantillonnage peut occasionner des biais d'échantillonnage menaçant la validité externe des différentes études et réduire la représentativité des résultats obtenus.

Selon les grades de recommandations, quatre études ont obtenu un faible niveau de preuve, une étude de niveau 2 et une étude qualitative sans niveau de preuve établie. Seule l'étude de Paque et al. (2018) a obtenu la présomption scientifique.

5.3 Limites et critiques de la revue de la littérature

Certaines limites ont pu apparaître dans cette revue de la littérature. Premièrement, étant considérées comme les bases de données proposées avec le plus d'études référencées et ayant le plus de contenu à proposer, seules Pubmed, Cinhal et Embase ont été utilisées. Un certain nombre d'articles est ressorti des équations de recherches, mais seulement quelques-uns se sont révélés être pertinents. Même si la solitude et l'isolement social ont montré qu'elles avaient un lien, il s'est avéré que la perception de la solitude par la personne âgée était différente en fonction des pays et des cultures. Ces termes pouvant être utilisés d'une manière synonyme risquent d'entraver leur compréhension de façon nuancée. Aucune étude n'a été réalisée dans un pays tel que la Suisse. À cause des différentes

cultures, il aurait été intéressant de mener les mêmes études dans différents pays proches de la Suisse, en parallèle, cela aurait aussi permis d'augmenter la taille des échantillons et donc de renforcer la généralisation des faits.

Dans certaines études, les critères d'exclusions étaient relativement importants pouvant occasionner de nombreux biais de sélection. La solitude et l'isolement étant des maux touchant l'ensemble de la population, les critères d'exclusion bien que permettant de sélectionner une population cible, devraient être restreints. L'exclusion de ces personnes pour des raisons définies hors concertation avec celles-ci peut être un facteur contribuant à l'isolement social. D'autant plus que dans l'intégralité des études, les personnes cognitivement atteintes n'ont pas été incluses. Étant tout autant touchés, si ce n'est plus que les personnes cognitivement intactes, il aurait été pertinent de les inclure aux études, quitte à adapter certaines échelles ainsi que de demander l'accompagnement de personnes extérieur connaissant le résident.

Il aurait également été pertinent de recueillir un nombre d'études qualitatives supplémentaires, afin d'avoir une meilleure compréhension du ressenti des résidents des maisons de retraite.

6 Conclusions

6.1 Propositions pour la pratique

Bien que la prévalence de la solitude et de l'isolement social de la personne âgée ne soit pas significativement plus élevée en institution qu'à domicile, il n'en reste pas moins qu'ils restent des problématiques récurrentes. En effet, ayant un impact indirect sur le déclin de la qualité de vie et du bien-être des résidents, l'infirmier par son devoir de promoteur de la santé a un rôle clé à jouer à ce sujet.

Il serait intéressant de mettre à disposition des infirmiers des outils d'analyse simples comme les échelles de solitude et d'isolement telles que préconisées par l'*evidence based practice*. Tout comme l'évaluation de la douleur qui est chiffrée et qui est intégrée dans les logiciels de soins, mettre un chiffre sur le sentiment de solitude et d'isolement permettrait d'avoir une courbe d'évolution. Celle-ci permettrait alors d'informer les infirmiers de tout changement au moyen d'alertes qui pourraient apparaître sur les logiciels. Il serait alors possible de savoir si un résident nécessite un soutien plus ou moins important de la part de l'infirmier. Tout comme certaines institutions évaluent l'indice de Barthel afin de mesurer le degré d'autonomie des patients, l'échelle de solitude et d'isolement pourrait être réalisée

une fois par semaine pour les résidents à risque. Il est avant tout essentiel de pouvoir identifier toute péjoration psychologique des résidents si l'on veut préserver leur santé psychique. Cependant, il reste étonnant que la solitude soit évaluée au moyen d'échelles étant donné que c'est un sentiment qui est ressenti et donc difficile à prouver au moyen d'une échelle de mesure. Sachant que chacun vit la solitude différemment, il serait intéressant que les infirmiers se réfèrent aux pratiques probantes, afin d'identifier les différentes techniques d'évaluation, et qu'ils soient formés à ce type d'évaluation dans l'idée de pouvoir apporter un avis objectif sur l'évaluation de ce sentiment. Il serait alors nécessaire que l'ensemble des infirmiers suivent la formation afin de standardiser tout en singularisant au maximum cette évaluation pour éviter tout biais de perception et d'analyse.

L'infirmier joue un rôle important dans la prise en soins émotionnelle des résidents. De ce fait, afin de leur être au plus proche, il est nécessaire de créer une bonne relation infirmier-patient. Des moments de discussion et de partage seul à seul avec les résidents sont importants afin de créer des liens et de permettre de connaître plus profondément la personne. Si l'infirmier connaît son résident, il sera plus facile pour lui d'agir par la suite et de proposer des activités. Avant toute chose, il pourrait être intéressant de demander directement au résident s'il prend du plaisir à certaines choses, afin d'identifier ses préférences comme préconisées par *l'evidence based practice* [EBP]. Selon les EBP, l'intervention choisie doit être la meilleure option pour chaque personne. L'importance de l'individualisation des soins est primordiale, chaque personne est unique et nécessite donc une prise en soins spécifique prenant en considération ses envies, ses valeurs. L'interprofessionnalité est essentielle dans cette étape puisque de nombreuses informations sur les résidents peuvent être recueillies auprès de l'ensemble de l'équipe interdisciplinaire côtoyant le résident tout au long de la journée. Par ailleurs, il serait intéressant que les infirmiers puissent participer ponctuellement aux séances d'animations ou être présents lorsque des intervenants extérieurs viennent proposer des activités aux résidents. À l'avenir, les infirmiers pourraient alors mettre en pratique différentes techniques.

6.2 Propositions pour la formation

Durant la formation à la Haute École de Santé en soins infirmiers de Sion, le module de la personne âgée est vu en première année. Cependant, il serait intéressant d'aborder la question de la solitude et de l'isolement de manière plus insistante, notamment en raison de l'importance des répercussions que peuvent avoir ces deux maux. Il serait aussi

intéressant d'y inclure la vision de promotion de la santé et du rôle que joue l'infirmier dans ces situations.

Il existe actuellement des *Certificate of Advanced Studies* [CAS] en psychogériatrie ainsi qu'en soins palliatifs dans le canton du Valais. Il existe aussi un *Diploma of Advanced Studies* [DAS] en santé des populations vieillissantes et en promotion de la santé dans le canton du Valais. Les hôpitaux universitaires de Genève proposent une formation d'une journée intitulée « Solitude des personnes âgées : prévenir le désinvestissement social ».

Bien que n'étant pas obligatoire, il serait intéressant que tout infirmier travaillant en maison de retraite suive une des formations ci-dessus afin de garantir une meilleure prise en soins des résidents. Dans ce contexte, une formation sur la manière d'évaluer la solitude et l'isolement serait tout autant judicieuse.

6.3 Propositions pour la recherche

De nombreuses études ont traité le sujet de la solitude et de l'isolement de la personne âgée à domicile, mais peu d'études ont abordé le même sujet en institution. Bien que quelques études aient été retenues, toutes, sauf une, étaient de nature quantitative. Il aurait été intéressant de mener plus d'études qualitatives, afin de laisser aux résidents le choix de réponses ouvertes permettant une plus grande liberté d'expression aux participants.

Nombreuses étaient les études réalisées dans des pays éloignés de la Suisse. Du fait des différences de cultures et de mentalité, la généralisation au sein des réseaux de soins valaisans reste discutable. Il serait intéressant d'étudier cette problématique au sein des institutions suisses.

Par ailleurs, il aurait été intéressant de réaliser des études de cas témoins entre les personnes âgées vivant à domicile et celles vivant en institution, afin de pouvoir comparer la prévalence du problème.

Pour obtenir une vision générale, il serait intéressant de réaliser des échantillonnages probabilistes et ne pas émettre de critères d'inclusion, mis à part celui d'être en maison de retraite. Nombreuses études excluaient les résidents atteints sur le plan cognitif. Il aurait été préférable de les inclure aux études dans la mesure du possible.

7 Références bibliographiques

- Abed, N. M.-A. (2011). Health promotion and nursing education, which challenges? Case of the nurse in a Swiss University of Applied Sciences. *Recherche en soins infirmiers*, 106(3), 120-129.
- Academic. (2022). *Test de kolmogorov-smirnov*. Dictionnaires et Encyclopédies sur « Academic ». <https://fr-academic.com/dic.nsf/frwiki/1615782>
- Adan, M., Scribani, M., Tallman, N., Wolf-Gould, C., Campo-Engelstein, L., & Gadomski, A. (2021). Worry and Wisdom : A Qualitative Study of Transgender Elders' Perspectives on Aging. *Transgender Health*, 6(6), 332-342.
<https://doi.org/10.1089/trgh.2020.0098>
- Alami, H., Gagnon, M.-P., Ghandour, E.-K., & Fortin, J.-P. (2017). Reorientation of health services and health promotion : A review of the situation. *Sante Publique*, 29(2), 179-184.
- Allaz, A.-F. (2021). La solitude : Un serial killer à démasquer. *Bulletin des médecins suisses*, 102(03), 108-108. <https://doi.org/10.4414/bms.2021.19505>
- Association canadienne de normalisation. (2018).
2018_09_27_exclusion_numerique_personnes_agees_pfP.pdf.
https://www.silvereco.fr/wp-content/uploads/2018/09/2018_09_27_exclusion_numerique_personnes_ag%C3%A9es_pfP.pdf
- AXA Prévention. (2019). *Isolement des personnes âgées : Des causes multiples*.
<https://www.axaprevention.fr/solitude-personnes-agees>
- Berger, V., & Ducharme, F. (2019). Le leadership infirmier : Un atout indispensable pour le développement de la discipline et de la profession. *Recherche en soins infirmiers*, 136(1), 6-6.
- Björk, S., Lindkvist, M., Lövheim, H., Bergland, A., Wimo, A., & Edvardsson, D. (2018).
Exploring resident thriving in relation to the nursing home environment : A cross-

- sectional study—Björk—2018—Journal of Advanced Nursing—Wiley Online Library*. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jan.13812>
- Breton, É., Jabot, F., Pommier, J., & Sherlaw, W. (2017). *La promotion de la santé : Comprendre pour agir dans le monde francophone*. Presses de l'École des hautes études en santé publique.
- Castellan, Y. (2009). Le sentiment de solitude. *Le Journal des psychologues*, 273(10), 54-57.
- Cavalli, S., d'Épinay, C. L., & Spini, D. (2001). Le décès de proches : Son impact sur la santé et sur la vie relationnelle des vieillards un suivi sur cinq ans d'une cohorte d'octogénaires. *Gerontologie et societe*, 2498(3), 141-158.
- Compas information. (2021). *Connaissez-vous l'expérience d'Hawthorne?* <https://crf.wallonie.be/compasinfo/breve.phpid=38&rub-id=54.html>
- Corbel, E. (2006). Réflexions sur la diversité des solitudes et leurs solutions. *Horizons philosophiques*, 17(1), 31. <https://doi.org/10.7202/802965ar>
- Corman, B. (2006). SENIORS' SLEEP. *Gerontologie et societe*, 29116(1), 45-61.
- Drageset, J., & Haugan, G. (2021). Associations between nurse-patient interaction and loneliness among cognitively intact nursing home residents—A questionnaire survey. *Geriatric Nursing (New York, N.Y.)*, 42(4), 828-832. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2021.04.001>
- Dupont, S. (2018). *Article-Sébastien-Dupont-Spiritualité-Santé.pdf*. <https://ea3071.unistra.fr/wp-content/uploads/2018/11/Article-Se%CC%81bastien-Dupont-Spiritualite%CC%81-Sante%CC%81.pdf>
- Ennuyer, B. (2014). Chapitre 10. Les limites du maintien à domicile et la question des coûts. *Sante Social*, 235-254.
- Eskimez, Z., Demirci, P. Y., TosunOz, I. K., Oztunç, G., & Kumas, G. (2019). Loneliness and Social Support Level of Elderly People Living in Nursing Homes. *International Journal of Caring Sciences*, 12(1), 465-474.

Fondation croix rouge. (2021). Isolement social et précarité des personnes âgées.

Fondation Croix-Rouge. <https://www.fondation-croix-rouge.fr/bourses/bourse-isolement-social-precarite-personnes-agees-2/>

Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et méthodes du processus de recherche : Méthodes quantitatives et qualitatives*.

Freedman, A., & Nicolle, J. (2020). Isolement social et solitude : Les nouveaux géants gériatriques. *Canadian Family Physician*, 66(3), e78-e85.

Gaëlle. (2017, février 20). *Mieux comprendre les causes de l'isolement des personnes âgées—Cap Retraite*. <https://www.capretraite.fr/blog/style-de-vie/mieux-comprendre-causes-de-lisolement-personnes-agees/>

Ganz, F. D., & Jacobs, J. M. (2014). The effect of humor on elder mental and physical health. *Geriatric Nursing*, 35(3), 205-211.
<https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2014.01.005>

Gardiner, C., Laud, P., Heaton, T., & Gott, M. (2020). What is the prevalence of loneliness amongst older people living in residential and nursing care homes? A systematic review and meta-analysis. *Age and Ageing*, 49(5), 748-757.
<https://doi.org/10.1093/ageing/afaa049>

Gedda, M. (2015). Traduction française des lignes directrices PRISMA pour l'écriture et la lecture des revues systématiques et des méta-analyses. *Kinésithérapie, la Revue*, 15(157), 39-44. <https://doi.org/10.1016/j.kine.2014.11.004>

Goff, J.-L. L., & Poupart, R. (2021). Lutter contre l'isolement social des personnes âgées. *Gerontologie et société*, 43(3), 233-249.

Golden, J., Conroy, R. M., & Lawlor, B. A. (2009). Social support network structure in older people : Underlying dimensions and association with psychological and physical health. *Psychology, Health & Medicine*, 14(3), 280-290.
<https://doi.org/10.1080/13548500902730135>

Guide Social Romand. (2021). *Placement à des fins d'assistance* | GSR.

<https://www.guidesocial.ch/recherche/fiche/placement-a-des-fins-d-assistance-866>

Haugan, G., Eide, W. M., André, B., Wu, V. X., Rinnan, E., Taasen, S. E., Kuven, B. M., &

Drageset, J. (2021). Joy-of-life in cognitively intact nursing home residents : The impact of the nurse–patient interaction. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 35(1), 208-219. <https://doi.org/10.1111/scs.12836>

Haugan, G., & Eriksson, M. (Éds.). (2021). *Health Promotion in Health Care – Vital Theories and Research*. Springer International Publishing.

<https://doi.org/10.1007/978-3-030-63135-2>

Haute Autorité de santé. (2013). *Niveau de preuve et gradation des recommandations de bonne pratique : État des lieux*. [https://www.has-](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-06/etat_des_lieux_niveau_preuve_gradation.pdf)

[sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-06/etat_des_lieux_niveau_preuve_gradation.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-06/etat_des_lieux_niveau_preuve_gradation.pdf)

Haute école spécialisée de Suisse occidentale. (2012). *Plan-etudes-bachelor-soins-infirmiers-878.pdf*. <https://www.hes-so.ch/data/documents/plan-etudes-bachelor-soins-infirmiers-878.pdf>

Hawkey, Thisted, & Cacioppo. (2009). *Loneliness predicts reduced physical activity : Cross-sectional & longitudinal analyses*. - *PsycNET*.

<https://psycnet.apa.org/doiLanding?doi=10.1037%2Fa0014400>

Institut national de l'audiovisuel. (1986). *Le docteur Françoise Dolto pour son livre*

« solitude » | INA. <https://www.ina.fr/ina-eclair-actu/video/rac04006332/le-docteur-francoise-dolto-pour-son-livre-solitude>

Isolement social et précarité des personnes âgées. (s. d.). *Fondation Croix-Rouge*.

Consulté 24 janvier 2022, à l'adresse <https://www.fondation-croix-rouge.fr/bourses/bourse-isolement-social-precarite-personnes-agees-2/>

- Kirouac, L., & Charpentier, M. (2018). Solitudes et vieillissement : Les expériences d'aînés qui vivent seuls. *Sociologie et sociétés*, 50(1), 157-182.
<https://doi.org/10.7202/1063695ar>
- Kuru Alici, N., Zorba Bahceli, P., & Emiroğlu, O. N. (2018). The preliminary effects of laughter therapy on loneliness and death anxiety among older adults living in nursing homes : A nonrandomised pilot study. *International Journal of Older People Nursing*, 13(4), e12206. <https://doi.org/10.1111/opn.12206>
- Lestrignant, D., & Houziaux, A. (2006). *La solitude, pourquoi ?* Editions de l'Atelier.
- Manzanares, D. O., & Tran, D. Q. D. (2021). Isolement social et solitude chez la personne âgée en temps de pandémie du Covid-19. *REVUE MÉDICALE SUISSE*, 5.
- Minitab. (2021). *En quoi consistent les techniques de bootstrap ?* [Mtbconcept].
<https://support.minitab.com/fr-fr/minitab/20/help-and-how-to/probability-distributions-random-data-and-resampling-analyses/supporting-topics/resampling-analyses/what-is-bootstrapping/>
- Monalisa. (2020). *L'isolement relationnel, une fracture sociale*. <https://www.monalisa-asso.fr/isolement-social/c-est-quoi>
- Nyqvist, F., Cattan, M., Andersson, L., Forsman, A., & Gustafson, Y. (2013). *Social Capital and Loneliness Among the Very Old Living at Home and in Institutional Settings : A Comparative Study—Fredrica Nyqvist, Mima Cattan, Lars Andersson, Anna K. Forsman, Yngve Gustafson, 2013*.
<https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0898264313497508>
- Observatoire suisse de la santé. (2020). *Obsan_15_2020_rapport.pdf*.
https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/2021-08/obsan_15_2020_rapport.pdf
- Office fédéral de la statistique. (2012, septembre 12). *Enquête sur la santé des personnes âgées dans les institutions 2008/09—Santé des personnes âgées vivant en établissement médico-social | Publication*. Office fédéral de la statistique.

<https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/catalogues-banques-donnees/publications.assetdetail.348097.html>

Organisation mondiale de la Santé. (2021). *Constitution*.

<https://www.who.int/fr/about/governance/constitution>

Paque, K., Bastiaens, H., Van Bogaert, P., & Dilles, T. (2018). Living in a nursing home : A phenomenological study exploring residents' loneliness and other feelings.

Scandinavian Journal of Caring Sciences, 32(4), 1477-1484.

<https://doi.org/10.1111/scs.12599>

Pitaud, P., & Redonet, M. (2010). *Solitude de l'âge, solitudes des âges* (Vol. 2). Érès.

<https://www.cairn.info/solitude-et-isolement-des-personnes-agees--9782749212203-page-25.htm>

PromoSanté. (2018, juillet 23). *Concepts clés en promotion de la santé : Définitions et enjeux*. PromoSanté IdF. <https://www.promosante-idf.fr/sinformer/textes-de-referance/concepts-cles-en-promotion-de-la-sante-definitions-et-enjeux>

<https://www.promosante-idf.fr/sinformer/textes-de-referance/concepts-cles-en-promotion-de-la-sante-definitions-et-enjeux>

Promotion santé suisse. (2016). *Feuille_d_information_015_PSCH_2016-06_-*

_Promotion_de_la_sante_des_personnes_agees.pdf.

[https://promotionsante.ch/assets/public/documents/fr/5-](https://promotionsante.ch/assets/public/documents/fr/5-grundlagen/publikationen/gfia/faktenblaetter/Feuille_d_information_015_PSCH_2016-06_-_Promotion_de_la_sante_des_personnes_agees.pdf)

[grundlagen/publikationen/gfia/faktenblaetter/Feuille_d_information_015_PSCH_2016-06_-_Promotion_de_la_sante_des_personnes_agees.pdf](https://promotionsante.ch/assets/public/documents/fr/5-grundlagen/publikationen/gfia/faktenblaetter/Feuille_d_information_015_PSCH_2016-06_-_Promotion_de_la_sante_des_personnes_agees.pdf)

Prosenectute. (2021). *La solitude chez les personnes âgées*. Pro Senectute Schweiz.

<https://www.prosenectute.ch/fr/infos/quotidien-loisirs/solitude.html>

Puijalon, B. (2007). *Paroles de solitude*. Érès. [https://www.cairn.info/solitude-et-isolement-](https://www.cairn.info/solitude-et-isolement-des-personnes-agees--9782749202556-page-13.htm)

[des-personnes-agees--9782749202556-page-13.htm](https://www.cairn.info/solitude-et-isolement-des-personnes-agees--9782749202556-page-13.htm)

Quan, N. G., Lohman, M. C., Resciniti, N. V., & Friedman, D. B. (2020). A systematic review of interventions for loneliness among older adults living in long-term care facilities. *Aging & Mental Health*, 24(12), 1945-1955.

<https://doi.org/10.1080/13607863.2019.1673311>

Québec. (2021). *Maintenir une bonne santé mentale*.

<https://www.quebec.ca/sante/conseils-et-prevention/sante-mentale/favoriser-bonne-sante-mentale/maintenir-bonne-sante-mentale>

Sargin, Oliver, & Lambe. (2016). *Comment la solitude mène-t-elle à la dépression ? – Association Canadienne des neurosciences*. <https://can-acn.org/fr/comment-la-solitude-mene-t-elle-a-la-depression/>

Smith, J. A., & Shinebourne, P. (2012). Interpretative phenomenological analysis. In *APA handbook of research methods in psychology, Vol 2 : Research designs : Quantitative, qualitative, neuropsychological, and biological* (p. 73-82). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/13620-005>

Soeur Roy, C. (1986). *Introduction aux soins infirmiers : Un modèle de l'adaptation*.

SOLITUDE : Face à l'adversité on perd de son immunité. (2015). santé log.

<https://www.santelog.com/actualites/solitude-face-ladversite-perd-de-son-immunite>

Swissuniversities. (2022). *Suche—Swissuniversities*.

https://www.swissuniversities.ch/suche?tx_solr%5Bq%5D=r%C3%A9f%C3%A9rentiel+comp%C3%A9tences+infirmiers

Tahar, & Gardijan. (2021). Dépendance, isolement et -négligence dans le vieillissement. *2021 :35, 35*. <https://medicalforum.ch/fr/detail/doi/fms.2021.08795>

Thauvoye, E., Vanhooren, S., Vandenhoeck, A., & Dezutter, J. (2020). Spirituality among nursing home residents : A phenomenology of the experience of spirituality in late life. *Journal of Religion, Spirituality & Aging, 32(1)*, 88-103.

<https://doi.org/10.1080/15528030.2019.1631939>

Tran, Le Breton, & Manzanaras. (2021). *Isolement social et solitude chez la personne âgée en temps de pandémie du Covid-19*. *Revue Medicale Suisse*.

<https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2021/revue-medicale-suisse-757/isolement-social-et-solitude-chez-la-personne-agee-en-temps-de-pandemie-du-covid-19>

Vieillesse et santé. (s. d.). Consulté 30 novembre 2021, à l'adresse

<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>

Wilson, R. S., Krueger, K. R., Arnold, S. E., Schneider, J. A., Kelly, J. F., Barnes, L. L.,

Tang, Y., & Bennett, D. A. (2007). Loneliness and Risk of Alzheimer Disease.

Archives of General Psychiatry, 64(2), 234-240.

<https://doi.org/10.1001/archpsyc.64.2.234>

Zhao, M., Gao, J., Li, M., & Wang, K. (2019). Relationship Between Loneliness and Frailty

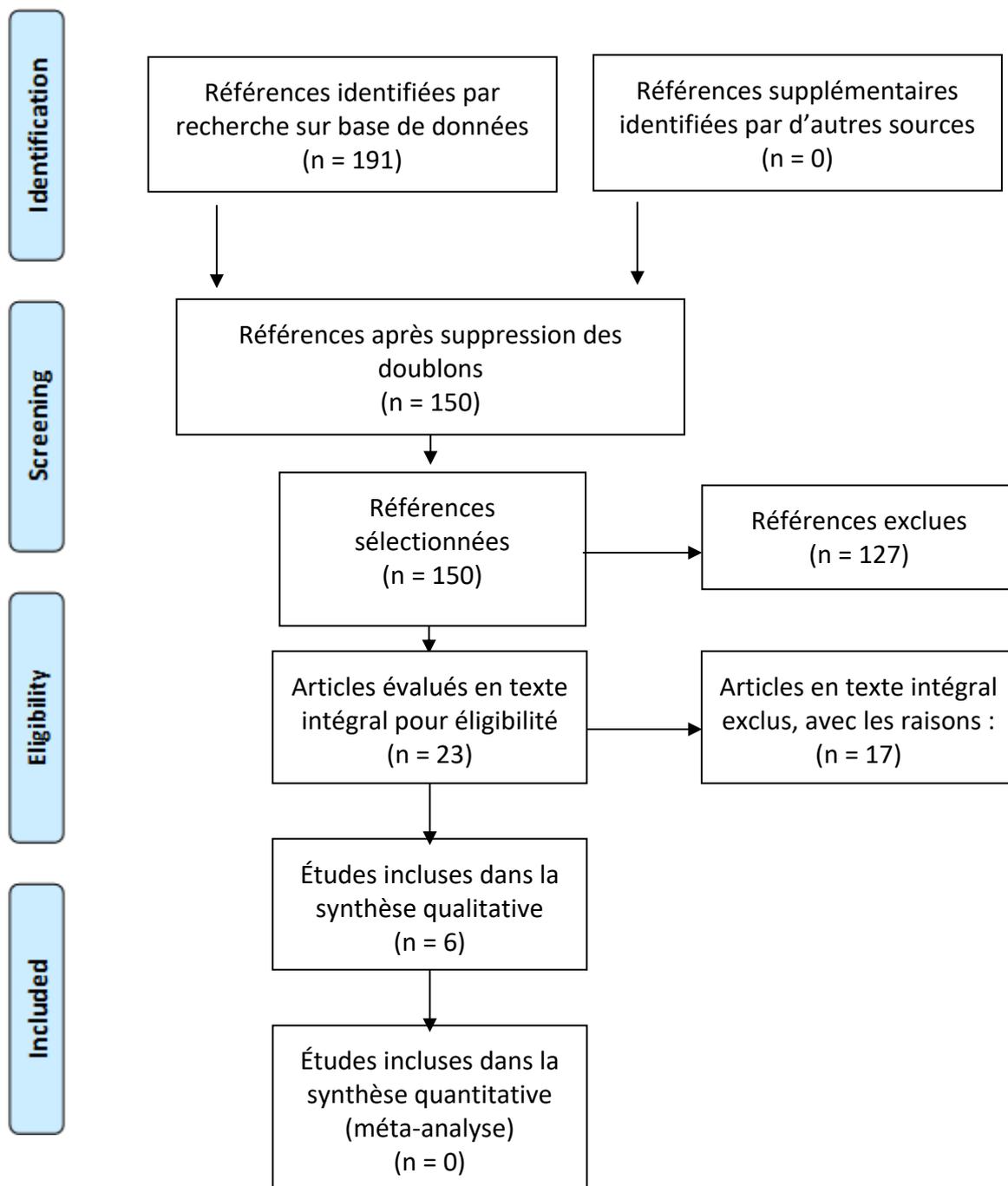
Among Older Adults in Nursing Homes : The Mediating Role of Activity

Engagement. *Journal of the American Medical Directors Association*, 20(6),

759-764. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2018.11.007>

8 Annexes

Annexe I : Diagramme de flux PRISMA 2009



(Gedda, 2015)

Annexe II : Tableaux de recension des études

Zhao, M., Gao, J., Li, M., & Wang, K. (2019). « Relationship Between Loneliness and Frailty Among Older Adults in Nursing Homes : The Mediating Role of Activity Engagement. » *Journal of the American Medical Directors Association*, 20(6), 759-764.
<https://doi.org/10.1016/j.jamda.2018.11.007>

Design	Échantillon	But, objectifs	Cadre de référence	Méthode de collecte des données	Méthodes d'analyse	Résultats
<p>Enquête descriptive et transversale, quantitative</p> <p>Niveau de preuve 4</p> <p>Paradigme Post positif</p>	<p>Étude menée entre mai et septembre 2016 à Jinan en Chine auprès de 33 maisons de soins infirmiers dans 5 districts à Jinan avec 220 femmes et 150 hommes.</p> <p>Échantillonnage Échantillonnage non probabiliste intentionnel</p> <p>Critères d'inclusion Personnes de plus de 60 ans, vivant en maison de soins infirmiers pendant au moins 1 mois, disposés et capables de participer.</p> <p>Critères d'exclusion Ne pas vivre en maison de soins infirmiers, présenter une déficience cognitive grave comme indiqué par un score de mini-examen sur l'état mental inférieur ou égal à 9.30.</p>	<p>Évaluer si l'engagement à l'activité médie la relation entre la solitude et la fragilité chez les personnes âgées vivant dans des maisons de soins infirmiers.</p> <p>Question de recherche Non formulée par les chercheurs</p> <p>Hypothèses La solitude est le prédicteur le plus puissant de la fragilité, qui est également étroitement associé à l'engagement à l'activité.</p> <p>Variables VC* : engagement aux activités, fragilité, état de santé, lieu d'activité, solitude, sexe VQ* : âge, pourcentage d'occupation, taux de roulement du personnel.</p>	<p>Solitude, Activité, Engagement, Adultes, Maisons de retraite</p>	<p>Solitude évaluée par un seul élément couramment utilisé : « Vous sentez-vous seul ? » avec cinq options de réponse : parfois, souvent et toujours combinée en 1 = solitaire et rarement ou jamais combiné en 0 = non solitaire.</p> <p>Questionnaire d'engagement à l'activité élaboré sur la base d'entrevue sur place, de la littérature gérontologique et de l'enquête longitudinale chinoise sur la longévité saine. Il a été demandé aux résidents à quelle fréquence ils participaient à divers types d'activités au cours des trois derniers mois.</p> <p>L'échelle de FRAIL comportait cinq composantes : fatigue, résistance, marche, maladie et perte de poids.</p> <p>Éthique Étude approuvée par le comité de révision institutionnel de l'université des chercheurs. Consentement écrit éclairé obtenu de chaque résident avant d'administrer l'enquête. Sondage rempli de manière anonyme et résidents assurés que leurs réponses resteraient confidentielles.</p>	<p>Statistiques descriptives réalisées pour décrire l'échantillon, y compris les moyennes et les écarts-types pour les variables continues, ainsi que les fréquences et les pourcentages pour les variables catégoriques.</p> <p>Coefficients de Spearman réalisés pour tester la médiation avec une variable dépendante binaire.</p> <p>L'utilisation de la méthode de bootstrap non paramétrique a permis d'examiner les effets totaux, directs et indirects du modèle.</p> <p>L'intervalle de confiance de 95 % des effets indirects a été obtenu sur la base de 5000 échantillons bootstrap. Un effet indirect a été considéré comme significatif si son IC excluait zéro.</p> <p>Logiciels R du Cran</p>	<p>La prévalence de la fragilité était de 29,2 % chez les personnes âgées chinoises vivant dans des NH. L'engagement à l'activité médiait l'association entre la solitude et la fragilité ; cependant, la solitude n'était pas significativement liée à la fragilité lors de la covariation pour l'engagement à l'activité.</p> <p>Conclusions Les résultats suggèrent que ce n'est pas la solitude en général qui affecte la fragilité, mais qu'elle s'engage activement dans des activités.</p> <p>Limites de l'étude La généralisabilité des résultats doit être traitée avec prudence, car les participants venaient d'une ville de Chine. L'étude était transversale et, par conséquent, la direction de la causalité n'a pas pu être déterminée. La plupart des activités mesurées dans le questionnaire étaient statiques ; une très petite partie des activités n'ont peut-être pas été abordées. Le poids il y a un an et la maladie ont été autodéclarées.</p>

Drageset, J., & Haugan, G. (2021). « Associations between nurse-patient interaction and loneliness among cognitively intact nursing home residents—A questionnaire survey." *Geriatric Nursing* (New York, N.Y.), 42(4), 828-832. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2021.04.001>

De-sign	Échantillon	But(s), objectif(s)	Cadre de référence	Méthode(s) de collecte des données	Méthodes d'analyse	Résultats
Étude épidémiologique descriptive de conception transversale, quantitative	188 résidents de maisons de soins infirmiers représentant 27 maisons de soins infirmiers entre 2017 et 2018 en Norvège	L'objectif de cette étude était d'étudier la prévalence de la solitude et son association avec l'interaction entre l'infirmière et le patient parmi les résidents des établissements de soins de longue durée.	Solitude, Interaction infirmier-patient, Foyer de soins infirmiers, Plus âgés	Dans une conception transversale, les données entre 2017 et 2018 ont été recueillies. La question globale « Vous sentez-vous parfois seul ? » a été posée afin d'évaluer la solitude perçue sur une échelle de 1 à 4. L'échelle d'interaction entre le personnel infirmier et patient allant de 1 à 10 a permis d'évaluer comment les résidents de NH percevaient l'interaction entre eux et les infirmières.	Statistiques descriptives calculées pour les variables démographiques et l'échelle du SCIP. Fiabilité du concept NPIS évaluée par le coefficient de fiabilité de Cronbach. Procédure de régression logistique utilisée pour analyser l'association entre les 14 éléments du NPIS et la solitude. Le sexe a été codé comme une variable catégorique tan disque le NPIS et l'âge sous forme de covariables continues. Résultats présentés sous forme de rapport de cotes et d'intervalles de confiance à 95 % L'alpha de Cronbach était de 0.90. Résultat statistiquement significatif si $p < 0.05$	47% des répondants ont déclaré que la solitude était souvent ou parfois ressentie et 53 % qu'elle ne l'était que rarement ou jamais ressentie. Dans l'analyse non ajustée, les points « avoir confiance aux infirmiers », « les infirmiers me prennent au sérieux », « l'interaction avec les infirmiers me fait me sentir bien », « je suis satisfait de la communication avec les infirmiers » étaient en corrélation statistiquement significative avec une solitude plus faible. Dans les analyses ajustées, les points « avoir confiance aux infirmiers », « les infirmières me prennent au sérieux », « l'interaction avec les infirmiers me fait me sentir bien », « les infirmiers me comprennent », « les infirmiers font tous les efforts possibles pour soulager mes fléaux », « les infirmiers me traitent avec respect », « les infirmiers m'écoutent de manière intéressante », « les infirmiers m'écoutent de manière intéressante », « l'interaction avec les infirmiers contribue au sens de la vie », « je suis satisfait de la communication avec les infirmiers » étaient en corrélation statistiquement significative avec la solitude. Le point « je suis souvent blessé ou triste de la façon dont les infirmiers interagissent » n'était que statistiquement corrélé de manière significative avec la solitude dans l'analyse ajustée.
Niveau de preuve	Non probabiliste intentionnel	Question(s) de recherche Non formulée par les chercheurs		Éthique Une infirmière qui connaissait bien les résidents a présenté aux participants potentiels des informations orales et écrites sur l'étude, leurs droits en tant que participants et leur droit de se retirer à tout moment.		Conclusions La solitude est fréquente chez les résidents de maison de retraite sans déficience cognitive. Ils représentent une population vulnérable caractérisée par la dépendance et la fragilité. L'interaction infirmier-patient est positivement associée à une diminution de la solitude chez les résidents sains sur le plan cognitif.
Paradigme	Critère(s) d'inclusion Décision de la municipalité sur les soins de longue durée de maisons de soins infirmiers, temps de résidences de 3 mois ou plus, compétence en matière de consentement éclairé reconnue par le médecin et l'infirmière responsable, possibilité d'être interrogé et avoir 65 ans ou plus.	Hypothèse(s) L'interaction infirmier-patient est associée à une solitude moins perçue chez les résidents des maisons de soins infirmiers				Limites de l'étude Les réponses peuvent être biaisées, car le chercheur rend visite aux résidents pour les aider à remplir les formulaires de réponses. Il faudrait savoir si le seul élément évaluant la solitude couvre de manière appropriée les sentiments de solitude des résidents. La question globale « Vous sentez-vous parfois seul ? » ne parvient pas non plus à distinguer entre la solitude émotionnelle et la solitude sociale. Plusieurs résidents présentaient des symptômes de démence et n'ont pas été inclus. Par conséquent, on ignore toujours si les résidents ayant une déficience cognitive pourraient signaler un score de solitude plus élevé.
	Critère(s) d'exclusion Résidents ne voulant pas participer à l'étude, résidents présentant signes de démences	Variables VC : solitude, isolement, association infirmier-patient, état matrimonial, sexe, profession, revenus, éducation VQ : âge				

Kuru Alici, N., Zorba Bahceli, P., & Emiroğlu, O. N. (2018). « The preliminary effects of laughter therapy on loneliness and death anxiety among older adults living in nursing homes : A nonrandomised pilot study. » *International Journal of Older People Nursing*, 13(4), e12206. <https://doi.org/10.1111/opn.12206>

Design	Échantillon	But, objectifs	Cadre de référence	Méthode de collecte des données	Méthodes d'analyse	Résultats
<p>Étude quasi expérimentale avec un plan pré test-post du groupe témoin non équivalent, étude quantitative</p> <p>Niveau de preuve 2</p> <p>Paradigme Post positiviste</p>	<p>Le groupe expérimental comprenait 36 personnes âgées d'une NH et le groupe témoin était composé de 36 personnes âgées de la deuxième maison de NH.</p> <p>Sur les 72, 22 personnes ont été exclues de chaque groupe parce qu'elles ont quitté l'étude avant sa conclusion. 11 personnes âgées ont été hospitalisées, 7 ont décidé de quitter l'étude, 2 sont décédées. Soit un total de 50 personnes âgées réparties en 2 groupes.</p> <p>Échantillonnage Non probabiliste intentionnel</p> <p>Critères d'inclusion Être âgé de 65 ans ou plus ou être capable de maintenir son indépendance dans les activités quotidiennes</p> <p>Critères d'exclusion Avoir de graves déficits auditifs ou perceptifs qui ont altéré la communication, la démence, la maladie d'Alzheimer, la dépression, le diabète incontrôlé, les maladies hypertensives et les opérations chirurgicales avec risques de saignement.</p>	<p>Cette étude a évalué l'effet préliminaire de la thérapie par le rire sur le niveau de la solitude et d'anxiété de mort des personnes âgées</p> <p>Question de recherche Pas de question de recherche formulée par les auteurs</p> <p>Hypothèses Pas d'hypothèse formulée par les auteurs</p> <p>Variables VC : thérapie par le rire, solitude, anxiété, sexe VQ : âge, nombre de thérapies</p>	<p>Anxiété liée à la mort, Thérapie par le rire, Soins infirmiers, Personnes âgées</p>	<p>Mesures collectées à l'aide d'un formulaire sociodémographique préparé par les chercheurs sur la base de la littérature antérieure, ainsi que de l'échelle de solitude De Jong Gierveld et de l'échelle turque liée à la mort.</p> <p>Éthique Mesures collectées à l'aide d'un formulaire sociodémographique préparé par les chercheurs sur la base de la littérature antérieure, ainsi que de l'échelle de solitude De Jong Gierveld et de l'échelle turque liée à la mort.</p>	<p>Le test de normalité de Kolmogorov-Smirnov a été appliqué pour écheler et sous écheler les scores en vue d'analyses plus approfondies. Le test t de l'échantillon apparié a été utilisé pour analyser la différence entre deux groupes dépendants, et le test t de l'échantillon indépendant a été utilisé pour analyser les différences entre deux groupes indépendants.</p> <p>La valeur significative était $p < 0.05$</p> <p>Logiciels G*Power version 3.1.7 et IBM SPSS 23.0</p>	<p>Au départ, aucune différence significative dans le score de DJGLS n'a été observée entre l'intervention et les groupes témoins.</p> <p>Une différence statistiquement significative a été observée entre les scores moyens de l'intervention et les groupes témoins après l'intervention.</p> <p>Après le traitement, le score de solitude social était significativement plus faible dans le groupe d'intervention.</p> <p>Conclusions La thérapie du rire a contribué à réduire la solitude générale ainsi que la solitude émotionnelle et sociale chez les personnes âgées. Les résultats suggèrent que la thérapie par le rire peut être utilisée pour réduire les niveaux de solitude chez les personnes âgées vivant en maison de retraite.</p> <p>Limites de l'étude Petite taille de l'échantillon et le plan de recherche quasi expérimentale ont limité la généralisable des résultats. Cette étude pilote a été entreprise chez des personnes âgées vivant en NH, de sorte que les résultats peuvent ne pas être généralisables à la population adulte et doivent donc être interprétés avec prudence.</p>

Haugan, G., Eide, W. M., André, B., Wu, V. X., Rinnan, E., Taasen, S. E., Kuven, B. M., & Drageset, J. (2021). « Joy-of-life in cognitively intact nursing home residents : The impact of the nurse–patient interaction. » *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 35(1), 208-219.

<https://doi.org/10.1111/scs.12836>

Design	Échantillon	But, objectifs	Cadre de référence	Méthode de collecte des données	Méthodes d'analyse	Résultats
<p>Étude épidémiologique descriptive transversale, quantitative</p> <p>Niveau de preuve</p> <p>4</p> <p>Paradigme</p> <p>Post positiviste</p>	<p>188 résidents sur les 204 résidents des centres de longue durée représentant 27 centres de soins comprenant 133 femmes et 48 hommes. Les soins de longue durée dans les NH étaient définis comme des soins 24 heures sur 24.</p> <p>Échantillonnage</p> <p>Échantillonnage non probabiliste intentionnel</p> <p>Critères d'inclusion</p> <p>La décision de l'autorité municipale de prendre des soins de longue durée de NH, un temps de résidence de 3 mois ou plus, compétence en consentement éclairé reconnue par le médecin et l'infirmière responsable et capable de participer de manière adéquate à une situation d'entrevue.</p> <p>Critères d'exclusion</p> <p>Soins de courte durée, séjours de réadaptation et diagnostic de démence</p>	<p>Étudier l'association entre l'interaction infirmier-patient et la joie de vivre dans la population des maisons de soins infirmiers</p> <p>Question de recherche</p> <p>Hypothèses</p> <p>L'interaction infirmier-patient influence la joie de vivre des résidents de NH.</p> <p>Variables</p> <p>VC : joie de vivre, interaction infirmier-patient, sexe</p> <p>VQ : âge, durée de résidence</p>	<p>Soins infirmiers compatissants,</p> <p>Joie de vivre,</p> <p>Solitude,</p> <p>Interaction infirmier-patient,</p> <p>Résidents des maisons de soins infirmiers,</p> <p>Modélisation des équations structurelle,</p> <p>Bien-être</p>	<p>Données transversales collectées entre 2017 et 2018. Les résidents de NH ont été approchés par un infirmier qu'ils connaissaient bien et leur a présenté leurs droits en tant que participants et leurs droits de se retirer à tout moment.</p> <p>Au total, 65 chercheurs formés ont mené les entretiens individuels en privé. Les échelles utilisées faisaient partie d'un questionnaire comprenant 120 éléments y compris des données démographiques ; par conséquent, de petites pauses à des moments spécifiques au cours du processus d'entrevue ont été adoptées pour éviter de fatiguer les participants.</p> <p>L'alpha de Cronbach était de 0,89.</p> <p>Éthique</p> <p>L'approbation éthique a été donnée par le Comité régional pour l'éthique de la recherche médicale et sanitaire en Norvège ainsi que par les unités de gestion des 27 NH. Chaque participant a donné son consentement écrit et éclairé.</p>	<p>Les données ont été analysées par des statistiques descriptives en utilisant IBM SPSS version 25. La relation hypothétique entre les constructions latentes de l'interaction infirmier-patient et la joie de vivre a été testée au moyen d'un modèle d'équation structurelle utilisant le Stata.</p> <p>Logiciels</p> <p>Pas de logiciel connu</p>	<p>56 % des résidents de NH ont signalé une joie de vivre élevée, 44% une joie de vivre indécise et 26,5% ont déclaré une faible joie de vivre. L'interaction infirmier-patient était significativement liée à la joie de vivre des NH.</p> <p>Conclusions</p> <p>Les présents résultats ont révélé une relation très significative entre l'interaction infirmier-patient et la joie de vivre chez les résidents de maisons de retraite.</p> <p>Limites de l'étude</p> <p>Sur la base de la conception transversale, il n'est pas possible de conclure sur la causalité, la direction du chemin testé dans le MEB ne peut être définie avec certitude. Le fait que les chercheurs aient rendu visite aux participants pour les aider à remplir les questionnaires pourrait avoir introduit des biais dans les rapports des répondants.</p>

Paque, K., Bastiaens, H., Van Bogaert, P., & Dilles, T. (2018). Living in a nursing home : A phenomenological study exploring residents' loneliness and other feelings. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 32(4), 1477-1484. <https://doi.org/10.1111/scs.12599>

Design	Échantillon	But, objectifs	Cadre de référence	Méthode de collecte des données	Méthodes d'analyse	Résultats
<p>Étude qualitative, phénoménologique</p> <p>Niveau de preuve</p> <p>Non attribuable</p> <p>Paradigme</p> <p>Interprétatif</p>	<p>11 résidents sur 60 ont été inclus dans cette étude. Aucun des participants potentiels sélectionnés n'a refusé de participer ou n'a abandonné.</p> <p>Échantillonnage</p> <p>Échantillonnage non probabiliste intentionnel</p> <p>Critères d'inclusion</p> <p>65 ans minimum, parler le néerlandais, admis il y a plus de trois mois et capacité de participer à une entrevue de 60 minutes</p> <p>Critères d'exclusion</p> <p>Occupants de soins de courte durée ou de soins assistés et résidents en soins palliatifs et souffrant d'aphasie</p>	<p>Explorer les sentiments généraux des résidents des maisons de soins infirmiers, avec un intérêt particulier pour la solitude, afin d'élaborer des stratégies de soutien et de secours</p> <p>Question de recherche</p> <p>Non évoquée par les chercheurs</p> <p>Hypothèses</p> <p>On suggère que la solitude est l'un des sentiments les plus importants avec lesquels les résidents des foyers de soins infirmiers sont aux prises avec, et qu'elle est liée à divers effets négatifs pour la santé et à une détérioration de la qualité de vie</p> <p>Variables</p> <p>VC : solitude, isolement social, liens sociaux, sexe</p> <p>VQ : âge</p>	<p>Autonomie,</p> <p>Solitude,</p> <p>Deuil,</p> <p>Existentiel,</p> <p>Maison de retraite,</p> <p>Étude phénoménologique</p>	<p>Cette étude phénoménologique a utilisé un guide d'entretien avec des questions ouvertes pour assurer une collecte de données approfondie et ciblée. Les données ont été obtenues par des entretiens en face à face. Une analyse phénoménologique interprétative a été utilisée pour l'analyse des données. Toutes les interviews ont duré entre 30 et 90 minutes.</p> <p>Éthique</p> <p>Le comité d'éthique de l'hôpital universitaire d'Anvers, en Belgique, a approuvé l'étude.</p> <p>Le conseil d'administration et le médecin généraliste superviseur du NH ont signé un accord d'étude, et tous les résidents ont signé un formulaire de consentement éclairé.</p>	<p>Les données ont été analysées à l'aide de l'analyse phénoménologique interprétative mettant l'accent sur les expériences vécues ayant une importance particulière pour les personnes.</p> <p>Pour assurer la rigueur, le <i>bracketing</i> a été pratiqué, à l'aide d'un journal réflexif, avant de commencer l'analyse.</p> <p>Un deuxième chercheur a examiné l'analyse du premier relevé de notes et la structure des thèmes émergents dans tous les relevés de notes pour s'assurer qu'ils étaient clairement ancrés dans les données.</p> <p>De plus, les résultats ont été pris en compte par deux autres chercheurs.</p> <p>Logiciels</p> <p>Pas de logiciel connu utilisé par les chercheurs</p>	<p>La solitude est plus le fait d'être seul parmi les autres. Le besoin non satisfait de relations significatives des résidents joue un rôle crucial dans le sentiment de solitude. La perte d'autodétermination due à l'institutionnalisation est fortement liée à la solitude et provoque des émotions fortes, comme le chagrin.</p> <p>Conclusions</p> <p>Il est essentiel que les professionnels de la santé soient conscients de ces sentiments et accordent une grande attention aux préférences des résidents lors de l'élaboration d'interventions individualisées pour prévenir la solitude.</p> <p>Limites de l'étude</p> <p>Les participants semblaient plus réservés lors des premiers entretiens et ils leur étaient compliqué de parler de solitude.</p> <p>Deux entretiens de la première série manquaient de profondeur en raison de réponses évasives.</p> <p>En raison de cette approche générale, les données sur la solitude étaient plutôt limitées, car d'autres sentiments semblaient être plus importants pour les participants.</p> <p>Le contexte spécifique des NH dans la région peut limiter la transférabilité de nos résultats.</p> <p>Le fait que l'étude se soit concentrée sur les participants qui semblaient se sentir seuls ou lutter contre des sentiments négatifs pourrait contribuer à l'image plutôt négative du NH et de son personnel.</p>

Eskimez, Z., Demirci, P. Y., TosunOz, I. K., Oztunç, G., & Kumas, G. (s. d.). « Loneliness and Social Support Level of Elderly People Living in Nursing Homes. » *Statistical Analysis*, 10. http://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/52_eskimez_12_1_1.pdf

Design	Échantillon	But, objectifs	Cadre de référence	Méthode de collecte des données	Méthodes d'analyse	Résultats
<p>Étude descriptive et transversale, quantitative</p> <p>Niveau de preuve</p> <p>4</p> <p>Paradigme</p> <p>Post-positiviste</p>	<p>70 personnes âgées volontaires, dont 16 femmes et 54 hommes vivant dans la maison de retraite d'Adana entre juin et août 2014 ayant passé le <i>Standardized Mini Mental Test</i> et dont les fonctions cognitives étaient normales selon les résultats du test.</p> <p>L'établissement où l'étude a été menée compte 252 personnes âgées vivant dans des chambres de une, deux ou quatre personnes dans 52 maisons individuelles et emploie six infirmières et un médecin</p> <p>Échantillonnage</p> <p>Échantillonnage non probabiliste intentionnel</p> <p>Critères d'inclusion</p> <p>Avoir passé le test du <i>Standardized Mini Mental Test</i> et avoir des fonctions cognitives normales en fonction des résultats du test</p> <p>Critères d'exclusion</p> <p>Résidents atteints sur le plan cognitif</p>	<p>Identifier la solitude et le niveau de soutien social des personnes âgées vivant en maison de retraite.</p> <p>Question de recherche</p> <p>Non formulée par les chercheurs</p> <p>Hypothèses</p> <p>Non formulée par les chercheurs</p> <p>Variabes</p> <p>VC : Solitude, sexe, entourage</p> <p>VQ : âge</p>	<p>Isolement social,</p> <p>Dans la vieillesse,</p> <p>Soutien psychosocial,</p> <p>Vieillesse,</p> <p>Patients des maisons de retraite,</p> <p>Facteurs psychosociaux</p>	<p>Les données ont été recueillies à l'aide du formulaire sociodémographique préparé par les chercheurs conformément à la littérature, de l'échelle multidimensionnelle de soutien social perçue et de l'échelle de solitude.</p> <p>Le formulaire sociodémographique comporte 22 questions.</p> <p>L'échelle multidimensionnelle de soutien social en 12 points mesure subjectivement le soutien social reçu de trois sources différentes. Elle comprend trois groupes de 4 items notés sur 7 points.</p> <p>L'échelle de solitude est aussi utilisée.</p> <p>L'échelle de Likert en 4 points comprend 20 affirmations qui reflètent la façon dont les personnes solitaires définissent leur vie.</p> <p>L'alpha de Cronbach était de 0.9 dans cette étude.</p> <p>Éthique</p> <p>Avant l'étude, l'autorisation a été obtenue auprès du comité d'éthique de la recherche clinique non interventionnelle et du foyer de soins d'Adana.</p> <p>Les formulaires ont été administrés par le chercheur lors d'entretiens en face à face, afin que les personnes âgées se sentent plus à l'aise, et le consentement verbal de chaque personne âgée a été obtenu avant l'administration des formulaires.</p>	<p>L'analyse statistique des données comprenait l'utilisation de « Kolmogorov-Smirnov » et « Shapiro-Wilk » pour l'identification des méthodes d'analyse et l'adéquation des données à une distribution normale en fonction de la taille de l'échantillon.</p> <p>Les méthodes paramétriques ont été utilisées puisque les données étaient distribuées normalement.</p> <p>Le test t des échantillons indépendants a été utilisé pour la comparaison de deux groupes indépendants ; la comparaison de trois groupes ou plus a été effectuée en utilisant les statistiques du test ANOVA.</p> <p>Pour les variables qui ont indiqué des différences significatives à la suite de l'ANOVA, la méthode de Tukey a été utilisée pour les comparaisons par paires dans les variables où les variances étaient homogènes.</p> <p>La « corrélation de Pearson » a été utilisée pour la relation entre les variables puisque les échelles étaient appropriées pour une distribution normale. L'interprétation des données a été réalisée à l'aide de tableaux de fréquence et de statistiques descriptives.</p> <p>Résultat statistiquement significatif si $p < 0.05$</p> <p>Logiciels</p> <p>SPSS Statistics 20</p>	<p>77,1 % des hommes et 65,7 % des femmes ont déclaré que la raison de leur séjour dans l'institution était la solitude. Le score moyen de l'échelle de solitude UCLA était de $41,74 \pm 11,52$.</p> <p>Le score moyen de l'échelle MSPSS était de $47,43 \pm 20,26$. Une faible corrélation a été trouvée entre le MSPSS et l'échelle de solitude UCLA dans le sens négatif ($p < 0,05$).</p> <p>Conclusions</p> <p>La majorité des personnes âgées vivent en maison de retraite à cause de la solitude. Leur score de solitude a diminué avec le soutien social. À cet égard, on peut dire que la solitude des personnes âgées pourrait être évitée en augmentant leur soutien social.</p> <p>Limites de l'étude</p> <p>Petite taille de l'échantillon</p>

Annexe III : Glossaire

Glossaire méthodologique

Les termes définis dans ce glossaire méthodologique sont issus de l'ouvrage de Marie-Fabienne Fortin et Johanne Gagnon (2016, pp. 497-505). Seul deux d'entre eux ont été recherchés sur internet et seront sourcés à part.

Analyse de la variance (ANOVA) : Test statistique paramétrique destiné à déterminer les différences entre trois groupes ou plus en comparant la variation intragroupe avec la variation intergroupe.

Analyse de régression : Techniques statistiques servant à caractériser le modèle de relations entre la ou les variables indépendantes et la variable dépendante, toutes deux quantitatives.

Base de données : Système organisé permettant de repérer des références à des documents, le plus souvent des articles périodiques. Dans certains cas, on y retrouve le texte intégral des documents.

Biais : Toute influence ou action pouvant fausser les résultats d'une étude.

Biais d'échantillonnage : Situation dans laquelle l'échantillon ne reflète pas adéquatement la population.

Bootstrap : Le bootstrap est une méthode d'estimation de la distribution d'échantillonnage fondée sur le prélèvement de plusieurs échantillons avec remise à partir d'un échantillon unique. (Minitab, 2021)

Causalité : Relation de cause à effet entre des variables indépendantes et les variables dépendantes.

Cinahl : Base de données qui répertorie des périodiques traitants des sciences infirmières et des sciences connexes de la santé.

Coefficient de Cronbach : Indice de fidélité qui évalue la cohérence interne d'une échelle composée de plusieurs énoncés.

Coefficient de corrélation : Indice du degré de relation linéaire entre deux variables dans la valeur se situe entre -1,00 et +1,00.

Coefficient de corrélation de Pearson : Indice numérique qui exprime le degré de corrélation entre deux variables mesurées à l'échelle d'intervalle.

Coefficient de corrélation de Spearman : Indice numérique qui résume le degré de corrélation entre deux variables mesurées à l'échelle d'intervalle.

Collecte des données : Processus qui consiste à recueillir des données auprès des participants choisis pour faire partie de l'étude.

Comité d'éthique de la recherche : Groupe de professionnels mandaté pour réviser les propositions de recherche soumises au regard des considérations éthiques.

Consentement : Acquiescement donné volontairement par une personne pour participer à une étude. Pour être valable, le consentement doit être libre, éclairé et continu.

Crédibilité : Critères servant à évaluer dans quelle mesure la description du phénomène vécu par les participants reflète la réalité interprétée.

Devis : Plan logique tracé par le chercheur en vue d'établir une manière de procéder susceptible de mener à la réalisation des objectifs.

Devis d'étude transversale : Étude dans laquelle les données sont recueillies à un moment précis dans le temps en vue de décrire la fréquence d'apparition d'un événement et de ses facteurs associés.

Devis d'étude descriptive : Variété de devis ayant pour but d'obtenir des informations précises sur les caractéristiques à l'intérieur d'un domaine particulier et de dresser un portrait de la situation.

Devis de recherche : Plan d'ensemble qui permet de répondre aux questions de recherche ou de vérifier des hypothèses et qui, dans certains cas, définit des mécanismes de contrôle ayant pour objet de minimiser les risques d'erreurs.

Devis de recherche qualitatif : Arrangement des conditions entourant la collecte et l'analyse des données au regard du but de l'étude.

Devis quasi expérimentaux : Devis qui ne répond pas à toutes les exigences du devis expérimental du fait qu'il manque le groupe témoin ou la répartition aléatoire ou les deux.

Échantillon : Sous-groupes d'une population choisie pour participer à une étude.

Échantillonnage : Processus au cours duquel on sélectionne un groupe de personnes ou une portion de la population pour représenter la population cible.

Échantillonnage non probabiliste : Choix d'un échantillon sans recourir à une sélection aléatoire.

Échelle de Likert : Échelle d'attitude constituée d'une série d'énoncés déclaratifs pour lesquels le répondant exprime son degré d'accord ou de désaccord.

Effet Hawthorne : En psychologie, l'effet Hawthorne décrit la situation dans laquelle les résultats d'une expérience ne sont pas dus aux facteurs expérimentaux, mais au fait que les sujets ont conscience de participer à une expérience dans laquelle ils sont testés, ce qui se traduit généralement par une plus grande motivation (Compas information, 2021).

Généralisée habilité : Degré selon lequel les conclusions d'une étude quantitative, dont les éléments ont été sélectionnés aléatoirement dans une population de référence, peuvent être généralisées à l'ensemble de cette population.

Hypothèse de recherche (H1) : Affirmation d'une relation anticipée entre deux variables et qui doit être démontrée par des résultats.

Hypothèse nulle (H0) : Affirmation selon laquelle il n'y a pas de différence ni de relation statistique entre des variables.

Medline : Base de données internationale en sciences de la santé.

Paradigme interprétatif : Paradigme qui se fonde sur le postulat que la réalité est socialement construite à partir de perception individuelle susceptible de changer avec le temps.

Post-positivisme : Vision de la science qui, contrairement au positivisme, reconnaît que toutes les observations sont faillibles et susceptibles d'erreurs.

Question de recherche : Énoncé particulier qui demande une réponse pour résoudre un problème de recherche.

Recherche descriptive quantitative : Recherche qui vise à fournir un portrait détaillé des caractéristiques de personnes, d'évènement ou de population.

Recherche non expérimentale : Étude dans laquelle le chercheur décrit des évènements, explore et vérifie les relations associatives.

Recherche phénoménologique : Recherche qui étudie la signification d'expériences telles qu'elles sont vécues par les personnes.

Recherche qualitative : Recherche qui met l'accent sur la compréhension et qui repose sur l'interprétation des phénomènes à partir de signification fournie par les participants.

Recherche quantitative : Recherche qui met l'accent sur la description, l'explication, la prédiction et le contrôle et qui repose sur la mesure de phénomène et l'analyse de données numériques.

Recherche quasi expérimentale : Recherche qui ne répond pas à toutes les exigences du devis expérimental du fait qu'il manque le groupe témoin ou la répartition aléatoire, ou les deux.

Résumé : Brève description d'une étude qui relate le contenu de ses principales sections et dont la longueur est habituellement de 250 à 300 mots.

Revue systématique : Sommaire des preuves sur un sujet précis effectué par des experts qui utilise un processus rigoureux et méthodique pour évaluer et synthétiser les études ayant examiné une même question et pour tirer des conclusions.

Test de Kolmogorov-Smirnov : En statistiques, le test de Kolmogorov-Smirnov est un test d'hypothèse utilisé pour déterminer si un échantillon suit bien une loi donnée connue par sa fonction de répartition continue, ou bien si deux échantillons suivent la même loi (Academic, 2022).

Saturation des données : Moment dans la collecte des données où le chercheur conclut une nouvelle information qui n'ajoutera rien de plus à la compréhension du phénomène à l'étude.

Sélection des participants : Facteurs d'une validité interne associés à des différences préexistantes entre les groupes de sujets en l'absence de répartition aléatoire entre ceux-ci.

Test t : Test paramétrique servant à déterminer la différence entre les moyens de deux populations.

Test statistique non paramétrique : Procédure statistique inférentielle utilisée pour des données nominales et ordinales, et dont la distribution normale ne repose pas sur des postulats rigoureux.

Tests statistiques paramétriques : Procédure statistique servant à faire l'estimation des paramètres de la population et à vérifier des hypothèses en tenant compte des postulats sur la distribution des variables.

Thésaurus : Répertoire des mots et des expressions utilisées pour un excès des documents.

Transférabilité : Critères servant à évaluer l'application éventuelle des conclusions issues d'études qualitatives à d'autres contextes ou groupes. Elle s'apparente à la généralisation.

Triangulation : Stratégie de mise en comparaison de plusieurs méthodes de collecte de données et d'interprétation de données permettant de tirer des conclusions valables à propos d'un même phénomène.

Validité : Capacité d'un instrument à mesurer ce qu'il est censé mesurer.

Validité externe : Caractère d'une étude qui permet de généraliser les résultats à d'autres populations et contextes que ceux étudiés.

Validité interne : Caractère d'une étude expérimentale dans laquelle la variable indépendante et la seule cause du changement touchant la variable dépendante.

Variable : Caractéristiques ou propriétés qui peuvent prendre diverses valeurs.

Variable catégorielle : Variable dont les modalités sont des catégories sans ordre de grandeur, comme « masculin » et « féminin » pour la variable sexe.

Variable quantitative : Variable dont les valeurs possibles sont des nombres.