

**Travail de Bachelor**

**L'intelligence émotionnelle au service de  
l'accompagnement de la personne âgée souffrant de déficit  
cognitivo-comportemental**

Revue de la littérature

Réalisé par : Anastasia Bonvin

Promotion : Bachelor 18

Sous la direction de : Chris Schoepf

Lieu et date : Sion, le 7 juillet 2021

## Résumé

En Suisse, la population des personnes âgées de 65 ans et plus est en constante augmentation. Les seniors sont vulnérables à plusieurs égards, notamment au niveau cognitif et comportemental. Ainsi, les enjeux socio-économiques sont d'assurer le vieillissement en bonne santé de cette population. L'objectif de cette revue de littérature est d'identifier les effets de l'intelligence émotionnelle auprès des personnes âgées porteuses d'un déclin cognitivo-comportemental au cœur de la relation d'aide.

Six études quantitatives et une étude qualitative ont été choisies pour atteindre le but précité. Différentes bases de données ont été consultées : CINAHL, PubMed, Embase et PsycINFO, entre mai 2020 et mars 2021. Les études sélectionnées pour ce travail portent sur les effets de l'utilisation de l'intelligence émotionnelle chez les personnes âgées, leurs proches et leurs soignants. Les critères d'exclusion sont toutes les pathologies cognitives liées à la psychiatrie (schizophrénie, trouble bipolaire), au traumatisme crânien et à d'autres maladies somatiques sous-jacentes.

Les principaux résultats indiquent que l'intelligence émotionnelle aurait des effets bénéfiques sur les professionnels de la santé et sur les proches aidants. En outre, elle améliorerait également la qualité de vie des personnes aidées. Enfin, il semble que l'intelligence émotionnelle pourrait être employée en prévention du déclin cognitif chez les personnes âgées. En conclusion, la formation à l'intelligence émotionnelle pourrait être bénéfique pour les aînés.

Mots-clés : intelligence émotionnelle, relation d'aide, personne âgée, déclin cognitivo-comportemental

## **Remerciements**

Je tiens à remercier énormément Mme Chris Schoepf, directrice de mon Travail de Bachelor, pour sa disponibilité et ses conseils lors de la réalisation de ce travail.

Je remercie tous les infirmiers et autres professionnels de la santé ayant répondu à mes questions durant la réalisation de cette revue de littérature.

Enfin, je remercie infiniment mon mari et ma famille pour le soutien inconditionnel apporté tout au long de l'élaboration de ce travail.

## 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 auteure et nullement les membres du jury ou la HES.

De plus, l'auteure certifie avoir réalisé seule cette revue de la littérature.

L'auteure 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 : Sion, le 7 juillet 2021

---

Signature

## Table des matières

<b>1</b>	<b>Introduction.....</b>	<b>1</b>
1.1	Problématique .....	1
1.2	Question de recherche .....	3
1.3	But de la recherche.....	3
<b>2</b>	<b>Cadre théorique .....</b>	<b>5</b>
2.1	Les personnes âgées .....	5
2.2	Relation d'aide.....	7
2.3	Intelligence émotionnelle .....	10
<b>3</b>	<b>Méthode.....</b>	<b>15</b>
3.1	Devis de recherche.....	15
3.2	Collecte des données .....	15
3.3	Sélection des données .....	18
3.4	Considérations éthiques .....	18
3.5	Analyse des données .....	19
<b>4</b>	<b>Résultats .....</b>	<b>21</b>
4.1	Description de l'étude 1 .....	21
4.1.1	Validité méthodologique .....	22
4.1.2	Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle .....	23
4.2	Description de l'étude 2 .....	23
4.2.1	Validité méthodologique .....	25
4.2.2	Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle .....	26
4.3	Description de l'étude 3 .....	27
4.3.1	Validité méthodologique .....	28
4.3.2	Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle .....	29
4.4	Description de l'étude 4 .....	30
4.4.1	Validité méthodologique .....	31
4.4.2	Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle .....	32
4.5	Description de l'étude 5 .....	33
4.5.1	Validité méthodologique .....	34
4.5.2	Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle .....	35
4.6	Description de l'étude 6 .....	36

4.6.1	Validité méthodologique .....	37
4.6.2	Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle .....	38
4.7	Description de l'étude 7 .....	39
4.7.1	Validité méthodologique .....	41
4.7.2	Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle .....	41
4.8	Synthèse des principaux résultats .....	43
<b>5</b>	<b>Discussion .....</b>	<b>44</b>
5.1	Discussion des résultats .....	44
5.2	Discussion de la qualité et de la crédibilité des évidences .....	46
5.3	Limites et critiques de la revue de la littérature .....	47
<b>6</b>	<b>Conclusions .....</b>	<b>47</b>
6.1	Propositions pour la pratique .....	48
6.2	Propositions pour la formation .....	49
6.3	Propositions pour la recherche .....	49
	<b>Références bibliographiques .....</b>	<b>51</b>
<b>7</b>	<b>Annexes .....</b>	<b>I</b>
	Annexe I : Diagramme de flux PRISMA 2009.....	I
	Annexe II : Tableaux de recension des études.....	II
	Annexe III : Pyramide des preuves.....	IX
	Annexe IV : Tableau synoptique des études analysées .....	X
	Annexe V : Glossaire méthodologique .....	XI
	Annexe VI : Modèles centrés sur la personne, basés sur les travaux de Rogers.....	XVIII
	Annexe VII : Explications détaillées de manifestation des émotions de base .....	XIX

## Liste des tableaux

Tableau 1 : Mots-clés et descripteurs .....	16
Tableau 2 : Équation de recherche CINAHL .....	17
Tableau 3 : Équation de recherche Medline (PubMed) .....	17
Tableau 4 : Équation de recherche Embase .....	17
Tableau 5 : Équation de recherche PsycINFO .....	18
Tableau 6 : Liste des articles retenus.....	20

## Liste des abréviations

AIVQ	Activités instrumentales de la vie quotidienne
ASI	Association suisse des infirmières et infirmiers
AVQ	Activités de la vie quotidienne
CAS	Certificate of Advanced Studies
CE	Compétence émotionnelle
CHUV	Centre hospitalier universitaire vaudois
CII	Conseil international des infirmières
CMS	Centre médicosocial
DSM	Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux
HEdS	Haute École de Santé Valais-Wallis
HES-SO	Haute École spécialisée de Suisse occidentale
HUG	Hôpitaux Universitaires de Genève
IE	Intelligence émotionnelle
MA	Maladie d'Alzheimer
MDS	Positionnement multidimensionnel
MMSE	Mini-Mental State Examination
MpCA	Montreal Cognitive Assessment
OFS	Office fédéral de la statistique
OMS	Organisation mondiale de la santé
OVS	Observatoire Valaisan de la Santé
PA	Personne âgée



PIE	Intelligence émotionnelle perçue par la personne
QdV	Qualité de vie
SST	Théorie de la sélectivité socio-émotionnelle
SWEE	Expression écrite des émotions
TMMS24	Trait Meta-Mood Scale by Salovey

## 1 Introduction

Selon les scénarios de l'Office fédéral de la statistique (OFS, 2018), le nombre de personnes de 65 ans et plus sera supérieur à 2,7 millions d'habitants en 2045 en Suisse, représentant ainsi une augmentation de 80% depuis 2017. L'enquête sur l'expérience de la population âgée de 65 ans et plus de Merçay (2017) relève que « 20,7% de répondants considèrent leur état de santé comme passable ou mauvais » (p. 10) et près d'un tiers des répondants mentionnent éprouver des difficultés dans leur santé psychique. Ainsi, il en découlera des contraintes économiques et sociales supplémentaires en Suisse (OFS, 2018).

Dans la revue systématique de la littérature de Baudry et al. (2018) et dans le rapport scientifique de Megias et al. (2017), il est mentionné qu'un niveau élevé d'intelligence émotionnelle (IE) est un facteur de protection contre la dégradation de la santé mentale et favorise le bien-être. L'intelligence émotionnelle freinerait le déclin cognitivo-comportemental à la suite du vieillissement naturel (Venkatesh & Fischer, 2019).

Ensuite, l'intelligence émotionnelle aiderait le personnel soignant à établir une alliance thérapeutique avec les patients. Une relation d'aide adéquate améliore la prise en charge des personnes âgées et en conséquence diminue les coûts financiers et la charge émotionnelle des soignants (Baudry et al., 2018 ; Yekta & Abdolrahimi, 2015).

En résumé, cette revue de littérature se concentre sur l'intelligence émotionnelle au service des individus de 65 ans et plus, vivant à domicile ou non, et présentant de difficultés cognitivo-comportementales. L'intelligence émotionnelle contribue à améliorer les relations d'aide et à maintenir les compétences psychosociales des patients.

### 1.1 Problématique

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), le vieillissement de la population est un enjeu socio-sanitaire et économique. La population mondiale des personnes de 60 ans et plus va presque doubler entre 2015 et 2050 et passera à 22% de la population totale (OMS, 2018). Une des caractéristiques de santé des personnes âgées concerne la fonction cognitive. Les altérations les plus courantes sont la perte de la mémoire et de la vitesse de traitement de l'information. Cependant, ce déclin cognitif peut être partiellement compensé par l'expérience acquise au cours de la vie ou atténué avec de l'exercice mental et physique (OMS, 2016).

En Suisse, les prestations financières fournies aux aînés sont depuis 1900 en constante hausse en raison du vieillissement de la population. En 2015, les personnes de 65 ans et plus représentaient un cinquième de la population totale contre 6% en 1900 (OFS, 2018). Selon l'enquête de Merçay, 9,1% de la population âgée de 65 ans et plus en Suisse sont diagnostiqués comme ayant un problème psychique de type dépression ou anxiété. Ainsi, 28,5% des répondants ont annoncé ressentir un sentiment d'isolement, de dépression ou de détresse émotionnelle (Merçay, 2017).

« En Valais, l'espérance de vie à la naissance est passée de 66,6 ans pour les hommes et 71,1 ans pour les femmes en 1950 » (Berthouzoz, 2017, p. 8) à 81,1 ans pour les hommes et 85,6 pour les femmes en 2017/2018 (Observatoire Valaisan de la Santé [OVS], 2020). Dans le programme d'action cantonale du Valais, la santé psychique des personnes âgées constitue une des ressources centrales. En effet, une bonne santé psychique permettrait d'améliorer la gestion des maladies physiques, ainsi que de conserver l'autonomie et/ou l'indépendance (Berthouzoz, 2017).

Selon la revue systématique de la littérature de Baudry et al. (2018), les personnes ayant une IE plus élevée peuvent être plus susceptibles de comprendre, de réguler et d'utiliser des informations émotionnelles pour faire face aux facteurs de stress quotidien. C'est pourquoi elles ont tendance à être plus adaptées à leur environnement et à être en meilleure santé. La meilleure santé mentale, physique et générale chez la population avec des scores d'intelligence émotionnelle plus élevés s'explique par une gestion d'auto-soin adaptée et des ressources de soutien social plus importantes comparées aux personnes avec une EI plus faible (Baudry et al., 2018).

D'autres études soutiennent l'idée que la capacité de contrôle cognitif est altérée lorsque des informations émotionnelles sont impliquées, ce qui réduit la capacité de régulation du comportement (Checa & Fernández-Berrocal, 2015 ; Megías et al., 2017). Desmarais et al. (2018) soutiennent que l'inadaptation sociale est souvent le premier signe clinique d'un processus neurodégénératif, en particulier dans le cadre de la maladie d'Alzheimer.

Dès lors, l'IE aiderait à améliorer la santé somato-psychique de la personne. L'utilisation interpersonnelle de l'IE pourrait-elle renforcer le bien-être de la personne ? Phaneuf (2013) relève l'importance de l'intelligence émotionnelle qui permet l'humanisation des soins. Plusieurs autres auteurs ont souligné l'importance de l'application de l'IE dans les soins infirmiers (Raghubir, 2018 ; Yekta & Abdolrahimi, 2015). L'emploi de ce concept se trouve au cœur de la pratique infirmière. Il peut avoir un impact sur la qualité des relations thérapeutiques patients-soignants, influencer la prise de décision, ainsi que la pensée

critique et le bien-être général. L'infirmier qui possède une intelligence émotionnelle développée est capable d'anticiper les réactions futures du patient et de sa famille (Raghubir, 2018).

Ces propos coïncident avec le concept d'empathie dans les soins infirmiers. Dans l'étude de Dupuis (2015) portant sur la méta éthique des soins infirmiers, l'empathie est considérée comme :

... le fondement même de la socialité, des relations entre les vivants ; c'est le sens de l'autre que moi, qui constitue une partie de mon environnement et avec qui j'ai la possibilité d'entrer en relation. C'est donc aussi le fondement de la relation soignante (p. 90).

Selon le code déontologique pour les soins infirmiers (Conseil international des infirmières [CII], 2012), l'infirmier est responsable de créer un cadre dans lequel la personne sera respectée dans son intégralité. Ainsi, selon les normes de qualité pour les soins infirmiers (Association suisse des infirmières et infirmiers [ASI], 2006), l'infirmier établira une relation qui favorisera l'échange avec le patient. Ces propos rejoignent le rôle de communicateur qui est un des sept rôles centraux dans les soins infirmiers. Ce rôle est caractérisé par l'établissement de relations thérapeutiques adéquates ainsi que par la transmission d'informations pertinentes (Haute École spécialisée de Suisse occidentale [HES-SO], 2015). Enfin, le Syndicat National des Professionnels infirmiers (2016) conclut que l'intelligence émotionnelle est primordiale dans la relation d'aide. Elle permet aux infirmiers de mieux interpréter, comprendre et gérer leurs émotions et celles des autres, tout en s'adaptant à l'état émotionnel de la personne qui est en face d'eux.

## **1.2 Question de recherche**

Au cœur des relations d'aide, quels sont les effets de l'utilisation de l'intelligence émotionnelle au service des personnes âgées de 65 ans et plus porteuses d'un déclin cognitivo-comportemental ?

## **1.3 But de la recherche**

Les buts de cette revue de la littérature sont :

- D'identifier les effets de l'intelligence émotionnelle chez les personnes âgées de 65 ans et plus porteuses d'un déclin cognitivo-comportemental

- D'identifier les effets de l'intelligence émotionnelle dans la pratique infirmière chez les personnes âgées porteuses d'un déclin cognitivo-comportemental
- D'analyser les effets de l'intelligence émotionnelle dans la relation d'aide chez les personnes âgées porteuses d'un déclin cognitivo-comportemental

## **2 Cadre théorique**

Les concepts centraux seront développés et définis dans la section suivante pour assurer la compréhension de cette revue. D'abord, les personnes âgées avec des déclin cognitifs et comportementaux seront présentées, suivies par les concepts de relation d'aide et d'intelligence émotionnelle.

### **2.1 Les personnes âgées**

Selon Voyer (2013), du point de vue de la société, les personnes âgées sont les individus du groupe d'âge de 65 ans et plus. Cette tranche d'âge peut varier d'un pays à l'autre et dépend de la population en âge de travailler (OMS, 2016). « En Suisse, l'âge légal de la retraite est de 65 ans pour les hommes et de 64 ans pour les femmes » (ch.ch, les autorités suisses en ligne, 2020). C'est pourquoi cette revue de la littérature se base sur la définition de Voyer. Comme montre la statistique, cette population est en constante augmentation depuis des décennies (Merçay, 2017 ; OFS 2018 ; OMS, 2018 ; Voyer, 2013), ce qui la rend très importante sur le plan des enjeux socio-sanitaires. Les personnes âgées sont plus nombreuses et vivent plus longtemps. Il y a deux indicateurs d'espérance de vie : l'espérance de vie et l'espérance de vie en bonne santé. Selon l'OFS, le dernier indicateur représente la combinaison de l'espérance de vie avec l'évaluation personnelle de l'état de santé. Il renseigne sur les années à vivre avec une qualité de vie potentiellement élevée (OFS, 2019). Un des enjeux politiques les plus importants est de réduire au maximum la différence entre ces deux indicateurs et de promouvoir un vieillissement actif en bonne santé (OFS, 2016).

Ainsi, un défi majeur pour assurer le succès des stratégies politiques est l'hétérogénéité de cette population (OMS, 2016). Pour pallier cette diversité, les scientifiques divisent les personnes âgées en trois sous-groupes : le troisième âge, de 65 à 74 ans (les individus sont encore actifs, autonomes et indépendants), le quatrième âge, de 75 à 84 ans (ils commencent à souffrir de maladies chroniques et perdent leur autonomie) et, enfin, le cinquième âge, dès 85 ans, où les personnes sont en général plus fragiles et nécessitent des soins. Toutefois, les différences individuelles restent très prononcées dans les groupes (Bee et al., 2012 ; Voyer, 2013). En raison de la faible quantité d'articles sur la problématique de cette revue de littérature, la décision a été prise d'inclure les trois groupes d'âge pour réunir un maximum d'informations malgré l'hétérogénéité de la population.

Selon Doyon et Longpré (2016), « Le vieillissement est un processus progressif, très lent, mais irréversible .... Ces modifications touchent les cellules, les organes et les systèmes du corps humain » (p. 810). La vitesse de ces changements varie d'une personne à l'autre et dépend à hauteur de 25 à 30% des gènes de l'individu et de 70 à 75% de son environnement et de ses habitudes de vie (Doyon & Longpré, 2016 ; Voyer, 2013). Selon la théorie du vieillissement réussi (vieillissement harmonieux) de Rowe et Kahn (1997 ; Voyer, 2013), il y a trois types de vieillissements : normal, pathologique et réussi. Le vieillissement réussi satisfait trois critères : l'absence de maladie et de risque grave de maladie ; le niveau fonctionnel élevé (physique et cognitif) ; une vie sociale active. Les individus qui remplissent ces critères sont plus heureux et satisfaits de leur vie (Bee et al., 2012 ; Rowe & Kahn, 1998 ; Voyer, 2013).

Voyer (2013) souligne plusieurs défis pour les personnes âgées comme la perte de revenus, le déclin des capacités physiques et cognitives, la dépendance fonctionnelle, la maladie, la mortalité des proches, le risque d'isolement. Cela est cohérent avec les difficultés présentées par l'OMS et l'OFS (OFS, 2018 ; OMS, 2016). Le déclin des capacités cognitives est un défi non négligeable surtout chez les personnes âgées du quatrième âge (Bee et al., 2012 ; OMS, 2016 ; Voyer, 2013).

Eu égard au vieillissement naturel, les aînés vont présenter certaines altérations des fonctions cognitives qui sont normales. Par contre, la démence est un trouble pathologique de l'altération des fonctions cognitives (OMS, 2016, 2020 ; Voyer, 2013). Selon l'OMS (2020), « la démence est un syndrome dans lequel on observe une dégradation de la mémoire, du raisonnement, du comportement et de l'aptitude à réaliser les activités quotidiennes ». Cette maladie est évolutive, touche différemment les personnes et peut être classée en plusieurs stades (OMS, 2020). Le dernier se trouvant juste avant le diagnostic de démence, est le trouble cognitif léger, qui est très difficile à différencier du vieillissement normal (Annoni et al., 2016). Il consiste en des troubles cognitifs et comportementaux objectivables, mais sans perte d'autonomie dans les activités de la vie quotidienne (Alzheimer Suisse, 2020 ; Annoni et al., 2016). La personne pourrait présenter certains problèmes de mémoire à court terme, de mémoire épisodique, de capacité visuospatiale, de concentration, de mémoire de travail ou de changements émotionnels par rapport à son état antérieur avec une plainte de sa part (Aliacar, 2014 ; Annoni et al., 2016). Les outils de dépistage sont le Mini-Mental State Examination (MMSE, sensibilité\* de 78% et spécificité\* de 87%) ou le Montreal Cognitive Assessment (MoCA, sensibilité de 97% et spécificité de 60%) (Annoni et al., 2016 ; Nasreddine et al., 2005). Dans la dernière version du Diagnostic and statistical manual of mental disorders

(American Psychiatric Association DSM-5 Task Force, 2013), le diagnostic de démence a été remplacé par celui de trouble neurocognitif majeur et le trouble cognitif léger l'a été par le trouble neurocognitif mineur. Du fait de certains degrés de chevauchement de diagnostics et de différentes nomenclatures, il a été décidé de traiter ensemble ces différentes affections dans ce travail. En effet, les principes de base de la prise en charge de la personne âgée seront les mêmes, car elle est centrée sur la personne dans sa globalité. Cet élément sera développé dans une section ultérieure.

Selon l'essai pilote randomisé et contrôlé de Wuthrich et al. (2019), les facteurs de risque de déclin cognitif sont l'anxiété et la dépression, ainsi que la faible stimulation sociale et mentale. Les auteurs soulèvent l'importance de l'utilisation des interventions psychologiques (notamment la thérapie cognitivo-comportementale) pour réduire les facteurs de risque émotionnel et ainsi le déclin cognitif (Wuthrich et al., 2019).

En outre, la méta-analyse de Sarrionandia et Mikolajczak (2020) présente les variables\* biologiques de la corrélation ( $k=106$ ,  $N=45,262$ ) entre le trait d'intelligence émotionnelle et la santé de la personne. Les résultats suggèrent que l'IE a une influence positive sur la santé physique. Cet effet est expliqué par un meilleur soutien social ( $r=0,33$ , estimation par intervalle de confiance\* [IC] [0,29 ; 0,37]) et une meilleure qualité de sommeil ( $r=0,36$ , IC[0,10 ; 0,58]), ainsi que par la diminution de la production de cortisol de base en cas de stress anticipé ( $r=-0,20$ , IC[-0,40 ; -0,12]) et du niveau de glycémie dans le sang ( $r=-0,75$  IC[-0,98 ; 0,33]) (Sarrionandia & Mikolajczak, 2020). Les personnes âgées font partie de la population générale et il serait judicieux de prendre en compte ces résultats.

De plus, la revue systématique de la littérature de Baudry et al. (2018) soulève que la compétence de régulation intrapersonnelle du trait d'IE est le plus souvent associée à la santé, notamment à la santé mentale.

Finalement, ces hypothèses et idées influencent la prise en charge des personnes âgées représentant différentes spécificités et complexités développées dans la section suivante.

## **2.2 Relation d'aide**

Les personnes âgées en perte d'autonomie sont vulnérables, fragiles et parfois souffrantes. Leurs proches sont souvent affectés ou épuisés par cette situation (Dickason, 2020 ; Voyer, 2013). Les soins de ces personnes sont complexes et multidimensionnels : polypathologie, perte d'autonomie, comportements d'agitation et proximité de la mort.



C'est pourquoi l'accompagnement de qualité demeure important pour cette population (Dickason, 2020).

Pouvoir communiquer et vivre avec ses semblables est un des besoins fondamentaux de l'être humain (Phaneuf & Gendron, 2016 ; Rey et al., 2020). Ainsi, les personnes âgées ressentent le besoin d'être en relation comme tout le monde (Bourbonnais et al., 2020 ; Dickason, 2020).

L'étude européenne de Soares et al. (2019) sur l'opinion des personnes âgées sur les compétences professionnelles de la santé souligne que la compréhension interpersonnelle et la sensibilité des professionnels représentent des dimensions essentielles des soins centrés sur la personne. Les personnes âgées de cette étude relèvent l'importance des aspects émotionnels comme la gentillesse, l'amabilité et la compassion des soignants. Ainsi, l'étude souligne le rôle de communicateur dans les soins prodigués aux personnes âgées. La communication centrée sur le bien-être du patient, la compréhension mutuelle ou encore la communication personnalisée ont un impact significatif sur la façon dont les individus perçoivent les soins (Soares et al., 2019 ; van de Pol et al., 2015). C'est pourquoi le soin relationnel est incontournable et tient une place centrale dans le cadre des fondamentaux des soins (Rey et al., 2020).

La relation d'aide est l'une des formes de communication qui peut être établie entre deux personnes : l'aidant (thérapeute) et le client (personne souffrante). Cette relation va plus loin que la simple relation de civilité (Phaneuf & Gendron, 2016 ; Rogers, 2015). Le fondateur de cette approche, Rogers, a formulé l'hypothèse suivante : « La relation d'aide psychologique est une relation permissive, structurée de manière précise, qui permet au client d'acquérir une compréhension de lui-même à un degré qui le rend capable de progresser à la lumière de sa nouvelle orientation » (Rogers, 2015, p. 33). Le but est « d'aider le client à recouvrer son courage, à s'adapter à une situation avec laquelle il éprouve de la difficulté, à se prendre en main et, si la situation le permet, à retrouver l'espoir d'un mieux-être » (Phaneuf & Gendron, 2016, p. 172). Cette approche est centrée sur la personne et repose sur plusieurs conduites fondamentales : la congruence, la présence du thérapeute, la considération positive inconditionnelle, la compréhension empathique et l'authenticité (Maeker & Maeker-Poquet, 2020 ; Rogers, 2018).

D'abord, la congruence représente l'état de pleine lucidité. Le thérapeute est conscient de ses émotions, ses pensées et ses comportements qui sont congruents les uns avec les autres (Rogers, 2018). La congruence exige que la personne prenne conscience de ses valeurs personnelles et maintienne une cohérence entre ce qu'elle dit et fait et ce qu'elle

croit et sait. La congruence se trouve étroitement liée avec l'authenticité, la capacité de rester soi-même au cours de contacts avec le client (Phaneuf & Gendron, 2016). L'intelligence émotionnelle intrapersonnelle se répercute sur la manière de prévoir, comprendre et gérer ses émotions, ce qui en fait la clé de la connaissance de soi (Goleman, 2014 ; Mikolajczak et al., 2020). L'IE inclut la capacité de distinguer ses propres sentiments et de choisir parmi eux ceux qui vont diriger son comportement (Goleman, 2014). Une explication plus détaillée de l'IE sera développée plus loin.

Ensuite, l'empathie est une compréhension exacte du monde intérieur de la personne. « Sentir le monde privé du client comme s'il était le vôtre, mais sans jamais oublier la qualité de "comme si"... » (Rogers, 2018, p. 192). Rogers met l'accent sur « comme si » pour renforcer la nécessité de faire la distinction de soi et des autres (Maeker & Maeker-Poquet, 2020). L'empathie permet d'apporter du réconfort au client, par la compréhension profonde de sa situation et de ce qu'il vit (Phaneuf & Gendron, 2016). Parallèlement, Goleman (2014), un des fondateurs du concept d'intelligence émotionnelle, exprime l'idée suivante : « L'empathie, une autre faculté fondée sur la conscience de soi, constitue l'élément fondamental de l'intelligence interpersonnelle .... Les personnes empathiques sont plus réceptives aux signaux subtils qui indiquent les besoins et les désirs des autres » (p. 71). L'intelligence interpersonnelle présente la capacité de percevoir le caractère, les émotions, la motivation et les besoins de l'autre, et de réagir en conséquence (Goleman, 2014).

Plusieurs auteurs (Dickason, 2020 ; Maeker & Maeker-Poquet, 2020 ; Vernay, 2018) placent au centre de la relation thérapeutique l'empathie, laquelle permet l'humanisation des soins tout comme l'intelligence émotionnelle le fait (Phaneuf, 2013). L'empathie se distingue en deux parties : l'empathie émotionnelle – capacité à ressentir l'état affectif de l'autre – et l'empathie cognitive, qui est la capacité à comprendre l'état de l'autre par sa volonté et de distinguer ses propres émotions de celles de l'autre (se prémunir, se préserver) (Phaneuf, 2013 ; Vernay, 2018). De plus, chaque être humain est naturellement apte à ressentir de l'empathie grâce à des neurones miroirs (Vernay, 2018). Ces derniers nous font percevoir les émotions des autres comme s'il s'agissait des nôtres (Le cerveau à tous les niveaux !, 2020b ; Phaneuf, 2013).

L'empathie est un des moyens pour établir une relation. Souvent, elle s'exprime au début par la communication non verbale : la posture, les expressions du visage, le ton de la voix, le silence, les mouvements corporels (par exemple la synchronisation corporelle) (DeVito et al., 2014 ; Phaneuf & Gendron, 2016 ; Vernay, 2018). Juste après, elle est

suivie par la communication verbale, par exemple la reformulation (Phaneuf & Gendron, 2016 ; Vernay, 2018).

Les travaux de Rogers ont été les fondements de plusieurs méthodes de soins chez les personnes âgées présentant des troubles neurocognitifs, par exemple la méthode de validation de Naomi Feil (Feil, 2018 ; Munsch-Roux & Munsch, 2008) et l'approche centrée sur la personne présentant des troubles neurocognitifs majeurs de Tow Kitwood (Fazio et al., 2018 ; Hanon & Pancrazi, 2012 ; Kitwood, 1993, 1997)<sup>1</sup>. Les travaux de Kitwood ont été retravaillés par Nolan, ce dernier ayant introduit l'approche centrée sur les relations qui (Bourbonnais et al., 2020) :

... vise non seulement à valoriser et à respecter la personne âgée vivant avec un TNC [trouble neurocognitif majeur] ..., mais elle [approche centrée sur les relations] précise qu'il faut aussi reconnaître l'interdépendance entre chaque personne (personne âgée, proche, soignant) dans un contexte socioculturel qui façonne leurs expériences (p. 95).

En résumé, toutes ces théories relèvent l'importance de la prise en charge relationnelle de la personne âgée ainsi que la nécessité de se centrer sur ses besoins, qu'elle présente des troubles neurocognitifs ou non, sans oublier son entourage. Cela amène à la réflexion sur l'intérêt de la connaissance de soi et de l'autre ainsi qu'à la réflexion sur l'intelligence émotionnelle.

### **2.3 Intelligence émotionnelle**

Qu'est-ce que l'intelligence émotionnelle ? « L'intelligence émotionnelle [IE] est un terme hybride... » (Mikolajczak et al., 2020, p. 4). En effet, l'intelligence est classiquement associée à l'idée de raison et de processus cognitifs de haut niveau, tandis que les émotions sont plus associées à de la passion et des processus primaires (Mikolajczak et al., 2020). Le concept d'intelligence émotionnelle peut être décrit comme la capacité à gérer ses propres émotions et celles des autres. Ce concept a été développé par différents auteurs, d'abord par Salovey et Mayer dans les années 1990 et ensuite par Reuven Bar-On et Daniel Goleman. Pour Mayer et Salovey, l'intelligence émotionnelle peut être apprise, alors que pour Bar-On, il s'agit d'un trait de personnalité. Goleman considère l'IE comme une combinaison d'habiletés qui peuvent être apprises et de traits de personnalité (Raghubir, 2018). Il est difficile de trouver une définition consensuelle. L'œuvre de Mikolajczak et al. (2020) a dégagé un relatif consensus : « les compétences

---

<sup>1</sup> Une explication plus détaillée de ces méthodes se trouve en Annexe VI.

émotionnelles (CE) [intelligence émotionnelle] réfèrent aux différences dans la manière dont les individus identifient, expriment, comprennent, utilisent et régulent leurs émotions et celles d'autrui » (p. 7). L'IE comporte l'intelligence interpersonnelle – comprendre les autres – et l'intelligence intrapersonnelle, tournée vers l'intérieur de soi-même (Goleman, 2014 ; Mikolajczak et al., 2020).

Selon Mikolajczak et al. (2020), cinq compétences émotionnelles de base ont été identifiées. La personne ayant des compétences émotionnelles élevées : est capable de reconnaître ses émotions et celles de l'autre ; comprend les causes et conséquences de ses émotions et de celles de l'autre ; est capable d'exprimer ses émotions, et de le faire de manière socialement acceptable ainsi que de permettre à l'autre de le faire également ; est capable de gérer (amplifier ou réduire) son stress et celui de l'autre ainsi que de gérer ses émotions et celles de l'autre ; utilise ses émotions pour accroître son efficacité et utilise les émotions de l'autre pour l'aider à accroître la sienne (prendre des décisions adaptées à la situation) (Mikolajczak et al., 2020).

Ces compétences se distinguent en trois niveaux différents : connaissances, habiletés et traits. Les connaissances représentent la palette des émotions et leur compréhension à propos de chacune des cinq dimensions. Les habiletés sont l'application de ces connaissances dans une situation émotionnelle. Enfin, les traits sont le comportement de manière générale dans une situation donnée. Les formateurs devront déterminer le niveau problématique chez la personne et travailler sur une correction du niveau défaillant (Goleman, 2014 ; Mikolajczak et al., 2020).

Les émotions sont toujours porteuses de messages qui facilitent un passage à l'action (Cloue et al., 2001 ; Mikolajczak et al., 2020). Elles « nous aident à nous adapter aux possibilités et aux défis auxquels nous faisons face lors d'événements importants de la vie » (Reeve, 2012, p. 347). Selon Tomkins (1962), l'émotion est le système motivationnel primaire. Par exemple, la privation d'air chez la personne va conduire à l'apparition d'une émotion forte comme la peur ou la terreur, ce qui va fournir l'énergie nécessaire pour agir (Reeve, 2012). En outre, les émotions fournissent de l'information sur le statut d'état émotionnel et sur l'adaptation personnelle de la personne (Buck, 1988 ; Reeve, 2012). Les émotions positives (l'intérêt, la joie) avisent que tout va bien et encouragent à continuer. En revanche, les émotions négatives (le dégoût, la culpabilité) informent que quelque chose ne va pas et conduisent à mettre un terme à l'action effectuée (Reeve, 2012). Scherer divise les manifestations de l'émotion en cinq dimensions : pensées provoquées par un déclencheur ; modification neurophysiologique ; tendances à l'action ;

modification du comportement et de l'expression ; ressenti de la personne (Mikolajczak et al., 2020). Les émotions de base, selon Ekman et Davidson (1994), sont celles qui : sont innées plutôt qu'acquises ; sont identiques pour tout le monde (indépendamment de la culture, de l'âge, de l'éducation) ; sont exprimées de manière universelle (expression du visage universelle) ; provoquent des réactions physiologiques distinctives et prévisibles (Reeve, 2012). Selon les auteurs, le nombre de ces émotions de base varie considérablement. La classification des émotions de base selon Plutchik (1980) inclut la peur, la colère, la tristesse, le dégoût, la surprise, l'acceptation, la joie et l'anticipation. Chacune présente différentes fonctions adaptatives et entraîne des tendances à l'action. Il est important de noter que ces fonctions adaptatives peuvent varier selon le contexte et la personne (Mikolajczak et al., 2020 ; Reeve, 2012). Cette revue de la littérature va présenter les choses de manière générale.

Par exemple, la peur est déclenchée par une menace, a la fonction de protection et est suivie par l'action comportementale de s'enfuir. La peur motive la personne à se défendre. Des changements physiologiques se produisent, notamment l'activation du système nerveux autonome – la personne tremble, transpire, subit une accélération des battements cardiaques, le sang est distribué vers les muscles –, ainsi que l'activation d'apprentissage (pour éviter de rencontrer le même danger) (Mikolajczak et al., 2020 ; Reeve, 2012). Selon Ekman et Friesen (2003), l'expression de la peur sur le visage est universelle et est représentée de la manière suivante : sourcils élevés et rapprochés, rides au centre du front, bouche ouverte et lèvres légèrement étirées horizontalement<sup>2</sup>.

Ainsi, chaque émotion est suivie par l'apparition d'expériences subjectives (un ressenti) à chaque vécu émotionnel (par exemple je ressens que j'ai peur) (Goleman, 2014 ; Mikolajczak et al., 2020).

Le centre de la perception et du ressenti des émotions dans le cerveau humain est l'amygdale limbique (Goleman, 2014 ; Le cerveau à tous les niveaux !, 2020c ; LeDoux, 1993, 2000). Elle est connectée aux multiples circuits du système d'alarme de l'organisme humain. Le stimulus extérieur d'un danger sera traité par deux voies parallèles dans le cerveau : la voie courte – thalamo-amygdalienne – et la voie longue, thalamo-cortico-amygdalienne. La première voie amène à l'amygdale une information grossière sur le stimulus et enclenche une réaction rapide sans passer par la cognition. La deuxième voie amène une information plus précise et la réaction sera corrigée et plus adaptée (Le cerveau à tous les niveaux !, 2020c). Par exemple, un enfant décide de faire une blague à

---

<sup>2</sup> Des explications détaillées sur d'autres émotions se trouvent en Annexe VII.

sa mère et il saute sur elle depuis sa cachette quand elle rentre à la maison. La première réaction de la mère est la peur : son cœur va s'accélérer, ses pupilles vont se dilater et le comportement pourrait être de crier ou même de frapper par réflexe. Cette réaction est la voie courte. Elle est plus primitive et plus intense, elle est dotée de la capacité de vaincre la raison (Goleman, 2014). Mais, après un instant, la mère va comprendre que c'est son fils de six ans et qu'il n'y a pas de danger. Elle va commencer à se calmer et gronder son fils de lui avoir fait cette mauvaise blague. Cette réaction vient du cortex. Il a reçu des informations plus détaillées, les a traitées, a reconnu le fils et a corrigé le comportement de la mère. Selon Buck (1984), la première voie est la réponse « biologique et trouve ses origines dans l'histoire ancienne de l'évolution de l'espèce humaine » (Reeve, 2012, p. 353). La deuxième voie est la réponse « cognitive et dépend de l'histoire unique d'apprentissage social et culturel de l'individu » (Reeve, 2012, p. 353). D'autres zones du cerveau, comme l'hippocampe (délivre une mémoire précise du contexte, par exemple pour faire une différence entre un loup dans un zoo et un loup dans une forêt) et le cortex préfrontal (inhibition de réponses comportementales inappropriées ; c'est lui qui va aider la mère à maîtriser ses émotions pour qu'elle puisse réagir efficacement à la situation), influencent l'amygdale et jouent un rôle important dans le comportement humain (Goleman, 2014 ; Le cerveau à tous les niveaux !, 2020c, 2020a ; LeDoux, 1993, 2000). Ces propos corroborent l'idée de Goleman (2014) selon laquelle les émotions guident la prise de décision et sont ainsi importantes dans l'adaptation socialo-comportementale. Le cerveau rationnel est un exécuter des émotions, sauf dans les moments où il perd le contrôle et lorsque c'est le cerveau émotionnel qui prend le dessus (Goleman, 2014).

L'article de Venkatesh et Fischer (2019) se penche sur la relation entre l'intelligence émotionnelle et la fonction cognitive. Les personnes ayant une capacité d'IE plus élevée montrent une plus grande capacité de contrôle cognitif par la réduction de l'impulsivité, l'amélioration de la détection des conflits et la capacité d'utiliser des connaissances antérieures (Pardeller et al., 2017). Selon les auteurs, la compréhension du mécanisme cognitif dans l'IE aurait des implications importantes dans le traitement du déclin cognitif chez les personnes âgées.

Dans le cadre de la gériatrie hospitalière, Dickason (2020) met en évidence les compétences relationnelles et émotionnelles comme dimensions clés chez les soignants travaillant en gériatrie. Les professionnels de la santé mobilisent les cinq compétences émotionnelles pour assurer des soins de qualité. Ils travaillent sur l'expression d'émotions spécifiques, sur la régulation de celles-ci et celles des autres pour améliorer la prise en charge du patient. Ainsi, les professionnels de la santé ajustent l'expression et la

régulation par des compétences émotionnelles d'identification et de compréhension. Ces compétences sont mobilisées non seulement vers les personnes âgées, mais aussi vers leurs proches, qu'il faille les rassurer ou « calmer le jeu » entre eux (Dickason, 2020).

Dans la même étude, Dickason soulève que les soignants sont parfois confrontés à l'agressivité ou à des difficultés à entrer en communication avec les personnes âgées présentant des troubles cognitifs ou d'autres pathologies. Dans ce genre de situation, Dickason recommande d'utiliser des compétences émotionnelles de régulation. Selon Rimé (2009), un des outils de régulation des émotions est le partage social. En effet, le 80% des personnes éprouvent le besoin de partager ce qu'elles viennent de vivre avec quelqu'un (Mikolajczak et al., 2020 ; Rimé, 2009). De plus, l'augmentation du nombre de soins palliatifs et la confrontation à la mort peuvent amener une charge émotionnelle plus ou moins lourde au quotidien. Suite à cela, le soignant « peut être amené à anesthésier ses ressentis ou à “se blinder” » (Dickason, 2020, p. 52). Il est important d'apprendre à identifier les signes faibles d'épuisement, même si c'est difficile de les repérer avec une charge de travail dense (Dickason, 2020).

Les intelligences émotionnelle et sociale, sources de nos élans affectifs et relationnels, peuvent être travaillées. Se sensibiliser à leurs capacités nous donne des outils pour enrichir nos vies et tendre vers un fonctionnement plus agréable et plus efficace dans nos équipes de travail et avec les patients.  
(Phaneuf, 2013, p. 35)

Ces idées indiquent la nécessité de l'utilisation de l'intelligence émotionnelle dans les soins des personnes âgées. C'est pourquoi ce travail tient à approfondir les connaissances sur les effets de l'intelligence émotionnelle chez les personnes âgées porteuses d'un déclin cognitivo-comportemental.

### **3 Méthode**

#### **3.1 Devis de recherche**

Cette revue de la littérature est réalisée pour explorer les connaissances scientifiques sur la question de recherche présentée auparavant. Selon Fortin et Gagnon (2016), la recherche en soins infirmiers inclut les deux paradigmes : postpositiviste et interprétatif. Le paradigme postpositiviste repose sur la pensée que la réalité est objective et doit être découverte par le chercheur. La relation de cause à effet peut expliquer tous les événements. Pour sa part, le paradigme interprétatif considère que la réalité sociale est multiple et que sa construction dépend des perceptions individuelles susceptibles de se modifier avec le temps (Fortin & Gagnon, 2016, p. 28). La méthode mixte de recherche est un mélange de méthodes qualitatives et quantitatives dans une étude.

Les études retenues identifient les effets de l'utilisation de l'intelligence émotionnelle chez les personnes âgées porteuses d'un déclin cognitivo-comportemental. Parmi les sept études sélectionnées, six sont quantitatives et une qualitative. Les études quantitatives permettent d'apporter des évaluations chiffrées et précises des effets de l'intelligence émotionnelle sur la personne âgée ainsi que ses proches et le personnel soignant. En revanche, l'étude qualitative permet d'approfondir ces résultats et de comprendre les sentiments vécus par l'individu concerné à la suite d'une situation interpersonnelle difficile. L'utilisation de différents types d'études permet de répondre à la question de recherche de façon plus appropriée. Enfin, quatre études retenues sont disciplinaires et trois non disciplinaires. Le concept d'intelligence émotionnelle appartient à la discipline psychologique et le domaine des soins infirmiers l'a emprunté. Le plus grand nombre d'études sur cette thématique ont été développées et approfondies par des chercheurs en psychologie.

#### **3.2 Collecte des données**

Différentes bases de données ont été consultées : CINAHL, PubMed, Embase et PsycINFO. Elles ont été consultées pour la première fois en mai 2020 et de décembre 2020 à mars 2021. Les mots-clés en français (intelligence émotionnelle, trouble cognitif) n'ont pas donné de résultat et ont été traduits en anglais. Les mots-clés et descripteurs utilisés sont décrits dans le Tableau 1. Les mots-clés et les opérateurs ont été liés entre eux avec les opérateurs booléens « AND » et « OR ». Les filtres par date (de 2016 jusqu'à 2021), par langue (anglais) et par âge (65 + ans) ont été utilisés.



Tableau 1 : Mots-clés et descripteurs

Concept	Mots-clés eng	Mesh	Cinahl headings	Emtree
<b>Emotional intelligence</b>	emotional intelligence* OR emotional competence* OR emotional quotient*	"emotional intelligence"[MeSH Terms]	MH "emotional intelligence"	'emotional intelligence'/exp OR 'emotional competence'/exp
<b>Cognition Disorders</b>	"cognition disorder*" OR "cognitive defect*" OR "cognitive abilitie*" OR "cognitive declin*" OR "cognitive function*" OR "cognitive impairment*"	"dementia"[Mesh] OR "cognition disorders"[Mesh]	MH "cognition" OR MH "Dementia"	'dementia'/exp OR 'cognitive defect'/exp

Tableau 2 : Équation de recherche CINAHL

Équation de recherche	Études trouvées	Études retenues
(MH "emotional intelligence" OR TI (emotional intelligence* OR emotional competence* OR TI emotional quotient*)) OR AB (emotional intelligence* OR emotional competence* OR emotional quotient*)) <b>AND</b> (MH "cognition disorders" OR TI (cogniti* OR dementia) OR AB (cogniti* OR dementia))	715	
Limitation (5 ans + Langue anglaise)	297	2
Limitation Âge 65 +	39	1

Tableau 3 : Équation de recherche Medline (PubMed)

Équation de recherche	Études trouvées	Études retenues
("emotional intelligence"[MeSH] OR "emotional intelligence*"[Title/Abstract] OR "emotional competence*"[Title/Abstract] OR "emotional quotient*"[Title/Abstract]) <b>AND</b> ("cognition disorders"[Mesh] OR "dementia"[Title/Abstract] OR "cognitive defect*"[Title/Abstract] OR "cognitive declin*"[Title/Abstract] OR "cognitive abilitie*"[Title/Abstract] OR "cognitive function*"[Title/Abstract] OR "cognitive impairment*"[Title/Abstract])	1650	
Limitation (5 ans + Langue anglaise et française)	474	
Limitation Âge 65 +	165	1

Tableau 4 : Équation de recherche Embase

Équation de recherche	Études trouvées	Études retenues
('cognitive defect'/exp OR dementia:ab,ti OR 'cognitive factor*':ab,ti OR 'cognitive abilitie*':ab,ti OR 'cognitive function*':ab,ti OR 'cognitive defect*':ab,ti OR 'cognitive declin*':ab,ti OR 'cognitive impairment*':ab,ti) <b>AND</b> ('emotional intelligence'/exp OR 'emotional competence'/exp OR 'emotional intelligence*':ab,ti OR 'emotional competence*':ab,ti OR 'emotional quotient*':ab,ti)	345	
Limitation 5 ans	243	2
Limitation Âge 65 +	50	

Tableau 5 : Équation de recherche PsycINFO

Équation de recherche	Études trouvées	Études retenues
(cognition disorders.mh. OR cognitive abilitie*.ab. OR cognitive abilitie*.ti. OR cognitive defect*.ab. OR cognitive defect*.ti. OR cognitive declin*.ab. OR cognitive declin*.ti. OR cognitive impairment*.ab. OR cognitive impairment*.ti. OR dementia.ab. OR dementia.ti. OR cognitive function*.ab. OR cognitive function*.ti.) <b>AND</b> (emotional intelligence.mh. OR emotional intelligence*.ab. OR emotional intelligence*.ti. OR emotional competence*.ab. OR emotional competence*.ti. OR emotional quotient*.ab. OR emotional quotient*.ti.)	212	
Limitation 5 ans	51	1

Un diagramme de flux PRISMA peut être consulté en annexe I.

### 3.3 Sélection des données

Les études sélectionnées pour ce travail portent sur les effets de l'intelligence émotionnelle chez les personnes âgées de 65 ans et plus avec des déclin cognitifs dans le cadre de la relation d'aide. Les études sur le proche aidant ont été incluses dans cette revue de littérature. Les critères d'exclusion sont toutes les pathologies cognitives liées à la psychiatrie (schizophrénie, trouble bipolaire), au traumatisme crânien et à d'autres maladies somatiques sous-jacentes. La thérapie focalisée sur la compassion, la thérapie cognitivo-comportementale et la méthode de validation ont également été exclues de cette revue, mais elles ont un lien étroit avec l'intelligence émotionnelle. Les recherches n'ont pas apporté de réponse complète à la question posée par cette revue de littérature. Une des études analysées souligne d'ailleurs la difficulté d'effectuer des recherches empiriques chez les personnes avec un déficit cognitif. Pour pallier ce problème, le tableau synoptique a été construit pour répondre à la question à la suite d'un croisement de plusieurs études qui peut être consulté à l'annexe IV. La pyramide des preuves sur laquelle est basée ce travail se trouve à l'annexe III. Finalement, un tableau récapitulatif des études se trouve ci-après.

### 3.4 Considérations éthiques

Toutes les études sélectionnées ont été approuvées par un comité d'éthique. L'étude de Luque-Reca et al. (2018) a mentionné qu'elle suivait strictement les directives de la Déclaration d'Helsinki et la législation espagnole relative à la recherche sur l'être humain. Toutes les études, hormis celle de Karimi et al. (2020), ont obtenu le consentement

éclairé et écrit des participants. L'essai de Bohn et al. (2019) a obtenu le consentement des représentants légaux pour les personnes porteuses d'un déclin cognitif, en plus du consentement des participants. Pour en revenir à l'étude de Karimi et al. (2020) ne mentionne pas de consentement, mais la participation a été volontaire. Les participants avaient le droit de quitter l'étude, ce qui est confirmé par les perdus de vue à hauteur de 46% des participants, à la suite de problèmes de santé ou de difficultés organisationnelles.

### **3.5 Analyse des données**

Dans le but de répondre à la question de recherche, chaque étude sera décrite et analysée séparément. L'intérêt sera accordé à la validité méthodologique, la pertinence clinique et l'utilité des résultats pour la pratique professionnelle. Les tableaux de recension des études examinées peuvent être consultés en annexe II.

Tableau 6 : Liste des articles retenus

N°	Auteurs	Titre	Année de publication	Base de données	Niv. de preuve
1	Odelyah Saad, Leehu Zysberg, Jeremia Heinik, Ron Ben-Itzhak, Anna Zisberg	The right kind of smart: emotional intelligence's relationship to cognitive status in community-dwelling older adults	2019	PsycINFO Embase	IV
2	Linzy Bohn, Sheree T. Kwong See & Helene H. Fung	Preference for emotionally meaningful activity in Alzheimer's disease	2019	Medline (PubMed) Embase	III
3	Maria del Carmen Gimenez-Espert, Vicente Javier Prado-Gasco	The role of empathy and emotional intelligence in nurses' communication attitudes using regression models and fuzzy-set qualitative comparative analysis models	2018	CINAHL	IV
4	Octavio Luque-Reca, Manuel Pulido-Martos, Esther Lopez-Zafra and José M. Augusto-Landa	The Importance of Emotional Intelligence and Cognitive Style in Institutionalized Older Adults' Quality of Life	2018	CINAHL	IV
5	Kim N. Foster, Andrea J. McCloughen	Emotionally intelligent strategies students use to manage challenging interactions with patients and families : A qualitative inquiry	2020	CINAHL	IV
6	Leila Karimi, Sandra G Leggat, Timothy Bartram, Jiri Rada	The effects of emotional intelligence training on the job performance of Australian aged care workers	2020	Embase	II
7	Howard K Butcher, Jean K Gordon, Ji Woon Ko, Yelena Perkhounkova, Jun Young Cho, Andrew Rinner, Susan Lutgendorf	Finding Meaning in Written Emotional Expression by Family Caregivers of Persons With Dementia	2016	Embase	II

## 4 Résultats

Dans cette section, chaque étude sera développée et analysée sous l'angle de sa validité méthodologique, sa pertinence clinique ainsi que son utilité.

### 4.1 Description de l'étude 1

Saad, O., Zysberg, L., Heinik, J., Ben-Itzhak, R., & Zisberg, A. (2019). The right kind of smart : Emotional intelligence's relationship to cognitive status in community-dwelling older adults. *International Psychogeriatrics*, 31(9), 1241-1247. Embase.

<https://doi.org/10.1017/S1041610218002284>

Cette étude corrélacionnelle transversale réalisée en Israël avait pour objectif d'examiner la possibilité que l'intelligence émotionnelle soit positivement associée à la fonction cognitive de la personne âgée. L'échantillonnage accidentel\* (non probabiliste\*) a été réalisé dans deux cliniques de la mémoire de la communauté urbaine du centre d'Israël entre avril 2015 et avril 2017. Les critères d'inclusion étaient les suivants : être âgé de 60 ans et plus ; ne pas avoir de preuve de démence selon le DSM-IV (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 4<sup>e</sup> édition) ; ne pas avoir de problèmes psychiatriques majeurs et ne pas avoir de déficience sensorielle sévère (vue ou audition). L'échantillon\* final était composé de 151 participants d'un âge moyen ( $\bar{x}$ )\* de 79 ans avec écart type\* (ET) de 7,00. 63,6% étaient des femmes et le niveau d'éducation moyen était de 12,88 ans avec ET de 4,31.

Les données médicales ont été collectées à partir du dossier médical des patients après avoir obtenu leur accord. Les tests cognitifs et entretiens ont été menés au domicile des patients par une infirmière qualifiée. Les fonctions cognitives des participants ont été évaluées à l'aide du Montreal Cognitive Assessment avec une sensibilité de 94,6% et une spécificité de 76,3%. L'IE a été estimée par un test audiovisuel d'IE (AVEI) avec la fidélité\* adéquate et la validité\* prédictive. La capacité mentale générale a été testée par les matrices progressives colorées de Raven, utilisées chez les personnes âgées dans des études antérieures. Finalement, l'évaluation clinique et fonctionnelle a été mesurée par le questionnaire de Barthel (AVQ) avec un alpha de Cronbach\* à 0,73, l'indice de Lawton (AIVQ) avec  $\alpha=0,83$ , l'indice de comorbidité de Charlson (développé et validé par Charlson et al., 1987), ainsi que l'échelle de dépression gériatrique ( $\alpha=0,80$ ).

Tout d'abord, les statistiques descriptives\* ont été calculées pour vérifier la normalité de l'échantillon et les effets de plancher\* ou de plafond\* dans la distribution. Les associations

entre les variables ont été évaluées à l'aide de corrélation de Pearson\*. Ensuite, les statistiques inférentielles\* de l'analyse de régression linéaire\* multiple\* par bloc ont été effectuées. Le premier bloc inclut les variables contrôlées : âge, sexe, état dépressif, niveau d'éducation, niveau d'AIVQ, capacités mentales générales et comorbidité. Au deuxième bloc, l'IE a été ajoutée comme variable indépendante\*. Pour chaque bloc, le coefficient de corrélation multiple au carré ( $r^2$ )\* et la pente de la droite (b)\* ont été calculés. Le niveau de signification statistique\* pour toutes les analyses a été fixé à  $p^* < 0,05$ . Les chercheurs ont conclu que l'IE est le facteur le plus fortement associé à la fonction cognitive et contribue à hauteur de 9,1% supplémentaire à la valeur de  $r^2$  ( $p < 0,01$ ).

#### 4.1.1 Validité méthodologique

Cette étude se base sur un échantillonnage accidentel de type non probabiliste qui peut comporter certaines limites sur la validité externe\*, car « cette technique ne rend pas compte de la représentativité de l'échantillon, réduisant ainsi la possibilité de généraliser les résultats » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 270). Les critères d'inclusion ont été clairement définis, ce qui n'est pas le cas des critères d'exclusion. Il pourrait en résulter un biais d'échantillonnage\*. Cependant, les chercheurs ont renforcé la représentativité par des tests de normalité ainsi que l'effet de plancher et de plafond dans la distribution. Cela a renforcé l'homoscédasticité\* de la régression linéaire. De plus, comme mentionné par les chercheurs, l'échantillon était composé de personnes âgées de classe moyenne en milieu urbain fréquentant une clinique de la mémoire, ce qui limite la généralisation de l'étude.

En ce qui concerne la validité interne\* de l'étude, elle a été renforcée premièrement par l'utilisation d'outils validés et fiables (alpha de Cronbach de 0,73, 0,83 et 0,80). Deuxièmement, les tests ont été effectués par une infirmière qualifiée.

Le choix des covariables a été basé sur les résultats significatifs de plusieurs études antérieures (Almeida et al., 2012 ; Chan et al., 2019 ; Langa & Levine, 2014 ; Roberts et al., 2015 ; Vassilaki et al., 2015), ce qui renforce la validité interne de l'étude. La cohérence est renforcée par des résultats concordants avec ceux d'autres auteurs (Mikolajczak et al., 2015 ; Zeidner & Matthews, 2016). Néanmoins, elle est menacée par l'utilisation de l'analyse corrélationnelle qui permet d'établir la relation entre les variables, mais ne permet pas d'établir la relation causale (Fortin & Gagnon, 2016). Malgré les résultats significatifs de la forte association de l'IE avec la fonction cognitive, il n'y a pas suffisamment de preuves de relations causales entre elles. En pratique, cela remet en cause le fait d'utiliser ces résultats.

#### **4.1.2 Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle**

Les chercheurs relèvent qu'il s'agit d'une étude initiale consacrée à cette population et à cette problématique. Ils recommandent d'effectuer des recherches supplémentaires afin d'examiner de manière plus approfondie le rôle de l'intelligence émotionnelle et si cette dernière peut prédire la fonction cognitive. Les chercheurs soulignent que les résultats de plusieurs autres études indiquent l'existence d'une corrélation significative entre l'IE et la fonction cérébrale (Fernández-Abascal & Martin-Diaz, 2015 ; Mikolajczak et al., 2015). Ils supposent que des personnes avec des déclin cognitifs pourraient aussi présenter un déclin de l'IE.

Les effets de l'IE sur la santé ont été observés dans d'autres études (Matthews et al., 2012 ; Mikolajczak et al., 2015 ; Zeidner & Matthews, 2016 ; Zysberg, 2018). Ces études établissent que la diminution des risques de problèmes de santé ou des changements de style de vie pourraient prévenir ou diminuer le déclin cognitif. Selon Zysberg et Raz (2015), il existe deux mécanismes : la régulation des émotions qui permet des pratiques d'auto-soin proactives et une meilleure gestion du stress. Ces mêmes chercheurs pensent aussi que l'IE pourrait être améliorée par la formation des personnes âgées. Les auteurs suggèrent de réaliser des études vérifiant si l'entraînement à l'IE pourrait prévenir ou ralentir le déclin cognitif.

Cette étude a été réalisée dans une communauté urbaine d'Israël et ses résultats pourraient être transférables au même type de communauté en Suisse et en Valais, au niveau de l'éducation et de l'accès aux soins, avec un certain degré de différence culturelle. Néanmoins, comme cela a déjà été expliqué dans la section de validité méthodologique, à la suite des différentes limites de validité externe, les résultats de l'étude ne pourront pas être généralisés à la population valaisanne. Toutefois, il existe un réel intérêt pour approfondir cette thématique dans l'application clinique des soins infirmiers valaisans.

#### **4.2 Description de l'étude 2**

Bohn, L., Kwong See, S. T., & Fung, H. H. (2019). Preference for emotionally meaningful activity in Alzheimer's disease. *Aging & Mental Health*, 23(11), 1578-1585. Medline.  
<https://doi.org/10.1080/13607863.2018.1506750>

Cette étude quantitative s'est déroulée dans la région d'Edmonton au Canada. Son but était de savoir si les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer (MA) donnent la



priorité aux activités émotionnellement significatives même si elles ne perçoivent pas le temps qu'il leur reste à vivre. Selon la théorie de la sélectivité socio-émotionnelle (SST), les personnes âgées donnent la priorité au moment présent et aux activités émotionnellement significatives en raison de leur perception du temps limité à vivre. Pour leur part, les personnes jeunes préfèrent des activités et des relations sociales nouvelles pour élargir leurs connaissances. Chez la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer, la perception du temps est modifiée et la SST ne pourrait plus être appliquée.

Un échantillonnage accidentel non probabiliste a été utilisé. Les participants des groupes de contrôle étaient des personnes en bonne santé réparties en trois tranches d'âge (jeune adulte  $\bar{x}$  d'âge=22,48 et ET=2,52 ; personne du troisième âge  $\bar{x}$ =67,56 et ET=4,72 et personne du quatrième âge  $\bar{x}$ =80,24 et ET=2,83). Ils ont été engagés à l'université de psychologie et dans les logements communautaires (N=25 pour chaque groupe). La majorité des participants du groupe expérimental, soit les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ( $\bar{x}$ =84,38 et ET=4,07), a été recrutée dans un établissement de soins de longue durée (N=26). Les critères d'exclusion sont le diagnostic premier autre que la démence de type Alzheimer, des antécédents de traumatismes crâniens graves, d'abus d'alcool ou de drogues, des complications thyroïdiennes non traitées et des maladies neurodégénératives.

Les données démographiques ont été collectées. Les chercheurs ont veillé à avoir un groupe expérimental homogène et ont effectué le test MMSE ( $\bar{x}$ =17,58, ET=3,85) et le test Dementia Severity Rating Scale ( $\bar{x}$ =18,00, ET=8,78). Le bien-être des participants a été mesuré avec l'échelle de satisfaction de vie (alpha de Cronbach à 0,61). La méthode de tri de carte\* a été utilisée pour catégoriser les activités et elle a été effectuée seulement par les participants en bonne santé pour éviter les surcharges cognitives pour le groupe expérimental. La même méthode a été pratiquée pour établir la préférence d'activités pour chaque groupe. Les chercheurs ont posé des questions ouvertes aux participants pour confirmer les résultats obtenus. Tout au long de l'expérience, les chercheurs se sont assurés de la compréhension des tâches par le groupe expérimental.

En premier lieu, la statistique descriptive a été établie pour les variables démographiques. Des différences significatives entre les groupes ont été mises en avant par rapport aux variables concernant l'âge, le niveau d'éducation et de santé.

En deuxième lieu, la statistique exploratoire par le positionnement multidimensionnel (MDS) à trois voies a été calculée pour la liste des différentes activités établie par les chercheurs. Les trois voies ont été déterminées avec leurs pôles : interaction sociale

(minimale/considérable), familiarité (pratiqué régulièrement/rarement) et potentiel émotionnel positif (prévisible/imprévisible). Les résultats entre les groupes ont relevé que les activités liées aux émotions positives prévisibles avaient plus d'importance pour les personnes âgées, y compris les personnes touchées par la maladie d'Alzheimer (0,75, 0,39 et 0,36 contre 0,17 pour les personnes jeunes). 73% des personnes atteintes de la maladie ont donné la priorité aux activités familiales, suivies par les personnes du troisième âge à hauteur de 33%, par les personnes âgées du 4<sup>ème</sup> âge à 28% et les jeunes à 13%.

En dernier lieu, les coefficients de corrélation de Spearman\* ont été calculés entre les activités préférées et le niveau de bien-être des participants. Une corrélation significative a été identifiée entre les activités émotionnellement positives et un plus grand niveau de bien-être ( $r=0,269$ ,  $p=0,007$ ) ; une corrélation modérée entre les activités familiales et le niveau de bien-être ( $r=0,169$ ,  $p=0,092$ ). Une plus grande préférence pour les activités émotionnellement positives ou familiales a été corrélée positivement avec un plus grand niveau de bien-être.

#### **4.2.1 Validité méthodologique**

L'échantillonnage de type non probabiliste (accidentel) comporte un certain biais, car il est composé de sujets qui ont choisi de participer (Fortin & Gagnon, 2016). De plus, la représentativité de la population est compromise par le caractère monocentrique de l'échantillon. Aussi, les personnes atteintes de maladie d'Alzheimer proviennent principalement d'établissements de soins de longue durée. Cela induit une faible validité externe et limite la généralisation des résultats. Les critères d'exclusion précis ainsi que les tests cognitifs utilisés ont permis aux chercheurs d'acquérir un échantillon homogène, ce qui renforce la validité interne d'étude.

Les chercheurs ont conclu qu'il y avait une différence entre les groupes au niveau de l'éducation, mais elle n'a pas été prise en compte. Cela pourrait induire une erreur systématique\* dans les résultats. Ainsi, l'analyse au niveau des groupes, sans analyse interindividuelle, diminuerait la validité interne. En revanche, les chercheurs ont choisi la méthode du tri de cartes, ce qui diminue un biais de désirabilité sociale\*, selon les chercheurs. Le nombre d'items de MDS a été conforme aux directives de Kruskal et Wish (1978). De plus, la présentation aléatoire prédéterminée de cartes et la triangulation\* des données qualitatives et quantitatives renforcent la validité interne de l'étude.

La liste d'activités a été basée sur la littérature du programme social d'Adams et al. (2011), et sa pertinence a été confirmée par les participants. Cela accroît la validité interne ainsi que la validité externe de l'étude. En outre, la validité externe a été renforcée par le croisement des résultats avec d'autres résultats d'études (Menne et al., 2012 ; Parisi et al., 2015 ; Phinney, 2006).

Cependant, le résultat corrélationnel entre l'activité émotionnelle positive et le bien-être ne montre pas l'effet causal. La troisième variable pourrait être à l'origine de cet effet. Cela remet en question l'utilisation de ces résultats pour la pratique.

#### **4.2.2 Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle**

Les chercheurs de cette étude suggèrent que les personnes âgées touchées par la maladie d'Alzheimer ont les mêmes préférences en matière de types d'activité que les autres personnes âgées de la même tranche d'âge en bonne santé. Malgré la diminution des capacités cognitives et la perspective temporelle déformée, ces personnes ont montré leur attirance pour les activités optimisant leur bien-être émotionnel et focalisées sur le moment présent, et non pas pour des activités permettant l'acquisition de connaissances ou de nouvelles informations (Carstensen, 2006).

Les recherches de Menne et al. (2012), Parisi et al. (2015) et Phinney (2006) relèvent la préférence de personnes atteintes par la maladie d'Alzheimer pour des activités familiales, car elles augmentent leur bien-être émotionnel. La théorie de la sélectivité-optimisation-compensation de Baltes (1990) explique que les activités de cette nature sont plus susceptibles de rester dans leurs capacités. De plus, Genoe et Dupuis (2014) ont constaté que les personnes atteintes de démence précoce recherchent activement des activités de loisirs correspondant à leur niveau de fonctionnement actuel.

Enfin, pour la pratique, les chercheurs ont recommandé d'identifier les activités familiales et appréciées par la personne auparavant et de les adapter à son niveau fonctionnel. Cette stratégie permettrait à la personne touchée par la MA d'accroître son bien-être ainsi que d'atteindre ses objectifs émotionnels.

Cette étude a été menée au Canada dans la région d'Edmonton. Le niveau socio-économique du Canada correspond à celui de la Suisse. Edmonton est la capitale de la province canadienne d'Alberta (City of Edmonton, 2021). Les résultats de cette étude pourraient être généralisés, avec prudence, au contexte valaisan malgré certains biais méthodologiques. Actuellement, le canton du Valais œuvre déjà dans cette direction. Par

exemple, le Centre médicosocial de la région de Sion travaille sur la sensibilisation de son personnel à la méthode d'Humanitude (CMS Région de Sion, 2019).

### 4.3 Description de l'étude 3

Giménez-Espert, M. del C., & Prado-Gascó, V. J. (2018). The role of empathy and emotional intelligence in nurses' communication attitudes using regression models and fuzzy-set qualitative comparative analysis models. *Journal of Clinical Nursing*, 27(13-14), 2661-2672. <https://doi.org/10.1111/jocn.14325>

Cette étude descriptive corrélationnelle a été réalisée en Espagne. Son but était d'explorer l'empathie et l'intelligence émotionnelle en tant que facteurs prédictifs de l'attitude des infirmiers à propos de la communication avec les patients. De plus, elle visait à comparer les aspects émotionnels de l'IE et de l'empathie avec les éléments affectifs et cognitifs d'attitudes afin de prédire les comportements potentiels. Les chercheurs ont utilisé deux moyens méthodologiques : le modèle de régression hiérarchique (multiple) et la méthode fuzzy-set Qualitative Comparative Analysis\* (fsQCA).

Un échantillon accidentel, de 460 infirmiers (75,6% de femmes, 24,4% d'hommes) recrutés dans six hôpitaux espagnols de la Communauté valencienne entre septembre 2015 et février 2016, a été constitué. Seuls les infirmiers en activité et qui ont donné leur consentement éclairé ont pu participer à l'étude. Les infirmiers qui ont rempli moins que 60% des instruments ont été exclus.

La collecte des données a été réalisée à l'aide d'un questionnaire portant sur les caractéristiques démographiques : genre, âge ( $\bar{x}$ =44,13 ans, ET=11,58), expérience en matière de soins ( $\bar{x}$ =18 ans et 3 mois, ET=148,89 mois, Md\*=5 ans et 3 mois), niveau d'éducation (79,7% sont titulaires d'un diplôme de Bachelor), situation professionnelle (53,8% de postes fixes). L'empathie a été mesurée par l'échelle Jefferson Scale of Nursing Empathy, adaptée par les chercheurs pour des soins infirmiers espagnols, avec trois dimensions : composante cognitive (alpha de Cronbach=0,87), compréhension des sentiments du patient ( $\alpha$ =0,78) et se mettre à la place du patient ( $\alpha$ =0,76). L'intelligence émotionnelle était mesurée par l'échelle Trait Meta-Mood Scale by Salovey (TMMS24), adaptée et validée en espagnol (Fernandez-Berrocal et al., 2004), avec trois dimensions : identification des émotions ( $\alpha$ =0,80), compréhension des émotions ( $\alpha$ =0,87), régulation des émotions ( $\alpha$ =0,85). Enfin, les trois dimensions de l'attitude ont été mesurées par l'instrument créé par les chercheurs. L'instrument Attitudes Towards Communication of nurses (ACO) était composé de trois dimensions : cognitive (orientation du patient et de

sa famille ; alpha de Cronbach=0,85), affective (anxiété chez l'infirmier ;  $\alpha=0,95$ ) et comportementale (actions réalisées avec le patient et sa famille en matière de communication ;  $\alpha=0,92$ ). Tous les instruments comportaient une échelle de Likert\* à cinq éléments.

Tout d'abord, la statistique descriptive des participants a été calculée, ainsi que les valeurs de calibrage pour le modèle fsQCA. Ensuite, les statistiques inférentielles ont été employées pour analyser les résultats. Le modèle de régression hiérarchique a été effectué en trois étapes. Premièrement, les corrélations ont été calculées entre les trois dimensions de l'empathie sur les trois dimensions de l'attitude ; deuxièmement, les trois dimensions de l'IE ont été ajoutées et, enfin, les dimensions affectives et cognitives de l'attitude ont été ajoutées, mais seulement pour la dimension comportementale de l'attitude. Selon les résultats, l'empathie et l'IE expliquent ( $p \leq 0,001$ ) : 19% de la variance des dimensions affectives ; 22% de la variance des dimensions cognitives ; 33% de la variance des dimensions comportementales. Les dimensions d'attitudes affective et cognitive expliquent 31% ( $p \leq 0,001$ ) de la dimension comportementale. Ensuite, le modèle fsQCA a été calculé avec les mêmes critères. Selon les résultats des deux méthodes, la composante cognitive de l'empathie et la compréhension des émotions de l'IE prédisent de manière significative et positive les dimensions de l'attitude des infirmiers concernant la communication avec les patients. Or, la dimension de l'attitude affective est significative dans le sens négatif.

#### **4.3.1 Validité méthodologique**

L'échantillonnage est l'une des limites principales de cette étude. Il est accidentel, non probabiliste, et ne comprend que des hôpitaux de la communauté de Valence. Les critères d'inclusion et d'exclusion manquent de précision. Ils pourraient induire des biais d'échantillonnage et ainsi diminuer la validité interne de l'étude. Même si la taille de l'échantillon remplit les critères des méthodes statistiques utilisées, la généralisation de ces résultats est compromise.

L'utilisation des instruments d'autoévaluation pourrait induire un biais de désirabilité sociale et/ou un biais de mémoire\* et ainsi affaiblir la validité interne de l'étude. Cependant, la validité interne se trouve renforcée par la triangulation de modèles statistiques pour analyser les résultats et par l'utilisation d'outils validés et fiables (les alpha de Cronbach varient entre 0,76 et 0,95). L'outil conçu pour cet essai est basé sur la littérature reconnue, ce qui renforce sa validité interne (Breckler, 1984 ; Giménez-Espert et al., 2020 ; Girandola & Joule, 2013).

Les méthodes d'analyse choisies correspondent au paradigme et aux hypothèses de l'étude. Selon Fortin et Gagnon (2016), « la régression multiple est souvent utilisée dans la recherche en soins de santé dans le but d'examiner l'effet de divers facteurs sur un résultat anticipé » (p. 427). La méthode fsQCA permet « de mettre en évidence la complexité causale sous-jacente à de nombreux phénomènes en sciences sociales » (Lehiany & Chiambaretto, 2019, p. 2). La triangulation des deux méthodes et le croisement avec des résultats convergents d'autres recherches (Alhadidi et al., 2016 ; Hurley, 2008 ; Kahraman & Hiçdurmaz, 2016 ; McQueen, 2004 ; Shanta & Connolly, 2013 ; Stayt, 2009) permettent d'augmenter considérablement la validité interne de l'étude.

#### **4.3.2 Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle**

Les auteurs concluent que la composante cognitive de l'empathie prédit la dimension comportementale de l'attitude des infirmiers au sujet de la communication. Elle contribue à une compréhension de l'expérience du patient avec l'intention de l'aider (Fields et al., 2004 ; Hojat et al., 2001). La compréhension et la régulation des émotions diminuent les pensées intrusives et induisent une plus grande efficacité émotionnelle (Ramos et al., 2007). Cela améliore l'attitude comportementale à l'égard de la communication. Par contre, une attention excessive aux émotions négatives entraîne un stress physiologique et diminue l'attitude comportementale (Davis & Nichols, 2016).

Les résultats de cette étude ainsi que les résultats d'autres auteurs soutiennent l'idée que l'empathie et l'IE influencent la capacité à communiquer efficacement (Alhadidi et al., 2016 ; Hurley, 2008). Les infirmiers ayant des compétences en IE et en empathie prodiguent généralement des soins de meilleure qualité, ce qui augmente le niveau de satisfaction du patient (Kahraman & Hiçdurmaz, 2016 ; McQueen, 2004).

Les chercheurs recommandent pour la pratique d'établir des programmes de formation sur l'empathie et l'IE qui conduiront à une amélioration de la communication avec le patient. Ils renforceront les capacités émotionnelles des infirmiers dans le but de créer des soins de haute qualité.

Cet essai européen est transférable au contexte suisse et valaisan au niveau socio-sanitaire. En plus, de nombreux infirmiers de l'hôpital du Valais sont ressortissants de pays européens (France, Portugal, Espagne, Italie). Le programme de formation de la Haute École de Santé Valais-Wallis inclut déjà différents cours sur l'intelligence émotionnelle et sur l'empathie, ainsi que des cours sur la communication. Ces derniers

permettent d'améliorer la qualité des soins et d'éviter l'épuisement professionnel des soignants. Cependant, la généralisation de ces résultats se trouve compromise à la suite des limites mentionnées plus haut.

#### 4.4 Description de l'étude 4

Luque-Reca, O., Pulido-Martos, M., Lopez-Zafra, E., & Augusto-Landa, J. M. (2018). The Importance of Emotional Intelligence and Cognitive Style in Institutionalized Older Adults' Quality of Life. *Journal of General Psychology*, 145(2), 120-133. ccm.  
<https://doi.org/10.1080/00221309.2018.1437384>

Cette étude transversale quantitative réalisée en Espagne a pour but de déterminer si l'intelligence émotionnelle perçue par la personne (PIE) est liée à un style cognitif. En plus, les auteurs cherchent à comprendre quels sont les rôles des styles cognitifs optimiste et pessimiste dans la relation entre la PIE et le niveau de qualité de vie (QdV) chez les personnes âgées institutionnalisées. Les participants de l'échantillon par commodité (accidentel et non probabiliste) ont été recrutés dans trois maisons de retraite au sud de l'Espagne. Les critères d'inclusion et d'exclusion n'ont pas été clairement décrits par les auteurs. L'échantillon final est composé de 115 personnes âgées institutionnalisées (47,8% de femmes), âgées de 65 à 101 ans. Seuls 33% des participants ne présentaient aucun trouble cognitif évalué à l'aide du Mini-Mental State Examination en utilisant un seuil de 23/24 sur 35 points possibles.

Les instruments ont été fournis de manière individuelle à chaque participant. La qualité de vie multidimensionnelle des personnes âgées a été mesurée par l'instrument Brief Quality of Life Questionnaire. Il présente une cohérence interne\* adéquate, avec des valeurs  $\alpha$  de Cronbach allant de 0,66 à 0,92. Les styles cognitifs optimiste et pessimiste ont été mesurés par l'instrument Life Orientation Test-Revised. Il a montré des propriétés psychométriques adéquates (lisibilité, reproductibilité, cohérence interne, sensibilité au changement et validation externe), avec  $\alpha=0,72$  (Gustems-Carnicer et al., 2017). Enfin, l'intelligence émotionnelle est mesurée par l'échelle Wong and Law Emotional Intelligence Scale ; les coefficients alpha de Cronbach sont adéquats (0,83-0,90).

En premier lieu, la statistique descriptive univariée a été réalisée pour les variables indépendantes et dépendantes. En deuxième lieu, l'analyse bivariée, via la corrélation de Pearson, a été effectuée pour évaluer les associations entre les variables de l'étude. La PIE indique une relation positive modérée avec le style cognitif optimiste ( $r=0,41$ ,  $p<0,01$ ) et une relation négative avec le style pessimiste ( $r=-0,70$ ,  $p<0,01$ ). En troisième lieu, la

statistique interférentielle a été réalisée par une série d'analyses de régression linéaire multiple en trois étapes : les corrélations entre les dimensions de la QdV et les covariables (genre et âge) ; ensuite les styles cognitifs optimiste et pessimiste ont été ajoutés ; enfin, la PIE a été ajoutée. Des corrélations significatives positives ont été trouvées entre le style cognitif positif et les dimensions de la QdV (santé 17%, capacité fonctionnelle 3%, satisfaction dans la vie 17%) ; entre la PIE et les dimensions de la QdV (santé 5%, capacité fonctionnelle 3%, activités et loisirs 2%, satisfaction dans la vie 2%). Des corrélations significatives négatives ont été trouvées entre le style cognitif pessimiste et les dimensions de la QdV (intégration sociale 12%, capacité fonctionnelle 3%, activités et loisirs 21%). Et enfin, les analyses de médiation\* ont été calculées. Les résultats indiquent que les styles cognitifs ne jouent qu'un rôle médiateur partiel dans la relation entre l'intelligence émotionnelle perçue et la qualité de vie de la personne âgée institutionnalisée.

#### **4.4.1 Validité méthodologique**

L'échantillon accidentel, non probabiliste, et sa faible taille diminuent la validité externe de l'étude. Pour pallier cette petite taille, les chercheurs ont utilisé la technique Bootstrapping\*. Néanmoins, cela peut aussi contribuer à l'apparition de certains biais d'échantillonnage. Les critères d'inclusion et d'exclusion n'ont pas été clairement définis, ce qui pourrait induire un biais de sélection\* et diminuer la validité interne de l'étude. En raison de ce qui précède, la généralisation de l'étude est compromise.

En ce qui concerne les instruments utilisés, ils sont valides et fiables avec des alpha de Cronbach entre 0,66 et 0,92 ; 0,72 et 0,83-0,90. De ce fait, la validité interne est renforcée. En revanche, l'utilisation d'outils d'autoévaluation pourrait induire des biais de désirabilité sociale et affaiblir la validité interne.

Dans l'analyse de régression linéaire, « la connaissance de la valeur d'une variable permet de prédire la valeur de l'autre » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 427). Cependant, selon Trafimow (2017), l'analyse de médiation pourrait comporter différents biais et ne pourrait pas établir de relations causales. De plus, le devis d'étude transversale est utilisé sans l'analyse de temporalité. Dans ce cas-là, il est plus adéquat de parler d'effet indirect que de médiation. Cela influence de façon négative la validité interne. Néanmoins, les résultats de cette étude convergent vers des résultats similaires d'autres études (Carstensen et al., 1999, 2011), ce qui renforce la validité de l'essai.



#### **4.4.2 Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle**

Les auteurs de cet essai soulignent les idées suivantes. Tout d'abord, l'intelligence émotionnelle perçue par les personnes âgées institutionnalisées prédit les dimensions de la qualité de la vie liée à la personne (santé, capacités fonctionnelles, activités et loisirs et satisfaction dans la vie). En revanche, les corrélations significatives n'ont pas été trouvées entre l'IE et les dimensions de la QdV environnementale. Ce résultat est soutenu par l'idée de Suri et Gross (2012), selon laquelle un vieillissement sain dépend d'une régulation réussie des émotions. Cela pourrait être expliqué par le fait que les personnes plus intelligentes sur le plan émotionnel peuvent être plus disposées à demander du soutien et des conseils aux professionnels (Ciarrochi & Deane, 2001). Un plus grand nombre de comportements sains pourrait en découler. Une autre explication pourrait provenir du fait que les personnes âgées ayant une PIE plus élevée seraient plus habiles dans leurs relations interpersonnelles. Ainsi, elles interagissent plus avec leurs soignants et s'investissent plus dans leur santé (Luque-Reca et al., 2015).

Par ailleurs, une intelligence émotionnelle élevée peut développer des attentes de vie plus positives. Elles se traduisent par un niveau plus élevé de santé, de satisfaction de vie, d'activités et de loisirs, ainsi que par la diminution du nombre de pensées de rumination négative (Carver et al., 2010 ; Extremera et al., 2007).

Les auteurs de cette étude recommandent de développer des outils pour améliorer la qualité de vie des personnes âgées. Ils recommandent également la conception de programmes visant à améliorer le niveau d'intelligence émotionnelle et le niveau d'empathie, ce qui va renforcer les relations sociales.

Cette étude espagnole pourrait être généralisée au contexte suisse et valaisan au niveau socio-sanitaire, géographique et culturel. Néanmoins, en raison des limites de validité interne, les résultats devront être généralisés avec précaution. Le canton du Valais a prévu le budget de CHF 296 000.00 pour la santé psychique des seniors pour la période 2017-2020 (Berthouzoz, 2017). Ce budget inclut des programmes de formation visant la sensibilisation du personnel de centres médicosociaux au bien-être psychique des seniors et des programmes pour les étudiants en santé.

#### 4.5 Description de l'étude 5

Foster, K. N., & McCloughen, A. J. (2020). Emotionally intelligent strategies students use to manage challenging interactions with patients and families : A qualitative inquiry. *Nurse Education in Practice*, 43, 102743. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2020.102743>

Cet essai qualitatif interprétatif mené en Australie a pour objectif d'étudier le vécu des étudiants en soins infirmiers et en pharmacie durant leur stage clinique, dans des situations interpersonnelles difficiles. D'autre part, cette étude cherche à identifier la manière dont les étudiants ont utilisé des compétences d'intelligence émotionnelle pour gérer ces situations. Il s'agissait de la phase qualitative d'une plus grande étude séquentielle explicative à méthode mixte.

La phase initiale d'étude quantitative préalable fournissait des scores d'intelligence émotionnelle qui ont été utilisés pour sélectionner les participants de manière intentionnelle\* (non probabiliste). L'échantillon final de l'étude qualitatif se composait de 20 étudiants de dernière année, 12 en soins infirmiers et huit en pharmacie, d'une université de Sydney, principalement des femmes nées en Australie. Les étudiants ont suivi des cours sur la théorie et les compétences de communication dans leurs cursus. Le score moyen d'IE des participants était de 119, ce qui est proche de la moyenne de 121 de la norme Genos Emotional Intelligence Inventory (alpha de Cronbach 0,96 dans la version australienne, Gignac, 2010).

La collecte de données a été effectuée par des entretiens semi-structurés de 45 à 60 minutes, menés sur le campus par des assistants de recherche formés. Deux questions ouvertes ont été posées, l'une sur une situation interpersonnelle difficile vécue dans la pratique clinique et l'autre sur la stratégie de gestion de cette situation. Les entretiens ont été enregistrés en audio et transcrits mot à mot.

Par la suite, l'analyse qualitative de contenu a été réalisée. La procédure inductive, qui est décrite par Graneheim et Lundman (2004), a été utilisée. Les deux assistants de recherche ont établi des groupes de données significatives, lesquels ont été condensés de manière itérative en codes et catégories. Par la suite, les codes ont été vérifiés, interprétés et affinés par les chercheurs. Les catégories ont été élaborées collectivement et évaluées lors de réunions régulières entre les assistants de recherche et les chercheurs jusqu'à obtenir un consensus. Les chercheurs étaient des infirmiers en santé mentale, avec de l'expérience dans la recherche qualitative et mixte. Les assistants de recherche avaient une formation en psychologie.

Ainsi, deux thèmes ont été développés à la suite de 28 situations. Le premier, « Émotions négatives et comportements difficiles – non préparés et incertains » avec deux catégories : « Colère et agression », les étudiants se sont sentis mal préparés à réagir dans ces situations (nerveux, stressés, physiquement intimidés et en danger) ; « détresse et embarras », les étudiants se sont sentis tristes, effrayés et impuissants, ont éprouvé de la difficulté à gérer leurs propres émotions. Le deuxième thème « Gérer les situations difficiles – Approches personnelles et interpersonnelles » comportait quatre catégories de stratégie d'intelligence émotionnelle, représentées par le cadre CERB : cognitif, émotionnel, relationnel et comportemental (Behaviour). La stratégie cognitive utilisée pour gérer ses propres émotions était plus couramment employée. La stratégie émotionnelle utilisée était le « détachement émotionnel » ou l'imitation de l'expression des émotions du personnel d'encadrement. La stratégie comportementale utilisée était le « temps mort » et/ou se montrer « discret ». Pour gérer les émotions des autres, les étudiants ont utilisé des techniques de communication spécifiques apprises à l'université. Le plus souvent, ils ont montré de l'empathie, dissimulé leurs émotions (p. ex. la colère), rassuré, réconforté, créé des relations « amicales » pour gagner la confiance ou pour « réparer la situation ».

#### **4.5.1 Validité méthodologique**

Les chercheurs ont utilisé le processus de raisonnement inductif qui correspond au paradigme interprétatif. Selon ce processus, « les données sont recueillies à partir de situations réelles observées empiriquement et, au cours de ses observations, le chercheur détermine les concepts qui sont liés à un phénomène précis et ceux qui ne le sont pas » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 106).

De plus, les chercheurs ont veillé à garantir la crédibilité\* et la fiabilité\* de cette recherche. La crédibilité a été assurée par la triangulation entre les chercheurs et les assistants de recherche. D'autre part, toutes les données ont été comparées au sein de l'ensemble des données et avec les résultats d'autres études. Pour pallier les éventuels biais associés à la relation chercheur-participant, les participants ont été interrogés par les assistants de recherche formés non liés au cursus de la formation. De plus, la fiabilité de cet essai est renforcée par les moyens suivants : les étapes et les procédures de recherche ont été conservées ; les entretiens ont été enregistrés en audio et transcrits mot à mot ; le guide d'entretien a permis de garantir une approche cohérente du processus d'entretien. Tous les membres d'équipe, formés et expérimentés dans la recherche qualitative et mixte, ont participé au codage et à l'interprétation, ce qui augmente la confirmabilité\* de l'étude. Sa neutralité se trouve renforcée aussi par l'utilisation de questions ouvertes et par un style conversationnel qui n'a pas été influencé par les chercheurs. Des réunions régulières de

l'équipe de recherche ont permis d'assurer un niveau de subjectivité cohérent et de prendre en compte les possibles influences des hypothèses et du contexte sur la recherche et les données.

Malgré le fait que l'échantillon est intentionnel et basé sur l'analyse quantitative préalable, la transférabilité\* de cette étude est compromise par la petite taille d'échantillon. Ce dernier est constitué principalement de femmes issues de seulement deux disciplines de santé et d'un seul établissement d'enseignement supérieur. De ce fait, il pourrait être non représentatif de la population.

#### **4.5.2 Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle**

En somme, les chercheurs ont constaté que les étudiants possédaient un large éventail d'aptitudes en matière d'IE, qu'ils démontraient leurs capacités en s'adaptant de manière ciblée dans des situations difficiles. Cependant, cela n'est pas suffisant pour atténuer le stress et améliorer les capacités à répondre aux exigences émotionnelles du travail clinique interpersonnel.

Les situations interpersonnelles impliquant la colère et l'agression étaient les expériences difficiles les plus courantes. Selon Hopkins et al. (2018), l'agressivité physique et verbale ont des effets négatifs importants sur les infirmiers et peuvent entraîner un stress physiologique et psychologique. Ces impacts pourraient conduire à divers problèmes personnels (par exemple une santé plus fragile ou un épuisement professionnel) et organisationnels (une pratique clinique déficiente, un changement de carrière) (Budden et al., 2017 ; Guidroz et al., 2012 ; Lopez et al., 2018).

Les chercheurs ont mis en évidence le fait que les étudiants ont fait preuve d'un travail émotionnel via le jeu superficiel (surface acting) et le jeu en profondeur (deep acting) (Hochschild, 2012; Soares, 2003). Le jeu de surface avait lieu lorsque les élèves ressentaient le besoin de réprimer des émotions comme la colère et la frustration pour calmer une situation. Le jeu en profondeur se produisait lorsqu'ils ressentaient une véritable empathie pour leurs patients. Les jeux de surface étaient liés à la dissonance émotionnelle (Delgado et al., 2017) et à la réponse primaire au stress qu'était l'épuisement émotionnel (Chou et al., 2012 ; Guidroz et al., 2012).

Enfin, les auteurs recommandent le cadre du CERB pour développer des compétences interpersonnelles dans l'enseignement tertiaire des soins de santé. Cela contribuerait à développer la résilience des étudiants et à améliorer leur confiance en eux, ainsi que leurs

compétences dans le domaine des soins. L'amélioration de la communication et des relations interpersonnelles peut conduire à une amélioration de la qualité des soins.

En ce qui concerne la Suisse et le Valais, le programme de formation de soins infirmiers de l'HEdS inclut déjà une demi-journée de cours sur le sujet de la gratitude et un jour sur celui de l'intelligence émotionnelle, en plus d'autres cours consacrés à l'empathie et à la communication. Mais, comme le souligne cette étude australienne, transférable au niveau socio-économique et sanitaire au contexte suisse, ces cours pourraient ne pas être suffisants pour préparer les étudiants à affronter des situations difficiles dans leur pratique clinique. Malgré les limites de cet essai, il serait judicieux de réfléchir sur la pertinence de ces résultats.

#### 4.6 Description de l'étude 6

Karimi, L., Leggat, S. G., Bartram, T., & Rada, J. (2020). The effects of emotional intelligence training on the job performance of Australian aged care workers. *Health Care Management Review, 45*(1), 41-51. <https://doi.org/10.1097/HMR.0000000000000200>

Cette étude australienne quasi-expérimentale longitudinale avait pour objectif d'examiner si la formation à l'intelligence émotionnelle améliore la qualité des soins prodigués par les soignants aux personnes âgées. Le recrutement des participants a eu lieu dans deux établissements de soins de longue durée pour personnes âgées, géographiquement séparés. Le groupe expérimental était constitué des résidents du premier établissement et le deuxième constituait le groupe témoin. La participation était volontaire et concernait tous les membres du personnel et les résidents. Le groupe expérimental a reçu une formation à l'IE d'une durée de six mois par un formateur expérimenté, entre 2014 et 2015. Le groupe témoin n'a reçu aucune formation et était physiquement et géographiquement éloigné. La taille finale de l'échantillon post-test était de 27 participants pour le groupe expérimental et de 17 participants pour le groupe témoin en ce qui concerne les soignants, respectivement 10 et 10 pour les groupes de résidents.

Les données ont été collectées auprès des deux groupes au moyen d'enquêtes. Les post-tests des deux groupes ont été recueillis après la dernière session de formation du groupe expérimental. Les chercheurs ont spécifiquement adapté le programme de formation à l'IE afin de développer les compétences en fonction des cinq dimensions de l'IE selon Baron. Cela a permis d'examiner les attitudes professionnelles importantes pré- et post-tests, en s'appuyant sur la théorie de la régulation émotionnelle. Les questionnaires d'autoévaluation et d'hétéroévaluation ont été remplis par les participants pour évaluer

leur bien-être général, la satisfaction des patients, l'habilitation psychologique, la qualité des soins et identifier leurs caractéristiques démographiques. L'IE a été mesurée par l'Emotional Quotient Inventory composé des cinq dimensions de Bar-On ; la fiabilité n'a pas pu être calculée pour l'échantillon en raison des droits d'auteur. Le niveau de santé et de bien-être général a été mesuré par le General Well-Being Questionnaire développé par Cox et al. (1983) avec l'alpha de Cronbach à 0,92 pré-test, et à 0,93 post-test. L'habilitation psychologique a été mesurée par le Psychological Empowerment Scale avec l'alpha de Cronbach à 0,92 pré-test, et à 0,83 post-test. Enfin, la qualité des soins a été mesurée par The Patient Satisfaction With Nursing Care Quality Questionnaire, adapté par les chercheurs pour les résidents et pour l'auto-évaluation des soignants ( $\alpha=0,92$  pré-test ;  $\alpha=0,90$  post-test).

La statistique descriptive, suivie par la statistique interférentielle (test t\*), a été utilisée pour analyser les résultats. La taille de l'échantillon étant relativement faible, la technique du Bootstrapping a été utilisée pour vérifier la stabilité des résultats. Les résultats d'une comparaison pré-post ont montré une amélioration significative du groupe expérimental à la fin de la formation au niveau de : IE ( $t[24]=-3,67$ ,  $p=0,001$ ), qualité des soins évaluée par les soignants ( $t[26]=-2,99$ ,  $p=0,006$ ), qualité des soins évaluée par les résidents et leurs proches ( $t[9]=-4,41$ ,  $p=0,002$ ), bien-être ( $t[26]=3,00$ ,  $p=0,006$ ) et habilitation psychologique ( $t[26]=-2,82$ ,  $p=0,009$ ). Une différence significative n'a été pas observée pour le groupe témoin.

#### **4.6.1 Validité méthodologique**

L'échantillon de cette étude inclut différentes limites. Tout d'abord, il est de petite taille. Les chercheurs ont utilisé la technique du Bootstrapping pour pallier cette limite. Néanmoins, cela pourrait induire un biais d'échantillonnage. Cette étude comporte un biais d'attrition. En effet, en six mois, l'étude a perdu 46% des participants à la suite de maladies de résidents et de difficultés organisationnelles des soignants. De plus, le groupe expérimental se compose de participants d'un seul établissement. Cela diminue la validité interne des résultats et compromet la généralisation des résultats.

Cependant, les chercheurs ont eu recours à la procédure en simple aveugle\* pour le groupe témoin afin d'éviter un biais de suivi d'évaluation, ce qui maximise la fiabilité et la validité d'étude. Les chercheurs ont renforcé la validité conceptuelle de leur étude en adaptant le programme de formation selon Bar-On. En effet, il existe des preuves substantielles de la cohérence interne, de l'homogénéité\* de la mesure de l'IE de Bar-On (Dawda & Hart, 2000 ; Karimi et al., 2014). Les instruments utilisés sont tous valides et

fiables et les chercheurs ont utilisé la triangulation des questionnaires d'autoévaluation et d'hétéroévaluation, ce qui augmente la validité interne de l'étude. De plus, cette étude quasi-expérimentale longitudinale a utilisé un test statistique paramétrique\* (test t).

La validité externe se trouve diminuée à la suite de certaines limites supplémentaires. Une limite consiste dans le fait que le groupe de contrôle n'a pas reçu d'autre type de formation. À la suite de cela, le résultat ne permet pas de savoir si la formation basée sur l'IE est plus efficace qu'une formation basée sur un autre concept psychologique. De plus, la durée de l'effet de la formation est inconnue et les variables telles que les types de personnalité et l'efficacité personnelle n'ont pas été contrôlées. Néanmoins, les chercheurs ont basé leur étude sur la littérature reconnue et ont croisé leurs résultats avec ceux d'autres auteurs (Winzelberg et al., 2005 ; Slaski & Cartwright, 2003 ; Moyle et al., 2011), ce qui renforce la validité externe de l'étude.

#### **4.6.2 Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle**

Les résultats de cette étude soutiennent l'affirmation que l'intelligence émotionnelle pourrait être enseignée et contribuer à des prestations de soins de meilleure qualité. La formation apporte plusieurs avantages aux participants : améliorer leurs capacités de régulation émotionnelle ; développer leurs compétences en matière de perception de soi, d'expression de soi, de relations interpersonnelles, de capacités de prise de décision et de gestion du stress.

Les chercheurs soulignent que la formation à l'IE peut avoir un impact sur l'habilitation psychologique des soignants (psychological empowerment) et qu'il existe très peu d'études qui analysent ces relations. « L'habilitation psychologique ... se réfère au fait que les employés se sentent investis d'un pouvoir significatif dans l'accomplissement de leur travail » (Boudrias et al., 2010, p. 147). L'IE est fortement liée aux compétences interpersonnelles et à celles de communication qui sont importantes dans le travail d'infirmier (McQueen, 2004). Il est possible d'obtenir un maximum d'avantages en combinant ces capacités avec le concept de soins centrés sur la personne pour que les personnes âgées puissent bénéficier de soins appropriés (Clissett et al., 2013).

Pour la pratique, les chercheurs recommandent d'utiliser un programme de formation à l'IE par une série d'ateliers visant à donner aux travailleurs de nouveaux outils de gestion dans le cadre de leur travail et à accroître leur sentiment de bien-être. Aussi, les programmes de formation à l'IE doivent être adaptés au contexte, qu'il s'agisse de programmes préétablis ou élaborés en partenariat avec des formateurs professionnels.

D'autre part, les auteurs soutiennent que la formation à l'IE serait pertinente pour les travailleurs des soins de santé aigus dans les hôpitaux, où ils sont régulièrement confrontés à des situations émotionnellement exigeantes.

Cet essai australien contient de nombreux avantages pour la pratique. Néanmoins, comme cela a été indiqué précédemment dans la section de validité méthodologique, la généralisation de ces résultats doit être faite avec prudence dans le contexte suisse et valaisan.

#### 4.7 Description de l'étude 7

Butcher, H. K., Gordon, J. K., Ko, J. W., Perkhounkova, Y., Cho, J. Y., Rinner, A., & Lutgendorf, S. (2016). Finding Meaning in Written Emotional Expression by Family Caregivers of Persons With Dementia. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 31(8), 631-642. <https://doi.org/10.1177/1533317516660611>

Cet essai contrôlé randomisé a été réalisé aux États-Unis dans le but de tester une technique de l'expression écrite des émotions (SWEE). Cette méthode vise à réduire le stress et le fardeau (physique et émotionnel) des proches aidants de personnes atteintes de maladie d'Alzheimer. Cette technique consiste à demander aux proches aidants d'écrire leurs pensées et leurs sentiments les plus profonds sur leurs expériences de soins. De plus, cette étude examine si la capacité de trouver du sens à la prise en charge joue un rôle dans le bien-être du proche aidant (une forme de « coping centré sur le problème »).

Les chercheurs ont utilisé deux méthodes de collecte de données différentes, la première au domicile du participant et la deuxième par le biais d'un site Web. Les participants ont été recrutés par différents moyens : annonces dans les journaux, groupes de soutien aux aidants, associations et registre d'essais cliniques sur des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Les critères d'inclusion sont les suivants : l'aidant devait être âgé de 18 ans ou plus, savoir lire et écrire en anglais, s'occuper d'une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer, d'une maladie vasculaire ou d'un type mixte de démence. Les critères d'exclusion étaient les suivants : l'aidant ne devait pas être atteint d'une maladie grave ; il ne devait pas non plus souffrir de dépression ou d'anxiété nécessitant la prise de médicaments. Les chercheurs ont combiné les données des deux études, ce qui a donné 91 participants au total, 57 dans le groupe expérimental (SWEE) et 34 dans le groupe témoin.



Les participants ont été répartis au hasard dans le groupe expérimental et le groupe témoin. Tout d'abord, les participants ont rempli les instruments du pré-test et effectué la première session d'écriture. Ils ont ensuite réalisé trois sessions d'écriture tous les deux jours pour éviter l'épuisement. Les personnes du groupe expérimental ont eu comme consigne d'écrire sur leurs pensées et leurs sentiments les plus profonds concernant la prise en charge d'un être cher, d'un membre de la famille ou d'un ami. Tandis que ceux du groupe témoin ont été invités à écrire sur des sujets neutres liés à leurs activités quotidiennes relatives à la personne aidée. Enfin, les deux post-tests ont été réalisés, après le premier jour de la dernière session d'écriture (post-test 1) et après un mois (post-test 2).

Les données ont été récoltées par un questionnaire portant sur l'âge du soignant, le nombre d'heures de soins par semaine, le soutien extérieur (covariables). Ainsi, la capacité à trouver du sens à la prise en charge (coping, médiateur) a été mesurée par l'échelle Finding Meaning Through Caregiving Scale (les alpha de Cronbach se situent entre 0,88 et 0,95, Farran et al., 1999). Le niveau de bien-être des soignants (résultats) a été mesuré par deux échelles : celle des symptômes de dépression – Center for Epidemiological Studies Depression Scale (une grande cohérence interne avec les coefficients alpha de Cronbach allant de 0,85 à 0,90, Radloff, 1977) et celle de la perception du fardeau – Burden Inventory (le coefficient alpha de Cronbach est 0,92, American psychological association, 2020 ; Zarit et al., 1980).

Ensuite, les analyses statistiques descriptives et inférentielles ont été calculées. L'analyse de variance\* a évalué la validité de l'intervention en comparant les types de mots utilisés par le groupe expérimental et par le groupe témoin. Le groupe SWEE a produit plus de mots émotionnels et profonds (positifs et négatifs) que le groupe de contrôle ( $F[6,534]=140,93$ ,  $p<0,0001$ ). Une série d'analyses de covariance à mesure répétées (ANCOVAs) a déterminé quels facteurs influencent la capacité à trouver du sens et a examiné si ces changements affectent à leur tour l'état de bien-être (niveau de dépression et de fardeau). Les corrélations significatives positives ont été calculées au niveau de la capacité à trouver du sens dans le groupe ( $p=0,038$ ) ; de l'utilisation de mots émotionnels positifs ( $p=0,023$ ) ; du groupe et du soutien social ( $p=0,008$ ). L'amélioration de la capacité à trouver du sens est un prédicteur significatif de réduction de la dépression chez les aidants (post-test 1 :  $p=0,002$  ; post-test 2 :  $p=0,018$ ) et aussi un prédicteur significatif au niveau de la réduction de la perception du fardeau (post-test 1 :  $p=0,021$  ; post-test 2 :  $p=0,0004$ ). Néanmoins, cette amélioration du bien-être ne diffère pas entre les groupes et ainsi ne pourrait pas être attribuée à la technique d'expression écrite des émotions.

#### **4.7.1 Validité méthodologique**

Cette étude se base sur un échantillonnage aléatoire simple\* de type probabiliste\* qui est réalisé par différentes méthodes de recrutement. La répartition aléatoire\* des sujets dans les deux groupes a été utilisée. Cette technique « prévient l'existence de biais systématique causée par les variables attributs, susceptibles d'influer sur la variable dépendante » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 226). Les critères d'inclusion et d'exclusion ont clairement été définis, ce qui renforce l'homogénéité des participants. Ces éléments permettent de réduire le risque de biais d'échantillonnage et augmentent la probabilité que l'échantillon soit représentatif à la population ; par conséquent, ils augmentent la validité externe de l'étude. Néanmoins, la taille de l'échantillon est juste assez grande pour fournir la puissance nécessaire pour les tests statistiques choisis, ce qui augmente la possibilité d'erreur d'échantillonnage\*. Cet essai contient un biais d'attrition\*. Environ 30% des participants ont abandonné le projet et les groupes finaux ne sont plus équivalents (groupe expérimental de 57 personnes et groupe témoin de 34 personnes). Cela pourrait remettre en question le niveau de la validité interne et externe de l'essai.

En outre, la validité interne pourrait être affaiblie par les facteurs historiques\* ou par la maturation\*. Selon les auteurs, la période sur laquelle le changement a été mesuré est assez courte et pourrait influencer les résultats. En effet, la méta-analyse de Frattaroli (2006) a montré que la taille de l'effet\* sur les mesures des résultats psychologiques était plus importante dans les études qui suivaient les participants moins d'un mois après l'intervention que dans celles qui suivaient les participants pendant au moins un mois.

Les instruments de mesure sont tous valides et fiables (alpha de Cronbach entre 0,85 et 0,95). Les analyses ANCOVAs sont des tests paramétriques puissants et elles ont été menées avec prudence. Cela renforce la validité interne de l'étude.

Le croisement de résultats convergents et divergents antérieurs renforce la validité externe de cet essai. En outre, les auteurs ont cherché à expliquer différemment leurs résultats. Finalement, cette étude se situe au grade de présomption scientifique (Annexe III) et ses résultats pourraient être généralisés dans les grandes lignes malgré certaines limites.

#### **4.7.2 Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle**

Cette étude indique que l'utilisation de techniques d'expression écrite des émotions stimule les participants à produire plus de mots émotionnels positifs, ce qui contribuerait à améliorer la capacité à trouver du sens lors la prise en charge de leurs proches atteints de

la maladie d'Alzheimer. Les résultats antérieurs soulèvent l'idée que le traitement linguistique des émotions positives améliore la capacité à trouver du sens aux événements émotionnels (Pennebaker & Chung, 2011). Ces propos rejoignent l'idée de la régulation des émotions selon Rimé (2009) et de la régulation des émotions selon le concept d'intelligence émotionnelle (Mikolajczak et al., 2020). Les travaux de Pennebaker et Chung (2011) ont relevé que l'emploi de mots émotionnels négatifs pourrait simplement répéter des sentiments négatifs sans pour autant résoudre l'expérience négative vécue, alors que l'usage de peu de mots négatifs pourrait réprimer ces émotions. Ainsi, cette technique pourrait aider les participants à acquérir une meilleure compréhension (Ullrich & Lutgendorf, 2002).

Les résultats fournissent également des preuves que le changement dans la capacité à trouver du sens est un prédicteur important du changement du bien-être psychologique dans cette population.

Cependant, les résultats de cette étude n'ont pas montré de différences significatives entre le groupe expérimental et le groupe témoin dans l'amélioration de la capacité à trouver du sens et le bien-être. Les auteurs ont expliqué cela par le fait que les membres du groupe témoin, malgré les consignes, décrivaient leurs sentiments ou en discutaient. En outre, les résultats ont montré que l'expression écrite pourrait être plus efficace dans un contexte de soutien social élevé. À la suite de ces propos, les chercheurs suggèrent de combiner la technique SWEE avec le soutien professionnel aux proches aidants pour améliorer leur bien-être.

Cette recherche américaine est globalement généralisable à la population helvétique et valaisanne. Toutefois, il pourrait y avoir un certain nombre de différences culturelles. La question du soutien aux proches aidants de personnes atteintes d'Alzheimer se pose déjà régulièrement en Suisse. Il existe des associations et des groupes de parole, d'entraide, de soutien ; des cours sont donnés aux professionnels de la santé sur l'importance de l'aide aux proches aidants ; il existe des cours sur l'importance de verbaliser ou d'écrire ses émotions pour les évacuer. Le programme de formation de Pro Senectute propose le cours « Le temps de l'écriture », qui permet de prendre conscience des événements qui définissent l'identité de la personne (Pro Senectute, 2021a). Cela renforce l'idée que cette technique peu coûteuse pourrait être proposée comme une solution de régulation des émotions ou de renforcement de la capacité à trouver du sens à la prise en charge de la personne aidée.

#### **4.8 Synthèse des principaux résultats**

L'analyse de ces études a permis de faciliter la compréhension et d'apporter des réponses partielles à la question de recherche posée dans la problématique. Ainsi, leurs résultats expliquent les multiples effets de l'intelligence émotionnelle.

Tout d'abord, l'étude de Saad et al. (2019) suggère que l'intelligence émotionnelle est associée à une meilleure fonction cognitive chez les sujets âgés. Les chercheurs supposent que l'IE pourrait être entraînée et de ce fait avoir des implications importantes pour la prévention de la cognition dans la vieillesse. L'essai de Luque-Reca et al. (2018) montre d'autres aspects de l'intelligence émotionnelle et les styles cognitifs de personnes âgées. Selon les auteurs, les capacités émotionnelles perçues par les individus sont positivement liées à la qualité de vie de la personne, surtout dans les dimensions de la santé, de la capacité fonctionnelle, de l'activité, des loisirs et de la satisfaction de la vie.

L'étude de Bohn et al. (2019) souligne les préférences d'activités basées sur le moment présent, familières et émotionnellement significatives pour la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer. La prise en charge centrée sur ces activités augmenterait le bien-être. En outre, les personnes atteintes par la maladie ne diffèrent pas des sujets en bonne santé au niveau des préférences d'activités.

En même temps, l'empathie et l'intelligence émotionnelle améliorent l'attitude des infirmiers à propos de la communication avec les patients. Les infirmiers ayant des compétences élevées en IE et en empathie donnent généralement des services de soins de meilleure qualité et les patients sont plus satisfaits (Giménez-Espert & Prado-Gascó, 2018). Selon Foster et McCloughen (2020), le développement des compétences émotionnelles chez les étudiants en santé les aiderait à mieux gérer des situations difficiles ou émotionnellement tendues.

L'étude de Karimi et al. (2020) soulève la possibilité de développer l'intelligence émotionnelle par la formation. Cela entraîne une amélioration de la qualité des soins prodigués par les soignants et de la satisfaction dans leur travail.

Enfin, l'expression écrite des émotions avec le soutien extérieur de professionnels de la santé pourrait améliorer la capacité des proches aidants à trouver du sens à la prise en charge de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer (Butcher et al., 2016). Cette amélioration de la capacité à trouver du sens est un prédicteur important du changement du bien-être psychologique avec la diminution de la dépression et de la perception du fardeau d'aidant.

## 5 Discussion

### 5.1 Discussion des résultats

L'objectif de cette revue de littérature est d'identifier les effets de l'intelligence émotionnelle dans la pratique infirmière et dans la relation d'aide auprès des personnes âgées de 65 ans et plus, porteuses d'un déclin cognitivo-comportemental. Une réponse partielle a pu être trouvée en raison d'un nombre très limité d'études sur les aînés porteurs de déclin cognitif et de l'analyse de seulement sept études.

Tout abord, la revue systématique de Lea et al. (2019) soutient l'idée que les traits d'intelligence émotionnelle plus élevés amélioreraient l'état cognitif dans des situations stressantes. Autrement dit, les traits d'intelligence émotionnelle développés atténueraient la réponse affective au stress et faciliteraient le fonctionnement (déploiement) des mécanismes cognitifs adaptatifs. La même revue souligne que les habiletés et traits d'intelligence émotionnelle plus élevés permettent une meilleure récupération après une situation stressante. Cela est expliqué par la diminution de la rumination après le stress et par la diminution de pensées intrusives. Ces propos soutiennent les idées de Saad et al. (2019) et de Luque-Reca et al. (2018), selon lesquelles les fonctions cognitives et la qualité de vie pourraient être améliorées grâce à l'intelligence émotionnelle chez la personne âgée. Une autre approche entre l'intelligence émotionnelle et la fonction cognitive a été mentionnée dans la méta-analyse de Peña-Sarrionandia et al. (2015). Selon ces résultats, les personnes à haut niveau d'intelligence émotionnelle ont fait preuve d'une plus grande efficacité dans l'accomplissement de tâches analytiques ou arithmétiques que leurs homologues à faible niveau d'IE ( $d$  de Cohen\* [ $d$ ]=1,08, IC 95% [1,05 ; 1,11]). Cette performance a été expliquée par une auto-efficacité plus élevée de ces personnes et pas par leurs capacités cognitives générales. De plus, ces individus utilisent davantage de stratégies de réévaluation que les personnes à faible niveau d'IE après un échec dans une tâche cognitive ( $d$ =0,61, IC 95% [0,58 ; 0,65]). Les stratégies de réévaluation positive les plus souvent utilisées sont la reconstruction de l'estime de soi, voir les choses sous différentes perspectives, l'acceptation de la situation comme faisant partie de la vie ou la recherche du bon côté des choses.

L'étude de Bohn et al. (2019) indique que les personnes atteintes de démence chercheraient principalement la satisfaction émotionnelle dans leur vie quotidienne, par des activités émotionnellement significatives et familières. Il semblerait que ces personnes ne diffèrent pas d'autres personnes âgées, cherchant à assurer une qualité de

vie adéquate (Bohn et al., 2019). En outre, la méta-analyse de Sarrionandia et Mikolajczak (2020) établit que l'IE influence la santé de la personne grâce à un meilleur soutien social ( $r=0,33$ , IC 95% [0,29 ; 0,37]). En effet, lorsque l'IE a été améliorée par une formation, les relations sociales s'améliorent également. L'importance du soutien social a été relevé dans les résultats de Butcher et al. (2016). Les auteurs suggèrent de combiner la technique d'expression écrite des émotions avec un soutien social adapté afin de soulager le fardeau de proche aidant. Dans le cas contraire, une détresse importante chez les aidants pourrait avoir un impact négatif sur leurs capacités à s'occuper de leurs proches atteints de démence. Cela diminuerait la qualité de vie de la personne aidée et augmenterait le nombre d'institutionnalisations. Il se pourrait que le suivi d'une formation à l'intelligence émotionnelle par le proche aidant diminue ses sentiments de fardeau et améliore son bien-être, ainsi que la qualité de vie de la personne atteinte de démence.

L'intelligence émotionnelle peut-elle être entraînée ? La méta-analyse de Mattingly et Kraiger (2019) a analysé 58 études expérimentales, soit pré-post test, soit traitement-contrôle. Ces études avaient pour but d'évaluer l'effet de la formation sur l'intelligence émotionnelle. Les résultats montrent un effet positif modéré de la formation sur les scores d'IE des participants (pré-post test :  $d=0,605$ , IC 95% [0,449 ; 0,761] ; traitement-contrôle :  $d=0,453$ , IC 95% [0,274 ; 0,632]). Les chercheurs suggèrent que la formation devrait être basée sur la pratique rétroactive ( $b=-0,75$ ). Cela soutient l'idée de l'étude de Karimi et al. (2020) qui montre que la formation à l'IE améliorerait le bien-être des soignants et la qualité de soins aux aînés institutionnalisés. Cette amélioration pourrait être expliquée par une meilleure capacité de régulation des émotions.

Le lien entre la régulation de l'émotion et l'intelligence émotionnelle est étudié dans la méta-analyse de Peña-Sarrionandia et al. (2015). Selon ces résultats, les personnes avec un trait d'IE élevée déclarent atténuer dans une moindre mesure leurs émotions ( $d=-0,43$ , IC 95% [-0,47 ; -0,39]). C'est probablement parce qu'elles ont déjà atteint l'état émotionnel souhaité et/ou parce qu'elles valorisent l'expression authentique des émotions. Les individus ayant une IE élevée ont moins de dissonance émotionnelle que les personnes ayant une IE faible ( $r=-0,22$ , IC [-0,33 ; -0,11]), ce qui pourrait être expliqué par l'utilisation de techniques de réévaluation. Cette idée est étayée dans la revue systématique d'Edward et al. (2017) qui examine le travail émotionnel des infirmiers en santé mentale. Selon les auteurs, les infirmiers se servent d'eux-mêmes comme outil thérapeutique pour aider leurs patients. Cela pourrait créer un conflit intérieur entre leurs identités personnelle et professionnelle. Dans ce genre de situations, le jeu superficiel et le jeu en profondeur prendraient sens dans le comportement des infirmiers. Le jeu superficiel, comme cela a

déjà été expliqué dans la section de pertinence clinique de l'étude de Foster et McCloughen (2020), pourrait rendre l'infirmier plus vulnérable à l'épuisement émotionnel. En agissant de manière superficielle, une personne pourrait être limitée dans sa capacité à utiliser ses propres émotions pour faire face efficacement à des situations stressantes. L'étude de Foster et McCloughen (2020) et la revue systématique d'Edward et al. (2017) suggèrent la nécessité de mettre en œuvre un programme de formation de haute qualité afin de développer la résilience et l'intelligence émotionnelle de l'infirmier.

En conclusion, il semblerait que l'utilisation de l'intelligence émotionnelle ait des effets bénéfiques sur les professionnels de la santé et sur les proches aidants. Une meilleure gestion des émotions et un bien-être plus élevé amélioreraient la qualité des soins auprès des personnes âgées porteuses d'un déclin cognitivo-comportemental. Il semble que l'intelligence émotionnelle pourrait être employée en prévention du déclin cognitif chez les personnes âgées, mais pour le moment, il n'y a pas suffisamment de preuves.

## **5.2 Discussion de la qualité et de la crédibilité des évidences**

Cette revue de la littérature analyse six études quantitatives et une étude qualitative. Les essais quantitatifs ont utilisé des outils valides et fiables. Cependant, la majorité des études (Butcher et al., 2016 ; Giménez-Espert & Prado-Gascó, 2018 ; Luque-Reca et al., 2018 ; Saad et al., 2019) se sont basées sur des outils d'autoévaluation qui pourraient induire des biais de désirabilité sociale et/ou des biais de mémoire. Les chercheurs de l'essai qualitatif ont veillé à assurer sa crédibilité et sa fiabilité (Foster & McCloughen, 2020). Cinq recherches (Bohn et al., 2019 ; Giménez-Espert & Prado-Gascó, 2018 ; Karimi et al., 2020 ; Luque-Reca et al., 2018 ; Saad et al., 2019) ont mentionné l'aspect unique de leur étude et son originalité. Les contenus de tous les essais sont cohérents et logiques, accompagnés par des argumentations. Tous les articles ont relié leurs résultats et leurs suggestions à d'autres travaux de recherche. Néanmoins, la généralisation de la majorité des études est compromise à la suite de limites associées à l'échantillonnage. Seule l'étude de Butcher et al. (2016) a utilisé un échantillonnage probabiliste.

Par ailleurs, la pyramide de la HAS a été choisie pour évaluer le niveau de preuve de ces études (annexe III). Quatre des études analysées comportent un niveau de preuve IV, une étude arrive au niveau III et les deux restantes sont au niveau II. Une étude est quasi-expérimentale et une autre est expérimentale, les études restantes sont transversales corrélationnelles. Cette limite est soulevée dans la méta-analyse de Sarrionandia et Mikolajczak (2020) et dans la revue systématique de Lea et al. (2019). Selon ces chercheurs, il n'y a pas suffisamment d'études expérimentales sur l'intelligence

émotionnelle. La plupart des études sont transversales et n'apportent pas suffisamment de preuves de cause à effet.

### **5.3 Limites et critiques de la revue de la littérature**

Cette revue de la littérature contient plusieurs limites. Premièrement, ce n'est pas une revue de la littérature systématique. Seules quatre bases de données ont été consultées et la littérature grise n'a pas été prise en compte. Cependant, cela a permis d'apporter une réponse partielle à la question de recherche posée dans la problématique.

Deuxièmement, la recherche sur les bases de données n'apporte pas de réponse directe à la question de recherche. Il n'y a pas d'étude sur l'utilisation de l'intelligence émotionnelle par des personnes âgées de 65 ans et plus, porteuses d'un déclin cognitivo-comportemental. Bohn et al. (2019) en expliquent la raison dans leur étude. Ils soulignent qu'il existe très peu d'études sur cette population à la suite de la forte subjectivité des réponses. De plus, les résultats de cette étude montrent une attirance des personnes atteintes de démence pour des activités familiales. Il semblerait que former cette population à l'IE serait difficilement réalisable et éthiquement incorrect. Pour pallier cette limite, le tableau synoptique des études analysées a été construit de manière à répondre partiellement à la question de recherche grâce aux croisements de ces différentes études.

Troisièmement, cette revue de la littérature est hétérogène au niveau des résultats. Malgré tout, cela constitue sa force car elle permet d'analyser la problématique sous différents angles.

Finalement, la restriction sur le nombre d'études à analyser n'a pas permis d'approfondir la question de recherche jusqu'à la saturation des données. Toutefois, une étude supplémentaire a été analysée afin de pallier cette limite.

## **6 Conclusions**

Cette dernière partie est basée sur la réponse partielle obtenue dans la section de discussion. Elle inclut des propositions relatives à l'utilisation de l'intelligence émotionnelle dans des relations d'aide auprès de la personne âgée, ainsi que certaines pistes de réflexion pour la formation et la recherche.



## 6.1 Propositions pour la pratique

Les études analysées ont soulevé plusieurs effets bénéfiques de l'intelligence émotionnelle. Certains domaines en Suisse et en Valais utilisent déjà largement cette technique. En effet la psychologie, le tourisme, le travail social, le management développent avec succès l'intelligence émotionnelle dans leurs professions. Les cours de formation à l'IE du canton du Valais sont déjà complets pour toute l'année 2021 (Canton du Valais Kanton Wallis, 2021), ainsi que ceux du canton de Fribourg (État de Fribourg Staat Freiburg, 2021). Dans le domaine de la santé, elle est représentée par des cours de formation dans le cadre du Bachelor en Soins Infirmiers de la HEdS, et par un CAS (Certificate of Advanced Studies) en Management à l'École de La Source (Institut et Haute École de la Santé La Source, 2021). De plus, les Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG, 2020) proposent des cours de trois jours de formation à l'IE pour leurs collaborateurs et pour ceux du Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV). Il existe aussi des cours sur les soins et l'accompagnement centré sur l'IE ouverts au public dans le canton de Vaud (HéviVA Association vaudoise d'institutions médico-psycho-sociales, 2020). Cependant, l'utilisation des différents outils de l'intelligence émotionnelle dans la pratique quotidienne des infirmiers reste restreinte et ce concept est méconnu.

La revue systématique d'Edward et al. (2017) suggère que le bien-être émotionnel positif dépend de l'autonomie, de la satisfaction dans son propre rôle et de la capacité à s'exprimer. Elle propose la supervision clinique, une équipe de soutien ou le débriefing comme moyens pour développer l'intelligence émotionnelle et pour diminuer l'épuisement émotionnel. Les stratégies de régulation des émotions positives proposées par Mikolajczak et al. (2020) sont : la modification de l'environnement (les objets qui nous entourent influencent notre esprit) ; l'« auto-priming » positif (préparer le cerveau à la joie, l'énergie et à l'efficacité) ; la suppression de petites contrariétés ; l'activité physique ; la méditation ; le partage social et la gratitude (prendre conscience du monde qui nous entoure et remercier les personnes importantes dans notre vie). Selon Mikolajczak et al. (2020), il est également important d'utiliser la régulation des émotions négatives : la gestion de la situation ; la réorientation de l'attention ; la réévaluation de la situation ; l'acceptation ; l'expression des émotions (par oral et/ou par écrit) ; les techniques physio-relaxantes et le partage social de l'émotion. Ces techniques doivent être entraînées de manière régulière afin qu'elles deviennent automatiques.

## 6.2 Propositions pour la formation

Le programme de formation de la HEdS inclut un cours sur l'IE. Malgré ses nombreux avantages, il semble difficile d'augmenter le nombre de jours académiques consacrés à cette formation. Néanmoins, il serait tout à fait envisageable de faire des liens avec l'intelligence émotionnelle tout au long du cursus. Cela pourrait être utile pour les étudiants de savoir où chercher des solutions en cas de nécessité.

Concernant la formation postgrade, la formation interne sur l'intelligence émotionnelle à proprement parler n'est pas proposée à l'Hôpital du Valais. Néanmoins, des débriefings, des soutiens à l'équipe et des techniques de thérapie cognitivo-comportementale sont déjà en place. Cela pourrait être intéressant d'organiser des petites sessions de formation durant l'année pour les soignants de l'hôpital afin de les sensibiliser aux techniques de régulation des émotions et au concept de l'intelligence émotionnelle.

Une autre piste serait la formation à l'IE des proches aidants de personnes atteintes de démence dans le canton du Valais. Cette formation pourrait aider les proches à trouver un soutien social, ainsi qu'à apprendre à identifier, exprimer, comprendre, réguler et utiliser leurs émotions. Il existe déjà différents groupes de soutien et de parole. Toutefois, un programme centré sur l'IE permettrait aux individus de comprendre cognitivement que ce soutien apporte un bienfait et les aiderait à trouver d'autres techniques.

Il semble qu'une formation à l'IE pourrait être proposée à la personne âgée en bonne santé, en prévention du déclin cognitif tout en améliorant sa qualité de vie. Cependant, il n'existe pas suffisamment de preuves empiriques en faveur de cette démarche. Néanmoins, Pro Senectute propose les cours de « Randonnée T1-T2 » qui sont orientés vers un approfondissement des connaissances du sport et des conséquences du vieillissement. Ces cours sont aussi axés sur la gestion des émotions (Pro Senectute, 2021b).

La méta-analyse de Mattingly et Kraiger (2019) indique que la formation doit être active (pratique) et rétroactive (personnelle). Les scores d'IE augmentent lorsque les participants peuvent s'exercer à diagnostiquer des situations difficiles et à réagir en conséquence tout en ayant un retour sur leur pratique de la part de formateurs.

## 6.3 Propositions pour la recherche

Tout d'abord, il serait intéressant d'étudier la piste de la prévention par la formation à l'IE des déclinés cognitifs des personnes âgées. Pour ce faire, une étude quasi-expérimentale

ou expérimentale longitudinale serait le meilleur choix. Cela pourrait peut-être donner des pistes dans la gestion des maladies neurodégénératives.

Le manque de recherches expérimentales sur l'IE a été souligné dans la méta-analyse de Sarrionandia et Mikolajczak (2020) et dans la revue systématique de Lea et al. (2019). Les auteurs indiquent aussi une lacune dans les données objectives liées aux recherches sur l'IE. La méta-analyse de Sarrionandia et Mikolajczak (2020) propose d'utiliser des paramètres biologiques (la perméabilité intestinale, le microbiote intestinal et le stress oxydatif) comme variables, ce qui permettrait de quantifier l'ampleur des changements. Pour pallier le biais de désirabilité sociale lié à l'utilisation d'outils d'autoévaluation, les chercheurs proposent d'utiliser l'hétéroévaluation, le journal de bord, ou encore une évaluation momentanée écologique\*.

En conclusion, cette revue de la littérature a permis d'apporter une meilleure compréhension de l'intelligence émotionnelle et des effets sur son utilisation auprès des personnes âgées. Elle propose des pistes pour la pratique et pour la formation en se basant sur des recherches à haut niveau de preuves.

## Références bibliographiques

- Adams, K. B., Leibbrandt, S., & Moon, H. (2011). A critical review of the literature on social and leisure activity and wellbeing in later life. *Ageing and Society*, 31(4), 683-712. <https://doi.org/10.1017/S0144686X10001091>
- Alhadidi, M. M. B., Abdalrahim, M. S., & Al-Hussami, M. (2016). Nurses' Caring and Empathy in Jordanian Psychiatric Hospitals : A National Survey. *International Journal of Mental Health Nursing*, 25(4), 337-345. <https://doi.org/10.1111/inm.12198>
- Aliacar, L. (2014). *Dépistage des troubles cognitifs, modalités et freins en médecine générale : Étude de pratiques professionnelles en région Midi-Pyrénées* [Thèse pour le diplôme d'État de docteur en médecine spécialité médecine générale, Toulouse III – Paule Sabatier]. <http://thesesante.ups-tlse.fr/673/1/2014TOU31119.pdf>
- Almeida, O. P., Beer, C., Lautenschlager, N. T., Arnolda, L., Alfonso, H., & Flicker, L. (2012). Two-year course of cognitive function and mood in adults with congestive heart failure and coronary artery disease : The Heart-Mind Study. *International Psychogeriatrics*, 24(1), 38-47. <https://doi.org/10.1017/S1041610211001657>
- Alzheimer Suisse. (2020). *Le trouble cognitif léger MCI*. <https://www.alzheimer-schweiz.ch/fr/publications-produits/produit/le-trouble-cognitif-leger-mci>
- American Psychiatric Association DSM-5 Task Force. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5<sup>TM</sup>* (5<sup>e</sup> édition). American Psychiatric Publ.
- American psychological association. (2020). *Zarit Burden Interview*. American Psychological Association. <https://www.apa.org/pi/about/publications/caregivers/practice-settings/assessment/tools/zarit>

- Annoni, J.-M., Chouiter, L., & Démonet, J.-F. (2016). Troubles cognitifs liés au vieillissement : Évolution récente des concepts et stratégies diagnostiques. *Rev. Med. Suisse*, *12*, 774-779.
- Association suisse des infirmières et infirmiers. (2006). *Normes de qualité pour les soins infirmiers (Standards de soins)*. SBK-ASI Berne.
- Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (1990). Psychological perspectives on successful aging : The model of selective optimization with compensation. In P. B. Baltes & M. M. Baltes (Éds.), *Successful Aging* (1<sup>re</sup> éd., p. 1-34). Cambridge University Press.  
<https://doi.org/10.1017/CBO9780511665684.003>
- Bathelot, B. (2020). Biais de mémoire. Définitions Marketing. <https://www.definitions-marketing.com/definition/biais-de-memoire/>
- Baudry, A.-S., Grynberg, D., Dassonneville, C., Lelorain, S., & Christophe, V. (2018). Sub-dimensions of trait emotional intelligence and health : A critical and systematic review of the literature. *Scandinavian Journal of Psychology*, *59*(2), 206-222.  
<https://doi.org/10.1111/sjop.12424>
- Bee, H. L., Boyd, D., & Gosselin, F. (2012). *Les âges de la vie : Psychologie du développement humain* (4<sup>e</sup> éd.). Saint-Laurent (Québec): ERPI.
- Berthouzoz, C. (2017). *Programme d'action cantonal « Promotion de la santé des seniors »*. <https://www.promotionsantevalais.ch/data/documents/60-plus/ConceptPACPA-VS-2017-2020.pdf>
- Bohn, L., Kwong See, S. T., & Fung, H. H. (2019). Preference for emotionally meaningful activity in Alzheimer's disease. *Aging & Mental Health*, *23*(11), 1578-1585.  
Medline. <https://doi.org/10.1080/13607863.2018.1506750>
- Boudrias, J.-S., Rousseau, V., Migneault, P., Morin, A. J. S., & Courcy, F. (2010). Habilitation Psychologique : Validation d'une Mesure en Langue Française. *Swiss Journal of Psychology*, *69*(3), 147-159. <https://doi.org/10.1024/1421-0185/a000017>
- Bourbonnais, A., Auclair, I., & Lalonde, M.-H. (2020). Les comportements des personnes âgées vivant avec un trouble neurocognitif : L'approche centrée sur les relations

- pour améliorer l'expérience de tous. *Recherche en soins infirmiers*, 143(4), 92.  
<https://doi.org/10.3917/rsi.143.0092>
- Breckler, S. J. (1984). Empirical validation of affect, behavior, and cognition as distinct components of attitude. *Journal of Personality and Social Psychology*, 47(6), 1191-1205. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.47.6.1191>
- Buck, R. (1984). *The Communication of Emotion*. Guilford Press.
- Buck, R. (1988). *Human Motivation and Emotion*. Wiley.
- Budden, L. M., Birks, M., Cant, R., Bagley, T., & Park, T. (2017). Australian nursing students' experience of bullying and/or harassment during clinical placement. *Collegian*, 24(2), 125-133. <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2015.11.004>
- Butcher, H. K., Gordon, J. K., Ko, J. W., Perkhounkova, Y., Cho, J. Y., Rinner, A., & Lutgendorf, S. (2016). Finding Meaning in Written Emotional Expression by Family Caregivers of Persons With Dementia. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 31(8), 631-642. <https://doi.org/10.1177/1533317516660611>
- Canton du Valais Kanton Wallis. (2021). *Offre de formation générale, Intelligence émotionnelle*. <https://www.vs.ch/fr/web/srh/offre-de-formation-interne?type=detail&id=50017797&cat=Comp%C3%A9tences+personnelles>
- Carstensen, L. L. (2006). The Influence of a Sense of Time on Human Development. *Science*, 312(5782), 1913-1915. <https://doi.org/10.1126/science.1127488>
- Carstensen, L. L., Isaacowitz, D. M., & Charles, S. T. (1999). Taking time seriously: A theory of socioemotional selectivity. *American Psychologist*, 54(3), 165-181. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.54.3.165>
- Carstensen, L. L., Turan, B., Scheibe, S., Ram, N., Ersner-Hershfield, H., Samanez-Larkin, G. R., Brooks, K. P., & Nesselroade, J. R. (2011). Emotional experience improves with age: Evidence based on over 10 years of experience sampling. *Psychology and Aging*, 26(1), 21-33. <https://doi.org/10.1037/a0021285>
- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Segerstrom, S. C. (2010). Optimism. *Clinical Psychology Review*, 30(7), 879-889. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.01.006>

- Chan, C. K., Soldan, A., Pettigrew, C., Wang, M.-C., Wang, J., Albert, M. S., Rosenberg, P. B., & BIOCARD Research Team. (2019). Depressive symptoms in relation to clinical symptom onset of mild cognitive impairment. *International Psychogeriatrics*, 31(04), 561-569. <https://doi.org/10.1017/S1041610218001138>
- Charlson, M. E., Pompei, P., Ales, K. L., & MacKenzie, C. R. (1987). A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies : Development and validation. *Journal of Chronic Diseases*, 40(5), 373-383. [https://doi.org/10.1016/0021-9681\(87\)90171-8](https://doi.org/10.1016/0021-9681(87)90171-8)
- ch.ch, les autorités suisses en ligne. (2020). *L'âge de la retraite en Suisse*. <https://www.ch.ch/fr/age-de-la-retraite/>
- Checa, P., & Fernández-Berrocal, P. (2015). The Role of Intelligence Quotient and Emotional Intelligence in Cognitive Control Processes. *Frontiers in Psychology*, 6. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.01853>
- Chou, H. Y., Hecker, R., & Martin, A. (2012). Predicting nurses' well-being from job demands and resources : A cross-sectional study of emotional labour. *Journal of Nursing Management*, 20(4), 502-511. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2011.01305.x>
- Ciarrochi, J. V., & Deane, F. P. (2001). Emotional competence and willingness to seek help from professional and nonprofessional sources. *British Journal of Guidance & Counselling*, 29(2), 233-246. <https://doi.org/10.1080/03069880124843>
- City of Edmonton. (2021). *City Organization*. <https://www.edmonton.ca/city-government.aspx>
- Clissett, P., Porock, D., Harwood, R. H., & Gladman, J. R. F. (2013). The challenges of achieving person-centred care in acute hospitals : A qualitative study of people with dementia and their families. *International Journal of Nursing Studies*, 50(11), 1495-1503. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.03.001>

- Clore, G. L., Gasper, K., & Garvin, E. (2001). Affect as information. In J. P. Forgas (Ed.), *Handbook of Affect and Social Cognition* (pp. 121-144). Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- CMS Région de Sion. (2019). *Rapport d'activité 2019*. [https://www.cms-sion.ch/wp-content/uploads/2020/07/Rapport-annuel-2019-CMS\\_finalis%C3%A9-13.05.2020.pdf](https://www.cms-sion.ch/wp-content/uploads/2020/07/Rapport-annuel-2019-CMS_finalis%C3%A9-13.05.2020.pdf)
- Conseil international des infirmières. (2012). *Code déontologique du CII pour la profession infirmière*.  
[https://www.sbk.ch/files/sbk/service/online\\_shop/publikationen/fr/docs/icncodef.pdf](https://www.sbk.ch/files/sbk/service/online_shop/publikationen/fr/docs/icncodef.pdf)
- Cox, T., Thirlaway, M., Gotts, G., & Cox, S. (1983). The nature and assessment of general well-being. *Journal of Psychosomatic Research*, 27(5), 353-359.  
[https://doi.org/10.1016/0022-3999\(83\)90066-1](https://doi.org/10.1016/0022-3999(83)90066-1)
- Davis, S. K., & Nichols, R. (2016). Does Emotional Intelligence have a “Dark” Side? A Review of the Literature. *Frontiers in Psychology*, 7.  
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.01316>
- Dawda, D., & Hart, S. D. (2000). Assessing emotional intelligence : Reliability and validity of the Bar-On Emotional Quotient Inventory (EQ-i) in university students. *Personality and Individual Differences*, 28(4), 797-812.  
[https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(99\)00139-7](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(99)00139-7)
- Delgado, C., Upton, D., Ranse, K., Furness, T., & Foster, K. (2017). Nurses' resilience and the emotional labour of nursing work : An integrative review of empirical literature. *International Journal of Nursing Studies*, 70, 71-88.  
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.02.008>
- Desmarais, P., Lanctôt, K. L., Masellis, M., Black, S. E., & Herrmann, N. (2018). Social inappropriateness in neurodegenerative disorders. *International Psychogeriatrics*, 30(2), 197-207. <https://doi.org/10.1017/S1041610217001260>
- DeVito, J. A., Chassé, G., & Vézeau, C. (2014). *La communication interpersonnelle : Sophie, Martin, Paul et les autres*. Éditions du Renouveau pédagogique.



- Dickason, R. (2020). L'émotionnel aux confins de la vie : Une approche prospective des compétences en gériatrie hospitalière. *Management & Avenir Santé*, 6(1), 39.  
<https://doi.org/10.3917/mavs.006.0039>
- Doyon, O., & Longpré, S. (2016). *Évaluation clinique d'une personne symptomatique : Application des principes de la pratique réflexive*. Pearson.
- Dupuis, M. (2015). Pour une métaéthique des soins infirmiers. Quelques indications introductives. *Recherche en soins infirmiers*, 121(2), 85-91.  
<https://doi.org/10.3917/rsi.121.0085>
- Edward, K., Hercelinskyj, G., & Giandinoto, J.-A. (2017). Emotional labour in mental health nursing : An integrative systematic review. *International Journal of Mental Health Nursing*, 26(3), 215-225. <https://doi.org/10.1111/inm.12330>
- Ekman, P. (1972). *Universals and cultural differences in facial expressions of emotions* (Nebraska Symposium on Motivation). University of Nebraska Press.  
<https://1ammce38pkj41n8xkp1iocwe-wpengine.netdna-ssl.com/wp-content/uploads/2013/07/Universals-And-Cultural-Differences-In-Facial-Expressions-Of.pdf>
- Ekman, P., & Davidson, R. J. (1994). *The nature of emotion : Fundamental questions*. Oxford University Press. <http://www.paulekman.com/wp-content/uploads/2013/07/Affective-Science-A-Research-Agenda.pdf>
- Ekman, P., & Friesen, W. V. (2003). *Unmasking the Face : A Guide to Recognizing Emotions from Facial Clues*. Malor books ISHK.
- État de Fribourg Staat Freiburg. (2021). *Savoir gérer ses émotions (l'intelligence émotionnelle)*. <https://www.fr.ch/travail-et-entreprises/travailler-a-letat/savoir-gerer-ses-emotions-lintelligence-emotionnelle>
- Extremera, N., Durán, A., & Rey, L. (2007). Perceived emotional intelligence and dispositional optimism–pessimism : Analyzing their role in predicting psychological adjustment among adolescents. *Personality and Individual Differences*, 42(6), 1069-1079. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2006.09.014>

- Farran, C. J., Miller, B. H., Kaufman, J. E., Donner, E., & Fogg, L. (1999). Finding meaning through caregiving : Development of an instrument for family caregivers of persons with Alzheimer's disease. *Journal of Clinical Psychology, 55*(9), 1107-1125. [https://doi.org/10.1002/\(sici\)1097-4679\(199909\)55:9<1107::aid-jclp8>3.0.co;2-v](https://doi.org/10.1002/(sici)1097-4679(199909)55:9<1107::aid-jclp8>3.0.co;2-v)
- Fastrez, P., Campion, B., & Collard, A.-S. (2009). Le tri de cartes. Une méthode d'investigation des catégories mentales au service de l'architecture de l'information. *Document numérique, 12*(2), 23-45. Cairn.info.
- Fazio, S., Pace, D., Flinner, J., & Kallmyer, B. (2018). The Fundamentals of Person-Centered Care for Individuals With Dementia. *The Gerontologist, 58*(suppl\_1), S10-S19. <https://doi.org/10.1093/geront/gnx122>
- Feil, N. (2018). *Validation la méthode de Naomi Feil : Pour une vieillesse pleine de sagesse : aider et accompagner les grands vieillards désorientés* (4<sup>e</sup> éd.). Lamarre.
- Fernández-Abascal, E. G., & Martin-Diaz, M. D. (2015). Dimensions of emotional intelligence related to physical and mental health and to health behaviors. *Frontiers in Psychology, 6*. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.00317>
- Fernandez-Berrocal, P., Extremera, N., & Ramos, N. (2004). Validity and Reliability of the Spanish Modified Version of the Trait Meta-Mood Scale. *Psychological Reports, 94*(3), 751-755. <https://doi.org/10.2466/pr0.94.3.751-755>
- Fields, S. K., Hojat, M., Gonnella, J. S., Mangione, S., Kane, G., & Magee, M. (2004). Comparisons of Nurses and Physicians on an Operational Measure of Empathy. *Evaluation & the Health Professions, 27*(1), 80-94. <https://doi.org/10.1177/0163278703261206>
- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche : Méthodes quantitatives et qualitatives*. Chenelière éducation.
- Foster, K. N., & McCloughen, A. J. (2020). Emotionally intelligent strategies students use to manage challenging interactions with patients and families : A qualitative inquiry.

*Nurse Education in Practice*, 43, 102743.

<https://doi.org/10.1016/j.nepr.2020.102743>

Frattaroli, J. (2006). Experimental disclosure and its moderators : A meta-analysis.

*Psychological Bulletin*, 132(6), 823-865. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.132.6.823>

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>

Genoe, M. R., & Dupuis, S. L. (2014). The role of leisure within the dementia context.

*Dementia*, 13(1), 33-58. <https://doi.org/10.1177/1471301212447028>

Gignac, G. E. (2010). *Genos Emotional Intelligence Inventory* (2nd Edition). Genos PTY Ltd. <https://www.genosnorthamerica.com/wp-content/uploads/2019/11/Genos-Emotional-Intelligence-Inventory-Technical-Manual-2nd-Edition1.pdf>

Giménez-Espert, M. del C., Castellano-Rioja, E., & Prado-Gascó, V. J. (2020). Empathy, emotional intelligence, and communication in Nursing : The moderating effect of the organizational factors. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 28, e3333. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3286.3333>

Giménez-Espert, M. del C., & Prado-Gascó, V. J. (2018). The role of empathy and emotional intelligence in nurses' communication attitudes using regression models and fuzzy-set qualitative comparative analysis models. *Journal of Clinical Nursing*, 27(13-14), 2661-2672. <https://doi.org/10.1111/jocn.14325>

Girandola, F., & Joule, R.-V. (2013). Attitude, changement d'attitude et comportement. In *Psychologie Sociale : La nature sociale de l'être humain*. De Boeck Supérieur.

Goleman, D. (2014). *L'intelligence émotionnelle intégrale 1-2*. J'ai lu.

Goudeseune, D. (2018). *Ampleur d'effet, un indicateur statistique en éducation qui ne fait pas l'économie de la complexité !* Par temps clair : pratiques enseignantes éclairées par la recherche. <https://par-temps-clair.blogspot.com/2018/07/ampleur-deffet-un-indicateur.html>

- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research : Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>
- Guidroz, A. M., Wang, M., & Perez, L. M. (2012). Developing a Model of Source-specific Interpersonal Conflict in Health Care : Conflict Source and Emotional Exhaustion. *Stress and Health*, 28(1), 69-79. <https://doi.org/10.1002/smi.1405>
- Gustems-Carnicer, J., Calderón, C., & Forn Santacana, M. (2017). Psychometric properties of the Life Orientation Test (LOT-R) and its relationship with psychological well-being and academic progress in college students. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 49(1), 19-27. <https://doi.org/10.1016/j.rlp.2016.05.001>
- Hanon, C., & Pancrazi, M.-P. (2012). *Devenir vieux : Les enjeux de la psychiatrie du sujet âgé : Vol. 207 à 224*. Doin éditeurs.
- Haute Autorité de santé. (2013). *Grade des recommandations [Illustration]. Niveau de preuve et gradation des recommandations de bonne pratique : État des lieux (p. 8)*. [https://www.has-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. (2015). *Plan d'études cadre Bachelor 2012 Filière de formation en Soins infirmiers*. <https://intranet.hevs.ch/src/menuNiv/default.aspx?id=16043>
- HéviVA Association vaudoise d'institutions médico-psycho-sociales. (2020). *Catalogue romand de formation 2020 : Médico-Psycho-Social*. [https://www.avop.ch/fileadmin/documents/pdf/Formation/catalogue\\_formation2020.pdf](https://www.avop.ch/fileadmin/documents/pdf/Formation/catalogue_formation2020.pdf)
- Hochschild, A. R. (2012). *The Managed Heart : Commercialization of Human Feeling*. University of California Press.
- Hojat, M., Mangione, S., Nasca, T. J., Cohen, M. J. M., Gonnella, J. S., Erdmann, J. B., Veloski, J., & Magee, M. (2001). The Jefferson Scale of Physician Empathy :

- Development and Preliminary Psychometric Data. *Educational and Psychological Measurement*, 61(2), 349-365. <https://doi.org/10.1177/00131640121971158>
- Hôpitaux Universitaires Genève. (2020). *Catalogue De Formation HUG-CHUV*. Hôpitaux Universitaires Genève. <https://www.hug.ch/formation-hug-chuv>
- Hopkins, M., Fetherston, C. M., & Morrison, P. (2018). Aggression and violence in healthcare and its impact on nursing students : A narrative review of the literature. *Nurse Education Today*, 62, 158-163. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.12.019>
- Hurley, J. (2008). The necessity, barriers and ways forward to meet user-based needs for emotionally intelligent nurses. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 15(5), 379-385. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2007.01243.x>
- Institut et Haute École de la Santé La Source. (2021). *CAS Management : Développer sa posture de cadre*. <https://www.ecolelasource.ch/formations/postgrade/cas/management/>
- Kahraman, N., & Hiçdurmaz, D. (2016). Identifying emotional intelligence skills of Turkish clinical nurses according to sociodemographic and professional variables. *Journal of Clinical Nursing*, 25(7-8), 1006-1015. <https://doi.org/10.1111/jocn.13122>
- Karimi, L., Leggat, S. G., Bartram, T., & Rada, J. (2020). The effects of emotional intelligence training on the job performance of Australian aged care workers. *Health Care Management Review*, 45(1), 41-51. <https://doi.org/10.1097/HMR.0000000000000200>
- Karimi, L., Leggat, S. G., Donohue, L., Farrell, G., & Couper, G. E. (2014). Emotional rescue : The role of emotional intelligence and emotional labour on well-being and job-stress among community nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 70(1), 176-186. <https://doi.org/10.1111/jan.12185>
- Kitwood, T. (1993). Towards a Theory of Dementia Care : The Interpersonal Process. *Ageing and Society*, 13(1), 51-67. <https://doi.org/10.1017/S0144686X00000647>
- Kitwood, T. (1997). The experience of dementia. *Aging & Mental Health*, 1(1), 13-22. <https://doi.org/10.1080/13607869757344>

- Klein, O., Marchal, C., & Van der Linden, N. (2008). L'analyse de médiation en psychologie sociale expérimentale : Une introduction non technique. *Revue électronique de Psychologie Sociale*, 2. <https://cescup.ulb.be/wp-content/uploads/2015/04/olivier-cynthia-nicolas-2.pdf>
- Kruskal, J., & Wish, M. (1978). *Multidimensional Scaling*. SAGE Publications, Inc. <https://doi.org/10.4135/9781412985130>
- Langa, K. M., & Levine, D. A. (2014). The Diagnosis and Management of Mild Cognitive Impairment : A Clinical Review. *JAMA*, 312(23), 2551. <https://doi.org/10.1001/jama.2014.13806>
- Le cerveau à tous les niveaux ! (2020a). *L'amygdale et ses alliés*. Le cerveau à tous les niveaux ! [https://lecerveau.mcgill.ca/flash/i/i\\_04/i\\_04\\_cr/i\\_04\\_cr\\_peu/i\\_04\\_cr\\_peu.html](https://lecerveau.mcgill.ca/flash/i/i_04/i_04_cr/i_04_cr_peu/i_04_cr_peu.html)
- Le cerveau à tous les niveaux ! (2020b). *Les axones qui entrent et sortent du cortex moteur*. Le cerveau à tous les niveaux ! [https://lecerveau.mcgill.ca/flash/a/a\\_06/a\\_06\\_cl/a\\_06\\_cl\\_mou/a\\_06\\_cl\\_mou.html#miroirs](https://lecerveau.mcgill.ca/flash/a/a_06/a_06_cl/a_06_cl_mou/a_06_cl_mou.html#miroirs)
- Le cerveau à tous les niveaux ! (2020c). *Les deux routes de la peur*. Le cerveau à tous les niveaux ! [https://lecerveau.mcgill.ca/flash/i/i\\_04/i\\_04\\_cr/i\\_04\\_cr\\_peu/i\\_04\\_cr\\_peu.html#2](https://lecerveau.mcgill.ca/flash/i/i_04/i_04_cr/i_04_cr_peu/i_04_cr_peu.html#2)
- Lea, R. G., Davis, S. K., Mahoney, B., & Qualter, P. (2019). Does Emotional Intelligence Buffer the Effects of Acute Stress? A Systematic Review. *Frontiers in Psychology*, 10, 810. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00810>
- LeDoux, J. E. (1993). Emotional memory systems in the brain. *Behavioural Brain Research*, 58(1-2), 69-79. [https://doi.org/10.1016/0166-4328\(93\)90091-4](https://doi.org/10.1016/0166-4328(93)90091-4)
- LeDoux, J. E. (2000). Emotion circuits in the brain. *Annual Reviews*, 23, 155-184.
- Lehiany, B., & Chiambaretto, P. (2019). L'apport de la méthode fsQCA à l'étude de la complexité causale : Une application à la stabilité des alliances. *Finance Contrôle Stratégie*, NS-6. <https://doi.org/10.4000/fcs.3368>

- LEPCAM Lire, Écrire, Publier et Communiquer des Articles Médicaux. (2013a). *Élaborer son protocole : La randomisation*. <https://lepcam.fr/index.php/les-etapes/randomisation/>
- LEPCAM Lire, Écrire, Publier et Communiquer des Articles Médicaux. (2013b). *Interprétation et critique des résultats (2)*. <https://lepcam.fr/index.php/les-etapes/critique/#biais>
- Lopez, V., Yobas, P., Chow, Y. L., & Shorey, S. (2018). Does building resilience in undergraduate nursing students happen through clinical placements? A qualitative study. *Nurse Education Today*, 67, 1-5. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2018.04.020>
- Luque-Reca, O., Pulido-Martos, M., Lopez-Zafra, E., & Augusto-Landa, J. M. (2015). Emotional intelligence and health-related quality of life in institutionalised Spanish older adults. *International Journal of Psychology*, 50(3), 215-222. <https://doi.org/10.1002/ijop.12089>
- Luque-Reca, O., Pulido-Martos, M., Lopez-Zafra, E., & Augusto-Landa, J. M. (2018). The Importance of Emotional Intelligence and Cognitive Style in Institutionalized Older Adults' Quality of Life. *Journal of General Psychology*, 145(2), 120-133. <https://doi.org/10.1080/00221309.2018.1437384>
- Maeker, É., & Maeker-Poquet, B. (2020). L'empathie peut-elle être enseignée aux soignants ? *Soins Gériatrie*, 25(143), 30-33. <https://doi.org/10.1016/j.sger.2020.03.012>
- Matthews, F., Marioni, R., Brayne, C., & Medical Research Council Cognitive Function and Ageing Study. (2012). Examining the influence of gender, education, social class and birth cohort on MMSE tracking over time : A population-based prospective cohort study. *BMC Geriatrics*, 12(1), 45. <https://doi.org/10.1186/1471-2318-12-45>
- Mattingly, V., & Kraiger, K. (2019). Can emotional intelligence be trained? A meta-analytical investigation. *Human Resource Management Review*, 29(2), 140-155. <https://doi.org/10.1016/j.hrmr.2018.03.002>

- McQueen, A. C. H. (2004). Emotional intelligence in nursing work. *Journal of Advanced Nursing*, 47(1), 101-108. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03069.x>
- Megías, A., Gutiérrez-Cobo, M. J., Gómez-Leal, R., Cabello, R., & Fernández-Berrocal, P. (2017). Performance on emotional tasks engaging cognitive control depends on emotional intelligence abilities : An ERP study. *Scientific Reports*, 7(1), 16446. <https://doi.org/10.1038/s41598-017-16657-y>
- Menne, H. L., Johnson, J. D., Whitlatch, C. J., & Schwartz, S. M. (2012). Activity Preferences of Persons With Dementia. *Activities, Adaptation & Aging*, 36(3), 195-213. <https://doi.org/10.1080/01924788.2012.696234>
- Merçay, C. (2017). Expérience de la population âgée de 65 ans et plus avec le système de santé analyse de l'international health policy survey 2017 de la fondation commonwealth fund sur mandat de l'office fédéral de la santé publique (OFSP). Observatoire suisse de la santé. <https://repository.publisso.de/resource/frl:6407129>
- Mikolajczak, M., Avalosse, H., Vancorenland, S., Verniest, R., Callens, M., van Broeck, N., Fantini-Hauwel, C., & Mierop, A. (2015). A nationally representative study of emotional competence and health. *Emotion*, 15(5), 653-667. <https://doi.org/10.1037/emo0000034>
- Mikolajczak, M., Quidbach, J., Kotsou, I., & Nélis, D. (2020). *Les compétences émotionnelles*. Dunod.
- Moyle, W., Murfield, J. E., Griffiths, S. G., & Venturato, L. (2011). Care staff attitudes and experiences of working with older people with dementia : Care staff attitudes and experiences of dementia. *Australasian Journal on Ageing*, 30(4), 186-190. <https://doi.org/10.1111/j.1741-6612.2010.00470.x>
- Munsch-Roux, K., & Munsch, F. (2008). La méthode de validation<sup>TM</sup> de Naomi Feil. *Gérontologie et société*, 31(126), 189 à 204.
- Nasreddine, Z. S., Phillips, N. A., Bédirian, V., Charbonneau, S., Whitehead, V., Collin, I., Cummings, J. L., & Chertkow, H. (2005). The Montreal Cognitive Assessment,



- MoCA : A Brief Screening Tool for Mild Cognitive Impairment. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53(4), 695-699. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2005.53221.x>
- National Drug and Alcohol Research. (2019). *Présentation du séminaire : Évaluation momentanée écologique de la consommation d'alcool*.  
<https://www.issup.net/fr/knowledge-share/resources/2019-04/presentation-du-seminaire-evaluation-momentanee-ecologique-la>
- Observatoire Valaisan de la Santé. (2020). *Évolution de l'espérance de vie*.  
<https://www.ovs.ch/fr/indicateurs/?id=1250>
- Office fédéral de la statistique. (2018). *Vieillissement actif*.  
<https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/catalogues-banques-donnees/publications.assetdetail.5046990.html>
- Office fédéral de la statistique. (2019). *Espérance de vie*.  
<https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiken/querschnittsthemen/wohlfahrtsmessung/wohlfahrt/gesundheit/lebenserwartung.html>
- Organisation mondiale de la santé. (2016). *Rapport mondial sur le vieillissement et la santé*. <https://www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/fr/>
- Organisation mondiale de la santé. (2018). *Vieillissement et santé*.  
<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- Organisation mondiale de la santé. (2020). *La démence*. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
- Pardeller, S., Frajo-Apor, B., Kemmler, G., & Hofer, A. (2017). Emotional Intelligence and cognitive abilities – associations and sex differences. *Psychology, Health & Medicine*, 22(8), 1001-1010. <https://doi.org/10.1080/13548506.2016.1255766>
- Parisi, J. M., Roberts, L., Szanton, S. L., Hodgson, N. A., & Gitlin, L. N. (2015). Valued Activities among Individuals with and without Cognitive Impairments : Findings from the National Health and Aging Trends Study. *The Gerontologist*, gnv144.  
<https://doi.org/10.1093/geront/gnv144>

- Peña-Sarrionandia, A., Mikolajczak, M., & Gross, J. J. (2015). Integrating emotion regulation and emotional intelligence traditions : A meta-analysis. *Frontiers in Psychology*, 6, 160. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.00160>
- Pennebaker, J. W., & Chung, C. K. (2011). *Expressive Writing : Connections to Physical and Mental Health*. Oxford University Press.  
<https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780195342819.013.0018>
- Phaneuf, M. (2013). L'intelligence émotionnelle, un outil du soin. *Santé mentale*, 177.  
<http://www.prendresoins.org/wp-content/uploads/2014/05/Intelligence-emotionnelle.pdf>
- Phaneuf, M., & Gendron, F. (2016). *La relation soignant-soigné : L'accompagnement thérapeutique*. Chenelière Education.
- Phinney, A. (2006). Family Strategies for Supporting Involvement in Meaningful Activity by Persons With Dementia. *Journal of Family Nursing*, 12(1), 80-101.  
<https://doi.org/10.1177/1074840705285382>
- Plutchik, R. (1980). A general psychoevolutionary theory of emotion. In *Theories of Emotion* (p. 3-33). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-558701-3.50007-7>
- Pro Senectute. (2021a). *Formation continue Programme 2021 La qualité au service de nos aînés*. [https://prosenectute.ch/dam/jcr:423eaaf9-12db-46cf-837c-b1a987d5751f/Programme\\_2021\\_f\\_18.03.21.pdf](https://prosenectute.ch/dam/jcr:423eaaf9-12db-46cf-837c-b1a987d5751f/Programme_2021_f_18.03.21.pdf)
- Pro Senectute. (2021b). *Formation spécifique Randonnée T1-T2*. Pro Senectute Schweiz.  
<https://www.prosenectute.ch/fr/services/pour-les-specialistes/offre-de-formation-sport/offre-de-formation-sport-des-adultes/21-260>
- Psychologie.psyblogs.net. (2011). *Cours : Sensibilité d'un test ou d'une épreuve*.  
<http://psychologie.psyblogs.net/2012/01/cours-sensibilite-dun-test-ou-dune.html>
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D Scale : A Self-Report Depression Scale for Research in the General Population. *Applied Psychological Measurement*, 1(3), 385-401.  
<https://doi.org/10.1177/014662167700100306>

- Raghubir, A. E. (2018). Emotional intelligence in professional nursing practice : A concept review using Rodgers's evolutionary analysis approach. *International Journal of Nursing Sciences*, 5(2), 126-130. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2018.03.004>
- Ragin, C. C. (2014). *The Comparative Method : Moving Beyond Qualitative and Quantitative Strategies*. University of California Press.  
<https://doi.org/10.1525/9780520957350>
- Ramos, N. S., Fernandez-Berrocal, P., & Extremera, N. (2007). Perceived emotional intelligence facilitates cognitive-emotional processes of adaptation to an acute stressor. *Cognition & Emotion*, 21(4), 758-772.  
<https://doi.org/10.1080/02699930600845846>
- Reeve, J. (2012). *Psychologie de la motivation et des émotions*. De Boeck Supérieur.
- Rey, S., Savoie, C., Voyer, P., Ahossi, E. C., Bouchard, S., Dallaire, C., Hardy, M.-S., Ducraux, D., Ortoleva Bucher, C., & Cohen, C. (2020). Fondamentaux des soins : Un cadre et un processus pratique pour répondre aux besoins physiques, psychosociaux et relationnels des personnes soignées. *Recherche en soins infirmiers*, N°142(3), 7. <https://doi.org/10.3917/rsi.142.0007>
- Rimé, B. (2009). *Le partage social des émotions*. Presses Universitaires de France.  
<https://doi.org/10.3917/puf.mosco.2009.01>
- Rivest, L.-P., & Genest, C. (2008). *Comment compter les cerfs ?* Accromath.  
<https://accromath.uqam.ca/2008/07/comment-compter-les-cerfs/>
- Roberts, R. O., Cha, R. H., Mielke, M. M., Geda, Y. E., Boeve, B. F., Machulda, M. M., Knopman, D. S., & Petersen, R. C. (2015). Risk and protective factors for cognitive impairment in persons aged 85 years and older. *Neurology*, 84(18), 1854-1861.  
<https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000001537>
- Rogers, C. (2015). *La relation d'aide et la psychothérapie* (19e édition). ESF éd.
- Rogers, C. (2018). *Le développement de la personne*. InterEd.
- Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1997). Successful Aging. *The Gerontologist*, 37(4), 433-440.  
<https://doi.org/10.1093/geront/37.4.433>

- Rowe, John W, & Kahn, R. L. (1998). *Successful aging*. Pantheon Books.
- Saad, O., Zysberg, L., Heinik, J., Ben-Itzhak, R., & Zisberg, A. (2019). The right kind of smart : Emotional intelligence's relationship to cognitive status in community-dwelling older adults. *International Psychogeriatrics*, 31(9), 1241-1247. Embase.  
<https://doi.org/10.1017/S1041610218002284>
- Sarrionandia, A., & Mikolajczak, M. (2020). A meta-analysis of the possible behavioural and biological variables linking trait emotional intelligence to health. *Health Psychology Review*, 14(2), 220-244.  
<https://doi.org/10.1080/17437199.2019.1641423>
- Shanta, L. L., & Connolly, M. (2013). Using King's Interacting Systems Theory to Link Emotional Intelligence and Nursing Practice. *Journal of Professional Nursing*, 29(3), 174-180. <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2012.04.023>
- Slaski, M., & Cartwright, S. (2003). Emotional intelligence training and its implications for stress, health and performance. *Stress and Health*, 19(4), 233-239.  
<https://doi.org/10.1002/smi.979>
- Soares, A. (2003). Les émotions dans le travail. *Travailler*, 9(1), 9.  
<https://doi.org/10.3917/trav.009.0009>
- Soares, C. C., Marques, A. M., Clarke, P., Klein, R., Koskinen, L., Krasuckiene, D., Lamsodiene, E., Piscalkiene, V., & Küçükgüçlü, Ö. (2019). Older people's views and expectations about the competences of health and social care professionals : A European qualitative study. *European Journal of Ageing*, 16(1), 53-62.  
<https://doi.org/10.1007/s10433-018-0466-3>
- Statistica. (2016). *Coefficient B*. <https://www.statsoft.fr/concepts-statistiques/glossaire/c/coefficient-b.html>
- Statistique Canada, Gouvernement du Canada. (2021). *Erreur d'échantillonnage*.  
<https://www150.statcan.gc.ca/n1/edu/power-pouvoir/ch6/sampling-echantillonnage/5214807-fra.htm>

- Stayt, L. C. (2009). Death, empathy and self preservation : The emotional labour of caring for families of the critically ill in adult intensive care. *Journal of Clinical Nursing*, 18(9), 1267-1275. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02712.x>
- Suri, G., & Gross, J. J. (2012). Emotion regulation and successful aging. *Trends in Cognitive Sciences*, 16(8), 409-410. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2012.06.007>
- Syndicat National des Professionnels Infirmiers. (2016). *Relation soignant/soigné : L'intelligence émotionnelle pour humaniser les soins*. Syndicat National des Professionnels Infirmiers. <https://www.syndicat-infirmier.com/Relation-soignant-soigne-l.html>
- Terkelsen, A. S., Petersen, J. V., & Kristensen, H. K. (2020). Mapping empirical experiences of Tom Kitwood's framework of person-centred care for persons with dementia in institutional settings. A scoping review. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 34(1), 6-22. <https://doi.org/10.1111/scs.12709>
- Tomkins, S. S. (1962). *Affect Imagery Consciousness : Volume I : The Positive Affects*. Springer Publishing Company.
- Trafimow, D. (2017). The probability of simple versus complex causal models in causal analyses. *Behavior Research Methods*, 49(2), 739-746. <https://doi.org/10.3758/s13428-016-0731-3>
- Ullrich, P. M., & Lutgendorf, S. K. (2002). Journaling about stressful events : Effects of cognitive processing and emotional expression. *Annals of Behavioral Medicine*, 24(3), 244-250. [https://doi.org/10.1207/S15324796ABM2403\\_10](https://doi.org/10.1207/S15324796ABM2403_10)
- Unisanté. (2021). *Désirabilité sociale dans les enquêtes de santé*. Unisanté. <https://www.unisante.ch/fr/formation-recherche/recherche/projets-etudes/desirabilite-sociale-dans-enquetes-sante>
- UOH - Psychométrie et Statistique en L2. (2013). 8. *Régression linéaire : Évaluer la qualité de la relation*. [http://w3.uohpsy2.univ-tlse2.fr/UOHPsy2/index.php?option=com\\_content&task=view&id=207&Itemid=30&limit=1&limitstart=2](http://w3.uohpsy2.univ-tlse2.fr/UOHPsy2/index.php?option=com_content&task=view&id=207&Itemid=30&limit=1&limitstart=2)

- van de Pol, M. H. J., Fluit, C. R. M. G., Lagro, J., Niessen, D., Rikkert, M. G. M. O., & Lagro-Janssen, A. L. M. (2015). Quality care provision for older people : An interview study with patients and primary healthcare professionals. *British Journal of General Practice*, 65(637), e500-e507. <https://doi.org/10.3399/bjgp15X686065>
- Vassilaki, M., Aakre, J. A., Cha, R. H., Kremers, W. K., St. Sauver, J. L., Mielke, M. M., Geda, Y. E., Machulda, M. M., Knopman, D. S., Petersen, R. C., & Roberts, R. O. (2015). Multimorbidity and Risk of Mild Cognitive Impairment. *Journal of the American Geriatrics Society*, 63(9), 1783-1790. <https://doi.org/10.1111/jgs.13612>
- Venkatesh, S., & Fischer, C. E. (2019). Cognitive factors associated with emotional intelligence. *International Psychogeriatrics*, 31(9), 1229-1231. <https://doi.org/10.1017/S1041610219000917>
- Vernay, C. (2018). L'empathie, un élément clé dans la relation de soin. *Soins*, 63(824), 47-50. <https://doi.org/10.1016/j.soin.2018.02.011>
- Voyer, P. (2013). *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie*. ERPI.
- Winzelberg, G. S., Williams, C. S., Preisser, J. S., Zimmerman, S., & Sloane, P. D. (2005). Factors Associated With Nursing Assistant Quality-of-Life Ratings for Residents With Dementia in Long-Term Care Facilities. *The Gerontologist*, 45(suppl. 1), 106-114. [https://doi.org/10.1093/geront/45.suppl\\_1.106](https://doi.org/10.1093/geront/45.suppl_1.106)
- Wuthrich, V. M., Rapee, R. M., Draper, B., Brodaty, H., Low, L.-F., & Naismith, S. L. (2019). Reducing risk factors for cognitive decline through psychological interventions : A pilot randomized controlled trial. *International Psychogeriatrics*, 31(07), 1015-1025. <https://doi.org/10.1017/S1041610218001485>
- XLSTAT by Addinsoft. (2020). *Puissance statistique pour l'ANOVA / ANCOVA / ANOVA à mesures répétées*. XLSTAT, Your data analysis solution. <https://www.xlstat.com/fr/solutions/fonctionnalites/puissance-statistique-pour-l-anova-ancova-anova-a-mesures-repetees>
- Yekta, Z. P., & Abdolrahimi, M. (2015). Concept analysis of emotional intelligence in nursing. *Nursing Practice Today*, 3(4), 158-163.

Zarit, S. H., Reever, K. E., & Bach-Peterson, J. (1980). Relatives of the Impaired Elderly :  
Correlates of Feelings of Burden. *The Gerontologist*, 20(6), 649-655.

<https://doi.org/10.1093/geront/20.6.649>

Zeidner, M., & Matthews, G. (2016). Ability emotional intelligence and mental health :  
Social support as a mediator. *Personality and Individual Differences*, 99, 196-199.

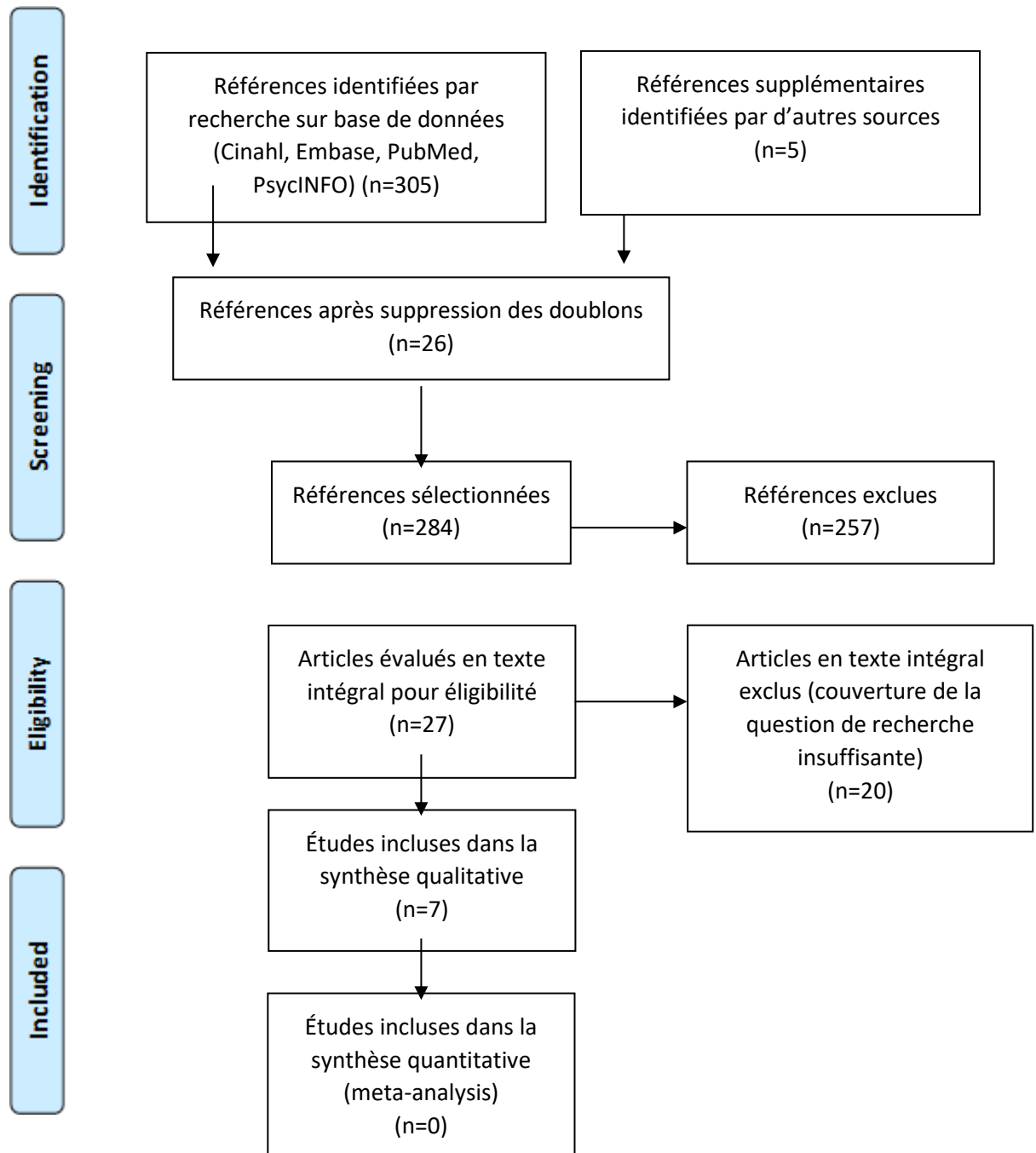
<https://doi.org/10.1016/j.paid.2016.05.008>

Zysberg, L. (2018). Emotional Intelligence and Health Outcomes. *Psychology*, 9(11),  
2471-2481. <https://doi.org/10.4236/psych.2018.911142>

Zysberg, L., & Raz, S. (2015). *Emotional Intelligence : Current Evidence from  
Psychophysiological, Educational and Organizational Perspectives*. Nova Science  
Publishers, Incorporated.

## 7 Annexes

### Annexe I : Diagramme de flux PRISMA 2009



(Gedda, 2015, p. 43)



Annexe II : Tableaux de recension des études

Saad, O., Zysberg, L., Heinik, J., Ben-Itzhak, R., & Zisberg, A. (2019). The right kind of smart : Emotional intelligence's relationship to cognitive status in community-dwelling older adults. *International Psychogeriatrics*, 31(9), 1241-1247. Embase.  
<https://doi.org/10.1017/S1041610218002284>

<p><b>Design</b></p> <p>Étude corrélative transverse quantitative</p> <p><b>Niveau de preuve</b></p> <p>IV</p> <p><b>Paradigme</b></p> <p>Postpositiviste</p>	<p><b>Échantillon</b></p> <p>Personnes âgées (PA) de 60 ans et plus sans démence (N=151), recrutées dans deux cliniques de la mémoire dans une communauté urbaine du centre d'Israël entre avril 2015 et avril 2017</p> <p><b>Échantillonnage</b></p> <p>Non probabiliste (sur 302 patients identifiés -&gt; 161 ont accepté de participer (manque de temps et des problèmes de santé)</p> <p><b>Critère(s) d'inclusion</b></p> <p>Âgé de 60 ans ou plus, sans démence DSM-IV-TR, sans trouble psychiatrique majeur et sans déficience sensorielle sévère (vue, audition)</p> <p><b>Critère(s) d'exclusion</b></p> <p>Score au Mini-Mental State Examination inférieur à 24 le jour de l'évaluation (10 patients)</p>	<p><b>But(s), objectif(s)</b></p> <p>Examiner la possibilité que l'IE soit positivement associée à la fonction cognitive (FC)</p> <p><b>Question(s) de recherche</b></p> <p>Non spécifiée</p> <p><b>Hypothèse(s)</b></p> <p>Non spécifiée</p> <p><b>Variabes VI :</b></p> <p>Niveau d'IE</p> <p><b>Covariabes (secondaires) :</b></p> <p>Âge, genre, niveau d'éducation, comorbidité, dépression, AIVQ, capacité mentale générale (CMG)</p> <p><b>VD :</b></p> <p>FC</p>	<p><b>Cadre de référence</b></p> <p>Fonction cognitive</p> <p>Déclin cognitif</p> <p>Intelligence émotionnelle</p> <p>Adultes âgés</p>	<p><b>Méthode(s) de collecte des données</b></p> <p>Entretiens avec les participants et des données extraites des dossiers médicaux des patients.</p> <p>- tests cognitifs (Montreal Cognitive Assessment [MoCA], le score de 26 et plus est considéré comme fonction cognitive normale ; sensibilité de 94,6% et spécificité de 76,3%)</p> <p>- tests audiovisuels d'intelligence émotionnelle (AVEI) ; fiabilité adéquate et validité prédictive</p> <p>- capacité mentale générale : matrices progressives colorées de Raven ; déjà utilisée chez PA</p> <p>- évaluation clinique et fonctionnelle : activités de base de la vie quotidienne (questionnaire de Barthel, <math>\alpha=0,73</math>), activités instrumentales de la vie quotidienne (indice de Lawton, <math>\alpha=0,83</math>), comorbidité (indice de comorbidité de Charlson), symptômes dépressifs (échelle de dépression gériatrique, <math>\alpha=0,80</math>, des scores de 0 à 4 sont considérés comme normaux)</p> <p>- l'âge et le niveau d'éducation</p> <p>Les tests ont été effectués par une infirmière qualifiée.</p> <p><b>Éthique</b></p> <p>Approuvé par le centre médical Sourasky (0697-14-TLV) et le conseil d'examen institutionnel de Cheryl Spencer Nursing Research Institute (15/383)</p> <p>Tous les participants ont signé un formulaire de consentement éclairé écrit (autorisation d'accéder à leur dossier médical et leur accord pour être interrogés).</p>	<p><b>Méthodes d'analyse</b></p> <p>Les statistiques descriptives ont été calculées pour toutes les variables afin de vérifier l'hypothèse de normalité et de détecter les effets de plancher ou de plafond dans les distributions.</p> <p>Des associations préliminaires entre les variables de l'étude ont été évaluées à l'aide des corrélations de Pearson.</p> <p>Statistique inférentielle : la régression multiple par blocs a ensuite été effectuée pour évaluer les prédicteurs significatifs de la FC : premier bloc sans IE, deuxième avec IE.</p> <p>Une signification statistique pour toutes les analyses a été fixée à <math>p&lt;0,05</math>.</p> <p>Pour chaque bloc, la variance expliquée (<math>r^2</math>) et la pente de la droite (b) ont été présentées. Pour le deuxième bloc, la variance expliquée ajoutée (changement de <math>r^2</math>).</p> <p><b>Logiciels</b></p> <p>SPSS 23</p>	<p><b>Résultats</b></p> <p>Une analyse de régression linéaire multiple a été effectuée pour examiner les associations entre la FC et l'IE tout en contrôlant le sexe, l'âge, l'éducation, la CMG et l'indice de comorbidité (ICC). L'âge, le niveau d'éducation, la CMG et l'ICC étaient des corrélats significatifs de la FC et représentaient 31,1% de la variance (<math>F[7,143]=10,8</math>, <math>p&lt;0,01</math>) de la FC. L'IE a été ajoutée dans le deuxième bloc et était le facteur le plus fortement associé à la FC, expliquant 9,1% supplémentaires (un total de 40,2%) de la variance de la FC (<math>F[8,142]=13,2</math>, <math>p&lt;0,01</math>).</p> <p>La dépression, l'AIVQ et la comorbidité n'étaient pas significativement corrélées à la FC dans cette étude.</p> <p><b>Conclusions</b></p> <p>Cette étude montre qu'une IE plus élevée est associée à une meilleure FC chez les personnes âgées. Ces résultats pourraient avoir des implications importantes pour la préservation de la cognition dans la vieillesse.</p> <p><b>Limites de l'étude</b></p> <p>L'échantillon de commodité était composé de personnes âgées de classe moyenne vivant dans un centre urbain d'Israël et fréquentant une clinique de la mémoire ; cela induit une limitation de la généralisation de l'étude.</p> <p>Méthode corrélative qui limite la capacité à proposer des relations causales entre les variables testées</p> <p>Il n'y a pas suffisamment de preuves à ce stade pour attacher une valeur clinique à ces résultats.</p>
---	---	--	--	---	--	---

Bohn, L., Kwong See, S. T., & Fung, H. H. (2019). Preference for emotionally meaningful activity in Alzheimer's disease. *Aging & Mental Health*, 23(11), 1578-1585. Medline. <https://doi.org/10.1080/13607863.2018.1506750>

<p><b>Design</b> Étude quantitative</p> <p><b>Niveau de preuve</b> III</p> <p><b>Paradigme</b> Postpositiviste ou interprétatif</p>	<p><b>Échantillon</b> Groupe de contrôle : personne en bonne santé de différents âges Young adults (YA) M=22,48, ET=2,52 (N=25), Young old adult (YOA) M=67,56, ET=4,72 (N=25) et Old-old adults (OOA) M=80,24, ET=2,83 (N=25)</p> <p>Comparaison avec un échantillon de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer (MA) M=84,38, ET=4,07 : MA (N=23) et MA mixte (N=3). 22 personnes ont été recrutées dans un établissement de soins de longue durée, 2 par l'intermédiaire de la Société Alzheimer, 2 recommandations par un médecin de la région d'Edmonton. Pour un échantillon homogène, 2 participants ont été exclus. Mini Mental State Exam (M=17,58, ET=3,85) ; Dementia Severity Rating Scale (M=18,00, ET=8,78)</p> <p><b>Échantillonnage</b> Non probabiliste</p> <p><b>Critère(s) d'inclusion</b> Non formulé par les auteurs</p> <p><b>Critère(s) d'exclusion</b> Diagnostic primaire de démence autre que type Alzheimer, antécédents de traumatisme crânien grave, abus d'alcool ou de drogues, complications thyroïdiennes non traitées et maladie neurodégénérative (p. ex. Parkinson)</p>	<p><b>But(s), objectif(s)</b> L'étude a cherché à savoir si les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer donneraient la priorité à la gratification émotionnelle (affective) même si elles percevaient moins de contraintes de temps à la suite de leur désorientation par rapport au temps à vivre.</p> <p><b>Question(s) de recherche</b> La question était de savoir si cette préférence ressemblait davantage à celle des pairs d'âge chronologique (OOA) ou de perspective temporelle de jeune personne âgée (YOA).</p> <p><b>Hypothèse(s)</b> Les participants atteints de la maladie d'Alzheimer donnent la priorité aux dimensions émotionnelles. Une préférence pour les activités favorisant la gratification émotionnelle est corrélée à un bien-être subjectif plus élevé.</p> <p><b>Variables</b> (pour la corrélation de Spearman) <b>VI</b> : 3 types d'activités avec 2 pôles opposés : - potentiel émotionnel positif (prévisible/imprévisible) - interaction sociale (minimale/considérable) - familiarité (pratiqué régulièrement/rarement) <b>VD</b> : bien-être psychologique et motivation par des objectifs significatifs</p>	<p><b>Cadre de référence</b></p> <p>Maladie d'Alzheimer (MA)</p> <p>Théorie de la sélectivité socioémotionnelle</p> <p>Activités émotionnellement significatives</p> <p>Qualité des soins et qualité de vie des personnes atteintes de la MA</p>	<p><b>Méthode(s) de collecte des données</b> Les connaissances verbales acquises (Mill Hill Vocabulary Scale [MHV]) ont été mesurées. Les informations démographiques ont été récoltées.</p> <p>L'activité significative a été indexée à l'aide d'une tâche de tri de cartes liée à la préférence pour les activités sociales. Les cartes étaient présentées dans un ordre aléatoire prédéterminé. La littérature a été consultée pour sélectionner les activités sociales à utiliser.</p> <p>L'utilisation du Positionnement multidimensionnel (MDS) à trois voies (ne nécessite pas d'hypothèses a priori) : contact social, recherche d'informations et potentiel affectif. Les questions pour chacune des dimensions : 7 modalités d'échelle Likert</p> <p>Bien-être subjectif : l'échelle de satisfaction de la vie, l'échelle de Likert (5 modalités) accompagnées d'une étiquette correspondante. La lecture était à haute voix pour MA. Le coefficient alpha de Cronbach pour ces items était de 0,61. Les valeurs pour les sous-groupes allaient de 0,46 (YA) à 0,69 (participants AD).</p> <p>Questions ouvertes concernant les activités les moins et les plus appréciées. Temps total : 60 minutes</p> <p><b>Éthique</b> Le comité d'éthique de la recherche de l'université a approuvé le protocole de l'étude. Un consentement écrit a été obtenu des groupes de contrôle et des décideurs légaux des participants à la MA. L'assentiment écrit des participants ayant la MA a été obtenu.</p>	<p><b>Méthodes d'analyse</b> Statistiques descriptives des variables démographiques pour chaque groupe</p> <p>Statistique exploratoire : la MDS à trois voies comprend un ensemble de poids pour chaque dimension qui sont attribués à chaque groupe. Les dimensions ont été interprétées à partir des évaluations des participants sur les éléments du card-sort et des données qualitatives.</p> <p>Recherche de relation entre les variables et le bien-être subjectif en utilisant la corrélation du rang de Spearman</p> <p><b>Logiciels</b> Les matrices ont été analysées à l'aide de l'algorithme non métrique Alternating Least Squares Scaling du MDS à trois voies.</p>	<p><b>Résultats</b> La dimension appelée émotions positives prévisibles (prévisible + affect positif) était la plus importante pour les OOA (0,75), suivie par les YOA (0,39), les participants MA (0,36) et les YA (0,17). La familiarité (participation de routine pour le plaisir émotionnel) était centrale pour les participants MA (0,73).</p> <p>Les activités associées aux émotions positives prévisibles étaient corrélées à un bien-être plus élevé, <math>r(101)=-0,269</math>, <math>p=0,007</math>.</p> <p>Les activités sociales qui procurent le plus de retour émotionnel sont significatives à un âge avancé, y compris à un âge avancé accompagné de la MA.</p> <p><b>Conclusions</b> Les participants atteints de la MA sont motivés par des objectifs émotionnellement significatifs et présentent des niveaux élevés de bien-être. Cela contraste avec le stéréotype selon lequel les personnes atteintes de la MA ne sont pas dans le présent et préfèrent ne pas rechercher d'interaction sociale.</p> <p><b>Limites de l'étude</b> Échantillonné à des participants atteints de la MA dans des établissements de soins de longue durée. Les résultats ne peuvent pas être généralisés. Les participants atteints de la MA sont ceux qui ont le moins d'années d'éducation formelle. Le résultat ne tient pas compte de cela. Les données ont été analysées au niveau du groupe, les recherches portant sur les différences interindividuelles en matière d'activités significatives pourraient révéler des résultats divergents.</p>
---	--	---	--	--	--	---

Jiménez-Espert, M. del C., & Prado-Gascó, V. J. (2018). The role of empathy and emotional intelligence in nurses' communication attitudes using regression models and fuzzy-set qualitative comparative analysis models. *Journal of Clinical Nursing*, 27(13-14), 2661-2672.

<https://doi.org/10.1111/jocn.14325>

Design	Échantillon	But(s), objectif(s)	Cadre de référence	Méthode(s) de collecte des données	Méthodes d'analyse	Résultats
<p>Étude corrélative</p> <p>Niveau de preuve IV</p> <p>Paradigme Postpositiviste</p>	<p>460 infirmières ont été recrutées dans six hôpitaux espagnols de Valence : âge moyen de 44,13 ans (ET=11,58). Expérience en soins : de 43 ans et 3 mois à 5 mois : la moyenne (<math>\bar{x}</math>)=18 ans et 3 mois (ET=148,89 [mois]), médiane (Md)=5 ans et 3 mois</p> <p>Le taux de réponse a été de 51,1%. La taille adéquate de l'échantillon a été estimée pour les méthodologies utilisées. 09.2015 – 02.2016</p> <p><b>Échantillonnage</b> Par convenance (non probabiliste)</p> <p><b>Critère(s) d'inclusion</b> Les infirmières en activité, qui avaient préalablement donné leur consentement éclairé pour participer, ont été incluses.</p> <p><b>Critère(s) d'exclusion</b> Les infirmières qui n'ont pas rempli au moins 60% de l'instrument ont été exclues.</p>	<p>Explorer l'empathie et l'intelligence émotionnelle en tant que prédicteurs de l'attitude des infirmières vis-à-vis de la communication (ACO) avec les patients tout en comparant la contribution des aspects émotionnels et des éléments d'attitude sur le comportement potentiel</p> <p><b>Question(s) de recherche</b> Non spécifiée</p> <p><b>Hypothèse(s)</b> H1 : Toutes les dimensions de l'empathie et de l'IE auront un effet direct et négatif sur la dimension affective de l'ACO. H2 : Toutes les dimensions de l'empathie et de l'IE auront un effet direct et positif sur la dimension cognitive de l'ACO. H3 : Toutes les dimensions de l'empathie, de l'IE et de la dimension cognitive de l'ACO auront un effet direct et positif sur la dimension comportementale de l'ACO. En revanche, la dimension affective aura un effet négatif sur la dimension comportementale de l'ACO.</p> <p><b>Variables</b> <b>VI</b> : IE (identification des émotions, compréhension des émotions, régulation des émotions) et empathie (composante cognitive, compréhension des sentiments du patient, se mettre à la place du patient) <b>VD</b> : ACO (affective, cognitive, comportementale)</p>	<p>Attitude de communication</p> <p>Intelligence émotionnelle</p> <p>Empathie</p> <p>Personnel infirmier</p>	<p>Les caractéristiques démographiques des répondants ont été prises en compte : sexe, âge, expérience en matière de soins, niveau d'éducation et situation professionnelle. L'auto-remplissage de l'instrument : environ 35 min. Des courriers de rappel ont été envoyés à toutes les infirmières, à 2 et à 3-4 semaines pour la collecte de l'instrument complet depuis le premier remplissage des instruments. Formulé à l'aide d'une échelle de Likert à cinq éléments :</p> <p><u>Attitudes envers la communication des infirmières</u> (ACO) : créée par les chercheurs, 25 items, 3 dimensions : affective (<math>\alpha</math> [IC]=0,95 [0,94–0,96]), cognitive (<math>\alpha</math> [IC]=0,85 [0,82–0,87]) et comportementale (<math>\alpha</math> [IC]=0,92 [0,90–0,93])</p> <p><u>L'IE est mesurée</u> : échelle Trait Meta-Mood Scale (TMMS24) ; adaptée et validée en Espagne ; 3 dimensions : identification des émotions (<math>\alpha</math> [IC]=0,80 [0,77–0,83]), compréhension des émotions (<math>\alpha</math> [IC]=0,87 [0,85–0,89]), régulation des émotions (<math>\alpha</math> [IC]=0,85 [0,82–0,87])</p> <p><u>Mesure d'empathie</u> : échelle Jefferson Scale Nursing Empathy (JSNE) adaptée par les chercheurs pour les infirmières espagnoles, 15 items, 3 dimensions : composante cognitive (<math>\alpha</math> [IC]=0,87 [0,85–0,89]), compréhension des sentiments du patient (<math>\alpha</math> [IC]=0,78 [0,75–0,81]) et se mettre à la place du patient (<math>\alpha</math> [IC]=0,76 [0,71–0,80])</p> <p><b>Éthique</b> Données recueillies de manière anonyme</p> <p>Étude approuvée par le comité d'éthique de la recherche de l'université de Valence et par les comités d'éthique de la recherche clinique des hôpitaux</p>	<p>Analyses descriptives des participants et calibration pour fsQCA (<math>p \leq 0,01</math>) : les corrélations entre les variables sont significatives sauf affectives (ACO) et identification des émotions (TMMS24) ; et identification des émotions (TMMS24) et se mettre à la place du patient (JSNE). Ensuite, 2 méthodes analytiques : modèles de régressions hiérarchiques (2 modèles à 2 étapes et 1 modèle à 3 étapes ont été calculés) et modèle d'analyse comparative par ensembles flous (fsQCA) (2 étapes : crée une table de vérité avec toutes les combinaisons logiquement possibles de conditions causales ; génère 3 solutions possibles)</p> <p><b>Logiciels</b> SPSS statistics 23 pour l'analyse de régression et FSQCA 2.5 software pour fsQCA</p>	<p>Régressions hiérarchiques : H1 (<math>r^2=0,19</math>, <math>p \leq 0,001</math>), la composante cognitive (<math>b=-0,34</math>, <math>p \leq 0,001</math>) et la compréhension des émotions (affective : <math>b=-0,20</math>, <math>p \leq 0,01</math>) sont des prédicteurs négatifs significatifs de dimension affective (ACO) ; H2 (<math>r^2=0,22</math>, <math>p \leq 0,001</math>), la composante cognitive (<math>b=0,38</math>, <math>p \leq 0,001</math>) et la compréhension des émotions (<math>b=0,17</math>, <math>p \leq 0,01</math>) sont des prédicteurs positifs significatifs de dimension cognitive ; H3 (<math>r^2=0,64</math>, <math>p \leq 0,001</math>), la composante cognitive (<math>b=0,14</math>, <math>p \leq 0,01</math>), la régulation des émotions (<math>b=0,11</math>, <math>p \leq 0,01</math>) et la dimension cognitive (<math>b=0,52</math>, <math>p \leq 0,001</math>) sont des prédicteurs significatifs et positifs, tandis que le fait de se mettre à la place du patient (<math>b=-0,10</math>, <math>p \leq 0,01</math>) et la dimension affective (<math>b=-0,19</math>, <math>p \leq 0,001</math>) sont des prédicteurs négatifs.</p> <p><b>Conclusions</b> L'empathie et l'IE sont des prédicteurs des attitudes des infirmières à l'égard de la communication, et la dimension cognitive est le meilleur prédicteur de la dimension comportementale. Les infirmières ayant des compétences en IE et en empathie donnent généralement des services de soins de meilleure qualité et produisent des patients plus satisfaits.</p> <p><b>Limites de l'étude</b> Échantillonnage non probabiliste et qui concerne une localité géographique limitée (la généralisation est problématique)</p> <p>Utilisation d'auto-rapports pour recueillir les données (biais de désirabilité sociale)</p>

Luque-Reca, O., Pulido-Martos, M., Lopez-Zafra, E., & Augusto-Landa, J. M. (2018). The Importance of Emotional Intelligence and Cognitive Style in Institutionalized Older Adults' Quality of Life. *Journal of General Psychology, 145*(2), 120-133. Ccm.

<https://doi.org/10.1080/00221309.2018.1437384>

Design	Échantillon	But(s), objectif(s)	Cadre de référence	Méthode(s) de collecte des données	Méthodes d'analyse	Résultats
<p>Étude transversale quantitative</p> <p><b>Niveau de preuve</b></p> <p>IV</p> <p><b>Paradigme</b></p> <p>Postpositiviste</p>	<p>Les personnes âgées institutionnalisées (N=351) : 33% des participants ne présentaient « aucun trouble cognitif ». Elles ont été évaluées par l'adaptation espagnole du Mini Mental State Examination (MMSE) et en utilisant un seuil de 23/24 sur 35 points possibles ; 115 (47,82% de femmes) ; âgées de 65 à 101 ans</p> <p><b>Échantillonnage</b> Par commodité (accidentel, non probabiliste)</p> <p><b>Critère(s) d'inclusion</b> Les personnes âgées institutionnalisées de trois maisons de retraite du sud de l'Espagne</p> <p><b>Critère(s) d'exclusion</b> Non spécifié</p>	<p>Étudier si l'intelligence émotionnelle perçue (PIE) est liée à un style cognitif et comprendre le rôle que le style cognitif optimiste (OCS) et le style cognitif pessimiste (PCS) ont dans la relation hypothétique entre la PIE et les niveaux de qualité de vie (QdV) chez les personnes âgées institutionnalisées</p> <p><b>Question(s) de recherche</b> Non spécifiée</p> <p><b>Hypothèse(s)</b> H1 : des relations positives entre OCS et PIE et négatives entre PCS et PIE H2 : des relations positives entre la PIE et les dimensions de la QdV des personnes âgées H3 : la PIE et les styles cognitifs auraient un impact positif sur les dimensions personnelles de la QdV (santé, capacités fonctionnelles et satisfaction de la vie), mais pas sur les dimensions externes (intégration sociale, qualité de l'environnement, revenus et éducation) chez les personnes âgées institutionnalisées H4 : le OCS et le PCS médiatisent partiellement la relation entre la PIE et les niveaux de QdV personnelle chez les personnes âgées institutionnalisées après avoir contrôlé l'effet du genre et de l'âge</p> <p><b>Variables</b> VI : PIE Variables médiatrices : OCS, PCS Covariances : âge et genre VD : QdV</p>	<p>Adultes âgés vivant en institution</p> <p>Style cognitif optimiste et pessimiste</p> <p>Intelligence émotionnelle perçue</p> <p>Qualité de vie</p>	<p>Tous les instruments ont été administrés individuellement et ont pris environ 1 heure par participant :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mesure de QdV à l'aide du Brief Quality of Life Questionnaire : 21 items à choix multiples ; 8 domaines (santé, intégration sociale, capacités fonctionnelles, activités et loisirs, satisfaction de vie, qualité de l'environnement, éducation et revenus). Valeur <math>\alpha</math> de 0,66 à 0,92</li> <li>- Le OCS et le PCS ont été évalués à l'aide du Life Orientation Test-Revised : échelle de Likert à 5 points ; 10 items ; propriétés psychométriques adéquates.</li> <li>- La capacité émotionnelle a été évaluée à l'aide du Wong and Law Emotional Intelligence Scale : échelle de Likert en 7 points ; 16 items ; alpha de Cronbach sont adéquats (0,83 – 0,90).</li> </ul> <p><b>Éthique</b> Approbation de la Délégation du Ministère de l'Égalité et de la Protection sociale de la Junta de Andalucía, et du Comité d'éthique de l'Université de Jaén. L'étude suit strictement les directives de la Déclaration d'Helsinki et la législation espagnole en vigueur régissant la recherche sur les sujets humains. L'autorisation a été obtenue auprès de la Junta de Andalucía et des directeurs des maisons de retraite. Les résidents ont été informés des objectifs de l'étude et ont participé de manière volontaire.</p>	<p>Signification statistique des résultats fixée à <math>p \leq 0,05</math></p> <p>Analyse descriptive des variables prédictives et des variables de critères.</p> <p>Une analyse bivariée a ensuite été réalisée via la corrélation de Pearson pour évaluer les associations entre les variables de l'étude.</p> <p>Analyse de la pertinence du style cognitif en tant que prédicteur potentiel des dimensions de la QdV, ainsi que la validité incrémentale de la PIE, une série d'analyses de régression linéaire multiple a été réalisée. Enfin, plusieurs analyses de médiation multiple ont été réalisées pour explorer si la relation entre la PIE et la QdV est médiée par le style cognitif des personnes âgées institutionnalisées.</p> <p>En raison de la taille relativement faible de l'échantillon, une procédure non paramétrique de Bootstrapping a été utilisée (avec 5000 répétitions).</p> <p><b>Logiciels</b> IBM SPSS Statistics for Windows, v.20</p>	<p>La corrélation de Pearson : toutes les dimensions de la QdV étaient significativement liées positivement au OCS et négativement au PCS, sauf le niveau d'éducation et du revenu. La relation entre la PIE et la QdV, la santé, les capacités fonctionnelles, l'activité, les loisirs et la satisfaction de la vie ont montré des corrélations positives (<math>p \leq 0,01</math>), mais pas sur les dimensions de QdV associées à l'environnement (revenu, éducation, intégration sociale et qualité de l'environnement).</p> <p>Un effet indirect significatif du OCS (IC 95% : 0,001 à 0,010), ce qui montre que le OCS joue un rôle médiateur partiel dans la relation entre la PIE et la santé.</p> <p><b>Conclusions</b> Les capacités émotionnelles perçues par les personnes âgées sont positivement liées uniquement aux composants de la QdV associés à la personne ainsi qu'aux activités et aux loisirs. Cela suggère en outre que la PIE et le style cognitif peuvent être des déterminants importants de la QdV des personnes âgées, mais pas ceux associés à leur environnement.</p> <p><b>Limites de l'étude</b> L'utilisation d'outils d'autoévaluation et d'un échantillon de commodité suggère d'être prudent dans la généralisation des résultats ; l'analyse de médiation réalisée présente certains inconvénients ; l'existence d'erreurs de mesure dans les variables ne peut être écartée ; les échantillons sont relativement petits.</p>

Foster, K. N., & McCloughen, A. J. (2020). Emotionally intelligent strategies students use to manage challenging interactions with patients and families : A qualitative inquiry. *Nurse Education in Practice*, 43, 102743. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2020.102743>

<p><b>Design</b> Étude qualitative interprétative (phase qualitative séquentielle de l'étude mixte)</p> <p><b>Niveau de preuve</b> IV</p> <p><b>Paradigme</b> Interprétatif</p>	<p><b>Échantillon</b> 12 étudiants en soins infirmiers et 8 étudiants en pharmacie en phase de préinscription, principalement des femmes nées en Australie. Le score moyen d'IE de participants=119 ; norme <math>\bar{x}</math>=121</p> <p><b>Échantillonnage</b> Intentionnel (non probabiliste)</p> <p><b>Critère(s) d'inclusion</b> Des étudiants en dernière année en soins infirmiers et en pharmacie d'une université de Sydney ont été invités à participer.</p> <p><b>Critère(s) d'exclusion</b> Non spécifié</p>	<p><b>But(s), objectif(s)</b> Explorer les expériences des étudiants en soins infirmiers et en pharmacie dans des situations interpersonnelles difficiles avec des patients et des familles dans la pratique clinique</p> <p>Identifier les comportements émotionnellement intelligents qui ont été utilisés pour les gérer</p> <p><b>Question(s) de recherche</b> Non spécifiée</p> <p><b>Hypothèse(s)</b> Non spécifiée</p> <p><b>Variables</b> N/A</p>	<p><b>Cadre de référence</b> Travail émotionnel Intelligence émotionnelle Soins infirmiers Stage clinique Résilience</p>	<p><b>Méthode(s) de collecte des données</b> Les entretiens semi-structurés de 45 à 60 minutes ont été menés sur le campus par des assistants de recherche formés, sans lien avec les cours.</p> <p>Deux questions primaires ouvertes, sur : - La situation difficile interpersonnelle ou une interaction avec un patient - Les stratégies utilisées</p> <p>Les entretiens ont été enregistrés en audio et transcrits mot à mot.</p> <p><b>Éthique</b> Le participant était informé, volontaire et donnait un consentement écrit et verbal. L'approbation a été accordée par le Comité d'éthique de la recherche sur l'homme de l'Université concernée.</p>	<p><b>Méthodes d'analyse</b> L'analyse de contenu est qualitative classique. La procédure est celle décrite par Graneheim et Lundman : les données ont été triées de manière inductive dans des domaines liés de manière générale au type d'expérience/situation interpersonnelle et aux stratégies de gestion. Des unités de signification ont été développées sur le contenu connexe, puis condensées et abstraites de manière itérative en codes et catégories. Deux assistants de recherche ont effectué le codage initial. Les codes ont été vérifiés, interprétés et affinés par les chercheurs (auteurs) et les catégories ont été élaborées et évaluées collectivement lors de réunions régulières entre les assistants de recherche et les chercheurs jusqu'à l'obtention d'un consensus. Les chercheurs étaient des infirmiers en santé mentale ayant une expérience de la recherche qualitative et des méthodes mixtes. Ils visaient à garantir la crédibilité et la fiabilité de la recherche : questions ouvertes (qui ne contraignaient pas les participants) ; guide d'entretien ; tous les membres ont participé au codage et à l'interprétation ; toutes les interprétations ont été étayées ; les données ont été comparées entre elles et avec d'autres études ; rencontres régulières entre les chercheurs et les assistants pendant la collecte des données ; réunions régulières</p> <p><b>Logiciels</b> Non utilisés par les auteurs</p>	<p><b>Résultats</b> 28 situations interpersonnelles sont décrites : 24/28 impliquent des patients, 4/28 des familles (principalement des patients/familles en colère et anxieux/ses).</p> <p>Thème 1 : Les émotions négatives et comportements difficiles – non préparés et incertains -&gt; des patients présentant des conditions critiques ou complexes en soins infirmiers : - Colère et agression (16/28 des situations) : les étudiants se sentaient mal préparés à réagir dans ces situations (nerveux, stressés, physiquement intimidés et en danger) -&gt; les étudiants traitaient les situations difficiles comme une « expérience d'apprentissage » - Détresse et embarras (l'anxiété ou la peur dans 12/28 des situations), la réalité de la mort et des maladies graves chez les patients : les étudiants se sont sentis tristes, effrayés et impuissants, la difficulté à gérer leurs propres émotions</p> <p>Thème 2 : Gérer les situations difficiles – Approches personnelles et interpersonnelles -&gt; l'éventail de stratégies cognitives, émotionnelles, relationnelles et comportementales : - Gestion de mes propres émotions : la stratégie cognitive utilisée la plus courante -&gt; le « discours interne » est utilisé pour renforcer la confiance, planifier des stratégies et se rassurer ; la stratégie émotionnelle -&gt; le « détachement émotionnel » ou la confiance dans le personnel d'encadrement ; la stratégie comportementale -&gt; le « temps mort » et être « discret » - Gestion des émotions des autres : les techniques de communication spécifique apprises à l'université (écoute active, reformulation) ; les stratégies émotionnelles consistaient à montrer (empathie) ou à dissimuler (sa propre colère) ; la stratégie relationnelle courante est de rassurer et de reconforter, création de relations « amicales » pour gagner la confiance ou pour « réparer la situation »</p> <p><b>Conclusions</b> Le développement des compétences interpersonnelles dans l'enseignement tertiaire des soins de santé, qui se concentre sur les principes fondamentaux de la communication professionnelle, ne prépare pas adéquatement les étudiants à gérer des situations difficiles ou émotionnellement tendues. Il est nécessaire de développer des compétences avancées dans ce domaine. Le cadre du CERB peut être utilisé pour l'évaluation de la communication interpersonnelle dans des situations difficiles.</p> <p><b>Limites de l'étude</b> La transférabilité est limitée par un petit groupe d'étudiants, principalement des femmes, issues de deux disciplines et d'un seul établissement d'enseignement supérieur.</p>
---	--	---	--	---	---	---

Karimi, L., Leggat, S. G., Bartram, T., & Rada, J. (2020). The effects of emotional intelligence training on the job performance of Australian aged care workers. *Health Care Management Review*, 45(1), 41-51. <https://doi.org/10.1097/HMR.000000000000200>

<p><b>Design</b> Étude quasi-expérimentale longitudinale</p> <p><b>Niveau de preuve</b> II</p> <p><b>Paradigme</b> Post-sensitiviste</p>	<p><b>Échantillon</b> Du personnel infirmier et des résidents de deux établissements de soins résidentiels géographiquement distincts au sein d'une même organisation (deux sites comparables en taille et en fonction) -&gt; le groupe expérimental et le groupe témoin. Au départ, 60 personnes dans chaque établissement. L'échantillon post-test était de 27 participants pour le groupe de formation et de 17 participants pour le groupe de contrôle. Le Bootstrapping a été utilisé pour vérifier la stabilité des résultats.</p> <p><b>Échantillonnage</b> Par convenance (non probabiliste)</p> <p><b>Critère(s) d'inclusion</b> Tous les membres du personnel et les résidents ont été invités à participer à l'étude.</p> <p><b>Critère(s) d'exclusion</b> Non spécifié</p>	<p><b>But(s), objectif(s)</b> Examiner si la formation à l'IE améliore la capacité des travailleurs des soins aux personnes âgées à fournir des soins de meilleure qualité</p> <p><b>Question(s) de recherche</b> non spécifiée</p> <p><b>Hypothèse(s)</b> H1(a) : Les compétences en IE ont un effet positif sur la qualité des soins évaluée par le personnel. H1(b) : Les compétences en IE ont un effet positif sur la qualité des soins évaluée par les résidents. H2(a) : Les compétences en IE ont un effet positif sur le bien-être perçu par le personnel. H2(b) : Les compétences en IE ont un effet positif sur l'habilitation psychologique évaluée par le personnel.</p> <p><b>Variables</b> VI : formation à l'intelligence émotionnelle VD : intelligence émotionnelle, qualité de soins (évaluée par des soignants et des résidents), bien-être, habilitation psychologique</p>	<p><b>Cadre de référence</b> Soins aux personnes âgées Intelligence émotionnelle Formation à l'IE Habilitation psychologique Qualité des soins Bien-être</p>	<p><b>Méthode(s) de collecte des données</b> Enquêtes : questionnaires autoadministrés (stylo-papier) pour évaluer les pensées, les opinions et les sentiments des participants. Mesure de l'IE : Inventaire du quotient émotionnel (EQ-i 2.0) sur 5 composantes avec 3 sous-composantes : perception de soi ; expression de soi ; gestion du stress ; prise de décision ; dimension interpersonnelle Questionnaire sur le bien-être général : 24 items ; (Time 1 <math>\alpha=0,92</math>, Time 2 <math>\alpha=0,93</math>) Échelle d'habilitation psychologique : 4 dimensions : sens, compétence, autonomie et impact (Time 1 <math>\alpha=0,92</math>, Time 2 <math>\alpha=0,83</math>) Questionnaire sur la satisfaction des patients à l'égard de la qualité des soins infirmiers : adapté pour l'auto-évaluation et l'évaluation des résidents et des familles (Time 1 <math>\alpha=0,92</math>, Time 2 <math>\alpha=0,90</math>)</p> <p><b>Éthique</b> L'approbation éthique a été reçue de l'université et de l'organisation participante.</p>	<p><b>Méthodes d'analyse</b> Le groupe expérimental (études supérieures et plus de 30 ans d'expérience) a reçu une formation sur 6 mois. Le groupe de contrôle n'a reçu aucune formation et était physiquement et géographiquement éloigné. Post-test effectué après la dernière session de formation. Le groupe témoin n'est pas informé de la nature d'étude. Programme de formation basé sur les 5 dimensions de l'IE de Bar-On et sur le cadre mondialement validé des Personal Leadership Seminars</p> <p>Statistiques descriptives et inférentielles (test t) pour pré- et post-tests sur l'IE, la qualité des soins aux patients, le bien-être et les mesures d'habilitation psychologique</p> <p><b>Logiciels</b> Non spécifié</p>	<p><b>Résultats</b> L'IE du groupe expérimental à la fin de la formation : amélioration significative de niveau d'IE (<math>t[24]=3,67</math>, <math>p=0,001</math>), mais pas dans le groupe témoin. Qualité des soins déclarée par le personnel : le groupe expérimental s'est amélioré (<math>t[26]=-2,99</math>, <math>p=0,006</math>), mais pas dans le groupe témoin. Qualité des soins évaluée par les résidents et leurs proches : le groupe expérimental s'est amélioré (<math>t[9]=-4,41</math>, <math>p=0,002</math>), mais pas dans le groupe témoin. Bien-être : amélioration significative chez le groupe expérimental (<math>t[26]=3,00</math>, <math>p=0,006</math>), mais pas dans le groupe témoin. Habilitation psychologique : amélioration significative chez le groupe expérimental (<math>t[26]=-2,82</math>, <math>p=.009</math>), mais pas dans le groupe témoin.</p> <p><b>Conclusions</b> En établissant un lien entre les activités de formation sur une période de six mois et les cinq dimensions de l'IE de Bar-On, les participants peuvent avoir amélioré leurs capacités de régulation émotionnelle en développant davantage leurs compétences en matière de perception de soi, d'expression de soi, de relations interpersonnelles, de capacité de prise de décision et de gestion du stress. L'IE peut améliorer les expériences de travail et la vie des travailleurs dans les soins, ainsi que la qualité des soins pour les résidents.</p> <p><b>Limites de l'étude</b> La petite taille de l'échantillon ; une seule organisation de soins aux personnes âgées (pas de généralisation) ; biais d'attrition ; aucune formation au groupe de contrôle ; pas d'information sur la durée d'effets de la formation ; pas de comparaison avec d'autres concepts psychologiques</p>
--	--	---	--	---	--	--

Butcher, H. K., Gordon, J. K., Ko, J. W., Perkhounkova, Y., Cho, J. Y., Rinner, A., & Lutgendorf, S. (2016). Finding Meaning in Written Emotional Expression by Family Caregivers of Persons With Dementia. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 31(8), 631-642. <https://doi.org/10.1177/1533317516660611>

Design	Échantillon	But(s), objectif(s)	Cadre de référence	Méthode(s) de collecte des données	Méthodes d'analyse	Résultats
<p>Étude contrôlée randomisée</p> <p>Niveau de preuve II</p> <p>Paradigme Postpositiviste</p>	<p>139 participants ont été recrutés (2 méthodes -&gt; personnelle et en ligne) : données finales 91 au total, 57 dans le groupe expérimental (SWEE) et 34 dans le groupe témoin. Recrutés par les annonces dans les journaux, les différents groupes de soutien aux aidants et du registre de recherche Seniors.</p> <p><b>Échantillonnage</b> Les 2 groupes sont assignés au hasard (probabiliste, aléatoire simple).</p> <p><b>Critère(s) d'inclusion</b> L'aidant doit être âgé de 18 ans ou plus ; savoir lire et écrire en anglais ; s'occuper actuellement d'une personne atteinte la démence (Alzheimer, vasculaire ou mixte) ; ne pas être rémunéré pour les soins ; passer au moins 4 heures par jour à aider le bénéficiaire des soins.</p> <p><b>Critère(s) d'exclusion</b> Être atteint d'une maladie grave (hospitalisation, repos prolongé) au cours des trois derniers mois, ou souffrir de dépression ou d'anxiété avec la prise de médicaments</p>	<p>L'expression écrite des émotions (SWEE) est conçue pour réduire le stress et le fardeau physique et émotionnel des aidants familiaux aux personnes atteintes de démence. L'objectif est de tester l'efficacité de la SWEE pour améliorer l'expérience de la prestation de soins chez ces proches aidants.</p> <p><b>Question(s) de recherche</b> Non spécifiée</p> <p><b>Hypothèse(s)</b> L'intervention SWEE elle-même est supposée avoir un effet médiateur sur les résultats de santé en améliorant la capacité à trouver du sens à la prise en charge. Les chercheurs supposent que l'utilisation de mots d'affect et de mots de mécanique cognitive soutient l'efficacité de l'intervention SWEE.</p> <p><b>Variables</b> VI : SWEE ou écriture neutre V Contrôlée : âge du soignant, nombre d'heures de soins, note de soutien social VD : capacité à trouver du sens à la prise en charge, niveau de dépression et fardeau du soignant</p>	<p>Soins</p> <p>Maladie d'Alzheimer</p> <p>Recherche du sens</p> <p>Expression émotionnelle écrite</p> <p>Modèle de processus de stress de Noonan et Tennstedt : les facteurs de stress (environnement, caractéristiques d'aidant et d'aidé), les médiateurs (ressources sociales et émotionnelles) et les résultats (santé, bien-être)</p>	<p>2 méthodes de collecte de données : 1. Les pré- et post-tests, en personne au domicile des soignants. 2. Les pré- et post-tests, par le biais d'un site Web</p> <p>Trois sessions d'écriture programmées tous les deux jours (jour 1, 3 et 5, temps 20 min) ; 2 post-tests à 6-7 jour et après 1 mois</p> <p>Questionnaire sur : l'âge du soignant (variable continue), nombre d'heures de soins par semaine (valeur dichotomisée : <math>\geq 112</math> h et <math>&lt; 112</math> h), soutien social sur une échelle de 4 points (dichotomisée modérée [<math>&lt; 3,4</math>] et élevée [<math>&gt; 3,4</math>])</p> <p>La capacité de trouver du sens : l'échelle Finding Meaning through Caregiving Scale (FMTC-PM), l'échelle de Likert (5 modalités)</p> <p>Niveau de dépression : Center for Epidemiological Studies Depression Scale est une échelle d'auto-évaluation</p> <p>Niveau de fardeau : The Burden Inventory est une échelle d'auto-évaluation pour déterminer comment la personne perçoit son rôle d'aidant.</p> <p><b>Éthique</b> Les deux études ont été approuvées par le comité d'examen institutionnel de l'Université de l'Iowa. Les participants ont rempli le formulaire de consentement.</p>	<p>Devis expérimental pré- et post-tests avec groupe témoin.</p> <p>Groupe SWEE : Les participants écrivent leurs pensées et leurs sentiments les plus profonds sur leurs expériences de soins à un membre de la famille atteint de démence.</p> <p>Groupe témoin : écritures sur le sujet neutre (repas, médicaments, loisirs)</p> <p>L'effet significatif est fixé à <math>p &lt; 0,5</math>.</p> <p>Statistique inférentielle : 1. Tester la validité de l'intervention : Une analyse de variance à trois voies a testé les effets de deux facteurs intergroupes – groupe (SWEE vs témoin) et étude (en personne vs en ligne) – et d'un facteur intra-groupe – catégorie de mots (les 7 catégories) sur la proportion de mots produits. 2. Tester l'efficacité de l'intervention : une série d'analyses de covariances à mesures répétées (ANCOVAs) sur les facteurs influant sur la réaction d'adaptation (création de sens) et sur les facteurs affectant le bien-être psychologique</p> <p><b>Logiciels</b> STATISTICA 10</p>	<p>Le groupe SWEE a produit plus de mots d'émotion (tant positifs que négatifs) et plus émotionnellement profonds que le groupe témoin (<math>F(6,534)=140,93, p &lt; 0,0001</math>).</p> <p>Le groupe SWEE a montré une plus grande amélioration des scores FMTC-PM que le témoin (<math>p=0,038</math>).</p> <p>Un meilleur score de capacité à trouver du sens a également été constaté pour l'interaction entre le groupe et le degré de soutien disponible perçu par les aidants (<math>p=0,008</math>).</p> <p>Le changement dans la capacité à trouver du sens à la prestation de soins est un prédicteur important du changement du bien-être psychologique : dépression (post-test 1 : <math>p=0,002</math>, post-test 2 : <math>p=0,018</math>) ; fardeau (post-test 1 : <math>p=0,021</math>, post-test 2 : <math>p=0,0004</math>). Néanmoins, il n'y a pas différence significative entre le groupe expérimental et le groupe témoin. Les améliorations dans la recherche de sens, bien que facilitées par le SWEE, ne peuvent être attribuées uniquement au SWEE.</p> <p><b>Conclusions</b> Cette étude soutient que l'amélioration de la capacité à trouver du sens à la prise en charge semble être cruciale pour l'efficacité de l'intervention SWEE. De telles ressources d'adaptation peuvent être importantes pour les aidants d'adultes atteints de démence, qui doivent continuellement s'adapter à de nouveaux défis à mesure que la démence progresse.</p> <p><b>Limites de l'étude</b> Petite taille des groupes ; la période est courte entre les pré- et 2 post-tests</p>

### Annexe III : Pyramide des preuves

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)



**Annexe IV : Tableau synoptique des études analysées**

	<b>IE</b>	<b>Personne âgée</b>	<b>Déclin cognitif</b>	<b>Relation aide infirmier</b>	<b>Relation aide proche aidant</b>
1. The right kind of smart : Emotional intelligence's relationship to cognitive status in community-dwelling older adults	X	X	X		
2. Preference for emotionally meaningful activity in Alzheimer's disease	+/-	X	X	X	X
3. The role of empathy and emotional intelligence in nurses' communication attitudes using regression models and fuzzy-set qualitative comparative analysis models.	X			X	X
4. The Importance of Emotional Intelligence and Cognitive Style in Institutionalized Older Adults' Quality of Life	X	X	X		X
5. Emotionally intelligent strategies students use to manage challenging interactions with patients and families : A qualitative inquiry	X			X	X
6. The effects of emotional intelligence training on the job performance of Australian aged care workers	X	X		X	
7. Finding Meaning in Written Emotional Expression by Family Caregivers of Persons with Dementia	+/-	X	X		X

## **Annexe V : Glossaire méthodologique**

Les termes définis dans ce glossaire méthodologique sont issus essentiellement de l'ouvrage de Fortin et Gagnon (2016). D'autres ouvrages ont été cités individuellement à chaque utilisation.

**Analyse de médiation** : Technique statistique très utile pour identifier les processus responsables de l'effet d'une variable indépendante sur une variable dépendante. Ainsi, la médiation permet de distinguer, dans l'effet à expliquer, ce qui est directement imputable à la variable indépendante (effet direct de la VI sur la VD) et ce qui relève plutôt de l'intervention d'un facteur intermédiaire (effet indirect de la VI sur la VD via une variable M) (Klein et al., 2008)

**Analyse de variance (ANOVA)** : Test statistique paramétrique destiné à déterminer les différences entre trois groupes ou plus en comparant la variation intragroupe avec la variation intergroupes (p. 497)

**Analyse de régression** : Technique statistique servant à caractériser le modèle de relation entre la ou les variables indépendantes et la variable dépendante, toutes deux quantitatives (p. 497)

**Biais de désirabilité sociale** : Tendance qu'ont les individus à vouloir se présenter sous un jour favorable et à ne pas reporter des informations qui les feraient mal voir (Unisanté, 2021)

**Biais d'échantillonnage** : Situations dans lesquelles l'échantillon ne reflète pas adéquatement la population (p. 497)

**Biais de mémoire** : Un biais d'enquête s'expliquant par le mode de fonctionnement humain de la mémoire et par la façon dont on accède aux différents éléments mémorisés. Les biais de mémoire, appelés aussi biais mnésiques, peuvent affecter aussi bien la façon dont les questions sont posées et mémorisées que la façon dont on utilise sa mémoire pour retrouver les éléments demandés (Bathelot, 2020)

**Biais de sélection** : Biais dans la constitution de l'échantillon, qui va se retrouver non représentatif de la population cible pour des facteurs liés au problème étudié (LEPCAM Lire, Écrire, Publier et Communiquer des Articles Médicaux, 2013b)

**Bootstrap** : En statistique, le terme « bootstrap » fait référence à une technique d'inférence qui s'appuie sur le rééchantillonnage massif des données. Popularisée par Bradley Efron, professeur à l'Université de Stanford (Californie), cette méthode permet d'effectuer des tests statistiques et de calculer des intervalles de confiance en se servant des données pour approximer une loi de probabilité inconnue. Cette façon de procéder fonctionne dans un très grand nombre de situations, mais pas toutes (Rivest & Genest, 2008)

**Coefficient alpha de Cronbach ( $\alpha$ )** : Indice de fidélité qui évalue la cohérence interne d'une échelle composée de plusieurs énoncés (p. 497)

**Coefficient de corrélation** : Indice du degré de relation linéaire entre deux variables dont la valeur se situe entre -1,00 et +1,00 (p. 497)

**Coefficient de corrélation de Pearson ( $r$ )** : Indice numérique qui exprime le degré de corrélation entre deux variables mesurées à l'échelle d'intervalle (p. 497)

**Coefficient de corrélation multiple au carré ( $r^2$ )** : Proportion de variances de la variable dépendante expliquée par un groupe de variables indépendantes (p. 497)

**Cohérence interne** : Degré d'homogénéité de tous les énoncés d'un instrument de mesure (p. 498)

**Confirmabilité** : Critère servant à évaluer l'intégrité d'une étude qualitative en se reportant à l'objectivité ou à la neutralité des données et de leur interprétation (p. 498)

**Crédibilité** : Critère servant à évaluer dans quelle mesure la description du phénomène vécu par les participants reflète la réalité interprétée (p. 498)

**d de Cohen, une ampleur d'effet ( $d$ )** : Les mesures d'ampleur d'effet sont particulièrement utiles pour conduire des méta-analyses. Celles-ci exigent de comparer des résultats issus de différentes études scientifiques pour en faire la synthèse. Le d de Cohen permet de caractériser la magnitude d'un effet associé dans une population donnée par rapport à une hypothèse nulle (Goudeseune, 2018)

**Écart type(s) (ET)** : Mesure de dispersion évaluée à partir d'un échantillon et correspondant à la racine carrée de la variance. Il tient compte de la distance de chacun des scores d'une distribution par rapport à la moyenne du groupe (p. 499)

**Échantillon** : Sous-groupe d'une population choisie pour participer à une étude (p. 499)

**Échantillon représentatif** : Échantillon qui, en raison de ses caractéristiques, peut se substituer à l'ensemble de la population cible (p. 262)

**Échantillonnage accidentel** : Méthode d'échantillonnage non probabiliste qui consiste à choisir des personnes selon leur accessibilité dans un lieu déterminé et à un moment précis (p. 499)

**Échantillonnage aléatoire simple** : Méthode d'échantillonnage probabiliste qui donne à chaque élément de la population une probabilité égale d'être inclus dans l'échantillon (p. 499)

**Échantillonnage intentionnel** : Méthode d'échantillonnage qui consiste à sélectionner certaines personnes en fonction de caractéristiques typiques de la population à l'étude (p. 499)

**Échantillonnage non probabiliste** : Choix d'un échantillon sans recourir à une sélection aléatoire (p. 499)

**Échantillonnage probabiliste** : Choix d'un échantillon à l'aide de technique aléatoire afin que chaque élément de la population ait une chance égale d'être choisi pour faire partie de l'échantillon (p. 500)

**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 (p. 500)

**Effet plancher** : Les sujets ont des scores massivement trop bas. Le test est donc trop difficile, personne n'arrive à avoir un score élevé (Psychologie.psyblogs.net., 2011)

**Effet plafond** : Les scores des sujets sont regroupés dans des valeurs trop élevées, le test est trop facile (Psychologie.psyblogs.net, 2011)

**Erreur d'échantillonnage** : L'erreur d'échantillonnage se produit lorsqu'on estime une caractéristique de la population en étudiant seulement une partie de la population au lieu de la population au complet (Statistique Canada, Gouvernement du Canada, 2021)

**Erreur systématique** : Erreur prédictible survenant de façon constante chaque fois qu'il y a une prise de mesure et attribuable à des facteurs permanents (p. 500)

**Estimation par intervalle de confiance (IC)** : Niveau de confiance selon lequel une gamme de valeurs comprises entre deux bornes contient la valeur du paramètre à estimer (p. 500)

**Évaluation momentanée écologique (EMA)** : C'est un moyen de recueillir des données en temps réel dans les environnements naturels des gens. [Cette méthode] est devenue très populaire en sciences sociales et de la santé (National Drug and Alcohol Research, 2019)

**Facteurs historiques** : Obstacles à la validité interne où des événements extérieurs ou des faits survenant au cours de l'expérimentation influent sur les résultats (p. 176)

**fsQCA (fuzzy-set Qualitative Comparative Analysis)** : Méthode ... pour mener une analyse systématique d'un nombre intermédiaire de cas. Elle permet à la fois de prendre en compte les spécificités des cas tout en adoptant une démarche holistique et rigoureuse, combinant ainsi les avantages des méthodes qualitatives et quantitatives .... La méthode fsQCA permet ainsi de mettre en évidence la complexité causale sous-jacente à de nombreux phénomènes en sciences sociales (Lehiany & Chiambaretto, 2019, p. 2)

**Fiabilité** : Critère servant à évaluer l'intégrité des données d'études qualitatives en ce qui a trait à leur stabilité dans le temps et dans différentes conditions (p. 501)

**Fidélité** : Constance des valeurs obtenues à l'aide d'un instrument de mesure (p. 501)

**Homogénéité** : Sélection de participants qui partagent les mêmes caractéristiques en ce qui a trait aux variables étrangères (p. 174)

**Homoscédasticité** : S'observe lorsque la dispersion des résidus est homogène sur tout le spectre des valeurs de la VI. C'est une propriété souhaitable puisque si les résidus correspondent bien à des aléas de mesure, il n'y a pas de raison que la dispersion de ces résidus change en fonction des valeurs du prédicteur (UOH – Psychométrie et Statistique en L2, 2013)

**Intervalle de confiance (IC)** : Niveau de confiance selon lequel une gamme de valeurs comprises entre deux bornes contient la valeur du paramètre à estimer (p. 500)

**Maturation** : Obstacles à la validité interne se rapportant aux processus de changement qui se produisent au fil du temps et qui ne dépendent pas d'événements extérieurs (p. ex. le vieillissement, la fatigue, le développement cognitif, p. 177)

**Médiane (Md)** : Mesure de tendance centrale qui divise une distribution de fréquence ordonnée en deux parties égales, comprenant chacune 50% des données (p. 501)

**Moyenne ( $\bar{x}$ )** : Mesure de tendance centrale qui correspond à la somme d'un ensemble de valeurs divisée par le nombre total de valeurs. Elle est symbolisée par  $\bar{x}$  ou  $\mu$ , selon qu'il s'agit de représenter la moyenne de l'échantillon ou la moyenne de la population (p. 502)

**Pente de la droite (b)** : Il s'agit d'une droite dans un espace à deux dimensions ou à deux variables qui est définie par l'équation  $Y=a+b*X$  ; la variable Y peut s'exprimer en fonction d'une constante (a) et d'une pente (b) multipliée par la variable X. La constante est également appelée ordonnée à l'origine et la pente s'appelle coefficient de régression ou coefficient B (Statistica, 2016)

**Régression linéaire simple** : Procédure statistique qui permet d'estimer la valeur d'une variable dépendante en se fondant sur la valeur d'une variable indépendante (p. 503)

**Régression multiple** : Analyse statistique multivariée servant à établir la relation prédictive entre une variable dépendante (Y) et un ensemble de variables indépendantes ( $X_1, X_2, \dots$ ) (p. 504)

**Répartition aléatoire** : Mode de distribution des participants dans les groupes au moyen de méthodes probabilistes, donnant à chaque sujet une chance égale de faire partie de l'un ou l'autre groupe (p. 226)

**Sensibilité** : Capacité d'un instrument de mesure à détecter correctement la présence d'un état (maladie) (p. 504)

**Seuil de signification (p)** : Probabilité de rejeter l'hypothèse nulle alors qu'elle est vraie et dont les seuils les plus courants sont 0,05 et 0,01 (p. 504)

**Signification statistique** : Expression qui indique que les résultats d'une analyse ne découlent vraisemblablement pas de la chance à un seuil de signification déterminé (p. 504)

**Simple aveugle** : Le sujet ne connaît pas son traitement (LEPCAM Lire, Écrire, Publier et Communiquer des Articles Médicaux, 2013a)

**Spécificités** : Capacité d'un instrument de mesure à reconnaître correctement l'absence d'un état (maladie) (p. 504)

**Statistiques descriptives** : Résumés numériques ou graphiques des données (p. 385). L'analyse statistique descriptive des données permet au chercheur de décrire et de résumer un ensemble de données brutes à l'aide de tests statistiques (p. 387)

**Statistiques inférentielles** : Utilisent des techniques qui permettent de tirer des conclusions sur la relation qui existe entre différentes variables dans une population (p. 385). L'inférence statistique est un champ de la statistique qui a pour objet la vérification d'hypothèses et l'utilisation de données d'échantillonnage pour faire des généralisations à l'ensemble d'une population (p. 411)

**Taille de l'effet** : Grandeur qui va permettre de calculer la puissance d'un test sans entrer tous les paramètres mais qui permettra de dire si l'effet des paramètres à tester est faible ou fort. Une fois la taille de l'effet définie, on peut calculer la taille de l'échantillon nécessaire ou la puissance obtenue (XLSTAT by Addinsoft, 2020)

**Test t** : Test paramétrique servant à déterminer la différence entre les moyennes de deux populations (p. 504)

**Tests statistiques non paramétriques** : Procédures statistiques inférentielles utilisées pour des données nominales et ordinales, et dont la distribution normale ne repose pas sur des postulats rigoureux (p. 504)

**Tests statistiques paramétriques** : Procédures statistiques 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 (p. 504)

**Transférabilité** : Critère servant à évaluer l'application éventuelle des conclusions issues d'études qualitatives à d'autres contextes ou groupes. Elle s'apparente à la généralisation (p. 378)

**Triangulation** : Stratégie de mise en comparaison de plusieurs méthodes de collecte et d'interprétation de données permettant de tirer des conclusions valables à propos d'un même phénomène (p. 505)

**Tri de cartes** (card sorting) : Méthode qui consiste à faire trier des cartes par les participants, représentant des unités d'information du domaine dont on traitera le système d'informations, et à analyser les regroupements et distinctions effectués (Fastrez et al., 2009, p. 2)

**Validité** : Capacité d'un instrument à mesurer ce qu'il est censé mesurer (p. 505)

**Validité externe :** Caractère d'une étude qui permet de généraliser les résultats à d'autres populations et contextes que ceux étudiés (p. 505)

**Validité interne :** Caractère d'une étude expérimentale dans laquelle la variable indépendante est la seule cause du changement touchant la variable dépendante (p. 505)

**Variable :** Caractéristique ou propriété qui peut prendre diverses valeurs (p. 505)

**Variable attribut :** Variable qui est une caractéristique propre aux participants à une recherche (p. 505)

**Variable dépendante :** Variable censée dépendre d'une autre variable (variable indépendante) ou être causée par celle-ci (p. 505)

**Variable étrangère :** Variable qui confond la relation entre la variable indépendante et la variable dépendante et qui risque d'influer sur les résultats d'une étude (p. 505)

**Variable indépendante :** Variable qui peut expliquer la variable dépendante ; elle peut aussi influencer sur cette dernière (p. 505)



## **Annexe VI : Modèles centrés sur la personne, basés sur les travaux de Rogers**

Selon la méthode de Naomi Feil, le soignant doit comprendre la réalité de la personne âgée, car pour cette dernière, ses comportements sont cohérents et ont un sens. Le but est de légitimer le ressenti de la personne âgée avec des troubles neurocognitifs et de l'apaiser par la suite (Feil, 2018). Tow Kitwood critique dans ses travaux l'approche biomédicale qui est centrée sur la pathologie de la personne atteinte de démence (Fazio et al., 2018 ; Terkelsen et al., 2020). Pour Kitwood, la démence pourrait être mieux comprise comme une interaction entre une déficience neurologique et des facteurs psychosociaux (Fazio et al., 2018). Il conclut que l'approche humaniste est vitale pour la prise en charge de ces personnes (Kitwood, 1993, 1997 ; Terkelsen et al., 2020). Il souligne l'importance de la connaissance des besoins de la personne, de son histoire de vie et de sa situation personnelle, ainsi que de l'identification de ses émotions (Hanon & Pancrazi, 2012 ; Kitwood, 1993, 1997 ; Terkelsen et al., 2020).

## **Annexe VII : Explications détaillées de manifestation des émotions de base**

La colère est provoquée par un obstacle ou une injustice, a la fonction de destruction et est suivie par l'action comportementale de mordre ou de frapper, mais aussi de se retourner contre la personne elle-même qui la ressent. L'énergie est dirigée vers les muscles pour permettre de se défendre (Mikolajczak et al., 2020). En plus, la colère augmente le sentiment de contrôle. « La personne en colère devient plus forte et plus énergique » (Reeve, 2012, p. 361). Les expressions faciales : lignes verticales entre les sourcils, sourcils baissés et rapprochés, regard dur, narines dilatées, rétrécissement de la bouche (Ekman, 1972 ; Reeve, 2012).

La tristesse est influencée par l'échec ou la perte, a la fonction de réinsertion (regroupement) et est suivie par le comportement de pleurer ou d'appeler à l'aide. Elle induit un ralentissement pour permettre de se réorganiser et de mesurer les conséquences (Mikolajczak et al., 2020). La tristesse motive la personne à modifier les événements provoquant la détresse. En plus, elle motive indirectement la cohésion sociale (rester avec ses proches). Les expressions du visage : paupières supérieures tombantes, perte d'expression dans les yeux, coins des lèvres tirés vers le bas (Ekman, 1972 ; Reeve, 2012).

Le dégoût est stimulé par un objet ou une personne nuisible, a la fonction de rejet et est accompagné par le comportement de vomir ou de rejeter la personne nuisible. Il peut être accompagné par des sensations de nausées, une tentative primitive du rejet (Mikolajczak et al., 2020). Chez les enfants, le dégoût se limite aux goûts amers et aigres. Par la suite, grâce à l'apprentissage, l'adulte pourra ressentir du dégoût pour n'importe quel objet (contamination corporelle par le sang, contact physique indésirable, composante morale [par exemple l'infidélité]). Les expressions faciales : nez plissé, joues soulevées, lèvres supérieures soulevées, front abaissé (Ekman, 1972 ; Reeve, 2012).

La surprise est déclenchée par un objet nouveau, a la fonction d'orientation, et est suivie par l'action comportementale de s'arrêter ou de s'alerter. Elle va provoquer un haussement des sourcils pour élargir le champ de vision et acquérir davantage d'informations (Mikolajczak et al., 2020). Les expressions du visage : sourcils courbés et relevés ; longs plis frontaux horizontaux ; yeux grands ouverts ; bouche tombante ; pas d'étirement ni de tension dans les commissures des lèvres ; l'ouverture de la bouche peut varier (Ekman, 1972).

La joie est provoquée par l'atteinte d'un objectif, a la fonction d'exploration, et est accompagnée par l'action de sauter de joie et la motivation d'explorer. La diminution des sentiments négatifs et l'accroissement de l'énergie accompagnent la joie. (Mikolajczak et al., 2020). La personne est plus enthousiaste et ouverte. Le sourire de joie facilite l'engagement dans des activités sociales : il aide à l'engagement de relations et à les renforcer (Ekman, 1972 ; Reeve, 2012).

Selon Reeve (2012) et DeVito et al. (2014), les deux dernières émotions de base de Plutchick sont l'acceptation et l'anticipation. L'acceptation est stimulée par la présence d'un nouveau membre du groupe, a la fonction d'affiliation, est suivie par le comportement de l'apparence ou de partage. L'anticipation est stimulée par la confrontation avec un nouveau territoire, a la fonction d'exploration, et est suivie par le comportement d'explorer ou de cartographier (Reeve, 2012). Mikolajczak et al. (2020) parlent de l'amour, mais selon Plutchick ce sentiment est plutôt le mélange entre deux émotions de base (la joie et l'acceptation) et l'amour fait partie des émotions secondaires (DeVito et al., 2014). Dans la classification d'Ekman (1972), ni l'émotion d'anticipation ni celle de l'acceptation ne se trouvent comme émotion de base.