

# IDEOLOGIE DE L'AGENT DE SOINS ENVERS LA READAPTATION DES MALADES AGES: VALIDATION D'UNE ECHELLE D'ATTITUDE

DANIELLE D'AMOUR, M.N.\*, Attachée de recherche  
Faculté des sciences infirmières  
Université de Montréal

Le but de cet article consiste à présenter la méthodologie utilisée dans le développement et la validation d'une échelle permettant de mesurer l'attitude du personnel soignant envers le potentiel de réadaptation des malades âgés. L'article comprend trois volets principaux: le résumé de la problématique sous-jacente au développement de l'échelle, la description du processus d'élaboration et de validation ainsi que la conclusion et les recommandations.

## *LA PROBLEMATIQUE*

Pour répondre à la demande sans cesse croissante en matière de soins de santé auprès de la population âgée, le ministère des Affaires sociales oblige les centres hospitaliers généraux à réserver 10% de leurs lits pour des malades à long terme; or il arrive que dans la majorité des cas, ces malades sont d'âge avancé. Des observations menées sur des unités où il y eut regroupement de malades à long terme révèlent certains problèmes tant au niveau de l'infrastructure de ces unités qu'au niveau de la philosophie de l'établissement et du type de soins dispensés. Cet état de fait résulte de plusieurs facteurs entre autres: certaines lacunes dans l'organisation des soins, les caractéristiques physiques du milieu, le manque de formation des soignants et leur attitude fataliste face à la capacité de réadaptation des malades âgés. L'étude de ce dernier facteur a retenu mon attention car si l'on veut former du personnel, il convient avant tout de lui faire prendre conscience de ses attitudes et même de ses préjugés à l'égard des malades âgés.

En milieu clinique l'idéologie d'entretien se traduit surtout par le retrait du personnel soignant. Ce retrait s'exprime dans la transformation de la relation d'aide en une relation instrumentale nourrie de

---

\* Dans cet article, l'auteur s'inspire de son mémoire de maîtrise et de ses travaux de validation subséquents dans le cadre de ses fonctions d'attachée de recherche. Le tout se situe dans une recherche subventionnée par le ministère de la Santé et du Bien-être social (Projet no. 6605-1594-44), et dirigée par Madame Louise Lévesque, professeur agrégé.

procédures rituelles et de tâches routinières morcelées. Plus subtilement, le vieillard est surprotégé, infantilisé et dépersonnalisé, le rendant ainsi inapte à communiquer et à vivre indépendant. Ce climat de dépendance pourrait être modifié entre autres, par une prise de conscience du personnel quant à sa propre attitude d'où la pertinence d'élaborer un instrument permettant d'évaluer cette attitude face au potentiel de réadaptation des malades âgés.

### *EVALUATION ET VALIDATION DE L'ECHELLE AEPR*

L'échelle de type Likert intitulée "Attitude envers le potentiel de réadaptation" (AEPR) s'adresse à toutes les catégories de personnel soignant. Elle est composée de vingt-quatre items dont dix positifs et quatorze négatifs. Pour chaque item, un choix de quatre réponses est offert : très en accord, en accord, en désaccord et très en désaccord. Les items sont formulés en termes de sentiments, d'opinions et d'orientation de l'action. Trois types de validité tels que définis par Selltiz (1977) furent étudiés : la validité de contenu, la validité nominale et la validité des concepts. Les hypothèses de recherche relatives à ces types de validité apparaissent au tableau 3.

#### *A. Validité*

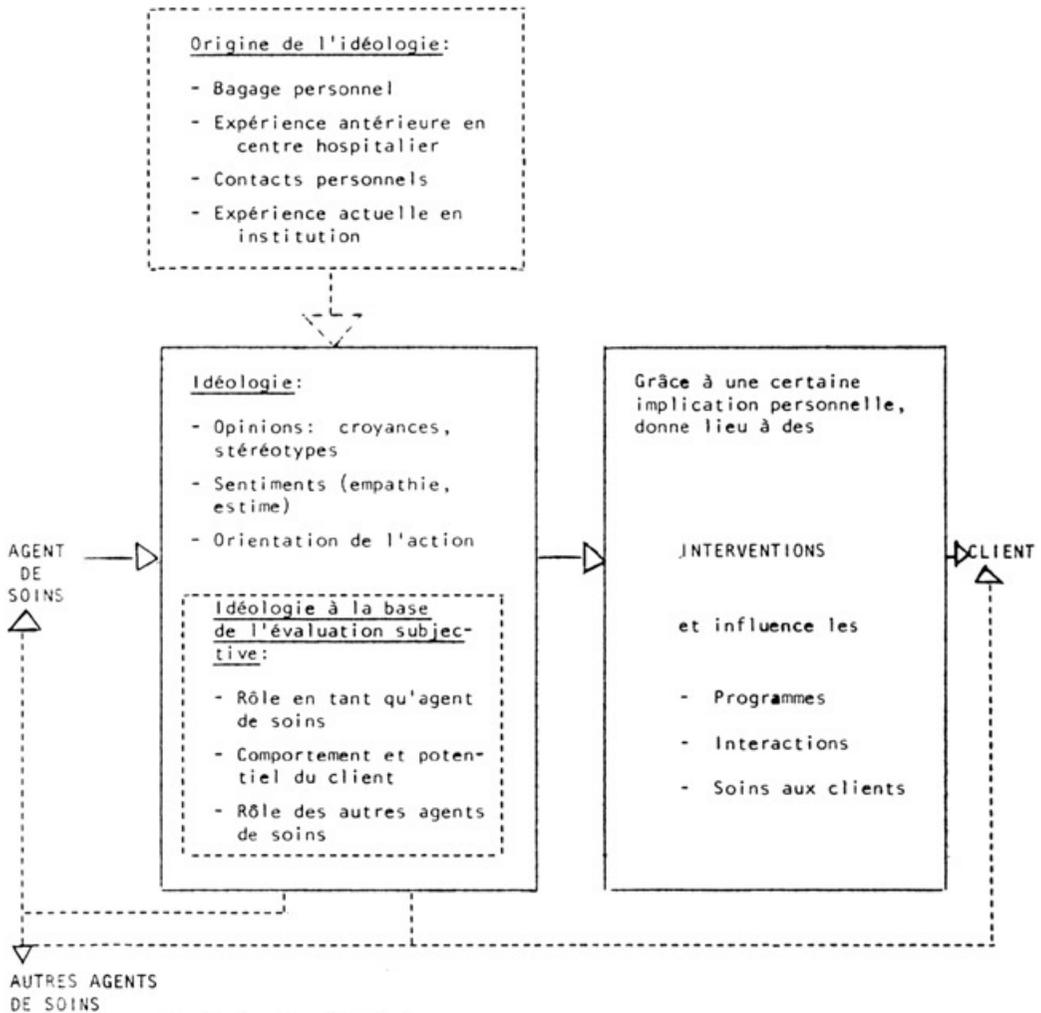
##### *1. Validité de contenu*

Il s'agit ici de savoir si l'instrument est véritablement représentatif des comportements à l'étude. Pour assurer cette validité et en délimiter les aspects, les items de l'instrument furent élaborés à partir d'observations en milieu clinique ainsi qu'à partir de la recension des instruments déjà utilisés pour mesurer les attitudes envers les personnes âgées malades et en santé.

Une première interrogation porta donc sur les éléments qui contribuent à former l'attitude du soignant envers ce groupe de clients. Le cadre théorique de Hefferin (1970) qui sous-tend l'idéologie de l'agent de soins a permis d'identifier ces principaux éléments et d'en reconnaître l'influence sur le type de soins dispensés. Selon cet auteur, l'idéologie est un ensemble d'attributs intrapersonnels qui déterminent et guident l'adaptation de l'agent de soins dans son milieu de travail. L'agent est influencé dans son rôle par des attitudes acquises à partir de croyances personnelles, de stéréotypes, de sentiments et de l'orientation de son action. Cette conception de l'idéologie de l'agent de soins correspond à la définition du concept d'attitude de Lambert et Lambert (1964). Hefferin a synthétisé les principaux éléments de ce concept (Tableau 1.). L'agent de soins se base donc sur son idéologie non seulement pour évaluer son rôle et celui de ses confrères, mais aussi pour évaluer le potentiel et le comportement des malades.

TABEAU 1

SYNTHÈSE DES ELEMENTS DE L'IDÉOLOGIE DE L'AGENT DE SOINS SELON HEFFERIN (1970)\*



A partir de ce cadre théorique, il fut possible de cerner la problématique spécifique aux malades âgés. Tout d'abord, les attitudes véhiculées par la société à l'égard des personnes âgées se fondent souvent sur des mythes et des généralisations grossières, ce groupe d'âge désignant à la fois des personnes de 90 ans et d'autres de 65 ans. Cette période de la vie est considérée essentiellement comme une période de dégénérescence biologique, psychologique et sociale soulignée d'une diminution de productivité. Les préjugés courants incitent les personnes âgées elles-mêmes à se désengager. Parce qu'il est difficile de tracer la démarcation entre pathologie et vieillissement, l'apparition de troubles mineurs de santé est toujours attribuée au vieillissement et

revêt un caractère de permanence. Le vieillard assume alors le seul rôle social légitime qui lui reste, celui de malade.

Le personnel soignant\* n'est pas immunisé contre de telles attitudes sociales et il est exposé à se les approprier. De plus, il se peut que le travail en gériatrie s'avère difficile. Tout d'abord au niveau personnel, chacun de nous étant engagé dans son propre processus de vieillissement, il peut être menaçant de faire face tous les jours à des personnes n'ayant souvent pour seule maladie que leur vieillesse. S'il refuse le vieillissement, il est possible que le personnel soignant pratique une politique de domination à l'égard des malades âgés.

De plus, sur le plan professionnel, la formation du personnel soignant étant surtout orientée vers une pratique en soins de courte durée, ce personnel privilégie les changements rapides et la guérison. Il se sent peu gratifié de travailler en gériatrie et ses attentes peuvent demeurer insatisfaites. La mort est souvent perçue comme un échec professionnel.

Les écrits pertinents font état de deux idéologies prévalant dans les établissements (Gilbert et Levinson, 1956 et Hefferin, 1970). Elles se situent à des positions intermédiaires; ce sont l'idéologie d'entretien et l'idéologie de réadaptation. La première reflète la croyance que les personnes âgées sont trop séniles et trop près de la mort pour profiter d'activités rééducatives. De plus, l'attitude du personnel infirmier est imprégnée de fatalisme et d'autocratie. Cette idéologie, plutôt dépersonnalisante est axée sur la maladie, sur les besoins biologiques des malades et sur les soins de maintien. Quant à la deuxième idéologie, elle présuppose qu'un malade âgé peut maintenir et améliorer son niveau de fonctionnement ainsi qu'apprendre de nouvelles façons de fonctionner à l'intérieur des limites imposées par la vieillesse.

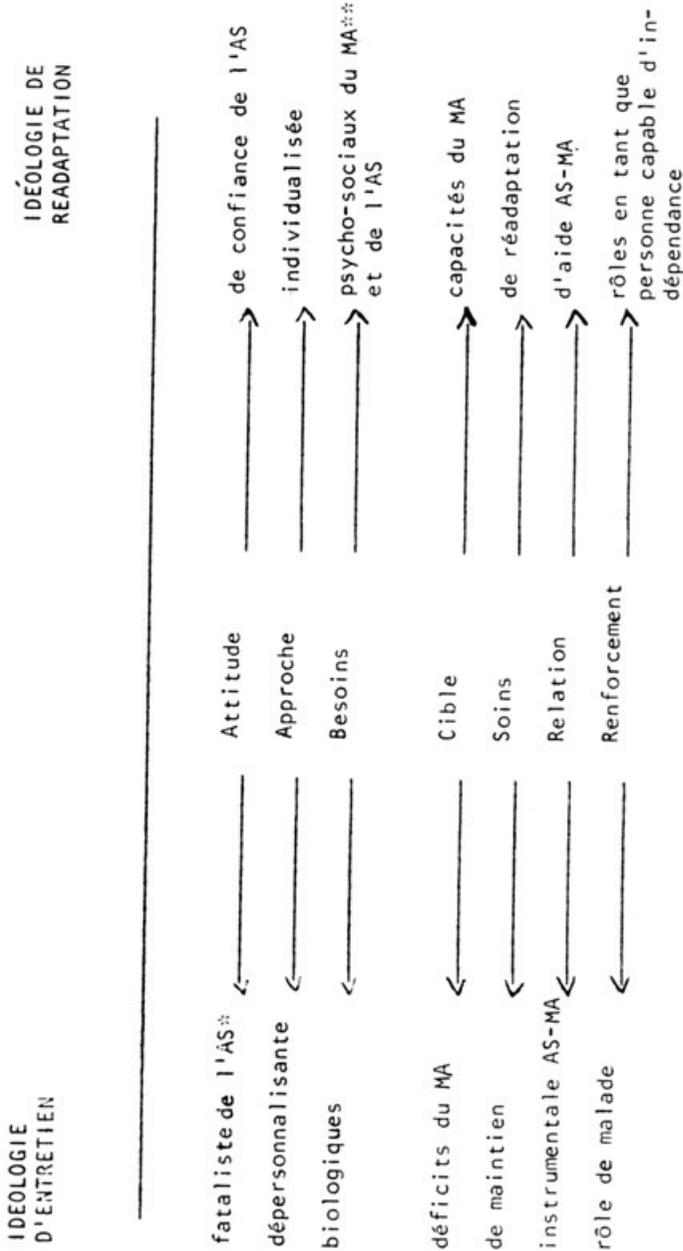
Cette seconde idéologie s'intéresse d'abord à conserver l'individualité du malade et à répondre non seulement à ses besoins humains mais également à ceux de l'agent de soin. Elle tente aussi de maximiser les fonctions thérapeutiques du personnel non-professionnel. Cette approche positive s'articule au modèle écologique de Lawton (1973). Selon cet auteur, le milieu ainsi que les relations interpersonnelles peuvent offrir les stimuli adéquats permettant aux malades de compenser pour leurs déficits tout en favorisant la réadaptation biologique, psychologique et sociale. Le tableau 2 résume les deux idéologies.

---

\* Dans ce texte, les termes "personnel soignant" et "agent de soins" sont synonymes; ils se réfèrent aux infirmières, auxiliaires et préposés aux bénéficiaires.

TABEAU 2

CONTINUUM DES IDEOLOGIES DE SOINS DANS LES ETABLISSEMENTS



\* AS: Agent de soins

\*\* MA: malade âgé

Les observations furent conduites par une équipe de recherche. Ces observations obtenues sur deux unités de soins intermédiaires par la méthode de l'observateur non-participant totalisent cent trente heures réparties sur une période de vingt jours. Les observations recueillies ainsi que des discussions informelles avec le personnel et l'analyse de divers documents cliniques ont permis d'identifier la façon dont s'expriment ces attitudes. Ces observations ont aussi inspiré la formula-

tion d'items sur des problèmes importants que vivent les malades âgés tels que : la confusion, l'incontinence, la difficulté d'adaptation et de prise de décision. Ces problèmes sont considérés importants parce qu'ils font l'objet de négligence et qu'ils exercent un impact psychologique considérable sur le malade et le soignant.

En ce qui concerne la recension des instruments existants, l'échelle "Perception of Rehabilitation Potential" (PRP) de Kosberg et Gorman (1975) fut retenue pour sa pertinence. Ces auteurs ont utilisé le cadre théorique de Gilbert et Levinson (1956) pour élaborer un instrument de mesure des perceptions du personnel soignant au sujet du potentiel de réadaptation des malades âgés. Cette échelle de vingt-neuf énoncés comporte trois dimensions : habiletés et soins des malades âgés, besoins et efficacité des services et possibilités d'améliorer le fonctionnement de ces malades. Trois items furent conservés et traduits intégralement ; neuf autres ont inspiré la formulation de nouveaux items.

## 2. *Validité nominale*

La démarche suivante a permis d'assurer la validité nominale, c'est-à-dire que le rapport de l'instrument de mesure avec ce que l'on tente de mesurer est évident par définition même.

Une première version de l'AEPR comprenant trente-sept items originant d'observations cliniques, de l'échelle PRP de Kosberg et Gorman ainsi que de la recension des écrits fut d'abord présentée à un groupe de cinq préposés aux bénéficiaires. Lors d'une rencontre individuelle, je m'assurai de la compréhension du vocabulaire et de la clarté des items. Cette même version fut également jugée par un groupe de soixante-et-une étudiantes en troisième année du baccalauréat de base en sciences infirmières. Ces étudiantes ont d'abord complété l'AEPR. J'ai ensuite suscité leurs commentaires sur la compréhension du vocabulaire, la clarté et l'uni-dimensionnalité des items, et sur l'objectif principal consistant à mesurer l'attitude du personnel soignant quant au potentiel de réadaptation des malades âgés. En d'autres termes, il s'agissait pour ce groupe d'étudiantes de juger si chaque item mesurait bien la sorte de comportements à l'étude.

Une démarche similaire fut conduite auprès de six étudiantes à la maîtrise en sciences infirmières. Suite à ces trois rencontres, plusieurs items furent retranchés ou modifiés pour deux raisons : soit que selon les juges, ils ne reflétaient pas vraiment une attitude envers le potentiel de réadaptation, ou bien parce qu'ils furent jugés ambigus ou difficiles à interpréter.

De plus, j'ai consulté un psychologue travaillant surtout à la méthodologie des échelles d'attitude. Suite à ses commentaires, certains items furent reformulés en termes d'orientation à l'action et d'émotions ressenties. Finalement, un sociologue qui réalise en équipe un projet de recherche auprès de personnes âgées, donna ses impressions sur l'échelle de l'AEPR. Il conclut que cette échelle semble bien mesurer l'attitude du personnel soignant envers le potentiel de réadaptation des malades âgés.

### 3. *Validité des concepts*

Passons maintenant à la description du processus utilisé pour assurer la validité des concepts. Cette validité repose en partie sur des relations possibles avec d'autres variables, concepts et comportements observables à partir de notions théoriques. Dans la présente recherche, les notions théoriques permettaient de supposer que l'AEPR aurait une corrélation significative avec l'échelle modifiée de Brown (1969) et avec deux questions portant sur la réadaptation des malades âgés.

#### a) Echelle de Brown

A cause de son contenu et de sa qualité méthodologique, l'échelle de Brown fut retenue comme étant l'instrument le plus approprié pour évaluer la validité des concepts. Cette échelle déjà validée auprès de huit cents membres du personnel infirmier mesure les attitudes envers les malades âgés. Elle contient quatorze paires d'adjectifs et se divise en trois parties portant sur l'évaluation, sur le potentiel d'activités des personnes âgées et sur des aspects divers. Une fois l'échelle de Brown traduite et afin de bien assurer la validité nominale, dix-neuf juges classèrent les paires d'adjectifs soit dans la catégorie "évaluation," "potentiel de réadaptation" ou dans la catégorie "autre." De plus, certains tests de fidélité furent effectués sur cette échelle modifiée de Brown. La méthode du coefficient alpha communément utilisée, donna un coefficient de 0,80 ce qui permet de croire à un degré d'homogénéité satisfaisant. Le test-retest donne un coefficient  $r$  de Pearson de 0,85 ce qui est significatif à 0,001. Quant à la capacité discriminatoire, les valeurs de  $t$  révèlent que trois items n'ont pas de pouvoir de discrimination. L'échelle modifiée de Brown se révèle donc homogène et stable. La corrélation entre cette échelle et celle de l'AEPR est de 0,44 et significative à 0,001.

En l'absence d'une autre mesure valide et fidèle du potentiel de réadaptation avec laquelle l'échelle de l'AEPR aurait pu être mise en corrélation, il m'est apparu justifié d'élaborer deux questions sur la réadaptation des malades âgés. Ces questions furent soumises à des juges pour déterminer leur validité nominale.

#### b) Questions sur la réadaptation

### Question 1

Sans tenir compte du milieu où les patients âgés sont placés, où situez-vous leurs chances de réadaptation en général?

0-9%	10-24%	25-49%	50-74%	75-89%	90-100%
très pauvre	pauvre	plutôt pauvre	plutôt bonne	bonne	très bonne

La corrélation de 0,20 entre cette question et l'échelle de l'AEPR s'avère faible mais significative à 0,05.

### Question 2

A cette question, nous aimerions recueillir vos commentaires. En ce qui concerne la réadaptation des patients âgés, je pense

---

---

Voici quelques exemples de réponses textuelles prises au hasard :  
— "... , je pense qu'on ne peut les réintégrer à la société comme ils l'étaient avant."

— "... , je pense que c'est plutôt une façon de maintenir les patients le plus longtemps possible en condition de se mouvoir et d'accomplir tous les besoins physiques d'une personne humaine."

Trois juges ont classé les réponses selon qu'elles reflétaient une attitude positive, neutre ou négative envers le potentiel de réadaptation. Les résultats ne se sont pas avérés concluants, la corrélation obtenue étant de 0,12 et non significative. Cette deuxième question plus générale et par conséquent moins sensible que l'échelle de l'AEPR influence certainement le degré de corrélation entre ces deux instruments.

#### B. Fidélité

En plus de la validité, des études de fidélité furent poursuivies. Le coefficient alpha étant de 0,78 l'échelle de l'AEPR se révèle donc un instrument homogène. L'item-test montre quatre items plus faibles pouvant être éliminés, afin d'obtenir un coefficient alpha de 0,81. L'échelle de l'AEPR est aussi un instrument stable puisque la fidélité test-retest à huit jours d'intervalle donne un coefficient  $r$  de Pearson à 0,80 ( $p < 0,001$ ).

### C. Capacité discriminatoire

L'analyse de discrimination permet de voir si les résultats obtenus à chaque item par la population de répondants se distribuent selon une courbe normale. Le test de  $t$  établit s'il y a une différence significative entre la moyenne des scores bas et la moyenne des scores élevés. Ceci permet de confirmer la capacité de discrimination de chaque item. Au test  $t$ , les items de l'AEPR s'avèrent tous discriminatifs sauf un. A ce stade-ci du processus de validation, le tableau 3 présente le sommaire des hypothèses et le résultat des tests statistiques de l'AEPR.

TABLEAU 3  
SOMMAIRE DES HYPOTHÈSES ET DES RÉSULTATS DES TESTS STATISTIQUES

HYPOTHÈSES	NATURE DE L'ÉVALUATION	TESTS STATISTIQUES	NOMBRE DE SUJETS	RÉSULTATS
H <sub>1.1</sub> L'échelle de l'AEPR est un test homogène affichant un indice élevé de consistance interne	Fidélité d'homogénéité	Coefficient alpha et l'item-test	151	$\alpha = 0,78$ (item-test révèle faibles les items 2, 4, 7, 21. En enlevant ces items, on obtient un $\alpha = 0,81$ )
H <sub>1.2</sub> L'échelle de l'AEPR est un test stable possédant un coefficient élevé de fidélité de stabilité	Fidélité de stabilité	Test-retest corrélation de Pearson	66	$r = 0,81$ ***
H <sub>2</sub> Les items de l'échelle de l'AEPR auront un pouvoir de discrimination	Capacité de discrimination	Test de $t$ de student		Tous discriminatifs sauf l'item 7. 17 items *** 3 items ** 3 items *
H <sub>3.1</sub> Corrélation négative et significative entre l'échelle de l'AEPR et celle de Brown	Validité des concepts	Corrélation de Pearson	78	$r = 0,44$ ***
H <sub>3.2</sub> Corrélation négative et significative entre l'échelle de l'AEPR et l'évaluation des chances de réadaptation des malades âgés	Validité des concepts	Corrélation de Pearson	78	$r = 0,20$ *
H <sub>3.3</sub> Corrélation positive et significative entre l'échelle de l'AEPR et les commentaires sur la réadaptation des malades âgés	Validité des concepts	Corrélation de Pearson	64	$r = 0,11$

\*  $p < 0,05$

\*\*  $p < 0,01$

\*\*\*  $p < 0,001$

#### D. Analyses complémentaires

Suite à ces résultats statistiques, des analyses complémentaires furent entreprises afin d'épurer l'échelle des items plus faibles; ce sont l'analyse factorielle et l'analyse multi-critériée. L'analyse factorielle a permis de regrouper les items selon trois dimensions: compétence personnelle des malades âgés, difficultés de réadaptation et types de soins prodigués. Cette analyse étant par nature assez instable puisqu'elle regroupe les items en fonction de la population des répondants, trois juges ont validé ce regroupement d'items selon ces trois dimensions.

La procédure maintenant en cours est l'analyse multi-critériée et consiste surtout à établir des corrélations de chaque item avec le total, avec la dimension à laquelle il appartient ainsi qu'avec les autres dimensions. Le tableau 4 présente ces critères.

TABLEAU 4  
CRITERES D'ANALYSE

Item	Corrélation de l'item au total	Corrélation de l'item corrigé au total	Corrélation de l'item à sa dimension	Corrélation de l'item corrigé à sa dimension	Corrélation de l'item aux 2 autres dimensions	Corrélation test-Retest	Valeur de t
1							
2							
3							
etc..							

Cette analyse n'est pas terminée mais elle permet d'ores et déjà de reconnaître les items faibles à plus d'un critère et devant en conséquence, être éliminés. Voir l'échelle épurée de l'AEPR qui comprend maintenant dix-huit items (Appendix A).

Soulignons que l'échantillon avec lequel l'échelle fut validée n'est pas une population prise au hasard mais bien un échantillon de convenance selon les besoins de validation. Les cent quatre-vingt-deux sujets se divisent en quatre groupes. Le groupe I se compose de quatre-vingt-treize étudiantes en première année de baccalauréat de base en sciences infirmières. C'est un groupe homogène, de femmes pour la plupart dont l'âge varie entre dix-huit et vingt-deux ans. Elles ont habituellement peu d'expérience en milieu clinique. Le groupe II est constitué de vingt-six travailleurs en établissement. La majorité possède un niveau d'éducation équivalent au secondaire, ils occupent des postes auxiliaires, de préposés aux bénéficiaires et quelques

postes d'infirmières. De plus, quelques-uns seulement ont une expérience avec des malades âgés. Les groupes III et IV se composent d'étudiants de l'éducation permanente dont quarante-deux à la fin d'un semestre au certificat en gérontologie et vingt-et-un au tout début de ce certificat. Ils occupent pour la plupart des postes d'infirmières-cadres et d'infirmières soignantes. On retrouve aussi dans ces groupes des travailleurs sociaux, des bénévoles, etc. En général, ils ont travaillé moins d'un an avec les personnages âgés.

#### E. *Limites méthodologiques*

L'étude comporte trois limites. La première se situe au niveau du type d'échantillon. En effet, comme le montre le profil de l'échantillon, la plupart des répondants sont étudiants. Il est permis de penser que ces derniers sont souvent plus idéalistes que les travailleurs aux prises avec les problèmes du milieu. La deuxième limite est inhérente à l'étude: c'est le facteur de désirabilité sociale. Une troisième limite est relative à l'utilisation de l'échelle; en effet, l'AEPR n'a pas été développée dans un contexte de recherche expérimentale. Il n'est donc pas encore prouvé qu'elle puisse capter les changements survenus à la suite d'un programme de formation quelconque.

### CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

Quelles conclusions pouvons-nous tirer de ces résultats présentés très sommairement? La corrélation entre l'échelle de l'AEPR et le test de Brown, soit 0,44 permet de dire que l'échelle montre un degré de validité intéressant. Les deux autres corrélations sont plus faibles mais vont dans le sens des hypothèses. Les résultats aux tests d'homogénéité et de stabilité permettent d'affirmer que l'échelle est fidèle. Un autre aspect important concerne le pouvoir discriminatoire de tous les items sauf un. Ces résultats incitent donc à continuer le processus de validation de l'échelle, même s'il est long et ardu. Pour ce faire, il s'agit maintenant de terminer l'analyse factorielle et l'analyse multi-critériée. Il convient également d'administrer l'échelle à deux groupes de personnel soignant dont l'un oeuvrant dans un milieu où l'idéologie de réadaptation prévaut et l'autre travaillant dans un milieu où domine l'idéologie d'entretien. Cette démarche permettrait de vérifier la validité de différenciation de l'échelle et son pouvoir de discrimination entre les deux groupes. Par la suite, il sera possible de traduire l'échelle en anglais.

Une deuxième démarche consisterait à étudier le facteur de désirabilité sociale. Il est important de savoir jusqu'à quel point l'AEPR capte la véritable attitude du répondant et non son adhésion à ce qu'il perçoit comme une attente de la société, surtout dans le contexte actuel où la gérontologie constitue un sujet fort discuté.

Pour la pratique de l'infirmière, je vois diverses utilisations de l'instrument après que celui-ci aura davantage été testé. Il pourrait servir au personnel soignant afin de connaître ses propres attitudes avant le commencement d'une session d'enseignement en gérontologie. Une telle prise de conscience permettrait sans doute de progresser plus rapidement. Dans tous les domaines d'ailleurs, on reconnaît la nécessité de travailler d'abord sur les attitudes avant d'acquérir de nouvelles connaissances. Par extrapolation, l'AEPR pourrait aussi servir à connaître le profil des attitudes du personnel soignant envers les malades âgés dans la communauté. Quant à la formation de l'infirmière, cet instrument pourrait servir à comparer les attitudes des étudiants à la fin de divers programmes d'enseignement en gérontogériatrie et avec le temps il servirait possiblement pour évaluer des programmes de formation dans ce domaine.

Je mets en garde les personnes qui voudraient étudier ou comprendre l'action du personnel soignant à partir de leurs attitudes car le processus par lequel elles se traduisent dans l'action n'est pas entièrement connu. On ne doit donc pas inférer un comportement à partir d'attitudes. Une deuxième mise en garde dans l'étude des attitudes concerne le danger de négliger les facteurs structuraux et situationnels. Le personnel soignant fait face à d'énormes contraintes qui doivent être considérées dans ce genre d'étude. Ces contraintes se retrouvent tant au niveau de la somme de travail qu'au niveau des ressources que requièrent les types d'interventions spécifiques à ce groupe de clients, tels la thérapie de remotivation et l'orientation à la réalité. Dans l'organisation des soins, nous pensons rarement à donner du support émotionnel au personnel. Des études effectuées en Ontario dans des milieux de soins prolongés montrent un niveau élevé d'anxiété chez le personnel, elles montrent également que le travail dans ce milieu engendre un impact important sur les émotions (Pablo, 1976) : Si nous travaillons au niveau des attitudes, il faut d'abord être prêt à assurer ce support émotionnel.

Ces considérations invitent donc à repenser la formation et le rôle du personnel soignant auprès des malades âgés. Un tel milieu impose aux infirmières une redéfinition de leurs rôles traditionnels. Dans ces unités, la condition médicale des malades est souvent contrôlée. Les fonctions dépendantes de l'infirmière, c'est-à-dire celles qui découlent des prescriptions médicales, deviennent de moins en moins nombreuses, donc les occasions de fonctionner de façon créative et autonome se multiplient. Nous pensons que le principal rôle de l'infirmière en gérontologie serait un rôle d'agent d'adaptation.

## APPENDIX A

### LA LISTE DES ITEMS DE L'ECHELLE DE L'AEPR

Pour chaque item, un choix de quatre réponses est offert: très en accord, en accord, en désaccord, et très en désaccord.

1. Peut-être les patients âgés avaient-ils des habiletés lorsqu'ils étaient jeunes, mais ils n'en ont presque plus maintenant.
2. Un patient âgé qui devient confus le restera jusqu'à la fin de ses jours.
3. La plupart des patients âgés ont la capacité de faire face à de nouvelles situations.
4. Je pense qu'il faut contrôler les malades âgés comme les enfants.
5. Le mieux que je peux faire pour la plupart des patients âgés est de leur assurer le confort et de les empêcher de souffrir en attendant qu'ils meurent.
6. Souvent je pense qu'il n'y a pas lieu d'offrir un programme de réadaptation pour les patients âgés confus.
7. Chez les patients âgés, le désir sexuel bien que diminué existe encore.
8. La plupart des patients âgés ne se rendent pas compte de ce qui se passe autour d'eux.
9. Lorsqu'une personne âgée vient à l'hôpital, ce n'est plus qu'une question d'attendre la mort.
10. S'il était possible, j'aimerais prendre une partie de mon temps pour parler avec les patients âgés.
11. Le patient âgé, bien qu'handicapé, peut encore être une personne très utile et avoir des activités sociales.
12. Je suis satisfaite de mon travail quand je garde les malades âgés propres, bien nourris et sans douleur.
13. Quand les patients âgés arrivent dans une institution, ils sont ou trop vieux ou trop malades pour s'améliorer.
14. S'il n'en dépendait que de moi, je consulterais les patients âgés avant d'établir un programme d'activités.
15. Il est impensable qu'un patient âgé incontinent puisse un jour redevenir propre.
16. Je me sens mal à l'aise de voir des patients âgés assis à ne rien faire.
17. Lorsque je donne des soins, je tiens compte que les malades âgés réagissent comme des enfants.
18. Les patients âgés sont capables de prendre des décisions dans tous les aspects de leur vie.

Le personnes qui voudraient utiliser l'échelle de l'AEPR sont priées de communiquer avec l'auteur,

Danielle D'Amour  
Faculté des Sciences Infirmières  
Université de Montréal

---

### REFERENCES

- Brown, M. I. Patient variables associated with nurses' preferences among elderly patients. *Fifth Nursing Research Conference*. New York: American Nurses Association, 1969.
- Gilbert, D.C., & Levinson, D. J. Ideology and institutional policy in the mental hospital. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 1956, 53, 263-271.
- Hefferin, E. *Caretaker ideology and elderly mental hospital patients*. Unpublished doctoral dissertation, University of California at Los Angeles, 1970.
- Kosberg, J. I., & Gorman, J. F. Perceptions toward the rehabilitation potential of institutionalized aged. *Gerontologist*, 1975, 15, 398-403.
- Lambert, W., & Lambert, W. *Social Psychology*. New Jersey: Prentice-Hall, Inc., 1964.
- Lawton, P., & Nahemow, L. Ecology and the aging process. In *The psychology of adult development and aging*. Washington, D.C.: American Psychological Association, 1973.

- Pablo, R. Y. Job satisfaction in a chronic care facility. *Dimensions of Health Service*, 1976, 53(1), 36-38.
- Robb, S. Attitudes and intentions of baccalaureate nursing students toward the elderly. *Nursing Research*, 1979 28(1), 43-50.
- Sellitz, C. Wrightman, I. S., & Cook, S. W. *Les méthodes de recherche en sciences sociales*. Traduit par D. Bélanger. Montréal: Holt, Rinehart, and Winston, 1977.

---

## RESUME

### **Ideology of nursing care staff toward the rehabilitation of the elderly sick: Validation of an attitude scale.**

The purpose of this methodological study was to develop a valid and reliable instrument which would measure the attitudes of nursing care staff toward the rehabilitation potential of elderly sick people. The scale "Attitude envers le potentiel de réadaptation" (AEPR) was constructed from two ideologies prevailing in institutions: the rehabilitation and the custodial care ideologies.

The areas studied were the reliability of the scale in terms of homogeneity and stability, the discriminatory power of the items, and three types of validity: face, content, and concurrent. This last type of validity was tested using correlations between the AEPR and another more general attitude scale toward the aged sick (a modified version of Brown's (1969) Scale). The AEPR was also correlated with two questions related to the elderly ill.

The sample encompassed 182 subjects: students in nursing and in gerontology and nursing staff from long-term care units. The statistical analysis showed that the AEPR scale possesses a meaningful degree of reliability ( $\alpha = .78$ ; test-retest  $r = .81$ ;  $p < .001$ ) and a discriminatory power on all items except one. The correlation between the two scales (AEPR and Brown's scale) indicated substantial concurrent validity ( $r = .44$ ). The correlation between the AEPR and the two questions, however, did not give such satisfactory results: one question had a low but significant correlation with the AEPR and the other, no correlation.

It is recommended that the validation of the scale be pursued. The factorial and the multi-criteria analysis are in progress. The scale will be translated into English in the near future.