

LA RELATION DU RÔLE JOUÉ PAR LE PERSONNEL INFIRMIER SUR LA PRISE DE RÔLE DE LA PERSONNE ÂGÉE EN ÉTABLISSEMENT DE SOINS PROLONGÉS

Marcelle Séguin Langlois

De façon générale, on attribue l'apprentissage de divers rôles sociaux aux attentes qu'un individu ou qu'un groupe d'individus entretient par rapport au fonctionnement d'une personne dans une situation sociale particulière. Cet apprentissage a trait à un changement ou à une amélioration des croyances, des attitudes, des comportements et des valeurs de cette personne (Brim, 1976). Gordon (1978) précise, néanmoins, que l'apprentissage de rôles s'opère par la différenciation et l'intégration de valeurs-thèmes bien spécifiques qui caractérisent et varient à chaque stade de développement. Ces valeurs humaines et sociales idéalisées émergent de l'interaction des transformations physiques, de l'acquisition du savoir et du changement des fonctions sociales. À l'âge avancé, ces valeurs-thèmes sont l'autonomie personnelle et l'intégration significative. La première valeur s'intéresse à l'auto-suffisance, c'est-à-dire à l'établissement et à l'atteinte de ses propres objectifs quelqu'en soit le contenu et le niveau. L'intégration significative distingue la relation réciproque de la personne âgée à l'égard d'une personne ou d'un très petit nombre de personnes par opposition à un mode d'existence isolée. L'intégration significative contribue à maintenir l'auto-suffisance. Dans ce contexte, le rôle est conceptualisé comme étant le répertoire de comportements et de sentiments qui distinguent le fonctionnement de la personne. Ainsi défini, le rôle peut ou ne peut pas être relié à une position organisationnelle.

Le processus interactionnel demeure le pivot de l'apprentissage de rôle et dépend partiellement du renforcement d'autrui. La personne âgée, admise en établissement de soins prolongés, est particulièrement vulnérable au rétrécissement de son réseau social. Le plus souvent, la maladie débilitante ou la détérioration physique et/ou mentale qui précipite son admission en établissement requiert une réorganisation de comportement (Moses, 1972). Quoiqu'il en soit, le développement d'un comportement particulier chez la personne âgée reste inséparable de son environnement physique et social (Yarrow et al., 1963; Schooler, 1969).

| |
|--|
| Marcelle Séguin Langlois, inf., M.Sc., est la directrice du module des sciences de la santé à l'Université du Québec à Hull. |
|--|

L'apparition graduelle de comportements similaires chez bon nombre de personnes âgées institutionnalisées semble nier leur individualité. Des comportements tels l'indifférence, la docilité dans les échanges interpersonnels, la dépendance progressive et la désorientation laissent entrevoir un processus de socialisation homogène selon lequel les attentes et les valeurs des agents socialisants sont incorporés au comportement des personnes âgées (Brody, 1973; Harrison, 1968). L'infirmière est la seule professionnelle de la santé à entretenir un contact statistiquement significatif avec le vieillard institutionnalisé (Barney, 1974). Outre les autres malades, les membres du personnel infirmier sont aussi les principales sources de référence sociale de la personne âgée. Il est donc raisonnable de croire que le personnel infirmier puisse exercer une influence prépondérante sur le comportement de la personne âgée.

But de l'étude

Cette étude avait pour but d'explorer, dans des situations bien précises, les comportements de la personne âgée vivant en établissement de soins prolongés et ceux du personnel infirmier afin de vérifier si le rôle du personnel infirmier influençait le développement d'un rôle particulier chez la personne âgée.

Instruments de mesure

Deux instruments de mesure ont été utilisés pour explorer l'influence du rôle joué par les intervenants, soit l'infirmière, l'auxiliaire ou le(la) préposé(e), sur le développement d'un rôle particulier chez la personne âgée:

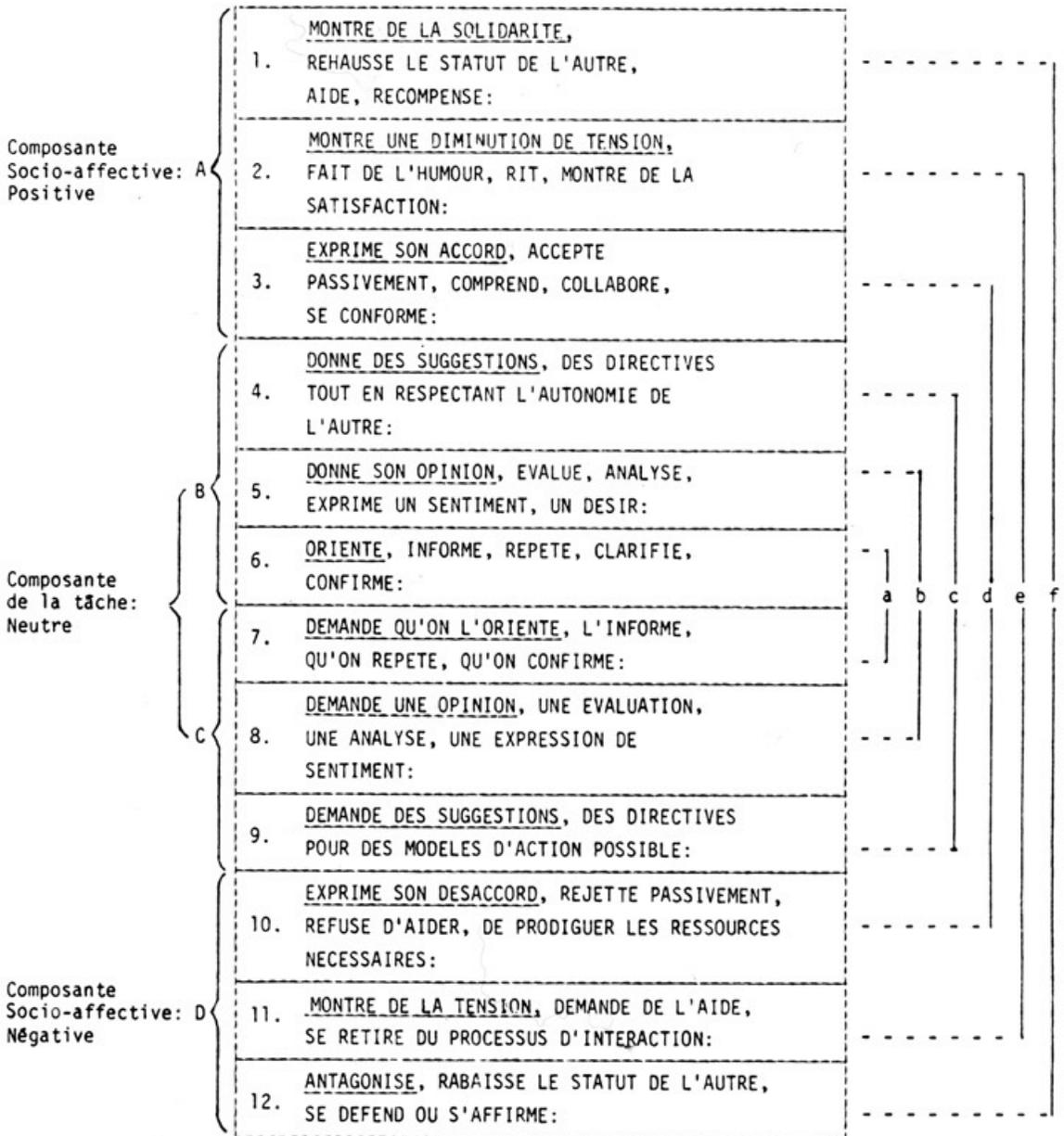
1. l'Analyse du Processus d'Interaction de Bales (1951) et
2. un questionnaire-entrevue développé à l'intention des personnes âgées pour recueillir des données au sujet de variables aptes à influencer la prise de rôle chez ces dernières.

Analyse du Processus d'Interaction de Bales (API).

L'API, tel que représenté au tableau 1, comprend douze catégories de comportement réparties en dyades selon la démarche interactionnelle qu'elles soulèvent. Les catégories se regroupent aussi par trois selon que les comportements qui en relèvent sont des tentatives de réponses ou des questions (composante de la tâche) ou sont des réactions positives ou négatives (composantes socio-affectives). Chaque catégorie d'interaction est essentiellement de même durée et représente un seul item de comportement verbal ou non-verbal irréductible. Le comportement verbal est toutes paroles ou sons émis par la personne. Le comportement non-verbal comprend toutes réactions corporelles observables telles le contact des yeux, le toucher, la distance, la posture, le geste, l'expression faciale et les silences.

TABLEAU I

LE SYSTEME DES CATEGORIES D'OBSERVATION ET LEURS RELATIONS¹



LEGENDE:

- a. Problèmes de communication
- b. Problèmes d'évaluation
- c. Problèmes de contrôle
- d. Problèmes de décision
- e. Problèmes de diminution de tension
- f. Problèmes de réintégration

- A. Réactions positives
- B. Tentatives de réponses
- C. Questions
- D. Réactions négatives

¹ Bales. R. F. 1950. Interaction Process Analysis. Cambridge, Mass.: Addison-Wesley Press. p. 9.

Le texte anglais est le copyright d'Addison-Wesley Publishing Co. et est traduit ici avec la permission de l'éditeur. Tous droits réservés. 1981

L'ensemble des catégories représente un cadre théorique général selon lequel une série d'indices standards permet d'analyser la structure et la dynamique d'interaction d'un petit groupe pouvant se composer de deux à vingt personnes. L'API permet de dégager le profil d'interaction de chaque membre ainsi que certains aspects critiques de son rôle. Des chercheurs de différentes disciplines, dont au moins deux infirmières (Conant, 1964; Semradek, 1962), se sont déjà servis de l'API dans cette perspective.

L'analyse du processus d'interaction consiste à interpréter, à catégoriser chaque comportement et à lui attribuer un acteur et une cible. Quoique la catégorisation des interactions soit indépendante de l'attribution de l'acteur et de la cible, des divergences marquées par rapport à l'"itemisation" des comportements affectent les trois opérations précédentes (Bales, 1951, p. 114). Essentiellement, ce processus et la fidélité subséquente de la classification inter-observateurs reposent sur l'entraînement rigoureux de ces derniers. Bales recommande l'utilisation d'un test d'efficacité de l'ajustement pour vérifier la concordance de la classification des comportements laquelle doit tenir compte des différentes inclinations mentales des observateurs. L'utilisation du chi-carré (χ^2) avec un seuil de signification de $p = 0,50$ est suggéré pour mesurer l'efficacité de l'ajustement.

Dans cette étude les catégories d'interaction entre la personne âgée et l'intervenant ont été élaborées (Séguin Langlois, 1982) à partir des définitions des catégories générales d'observation de Bales. Suite à un pré-test de l'instrument, les données relatives de l'API ont été recueillies par observation non participante. Quinze processus d'interaction, soit 3 622 unités d'interactions, ont été enregistrés sur bande sonore auprès de cinq groupes composés d'une personne âgée et d'un ou de deux intervenant(s), au cours de trois activités spécifiques. Le déjeuner, la toilette du matin, le dîner ou l'installation de l'après-midi. Les comportements non-verbaux observables ont été notés et identifiés aux séquences parallèles de comportements verbaux à l'aide de mots-clé provenant de ces derniers. Une fois intégrés en un texte, les comportements verbaux et non-verbaux ont été catégorisés par unité de comportement et un acteur et une cible ont été attribués à chacune d'elle. Les scores ainsi obtenus ont ensuite été transcrits sur une feuille conçue pour faciliter l'analyse de ces données. Afin de vérifier la concordance de la classification des comportements d'interaction, cinq processus d'interaction ont été choisis de façon aléatoire et classifiés par une observatrice interdépendante à l'aide des textes et des enregistrements correspondants.

Une analyse de contenu a été pratiquée sur deux des activités observées dans chaque groupe. À l'aide d'une grille, les interactions

ont été reprises de façon séquentielle de manière à répondre aux questions, "Qu'est-ce que l'acteur voit, entend, touche, etc.? La relation émergeant des actions réciproques des membres de chaque groupe a été examinée selon les critères d'évaluation de la communication par Clark (1977) pour en faire ressortir les traits dominants. Cette auteure stipule que la communication d'un message n'est pas complète avant que ce dernier n'ait été transmis et reçu et qu'une réaction de la part de l'interlocuteur n'ait eu lieu. Les facteurs qui entravent la communication, c'est-à-dire l'anxiété, le conflit et les attitudes stéréotypées, restreignent le processus observation-perception-communication et le sens de satisfaction qui devrait normalement résulter de l'interaction.

L'analyse de contenu des processus d'interaction de deux des cinq groupes a été validée par une infirmière clinicienne spécialisée en soins infirmiers psychiatriques.

Le questionnaire-entrevue

Le deuxième instrument, le questionnaire-entrevue, comprenait dix-neuf questions développées à partir de dix variables qui, selon plusieurs auteurs, ont un effet sur la perception de bien-être et la participation sociale de la personne âgée. Ces variables incluent:

1. le fait de posséder une connaissance relative de son diagnostic médical, de son régime thérapeutique et des politiques institutionnelles qui régissent les faits et gestes de la vie quotidienne;
2. le choix de l'institution;
3. la satisfaction par rapport au choix de l'institution;
4. la perception de son état de santé;
5. la satisfaction relative à l'espace vital qui se rattache au besoin de solitude et d'intimité tout comme au besoin de sociabilité;
6. la perception de contrôle par rapport aux actions et décisions qui influencent la vie quotidienne;
7. l'orientation temporelle;
8. l'espace social et le réseau de personnes significatives;
9. la capacité d'exercer un jugement ou de solutionner des problèmes quant à sa réalité quotidienne; et
10. le sentiment de contribuer de manière satisfaisante au milieu social.

Ces variables semblent se relier à une mesure d'autonomie personnelle et/ou à un certain appui des personnes significatives dans l'entourage de la personne âgée. De ce fait, elles semblent pouvoir influencer la prise de rôle chez cette dernière.

Les items du questionnaire comprenaient des questions ouvertes

sauf l'item 4 qui était une question à choix multiples. Au cours du pré-test, un item s'est avéré ambigu et a été éliminé du questionnaire.

Le questionnaire-entrevue, d'une durée moyenne de seize minutes, a été enregistré dans la chambre de chaque personne âgée et, analysé de façon descriptive.

Description du milieu

L'étude s'est déroulée dans un centre hospitalier de soins prolongés de 165 lits. Des 127 bénéficiaires hospitalisés, 63% avaient 65 ans et plus, et la moyenne d'âge s'établissait à 64.5 ans. L'étude s'est effectuée sur deux des quatre unités. Les soins aux bénéficiaires y étaient dispensés selon le concept de soins intégraux.

Description des sujets

L'échantillon était composé de cinq (5) personnes âgées et sept (7) intervenants.

Pour satisfaire aux critères de sélection, la personne âgée devait:

1. posséder un état de santé stabilisé;
2. avoir la capacité de communiquer en français;
3. avoir une faculté mentale intacte telle que démontrée par l'orientation par rapport à la personne et au lieu;
4. avoir la capacité de donner un consentement informé, oral et écrit, pour participer à l'étude;
5. avoir la capacité de participer à la prise de décision telle que manifestée par le critère précédent; et
6. avoir été admise à l'institution depuis au moins trois mois pour lui permettre de s'être familiarisée avec les intervenants de l'unité et avec les routines et politiques du centre.

Le seul critère d'exclusion était l'exacerbation des maladies chroniques.

D'un nombre possible de 80 bénéficiaires, dix personnes âgées étaient éligibles pour faire partie de l'étude et cinq d'entre elles, dont quatre femmes et un homme, ont formé l'échantillon final. Ces dernières étaient d'origine canadienne-française et de religion catholique. Quatre d'entre elles étaient veuf ou veuves et la moyenne de leur âge se situait à 74 ans. La durée moyenne de leur hospitalisation était de trois ans et variait entre un an et cinq ans. Aucune information n'était disponible au dossier des personnes âgées concernant leur occupation antérieure, leurs intérêts récréatifs actuels ou passés ou leur réseau familial. Trois des sujets étaient classifiés selon la catégorie A₃ de bénéficiaires et les deux autres, selon la catégorie A₄ telles que définies par le ministère des Affaires sociales du Québec. Les pathologies

diagnostiquées à l'admission des personnes âgées reflétaient la prédominance des troubles neurologiques observés par divers chercheurs en gériatrie (Kart et al., 1978; Pablo, 1974); Jaeger et Simmons, 1970). Les sujets étaient continents, ne nourrissaient seuls mais chacun devait recevoir de l'aide pour se mobiliser.

Sept intervenants, dont six femmes et un homme, ont aussi fait partie de l'étude. Pour satisfaire aux critères de sélection, l'intervenant devait:

1. avoir terminé la période de probation exigée par l'établissement;
2. pouvoir communiquer en français;
3. participer aux soins d'une des personnes âgées faisant partie de l'étude; et
4. avoir consenti à participer à l'étude.

L'échantillon-intervenant s'est composé de deux auxiliaires et de cinq préposés(ées). La seule infirmière qui a fait partie de l'interaction d'un groupe observé a refusé, à posteriori, que le matériel la concernant soit utilisé. L'âge des intervenants se situait entre 21 et 50 ans et leur expérience de travail auprès des personnes âgées variant entre 2 mois et 11 ans. Deux sujets, une auxiliaire et une préposée, ont attesté avoir suivi des cours sur le vieillissement, l'une durant sa formation d'auxiliaire, l'autre en cours d'emploi.

Chaque intervenant dispensait des soins à cinq bénéficiaires. Ses responsabilités incluaient aussi servir les repas à quatre bénéficiaires et à en faire manger deux autres. En plus, les auxiliaires devaient préparer et distribuer les médicaments pour un certain nombre de bénéficiaires. Chaque intervenant travaillait seul, sauf lorsqu'il sollicitait l'aide d'un collègue pour effectuer le transfert d'un bénéficiaire du lit au fauteuil. Afin de distinguer chacun, l'expression intervenant primaire et intervenant secondaire a été utilisée lors de l'analyse des processus d'interaction.

Considérations relatives à l'éthique

Un consentement écrit a été obtenu de la personne âgée après s'être assuré que cette dernière comprenait bien la nature, le but et les méthodes de collecte de données envisagées dans l'étude. Le fait que la personne âgée pouvait retirer sa participation sans que cela n'affecte ses soins avait été stipulé sur le formulaire de consentement. Ce formulaire, dont une copie a été remise à la personne âgée, a été daté et signé par la chercheuse. De plus, la chercheuse avait prévu de rencontrer le procureur des personnes âgées qui en feraient la demande. Cependant, aucune requête n'a été adressée à ce sujet.

Les intervenants ont fait l'objet des mêmes considérations. Cependant, le but général de l'étude leur a été présenté ainsi, "L'étude vise à explorer en quoi consiste le rôle de la personne âgée en milieu de soins prolongés." Selltiz, Wrightsman et Cook (1977) expliquent que la dissimulation dans la recherche qui utilise les méthodes d'observation vise à diminuer la propension des observés à réagir. Selon ces auteurs le changement possible du comportement des sujets qui se savent observés et qui connaissent les buts précis de l'étude limite les possibilités de généralisation de données recueillies en milieu naturel. Par contre, les intervenants ont été invités à se joindre à la communication des résultats de l'étude.

Tous les sujets ont été assurés de l'anonymat et du caractère confidentiel des résultats obtenus individuellement. À cette fin, un numéro d'identification a été assigné à chacun. Le matériel susceptible d'associer les sujets à une ville, ou le nom de proches, a été remplacé par des tirets au cours de la dactylographie des processus d'interaction. Les patois ou autres expressions identifiables dans ces textes ont aussi été remplacés. De plus, l'oblitération des magnéto-cassettes a été effectuée dès que l'étude a été terminée.

Le rôle de la chercheuse comme observatrice non-participante a aussi été l'objet de considérations déontologiques. À l'aide d'exemples concrets, cette dernière a indiqué clairement qu'elle ne participerait pas aux activités ou à la conversation des sujets. Si elle devait être témoin d'une situation requérant une interaction auprès de la personne âgée, elle se limiterait à en informer le personnel de l'unité de soins.

Finalement, la permission de reproduire et/ou de traduire des extraits du volume de Robert F. Bales, *Interaction Process Analysis*, a été obtenue de l'éditeur.

Résultats

L'Analyse du Processus d'Interaction de Bales (API)

Le chi-carré (X^2) a été utilisé comme test d'efficacité de l'ajustement de la classification des comportements interactionnels entre les deux observatrices. Aucun des processus d'interaction sur lesquels le test a été pratiqué n'a atteint le seuil de signification anticipé de $p = 0,50$ pour l'"itemisation" des comportements. Par conséquent, le test n'a pas été pratiqué pour vérifier l'efficacité de l'ajustement de la catégorisation et de l'attribution de l'acteur et de la cible des comportements puisque des divergences par rapport à "l'itemisation" affectent les trois autres opérations (Bales, 1951, p. 114). Ces résultats permettent de conclure que la période et/ou la méthode d'entraînement conjoint des observatrices a été insuffisante pour assurer qu'un

système uniforme d'analyse des interactions soit employé par ces dernières. Sans doute, l'observation directe du processus d'interaction, sinon à l'aide de cassettes vidéo, aurait été avantageuse pour l'observatrice indépendante. De même, après avoir constaté les écarts de classification entre les observatrices, il aurait été approprié de reclassifier les comportements interactionnels une fois que certains aspects de l'enregistrement et du texte eussent été clarifiés conjointement (Bales, 1951, p. 102). Cependant, le cadre de cette étude n'a pas permis ces rajustements.

Bien que la fidélité des résultats obtenus par l'API soit mise en doute, ces résultats sont tout de même communiqués puisque l'analyse de contenu des processus d'interaction tend à les confirmer.

Le profil d'interaction des membres de groupes a été tracé à partir des taux d'interaction dans chacune des douze catégories d'observation au cours des trois activités de soins. Chez trois de intervenants primaires, le taux d'interactions le plus élevé s'est situé dans la composante socio-affective négative, soit à la catégorie "Antagonise". La catégorie "Montre de la solidarité" a dominé le profil des deux autres intervenants primaires. Il s'avère que ces deux intervenants étaient ceux qui disaient avoir suivi des cours sur le vieillissement. Sans exception, les intervenants primaires se sont montrés plus aptes à donner de l'information, des opinions et des suggestions qu'à en solliciter. Dans tous les groupes, la participation de l'intervenant secondaire a été négligeable, représentant moins de 2 pour cent des interactions.

Les personnes âgées ont fourni des profils d'interaction bien disparates. Chez deux d'entre elles, le taux d'interactions le plus élevé a été noté à la catégorie "Montre de la tension". Chez deux autres, la catégorie "Exprime son accord" a légèrement dominé celle "Montre de la tension". Le profil de la cinquième a démontré que la catégorie "Montre de la solidarité" dépassait de beaucoup les taux dans les autres catégories. Toutes les personnes âgées ont montré des taux de tension plus élevés que ceux de diminution de tension. Néanmoins, quatre d'entre elles ont plus souvent affiché leur solidarité que leur antagonisme à l'égard de l'intervenant. Ces constatations suggèrent que les personnes âgées avaient intérêt à maintenir une entente relativement amiable avec l'intervenant de qui elles dépendaient pour satisfaire leurs besoins fondamentaux. Contrairement aux intervenants, les personnes âgées ont été peu actives dans les catégories de la tâche mais, comme eux, elles préféraient donner de l'information plutôt que d'en solliciter.

Des indices du rôle fonctionnel pour chacun des membres de groupes ont été calculés à partir de l'analyse du processus d'interaction

de la toilette du matin. Ces indices tentaient de représenter:

1. l'accès direct aux ressources;
2. l'accès indirect aux ressources;
3. le degré de contrôle; et
4. le statut général, calculé à partir des trois indices précédents.

Les formules qui ont été utilisées sont celles proposées par Bales (1951, p. 165) et donnent un nombre entre 0 et 100. Les résultats du calcul de ces indices sont présentés au tableau 2.

L'indice d'accès direct aux ressources a excédé 70 chez toutes les personnes âgées et reflètent la propension qu'avaient les intervenants à donner de l'information, des opinions et des suggestions gratuitement. L'indice d'accès indirect aux ressources a aussi été plus élevé chez quatre des personnes âgées. En terme de leurs demandes d'information, de suggestions et d'opinions, ces personnes âgées ont effectivement reçu beaucoup plus d'information qu'elles n'en ont sollicité de l'intervenant. Pour sa part, la personne âgée du Groupe II a fourni deux fois plus de réponses que lui en demandait l'intervenant et chacun a obtenu un indice de 0,4 et 42 respectivement.

Les valeurs de l'indice du degré de contrôle permettent d'expliquer la contribution minimale des personnes âgées à la Section B des catégories d'observation. Les valeurs de l'indice du degré de contrôle chez toutes les personnes âgées ont été inférieures à celles des intervenants dans tous les groupes. Cette constatation indique que les réponses des personnes âgées, aussi peu nombreuses qu'elles eussent été, ont été accueillies négativement plutôt que positivement par les intervenants. Ce fait est particulièrement notable chez la personne âgée du Groupe II qui s'était distinguée en contribuant plus d'information au processus d'interaction que les autres personnes âgées. En effet, elle a obtenu l'indice le plus bas de tous, soit 0,003. En comparaison, l'intervenant du même groupe a recueilli une valeur d'indice de 32.

Les valeurs des deux indices précédents ont démontré que les membres du Groupe II se partageaient la distribution des ressources. Selon Bales (1951, p. 153), l'accès aux ressources tend à différencier le rôle fonctionnel d'un membre de groupe. À mesure que les rôles se différencient, des contraintes, particulièrement décelables dans le Groupe II, se créent vers l'exercice d'un contrôle plus centralisé. Ces contraintes ont été exercées par l'intervenant du Groupe II. En outre, il est inévitable que toutes les personnes âgées perçoivent le peu de contrôle situationnel qu'elles détiennent. Cette perception a pour effet d'inhiber la participation active de la personne âgée et de limiter l'exercice de son autonomie. (Chang, 1978; Langer & Robin, 1974).

TABLEAU 2

INDICES DE ROLE FONCTIONNEL DE LA PERSONNE AGEE ET
DE L'INTERVENANT PRIMAIRE PAR GROUPE, 5 GROUPES

| INDICES | Groupe I | | Groupe II | | Groupe III | | Groupe IV | | Groupe V | |
|-------------------------------|---------------|--------------|---------------|--------------|---------------|--------------|---------------|--------------|---------------|--------------|
| | Personne âgée | Inter-venant |
| Accès direct aux ressources | 75 | 25 | 78,7 | 14,9 | 70,8 | 16,6 | 100 | 0 | 83,3 | 16,6 |
| Accès indirect aux ressources | 53,6 | 18 | 0,4 | 42 | 60 | 10 | 70 | 0 | 40 | 14,3 |
| Degré de contrôle | 6,7 | 15,9 | 0,003 | 32 | 14 | 35 | 2 | 18 | 45 | 55,3 |
| Statut général | 45,1 | 19,6 | 26,4 | 29,7 | 48,3 | 20,5 | 57,3 | 6 | 56,1 | 28,7 |

À longue échéance, la répétition de ces réactions négatives tend à engager la soumission de la personne âgée à l'intervenant (Brim, 1976).

L'indice de statut général a été dérivé des trois indices précédents. Seule la personne âgée du Groupe II a obtenu un indice inférieur à celui de l'intervenant bien que l'écart ne soit que de 3,3 points. Par contre, cet écart varie sensiblement entre les membres des autres groupes, particulièrement dans le Groupe IV où il se chiffre à 51,3. À la lumière de l'analyse qui précède, on peut conclure que plus la personne âgée se soumet aux requêtes de l'intervenant plus son indice de statut général augmente.

Enfin, un indice de solidarité interindividuelle a été calculé. Cet indice tentait de mesurer l'aspect structural du rôle des membres. Les résultats sont présentés au tableau 3.

La valeur de l'indice s'est avérée plus élevée chez trois des personnes âgées, dont celle du Groupe II, et chez deux des intervenants. Bales remarque que plus la solidarité entre les membres d'un groupe est marquée, plus leur statut est atténué et plus la performance de leur rôle fonctionnel tend à être moins formelle et moins spécialisée (1951, p. 153). Cette affirmation tend à valider les valeurs de l'indice de statut général des membres du Groupe II.

L'analyse de contenu

L'analyse de contenu, pratiquée à partir du déjeuner et du dîner ou de l'installation de l'après-midi, a su mettre en évidence les différents comportements des membres d'un groupe l'un envers l'autre tel que le recommandait Conant (1964). Cette analyse a démontré que les intervenants se préoccupaient primordialement d'accomplir leur tâche, établissant la ligne de conduite à suivre, demandant parfois l'opinion de la personne âgée sans en tenir compte par la suite et, généralement, restant insensibles aux comportements de tension non-verbaux manifestés par cette dernière. La brusquerie, particulièrement celle de l'intervenant du Groupe IV, et les comportements de maternage, davantage notés chez l'intervenant des Groupes I et V, interdisaient les gestes autonomes et spontanés de la personne âgée. Ces comportements condescendants et souvent défensifs bloquaient aussi l'expression de ses sentiments. L'analyse démontre que certains comportements attendus de la part des intervenants, tels l'explication d'un retard ou l'exécution d'une activité de soin, ne se manifestaient pas. Par contre, un malaise face à ces comportements semblaient être évident dans le fait que tous les intervenants exigeaient une approbation verbale de la personne âgée avant de quitter ses côtés pour accomplir d'autres tâches.

TABEAU 3

INDICE DU RÔLE STRUCTURAL DE LA PERSONNE ÂGÉE ET
DE L'INTERVENANT PRIMAIRE PAR GROUPE, 5 GROUPES

| | Groupe I | | Groupe II | | Groupe III | | Groupe IV | | Groupe V | |
|--|------------------|-------------|------------------|-------------|------------------|-------------|------------------|-------------|------------------|-------------|
| | Personne âgée | Intervenant |
| Indice de solidarité interindividuelle | 39,5 | 28 | 78,3 | 60,9 | 54,4 | 64,8 | 20 | 52,9 | 76,9 | 32,6 |

À l'exception de celle du Groupe II, les personnes âgées n'avaient pas tendance à maintenir une opposition aux comportements de l'intervenant. Au contraire, chacune anticipait les gestes de ce dernier et, en général, subissait la confrontation et la condescendance en se prêtant de façon minimale à l'interaction verbale. Malgré la tension corporelle qu'elles manifestaient, elles accordaient habituellement les marques d'approbation sollicitées par l'intervenant. Seule la personne âgée du Groupe IV, était visiblement réticente à accorder cet appui. Pour sa part, la personne âgée du Groupe II affirmait son autonomie. Sa résistance aux contraintes imposées par l'intervenant résultait souvent en une lutte de pouvoir entre elle et ce dernier.

Le questionnaire-entrevue

Les données recueillies par rapport aux variables accès à l'information et perception de contrôle se sont avérées identiques chez les cinq personnes âgées. L'analyse a démontré qu'elles ne connaissaient pas ou peu les politiques de l'établissement et qu'elles n'étaient pas renseignées uniformément quant à ces dernières. Aucune d'entre elles ne percevait exercer un contrôle quelconque par rapport à la disponibilité du personnel et à l'emploi du temps relié aux activités de la vie quotidienne. Quant à réaliser un désir qui leur tenait à coeur, les personnes âgées de cette étude ne percevaient pas qu'elles pouvaient communiquer ce désir aux autorités compétentes et encore moins les influencer favorablement.

Exception faite des relations familiales, aucune des personnes âgées ne désirait entretenir des liens avec le milieu extérieur et seules celles des Groupe II et V participaient aux activités sociales de l'établissement. Le fait de posséder une orientation temporelle reliée au futur a semblé influencer, au moins en partie, les résultats de l'analyse du processus d'interaction chez la personne âgée du Groupe II. Une orientation temporelle vers le passé et l'absence complète d'un réseau familial a aussi semblé influencer la personne âgée du Groupe IV qui a obtenu un indice de solidarité interindividuelle de 20.

À la lumière de l'analyse qui précède, il est permis de conclure que le rôle joué par l'intervenant influence la prise de rôle chez la personne âgée. Cependant, il faut également reconnaître l'influence du milieu institutionnel sur cette prise de rôle de même que les prescriptions personnelles des personnes âgées par rapport à leur cheminement individuel (Brim, 1976).

Recommandations

Les résultats de cette étude permettent de faire des recommandations pour la recherche, l'éducation et la pratique infirmière.

Recommandations pour la recherche

Cette étude devrait être reprise sur une plus grande échelle. À ce titre, elle devrait inclure des établissements de soins prolongés de régions différentes. Compte tenu de la population des centres d'accueil qui comporte progressivement plus de personnes âgées des catégories A₃ et A₄, ces milieux pourraient être inclus dans une reprise de l'étude.

Une étude similaire pourrait être poursuivie à des intervalles réguliers après l'admission des personnes âgées en établissement. L'évolution d'un rôle particulier chez les personnes âgées en établissement. L'évolution d'un rôle particulier chez les personnes âgées pourrait être analysée en tenant compte de variables spécifiques, telles l'autonomie fonctionnelle et le maintien d'un réseau social.

L'entraînement des observateurs à l'Analyse du Processus d'Interaction devrait faire l'objet d'une démarche de groupe. Un budget adéquat et une période de temps suffisante doivent être prévus à cet effet.

Autant que possible, la présence de l'observateur indépendant devrait être privilégiée au cours des processus d'interaction entre la personne âgée et les intervenants. Il est également recommandé d'utiliser des cassettes vidéo lors de l'observation et de l'analyse du processus d'interaction. En plus de fournir le contexte global de l'échange, ces cassettes permettraient d'en arriver à une analyse plus détaillée des comportements non-verbaux. De même, certaines ambiguïtés relatives à la classification des interactions pourraient être plus facilement résolues.

Recommandations pour l'éducation

Il est recommandé que la mise sur pied de programmes de formation en cours d'emploi devienne prioritaire dans les milieux de soins prolongés. Formulés à l'intention du personnel infirmier, ces programmes devraient inclure les notions fondamentales des aspects bio-psycho-sociaux du vieillissement et faire ressortir l'importance des besoins psycho-sociaux des personnes âgées. Une révision des attitudes des intervenants et la communication interpersonnelle devraient faire partie de ces programmes.

Recommandations pour la pratique infirmière

Les recommandations pour la pratique infirmière découlent du paragraphe précédent. La chercheuse recommande que des structures organisationnelles plus flexibles soient mises en place par les établissements de soins prolongés. Ces structures permettraient au personnel infirmier de dispenser des soins individualisés aux personnes

âgées et favoriseraient la participation de ces dernières à leurs soins. De même, l'utilisation d'un modèle conceptuel de soins infirmiers et des instruments de pratique qui en découlent est recommandée. Cette démarche permettrait d'uniformiser l'approche aux bénéficiaires et assurerait la cohérence de la collecte des données, de la planification des soins, des modes d'interventions ainsi que de l'évaluation.

Conclusion

Cette étude se proposait d'explorer si le rôle de l'intervenant influençait la prise de rôle de la personne âgée résidant en établissement de soins prolongés. Cinq groupes, composés d'une personne âgée et d'un ou de deux intervenant(s), ont participé à cette étude.

L'analyse du processus d'interaction selon Bales, une analyse de contenu et un questionnaire-entrevue ont servi à recueillir les données.

Le chi-carré a été utilisé comme mesure d'efficacité de l'ajustement de la classification des interactions entre observatrices. Ce test n'a pas atteint le seuil de signification anticipé. Les résultats obtenus à partir de l'API ont quand même été rapportés parce qu'ils s'accordaient aux constatations de l'analyse de contenu.

Sous la réserve des limites identifiées, il est permis de conclure que le rôle joué par l'intervenant influence la prise de rôle de la personne âgée en établissement de soins prolongés. Cette prise de rôle est aussi influencée par le milieu institutionnel de même que par les prescriptions personnelles de la personne âgée face à son propre cheminement.

RÉFÉRENCES

- Bales, R.F. (1951). *Interaction process analysis*. Cambridge, Mass.: Addison-Wesley Press.
- Barney, J. (1974). Community presence as a key to quality of life in nursing homes. *American Journal of Public Health*, 64 (3), 265-268.
- Brim, O.G., Jr. (1976). Adult socialization. In R. Atchley & M. Seltzer (Eds.), *The sociology of aging: Selected readings*. Belmont, Calif.: Wadsworth Publishing Co. for the Scripps Foundation Gerontology Center, Miami University.
- Brody, E.M. (1973). A million procrustean beds. *Gerontologist*, 13 (Winter), 430-435.
- Chang, B.L. (1978). Perceived situational control of daily activities: A new tool. *Research in Nursing and Health*, 1 (4), 181-188.
- Clark, C. C. (1977). *Nursing concepts and processes*. Albany, N.Y.: Delmar.
- Conant, L.H. (1964). *Nurse — patient role relationships in home visits*. Unpublished doctoral dissertation, Yale University.
- Gordon, C. (1972). Role and value development across the life cycle. In J.A. Jackson (Ed.) *Role*. London: Cambridge University Press.
- Harrison, C. (1968). The institutionally deprived elderly: A challenge for nurses to change their role. *Nursing Clinics of North America*, 3 (4), 697-707.

- Jaeger, D. & S., L.W. (1970). *The aged ill: Coping with problems in geriatric care*. New York: Appleton-Century-Croft.
- Kart, C.S., Metress, E.S. & Metress, J.F. (1978). *Aging and health*. Toledo: Addison-Wesley.
- Langer, E.J. & Rodin, J. (1974). The effects of choice and enhanced personal responsibilities for the aged: A field experiment in an institutional setting. *Journal of Personality and Social Psychology*, 32 (2), 191-198.
- Moses, D.B. (1972). Assessing behavior of the elderly. *Nursing Clinics of North America*, 7 (2), 225-235.
- Pablo, R.Y. (1974). The chronically ill: The demographic and clinical correlates of their outcome of hospitalization. *Canadian Journal of Public Health*, 65 (6), 427-436.
- Schooler, K.A. (1969). The relationship between social interaction and morale of the elderly as a function of environmental characteristics. *Gerontologist*, 9 (Spring), 25-29.
- Séguin L., M. (1982). *Étude exploratoire de la relation qui existe entre le rôle que joue la personne âgée en établissement de soins prolongés et celui du personnel infirmier*. Mémoire de maîtrise non publié, Université de Montréal, pp. 142-173.
- Selltiz, C., Wrightsman, L.S. & Cook, Stuart W., (1977). *Les méthodes de recherche en sciences sociales*. Traduit par D. Bélanger. Anjou, Québec: HRW, pp. 261-262.
- Semradek, J. (1962). *Methods of analyzing interaction in public health nursing home visits*. Unpublished master's report, Yale University.
- Yarrow, M.R., Blank, P., Guinn, O.W., Youmas, E. G. & Stein, J. (1963). Social psychological characteristics of old age. In James E. Birren, et al. (Eds), *Human Aging: A Behavioral Study*. Washington, D.C.: U.S. Dept. Health, Education & Welfare, Public Health Service for the National Institute of Mental Health.

RÉSUMÉ

The relationship between the role played by nursing personnel and the role taken by elderly persons in long-term care institutions

This article is based on a study undertaken to explore whether the role played by nursing care personnel influenced the development of a particular role in institutionalized elderly persons. Five groups, each comprising an elderly person residing in a long-term care facility and one or two nursing staff members, participated in the study. Bales' Interaction Process Analysis and an interaction content analysis were used in specific nursing care situations to collect data on role relationships. An interview questionnaire directed at the elderly was developed to analyze ten variables conceived as having potential to influence role-taking. The elderly residents' medical records were also used to collect data. Chi-square was used as an index of goodness of fit of the interaction classification between observers. This test did not reach the anticipated probability level. However, analysis of the data collected was continued with the purpose of acquiring more knowledge about nurse-resident interaction in the geriatric setting. A descriptive analysis was made of the interview questionnaire and of the medical record. The interaction profiles of groups and individual group members were obtained from interaction process analysis. Functional and structural role indices were calculated for each subject. Results indicate that the Index of Degree of Control is higher for nursing care personnel than it is for elderly residents. With the exception of one, elderly residents obtain an Index of Generalized Status, as defined by Bales, that is higher than that for nursing care personnel. The elderly's generalized status, as defined above, is found to be inversely proportional to their degree of autonomy. Interaction content analysis supports these findings. Analysis of the interview questionnaire lends further support to the interpretation of the results.