

**Mémoire, y compris stage professionnalisant[BR]- Séminaires
méthodologiques intégratifs[BR]- Mémoire : "Impact des facteurs
psychosociaux sur les comportements infirmiers permettant de limiter le déclin
fonctionnel iatrogène chez le patient âgé hospitalisé"**

Auteur : Rader, Mélissa

Promoteur(s) : Dardenne, Benoit

Faculté : Faculté de Médecine

Diplôme : Master en sciences de la santé publique, à finalité spécialisée en gestion des institutions de soins

Année académique : 2019-2020

URI/URL : <http://hdl.handle.net/2268.2/9984>

Avertissement à l'attention des usagers :

Tous les documents placés en accès ouvert sur le site le site MatheO sont protégés par le droit d'auteur. Conformément aux principes énoncés par la "Budapest Open Access Initiative"(BOAI, 2002), l'utilisateur du site peut lire, télécharger, copier, transmettre, imprimer, chercher ou faire un lien vers le texte intégral de ces documents, les disséquer pour les indexer, s'en servir de données pour un logiciel, ou s'en servir à toute autre fin légale (ou prévue par la réglementation relative au droit d'auteur). Toute utilisation du document à des fins commerciales est strictement interdite.

Par ailleurs, l'utilisateur s'engage à respecter les droits moraux de l'auteur, principalement le droit à l'intégrité de l'oeuvre et le droit de paternité et ce dans toute utilisation que l'utilisateur entreprend. Ainsi, à titre d'exemple, lorsqu'il reproduira un document par extrait ou dans son intégralité, l'utilisateur citera de manière complète les sources telles que mentionnées ci-dessus. Toute utilisation non explicitement autorisée ci-avant (telle que par exemple, la modification du document ou son résumé) nécessite l'autorisation préalable et expresse des auteurs ou de leurs ayants droit.

**IMPACT DES FACTEURS PSYCHOSOCIAUX SUR LES
COMPORTEMENTS INFIRMIERS PERMETTANT DE
LIMITER LE DÉCLIN FONCTIONNEL IATROGÈNE CHEZ
LE PATIENT ÂGÉ HOSPITALISÉ**

Mémoire présenté par **Melissa RADER**
en vue de l'obtention du grade de
Master en Sciences de la Santé publique
Finalité spécialisée en gestion des institutions de soins
Année académique 2019 – 2020

**IMPACT DES FACTEURS PSYCHOSOCIAUX SUR LES
COMPORTEMENTS INFIRMIERS PERMETTANT DE
LIMITER LE DÉCLIN FONCTIONNEL IATROGÈNE CHEZ
LE PATIENT ÂGÉ HOSPITALISÉ**

Mémoire présenté par **Melissa RADER**
en vue de l'obtention du grade de
Master en Sciences de la Santé publique
Finalité spécialisée en gestion des institutions de soins
Année académique 2019 – 2020
Promoteur : Professeur **Benoit DARDENNE**

Remerciements

En préambule, je tenais à adresser mes plus sincères remerciements à toutes les personnes ayant contribué de près ou de loin à la réalisation de ce mémoire.

Je remercie chaleureusement mon promoteur, le professeur Benoit Dardenne de m'avoir accompagnée, guidée et motivée tout au long de cette difficile année. Ce travail n'aurait pas été possible sans ses conseils avisés et sa disponibilité.

Je remercie Alexandre Frégona, Tania Noël et Ninon Puttaert pour leurs aide et leurs précieux conseils.

Je remercie également l'ensemble du corps enseignant du Master en Sciences de la Santé Publique de l'université de Liège pour leurs enseignements et leurs disponibilités.

Je remercie tout particulièrement mes camarades d'étude, Nathalie et Lorie pour leur amitié et leur solidarité.

Je remercie de tout mon cœur mes amies, Mimi, Steph, Valou, Jo et Fanny pour leurs encouragements et leur soutien indéfectible tout au long de ces deux années d'études.

Je remercie mes parents qui m'ont donné le goût de l'effort ainsi que mon frère et ma sœur pour leur confiance lors des moments de doute.

Mes plus grands remerciements vont à Michaël, mon conjoint et à mes enfants, Mathys et Leela pour leur patience infinie, leurs encouragements quotidiens et leur amour réconfortant.

Résumé

Problématique : 42% du déclin fonctionnel global observé chez la personne âgée survient à la suite d'un séjour hospitalier. Les processus de soins hospitaliers restrictifs participent au développement du déclin fonctionnel chez le patient âgé hospitalisé. L'adoption de comportement de soins adaptés aux besoins spécifiques de la patientèle âgée permet de limiter le développement d'une dépendance acquise durant l'hospitalisation. L'objectif principal de l'étude était de tester un modèle incluant la théorie des comportements planifiés et le modèle des contenus des stéréotypes comme prédicteurs des comportements infirmiers contribuant au déclin fonctionnel iatrogène des patients âgés durant l'hospitalisation. L'identification des prédicteurs comportementaux est un préalable à la définition d'interventions susceptibles d'encourager les pratiques professionnelles recommandées.

Matériel et méthode : Les données ont été récoltées au moyen d'un questionnaire électronique auto-administré. Le recrutement se fait sur une base volontaire via diffusion sur les réseaux sociaux. 171 questionnaires ont été récoltés et 164 ont été inclus dans l'étude. Une analyse de médiation a été réalisée sur base du modèle des comportements planifiés d'Ajzen complété d'autres variables prédictives. La recherche d'effet médiateur via l'intention a été calculé via la logique des produits des coefficients au moyen d'une procédure de « *percentil bootstrap* ». La comparaison des modèles de prédiction a été réalisée au moyen d'un test F.

Résultats Les résultats montrent que l'ajout de prédicteurs relatifs à l'âgisme bienveillant et à la chaleur perçue améliore de 6% la prédiction de l'intention comportementale par rapport au modèle de base proposé par Ajzen. L'ajout de prédicteurs relatifs à l'âgisme hostile et à la perception des compétences double la prédiction du comportement par rapport au modèle de base.

Conclusion : La lutte contre l'âgisme hostile et bienveillant est un prérequis à l'amélioration des pratiques de soins envers les personnes âgées hospitalisées. Il est nécessaire d'encourager des interventions en vue d'améliorer la perception des compétences du sujet âgé. Les actions ayant pour seul objectif d'augmenter le niveau de connaissance sur la prise en charge du sujet âgé semble non pertinentes pour encourager les comportements de soins favorables au maintien de l'autonomie fonctionnelle des patients durant une hospitalisation.

Mots clés : Déclin fonctionnel, personnes âgées, théorie des comportements planifiés, âgisme

Summary

Issue: 42% of the overall functional decline observed on the elderly occurs following a hospitalization stay. Restrictive hospital's care processes participate in the development of functional decline in the hospitalized older patient. Adopting a care behavior adapted to the specific needs of elderly patients makes it possible to limit the development of dependence during hospitalization. The main objective of the study was to test a model including the theory of planned behaviors and the stereotypes contents model as predictors of nursing behaviors contributing to the iatrogenic functional decline of elderly patients during hospitalization. Identifying behavioral predictors is a prerequisite for defining interventions that can encourage the use of recommended professional practices.

Material and methods: Data were collected using a self-administered electronic survey. Recruitment was done on a voluntary basis by posting on social networks. 171 surveys were collected and 164 were included in the study. A mediation analysis was performed on the Ajzen's baseline model supplemented by several predictors' variables. The search for mediator effect by the intention was calculated by means of the logic of the products of the coefficients using a "percentile bootstrap" procedure. The comparison of the prediction models was performed using an F test.

Results : The results show that adding predictors 'benevolent ageism' and 'perceived warmth' improves the prediction of behavioral intention by 6% compared to Ajzen's baseline model. Adding predictors "hostile ageism" and "perceptions of skills" doubles the behavior prediction compared to the baseline model.

Conclusion : The fight against hostile and benevolent ageism is a prerequisite for improving care practices for hospitalized elderly people. It is necessary to encourage interventions improve the perception of the skills of the elderly. Actions with the only objective of increasing the level of knowledge about the care of the elderly seems irrelevant to encourage care behaviors favorable to maintaining patients' functional autonomy during hospitalization.

Keywords : Functional decline, elderly, theory of planned behaviors, ageism

Lexique et liste des abréviations

TCP : Théorie des comportements planifiés

(VI) : variable indépendante (VI)

(VD) : variable dépendante (VD)

(M) : facteur médiateur ou variable médiatrice

TABLE DES MATIÈRES

1.	Préambule	1
1.1.	Objectifs de la recherche	1
2.	Introduction.....	2
2.1.	Dépendance versus autonomie	2
2.2.	Hospitalisation et déclin fonctionnel	2
2.3.	Le déclin fonctionnel iatrogène	3
2.4.	Les soins infirmiers aux personnes âgées.....	3
2.5.	La théorie des comportements planifiés	4
2.6.	Influence des stéréotypes sur le comportement	5
3.	Matériel et méthode	7
3.1.	Design de l'étude	7
3.2.	Population étudiée	7
3.3.	Paramètres étudiés et outils de mesure	7
3.4.	Analyse.....	10
4.3.1	Calcul des indices moyens.....	11
4.3.2	Méthode d'analyse.....	11
4.	Résultats.....	12
4.1.	Analyse descriptive.....	12
4.2.	Analyse univariées.....	12
4.3.	Analyse multivariée	14
4.3.1	Test du modèle de base	15
4.3.2	Impact de la situation sanitaire lié au COVID-19 sur le modèle de base	16
4.3.1	Test du modèle avec ajout des cinq variables sélectionnées	16
4.3.1	Comparaison des modèles	19
4.3.1	Identification des composants d'influence sur l'attitude et la norme sociale	20
5.	Discussion.....	22
5.1.	Taux de participation.....	22

5.2.	Exclusion des facteurs organisationnels et socio-démographiques	22
5.3.	Validité du modèle de base d'Ajzen	22
5.4.	Impact du niveau de connaissance	23
5.5.	Impact de l'intention sur le comportement.....	24
5.6.	Variables influençant l'intention	24
5.7.	Les déterminants de la norme sociale	25
5.8.	Les déterminants de l'attitude	25
5.9.	Impact de l'âgisme bienveillant et de l'âgisme hostile sur le comportement	26
5.10.	Impact des variables « chaleur » et « compétence » sur le comportement	26
5.11.	Validité du modèle proposé	27
5.12.	Limite et biais	28
6.	Conclusion	30
7.	Références bibliographiques.....	32
8.	Annexes	40

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1: Caractéristique sociodémographique de la population	12
Tableau 2: Alpha de Cronbach des échelles de mesure	13
Tableau 3: Matrice de corrélation entre les variables introduites dans le modèle	13
Tableau 4: Résumé des variables introduites dans le modèle d'analyse	14
Tableau 5: Test du modèle de base par analyse de médiation	15
Tableau 6: Régression de la variable dépendante sur le médiateur (b) et du médiateur sur la variable indépendante (a)	17
Tableau 7: Estimation de l'effet indirect.....	18
Tableau 8: Effet direct de VI sur DV en présence de M (c')	18
Tableau 9: Estimation de l'effet total	19
Tableau 10 : Modélisation des relations du modèle issu de la TCP (modèle 1) par rapport au modèle proposé (modèle 2)	19
Tableau 11: Comparaison des modèles de prédiction de l'intention.....	20
Tableau 12: Comparaison des modèles de prédiction du comportement.....	20
Tableau 13: Régression des items constitutifs de l'échelle mesurant la norme sociale sur l'intention	21
Tableau 14: Régression des items constitutifs mesurant l'attitude	21

LISTE DES FIGURES

Figure 1: Modèle de la théorie des comportement planifiés selon Ajzen.....	4
Figure 2: Modèle de contenu stéréotypé, adapté de Fiske et al : Quatre types de stéréotypes résultant de combinaisons de chaleur et de compétence perçues.....	5
Figure 3: Modèle du contenu du stéréotype - Emotions et comportements	6
Figure 4: Relation de médiation.....	15
Figure 5: Relation entre les construits psychosociaux issu du modèle de base de la théorie des comportements planifiés	16
Figure 6: Modélisation des relations envisagées dans le modèle mixte	17

1. PRÉAMBULE

Selon l'organisation mondiale de la santé, « entre 2015 et 2050, la proportion des personnes âgées de 60 ans et plus va doubler, passant de 12% à 22% » (1). Dans les pays industrialisés on constate une baisse de la fécondité et un allongement de l'espérance de vie conduisant à un accroissement progressif des effectifs les plus âgés. Parallèlement à cette évolution démographique, on constate l'augmentation de la prévalence des pathologies chroniques. Dans la population la plus âgée, la présence simultanée de plusieurs pathologies est fréquente(2).

Ces facteurs engendrent d'ores et déjà des conséquences économiques lourdes liées aux coûts de la dépendance. En Belgique, le rapport du Comité d'étude sur le vieillissement (CEV) daté de juillet 2018 (3) projette que les dépenses sociales passeront de 25,1% du PIB en 2017 à 27% en 2070 (correspondant à une hausse de 1,9 point de pourcentage du PIB). L'impact économique et social dépendra en partie de l'évolution de la santé de nos aînés (4).

La polypathologie expose les personnes âgées à une déficience fonctionnelle, à une mortalité accrue et à des hospitalisations multiples (5). Par ailleurs, chez la personne âgée, l'hospitalisation elle-même constitue une situation à risque de développement de nouvelles dépendances. En effet, plusieurs études ont mis en évidence l'association entre détérioration du score d'indépendance et hospitalisation chez le sujet âgé (6).

1.1. Objectifs de la recherche

L'objectif principal de la recherche est de tester un modèle incluant la théorie des comportements planifié et le modèle des contenus des stéréotypes comme prédicteurs des comportements infirmiers en faveur ou en défaveur du maintien de l'indépendance fonctionnelle des patients âgés durant une hospitalisation. La mesure de l'impact de ces variables psychosociales sur l'adoption de comportements de soins limitant l'autonomie fonctionnelles doit permettre de définir les interventions les plus susceptibles d'encourager les pratiques professionnelles susceptible de limiter le développement du déclin fonctionnel iatrogène.

2. INTRODUCTION

2.1. Dépendance versus autonomie

Les concepts de « dépendance » et « d'autonomie » sont souvent associés et entraînent une certaine confusion (7). L'autonomie renvoie à la capacité d'un individu à prendre des décisions et à exercer son libre arbitre (dimension cognitive). La dépendance quant à elle se définit comme une « *incapacité à réaliser des activités de la vie quotidienne sans recourir à une aide* » (dimension physique ou fonctionnelle) (8). La mesure de l'indépendance fonctionnelle est généralement réalisée au moyen de la « *Katz index of Independance in Activities of daily living* » ou ADL (9). Cette échelle mesure le score fonctionnel dans les six activités de la vie quotidienne : la capacité à se mobiliser, à effectuer ses transferts, à maintenir sa continence, à s'alimenter, à s'habiller et à réaliser ses soins d'hygiène corporelle. En Belgique, cette échelle sert d'ailleurs de base pour le calcul du financement des établissements d'accueil et d'hébergement pour personnes âgées.

Des études semblent indiquer que la perte d'indépendance acquise après l'admission est un déterminant important des résultats fonctionnels à la sortie (10). Ce constat est inquiétant lorsqu'on sait qu'une perte d'indépendance dans les activités de la vie quotidienne (ADL) est généralement associée à un risque d'institutionnalisation et d'augmentation du fardeau pour les aidants proches (11).

2.2. Hospitalisation et déclin fonctionnel

Certains auteurs estiment qu'environ 42% du déclin fonctionnel global observé chez la personne âgée survient à la suite d'un séjour hospitalier (12)(13).

La Haute autorité de santé définit la perte fonctionnelle aux activités de base de la vie quotidienne entre l'entrée et la sortie d'hospitalisation comme une « *dépendance liée à l'hospitalisation* » (14). Par ailleurs, une partie du déclin fonctionnel subi par un patient âgé hospitalisé pourrait être évité (12)(13).

L'étiologie du déclin fonctionnel est liée à une combinaison de facteurs intrinsèques et extrinsèques (15). Trois facteurs sont impliqués dans le processus de dépendance lié à l'hospitalisation : 1) la pathologie ayant justifié l'hospitalisation (type, sévérité, ...), 2) l'état de base du patient à l'entrée (statut fonctionnel, cognitif, thymique, nutritionnel, fragilité, sédentarité, comorbidités et traitements), 3) les processus de soins et l'environnement hospitalier inadaptés aux besoins spécifiques du sujet âgé (16).

2.3. Le déclin fonctionnel iatrogène

La notion d'iatrogénie est communément liée aux effets indésirables de substances médicamenteuses. Pourtant, le Haut comité de Santé Publique élargi cette définition en précisant qu'un effet iatrogène représentant toutes « *conséquences indésirables ou négatives sur l'état de santé individuel ou collectif de tout acte ou mesure pratiqués ou prescrits par un professionnel habilité et qui vise à préserver, améliorer ou rétablir la santé* » (17). Par conséquent, tout acte ou tout comportement de soins peut être à l'origine d'un effet iatrogène.

Plusieurs études ont démontré l'influence de l'environnement et des processus de soins hospitaliers restrictifs sur l'apparition du déclin fonctionnel (18)(19). Une partie du déclin fonctionnel observé chez les patients âgés hospitalisés pourrait donc être évité par l'adoption de processus de soins adaptés aux besoins spécifique de cette patientèle (18)(20).

En 2017, la Haute autorité de Santé défini d'ailleurs la dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation comme étant « *évitable lorsqu'elle est la conséquence d'une mesure de soins inappropriée ou omise, ou d'un environnement inadapté* » (18).

2.4. Les soins infirmiers aux personnes âgées

Plusieurs études semblent indiquer que le personnel infirmier a tendance à privilégier les activités de suppléances, (17). Le soignant « fait à la place du patient » plutôt que de « faire avec le patient » or, ce type de pratique de soins peut favoriser l'incapacité (18).

Certaines approches telle que « les soins axés sur la fonction » (*Function-focused care* ou FFC) favorisent une approche de soins dans laquelle les infirmier(e)s encouragent l'activité

physique et la réalisation des activités de la vie quotidienne (ADL) par le patient plutôt que d'accomplir les tâches à sa place(13). Dans ce type de prise en charge, le soignant incite par exemple le patient à se lever et à marcher jusqu'à la salle de bain plutôt que de réaliser les soins d'hygiène au lit. Les soins axés sur la fonction permettraient de limiter le déclin fonctionnel iatrogène(13).

Ces différents constats mènent à se poser des questions sur la qualité des soins dispensés aux aînés. Il paraît tout à fait nécessaire de s'intéresser aux mécanismes comportementaux conduisant le personnel infirmier à favoriser ou à limiter l'indépendance des patients âgés lors d'une hospitalisation.

L'influence des facteurs psychosociaux offre une perspective d'analyse intéressante pour appréhender les mécanismes menant à des comportements de soins favorisant le maintien de l'indépendance des patients âgés durant une hospitalisation.

2.5. La théorie des comportements planifiés

Plusieurs études ont déjà cherché à appréhender les mécanismes comportementaux en jeu dans d'autres domaines de la santé : la prévention des plaies de décubitus(19), l'hygiène des mains(20), ou la gestion de la douleur(21). Ces études ont en commun d'avoir utilisé une approche psychosociale basée sur la théorie des comportements planifiés d'Ajzen (22).

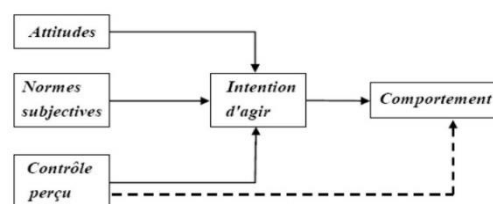


Figure 1: Modèle de la théorie des comportements planifiés selon Ajzen

La théorie des comportements planifiés postule que l'intention est la prémisse de l'adoption d'un comportement : ce qui signifie que plus l'intention est forte, plus la probabilité d'induire un comportement effectif est grande. L'intention représente donc la probabilité à s'engager dans la réalisation d'un comportement. Les variables psychosociales issues de la théorie des comportements planifiés d'Ajzen permettent de prédire l'intention comportementale via trois

déterminants principaux : L'attitude, la perception de la norme sociale et la perception de contrôle vis-à-vis de ce comportement.

Bien que le modèle proposé par Ajzen offre en l'état une assise conceptuelle solide permettant de comprendre l'adoption de comportements de soins en faveur ou en défaveur du maintien de l'indépendance des patients âgés par le personnel infirmier ; les recherches en psychologie sociale relatives à l'influence des stéréotypes sur le comportement apportent d'autres éléments utiles à la compréhension du phénomène.

2.6. Influence des stéréotypes sur le comportement

Les stéréotypes sont définis comme des « *croyances ou des généralisations partagées par l'ensemble d'un groupe à propos de la personnalité et des comportements de l'ensemble des individus d'un autre groupe* » (23).

Les stéréotypes peuvent être à l'origine de préjugés menant à des attitudes discriminatoires généralement défavorables. À ce titre, le modèle du contenu des stéréotypes (24) postule que la perception et l'évaluation d'une personne se fait au travers de deux dimensions : la chaleur et la compétence.

		Compétence	
		Faible	Elevée
Chaleur	Elevée	Paternalisme (pitié) <i>Incompétent – chaleureux</i> Ex : Personnes âgées, femmes aux foyer	Admiration <i>Compétent - chaleureux</i> Ex : classe moyenne, étudiants, blancs
	Faible	Dégout – rejet <i>Incompétent – froid</i> Ex : toxicomane, SDF, musulmans	Envie <i>Compétent - froid</i> Ex : Riches, banquiers, ...

Figure 2: Modèle de contenu stéréotypé, adapté de Fiske et al : Quatre types de stéréotypes résultant de combinaisons de chaleur et de compétence perçues

La dimension « chaleur » renvoie aux qualités morales et sociales attribuées à un individu, elle détermine la tendance à aider un individu (chaleur élevée) ou à lui nuire (chaleur faible). La dimension « compétence » renvoie aux qualités intellectuelles et fonctionnelle, elle détermine la perception que nous avons d'une personne : fort compétente (compétence élevée), ou peu compétente (compétence faible).

Selon Cuddy et Fiske (24), le comportement d'un individu résulte des stéréotypes associés au membre du groupe. Les personnes classées dans le groupe « chaleur élevée – compétence faible » provoquent pitié, compassion ce qui entraîne des comportements paternalistes de type « facilitation active » (ex : tendance à fournir de l'aide) et « nuisance passive » (ex : le maintenir isolé dans sa chambre). Les personnes classées dans le groupe « chaleur faible - compétence faible » provoquent mépris et rejet ce qui entraîne des comportements hostiles de types « nuisances passives » (ex : négliger ses soins) et « actives » (ex : violence physique ou verbale).

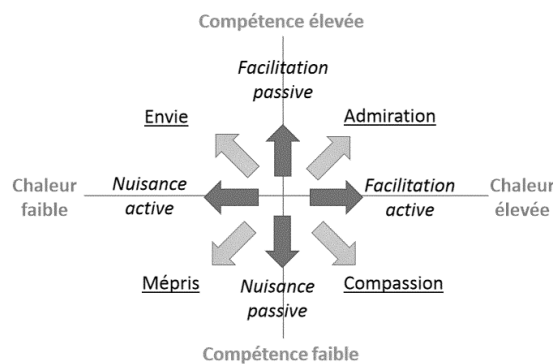


Figure 3:Modèle du contenu du stéréotype - Emotions et comportements

Le processus de catégorisation à l'égard des patients âgés dans la population infirmière, pourrait donc être à l'origine d'une forme « d'âgisme bienveillant », expliquant les tendances manifestées par les soignants à « faire à la place » et, par conséquent, limiter l'exercice du potentiel fonctionnel des patients.

Les représentations négatives liées à l'âge semblent effectivement avoir des conséquences sur l'attitude des soignants ainsi que sur les performances du patient lui-même (25)(26).

Ainsi, un soignant ayant tendance à catégoriser un patient âgé comme « chaleureux et incompetent » pourrait avoir un comportement manifestement plus positif mais teinté de paternalisme : traduisant une forme d'âgisme bienveillant. A contrario, un soignant ayant tendance à catégoriser un patient âgé comme « froid et incompetent » aurait tendance à le traiter de manière manifestement négative : traduisant une forme d'âgisme hostile (27). Si les effets de l'âgisme hostile semblent évidents, l'âgisme bienveillant peut avoir des répercussions d'autant plus délétères pour le patient qu'il est socialement acceptable.

3. MATÉRIEL ET MÉTHODE

3.1. Design de l'étude

Il s'agit d'une étude observationnelle analytique transversale multicentrique. L'approche est de type quantitatif. Les données ont été récoltées du 30/03/2020 au 10/04/2020 à l'aide d'un questionnaire auto-administré disponible « online », réalisé via le système d'enquête en ligne de l'UDI-Fplse (faculté de Psychologie, Logopédie et Sciences de l'éducation de l'Université de Liège).

3.2. Population étudiée

La population étudiée est composée d'infirmier(ère)s, exerçant au sein d'unités d'hospitalisation belge, susceptibles de dispenser des soins à des patients âgés d'au moins 75 ans. Par « patients âgés », il faut entendre tout patient âgé de 75 ans et plus. Ce seuil a été fixé arbitrairement sur base de deux éléments :

- L'arrêté Royal du 29 janvier 2007 (M.B. 07/03/2007) relatif au programme de soins pour le patient gériatrique (28) précisant que tout patient âgé de plus de 75 ans dépisté présentant un profil « fragile » doit être inclus dans ce programme.
- La littérature scientifique attestant que le risque de déclin fonctionnel iatrogène augmente avec l'âge (29).

Les infirmier(ère)s travaillant dans des unités d'hospitalisation de jour, de soins intensifs ou d'hospitalisation provisoire d'urgence ont été exclus. Le recrutement s'est fait sur base volontaire, au moyen d'un questionnaire diffusé sur les réseaux sociaux. La méthode d'échantillonnage s'appuie sur une méthode non-probabiliste de convenance. Tous les participants répondant aux critères d'admissibilité ont été inclus dans la base de données.

3.3. Paramètres étudiés et outils de mesure

Un questionnaire d'enquête a été spécifiquement conçu pour les besoins de l'étude. Il comprenait 90 questions permettant la mesure de 29 variables. Celui-ci a été divisé en 5 sections (annexe 1). La section « A » recueillait des **données socio-démographiques** (le lieu de

travail, le sexe, l'âge, l'unité de travail, l'ancienneté dans la profession, le niveau d'étude en soins infirmier).

La partie « B » reprenait les données relatives aux construits de la théorie des comportements planifié d'Ajzen (22) :

L'intention, représente la volonté d'effectuer un comportement. Le sujet était amené à répondre à la question suivante : « *J'ai l'intention de réaliser des interventions favorisant le maintien de l'indépendance fonctionnelle la prochaine fois que je prendrai soin d'une personne âgée hospitalisée dans mon unité* ».

Le comportement favorable à l'autonomie fonctionnelle (positif) a été mesuré au travers de 3 questions qui prenaient la forme : « *En général, lorsque je prends en charge une personne âgée hospitalisée dans mon unité...Je place une chaise percée à proximité du patient s'il présente des difficultés pour se déplacer* ».

Le comportement défavorable à l'autonomie fonctionnelle (négatif) a été mesuré au travers 5 questions qui prenaient la forme : « *En général, lorsque je prends en charge une personne âgée hospitalisée dans mon unité... Je réalise les soins d'hygiène au lit.* » ou « *Je mets en place une protection urinaire (lange complet ou lange culotte)* ».

L'attitude a été mesurée au travers 4 questions qui prenaient la forme : « *Je qualifierais les pratiques visant à maintenir l'indépendance fonctionnelle des patients âgés dans mon unité comme étant... valorisantes* » ou « *Pertinentes* ».

La norme sociale, qui représente les croyances sur les attentes des autres et la motivation à se conformer à ces attentes, a été mesurée au travers 4 questions qui prenaient la forme : « *Mes collègues de travail pensent que je devrais réaliser, dès que possible, des interventions visant à maintenir les capacités fonctionnelles des patients âgés hospitalisés dans mon unité* » ou « *Mon/ma chef d'unité pense que je devrais réaliser des interventions visant à maintenir les capacités fonctionnelles des patients âgés hospitalisés* ».

Enfin, **la perception de contrôle**, qui représente les croyances quant à la présence de facteurs qui peuvent faciliter ou entraver l'exécution du comportement a été mesurée au travers 3 questions qui prenaient la forme : « *J'ai confiance en mes capacités à réaliser quotidiennement des interventions visant à maintenir les capacités fonctionnelles des patients âgés hospitalisés dans mon unité* ».

La formulation des questions relatives à la TCP respectait les règles proposées par Ajzen (30).

Pour ces 6 construits, le participant était amené à préciser son degré d'accord ou de désaccord sur une échelle de Likert à 5 modalités allant de « *pas du tout d'accord* » à « *tout à fait d'accord* ».

La partie « C » évaluait **les obstacles externes** pouvant entraver la volonté du participant de mener des interventions infirmières favorisant l'indépendance fonctionnelle des patients âgés. Il s'agissait d'affirmations concernant des items tels que : « *une charge de travail élevée, la présence d'un délirium ou de troubles cognitif chez le patient, la crainte du risque de chute, une architecture inadaptée...* ». Une fois de plus, le participant estimait son degré d'accord ou de désaccord sur une échelle de Likert à 5 modalités allant de « *pas du tout d'accord* » à « *tout à fait d'accord* ».

La partie « D » évaluait **les connaissances** du participant relatives à la prise en charge des personnes âgées au moyen de l'échelle « *Knowledge about Older Patients Quiz (KOP-Q) for Nurses* » (31). Cette échelle a été traduite pour l'occasion mais n'a pas fait l'objet d'une validation en langue française. La version initiale de cette échelle comprend deux modalités de réponses (« *oui* », « *non* »). Une modalité de réponse supplémentaire a été ajoutée (« *je ne sais pas* »). Une question a également été retirée faute de pertinence. Le résultat a donc été calculé sur base d'une moyenne sur 29 et non sur 30.

La partie « E » mesurait **la perception de chaleur et de compétence présenté par le répondant** envers les personnes âgées ainsi que **la perception de chaleur et de compétence que le répondant pensait que la société perçoit** des personnes âgées. Pour mesurer la chaleur perçue personnellement par le répondant, il devait répondre à la question « *Selon vous, de manière générale, les personnes âgées sont : amicale* » ou « *sociable* ». Pour mesurer la compétence, la question était formulée de la même façon mais comprenait des items de type « *efficace* » ou « *capable* ». Les réponses étaient recueillies sur une échelle de de Likert à 5 modalités allant de « *pas du tout d'accord* » à « *tout à fait d'accord* ». Ces variables correspondent au « *modèle du contenu des stéréotypes* » (24). La mesure de la perception de chaleur et compétence du sujet âgé par la société étaient construite sur le même modèle mais était formulée comme suit : « *D'une manière générale, la société estime que les personnes âgées sont...* ».

La partie « F » reprenait les éléments de mesure de *l'âgisme hostile* et *l'âgisme bienveillant* au moyen de « *l'ambivalent ageism scale* » (27). Cette échelle a été traduite pour l'occasion mais n'a pas fait l'objet d'une validation en langue française.

Le questionnaire initial a fait l'objet d'une évaluation par trois infirmiers « experts » dans la prise en charge du sujet âgé. Ils ont été invités à : évaluer la clarté de chaque items (clair – ambigu – incompréhensible) et proposer une autre formulation le cas échéant ; à formuler cinq interventions infirmières favorisant et cinq limitants l'indépendance fonctionnelle des patients âgés durant l'hospitalisation. Les deux dernières étapes étaient nécessaires pour permettre d'élaborer une mesure objective du comportement.

A l'issue de ce processus, plusieurs modifications ont été apportée au questionnaire. Par ailleurs, compte tenu de la situation sanitaire lié au coronavirus au moment de l'étude, 3 variables non-présentes dans la version initiale du questionnaire ont été ajoutée à la section « A » avant sa diffusion. Il s'agit de données relatives à *l'impact du COVID-19* sur l'activité professionnelles du participant : *présence d'un contact direct avec un patient atteint du covid-19, niveau d'impact du covid-19 sur l'activité professionnelle habituelle, niveau de stress*. Le questionnaire final comprenait 90 questions. La durée approximative d'administration était de 25 minutes.

Le questionnaire final est disponible en annexe n°8.

3.4. Analyse

Le système d'enquête en ligne de l'UDI-Fplse a permis la récolte automatique des réponses et a généré une base de données sous forme d'un fichier Excel. Les données ont été directement anonymisées de telle sorte qu'un numéro unique a été attribué à chaque participant. Un contrôle des données a été réalisé de manière à éliminer les données aberrantes et vérifier les conditions d'inclusion dans l'étude (unité de travail). Une procédure d'imputation des valeurs manquantes a été effectuée de telle sorte que la valeur « NA » a été attribuées aux données indisponibles. Les analyses ont été effectuées à l'aide du logiciel « *jamovi* » dans sa version 1.1.9.0.

4.3.1 *Calcul des indices moyens*

Certaines variables telles que le comportement, l'attitude, la norme sociale, la perception de contrôle, l'intention, la connaissance, la chaleur, la compétence, le degré d'âgisme hostile et bienveillant ont nécessité d'être mesurée plusieurs fois à l'aide d'une échelle de Likert à 5 modalités. Seuls les items présentant une validité interne suffisante ont été pris en considération pour le calcul. Cette validité a été explorée par l'équipe de recherche au calcul des alpha de Cronbach.

4.3.2 *Méthode d'analyse*

Les résultats ont été considérés significatifs au taux d'incertitude fixé à 5 % ($p < 0.05$). La normalité de la distribution des variables a été préalablement explorée au travers de l'écart moyenne-médiane, la réalisation de graphique (histogramme, boxplot et QQplot) ainsi que du test de Shapiro-Wilk. Les variables quantitatives ont été résumées par leurs moyennes et leurs écarts-type. Des analyses de corrélation ont été réalisées à la recherche de lien entre les différentes variables d'intérêts. Une analyse de médiation a été réalisée afin de mettre en évidence la présence d'effet indirect sur les différents construits psychosociaux introduits dans le modèle. Des analyses de régression multiples ont été réalisées afin de déterminer la qualité du modèle de base d'Ajzen et de notre modèle. Les deux modèles ont ensuite été comparés au moyen d'un test F de Fisher et Snedecor. Les méthodes d'analyse correspondent aux stratégies habituelles dans ce type de littérature (32).

4. RÉSULTATS

4.1. Analyse descriptive

Un total de 171 questionnaires a été récoltés, 164 ont été pris en considération pour l'étude. Le tableau 1 présente les données socio-démographiques des participants à l'étude.

Tableau 1: Caractéristique sociodémographique de la population

Caractéristiques socio-démographique	N	%	Description
Genre	164	100	
Homme	14	9	
Femme	149	90	
Autre	1	1	
Age (années)	162	-	33,50 (28,00 ; 42,00)
Niveau d'étude	162	100	
A1	116	71	
A2	48	29	
Unité	164	100	
Médecine	49	30	
Chirurgie	40	24	
Gériatrie	55	34	
EMRI	12	7	
Autre	8	5	
Expérience (années)	164	100	9,00 (3,88 ; 17,00)

Selon les statistiques de répartition des professions en fonction du genre en 2019, diffusée par Statbel (33), le pourcentage total d'infirmière en Belgique est de 91,8% pour 8,2% d'infirmier. La répartition du pourcentage total d'infirmier(ère)s détenteurs d'un diplôme de niveau supérieur (A1) est de 63,19% contre 36,81% pour les détenteurs d'un diplôme de niveau secondaire supérieur (A2) (34). Comparé aux données publiées par les organismes institutionnels belge, l'échantillon est assez représentatif concernant la répartition des genres et le niveau de formation.

4.2. Analyse univariées

Les construits psychosociaux ont été mesurés au travers de différentes questions portant sur le même construit. Il s'est avéré nécessaire de vérifier que ces items mesuraient effectivement la même dimension. La cohérence interne générale de chaque échelle de mesure a été déterminée au moyen du calcul des Alpha de Cronbach.

Tableau 2: Alpha de Cronbach des échelles de mesure

Echelle	Nbr d'items initial	σ de Cronbach	Nbr d'items conservé	σ de Cronbach	Statut
Echelle Comportement favorable	5	0.46	5	-	Omise
Echelle Comportement défavorable	3	0.82**	0	-	Conservée
Echelle Attitude	4	0.82**	4	-	Conservé
Echelle Perception de contrôle	3	0.55	2	0.69*	Conservée
Echelle Norme sociale	4	0.82**	4	-	Conservée
Echelle Chaleur – perception propre	3	0.72**	3	-	Conservée
Echelle Compétence – perception propre	3	0.71**	3	-	Conservée
Echelle Chaleur – perception société	3	0.58	0	-	Omise
Echelle Compétence – perception société	3	0.43	0	-	Omise
Echelle Agisme bienveillant	9	0.84**	9	-	Conservée
Echelle Agisme hostile	4	0.84**	4	-	Conservée

** Valeur se situant dans l'intervalle recherché, entre 0,70 et 0,90 * Valeur satisfaisante située dans l'intervalle 0.5 et 0.7

Plus la valeur de l'alpha de Cronbach est élevée, plus la cohérence interne est forte. Selon Nunnally, Le seuil minimum est généralement fixé à 0,70 (35). Les résultats suggèrent une validité interne élevée pour 8 des 11 échelles utilisées dans l'étude. A l'issue de ce processus, l'échelle « comportement favorable », « Chaleur – perception société », « Compétence – perception société » ont été exclues du modèle d'analyse. A noter que l'item 3 de l'échelle de perception a également été exclu afin d'améliorer la cohérence interne de cette mesure.

Des analyses de corrélation de Pearson ont ensuite été réalisées entre les différents construits psychosociaux retenus.

Tableau 3: Matrice de corrélation entre les variables introduites dans le modèle

		Comportement négatif	Attitude	Perception de contrôle	Norme sociale	Intention	Savoir	Chaleur perçue	Compétence perçue	Agisme hostile	Agisme bienveillant
Comportement négatif	r	-									
	P-valeur	-									
Attitude	r	-0.19	-								
	P-valeur	0.02	-								
Perception de contrôle	r	-0.07	0.44	-							
	P-valeur	0.36	< 0.001	-							
Norme sociale	r	-0.18	0.52	0.50	-						
	P-valeur	0.02	< 0.001	< 0.001	-						
Intention	r	-0.26	0.41	0.34	0.42	-					
	P-valeur	< 0.001	< 0.001	< 0.001	< 0.001	-					
Savoir	r	-0.15	0.14	0.11	0.12	0.09	-				
	P-valeur	0.06	0.06	0.16	0.12	0.22	-				
Chaleur perçue	r	-0.16	0.06	-0.16	0.02	0.18	0.01	-			
	P-valeur	0.04	0.44	0.04	0.74	0.02	0.86	-			
Compétence perçue	r	-0.24	0.12	-0.05	0.16	0.15	0.06	0.74	-		
	P-valeur	0.002	0.12	0.51	0.04	0.05	0.40	< 0.001	-		
Agisme hostile	r	0.26	-0.23	0.04	-0.16	-0.17	-0.23	-0.31	-0.27	-	
	P-valeur	< 0.001	0.003	0.64	0.04	0.03	0.003	< 0.001	< 0.001	-	
Agisme bienveillant	r	0.17	-0.12	-0.06	-0.11	-0.22	-0.39	-0.13	-0.20	0.31	-
	P-valeur	0.02	0.14	0.45	0.16	0.005	< 0.001	0.11	0.01	< 0.001	-

On observe des associations statistiquement significatives entre l'intention et ses déterminants psychosociaux (attitude, norme sociale et perception de contrôle) bien que ces coefficients ne permettent pas d'établir de lien de causalité, les travaux d'Ajzen tendent à démontrer que ces trois déterminants prédisent l'intention. On observe également des associations significatives entre l'intention et la perception de chaleur ($p=0.02^*$), l'âgisme hostile ($p=0.03^*$) et l'âgisme bienveillant ($p=0.005^*$). Par ailleurs, des associations significatives sont trouvées entre le comportement défavorable et toutes les autres variables, à l'exception de la perception de contrôle et le niveau de connaissance.

Tableau 4: Résumé des variables introduites dans le modèle d'analyse

Variable	N	Résumé
Comportement négatif	164	2.78 ± 0.93
Attitude	164	4.28 ± 0.66
Perception de contrôle	164	4.02 ± 0.60
Norme sociale	164	3.54 ± 0.88
Intention	164	4.29 ± 0.65
Connaissance	164	6.15 ± 1.28
Chaleur perçue	163	4.15 ± 0.59
Compétence perçue	164	3.98 ± 0.62
Agisme hostile	164	2.38 ± 0.87
Agisme bienveillant	164	1.95 ± 0.71

4.3. Analyse multivariée

Une analyse de médiation, comprenant plusieurs analyses de régression simultanée, a été réalisée afin de mettre en évidence la présence d'effets indirects sur les différents construits psychosociaux introduits dans le modèle. Ce type d'analyse permet de distinguer les effets directement attribuables à la variable indépendante (VI) sur la variable dépendante (VD) et ce qui relève de l'effet indirect de la variable indépendante sur la variable dépendante par l'intermédiaire d'un facteur médiateur (M). On peut considérer que l'effet total d'une VI se décompose en « effet direct » sur la VD et en « effet indirect » sur la VD via le médiateur. Trois équations de régression permettent de mesurer ces effets.

- 1) La première représente la liaison entre VI et M (a)
- 2) La deuxième représente la liaison entre VI et VD en présence de M (c')
- 3) La troisième représente l'estimation de VD à la fois par VI et M. Ceci afin de tester l'impact de la variable médiatrice « M » sur la variable dépendante « VD », en contrôlant la variable indépendante (VI) (b).

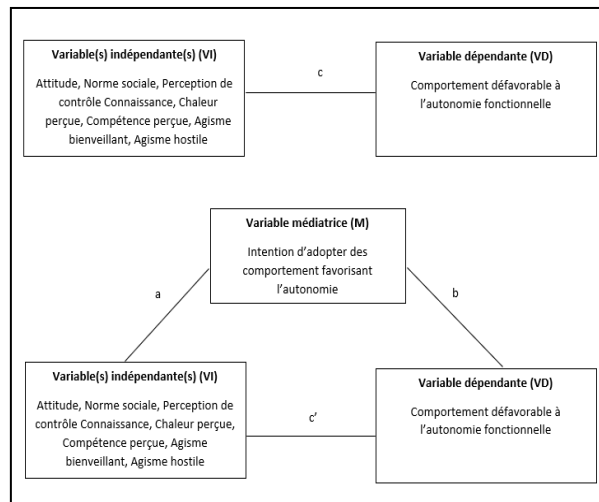


Figure 4: Relation de médiation

L'effet indirect est représenté par le produit ($a \times b$) dans les équations (1) et (3) tandis que l'effet total de VI sur VD est la somme des effets indirect et direct ($a \times b + c'$). A noter que « c' » représente l'effet direct, en présence de M. Il ne s'agit donc pas simplement de la régression de VD par VI. Cet effet médiateur a été calculé via la logique des produits des coefficients par une procédure de « percentil bootstrap » (36) et à la condition que les deux composantes de la médiation (liens a et b) soient elles-mêmes significatives (37).

4.3.1 Test du modèle de base

Le modèle de base d'Ajzen a préalablement été testé. Les résultats confirment le modèle de prédiction par l'intention pour 2 des 3 principaux construits psychosociaux : l'attitude et la norme sociale (voir tableau 5).

Tableau 5: Test du modèle de base par analyse de médiation

Type	VI	Effet	VD	Estimation	SE	IC 95%		t	P-value
						Inférieur	Supérieur		
Indirect	Attitude	Intention	Comportement défavorable	- 0.09	0.04	- 0.17	- 0.01	- 2.15	-
	Norme sociale	Intention	Comportement défavorable	- 0.07	0.03	- 0.14	- 0.01	- 2.20	-
	Perception de contrôle	Intention	Comportement défavorable	- 0.05	0.04	- 0.12	0.02	- 1.39	-
Composant de l'effet indirect	Attitude	-	Intention	0.22	0.08	0.06	0.38	2.70	0.01*
	Norme sociale	-	Intention	0.18	0.06	0.05	0.30	2.80	0.01*
	Perception de contrôle	-	Intention	0.14	0.09	- 0.03	0.32	1.62	0.10
	Intention	-	Comportement défavorable	0.40	0.11	- 0.62	- 0.18	- 3.57	< 0.001**
Direct	Attitude		Comportement défavorable	-	-	-	-	-	-
	Norme sociale		Comportement défavorable	-	-	-	-	-	-
	Perception de contrôle		Comportement défavorable	0.06	0.12	- 0.19	0.30	0.04	0.65
Total	Attitude		Comportement défavorable	-	-	-	-	-	-
	Norme sociale		Comportement défavorable	-	-	-	-	-	-
	Perception de contrôle		Comportement défavorable	-0.09	0.12	-0.34	0.14	-0.82	0.41

Ce modèle de base a également été testé avec possibilité d'un lien direct de l'attitude et de la norme sociale sur le comportement. Conformément aux résultats obtenus par Ajzen, aucun lien direct n'est établi entre comportement et attitude ou norme sociale.

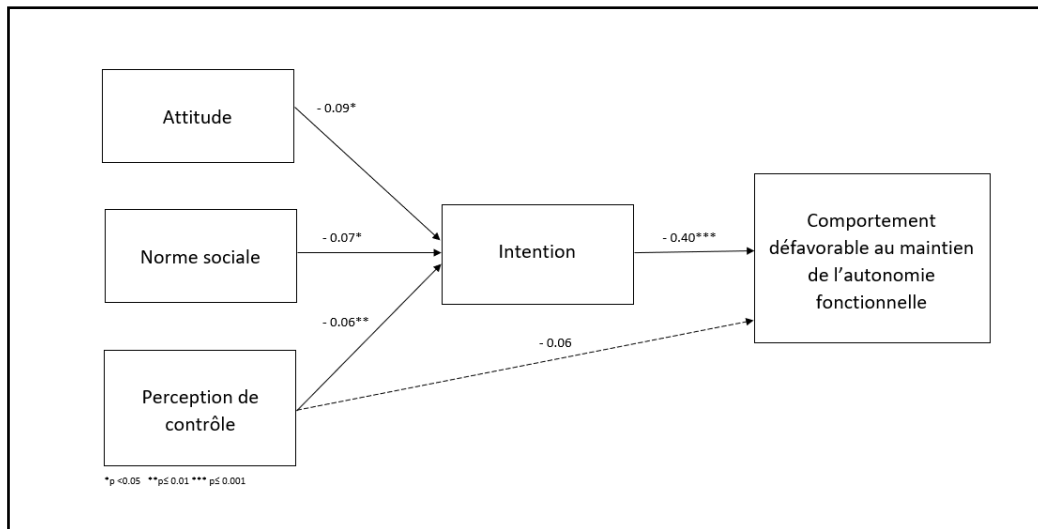


Figure 5: Relation entre les construits psychosociaux issu du modèle de base de la théorie des comportements planifiés

4.3.2 Impact de la situation sanitaire lié au COVID-19 sur le modèle de base

L'impact de la situation sanitaire au moment de l'enquête sur le modèle constituant la base de l'assise théorique a été évalué au travers 3 variables : Le niveau de stress actuellement ressenti (%), la présence de contact avec des patients atteint par le COVID-19 et l'impact du COVID-19 sur l'activité professionnelle. Un résultat significatif mais minime du stress sur l'intention est observé ($\beta = -0.004$, $p = 0.01^*$).

4.3.1 Test du modèle avec ajout des cinq variables sélectionnées

La même démarche a été appliquée au modèle en y incluant les variables « chaleur et compétence » de Fiske (24), les variables « âgisme hostile et bienveillant » (27) ainsi que la variable portant sur les connaissances.

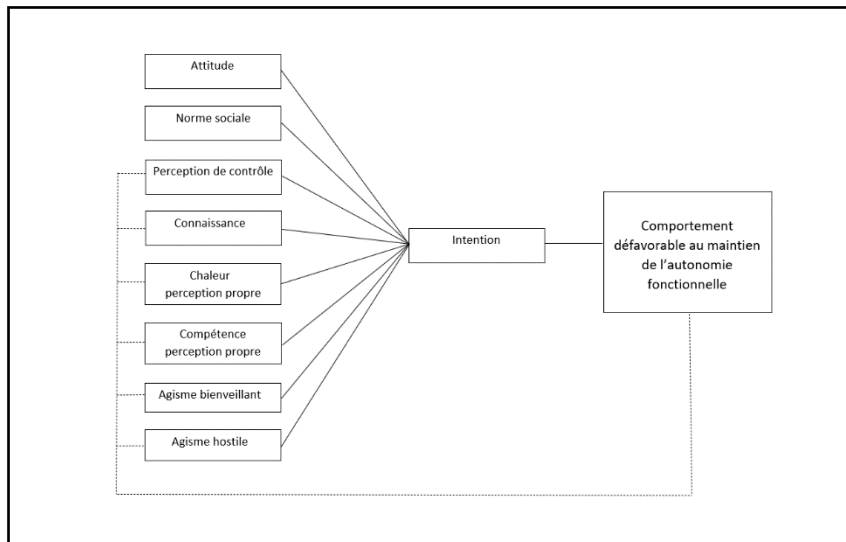


Figure 6: Modélisation des relations envisagées dans le modèle mixte

Le tableau 6 présente les p-valeurs associées aux coefficients de régression de la variable médiatrice (intention) sur les différentes variables indépendantes (VI) donnée par analyse de médiation.

Tableau 6: : Régression de la variable dépendante sur le médiateur (b) et d médiateur sur la variable indépendante (a)

Type	Effet	M	Estimation	SE	IC 95%		t	P-value
					Inférieur	Supérieur		
Composant de l'effet indirect	VI	M						
	Attitude	Intention	0.19	0.08	0.03	0.35	2.34	0.02*
	Norme sociale	Intention	0.17	0.06	0.05	0.29	2.76	0.006*
	Perception de contrôle	Intention	0.19	0.09	0.25	0.37	2.45	0.025*
	Connaissance	Intention	-0.02	0.04	-0.09	0.05	-0.69	0.48
	Compétence perçue	Intention	-0.13	0.11	-0.34	0.07	-1.25	0.21
	Chaleur perçue	Intention	0.29	0.11	0.07	0.51	2.57	0.01*
	Agisme hostile	Intention	-0.01	0.05	-0.12	0.10	-0.13	0.89
	Agisme bienveillant	Intention	-0.16	0.07	-0.29	-0.02	-2.29	0.02*
	M	VD						
	Intention	Comportement défavorable	-0.32	0.11	-0.55	-0.09	-2.81	0.005*

Au vu des résultats des p-valeurs, les résultats suggèrent l'absence d'influence statistiquement significative des variables « connaissance », « compétence perçue » et « agisme hostile » sur la variable médiatrice « intention ». Il est donc peu probable que ces variables influencent indirectement le comportement par l'intermédiaire de l'intention. Les résultats suggèrent un effet significatif de l'agisme bienveillant sur l'intention comportementale ($\beta = -0.16$, $p = 0.02^*$). Plus précisément, pour chaque augmentation d'une unité sur l'échelle d'agisme, l'intention de favoriser l'autonomie diminue de 0.16 unité. La perception de chaleur est également significativement associée à l'intention comportementale ($p = 0.01^*$).

La vérification de l'effet indirect sur le comportement via l'intention a été réalisé pour chaque variables présentant un résultat statistiquement significatif. En effet, selon le principe du « *joint signifiance test* » (38), si l'existence du lien « a » et du lien « b » est établi, alors logiquement on devrait avoir un effet indirect. L'effet indirect a donc été calculé via la logique des produits des coefficients via une procédure de « *percentil bootstrap* ».

Tableau 7: Estimation de l'effet indirect

Type	Effet			Estimation	SE	IC 95%		t
	VI	M	VD			Inférieur	Supérieur	
Indirect	Attitude	Intention	Comportement défavorable	- 0.06	0.03	- 0.13	0.005	-1.79
	Norme sociale	Intention	Comportement défavorable	- 0.05	0.03	- 0.11	- 3.37*4	- 1.97
	Perception de contrôle	Intention	Comportement défavorable	- 0.06	0.04	- 0.14	0.01	- 1.75
	Chaleur perçue	Intention	Comportement défavorable	- 0.09	0.05	- 0.19	0.003	- 1.89
	Agisme bienveillant	Intention	Comportement défavorable	0.05	0.03	- 0.005	0.11	1.78

Bien que la majorité des coefficients des composants de l'effet indirect (voir tableau 6), atteignaient le seuil de significativité, les intervalles de confiances donnés pour les variables susceptibles d'exercer un effet indirect sur le comportement via le médiateur « intention » suggèrent tous un effet non-significatif (les limites inférieures et supérieures de l'intervalle de confiance comprennent « zéro »).

Le tableau 8 présente l'effet direct des variables indépendantes (VI) en présence de la variable médiatrice (intention) sur l'adoption de comportements défavorables (VD).

Tableau 8: Effet direct de VI sur DV en présence de M (c')

Type	Effet		Estimation	SE	IC 95%		β	Effet	P-value
	VI	VD			Inférieur	Supérieur			
Direct	Attitude	Comportement défavorable	-	-	-	-	-	-	-
	Norme sociale	Comportement défavorable	-	-	-	-	-	-	-
	Perception de contrôle	Comportement défavorable	0.04	0.12	-0.20	0.28	0.02	0.31	0.76
	Connaissance	Comportement défavorable	-0.06	0.06	-0.17	0.05	-0.08	-0.89	0.32
	Compétence perçue	Comportement défavorable	-0.35	0.16	-0.67	-0.03	-0.23	-2.14	0.03*
	Chaleur perçue	Comportement défavorable	0.18	0.18	-0.17	0.53	0.11	1.02	0.30
	Agisme hostile	Comportement défavorable	0.18	0.08	0.02	0.03	0.17	2.17	0.03*
	Agisme bienveillant	Comportement défavorable	0.01	0.11	-0.19	0.22	0.01	0.11	0.91

On observe qu'en présence de la variable médiatrice, une relation statistiquement significative existe entre la perception des compétences d'un sujet âgé et l'adoption de comportements en défaveur de l'autonomie fonctionnelle. De la même manière, l'âgisme hostile intervient dans l'adoption de comportements diminuant le maintien de l'autonomie : plus il est élevé, plus le personnel soignant aura tendance à adopter des comportements favorisant le déclin fonctionnel.

La vérification de l'effet total sur le comportement en présence de l'intention a été réalisée. Le calcul de l'effet total met en évidence une relation statistiquement significative entre VI et VD. Les résultats (tableau 7) suggèrent l'absence de médiation via l'intention pour l'âgisme hostile ($p = 0.02^*$). L'âgisme hostile exerce donc son effet directement sur l'adoption du comportement sans effet médié par l'intention. Notons une tendance vers le seuil de significativité pour la variable relative aux compétences perçue.

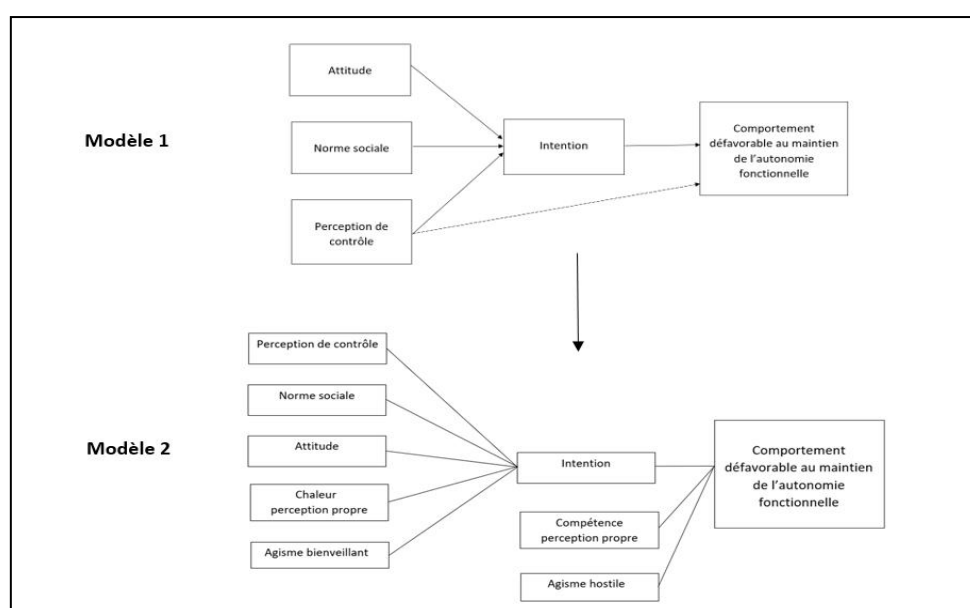
Tableau 9: Estimation de l'effet total

Type	Effet	Estimation	SE	IC 95%		t	P-value
				Inférieur	Supérieur		
Effet total	VI	VD					
	Attitude	Comportement défavorable	-	-	-	-	-
	Norme sociale	Comportement défavorable	-	-	-	-	-
	Perception de contrôle	Comportement défavorable	- 0.10	0.12	- 0.33	0.13	- 0.83 0.41
	Connaissance	Comportement défavorable	- 0.05	0.06	- 0.17	0.06	- 0.86 0.39
	Compétence perçue	Comportement défavorable	- 0.33	0.17	- 0.66	- 0.00	- 1.97 0.05
	Chaleur perçue	Comportement défavorable	0.10	0.18	- 0.26	0.45	0.53 0.59
	Agisme bienveillant	Comportement défavorable	0.06	0.11	- 0.15	0.28	0.56 0.57
	Agisme hostile	Comportement défavorable	0.20	0.09	0.03	0.37	2.36 0.02*

4.3.1 Comparaison des modèles

Nous avons cherché à savoir si l'ajout des prédicteurs « chaleur perçue », « âgisme bienveillant », augmentait la prédiction de l'intention comportementale par rapport au modèle de base d'Ajzen et si l'ajout des prédicteurs « compétence perçue » et « âgisme hostile » augmentait la prédiction de l'adoption de comportement.

Tableau 10: Modélisation des relations du modèle issu de la TCP (modèle 1) par rapport au modèle proposé (modèle 2)



Les variables prédictives de l'intention du modèle 1 et 2 ainsi que les variables du modèle prédictifs des comportements du modèle 1 et 2 ont subi une régression multiple. Les coefficients de déterminations R^2 obtenu ont ensuite été comparés au moyen d'un test F de Fisher et Snedecor.

Tableau 11: Comparaison des modèles de prédiction de l'intention

Modèle	R	R^2	P
1	0.49	0.23	< 0.01*
2	0.54	0.29	< 0.01*

Comparaison des modèles

Modèle	Modèle	ΔR^2	P
1	2	0.05	0.003*

Tableau 12: Comparaison des modèles de prédiction du comportement

Modèle	R	R^2	P
1	0.29	0.07	< 0.003*
2	0.38	0.14	< 0.001*

Comparaison des modèles

Modèle	Modèle	ΔR^2	P
1	2	0.70	0.002*

La prédiction de l'intention comportementale est statistiquement supérieure dans le modèle 2 par rapport au modèle 1 ($p = 0.003^*$). En effet 23 % de la variabilité de l'intention d'adopter un comportement favorisant peut-être expliquée par le modèle 1 contre 29 % dans le modèle 2 (soit une différence de 6%).

La prédiction de l'adoption d'un comportement est statistiquement supérieure dans le modèle 1 par rapport au modèle 2 ($p = 0.002^*$). En effet 7 % de la variabilité de l'intention d'adopter un comportement favorisant peut-être expliquée par le modèle 1 contre 14 % dans le modèle 2 (soit une différence de 7%).

4.3.1 Identification des composants d'influence sur l'attitude et la norme sociale

Enfin, considérant l'attitude et la norme sociale comme prédicteur de l'intention comportementale, des analyses de régression multiple ont été appliquées afin d'identifier les items ayant le plus d'impact sur celle-ci.

L'échelle de mesure de la norme sociale était construite comme suit : « *Mon [item 1,2,3 ou 4] pense(nt) que je devrais réaliser des interventions visant à maintenir les capacités fonctionnelles des patients âgés hospitalisés* ».

Tableau 13: Régression des items constitutifs de l'échelle mesurant la norme sociale sur l'intention

Items	Estimation	SE	IC 95%		β	Df	P-value
			Inférieur	Supérieur			
(Intercept)	4.29	0.04	4.20	4.38	0.00	159	< 0.001
1 Collègue	- 0.06	0.07	- 0.20	0.07	- 0.10	159	0.34
2 Chef	0.19	0.07	0.05	0.33	0.31	159	0.007*
3 Médecin	0.15	0.06	0.03	0.27	0.25	159	0.01*
4 Unité	0.03	0.04	- 0.06	0.19	0.05	159	0.51

L'intention comportementale est significativement associée à l'opinion du chef d'unité ($p=0.007^*$) ainsi qu'à celle du/des médecins ($p=0.01^*$).

L'échelle de mesure de l'attitude était construite comme suit : « *Je qualifierais les pratiques visant à maintenir l'indépendance fonctionnelle des patients âgés dans mon unité comme étant [item 1,2,3 ou 4]* ».

Tableau 14: Régression des items constitutifs mesurant l'attitude

Item	Estimation	SE	IC 95%		β	Df	P-value
			Inférieur	Supérieur			
(ntercept)	4.29	0.05	4.19	4.38	0.00	159	< 0.001
Valorisante	0.09	0.07	- 0.04	0.24	- 0.12	159	0.17
Prioritaire	0.12	0.05	0.01	0.24	0.19	159	0.04*
Utile	0.12	0.12	- 0.12	0.36	0.12	159	0.32
Pertinente	0.05	0.12	- 0.18	0.29	0.05	159	0.65

Le fait que le personnel soignant pense que favoriser le maintien de l'autonomie fonctionnelle d'un patient âgé durant l'hospitalisation soit une activité prioritaire est un facteur statistiquement significatif de l'intention comportementale ($p = 0.04^*$).

5. DISCUSSION

5.1. Taux de participation

Au terme de cette enquête, 171 personnes ont répondu au questionnaire électronique soit un taux de réponse de 19.28%. Ce taux de réponse est largement inférieur au taux de réponse présenté dans les travaux de Shih et Fan (39). Par ailleurs, 7 répondants ne satisfaisaient pas aux critères d'inclusion. Par conséquent seuls 164 questionnaires ont été pris en considération pour l'étude. Le faible taux de réponse peut, en partie, s'expliquer par le contexte sanitaire au moment de l'étude. Notons également l'absence d'incitation financière, de personnalisation de l'invitation à l'étude (40) et la durée assez brève de l'étude comme éléments explicatifs.

5.2. Exclusion des facteurs organisationnels et socio-démographiques

Le rôle des facteurs organisationnels est souvent avancé pour justifier la non-réalisation de certaines interventions infirmières. Le personnel soignant priorise certaines tâches et en néglige d'autres (41,42,43). Ainsi, l'élaboration de plan de soins personnalisé indispensable à une prise en charge optimale du patient gériatrique peut devenir accessoire (44). Ces facteurs, organisationnels, dont l'impact négatif sur la qualité des soins à déjà été mainte fois étudié, ont donc été volontairement exclus du modèle d'analyse afin de mettre en avant les processus psychosociaux. Néanmoins, l'analyse descriptive portant sur les éléments organisationnels susceptibles de limiter l'intention des participants de prodiguer des soins favorisant l'autonomie des patients montre que 88,41% des participants déclarent la charge de travail comme un élément effectivement susceptible de diminuer leur intention. Par ailleurs 70,73% des participants déclarent qu'un environnement architectural inadapté impact négativement leur intention comportementale.

5.3. Validité du modèle de base d'Ajzen

La validité du modèle de base de la TCP d'Ajzen a été préalablement testé. Les analyses confirment la validité du modèle appliqué à notre études puisqu'il confirme que l'intention est un prédicteur statistiquement significatif du comportement (lien b). Le lien « a » est établi pour l'attitude et la norme sociale mais pas pour la perception de contrôle. Les résultats du «

joint significance test » permet d'établir un lien indirect sur le comportement pour les variables attitude ($\beta = -0.09$ (IC 95 % : [-0.17 ; -0.01]) et pour la norme sociale ($\beta = -0.07$ (IC 95 % : [-0.14 ; -0.01])). A noter que la perception de contrôle n'intervient ni de manière directe, ni de manière indirecte sur les comportements.

Par ailleurs, les résultats suggèrent que le modèle de base reste valable malgré le contexte sanitaire. On note néanmoins un impact significatif du stress sur l'intention. Cependant, cet impact est négligeable ($\beta = -0.004$, $p = 0.01^*$). La présence de contact avec le COVID-19 et l'impact du COVID-19 sur l'activité professionnelle n'a pas d'impact direct ou indirect sur le niveau d'intention et l'adoption de comportement défavorables au maintien de l'autonomie fonctionnelle.

5.4. Impact du niveau de connaissance

Un niveau de connaissance insuffisant est un autre élément fréquemment rapporté dans la littérature comme facteur susceptible d'améliorer la qualité des soins dispensés aux patients. Le score moyen de connaissance mesuré sur l'échelle « *Knowledge about Older Patients Quiz (KOP-Q) for Nurses* » (31) est de 61.50% (SE $\pm 12,8$) et seulement 53.66% des répondants ont obtenu un score supérieur à la moyenne de l'échantillon. 53.23% des participants déclarent d'ailleurs que le manque de connaissance est susceptible de limiter leur intention. Pourtant, contrairement à ce qui était attendu, le niveau de connaissance n'a d'influence ni sur l'intention, ni sur le comportement. L'absence d'influence du niveau de connaissance sur l'intention comportementale envers l'exercice de soins gériatriques a déjà été suggérée dans d'autres travaux (45). On peut en déduire que le recours à des interventions visant à augmenter les connaissances des praticiens, qui sont largement mises en œuvre par les institutions hospitalières, n'aurait pas d'impact direct sur l'amélioration des pratiques de soins favorables à l'autonomie fonctionnelle. Bien que le niveau de connaissance relatif au sujet âgé ne semble pas intervenir dans le mécanisme menant au comportement étudié dans cette étude, ce constat soulève tout de même des questions sur la qualité de la formation de base du personnel infirmier ; (46) notamment concernant le nombre d'heures dédié à l'enseignement des soins gériatriques, ainsi que sur la pénurie de personnel spécifiquement formé à la gériatrie alors que la demande ne fait que croître (47).

5.5. Impact de l'intention sur le comportement

L'étude a confirmé le rôle prédictif de l'intention sur l'adoption de comportement (22,32). Logiquement, plus un soignant a l'intention de réaliser des soins favorisant l'autonomie, plus la probabilité d'adopter des comportements restrictifs sur le plan fonctionnel diminue ($\beta = -0.32$, $p = 0.005^*$). Par ailleurs, 92,07 % des répondants se sont déclarés intentionnés ou fortement intentionnés d'adopter des pratiques de soins stimulant l'autonomie fonctionnelle. Un constat étonnant au regard des déclarations des participants concernant les pratiques de soins lors de leurs prises en charge : 41,47% déclare réaliser généralement la toilette des patients âgés au lit ; 44,52% déclare qu'il place généralement un « lange » et 29,88% déclare mettre en place une tablette gériatrique lorsque le patient est au fauteuil. Plus interpellant, 59,75% précise mettre généralement en place les barres de lit à ces patients la nuit. Bien que l'anonymat des répondants eu été garanti, il n'est pas possible d'exclure un biais de désirabilité sociale qui pourrait, en partie, expliquer ce constat.

5.6. Variables influençant l'intention

La composante prédictive de l'intention est retrouvée pour l'attitude ($\beta = 0.19$, $p = 0.02^*$), la norme sociale ($b = 0.17$, $p = 0.006^*$) et la perception de contrôle ($b = 0.19$, $p = 0.025^*$). Ces résultats concordent avec d'autres études ayant basé leur analyse sur le modèle théorique d'Ajzen (48,49). Cependant, nous n'avons pas pu démontrer l'effet des variables attitude, norme sociale et perception de contrôle sur le comportement via la variable médiatrice intention. Or, en présence d'un lien significatif établi entre VI et M et entre M et VD, on pouvait légitimement s'attendre à un effet significativement différent de zéro témoignant de l'influence de ces variables sur le comportement via un effet de médiation par l'intention (38). Ces résultats peuvent s'expliquer par un manque de puissance statistique lié à un échantillon insuffisant. En effet, échantillon minimal de 200 participants avait été estimé nécessaire afin d'être en mesure d'observer un effet « faible ». Cet objectif n'a pas été atteint et influence probablement nos résultats. Cette constatation s'applique également à la variable « âgisme bienveillant » et « chaleur perçue ».

5.7. Les déterminants de la norme sociale

Les coefficients donnés par l'analyse de régression multiple font ressortir deux éléments déterminants de la norme sociale : ce que pense le chef d'unité et ce que pense le médecin. Plus le personnel soignant pense que les chefs et les médecins soutiennent les interventions de soins favorisant le maintien de l'autonomie fonctionnelle, plus l'intention d'adopter effectivement des comportements stimulant l'autonomie est élevée. Ces résultats ne sont guère étonnants au vu de lien hiérarchie effectif entre l'infirmier(ère) chef d'unité et ses agents et du lien hiérarchique implicite qui existe entre le médecin et l'infirmier(ère). Ces deux professionnels ont donc un rôle prépondérant dans le développement d'une norme sociale favorable à des soins soutenant l'indépendance des patients dans leur unité. Néanmoins, plusieurs études montrent que les attitudes thérapeutiques des médecins sont fortement influencées par les stéréotypes âgistes (50,51,52).

5.8. Les déterminants de l'attitude

L'analyse des déterminant de l'attitude montre que le fait de percevoir les activités de soins stimulant l'indépendance fonctionnelle comme des patients durant leur séjour hospitalier comme étant prioritaire, est un facteur constitutif significatif de l'attitude ($p=0.04^*$). Modifier une attitude n'est pas impossible. Cependant, la construction des attitudes intègre une multitude de dimension (affective, cognitive et comportementale) dont il faut tenir compte dans le choix des actions visant le changement. Dès lors, l'information n'est à elle seule pas suffisante pour provoquer un changement pérenne des attitudes (53). Le recours à des stratégies mixtes associant mise en situation et information pourraient offrir de bons résultats, comme dans cette étude de Yu et Chen, qui ont constaté une amélioration des attitudes du personnel soignants à l'égard de résidents d'une maison de repos grâce au recours d'un simulateur de vieillissement (54). L'aspect prioritaire des interventions de soins visant à diminuer le déclin fonctionnel (notamment en termes de résultat à la sortie, de complications, de lourdeur de prise en charge, ...) doit-être expliqué, vécu et expérimenté par le soignant en vue d'augmenter son sentiment de priorité face à ce type de comportement de soins.

5.9. Impact de l'âgisme bienveillant et de l'âgisme hostile sur le comportement

L'impact défavorable de l'âgisme hostile sur le comportement semble établi ($\beta = 0.20$, $p = 0.02^*$). Il est probable que le processus de catégorisation sociale conduisant à l'adoption d'attitude ou de comportement de « rejet » ou « d'évitement » soit d'autant plus marqué chez le personnel soignant par rapport à la société en général (55). En effet, celui-ci se trouve confronté à une patientèle de plus en plus âgée, pluri-pathologiques, nécessitant des soins complexes, et dont le profil tend à confirmer toutes les représentations sociétales négatives liées à l'âge (56). L'âgisme hostile aurait pu avoir un effet « positif au niveau du déclin fonctionnel », à savoir une tendance à laisser le patient s'en titrer seul pour l'éviter. On peut en déduire que le soignant a tendance à adopter un comportement tel que le recours à la contention (barre de lits, tablette et autres dispositifs empêchant finalement le patient de circuler) ou la réalisation des soins de manière rapide (toilette au lit), sans laisser le temps ou l'opportunité au patient d'exercer son potentiel fonctionnel. Ce qui peut également traduire la manifestation du besoin du soignant de s'éloigner de l'image de sa propre fin.

L'hypothèse d'un lien entre âgisme bienveillant et intention a été statistiquement établie ($\beta = -0.16$, $p = 0.02^*$). Ainsi, l'âgisme bienveillant diminuerait l'intention d'adopter des comportements de soins favorisant l'autonomie fonctionnelle. Le fait d'apporter de l'aide au sujet âgé est considéré comme étant « normal » parfois même « valorisant » dans nos sociétés (27), alors que certaines études basées sur le concept du « *use it or lose it* » ont démontrés les effets négatifs liés aux manques de stimulation et d'aide excessive dans la réalisation des soins personnels sur les performances cognitives et physiques (57,58). Bien que le lien entre âgisme bienveillant et comportement via l'effet médiateur de l'intention n'ait pas été statistiquement établi nous continuons à soutenir l'hypothèse de l'impact de l'âgisme bienveillant sur le comportement de soins favorisant le déclin fonctionnel iatrogène.

5.10. Impact des variables « chaleur » et « compétence » sur le comportement

Le niveau de compétence du patient âgé, perçu par le soignant, prédit de manière significative l'adoption de comportements défavorables à l'autonomie fonctionnelle ($\beta = -0.35$, $p = 0.03^*$). En effet, les résultats suggèrent que plus les infirmiers perçoivent le sujet âgé comme étant compétent plus les comportements défavorables diminuent. On peut en déduire qu'une

perception de compétence faible encourage le personnel soignant à adopter des comportements paternalistes (24,59) visant à protéger le patient de lui-même (chute, blessure, risque de se souiller, risque de ne pas être propre...). Ce genre d'attitude est probablement favorisé par la culture de la sécurité qui domine dans les institutions hospitalières (60). Il serait intéressant de rechercher quels éléments (objectifs et subjectifs) permettent au soignant d'aboutir à un diagnostic clinique d'incompétence justifiant la limitation de l'autonomie fonctionnelle du patient.

Les résultats concernant l'association entre le niveau de chaleur perçue et l'intention sont surprenants. En effet, un niveau de chaleur perçue élevé augmente l'intention d'agir en favorisant l'autonomie fonctionnelle ($\beta = 0.29$, $p = 0.01^*$). Selon Fiske, deux principaux types de comportements sont adoptés en présence d'une personne perçue comme étant « chaleureuse » : la facilitation active, liée au sentiment de compassion et la facilitation passive, liée au sentiment d'admiration. Dans les deux cas, cela sous-entend un comportement d'aide peu compatible avec la notion de préservation de l'autonomie fonctionnelle tel qu'abordé dans cette étude. Nous supposons donc observer une relation décroissante entre niveau de chaleur et intention comportementale. Il se pourrait que le fait de percevoir un patient comme étant sociable, amical ou chaleureux favorise la relation soignant/soigné et incite davantage le soignant à vouloir adopter des comportements de soins plus conformes au respect de la dignité humaine et au respect de l'exercice de l'autodétermination des patients.

5.11. Validité du modèle proposé

La comparaison des modèles de prédictions de l'intention, suggèrent une meilleure prédiction de l'intention comportementale dans notre modèle par rapport au modèle de base ($p = 0.003^*$). En effet 23 % de la variabilité de l'intention d'adopter un comportement favorisant peut-être expliquée par le modèle de base ($R^2=0.23$, $p < 0.001^*$) contre 29 % dans notre modèle ($R^2= 0.29$, $p < 0.001^*$), soit une différence de 6%.

La prédiction de l'adoption du comportement est également supérieure dans notre modèle par rapport au modèle de base d'Ajzen ($p = 0.002^*$). En effet 7 % de la variabilité de l'adoption d'un comportement défavorable au maintien de l'indépendance fonctionnelle d'un patient

âgé hospitalisé peut-être expliquée par le modèle de base ($R^2=0.07$, $p < 0.001^*$) contre 14 % dans notre modèle ($R^2= 0.17$, $p < 0.03^*$), soit une différence de 7%. La variabilité de l'intention comportementale expliquée par le modèle est modérée et la variabilité du comportement expliqué par notre modèle peut sembler faible, néanmoins, il convient de tenir compte de l'extrême complexité des mécanismes inhérents aux comportements humains dans l'interprétation de ces résultats.

5.12. Limite et biais

La méthode de recrutement par voie électronique via les réseaux sociaux limite l'accès à une partie de la population ce qui peut constituer un biais d'échantillonnage. Par ailleurs, le sujet de l'étude étant clairement stipulé, les infirmiers peu intéressés par le sujet des soins aux personnes âgées ont probablement choisi de ne pas participer à l'étude.

Le choix d'un questionnaire autoadministré présente le risque de biais de désirabilité sociale. En effet, s'agissant d'interroger des individus sur leurs pratiques de soins et leurs attitudes vis à vis des personnes âgées, il se peut que le répondant n'ait pas fait preuve d'une totale franchise. Afin de limiter l'impact de ce biais, le questionnaire a été construit de manière à ne récolter aucune donnée à caractère personnelle et un préambule y a été joint garantissant l'anonymat du participant (annexe n°7).

L'existence d'un biais d'interprétation des questions n'est pas non plus exclu. Ce risque a néanmoins été pris en considération lors de la conception du questionnaire puisque celui-ci a fait l'objet d'un pré-test.

Le questionnaire ne comportait que des questions fermées, il convient donc d'être prudent dans l'interprétation des résultats. A titre d'exemple : toute aide n'est pas forcément négative, excessive ou inutile...or, la construction du questionnaire ne permettait pas aux répondants de nuancer leurs réponses. Par ailleurs, les modalités de réponses reposaient principalement

sur des échelles de Likert à 5 modalités, certaines réponses ont donc pu être données au hasard sans pour autant être le reflet réel de la pensée du participant. En outre, la formulation de certaines questions a pu influencer les réponses des participants.

La dimension relative aux connaissances liés aux spécificités de la prise en charge des sujets âgés hospitalisés ont été évaluée aux moyens d'items issus de l'échelle « Knowledge about Older Patients Quiz (KOP-Q) for Nurses » (31). Cette échelle a été traduite pour l'occasion mais n'a pas fait l'objet d'une validation en langue française. De plus, la version initiale de cette échelle comprenait uniquement deux modalités de réponses. Par ailleurs, l'échelle a été sensiblement modifiée par l'ajout d'une modalité de réponse supplémentaire (*« je ne sais pas »*), afin d'éviter tout biais lié au hasard. Dans ces conditions, la validité de l'échelle n'est pas garantie. Les mêmes considérations sont applicables à l'échelle utilisée pour la mesure de l'âgisme hostile et de l'âgisme bienveillant.

Bien que le questionnaire final utilisé pour la collecte des données n'ait pas été validé, la mesure de cohérence interne au moyen du calcul des alpha de Cronbach des différents items apporte une certaine validité à nos résultats.

La limite principale de cette étude repose sur le manque de puissance statistique lié au faible taux de participation à l'enquête. L'impact de la crise sanitaire lié au coronavirus a probablement placé l'intérêt de participer à cette étude au second plan. A noter qu'au vu de la progression de la pandémie, la durée de l'étude a également dû être écourtée.

6. CONCLUSION

L'objectif principal de la recherche était de tester un modèle incluant la théorie des comportements planifiés et le modèle des contenus des stéréotypes comme prédicteurs des comportements infirmiers contribuant au déclin fonctionnel iatrogène des patients âgés durant l'hospitalisation. Les résultats montrent que l'ajout de prédicteurs relatifs à l'âgisme bienveillant et à la chaleur perçue améliore de 6% la prédiction de l'intention comportementale par rapport au modèle de base proposé par Ajzen. D'autres part, l'ajout de prédicteurs relatifs à l'âgisme hostile et à la perception des compétences double la prédiction du comportement par rapport au modèle de base.

La mesure de l'impact de ces variables psychosociales sur l'intention comportementale ou sur l'adoption de comportements de soins limitant l'autonomie fonctionnelle, permet d'émettre certaines recommandations afin d'améliorer les pratiques de soins aux personnes âgées.

En effet, cette étude tend à confirmer une nouvelle fois les effets néfastes des stéréotypes âgistes, qu'ils soient de nature bienveillants ou hostiles, sur le patient âgé. Elle met également en lumière le faible intérêt des stratégies de formation visant habituellement à augmenter les connaissances théoriques du personnel infirmier dans l'amélioration de la prise en charge du déclin fonctionnel iatrogène.

Il semble par contre pertinent de mettre en place des actions visant à la sensibilisation du personnel soignant, aux conséquences de l'âgisme bienveillant et hostile sur la qualité de la prise en charge des patients âgés. Par ailleurs, cette sensibilisation à l'impact des stéréotypes âgiste devrait faire partie intégrante de la formation de base des futurs professionnels de la santé, en ce compris des médecins qui jouent un rôle central dans le développement d'une norme sociale favorable aux pratiques de soins encourageant le maintien de l'autonomie fonctionnelle des patients admis dans leur unité.

Les compétences perçues par le soignant influencent directement l'adoption de comportement d'aide, il paraît nécessaire d'objectiver et de suivre les compétences

fonctionnelles des patients âgés au travers une évaluation pluridisciplinaire incluant kinésithérapeute, neuropsychologue et ergothérapeute afin d'éviter des interventions de soins excessifs par rapport au potentiel fonctionnel des patients. La confrontation des perceptions des soignants à des mesures objectives des capacités fonctionnelles (ainsi que cognitives) pourrait permettre la prise de conscience nécessaire à une modification des pratiques de soins. A ce titre, l'évaluation de la continence, des risques de chute ainsi que la nécessité du recours à la contention physique devrait être une priorité.

Le recours aux équipes de liaison interne gériatrique, dont les rôles sont notamment d'apporter de l'expertise et de diffuser une culture pro-gériatrique dans les établissements de soins, pourrait-être une aide précieuse notamment dans le développement d'attitude favorable au maintien de l'indépendance des patients durant leurs séjours ; à condition que l'équipe médicale et les infirmiers chefs d'unités soutiennent la mise en place de leurs recommandations et que la crédibilité de l'expertise de l'agent de liaison soit assurée et reconnue.

Il est également nécessaire d'encourager le développement d'attitude positive à l'égard du patient âgé, en démontrant la pertinence des actions visant à favoriser l'indépendance que ce soit pour le patient lui-même ou pour le soignant. En effet, la charge de travail est un argument de plainte récurrent chez le personnel infirmier, mais celui-ci est parfois aggravé par un "sur-nursing" inutile. Le double intérêt qui s'en dégage (organisationnel et qualitatif) mériterait une attention particulière de la part des directions hospitalières

Malgré une intention favorable, la compréhension des mécanismes aboutissant finalement à l'adoption d'un comportement propices à l'autonomie d'un patient âgé est une question vaste et complexe, faisant évidemment intervenir une série d'éléments non-abordés dans ce travail. Cette modeste étude apporte néanmoins quelques nouvelles connaissances concernant les mécanismes psychosociaux conduisant à des comportements de soins favorables au développement d'un déclin fonctionnel iatrogène chez un patient âgé durant une hospitalisation.

7. RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Organisation mondiale de la santé. Vieillissement et santé [Internet]. Genève ; 2018 [consulté le 06 avr. 2019]. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
2. Román P, Ruiz-Cantero A. Polypathology, an emerging phenomenon and a challenge for healthcare systems. Rev Clínica Española (English Ed).2017;217(4):229–237
3. Rapport annuel du comité d'étude sur le vieillissement [Internet]. Bruxelles: Conseil supérieur des finances ; 2018. [publié le 9 juil. 2018 ; consulté le 06 avril 2019]. 95p. https://www.conseilsuperieurdesfinances.be/sites/default/files/public/publications/cs_f_vieillissement_2018_07_0.pdf
4. Lannoy, F ; Lipszyc B. Le vieillissement en Belgique: données démographiques et implications économiques, réflexion sur l'avenir de nos retraites.Liège, Centre de Recherche en Economie Publique et de la Population (CREPP) HEC-Management School, University of Liège; 2000. [Consulté le 06 avril 2019].18p
5. Hogan DB, MacKnight C, Bergman H. The Canadian Initiative on Frailty and Aging: Discussion paper: Models, definitions, and criteria of frailty. Aging Clin Exp Res. 2003;15(3 (Supplement)):3–29.
6. Hirsch CH, Sommers L, Olsen A, Mullen L, Winograd CH. The Natural History of Functional Morbidity in Hospitalized Older Patients. J Am Geriatr Soc.1990;38(12):1296–303
7. Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of Illness in the Aged: The Index of ADL: A Standardized Measure of Biological and Psychosocial Function. J Am Med Assoc.1963;185(12):914–919

8. Covinsky KE, Palmer RM, Fortinsky RH, Counsell SR, Stewart AL, Kresevic D, et al. Loss of independence in activities of daily living in older adults hospitalized with medical illnesses: Increased vulnerability with age. *J Am Geriatr Soc.*2003;51(4):451–458
9. Fortinsky RH, Covinsky KE, Palmer RM, Landefeld CS. Effects of functional status changes before and during hospitalization on nursing home admission of older adults. *Journals Gerontol - Ser A Biol Sci Med Sci.*1999;54(10):521-526
10. Lakhan P, Jones M, Wilson A, Courtney M, Hirdes J, Gray LC. A prospective cohort study of geriatric syndromes among older medical patients admitted to acute care hospitals. *J Am Geriatr Soc.*2011;59(11):2001–8.
11. Prévenir la dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation chez les personnes âgées [Internet]. Saint-Denis La Plaine, France: Haute autorité de santé; 2017. [Consulté le 04 Avr.2019]https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-10/prevenir_la_dependance_iatrogene_liee_a_lhospitalisation_chez_les_personnes_agees_-_fiche_points_cles.pdf
12. Hoenig HM. Hospital-Associated Deconditioning and Dysfunction. *J Am Geriatr Soc.*[En ligne]. 1991;39(2):220–222.
13. Boltz M, Resnick B, Capezuti E, Shuluk J, Secic M. Functional Decline in Hospitalized Older Adults: Can Nursing Make a Difference? *Geriatr Nurs.*2012;33(4):272-279
14. Brown CJ, Redden DT, Flood KL, Allman RM. The underrecognized epidemic of low mobility during hospitalization of older adults. *J Am Geriatr Soc.*2009;57(9):1660–1665
15. Fisher SR, Goodwin JS, Protas EJ, Kuo YF, Graham JE, Ottenbacher KJ, et al. Ambulatory activity of older adults hospitalized with acute medical illness. *J Am Geriatr Soc.*2011 ;59(1):91–95

16. Kortebein P. Rehabilitation for hospital-associated deconditioning. *Am J Phys Med Rehab.*2009; 88 (1) : 66-77
17. Brown CJ, Williams BR, Woodby LL, Davis LL, Allman RM. Barriers to mobility during hospitalization from the perspectives of older patients and their nurses and physicians. *J Hosp Med.* 2007;2(5):305–313.
18. Resnick B, Galik E, Boltz M. Function Focused Care Approaches: Literature Review of Progress and Future Possibilities. *J Am Med Dir Ass.*2013;14(5) :313–318
19. Strand T, Lindgren M. Knowledge, attitudes and barriers towards prevention of pressure ulcers in intensive care units: A descriptive cross-sectional study. *Intensive Crit Care Nurs.* 2010;26(6):335-342
20. White KM, Jimmieson NL, Obst PL, Graves N, Barnett A, Cockshaw W, et al. Using a theory of planned behaviour framework to explore hand hygiene beliefs at the “5 critical moments” among Australian hospital-based nurses. *BMC Health Serv Res.* 2015;15(59)
21. Glynn G, Ahern M. Determinants of critical care nurses’ pain management behaviour. *Aust Crit Care.*2000; 13(4):144-151
22. Ajzen I. The theory of planned behavior. *Organ Behav Hum Decis Process.* 1991;50(2):179-211
23. Leyens, Jacques-Philippe ; Yzerbyt, Vincent ; Schadron G. Stéréotypes et cognition sociale. Mardaga ; 1996. 311 p.
24. Fiske ST, Cuddy AJC, Glick P, Xu J. A model of (often mixed) stereotype content: Competence and warmth respectively follow from perceived status and competition. *J Pers Soc Psychol.*2002; 82(6):878-902.

25. Schroyen S, Missotten P, Jerusalem G, Gilles C, Adam S. Ageism and caring attitudes among nurses in oncology. *Int Psychogeriatrics*.2016;28(5): 749-757

26. Bizzini L, Rapin CH. L'âgisme Une forme de discrimination qui porte préjudice aux personnes âgées et prépare le terrain de la négligence et de la violence. *Gerontol Soc*. 2007;30(127):263-278.

27. Cary LA, Chasteen AL, Remedios J, Pruchno R. The ambivalent ageism scale: Developing and validating a scale to measure benevolent and hostile ageism. *Gerontologist*. 2017; 57(2) : 27-36

28. Moniteur Belge. Arrêté royal fixant, d'une part, les normes auxquelles le programme de soins pour le patient gériatrique doit répondre pour être agréé et, d'autre part, des normes complémentaires spéciales pour l'agrément d'hôpitaux et de services hospitaliers. 2007.

29. Lamont CT, Sampson S, Matthias R, Kane R. The Outcome of Hospitalization for Acute Illness in the Elderly. *J Am Geriatr Soc*. 1983;31(5):282–8.

30. Ajzen I. Constructing a theory of planned behavior questionnaire. *Biofeedback and selfregulation*. 2010; 20(3):249-271

31. Dikken J, Hoogerduijn JG, Schuurmans MJ. Construct development, description and initial validation of the Knowledge about Older Patients Quiz (KOP-Q) for nurses. *Nurse Educ Today*. 2015;35(9):54-59

32. Leeuw, A.D., Valois, P., Ajzen, I.B., & Schmidt, P. (2015). Using the theory of planned behavior to identify key beliefs underlying pro-environmental behavior in high-school students: Implications for educational interventions. *Journal of Environmental Psychology*, 42, 128-138.

33. STATBEL [En ligne]. Bruxelles (belgique): STATBEL la Belgique en chiffres;2020. Les professions en Beligues. [Mis en ligne le 25 mars 2020]. Disponible sur : <https://statbel.fgov.be/fr/themes/emploi-formation/marche-du-travail/les-professions-en-belgique#figures>

34. PlanCad Infirmiers 2017, Cellule Planification des professions de soins de santé, Service Professions des soins de santé et pratique professionnelle, DG Soins de santé, SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement. Janvier 2020. https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/infirmiers_sur_le_marche_du_travail_2017.pdf

35. Peterson, R. A. (1995). Une méta-analyse du coefficient alpha de Cronbach. Recherche et Applications En Marketing (French Edition), 10(2), 75–88.

36. Bolin, J.H. (2014), Andrew F. Hayes (2013). Introduction to Mediation, Moderation, and Conditional Process Analysis: A Regression-Based Approach. New York, NY: The Guilford Press. Journal of Educational Measurement, 51: 335-337.

37. Muller, D., Judd, C. M., & Yzerbyt, V. Y. (2005). When moderation is mediated and mediation is moderated. Journal of personality and social psychology, 89(6) : 852–863.

38. Yzerbyt, V., Muller, D., Batailler, C., & Judd, C. M. (2018). New recommendations for testing indirect effects in mediational models : The need to report and test component paths. Journal of personality and social psychology, 115(6) : 929–943.

39. Shih, T.-H., & Fan, X. (2008). Comparing Response Rates from Web and Mail Surveys: A Meta-Analysis. Field Methods, 20(3) : 249–271

40. Heerweg, D., Loosveldt, G. (2002). An Evaluation of the Effect of Response Formats on Data Quality in Web Surveys . Social Science Computer Review 20 (4) : 471-484.

41. Van den Heede K, Bruyneel L, Beeckmans D, Boon N, Bouckaert N, Cornelis J, Dossche D, Van de Voorde C, Sermeus W. Dotation infirmière pour des soins (plus) sûrs dans les hôpitaux aigus–Synthèse. Health Services Research (HSR). Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2019. KCE Reports 325Bs. https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_325B_Dotation_infirmiere_synthese_2nd_edition.pdf
42. Recio-Saucedo A, Dall'Ora C, Maruotti A, Ball J, Briggs J, Meredith P, et al. What impact does nursing care left undone have on patient outcomes? Review of the literature. *J Clin Nurs*. 2018;27(11-12):2248-59.
43. Griffiths, P., Recio-Saucedo, A., Dall'Ora, C., Briggs, J., Maruotti, A., Meredith, P., Smith, G. B., Ball, J., & Missed Care Study Group (2018). The association between nurse staffing and omissions in nursing care : A systematic review. *Journal of advanced nursing*, 74(7) : 1474–1487.
44. Ball, J. E., Murrells, T., Rafferty, A. M., Morrow, E., & Griffiths, P. (2014). 'Care left undone' during nursing shifts: associations with workload and perceived quality of care. *BMJ quality & safety*, 23(2) : 116–125.
45. Guzman, A. B., Jimenez, B. C. B., Jocson, K. P., Junio, A. R., Junio, D. E., Jurado, J. B. N., & Justiniano, A. B. F. (2013). Filipino Nursing Students' Behavioral Intentions Toward Geriatric Care : A Structural Equation Model (SEM). *Educational Gerontology*, 39(3) : 138-154.
46. Wells, Y., Foreman, P., Gething, L., & Petralia, W. (2004). Nurses' attitudes toward aging and older adults--examining attitudes and practices among health services providers in Australia. *Journal of gerontological nursing*, 30(9) : 5–13
47. Hayes, L., Orchard, C., McGillis Hall, L., Nincic, V., O'Brien-Pallas, L., & Andrews, G. (2006). Career Intentions of Nursing Students and New Nurse Graduates: A Review of

the Literature, *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 3(1)

48. Ko, N.-Y., Feng, M.-C., Chiu, D.-Y., Wu, M.-H., Feng, J.-Y., & Pan, S.-M. (2004). Applying Theory of Planned Behavior to Predict Nurses' Intention and Volunteering to Care for Sars Patients in Southern Taiwan. *The Kaohsiung Journal of Medical Sciences*, 20(8) : 389-398.
49. Bertani, L., Carone, M., Caricati, L., Demaria, S., Fantuzzi, S., Guarasci, A., & Pirazzoli, L. (2016). Using the Theory of Planned Behavior to explore hospital-based nurses' intention to use peripherally inserted central catheter (PICC): a survey study. *Acta bio-medica : Atenei Parmensis*, 87(4-S) : 23–29.
50. Madan, A. K., Aliabadi-Wahle, S., & Beech, D. J. (2001). Ageism in medical students' treatment recommendations: the example of breast-conserving procedures. *Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges*, 76(3), 282–284.
51. Madan, A. K., Cooper, L., Gratzner, A., & Beech, D. J. (2006). Ageism in breast cancer surgical options by medical students. *Tennessee medicine : journal of the Tennessee Medical Association*, 99(5), 37–41.
52. Peake, M. D., Thompson, S., Lowe, D., & Pearson, M. G. (2003). Ageism in the management of lung cancer. *Age and Ageing*, 32(2), 171–177.
53. Ragan, A. M., & Bowen, A. M. (2001). Improving attitudes regarding the elderly population: the effects of information and reinforcement for change. *The Gerontologist*, 41(4), 511–515.
54. Yu, C. Y., & Chen, K. M. (2012). Experiencing simulated aging improves knowledge of and attitudes toward aging. *Journal of the American Geriatrics Society*, 60(5), 957–961.
55. Ayalon, L., & Tesch-Römer, C. (2018). Contemporary Perspectives on Ageism

(International Perspectives on Aging Book 19) (1st ed. 2018 éd.). Springer.193-241.

56. Vauclair, C. M., Marques, S., Lima, M. L., Abrams, D., Swift, H., & Bratt, C. (2015). Perceived age discrimination as a mediator of the association between income inequality and older people's self-rated health in the European region. *Journals of Gerontology, B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 70(6), 901–912.
57. Twomey LT, Taylor JR. Old age and physical capacity: use it or lose it. *Aust J Physiother*. 1984;30(4):115-120.
58. Avorn, J., & Langer, E. (1982). Induced disability in nursing home patients: a controlled trial. *Journal of the American Geriatrics Society*, 30(6), 397–400.
59. Cody WK. Paternalism in nursing and healthcare: central issues and their relation to theory. *Nurs Sci Q*. 2003;16(4):288-296.
60. Goethals, S., Dierckx de Casterlé, B., & Gastmans, C. (2013). Nurses' decision-making process in cases of physical restraint in acute elderly care: a qualitative study. *International journal of nursing studies*, 50(5) : 603–612.

8. ANNEXES

Annexe n°1	Formulaire de demande d'avis au Collège des Enseignants
Annexe n°2	Preuve d'envoi du formulaire d'avis au Collège des Enseignants
Annexe n°3	Avis du Collège des Enseignants
Annexe n°4	Approbation de l'étude par le Comité d'éthique
Annexe n°5	Attestation d'assurance
Annexe n°6	Demande d'accès à l'intranet facultaire du département de psychologie de l'Uliège + Autorisation
Annexe n°7	Consentement éclairé
Annexe n°8	Questionnaire d'enquête en ligne sur de l'UDI-Fplse