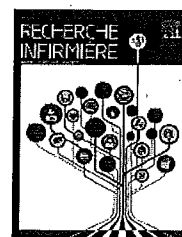




Disponible en ligne sur
ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com



CLINIQUE / Étude mixte

Les dimensions physiques et psychosociales des diagnostics infirmiers auprès des personnes âgées atteintes de déficits cognitifs : une étude mixte



The physical and psychosocial dimensions of nursing diagnoses in relation to elderly people with cognitive deficiencies: A mixed study

Anne Marise Lavoie (Infirmière, professeure titulaire, docteure en psychologie)^{a,*},
Monique Benoit (Sociologue, professeure titulaire, docteure en sociologie)^b,
Marie St-Onge (Infirmière, professeure agrégée, maître en éducation)^a

^a École des sciences infirmières, université Laurentienne de Sudbury, 935, Ramsey Lake Road, ON P3E 2C6 Sudbury, Ontario, Canada

^b Département des sciences infirmières, université du Québec en Outaouais (campus de Saint-Jérôme), 5, rue Saint-Joseph, J7Z 0B7 Saint-Jérôme, Québec, Canada

Reçu le 1^{er} mars 2016 ; accepté le 30 juin 2016

MOTS CLÉS

Démence ;
Diagnostic infirmier ;
Infirmière
praticienne ;
Personnes âgées ;
Résidence

Résumé

Introduction. — Les infirmières et l'équipe soignante définissent des diagnostics infirmiers et rédigent des plans de soin relatifs aux problèmes de santé éprouvés par les personnes âgées vivant en résidence d'hébergement. Le but de cette étude est de répertorier les diagnostics infirmiers et d'en expliquer la teneur.

Méthode. — Un devis mixte de type rétrospective-interprétative a été utilisé pour cette recherche. Ce devis associe de manière séquentielle les approches, quantitative et qualitative, afin, dans un premier temps, de décrire les diagnostics infirmiers et, dans un deuxième temps, d'approfondir et interpréter les premiers résultats du phénomène étudié.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : annemariselavoie@gmail.com (A.M. Lavoie).

Résultats. — Une analyse quantitative rétrospective des plans de soins standardisés de 32 résidents a montré que les problèmes de soins sont davantage liés aux modifications physiologiques du vieillissement et demeurent la plupart du temps plutôt secondaires que primaires. À titre d'exemple, les problèmes de soins les plus souvent mentionnés se rapportaient aux altérations de la peau (plaies de lit...), aux déficits ou aux excès nutritionnels, aux problèmes de la constipation ou de la diarrhée, à l'incontinence ou à la rétention urinaire, à l'altération de la mobilité ou à l'intolérance à l'activité et aux risques de traumatismes et d'accidents. Par ailleurs, une analyse qualitative interprétative réalisée à l'aide de trois groupes de discussion formés de 13 personnes constituant l'équipe de soins (en fonction de l'équipe de jour, de soir et de nuit) ont indiqué qu'elles éprouvaient de la difficulté à résoudre les problèmes récurrents liés aux aspects psychosociaux qui relèvent souvent de problèmes de type primaires. Ces problèmes peuvent entraîner de l'isolement social, de la peur, des interactions sociales perturbées, de l'inconfort et de l'anxiété.

Discussion. — L'étude montre qu'il existe certaines difficultés à prendre en charge, par le diagnostic infirmier, les dimensions psychosociales et environnementales des personnes âgées atteintes de déficit cognitif. Cette étude a conduit à envisager le développement d'une formation en pratique infirmière avancée permettant de mieux saisir et travailler avec cette population vulnérable. Le développement du profil d'infirmière praticienne formée en psychogériatrie devrait pouvoir établir de tels diagnostics et ainsi accompagner les équipes de soin dans l'adoption de meilleures pratiques à l'égard des personnes âgées atteintes de déficits cognitifs.
© 2016 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

KEYWORDS

Dementia;
Elderly people;
Nurse practitioner;
Nursing diagnosis;
Nursing home

Summary

Introduction. — The nurses and caregiving team define nursing diagnoses and draw up care plans relating to the health problems of elderly people living in a nursing home. The aim of this study is to classify nursing diagnoses and explain the content.

Method. — A mixed, retrospective-interpretative design was used for this research. This design combines the quantitative and qualitative approaches sequentially, in order, firstly, to describe the nursing diagnoses and, secondly, to explore further and interpret the initial results of the phenomenon studied.

Results. — A retrospective quantitative analysis of the standardised care plans of 32 residents showed that the care issues are more closely related to the physiological changes brought about by ageing and are most of the time secondary rather than primary. For example, the most frequently mentioned care issues related to injuries to the skin (bed sores, etc.), nutritional deficiencies or excesses, constipation or diarrhoea, incontinence or urinary retention, the loss of mobility or activity intolerance and the risks of injury and accidents. Moreover, an interpretative qualitative analysis carried out with the aid of three discussion groups made up of 13 people from the caregiving team (day, evening and night teams) indicated that they found it difficult to resolve recurring issues linked to the psychosocial aspects which often result from primary problems. These problems can lead to social isolation, fear, disturbed social interactions, discomfort and anxiety.

Discussion. — The study shows that there are some difficulties in managing, through nursing diagnosis, the psychosocial and environmental dimensions of elderly people with cognitive deficit. This study resulted in a plan to develop training in advanced nursing practice enabling staff to improve their understanding of and the way they work with this vulnerable population. A nurse practitioner trained in geriatric psychiatry should be able to make such diagnoses and thereby support the caregiving teams in adopting better practices with regard to elderly people with cognitive deficiencies.

© 2016 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Ce n'est qu'à partir des années 1990, qu'en Europe des changements à la formation des infirmières seront apportés afin qu'elles puissent accéder au diplôme universitaire. Ces changements ont été rendus nécessaires pour répondre aux nouvelles législations européennes, des années 1970 qui visaient à concéder une plus grande autonomie aux infirmières [1]. Aussi, avant les années 1950, les soins infirmiers se définissaient d'un point de vue pratique par les tâches, les comportements de soins et les interventions infirmières [2]. Il faut reconnaître dans ce mouvement l'apport de Virginia Fry, une infirmière américaine, qui en 1953 inventait l'expression « diagnostic infirmier » en offrant, du même coup, à l'infirmière, la possibilité de diagnostiquer ce que vivait une personne malade [3]. Fry suggérait déjà une nouvelle approche de l'exercice de la profession infirmière fondée sur la formulation d'un diagnostic infirmier et l'élaboration d'un plan de soins individuel et personnalisé [2].

Aujourd'hui les définitions et classifications de diagnostics infirmiers publiés régulièrement depuis 30 ans par NANDA-International ouvrent l'univers du diagnostic infirmier à une applicabilité qui tient compte des variables culturelles du diagnostic selon une multitude d'experts [4]. Depuis 1992, les diagnostics infirmiers font l'objet d'une traduction en français grâce à l'Association francophone européenne des diagnostics, interventions et résultats infirmiers (Afed) et l'Association québécoise des classifications de soins infirmiers (AQCSI). Ces organismes ont pour but de perfectionner et promouvoir une taxinomie des diagnostics infirmiers afin que les infirmières francophones l'utilisent dans leur pratique quotidienne. En France, en Belgique et au Québec, la classification de NANDA-I fait maintenant partie du paysage infirmier. La classification internationale des diagnostics en soins infirmiers concerne des nomenclatures validées et partagées, permettant de nommer avec précision et de manière consensuelle les problèmes de santé, d'analyser les situations, de mettre en pratique des interventions infirmières préconisées et les éléments de mesure de l'efficacité, puis la prise en charge des soins aux personnes [5].

État de la situation

Une définition commune du diagnostic infirmier a été présentée lors de la conférence de NANDA-I, en 1990, de la manière suivante : « Le diagnostic infirmier est l'énoncé d'un jugement clinique sur les réactions aux problèmes de santé présents ou potentiels, aux processus de vie, d'un individu, d'une famille ou d'une collectivité. Le diagnostic infirmier sert de base pour choisir les interventions de soins visant l'atteinte des résultats dont l'infirmière est responsable » [5]. C'est une élaboration rigoureuse et validée d'un raisonnement qui s'appuie sur un ensemble de caractéristiques et de facteurs liés à la maladie. Il répond à un besoin de la profession infirmière d'acquérir plus d'autonomie, d'indépendance et de reconnaissance envers la qualité de soins prodiguée à la personne soignée [1,5]. Il met en valeur les compétences des infirmières et traduit la pertinence du soin et est complémentaire au diagnostic médical, mais ne le remplace pas [6].

Si le médecin possède toute autorité pour diagnostiquer et soigner un patient; l'infirmière, quant à elle, possède les connaissances, les compétences et le jugement clinique en fonction des problèmes de santé qui lui sont soumis. Elle peut ainsi agir en rapport direct avec le soigné. Il existe donc une différence entre le diagnostic médical et le diagnostic infirmier. Contrairement au diagnostic médical centré sur la pathologie, le diagnostic infirmier établi à partir des signes et symptômes liés aux problèmes de santé est orienté vers la personne [7]. Le diagnostic médical demeure le plus souvent constant tout au long de la maladie alors que le diagnostic infirmier change et s'ajuste constamment à l'état de santé de la personne. Il se modifie donc en fonction des réactions entre le soigné et le soin. Dans ce cadre, l'infirmière a toujours la compétence de poser un diagnostic valable pour prendre les initiatives qu'elle juge nécessaires pour accompagner la personne dans son expérience de santé. Elle est ainsi bien placée pour aider les personnes à assurer leur bien-être, en évaluant leur capacité fonctionnelle et en leur procurant les soins nécessaires [5].

Dé manière générale, la pratique diagnostique de l'infirmière consiste à identifier les besoins de la personne soignée, établir un diagnostic avec exactitude, formuler des objectifs de soins, mettre en œuvre les actions appropriées et les évaluer. Le diagnostic infirmier représente ainsi une étape importante de la démarche clinique qui se situe au centre de l'organisation de la pensée, de la prise de décisions et de la résolution de problèmes [6,7]. L'infirmière va aussi identifier des interventions infirmières permettant, conjointement ou non, d'établir des liens avec la démarche soignante d'autres professionnels de la santé. Pour faciliter cette démarche de soins, sa formation devrait la préparer à faire un excellent usage des techniques de communication en approfondissant des questions et des problèmes touchant les personnes.

L'utilisation de la démarche de soins infirmiers se fait habituellement selon Doenges et al. [8] à partir des éléments que sont :

- l'évaluation initiale et subséquente (recueil systématique de données sur le patient et sa situation) ;
- l'énonciation d'un diagnostic infirmier (analyse de la situation et interprétation des données) ;
- la formulation de résultats escomptés et le choix de solutions (élaboration du plan de soin ou planification) ;
- la mise en application du plan (actions et interventions infirmières) ;
- et l'appréciation de l'efficacité du plan et la modification du plan en fonction des nouveaux besoins (évaluation quantifiée, qualifiée, selon certains critères et les réajustements éventuels au regard des nouvelles données recueillies).

Faisant partie du « plan thérapeutique infirmier » (PTI) au Québec, le diagnostic infirmier est aussi appelé en Europe la « transmission ciblée » (TC). Le PTI, tout comme la TC, repose sur les paramètres de la personne, les observations, les entretiens avec la personne ou sa famille et les différents dossiers mis à la disposition de l'infirmière. L'infirmière émet des hypothèses pour tenter d'expliquer ce qu'elle constate, ou ce qu'elle projette, en matière de risques. Les hypothèses contenues dans le diagnostic infirmier se

définissent en termes d'explications, de représentations ou d'interprétation de la situation [7]. Le diagnostic infirmier représente la validation de telles hypothèses qui ont pour but d'orienter l'acte infirmier professionnel [9].

Dans la pratique quotidienne, l'infirmière se sert de ses connaissances relativement aux besoins et aux problèmes de santé des personnes dont elle a la responsabilité. Elle se sert également de son expérience professionnelle pour déceler des problèmes de santé présents, ou potentiels, et pour préciser les interventions susceptibles d'atténuer leurs répercussions. Elle travaille dans la praxéologie quand le problème est urgent. Il s'agit alors d'un diagnostic de type primaire. Lorsque le problème est hypothétique et qu'elle agit en prévention, il s'agit alors d'un diagnostic de type secondaire.

Les travaux de Carpenito-Moyet [6] sur les types de diagnostics infirmiers reposent sur six façons particulières d'établir un diagnostic infirmier. Il y a :

- le diagnostic *in situ* qui relève de l'état confirmé cliniquement par la présence des caractéristiques essentielles telles que décrites par les signes et les symptômes ;
- le diagnostic à risque élevé qui porte sur le jugement clinique selon lequel une personne, ou un groupe, est plus susceptible de présenter un problème donné que d'autres personnes, ou groupes, dans la même situation ;
- le diagnostic par identification des facteurs de risque en présence ;
- le diagnostic du mieux-être qui souligne la transition entre un niveau de bien-être « normal » et un niveau de bien-être supérieur chez la personne ;
- le diagnostic de promotion de la santé qui décrit le jugement clinique et la motivation ou, encore, le désir d'une personne, d'une famille ou d'une collectivité d'augmenter son bien-être dans l'espoir d'améliorer son potentiel de santé indépendamment de son bien-être ;
- le diagnostic de syndrome portant sur un ensemble de diagnostics présents et de diagnostics à risque élevé que l'on peut extrapoler lorsqu'une situation ou un événement se produit ;
- et enfin, le diagnostic infirmier hypothétique décrivant un problème que l'on soupçonne, mais que l'on ne peut pas valider faute de données suffisantes.

Ceci étant, il faut reconnaître que et c'est là l'objet du présent texte, les diagnostics infirmiers sont difficiles à établir dans les centres d'hébergement pour personnes âgées parce que la clientèle, très diversifiée par rapport à d'autres groupes de la population, souffre généralement de multiples problèmes de santé. En effet, il s'avère que l'avancement en âge ajouterait à la difficulté de pouvoir combler les besoins individuels de chacun [10]. L'hébergement de longue durée chez les personnes âgées qui vivent notamment avec un problème de santé cognitive exige une surveillance accrue qui découle des problèmes de santé mentaux pouvant dérouter facilement l'établissement d'un diagnostic infirmier [10]. Les troubles mentaux tels que, par exemple, la démence chez les personnes âgées placées en centres ou en résidences de soins sont très souvent mal diagnostiqués, ou non diagnostiqués, ou alors, ils sont diagnostiqués de telle manière que les atteintes traitables sont ignorées. C'est ainsi que les démences deviennent une part importante de la pathologie mentale chez la personne âgée, dès lors

considérée comme une épidémie, qui suit l'allongement en espérance de vie [11]. La démence est la maladie mentale la plus fréquente parmi les personnes âgées institutionnalisées [12].

Les comportements dysfonctionnels, imprévisibles, excessifs, perturbateurs ou aberrants se manifestent chez certaines personnes âgées atteintes de démence. Les plus courants comportements perturbateurs en résidence de soins sont de: crier, résister aux soins, errer, frapper, mordre, se déshabiller, aller se coucher dans les lits des autres, voler, circuler la nuit, faire des fugues, cracher, courir après les gens et lancer des objets [11,12]. Ces comportements affectent les familles, les autres résidents et les soignants. Ils nuisent au bien-être des relations avec l'entourage, à la tranquillité de l'unité et à l'organisation du travail [12]. Ces comportements incongrus découlent très souvent d'incompréhensions face à des règlements incompris des résidents. Ils sont aussi parfois le résultat de difficultés à reconnaître l'expression des visages, d'objets familiers, de malaises physiques. Ces comportements résultent souvent de la levée des inhibitions sociales, de l'hyperstimulation sensori-perceptuelle, des situations d'échec, de leur incapacité à accomplir certaines activités et des bouleversements liés au quotidien [12].

Devant de telles difficultés, le défi que représente l'hébergement des personnes âgées atteintes de démence découle de la détermination d'un diagnostic infirmier fiable. Une étude sur l'établissement des diagnostics infirmiers chez des personnes âgées atteintes de problèmes cognitifs et vivant en centre d'hébergement est rapidement apparue incontournable. Cette étude, que nous avons menée dans un centre d'hébergement pour personnes âgées, avait pour but de déterminer comment les diagnostics infirmiers avaient été établis. Les objectifs de l'étude visaient à identifier les diagnostics infirmiers sur une unité de soins infirmiers en milieu gériatrique, à examiner les problèmes de soin répertoriés dans les plans thérapeutiques infirmier (PTI), de rendre compte du travail de l'équipe soignante relativement aux diagnostics infirmiers posés sur des résidents choisis et de comprendre les raisonnements liés à de tels choix.

Méthodologie

La recherche commandait un devis de recherche mixte de type explicatif séquentiel. Ce type de devis résultait d'un contrat formel et structuré qui avait pour but de mettre en évidence un ensemble de facteurs visant à élever le niveau de conscience et de compréhension du phénomène étudié. Le devis que nous avons développé comportait deux parties qui se sont succédé dans le temps. Pour débiter nous avons développé une partie quantitative rétrospective et pour terminer une partie qualitative de type explicative.

La première partie, de type rétrospective, visait l'analyse descriptive du dossier de personnes âgées résidant dans une unité de soin pour personne atteinte de problèmes cognitifs. Rappelons qu'au Québec, il existe un Système d'information de la clientèle en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) qui permet aux infirmières d'informatiser les diagnostics, les interventions

et les résultats des interventions selon le modèle de soins choisi par la résidence. De plus, il semble que cet outil de soutien des opérations quotidiennes de gestion et de distribution des soins et services accroît la coordination, la communication et la continuité des interventions et facilite la planification des soins et services, la prise de décisions cliniques et la mise à jour des informations [13]. L'utilisation de classifications infirmières normalisées des diagnostics guide les infirmières dans les problématiques standards de soins en centre d'hébergement et met en œuvre un plan thérapeutique infirmier.

Nous avons ainsi pu consulter l'ensemble des dossiers afin de déterminer les diagnostics infirmiers inscrits par les infirmières aux PTI. Les diagnostics infirmiers, passés et courants, de 32 sujets hébergés sur l'unité d'une résidence pour personnes âgées ont ainsi été évalués. L'évaluation a été réalisée en fonction du modèle de Virginia Henderson fondé sur quatorze besoins fondamentaux que sont : respirer, boire et manger ; éliminer, se mouvoir et maintenir une position convenable ; dormir et se reposer ; maintenir la température corporelle, s'habiller, se déshabiller ; éviter les dangers, communiquer avec ses semblables, agir selon ses croyances et pratiquer sa religion ; s'occuper et se sentir utile, se recréer et apprendre [14].

Une analyse rétrospective et descriptive des données a permis, dans un premier temps, de compiler et de classifier les diagnostics infirmiers à partir de chacun des dossiers retenus. Dans un deuxième temps, une analyse qualitative de contenu a permis d'expliquer la détermination des diagnostics infirmiers. Cette analyse de contenu a donné lieu à l'analyse du diagnostic infirmier touchant les actions et les changements à effectuer chez les personnes âgées atteintes de démence en vue du mieux-être. Trois entrevues de groupes de trois à sept soignants menées auprès des infirmières et des membres de l'équipe soignante ont été réalisées. Ces entrevues de groupes, sous forme de groupe de discussion, ont été menées à travers douze rencontres auprès d'infirmières, d'auxiliaires et des aides-soignants pendant les trois quarts de travail journalier (jour, soir et nuit). L'étude se déroulait par le questionnement des membres des équipes de soins de jour, de soir et de nuit afin de bien comprendre le choix qui ont donné à construire les diagnostics infirmiers établis. L'analyse de contenu de ces entrevues de groupe a été rendue possible grâce à la transcription écrite des témoignages, la vérification des transcriptions et, l'interprétation de ces résultats composés par les témoignages. Les entrevues menées auprès des soignantes sont venues confirmer les diagnostics infirmiers issus de la première partie faisant en sorte de soutenir le choix d'un devis mixte [15].

D'un point de vue éthique, sous la houlette du comité de la direction, le directeur des trois résidences d'hébergement a donné son aval à la collecte de données afin de réaliser le projet de recherche. Avec l'accord de la directrice à la clientèle, les unités de soins ont été choisies au hasard. Le choix s'est porté sur des unités protégées qui ont une plus forte concentration de personnes âgées démentes avec des besoins particuliers. Les dossiers ont été consultés tout en respectant l'anonymat des personnes âgées. Les infirmières et les autres membres de l'équipe soignante ont tous librement accepté de participer à l'étude et de signer les formulaires de consentement.

Résultats

Les résultats que nous présentons portent, dans un premier temps, sur l'analyse quantitative rétrospective et descriptive de la présentation du diagnostic infirmier dans le plan thérapeutique infirmier PTI. Nous remarquons que le diagnostic infirmier porte davantage sur les problèmes biophysiques que psychosociaux. L'analyse qualitative, quant à elle, porte sur l'analyse interprétative de témoignages entourant cinq cas de démence dont les manifestations demeurent irrésolues par le personnel infirmier tant ils échappent à un diagnostic clair.

Analyse quantitative rétrospective et descriptive

Le profil sociodémographique des résidents était composé de 90 % de femmes et 10 % d'hommes. L'âge moyen des personnes âgées était de 85 ans avec un écart-type de 5,72. Les personnes âgées souffraient d'atteintes cérébrales organiques, de troubles de la personnalité, de déficiences intellectuelles, de problèmes psychiatriques et de problèmes d'adaptation aux pertes d'autonomie rapides et sévères.

À l'aide du modèle infirmier de Virginia Henderson, les infirmières dressaient le profil et un plan de soins pour chacun des résidents [4-6]. Le profil fournissait les renseignements stables connus à propos du résident tandis que le plan thérapeutique infirmier énonçait les problèmes de soins, les objectifs d'intervention, les actions infirmières et les résultats escomptés liés aux problèmes. Les plans thérapeutiques infirmiers passés se retrouvaient dans le dossier alors que les plans thérapeutiques infirmiers in situ, ou courant, se retrouvaient dans les Kardex de l'unité de soins.

Les diagnostics infirmiers rapportés dans les plans thérapeutiques infirmiers relèvent de problèmes biophysiques tels que : la constipation reliée à de l'activité physique insuffisante et à des habitudes de défécations irrégulières (18 cas) ; l'altération de la mobilité reliée à une diminution de la force, ou de la masse musculaire, à une intolérance à l'activité et à la douleur neuromusculaire ou musculo-squelettique (12 cas) ; l'incontinence urinaire reliée à un manque de tonicité musculaire générale et à l'environnement inadéquat (12 cas) ; l'atteinte à l'intégrité de la peau reliée à l'immobilité physique et à des facteurs mécaniques tels que la pression, la friction et le cisaillement (9 cas) ; l'intolérance à l'activité reliée à la faiblesse générale et l'alitement ou l'immobilisation (9 cas) ; l'alimentation excessive reliée à de mauvaises habitudes alimentaires et à une diminution des activités (9 cas) ; la diarrhée reliée à la prise de certains médicaments et à de l'anxiété (9 cas) ; une alimentation déficiente reliée à une incapacité d'ingérer, ou de digérer, des aliments et d'absorber des matières nutritives (7 cas) ; et, la rétention urinaire reliée à un sphincter puissant et à un blocage mécanique (7 cas).

Sur une somme de 102 plans thérapeutiques infirmiers, seulement dix (10 cas) diagnostics ne relevaient pas de problèmes biophysiques. Ces diagnostics portaient sur l'altération de la communication ; les atteintes de la perception ; les différences culturelles ; les obstacles

physiologiques ; la confusion chronique liée à des troubles de la mémoire, de l'orientation et du comportement ; l'errance reliée à des atteintes cognitives ; et, la séparation des lieux familiaux.

Analyse qualitative interprétative

Les 13 femmes formant l'équipe soignante que nous avons interrogée avaient une moyenne d'âge de 42 ans, avec un écart-type de 9,3 ; elles étaient âgées entre 27 à 55 ans. L'équipe de jour se composait d'une infirmière, d'une auxiliaire et de 4 aides-soignants ; l'équipe de soir, quant à elle, était formée d'une infirmière et de 3 aides-soignants ; enfin, l'équipe de nuit était constituée d'une infirmière et d'une aide-soignante. L'infirmière en chef supervisait, pour sa part, le travail de ces 12 soignantes.

Compte tenu des diagnostics infirmiers des plans thérapeutiques infirmiers passés et courants des résidents que nous avons déjà présenté, les membres de l'équipe de soins réalisaient qu'ils avaient identifié surtout des problèmes secondaires. Ces diagnostics étaient, la plupart du temps, résolus par diverses interventions simples. Il est évident, à ce stade qu'elles préféraient poser des diagnostics peu complexes. Elles savaient ce qu'elles devaient faire pour y faire face et envisageaient rapidement des solutions.

Quant aux diagnostics primaires, quelques-uns furent identifiés parce que les équipes de soins étaient confrontées à des situations critiques. Le témoignage des membres de l'équipe soignante faisait valoir un diagnostic secondaire plutôt qu'un diagnostic primaire. Certaines aides-soignantes trouvaient, par exemple, que la détermination des diagnostics infirmiers était une perte de temps. Elles affirmaient ainsi : « Nous n'avons pas le temps de nous pencher sur de telles sottises », « On a à peine le temps de prendre notre pause et de manger », « Nous n'avons pas le temps de nous rencontrer pour discuter des cas problèmes » et « Avec la charge de travail que l'on a, nous ne faisons que le principal ».

Plusieurs aides-soignantes et certaines infirmières auxiliaires parlaient du manque de soutien administratif dans la démarche de soins : « Il n'y aura pas de suivi, pourquoi s'attarder à ça? », « Il n'a rien à faire, on vit le problème sans rien pouvoir y faire », « Nous n'avons pas le soutien de la direction », « Ils se foutent des comportements bizarres des personnes âgées », « Il ne faut pas faire de vagues, pas de protestations » et « Nous devons endurer la situation, car personne ne nous aidera vraiment ».

Soutenues par leur équipe, les infirmières développent de la résilience face aux comportements exécrables remarqués chez certains résidents. Elles affirment par exemple que : « Tout le monde fait son possible », « Les personnes âgées qui souffrent de démence sont laissées souvent à elles-mêmes », « Heureusement, que l'on ne travaille que 8 heures avec ces personnes, 24 heures ce serait l'enfer », « On les met sous contention lorsque ça dérrape », « Nous sommes fichus parce qu'il n'y pas d'alternative » et « Dans le contexte actuel, il n'y a pas d'issue ».

La routine des personnes âgées est primordiale, aussi les infirmières ont peu de temps pour s'occuper des problèmes de soins : « C'est toujours avec chacun d'eux, le lever, le déjeuner, la toilette, l'habillage, le dîner, la sieste, le souper et le coucher qui importent » « dodo, resto, dodo, resto,

dodo, resto, dodo ! », « On ne peut pas s'occuper des vrais problèmes parce que de toute manière, cela n'intéresse personne » et « Avec le travail quotidien, nous n'avons pas vraiment le temps pour autre chose ».

Les membres de l'équipe de soins exigent des changements dans l'organisation du travail : « Il faudrait réorganiser le travail afin de pouvoir se donner une rencontre journalière du personnel soignant », « Il faudrait plus de monde, surtout de jour », « C'est au changement de quart de travail... il faut que les personnes âgées souffrant de démence agissent... il faudrait plus de monde », « Il y a moins de personnel sur le plancher au moment du rapport, c'est catastrophique », « Il faudrait de l'aide tous les jours »... « Mais avec les effectifs actuels, ce serait un trop gros investissement de temps ».

Les infirmières, l'infirmière auxiliaire et les aides-soignants sont unanimes quant à la formation liée aux problèmes psychogériatriques : « Nous avons eu très peu de formation sur le sujet », « Quelques fois, nous avons de la formation, mais elle n'est pas pratique », « Avec de vrais cas concrets, nous comprendrions beaucoup mieux », « La formation, c'est inutile, il n'y a rien de réel... c'est du vent » et « Lorsque la formation est bonne, elle est toujours trop courte, nous n'avons pas le temps de trouver une solution à tous nos problèmes, c'est frustrant ».

Les membres des équipes de soins que nous avons rencontrés ont témoigné de cinq cas préoccupants pour lesquels ils n'ont trouvé aucune solution. Leur sentiment de ne pas avoir le temps de s'en occuper les entraîne à subir presque quotidiennement les contrecoups de ce manque de temps. Au moment où le personnel soignant témoigne, les cinq cas n'ont fait l'objet d'aucun plan thérapeutique infirmier puisque personne ne pouvait s'en occuper et faire le suivi nécessaire.

Les cas mis à l'étude par l'analyse de contenu

Le premier cas est demeuré irrésolu. Il concernait l'isolement social et le bien-être des résidents en société. Selon le personnel soignant, la personne âgée qui a des problèmes de santé cognitifs ne sort généralement pas facilement de sa chambre, même si elle y est invitée. Elle résiste à toutes les sollicitations et, si elle sort de sa chambre par obligation, elle y retourne dès que le personnel a le dos tourné. Elle est incapable de s'engager dans des relations personnelles satisfaisantes avec autrui. Elle fuit tout contact humain, quel qu'il soit. Elle refuse qu'on la touche. Il devient donc difficile d'offrir des soins à ces personnes. « Elle fait des crises chaque fois que le personnel soignant fait intrusion dans sa vie ».

Le deuxième cas découle de la peur et de l'adaptation au stress. Le cas montre une personne âgée entrée par inadvertance dans la chambre d'une autre résidente souffrant d'Alzheimer. Cette résidente voyant la personne âgée s'introduire sans sa chambre saisit une chaise et la frappe. Cette dernière qui perd connaissance se retrouve à l'hôpital afin que l'on soigne ses blessures. Comme ce n'est pas la première fois que cette résidente utilise la force pour chasser quelqu'un de sa chambre, il est fort possible que l'on présente le cas comme si elle avait des dispositions naturelles et innées à la violence ainsi que des problèmes avec son entourage.

Le troisième cas se rapporte à la perturbation dans les interactions sociales et aux obstacles liés à la communication. Les enfants d'une résidente se plaignent aux infirmières en disant qu'ils sont incapables d'établir un contact satisfaisant avec leur mère. Ils ne savent plus comment établir la conversation avec elle. Ils se sont tournés vers le personnel soignant pour obtenir de l'aide. Ce dernier n'éprouvait pas de problème de communication avec la résidente et s'est mis à nier, en quelque sorte, la véracité du problème. C'est ainsi que les enfants en sont venus à percevoir le personnel soignant avec suspicion.

Le quatrième cas relève de l'inconfort d'une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable. Une personne âgée aphasique gémissait une partie de la nuit. Elle était invalide en raison d'une infirmité physique. Pour éviter de gémir, elle avait besoin la nuit que le personnel soignant déplace son corps toutes les deux heures dans son lit, notamment pour éviter de développer des plaies de lit (lésions tissulaires sur le corps). Or, parce que la personne âgée ne pouvait s'exprimer verbalement en raison de son aphasie, le personnel soignant ne pouvait expliquer, et cela malgré son désir de comprendre, que les gémissements pouvaient découler des blessures causées par les plaies de lit. Ceci est d'autant plus vrai qu'au jour, comme de nuit, le personnel n'entendait pas du tout la personne âgée. Lorsqu'elle se couchait pour faire sa sieste de l'après-midi, sieste qui ne durait qu'au plus une demi-heure, elle ne gémissait pas.

Le cinquième et dernier cas portait sur l'anxiété, les malaises ou les craintes. Une personne âgée démente demandait de manière insistante des cigarettes et cela jusqu'à ce que le personnel lui en donne. Son attitude, en saisissant la cigarette, était de fumer la cigarette de manière fébrile et compulsive. Elle tremblait, à la suite de quoi elle demandait à nouveau une cigarette cinq minutes après. Cela n'arrêtait pas de la journée, du matin au soir. Elle ne semblait vivre que pour les cigarettes qu'elle fumait et qu'elle demandait incessamment à l'infirmière, l'infirmière auxiliaire et l'aide-soignant. Tout le monde était sollicité par la quête de cigarettes. Même les visiteurs qui la fournissaient en cigarettes, parfois en cachette, se faisaient harceler dès qu'ils mettaient le pied dans l'unité de soins.

Discussion

Tous les résidents de l'unité protégée avaient dans leur dossier un ou plusieurs diagnostics infirmiers présents et passés. Les diagnostics infirmiers répertoriés dans cette étude ont été davantage liés aux modifications provoquées par le vieillissement physique. Parmi les diagnostics figurant dans cette étude peu ont tenu compte des problèmes causés par la démence et les comportements dysfonctionnels et aberrants qui l'accompagnent généralement. Ces diagnostics portaient davantage sur les sept premiers besoins de soins définis par Virginia Henderson (respirer, boire et manger, éliminer, se mouvoir et maintenir une bonne posture, dormir et se reposer) et le huitième besoin (être propre, soigné et protéger ses téguments) [14]. Ils se rapportaient principalement à la constipation, à l'altération de la mobilité, à l'incontinence urinaire, au risque d'accident, à l'intolérance à l'activité, l'alimentation excessive ou

déficiente, la diarrhée, le risque de trauma, la rétention urinaire et le risque d'infection. Ces diagnostics simples et de nature biophysique ont été très faciles à identifier par l'observation des symptômes manifestés par les personnes âgées atteintes de démence et dont les manifestations sont inscrites dans les PTI. Il en est tout autrement pour les diagnostics complexes, en particulier ceux de nature psychosociale qui sont plus difficiles à saisir pour les soignants et certainement plus complexes à résoudre.

À la lumière des témoignages que nous avons recueillis, il semble bien que le travail diagnostique infirmier a été effectué avec diligence. Encore une fois, et concernant les données quantitatives, il semble difficile d'établir un diagnostic infirmier tenant compte des aspects psychosociaux de la démence chez les personnes âgées soignées par nos répondantes. Les cas particuliers de comportements extrêmes qui posent problème à tout le personnel soignant, mobilisent toute leur énergie, et le manque de temps ne leur permet pas de réfléchir aux sources psychosociales de ses manifestations. Pourtant, il est démontré par la littérature qu'en pratique gériatrique, l'équipe soignante gère habituellement les comportements dysfonctionnels sans aide extérieure [10,16].

Le personnel soignant a l'habitude de travailler à la pièce, un cas à la fois. La priorité demeure toujours la sécurité de la personne et de son entourage. Or, les infirmières auraient intérêt à mieux comprendre l'état psychosocial des personnes âgées qu'elles soignent, surtout celles atteintes de démence, en fonction des divers facteurs qui les conditionnent. Elles pourront être amenées à mieux comprendre l'étroite relation qui existe entre la santé mentale, la santé physique, le milieu social et environnemental. La plupart des témoignages recueillis ont démontré une grande ignorance des problèmes de santé psychosociaux et environnementaux découlant des problèmes de la démence en CHSLD. Le diagnostic infirmier devrait pouvoir tenir compte d'un tel apport dans un contexte de soins aux personnes âgées.

Très peu de soignants possèdent une formation professionnelle adéquate en santé mentale pour agir auprès des personnes âgées, et encore moins dans le domaine de la psychogériatrie. Les infirmières apprennent plutôt à mesure que les situations se présentent à elles sans tenir compte du contexte psychosocial et environnemental et des données probantes pourtant nombreuses dans ces domaines de la santé aux personnes âgées. À titre d'exemple, la douleur est un problème fréquent, mais peu diagnostiqué parce que, jusqu'à tout récemment, les intervenants se sentaient démunis devant la compréhension des phénomènes de la douleur en particulier chez les personnes âgées [10]. En d'autres termes, si l'isolement social, la peur, les interactions sociales perturbées, l'inconfort et l'anxiété ne sont pas diagnostiqués, il reste impossible pour les infirmières de prendre en charge adéquatement le patient âgé atteint de démence. La peur exige, chez la personne âgée atteinte de démence, que l'on puisse établir un diagnostic jusqu'à présent qualifié à risque élevé. Sans possibilité d'identifier la source ou l'origine de la peur qui affecte le raisonnement des personnes âgées atteintes de démence, le travail du personnel soignant reste incomplet et le diagnostic infirmier inopérant.

Il faut ainsi comprendre que le diagnostic infirmier porté à l'égard de situations complexes exige justement une réponse à la complexité. Le diagnostic infirmier exige ainsi de tenir compte, pour le mieux-être de la personne âgée atteinte de démence, de ces situations complexes qui affectent de manière intense la réalité, l'univers, l'environnement, l'intégrité psychique et qui enferment le patient dément dans un monde parallèle en dehors de la compréhension de la logique rationnelle de nos sociétés.

Conclusion

Notre étude s'est déroulée dans une unité protégée où des personnels de santé étaient exposés à des situations psychosociales, affectives et environnementales complexes. Nous souhaitons comprendre comment le diagnostic infirmier pouvait contribuer à la prise en charge des problèmes psychosociaux, des comportements dysfonctionnels et atypiques des résidents des CHSLD atteints de démence. Cette étude a permis de remarquer les limites du diagnostic infirmier à l'égard du travail auprès des personnes âgées atteintes de problèmes cognitifs. Les soignants, infirmières, infirmière auxiliaire et aides-soignants ont en effet montré leur incapacité à diagnostiquer adéquatement les effets psychosociaux à la source des problèmes cognitifs chez leurs patients. Le personnel soignant sera-t-il condamné à subir le comportement asocial, souvent aberrant et la plupart du temps embarrassant de personnes âgées demeurant convaincues qu'il n'y a pas de solutions à ce problème de démence en résidence d'hébergement [16] ? Sans diagnostics clairs, tenant compte des dimensions psychosociales et environnementales, ces infirmières risquent de développer un sentiment d'échec, de déception, de désintérêt, voire même d'impuissance et, après un certain temps, elles en viendront à une démotivation les menant à abandonner toute tentative de compréhension [10].

D'autre part, nous n'insisterons jamais assez sur le fait que les personnes âgées méritent le respect et ont le droit de vivre dans la dignité. Elles sont des êtres à part entière qui vivent, qui ont peur de mourir et qui expérimentent une vaste gamme d'émotions. Elles affrontent la vie en subissant les affres des modifications causées par le vieillissement qui peuvent diminuer leur capacité fonctionnelle et sociale. La relation au monde se dégrade à mesure qu'elle avance en âge et c'est en dépit de ces changements que les soignants doivent maintenir la stabilité de leur état de santé, favoriser leur bien-être psychosocial et leur sécurité dans le monde [17].

Cette étude fait ainsi le constat d'un certain manque de formation des équipes soignantes face à la complexité d'un diagnostic infirmier tenant compte de la situation des personnes âgées atteintes de démence. L'équipe soignante devrait-elle acquérir davantage de formation dans le domaine de la gérontologie par des apprentissages ciblés sur les problèmes actuels que rencontrent les personnes âgées vivant avec la démence ? Nous pensons qu'une formation plus attentive dans le domaine de la gérontologie pourrait constituer une partie de la réponse aux résultats que nous avons découverts face aux limites du

diagnostic infirmier auprès des personnes âgées qui vivent avec la démence. Cette formation serait plus à même de développer les connaissances sur les phénomènes perturbateurs et une réflexion objective sur la réalité du vieillissement psychosocial afin d'agir en conséquence sur les conditions environnementales propres au CHSLD qui provoque tant d'isolement et de confusion chez les personnes âgées présentant des problèmes cognitifs.

Pour mieux consolider l'équipe du personnel soignant, il serait également pertinent d'envisager l'apport d'une infirmière praticienne qui, forte d'une formation avancée en psychogériatrie, serait mieux équipée pour tenir compte de la situation psychosociale de ces patients atypiques, de leur famille et de la collectivité les entourant. L'infirmière praticienne veillerait à la surveillance et au suivi des interventions portées par les équipes de soin en effectuant des examens de santé, en interprétant des tests diagnostiques et en prescrivant, si nécessaire, des médicaments jusqu'à la complète résolution du problème. Elle accompagnerait quotidiennement le personnel soignant et pourrait le former à adopter les meilleures pratiques.

Selon nous, la prise en charge adéquate de la personne âgée souffrant de démence passe inévitablement par un tel apport à la pratique du diagnostic infirmier à la fois physique et psychogériatrique. L'infirmière praticienne ne remplacerait pas les infirmières dans l'identification des diagnostics infirmiers des personnes institutionnalisées et la rédaction de leur plan thérapeutique infirmier, elle les accompagnerait.

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs n'ont pas précisé leurs éventuels liens d'intérêts.

Références

- [1] Vecchiato S. Un lexique satellite : les diagnostics infirmiers. In: Druetta R, Falbo C, editors. Cahiers de recherche de l'École doctorale de linguistique française. Docteurs et Recherche... une aventure qui continue. Trieste; EUT Edizioni Università di Trieste; 2014. p. 179-97.
- [2] Celis-Girardin MT. Perspective infirmière et diagnostic infirmier. *Soins* 2006;711(51):67.
- [3] Fry V. The creative approach to nursing. *Am J Nurs* 1953;53:301-2.
- [4] NANDA International, AFEDI, AQCSI. *Diagnostics infirmiers 2015-2017 : définitions et classification*. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2016.
- [5] Doenges ME, Moorhouse MF, Burly JT. *Applications de la démarche de soins et des diagnostics infirmiers*. Paris: Maloine; 1999.
- [6] Carpenito-Moyet LJ. *Manuel de diagnostics infirmiers*. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2012.
- [7] Paquette-Desjardins D, Sauvé J. *Modèle conceptuel et démarche clinique : outils de soutien aux prises de décision*. Montréal: Beauchemin Chenelière Éducation; 2007.
- [8] Doenges ME, Moorhouse MF, Geissler-Murr AC. *Guide pratique : diagnostics infirmiers, interventions et justifications*. 6^e éd. Montréal: Éditions du renouveau pédagogique Inc.; 2011.

- [9] Pascal A, Valentin EP. Diagnostiques infirmiers : interventions et résultats. Classifications infirmières et plans de soins. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2011.
- [10] Ferrey G, Le Gouès G. Psychopathologie du sujet âgé. Collection : les âges de la vie. 6^e éd. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2012.
- [11] Lavoie AM, Pelletier A. Les comportements perturbateurs en centre d'hébergement : point de vue des soignants. *Perspective soignante* 2003;17-18:110-31.
- [12] Phaneuf M. Le vieillissement perturbé : la maladie d'Alzheimer. Montréal: Chenelière Éducation; 2007.
- [13] Mathieu L [Thèse de doctorat de la Faculté d'administration] Gestion des connaissances cliniques : développement, implantation et évaluation d'un système d'information en soins infirmiers de longue durée. Université de Sherbrooke; 2002.
- [14] Les diagnostics infirmiers selon les 14 besoins fondamentaux de Virginia Henderson; 2016 [Consulté sur : http://www.soins-infirmiers.com/diagnostics_infirmiers.php].
- [15] Corbière M, Larivière N. Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes. Dans la recherche en sciences humaines, sociales et de la santé. Montréal: Presses de l'Université du Québec; 2014.
- [16] Manoukian A. Les soignants et les personnes âgées. Soigner et accompagner : soins et perte d'autonomie. 5^e éd. Paris: Éditions Lamarre; 2012.
- [17] Benoit M, Lavoie AM, Dragon J. Une approche collaborative interprofessionnelle pour réduire les cas d'abus ou de négligence (maltraitance) en centre d'hébergement pour personnes âgées : l'exigence d'une formation et professionnalisation du travail des préposés aux soins. *Aporia* 2015;7(1): 5-13.

