

La Géroⁿtoise

Volume 28, numéro 1 - Printemps 2017

**Des soins adaptés dans un milieu
approprié pour une clientèle âgée**

AQiiG 

Association québécoise
des infirmières et infirmiers
en gériologie

La Gérontoise
Printemps 2017, vol. 28, no. 1

AQIIG

4565, chemin Queen-Mary
Montréal, QC, H3W 1W5

site web : www.aqiig.org
courriel : info@aqiig.org
téléphone : 514 340-2800, poste 3092

Présidente de l'AQIIG
Ginette Labbé

Rédaction

Rédactrice en chef
Olivette Soucy
Anne Bourbonnais
Véronique Dubé

Conseillère clinique
Johanne Senneville

Révisseuses linguistiques
France Collin
Olivette Soucy

Création graphique et mise en page
73DPI

Collaboratrices

Huguette Bleau
Anne Bourbonnais
Véronique Dubé
Francis Ethridge
Ginette Labbé
Marie-Hélène Lalonde
Patrick Lavoie
Tanya Mailhot
Angélique Paquette
Olivette Soucy

Dépôt légal
1^{er} trimestre 2017
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada
ISSN 1183-8051

Politique éditoriale

La Gérontoise est publiée deux fois par année par l'Association Québécoise des Infirmières et Infirmiers en Gérontologie.

Cette revue est destinée à tous ses membres ainsi qu'à toute personne intéressée par la gériatogériatrie. Elle présente les résultats des différentes recherches réalisées dans ce domaine, les projets cliniques et les expériences vécues dans les milieux de soins ainsi que les travaux d'étudiants universitaires. Les opinions émises n'engagent que les auteurs.

Tous les articles peuvent être reproduits à condition d'en spécifier la source.

Pour faciliter la lecture, le genre féminin est souvent employé, sans aucune discrimination. Cette utilisation a pour seul but d'alléger la lecture.

Politique publicitaire

La revue accepte des messages publicitaires commerciaux, susceptibles d'intéresser ses abonnés. Ces publications doivent être en harmonie avec les valeurs de l'Association. Leur insertion dans la revue ne signifie pas une recommandation implicite des produits annoncés.

Politique d'abonnement

La Gérontoise numérique est envoyée gratuitement à tous les membres. Pour faire partie de l'Association, vous devez compléter une demande d'adhésion.

Le coût de l'abonnement est de 35\$ pour un an et de 60\$ pour deux ans (étudiant et retraité), de 50\$ pour un an et de 85\$ pour deux ans (membre régulier), de 100\$ pour un an et de 170\$ pour deux ans (membre corporatif).

Pour plus d'information, consulter le site internet www.aqiig.org, ou communiquer au 514 340-2800, poste 3092.

Table des matières

4

Mot de la présidente

6

Éditorial

7

La gestion collaborative de la douleur chronique en centre d'hébergement et de soins de longue durée: une revue des écrits

Angélique Paquette, Anne Bourbonnais

17

Prise en charge infirmière du délirium chez les personnes âgées en soins critiques: Détection, Évaluation et Intervention non pharmacologiques

Tanya Mailhot, Patrick Lavoie

28

Les interventions de prévention de l'état confusionnel postopératoire chez les personnes âgées hospitalisées: une revue descriptive des écrits

Marie-Hélène Lalonde, Anne Bourbonnais

41

Les micro-milieus : une solution afin d'offrir à la clientèle un milieu de vie adapté.

Huguette Bleau, Francis Etheridge

52

Francine Ducharme : *Femme d'exception 2017*

Ginette Labbé

53

Qui pourrait vous intéresser...

Mot de la présidente



Bonjour à tous et à toutes,

Il me fait plaisir de vous saluer. Je profite de *La Gérotoise*, pour vous informer des travaux effectués durant les mois d'automne et d'hiver.

En premier, je désire féliciter madame Véronique Dubé, chercheuse de la Chaire Marguerite d'Youville de l'Université de Montréal pour l'obtention d'une subvention du Ministère de la famille et des Aînés concernant le projet de recherche-action ACE (*Apprendre pour cheminer ensemble*). Ce projet novateur était chapeauté par l'AQIIG dans le cadre du *Soutien aux projets nationaux et à l'expérimentation du Programme Québec ami des aînés (QADA)*. Ce programme s'intéresse aux proches aidants de personnes de 50 ans et plus présentant une démence de type Alzheimer ou souffrant de maladies apparentées.

L'AQIIG a participé avec l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) à des journées de travail afin d'élaborer des *Normes de pratique infirmières en CHSLD* (2017).

De plus, un nouveau partenariat s'est concrétisé entre l'AQIIG et l'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC) quant au programme de certification pour les infirmières québécoises sur la formation pour la personne âgée et sur d'autres formations accréditées afin assurer une mise à niveau adéquate des connaissances.

Un souper conférence a eu lieu à Québec le 17 novembre 2016 « **J'ai ma! Vous me comprenez ou vous me comprenez mal?** » Cette conférence très intéressante était donnée par madame Nathalie Vadeboncoeur, inf. M.Sc.

Le 17 et 18 novembre 2016, l'Association s'est jointe au *Forum sur les meilleures pratiques en CHSLD* présenté par le MSSS. De plus, elle a participé aux travaux touchant l'utilisation par les proches de caméras et de téléphones intelligents dans les établissements de soins de longue durée (CHSLD).

Nous sommes à l'ère de la technologie. L'AQIIG veut l'utiliser pour garder un contact actif auprès de ses membres, à travers le Québec. Elle souhaite que ces derniers soient plus actifs au sein de l'organisation grâce à l'utilisation de Skype et Facetime qui facilitent les communications. Ainsi, des membres régionaux pourraient se joindre aux conseils d'administration. Nous avons besoin de votre participation au sein de l'organisation.

En continuant sur cette lancée, nous préparons des visioconférences de formation sur la personne âgée et ses besoins. Tous, à travers le Québec, pourraient y assister dans son milieu de soins et, ainsi, bénéficier d'une accréditation.

La technologie va nous permettre de se rapprocher. En fait, votre Association a plusieurs projets. Nous espérons que vous serez des nôtres. Les personnes âgées méritent de continuer à recevoir des soins de la plus haute qualité.

Amicalement,

Ginette Labbé
Présidente

Le Groupe Champlain inc. est un regroupement de treize (13) CHSLD privés conventionnés situés dans plusieurs régions du Québec. Le Groupe Champlain offre des services à des personnes qui, privées de leur autonomie physique ou intellectuelle, ont besoin d'un milieu de vie de qualité respectant leur individualité.



Un milieu qui entoure

Groupe Champlain est un employeur important du réseau de la santé qui est à la recherche des candidats prêts à relever de nouveaux défis dans les domaines suivants :

Infirmière

Infirmière auxiliaire

Préposé(e) aux bénéficiaires

Préposé(e) à l'entretien ménager

Cuisinier(ère)

Aide-cuisinier(ère)

Aide en alimentation

Si vous cherchez :

- À développer vos talents,
- Un milieu de travail stimulant avec une forte culture de la qualité,
- Une réelle perspective de développement de carrière,
- Les mêmes conditions de travail et avantages sociaux que dans le réseau de la santé,
- Un environnement agréable et des horaires de travail souples,

Vos talents, vos ambitions et votre énergie seront mis à contribution dans nos équipes. Faites-en partie!



Le Groupe Champlain

- Préconise l'approche Milieu de vie axée sur les besoins des résidents;
- A reçu la Mention d'honneur d'Agrément Canada pour la qualité de ses soins et services;
- Fait partie du réseau Planetree pour l'amélioration de l'expérience de soins de santé et de services.

Nous souscrivons au principe de l'accès à l'égalité. Les candidatures des minorités visibles, de minorités ethniques, des autochtones, des personnes handicapées et des femmes sont encouragées. Des mesures d'adaptation peuvent être offertes aux personnes en fonction de leurs besoins.

Faites parvenir votre curriculum vitae
En ligne : www.groupechamplain.qc.ca/emploi

Nous remercions toutes les personnes qui poseront leur candidature, mais seules celles retenues seront contactées.



Réseau
PLANETREE
Québec



Éditorial

Le présent numéro est axé sur les soins spécifiques nécessaires à certaines personnes en perte d'autonomie cognitive et physique. Tous, nous savons comment il est difficile de traiter la douleur chronique et le délirium chez quelqu'un en soins critiques. De même, qu'il faut prévenir l'état confusionnel qui survient trop souvent en période post-opératoire.

Les nombreuses interventions à assurer chez une clientèle souffrant de multiples problèmes entraînent également un surplus de travail énorme pour les infirmières, surtout si ces personnes sont toutes hébergées dans des unités, sans distinction aucune des problèmes de santé.

Afin de soigner le plus adéquatement, une gestion collaborative de la douleur chronique est indispensable. **Angélique Paquette et Anne Bourbonnais** ont fait une revue des écrits et nous donnent des pistes de réflexion pour réaliser, en équipe, des soins améliorés, capables de réduire la douleur chronique.

Marie-Hélène Lalonde et Anne Bourbonnais présentent des interventions susceptibles d'éliminer l'état confusionnel postopératoire souvent vécu par des personnes âgées.

Le délirium est traité par **Tanya Mailhot et Patrick Lavoie** qui font une revue descriptive des écrits présentant des actions à entreprendre afin de prévenir son apparition chez les personnes âgées.

Le milieu idéal selon **Huguette Bleau et Francis Ethridge** pour assurer des soins de qualité est présenté. Ils s'interrogent si les micros milieux seraient une solution afin d'offrir un milieu de vie adapté pour chacun des divers types de clientèle et, ainsi permettre à l'équipe formée pour le type de problème d'assurer les soins nécessaires. Après avoir réalisé une recension des écrits sur le sujet, les auteurs ont développé un projet-pilote dans leur milieu de soins. Les résultats de ces travaux permettront peut-être de concevoir le regroupement des clientèles comme étant susceptible d'améliorer la qualité des soins et le travail des équipes de soins.

Bonne lecture

Olivette Soucy, rédactrice

La gestion collaborative de la douleur chronique en centre d'hébergement et de soins de longue durée : une revue des écrits

Angélique Paquette, inf., B. Sc., étudiante à la maîtrise;
Anne Bourbonnais, inf., Ph. D.

La prévalence de la douleur chronique est estimée à plus de 80 % chez les personnes âgées demeurant en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD). Malheureusement, elle est généralement sous-évaluée et sous-traitée. Contrairement à la douleur aiguë, il est beaucoup plus difficile de la détecter, et ce, particulièrement chez la personne âgée qui est atteinte de troubles cognitifs. En effet, ces derniers limitent la capacité à communiquer efficacement l'expérience de douleur vécue. Par sa proximité avec les personnes âgées, l'équipe de soins, composée d'infirmières, d'infirmières auxiliaires et de préposées¹, est bien positionnée pour percevoir les changements subtils chez la personne âgée permettant ainsi de détecter la présence de douleur chronique. Cet article a pour objectif de présenter l'état des connaissances sur la douleur chronique chez les personnes âgées atteintes de troubles cognitifs en CHSLD et sur la collaboration des équipes de soins pour la gérer. Pour y parvenir, une recension des écrits a été effectuée dans plusieurs bases de données. Les résultats permettent d'identifier la complexité du phénomène de la douleur ainsi que divers facteurs pouvant influencer la collaboration au sein d'une équipe de soins. Par contre, les études concernant directement la collaboration quant à la gestion de la douleur chronique chez la personne atteinte de troubles cognitifs en CHSLD sont rares. Pourtant, une meilleure compréhension de la collaboration au sein des équipes de soins permettrait de dégager des solutions pour améliorer la gestion de la douleur, en fonction des besoins de l'équipe de soins.

Mots clés : Collaboration, douleur chronique, personne âgée, troubles cognitifs, centre d'hébergement et de soins de longue durée.

La douleur chronique est très répandue chez les personnes âgées de plus de 65 ans, atteignant plus de 80 % chez celles demeurant en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) (Lynch, 2011). Au Québec, c'est plus de 37 000 personnes qui demeuraient en CHSLD au 31 mars 2015 (Assemblée nationale du Québec, 2016). Plusieurs études (Haasum, Fastbom, Fratiglioni, Kareholt et Johnell, 2011; Lin, Lin, Shyu et Hua, 2010; Zwakhalen, Hamers et Berger, 2007) rapportent les impacts négatifs reliés à la douleur chronique chez les personnes âgées, dont : la diminution de la mobilité, les chutes, la dépression, l'agitation, l'anxiété et l'altération des fonctions cognitives. Contrairement à la douleur aiguë, il est beaucoup plus difficile de la détecter, et ce, particulièrement chez la personne âgée qui est atteinte de troubles cognitifs (Ni Thuathail et Welford, 2011), ce qui est le cas pour 80 % des personnes vivant en CHSLD (Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux, 2014).

De nombreuses études soulignent que la douleur chronique est généralement sous-évaluée et sous-traitée chez les personnes âgées atteintes de troubles cognitifs (Haasum et al., 2011; Husebo, Strand, Moe-Nilssen, Husebo et Ljunggren, 2010). Plusieurs facteurs peuvent expliquer ce constat, dont : le manque de reconnaissance de la douleur, le manque de formation, l'absence de diagnostic expliquant la présence de douleur et l'absence de recours à des outils d'évaluation validés (McAuliffe, Nay, O'Donnell et Fetherstonhaugh, 2009). Un autre obstacle rencontré concerne la difficulté de communiquer efficacement verbalement chez la personne atteinte de troubles cognitifs, limitant ainsi sa capacité à exprimer et à décrire l'expérience de douleur (Buffum, Hutt, Chang, Craine et Snow, 2007). De plus, les comportements habituellement associés à la douleur peuvent être absents, différents, mal interprétés ou associés à un symptôme de démence complexifiant davantage l'évaluation de

la douleur chronique (Zwakhalen, Hamers, Abu-Saad et Berger, 2006).

Parmi les facteurs aidants identifiés, la connaissance approfondie de la personne âgée est considérée comme essentielle (Holloway et McConigley, 2009; McAuliffe et al., 2009). Par sa proximité, l'équipe de soins (infirmières, infirmières auxiliaires et préposées) est un élément clé pour percevoir les changements subtils chez les personnes âgées hébergées. Avec un ratio résidents/infirmière élevé, cette connaissance peut être plus difficile à atteindre pour l'infirmière, contrairement à l'infirmière auxiliaire et la préposée, qui ont un ratio moins élevé.

Considérant la complexité de la gestion de la douleur chronique ainsi que la complémentarité des rôles de l'équipe de soins, des études suggèrent d'accroître la collaboration (Karlsson, Sidenvall, Bergh et Ernsth-Bravell, 2013; Liu, 2014). Parmi les avantages de la collaboration, notons de meilleurs résultats pour les personnes atteintes de maladies chroniques; une diminution des tensions ainsi que des conflits entre les soignants; une meilleure utilisation des ressources cliniques sans parler de la diminution du taux de roulement du personnel (ProfessionsSantéOntario, 2010).

Bien que d'apparence simple, la collaboration est un concept complexe. Plusieurs définitions existent, dont celle proposée par D'Amour (1997) :

[...] la structuration d'une action collective à travers le partage de l'information et la prise de décision dans les processus cliniques. Elle résulte d'un processus d'interaction entre les acteurs, des acteurs avec la structure organisationnelle et de ces deux éléments avec des structures englobantes. (p. 104)

Cette définition permet de considérer de nombreux éléments influençant la collaboration. En effet, les termes «processus d'interaction» soulignent son côté dynamique. Ensuite, la «structure englobante» fait référence aux influences possibles autres qu'organisationnelles, dont les structures éducationnelles ou encore juridiques. De plus, cette définition permet de concevoir les multiples interactions entre les membres d'une équipe de soins, entre les équipes de soins et la structure du CHSLD ainsi qu'entre ces deux éléments et les structures extérieures au CHSLD.

L'objectif de cette revue des écrits est donc de présenter l'état des connaissances sur la douleur chronique chez les personnes âgées atteintes de troubles cognitifs en CHSLD et sur la collaboration des équipes de soins pour la gérer.

Méthode

Afin d'atteindre cet objectif, une revue narrative des écrits a été réalisée. Les prochains paragraphes présenteront la stratégie de recherche utilisée pour ensuite faire état du déroulement de l'analyse des écrits.

Stratégie de recherche utilisée

Cette revue des écrits a été effectuée à partir des bases de données CINAHL, PsycINFO, Medline, Google ainsi que Google Scholar afin de recueillir le plus grand nombre possible d'articles pertinents. Diverses combinaisons de mots clés ont été utilisées à partir des mots : «pain», «chronic pain», «nursing home», «long-term care facility», «dementia», «cognitive impairment», «cognitive disorder», «Alzheimer disease» et «collaboration». La recherche a été limitée aux articles de 2000 à 2016, de langue française ou anglaise, spécifique aux personnes âgées atteintes de troubles cognitifs. Tous les articles portant sur la validation d'outils d'évaluation de la douleur, l'évaluation de programmes de formation pour améliorer les connaissances, ou encore visant d'autres clientèles, telles que les personnes atteintes de cancer, ont été exclus.

Déroulement de l'analyse

Afin de réaliser cette revue narrative des écrits, les résumés des articles ont d'abord été lus afin de s'assurer qu'ils correspondaient aux critères. Par la suite, une grille d'analyse a été conçue et complétée pour chacun permettant de ressortir les principaux éléments de l'article, dont le type d'article, la méthode utilisée, les principaux résultats ainsi que les forces et les faiblesses. Au total, 24 articles ont été retenus, comprenant des études quantitatives (n=3), des études qualitatives (n=11), une revue de littérature (n=1), une revue systématique (n=1), des lignes directrices (n=4), un consensus d'expert (n=1), des livres (n=2), ainsi que de la littérature grise (n=1). Ces écrits provenaient majoritairement des États-Unis, du Canada, de la Suisse ainsi que de l'Australie.

Résultats

Tout d'abord, le phénomène de la douleur est présenté. Ensuite, les perceptions des membres de l'équipe de soins quant à leur rôle dans la gestion de la douleur sont exposées pour finalement dresser un portrait de la collaboration quant à la problématique de la douleur.

Phénomène de la douleur chez les personnes âgées

Sur leur site internet, l'*International Association for the Study of Pain* définit ainsi la douleur : «Une expérience sensorielle et émotionnelle déplaisante associée à un dommage actuel ou potentiel, ou décrit en de tels termes» [traduction libre]. En fait, la douleur est caractérisée par sa subjectivité ainsi que par l'absence d'examen médicaux permettant de la quantifier de façon objective (Marchand, 2009).

Deux grandes catégories de douleur sont reconnues. La première est la douleur aiguë qui survient à la suite, par exemple, d'un traumatisme ou d'une chirurgie (D'Arcy, 2010; Lynch, 2011; Marchand, 2009). La seconde, la douleur chronique, est celle qui perdure au-delà de la période normale de rétablissement ou qui est secondaire à une pathologie chronique (Lynch, 2011). Dans certains cas, aucune pathologie clairement établie n'explique la présence de la douleur chronique (D'Arcy, 2010).

Plusieurs pathologies que l'on retrouve chez la personne âgée peuvent expliquer la présence de la douleur chronique, dont : les fractures vertébrales par compression secondaire à l'ostéoporose, l'arthrite, les neuropathies diabétiques ou encore les traumatismes résultant de chutes (D'Arcy, 2010). Par contre, même si l'on ne peut déterminer la cause de la douleur, il est nécessaire de la reconnaître (Marchand, 2009).

Un groupe d'experts, intéressé à la douleur chez la personne âgée, mentionne que l'évaluation doit couvrir trois volets (Hadjistavropoulos et al., 2007). Le premier correspond à l'évaluation initiale et le suivi de la douleur, comprenant l'auto-évaluation et l'observation comportementale de la douleur. Le second volet correspond à l'examen physique, dont l'évaluation sensorielle, fonctionnelle ainsi que l'évaluation de la pharmacologie. Le dernier volet fait référence à l'évaluation de l'ensemble des autres facteurs influençant la douleur, dont les stratégies d'adaptation, les fonctions affectives et cognitives. En fait, l'ensemble de ces éléments devrait être évalué afin d'établir les écarts entre l'état actuel et l'état habituel dans le but de déterminer un plan de traitement adapté ainsi que des objectifs réalistes et personnalisés.

Par ailleurs, des défis s'ajoutent à la gestion de la douleur lorsqu'une personne est atteinte de troubles cognitifs. Bien que la prévalence de la douleur soit similaire chez les personnes âgées sans et avec troubles cognitifs, ces derniers

rapportent moins leur douleur (Hadjistavropoulos et al., 2007). En fait, les atteintes cognitives dont elles souffrent limitent leur capacité à se souvenir de leur douleur, à bien comprendre les questions (Burns et McIlpatrick, 2015), ainsi que leur capacité à la communiquer (Hadjistavropoulos et al., 2007). Malgré cela, l'autodéclaration est considérée comme la source de données la plus fiable dans l'évaluation de la douleur (Hadjistavropoulos et al., 2007; Herr, Coyne, McCaffery, Manworren et Merkel, 2011). En effet, les personnes âgées atteintes de troubles cognitifs demeurent généralement en mesure de rapporter certaines informations concernant leur douleur, lorsque questionnées (Hadjistavropoulos et al., 2007). De plus, McAuliffe et al. (2009) mentionnent d'autres barrières à l'évaluation de la douleur chez la personne atteinte de troubles cognitifs, dont le manque d'évidence sur la présence de la douleur, la possibilité qu'il n'y ait pas de douleur, et ce, malgré la présence d'une pathologie douloureuse ainsi que la difficulté de détecter la douleur chronique qui n'est pas associée à des changements des paramètres physiologiques.

Plusieurs lignes directrices et articles scientifiques exposant des recommandations quant à la gestion de la douleur chronique chez la personne atteinte de troubles cognitifs sont disponibles, dont Hadjistavropoulos et al. (2007) et Herr et al. (2011). Ils recommandent des interventions similaires. Les principales sont : 1) être à l'affût de la présence de douleur; 2) obtenir une auto-évaluation; 3) rechercher les causes possibles de douleur; 4) observer le comportement; 5) utiliser un outil d'évaluation comportementale de la douleur adaptée pour une clientèle atteinte de troubles cognitifs; 6) valider auprès d'un tiers; 7) traiter la douleur et 8) réévaluer.

De plus, il est reconnu que la collaboration est nécessaire pour obtenir une vision holistique de la personne âgée, incluant celle des préposées (Hadjistavropoulos et al., 2007). Il s'avère donc pertinent de s'attarder aux perceptions des différents membres de l'équipe de soins impliqués dans cette collaboration.

La douleur chronique et l'équipe de soins en centre d'hébergement et de soins de longue durée

Cette section est divisée en trois parties. Tout d'abord, les articles qui incluent divers membres de l'équipe de soins sont présentés. Par la suite, un portrait est dressé pour ceux qui contiennent un titre d'emploi précis, soit les préposées pour ensuite terminer par les infirmières.

Divers membres de l'équipe de soins

Deux études qualitatives américaines se sont intéressées aux perceptions des infirmières et des infirmières auxiliaires quant à la gestion de la douleur chronique chez la personne âgée (Gropelli et Sharer, 2013; Kovach, Griffie, Muchka, Noonan et Weissman, 2000). Dans ces deux études qualitatives, le manque de formation a été mentionné, et ce, bien que les participants de l'étude de Kovach et al. (2000) ont reçu de la formation sur la gestion de la douleur. Pour sa part, l'étude de Gropelli et Sharer (2013) a permis d'identifier deux éléments pertinents à cette revue des écrits. Le premier réfère à l'absence de plan de soins individualisé pour les personnes âgées ayant une douleur chronique, bien que l'unicité de l'expérience douloureuse soit reconnue. Le second souligne les difficultés au niveau de la communication. En fait, bien que l'utilisation d'outils d'évaluation de la douleur aurait amélioré la communication entre les infirmières et le médecin durant cette étude, il persiste des difficultés de communication entre les membres de l'équipe de soins, tant au niveau verbal qu'écrit. Toutefois, aucun détail n'est donné concernant les outils de communication ou moments d'échange planifiés avec le reste de l'équipe de soins ou même entre les infirmières. De plus, seulement deux participantes sur 16 ont reconnu la valeur des préposées dans la gestion de la douleur, soulignant ainsi un manque de reconnaissance de leur contribution.

Par ailleurs, plusieurs recherches dans le domaine de la douleur chez la personne âgée atteinte de troubles cognitifs ont soulevé des barrières empêchant une gestion optimale de la douleur. Cela a permis à McAuliffe et al. (2009) de réaliser une revue de littérature sur ce sujet (n = 10). Les échantillons de ces études étaient variés. Les résultats soulignent quatre constats. Premièrement, un manque de reconnaissance de la douleur est soulevé, empêchant de la diagnostiquer et d'établir un plan de soins adapté. Cette situation serait encore plus fréquente chez la personne atteinte de troubles cognitifs légers qui aurait pourtant la capacité de l'exprimer plus facilement. Deuxièmement, le manque de formation des membres de l'équipe de soins limite la prise en charge adéquate de la douleur. Par exemple, l'agitation est souvent associée à un trouble de comportement plutôt que d'envisager d'autres causes, dont la présence de douleur. Troisièmement, une mauvaise interprétation des symptômes entraîne un mauvais diagnostic de la part des médecins, comme l'exemple précédent le démontrait. Finalement, la non-utilisation d'un

outil d'évaluation de la douleur adaptée pour cette clientèle est aussi identifiée comme barrière à l'évaluation de la douleur.

La préposée

Plusieurs études qualitatives concernant les préposées ont obtenu des résultats similaires (Holloway et McConigley, 2009; Karlsson et al., 2013; Liu, 2014). Premièrement, toutes ces études soulignent que les préposées sont en mesure de contribuer à l'évaluation de la douleur, puisque leur proximité les rend plus susceptibles de reconnaître les changements subtils, dont les signes de douleur. Deuxièmement, elles servent d'intermédiaire entre la personne âgée atteinte de troubles cognitifs et l'infirmière en rapportant les signes de douleur observés. Cependant, une attitude passive ou de la frustration a été notée chez certaines préposées lorsque, entre autres, elles ne se sentaient pas reconnues par les infirmières et qu'aucune action n'était entreprise par ces dernières à la suite de la communication de leurs observations. Troisièmement, elles expriment ne pas être considérées dans les prises de décisions, et ce, malgré leur rôle central. Finalement, elles amorcent, de façon autonome, des approches non pharmacologiques, telles qu'utiliser la distraction ou la réassurance.

Une différence entre ces études porte sur la notion du travail d'équipe. Seules les préposées de l'étude de Holloway et McConigley (2009) en ont souligné l'importance, mais en faisant référence au travail d'équipe entre préposées. En effet, la lourde perte d'autonomie des résidents peut nécessiter que les soins soient prodigués par deux préposées. Puisqu'elles ne se sentent pas considérées par les infirmières, il est peu surprenant que le travail d'équipe ou la collaboration entre les préposées et les infirmières n'ait pas émergé des résultats des études.

L'infirmière

Dans une revue systématique, Burns et McIlpatrick (2015) ont exploré les écrits portant sur les attitudes et les connaissances des infirmières quant à l'évaluation de la douleur chez la personne atteinte de troubles cognitifs. Les résultats indiquent qu'elles manquent de formation au niveau de l'évaluation et de la gestion de la douleur, qu'elles utilisent des outils d'évaluation de la douleur inadéquats et qu'elles ont de la difficulté à la reconnaître. Deux barrières supplémentaires sont identifiées. La première est liée à la charge

de travail, au manque de personnel ainsi qu'au manque de temps entraînant un impact négatif sur le temps disponible pour l'évaluation de la douleur, sur la continuité interservices, sur le transfert de connaissances ainsi que sur le travail interprofessionnel. Le second élément concerne les barrières liées à la communication ainsi qu'au travail interprofessionnel. Basé sur des articles s'intéressant à la relation entre l'infirmière et le médecin (Kaasalainen et al., 2007; Martin, Williams, Hadjistavropoulos, Hadjistavropoulos et MacLean, 2005), il a été identifié que la communication efficace et la confiance étaient essentielles afin de gérer la douleur efficacement. Ces auteurs soulèvent, entre autres, que lorsque les médecins manquent de confiance envers les infirmières qui n'ont pas de bonnes habiletés de communication, ils sont moins enclins à prescrire l'analgésique réclamé. Cette situation induit un sentiment d'impuissance et de frustration chez les infirmières, rappelant la situation des préposées à l'égard des infirmières, rapportée, entre autres, par Liu (2014).

Par ailleurs, Barry, Parsons, Peter Passmore et Hughes (2012) se sont penchés sur les connaissances et les croyances des infirmières gestionnaires de résidences quant à la gestion de la douleur chez la personne âgée atteinte de troubles cognitifs. Cette étude quantitative a identifié trois principales barrières à sa gestion, soit la difficulté d'obtenir une évaluation précise, le manque de connaissances et d'éducation de l'équipe de soins ainsi que le manque d'approches standardisées pour la gestion de la douleur chez la personne âgée atteinte de troubles cognitifs. Bien que la validité de cette étude soit limitée en raison d'un taux de réponse de seulement 39,3 % et que seules les réponses de gestionnaires aient été recueillies, ces résultats sont cohérents avec les résultats de McAuliffe et al. (2009) et de Burns et McIlfratrick (2015) en ce qui concerne certaines barrières. Par contre, elle se distingue en identifiant le manque d'approches standardisées dans la gestion de la douleur, comme recommandé, entre autres, par Hadjistavropoulos et al. (2007). Cependant, aucune information n'est donnée sur ce qui était disponible dans les milieux de l'étude, par exemple une description détaillée des rôles ou la disponibilité d'outils d'évaluation de la douleur.

En somme, plusieurs obstacles à l'évaluation de la douleur ont été soulevés, dont un manque de reconnaissance de la douleur, de formation, de soutien de la direction, de temps ou encore l'absence d'approches standardisées et de mentor. De plus, le manque de confiance et de reconnaissance de la contribution de chacun des membres de l'équipe de soins sont aussi ressortis. Face à ces nombreuses barrières, il est possible

de penser qu'une approche globale est requise pour une meilleure gestion de la douleur chez la personne âgée atteinte de troubles cognitifs. Au cours des prochains paragraphes, les écrits concernant la collaboration seront donc présentés.

La collaboration des équipes de soins pour la gestion de la douleur chronique

Bien que la collaboration soit recommandée comme moyen d'améliorer la gestion de la douleur chez la personne âgée atteinte de troubles cognitifs (Karlsson et al., 2013; Liu, 2014), seulement deux études abordant ce sujet ont été trouvées. Cependant, quelques études ont tout de même été retenues, car elles traitaient de la douleur chronique sous l'angle de la collaboration sans être propre aux personnes âgées ou de la collaboration en général en milieu gériatrique. Bien qu'indirectement liées à la problématique, ces études aident à mieux comprendre les éléments devant être considérés en ce qui concerne la collaboration.

Collaboration quant à la gestion de la douleur chronique chez la personne âgée vivant en centre d'hébergement.

Aux États-Unis, Baier et al. (2004) ont procédé à une étude quasi expérimentale pour évaluer les effets d'un projet d'interventions multifacettes dans l'amélioration du processus de la gestion de la douleur. Dix-sept centres d'hébergement pour personnes âgées y ont participé. Les interventions implantées comportaient cinq volets soit de la formation, une approche systématique d'amélioration de la qualité, des audits et de la rétroaction ainsi que du mentorat individuel. Les participants à l'étude étaient des directrices des soins infirmiers, des infirmières et des préposées. Les résultats démontrent que ce projet a réduit la prévalence de la douleur et a accru l'adhérence aux lignes directrices. De plus, cette étude souligne les impacts significatifs de la dimension organisationnelle sur la collaboration. En effet, des personnes détenant un rôle d'expert soutenaient les équipes de soins, effectuaient un suivi de la qualité des soins à l'aide d'audits et de rétroactions et planifiaient des moments d'échanges afin de trouver des solutions aux obstacles rencontrés. Cependant, bien qu'ayant soulevé certaines barrières, telle la crainte des effets secondaires des opiacés, cette étude ne donne pas d'indications concrètes afin d'aider à comprendre les facteurs qui influencent la

collaboration au sein de l'équipe de soins, comme les habiletés relationnelles ou encore les modes de communication utilisés. Pour leur part, Karlsson, Bravell, Ek et Bergh (2015) ont exploré l'expérience d'équipes de soins (infirmières et préposées) en ce qui concerne la gestion de la douleur chez les personnes atteintes de troubles cognitifs, et ce, dans trois résidences. Les résultats mentionnent le besoin de temps pour procéder à l'évaluation de la douleur, la nécessité d'avoir une stabilité de personnel pour bien connaître la personne ainsi que l'utilisation de stratégies variées d'évaluation de la douleur. De plus, les participantes ont souligné l'importance de la collaboration. En effet, les préposées étaient conscientes de l'importance de leurs observations pour les infirmières. Ces dernières soulignaient le lien de dépendance et de confiance envers les préposées. La collaboration impliquait, entre autres, un moment d'échange téléphonique quotidien, puisque dans ces résidences, les infirmières n'étaient pas disponibles en tout temps.

Étude portant sur la collaboration et la douleur chronique.

En Espagne, Martin-Rodriguez, D'Amour et Leduc (2008) ont réalisé une étude visant à déterminer l'impact de la collaboration sur quatre aspects, dont la gestion adéquate de la douleur. Cette étude transversale a inclus 312 patients ainsi que 34 professionnels (médecins, résidents en médecine, infirmières) provenant de quatre différentes équipes d'oncologie. Les résultats ont démontré une faible différence d'intensité dans la collaboration entre les groupes considérés comme ayant une grande collaboration et ceux ayant une faible collaboration, avec une différence de 0,5 point sur l'échelle de 1 (faible collaboration) à 5 (forte collaboration). Selon les auteurs, ces résultats suggèrent qu'une faible différence dans l'intensité de la collaboration entraîne malgré tout un impact significatif sur les indicateurs évalués dans l'étude, dont une meilleure gestion de la douleur décrite comme étant plus holistique et basée sur l'expertise des différents professionnels.

Études portant sur la collaboration en milieu gériatrique.

En Suisse, Kvarnström (2008) a réalisé une étude qualitative afin d'identifier et de décrire les difficultés de collaboration perçues par les professionnels de la santé quant au travail en équipe interprofessionnelle. Quatre de ces équipes ont été recrutées et provenaient de différents

milieux, dont gériatrique. Les résultats ont permis d'identifier des difficultés sur trois plans. D'abord, sur le plan de la dynamique d'équipe, un déséquilibre entre les décisions prises en équipe versus celles prises de façon personnelle a été constaté, soulevant les objectifs divergents au sein de l'équipe. Ensuite, de l'iniquité entre les professionnels a aussi été identifiée. Cette situation était vécue en différentes circonstances, comme lors de la prise de décisions. De plus, il y avait des conflits liés aux champs de pratique, car certaines personnes en dépassaient les limites. Sur le plan de la contribution des savoirs de chacun des professionnels, ne pas valoriser ou utiliser équitablement les services de chacune des professions a entraîné leur omission à partager leurs opinions lors des réunions. Puis, les résultats indiquent qu'il y avait un manque de consensus au sein de l'équipe ainsi que des lacunes dans la transmission de l'information. Finalement, au plan organisationnel, trois facteurs ont été identifiés comme entravant la collaboration. Premièrement, dans les milieux valorisant la hiérarchie, il pouvait être difficile, pour les professionnels ayant moins de pouvoir, de se considérer utiles à l'équipe. Deuxièmement, des changements dans l'organisation, que ce soit dans la composition des équipes, en termes de personne ou de nombre, ou dans le roulement des patients ont été identifiés comme étant contraignants. Troisièmement, les compositions d'équipes non adaptées aux besoins du milieu pourraient entraîner un manque de ressources pour répondre aux besoins. Bien qu'intéressante, cette étude manque de précision dans l'explication des résultats, ce qui pourrait entraîner une mauvaise interprétation.

Pour sa part, Zahreddine (2010) a réalisé une recherche de type exploratoire dans un milieu gériatrique de Montréal. L'objectif était de comprendre les perceptions de l'interdisciplinarité, terme considéré dans cette étude comme un synonyme de collaboration interprofessionnelle. Sept assistantes infirmières-chefs ont participé à l'étude. Les résultats obtenus rejoignent ceux de l'étude de Kvarnström (2008), à l'exception de la notion de hiérarchie et de la mauvaise composition de l'équipe qui n'ont pas été soulevées par cette étude. Par contre, elle s'en différencie en ayant identifié la notion de confiance et de connaissance de l'autre en termes de compétence. Selon les résultats, ces deux éléments seraient intimement reliés puisqu'il faudrait connaître les compétences d'une personne pour lui faire confiance. L'importance de la confiance avait d'ailleurs été soulevée, entre autres, par l'étude de Kaasalainen et al. (2007).

Aux États-Unis, Corazzini et al. (2013) ont abordé

la collaboration en procédant à une étude de cas multiples afin de décrire les comportements des infirmières et des infirmières auxiliaires, et ce, dans dix centres d'hébergement. Trois facteurs influençant la pratique ont été identifiés, soit l'*interchangeabilité des rôles*, le ratio infirmière-infirmière auxiliaire et la circulation de l'information. La notion d'*interchangeabilité* correspond aux situations où les infirmières font pratiquement le même travail que les infirmières auxiliaires, ce qui rend difficile de distinguer les rôles de chacune. En fait, dans les cas caractérisés par un faible nombre d'infirmières, une interchangeabilité élevée et où l'échange d'information est pauvre, le fonctionnement de l'équipe était comparable à une chaîne de commandement. Au contraire, dans les cas caractérisés par des ratios d'infirmière plus élevés, une interchangeabilité faible et une circulation de l'information élevée, les champs de pratique de chacun étaient considérés dans le partage des tâches favorisant ainsi la collaboration, soulignant, entre autres, l'importance des descriptions de tâches.

En conclusion, cette section a mis en évidence la rareté des études concernant la collaboration quant à la gestion de la douleur chronique chez la personne âgée atteinte de troubles cognitifs. Elle a aussi permis de constater que les écrits manquent souvent de précisions concernant le milieu ainsi que sur les spécificités des rôles. En particulier, le rôle de la préposée, lorsqu'elle participe à l'administration de la médication, semble parfois se confondre avec celui des infirmières auxiliaires rendant plus difficile la compréhension du contexte des études. Celles retenues ont tout de même permis de cibler des éléments relationnels et organisationnels influençant la collaboration des équipes de soins.

Discussion

Cette revue des écrits a permis de dresser un portrait de la complexité du phénomène de la douleur, caractérisé par sa subjectivité. De nombreuses pathologies chroniques douloureuses affectent les personnes âgées. L'évaluation de la douleur chronique nécessite de prendre de nombreux éléments en considération, tel l'examen physique complet, l'évaluation de la pharmacologie ainsi que des aspects psychosociaux. Pour se faire, la collaboration de tous est requise, dont celle des préposées.

En ce qui concerne l'équipe de soins, plusieurs barrières à l'évaluation de la douleur ont été soulevées. Au plan organisationnel, notons le manque de formation, l'absence d'approches

standardisées comprenant l'utilisation d'un outil d'évaluation de la douleur validé pour cette clientèle, les difficultés de communication, la charge de travail élevée ainsi que le manque de temps (Barry et al., 2012; Burns et McIlfatrick, 2015; Gropelli et Sharer, 2013; McAuliffe et al., 2009). Au plan relationnel, le manque de reconnaissance de la contribution de chacun des membres de l'équipe de soins ainsi que le manque de confiance au sein de l'équipe de soins nuisent à l'évaluation de la douleur chronique (Burns et McIlfatrick, 2015; Karlsson et al., 2013; Liu, 2014). En somme, l'ensemble de ces barrières affecte, d'une façon ou d'une autre, la collaboration au sein de l'équipe de soins.

Finalement, les études concernant la collaboration des équipes de soins quant à la gestion de la douleur chronique chez la personne âgée atteinte de troubles cognitifs sont rares, bien que cette dernière soit mentionnée comme importante (Baier et al., 2004; Karlsson et al., 2015). Les études retenues ont tout de même permis de cibler plusieurs notions influençant la collaboration au plan relationnel, dont la confiance et la connaissance des compétences de l'autre (Zahreddine, 2010), ainsi qu'au plan organisationnel, dont la nécessité d'avoir des lignes directrices, d'avoir des descriptions de tâches claires et que la contribution de tous soit reconnue (Baier et al., 2004; Kvarnström, 2008). De plus, même une faible amélioration de la collaboration entraîne une optimisation de la gestion de la douleur (Martin-Rodriguez et al., 2008).

Limites

Cette revue narrative des écrits possède certaines limites. D'abord, mentionnons la rareté des écrits concernant la gestion de la douleur chronique des personnes âgées atteintes de troubles cognitifs sous l'angle de la collaboration, réduisant la portée des conclusions pouvant être tirées. Ensuite, un manque de détails dans les articles a pu induire une mauvaise interprétation des résultats. Par ailleurs, bien que cette revue ait été réalisée rigoureusement, une revue des écrits plus systématique, comme une revue de la portée, aurait peut-être permis de tirer davantage de conclusions sur l'état des connaissances.

Recommandations

Cette revue des écrits a permis de souligner le manque de connaissances quant à la gestion de la douleur chronique sous l'angle de la collaboration, particulièrement en ce qui concerne l'équipe

de soins. Bien que cet article ne les avait pas inclus, les proches des personnes âgées peuvent aussi contribuer à la gestion de la douleur (Hadjistavropoulos et al., 2007). Des études portant sur la collaboration au sein des équipes de soins, ainsi que sur ces dernières avec les proches permettraient d'enrichir les connaissances et d'identifier les forces et les difficultés rencontrées. Sur le plan de la pratique, il est possible de croire qu'une solution unique, comme un programme de formation pour l'amélioration de la gestion de la douleur chez la personne âgée atteinte de troubles cognitifs, ne pourrait répondre à l'ensemble des difficultés rencontrées. En effet, une analyse des particularités du milieu devrait être menée afin de bien cibler les besoins qui lui sont propres. L'utilisation d'un modèle de collaboration, comme celui de la structuration de la collaboration interprofessionnelle de D'Amour, Goulet, Labadie, Martin-Rodriguez et Pineault (2008), permettrait de considérer l'ensemble des variables influençant la collaboration et ainsi favoriser cette pratique pour améliorer la gestion de la douleur en CHSLD.

Conclusion

De nombreuses études sur la douleur chronique sont effectuées chaque année et le concept de collaboration gagne sans cesse en popularité. Par contre, la combinaison de ces deux concepts chez la personne âgée atteinte de troubles cognitifs est rare. Pourtant, considérant la nature de la problématique et les caractéristiques des CHSLD, la collaboration semble être une voie à privilégier pour améliorer la qualité des soins. Cette revue des écrits aura permis de mettre en lumière l'état actuel des connaissances sur la collaboration de l'équipe de soins quant à la gestion de la douleur chronique chez la personne âgée atteinte de troubles cognitifs en CHSLD, mais aura surtout identifié des dimensions qui n'attendent qu'à être explorées pour donner de meilleurs soins aux personnes âgées.

Auteur



Angélique Paquette

Angélique Paquette possède un intérêt particulier pour la gestion de la douleur chez les personnes âgées atteintes de troubles cognitifs. Elle poursuit actuellement des études de maîtrise en sciences infirmières. Elle occupe un poste d'infirmière clinicienne de soutien à la pratique clinique à la personne âgée pour l'urgence d'un centre hospitalier du CISSS de la Montérégie-Centre.

NOTE

1 Afin d'alléger la lecture, le terme « préposée » a été retenu pour désigner la préposée aux bénéficiaires.

RÉFÉRENCES

Assemblée nationale du Québec. (2016). Les conditions de vie des adultes hébergés en centre d'hébergement et de soins de longue durée. Observation, conclusions et recommandations. Repéré à <http://www.assnat.qc.ca/fr/travaux-parlementaires/commissions/csss/mandats/Mandat-32725/index.html>

Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux. (2014). Pour la qualité de vie des personnes hébergées en CHSLD. Repéré à http://www.aqesss.qc.ca/docs/public_html/document/memoires/MEM_AQESSS_CHSLD_20140214_VF.pdf

Baier, R. R., Gifford, D. R., Patry, G., Banks, S. M., Rochon, T., DeSilva, D. et Teno, J. M. (2004). Ameliorating pain in nursing homes: a collaborative quality-improvement project. *The American Geriatrics Society*, 52, 1988-1995.

- Barry, H. E., Parsons, C., Peter Passmore, A. et Hughes, C. M. (2012). An exploration of nursing home managers' knowledge of and attitudes towards the management of pain in residents with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 27(12), 1258-1266. doi: 10.1002/gps.3770
- Buffum, M. D., Hutt, E., Chang, V. T., Craine, M. H. et Snow, A. L. (2007). Cognitive impairment and pain management: Review of issues and challenges. *The Journal of Rehabilitation Research and Development*, 44(2), 315-329. doi: 10.1682/jrrd.2006.06.0064
- Burns, M. et McIlfratrick, S. (2015). Palliative care in dementia: literature review of nurses' knowledge and attitudes towards pain assessment. *International Journal of Palliative Nursing*, 21(8), 400-407.
- Corazzini, K. N., Anderson, R. A., Mueller, C., Hunt-McKinney, S., Day, L. et Porter, K. (2013). Understanding RN and LPN Patterns of practice in nursing homes. *Journal of Nursing Regulation*, 4(1), 14-18. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S2155-8256\(15\)30173-3](http://dx.doi.org/10.1016/S2155-8256(15)30173-3)
- D'Amour, D. (1997). Structuration de la collaboration interprofessionnelle dans les services de santé de première ligne du Québec. (Thèse de doctorat en Santé publique, Université de Montréal, Montréal, QC.). Repéré à http://www.collectionscanada.gc.ca/obj/s4/f2/dsk2/tape17/PQDD_0003/NQ32608.pdf
- D'Amour, D., Goulet, L., Labadie, J. F., Martin-Rodriguez, L. S. et Pineault, R. (2008). A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. *BMC Health Services Research*, 8, 188. doi: 10.1186/1472-6963-8-188
- D'Arcy, Y. M. (2010). *How to manage pain in elderly*. Indianapolis: Sigma Theta Tau International.
- Gropelli, T. et Sharer, J. (2013). Nurses' perceptions of pain management in older adults. *MEDSURG Nursing*, 22(6), 375-382.
- Haasum, Y., Fastbom, J., Fratiglioni, L., Kareholt, I. et Johnell, K. (2011). Pain treatment in elderly persons with and without dementia. *Drug & Aging*, 28(4), 283-293.
- Hadjistavropoulos, T., Herr, K., Turk, D. C., Fine, P. G., Dworkin, R. H., Helme, R., . . . Williams, J. (2007). An interdisciplinary expert consensus statement on assessment of pain in older persons. *The Clinical Journal of Pain*, 23(1), S1-S43.
- Herr, K., Coyne, P. J., McCaffery, M., Manworren, R. et Merkel, S. (2011). Pain assessment in the patient unable to self-report: position statement with clinical practice recommendations. *Pain Management Nursing*, 12(4), 230-250. doi: 10.1016/j.pmn.2011.10.002
- Holloway, K. et McConigley, R. (2009). Understanding nursing assistants' experiences of caring for older people in pain: the Australian experience. *Pain Management Nursing*, 10(2), 99-106. doi: 10.1016/j.pmn.2008.10.001
- Husebo, B. S., Strand, L. I., Moe-Nilssen, R., Husebo, S. B. et Ljunggren, A. E. (2010). Pain in older persons with severe dementia. Psychometric properties of the Mobilization-Observation-Behaviour-Intensity-Dementia (MOBID-2) Pain Scale in a clinical setting. *Scandinavian Journal of Caring Nursing*, 24(2), 380-391. doi: 10.1111/j.1471-6712.2009.00710.x
- International Association for the Study of Pain. Repéré le 8 juin 2016 à <http://www.iasp-pain.org>
- Kaasalainen, S., Coker, E., Dolovich, L., Papaioannou, A., Hadjistavropoulos, T., Emili, A. et Ploeg, J. (2007). Pain management decision making among long-term care physicians and nurses. *Western Journal of Nursing Research*, 29(561-580). doi: 10.1177/0193945906295522
- Karlsson, C., Sidenvall, B., Bergh, I. et Ernsth-Bravell, M. (2013). Certified nursing assistants' perception of pain in people with dementia: a hermeneutic enquiry in dementia care practice. *Journal of Clinical Nursing*, 22(13-14), 1880-1889. doi: 10.1111/jocn.12197
- Karlsson, C. E., Bravell, M. E., Ek, K. et Bergh, I. (2015). Home healthcare team's assessments of pain in care recipients living with dementia: a Swedish exploratory study. *International Journal of Older People Nursing*, 10, 190-200. doi: 10.1111/opn.12072
- Kovach, C. R., Griffie, J., Muchka, S., Noonan, P. et Weissman, D. (2000). Nurses's perceptions of pain assessment and treatment in the cognitively impaired elderly: It's not a guessing game. *Cinical Nurse Specialist*, 14(5), 215-220.
- Kvarnström, S. (2008). Difficulties in collaboration: a critical incident study of interprofessional healthcare teamwork. *Journal of Interprofessional Care*, 22(2), 191-203. doi: 10.1080/13561820701760600
- Lin, P. C., Lin, L. C., Shyu, Y. I. et Hua, M. S. (2010). Chinese version of the Pain Assessment in Advanced Dementia Scale: initial psychometric evaluation. *Journal of Advanced Nursing*, 66(10), 2360-2368. doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05405.x
- Liu, J. Y. (2014). Exploring nursing assistants' roles in the process of pain management for cognitively impaired nursing home residents: a qualitative study. *Journal of Advanced Nursing*, 70(5), 1065-1077. doi: 10.1111/jan.12259
- Lynch, M. E. (2011). The need for a canadian pain strategy. *Pain Research and Management*, 16(2), 77-80.

Marchand, S. (2009). Le phénomène de la douleur. (2e éd.). Montréal: Chenelière Éducation.

Martin, R., Williams, J., Hadjistavropoulos, T., Hadjistavropoulos, H. D. et MacLean, M. (2005). A qualitative investigation of seniors' and caregivers' views on pain assessment and management. *Canadian Journal of Nursing Research*, 37(2), 142-164.

Martin-Rodriguez, L. S., D'Amour, D. et Leduc, N. (2008). Outcome of interprofessional collaboration for hospitalized cancer patients. *Cancer Nursing*, 31(2), E18-E27.

McAuliffe, L., Nay, R., O'Donnell, M. et Fetherstonhaugh, D. (2009). Pain assessment in older people with dementia: literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 65(1), 2-10. doi: 10.1111/j.1365-2648.2008.04861.x

Ni Thuathail, A. et Welford, C. (2011). Pain assessment tools for older people with cognitive impairment. *Nursing Standard*, 26(6), 39-46.

ProfessionsSantéOntario. (2010, mai 2010). Mise en oeuvre de la collaboration interprofessionnelle en soins de santé en Ontario. Rapport final du Comité de mise en oeuvre stratégique de la collaboration interprofessionnelle en soins de santé. Repéré à <http://www.ontla.on.ca/library/repository/mon/25011/314093.pdf>

Zahreddine, J. (2010). *Exploration de la perception de l'interdisciplinarité de la part des infirmières en milieu gériatrique*. (Mémoire, Université de Montréal). Repéré à <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/4104>

Zwakhalen, S. M., Hamers, J. P., Abu-Saad, H. H. et Berger, M. P. (2006). Pain in elderly people with severe dementia: a systematic review of behavioural pain assessment tools. *BMC Geriatrics*, 6(3), 1-15. doi: 10.1186/1471-2318-6-3

Zwakhalen, S. M., Hamers, J. P. et Berger, M. P. (2007). Improving the clinical usefulness of a behavioural pain scale for older people with dementia. *Journal of Advanced Nursing*, 58(5), 493-502. doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04255.x



CHARLAND + GAMACHE

SERVICES CONSEILS, SOINS DE SANTÉ inc.

**NOTRE PROFESSION SE TRANSFORME,
FAITES-EN AUTANT!**

FORMATIONS ACCRÉDITÉES ET UNITÉS D'ÉDUCATION CONTINUE OCTROYÉES



FORMATIONS OFFERTES

- Examen physique général ou spécifique à un système tel musculo-squelettique, cardio-vasculaire, respiratoire, gynécologique ou autre adapté à tout type de clientèle
- Prévention et gestion des chutes et évaluation clinique post chute
- MPOC : Connaissances essentielles et prise en charge
- Le soin à la personne âgée et les déficits cognitifs : un défi quotidien
- Plaie de pression : connaissances essentielles et sa prise en charge

CONSULTEZ NOTRE SITE INTERNET RÉGULIÈREMENT POUR LES FORMATIONS DISPONIBLES!

T 1-855-806-2089 CHARLANDGAMACHE.COM



Prise en charge infirmière du délirium chez les personnes âgées en soins critiques : détection, évaluation et interventions non pharmacologiques

Tanya Mailhot, inf., Ph. D. ; Patrick Lavoie, inf., Ph. D.

Les unités de soins critiques sont un milieu propice à la survenue du délirium chez les personnes âgées qui y sont hospitalisées. Il est décrit comme une dysfonction aiguë du cerveau qui s'accompagne d'un déficit de l'attention, de la cognition et de l'état de conscience. Cette complication fréquente chez les personnes âgées hospitalisées en soins critiques peut occasionner, notamment, des chutes et laisser des séquelles fonctionnelles et cognitives qui affectent le rétablissement de la personne atteinte et risque d'augmenter la mortalité. Puisque les interventions pharmacologiques ne sont pas curatives face au délirium, tout repose sur la détection précoce, la recherche des causes et la mise en place d'interventions non pharmacologiques pour le prévenir lorsque possible ou en diminuer l'ampleur ainsi que les conséquences délétères chez le patient et ses proches. Les infirmières et les autres professionnels de la santé jouent un rôle crucial tant dans la détection que dans la gestion du délirium. Cet article présente des outils pour le détecter dans un contexte de soins critiques, les éléments à surveiller lors de sa survenue et les interventions infirmières à mettre en place pour le gérer. Des avenues futures pour la recherche sur le délirium chez les personnes âgées en soins critiques sont abordées.

MOTS-CLÉS : délirium, évaluation, interventions non pharmacologiques, soins critiques, proches

Le nombre de personnes âgées hospitalisées sur des unités de soins critiques croît continuellement et à un rythme plus rapide que pour les patients plus jeunes (Bagshaw et al., 2009; Fuchs et al., 2012). En plus d'offrir des soins complexes et avancés, les milieux de soins critiques sont riches en technologie et foisonnent de stimuli. Les patients y sont exposés à beaucoup de bruits en plus d'être généralement éclairés 24 heures sur 24, ce qui ne correspond pas au cycle circadien et peut nuire au sommeil. De plus, ils sont peu exposés à la lumière du jour, reçoivent moins de visiteurs, ont beaucoup de tubulures et de drains

en plus d'être moins mobilisés (Van Rompaey et al., 2009). Ceci, jumelé à l'état précaire des patients en soins critiques, crée des conditions favorables à l'altération de leur état mental et à la survenue de complications (Van Rompaey et al., 2009). Une des complications particulièrement fréquentes est le délirium, qui atteint un tiers des patients hospitalisés aux soins intensifs et jusqu'à 80 % des patients intubés (Salluh et al., 2015). Il s'agit d'un syndrome grave, car il occasionne des complications immédiates, par exemple des chutes, et même des séquelles cognitives et fonctionnelles qui peuvent freiner le rétablissement, diminuer l'autonomie et prolonger l'hospitalisation, en plus d'augmenter le risque de mortalité (Salluh et al., 2015).

Les infirmières et les autres professionnels de la santé jouent un rôle crucial tant dans la détection que dans la gestion du délirium. Après une description succincte de ce qu'est le délirium, cet article présente des outils pour le détecter dans un contexte de soins critiques, les éléments à surveiller lors de sa survenue et les interventions infirmières à mettre en place pour le gérer. Les avenues futures pour la recherche sur le délirium chez les personnes âgées en soins critiques sont abordées en conclusion.

Le délirium

Le délirium est une dysfonction aiguë du cerveau qui s'accompagne d'un déficit de l'attention, de la cognition et de l'état de conscience (American Psychiatric Association [APA], 2013). Comme il s'agit d'une dysfonction aiguë, le délirium est un syndrome généralement réversible. La personne qui en est atteinte devient temporairement inapte, soit partiellement ou complètement incapable de prendre des décisions concernant sa santé.

Pour poser un diagnostic de délirium, il est nécessaire que la personne réponde aux trois critères définis dans le Manuel diagnostique des troubles mentaux (DSM-5; APA, 2013) : 1) une

altération de l'attention et l'état de conscience, 2) une modification de la cognition qui affecte la mémoire, la compréhension du langage, les perceptions ou le comportement et 3) que ces symptômes apparaissent soudainement, en plus d'être fluctuants dans le temps et selon les personnes. Par exemple, le contenu des hallucinations peut différer puisqu'il est façonné à partir des expériences antérieures (APA, 2013). Outre les hallucinations visuelles et auditives,

les personnes atteintes peuvent aussi présenter une inversion du cycle éveil-sommeil et une perturbation de l'état émotif qui entraînent anxiété, méfiance et peur.

La présentation clinique varie selon trois types de délirium (Peterson et al., 2006; Robinson, Raeburn, Tran, Brenner et Moss, 2011). Le type hyperactif est caractérisé par l'agitation et la méfiance. Le type hypoactif se manifeste par

Tableau 1. Symptômes associés aux types de délirium.

	HYPERACTIF	HYPOACTIF	MIXTE
Incidence en soins critiques	1,6 %	43,5 % à 92 %	54,9 %
Critères diagnostiques	1) altération de l'état de conscience 2) modification de la cognition qui affecte la mémoire, la compréhension du langage, les perceptions ou le comportement 3) apparition soudaine des symptômes et fluctuation		
Symptômes communs possibles	Hallucinations visuelles et auditives Inversion du cycle éveil-sommeil Perturbation de l'état émotif (anxiété, méfiance et peur)		
Symptômes différents	Agitation Tapotements Méfiance Agressivité	Ralentissement Léthargie Réactivité diminuée Somnolence	Alternance entre des phases d'agitation et de ralentissement

un ralentissement et rend la personne beaucoup moins réactive. Quant au type mixte, il s'exprime par une alternance entre des phases d'agitation et de ralentissement. Comme illustré dans le tableau 1, les types hypoactif et mixte sont les plus fréquents chez les personnes âgées en soins critiques (Peterson et al., 2006; Robinson et al., 2011).

Les manifestations du délirium peuvent être impressionnantes, surtout dans sa forme hyperactive. Les proches de patients qui en sont atteints disent ne plus les reconnaître, avoir l'impression d'être en contact avec un étranger et ressentir de l'insécurité, de l'anxiété

et de la détresse (O'Malley, Leonard, Meagher et O'Keefe, 2008; Partridge, Martin, Harari et Dhesi, 2013; Stenwall, Sandberg, Eriksdotter Jonhagen et Fagerberg, 2008). Le délirium est donc accompagné d'effets délétères non seulement chez la personne atteinte, mais aussi chez ses proches.

Bien qu'apparenté, le délirium diffère de la démence. Le délirium s'installe rapidement et est réversible. La démence, quant à elle, apparaît progressivement et est non réversible, puisque liée à des changements anatomiques dans le cerveau. Le délirium affecte grandement la capacité d'attention, ce qui n'est pas le cas de la

démence sauf à un stade sévère. Si une personne atteinte de démence vit un épisode de délirium, il sera possible d'observer un changement aigu de l'état de conscience qui s'installera en quelques heures. Ce changement rapide par rapport à l'état habituel de la personne et l'altération de l'attention sont caractéristiques du délirium.

Les chercheurs croient que le délirium implique une modification de la perfusion cérébrale qui serait due à une altération des neurotransmetteurs secondaire à un processus inflammatoire (Cerejeira, Firmino, Vaz-Serra et Mukaetova-Ladinska, 2010; Khan, Zawahiri, Campbell et Boustani, 2011; MacLulich et al., 2013; Maldonado, 2008). Ces mécanismes s'enclencheraient en réponse à une combinaison de facteurs de vulnérabilité et de stress (Inouye, 2006; Koster, Hensens, Schuurmans et van der Palen, 2011; Zaal, Devlin, Peelen et Slooter, 2015). Parmi les facteurs de vulnérabilité connus, mentionnons l'âge avancé, une atteinte neurologique, des antécédents de dépression, la consommation de tabac ou d'alcool ainsi que les déficits visuels, auditifs ou fonctionnels. Les facteurs de stress susceptibles de mener au délirium chez une personne vulnérable en soins critiques comprennent l'intervention chirurgicale, les médicaments sédatifs et analgésiques, l'hospitalisation en soins critiques, l'immobilité et l'absence de visiteurs. D'autres facteurs de stress incluent l'administration de produits sanguins, une intubation endotrachéale prolongée ainsi que les infections. Une personne présentant peu de facteurs de vulnérabilité est tout de même susceptible de développer un délirium lorsque l'ampleur du stress est importante, comme à la suite d'une chirurgie cardiaque (Gosselt, Slooter, Boere et Zaal, 2015; Koster et al., 2011).

La durée du délirium varie de deux à huit jours (Page et Ely, 2015). Plus la durée et la sévérité du délirium augmentent, plus les complications qui en résultent seront graves. Ainsi, une prise en charge rapide et efficace peut contribuer à en limiter les effets délétères (Jackson, Wilson, Richardson et Lord, 2016). Plusieurs complications sont liées aux manifestations du délirium. La personne atteinte est à risque de chutes et de fractures et peut arracher ses tubulures et ses drains. D'autres complications pourraient survenir (Gottesman et al., 2010; Inouye, 2006; Saczynski et al., 2012). La personne qui vit un délirium hypoactif se mobilise généralement très peu, ce qui vient amplifier le risque de perte d'autonomie qu'entraîne l'hospitalisation. Cette conséquence du délirium est d'autant plus importante dans le contexte des soins critiques postopératoires où il est primordial que la personne se mobilise le plus rapidement possible pour un rétablissement

optimal. Mentionnons l'importance d'effectuer des exercices respiratoires de manière à récupérer sur le plan de l'amplitude respiratoire et éviter les infections. D'autre part, la personne léthargique en raison d'un délirium hypoactif présente deux fois plus de risque d'être sous ventilation mécanique postopératoire prolongée (Stransky et al., 2011). Toutes ces complications sont susceptibles de retarder le rétablissement postopératoire notamment sur le plan fonctionnel. Qui plus est, le délirium augmente significativement le risque de mortalité pendant et après l'hospitalisation (Witlox et al., 2010).

En plus des complications physiques, le délirium laisse des traces psychologiques reliées aux sentiments de peur et d'anxiété qui y sont associés (Andersson, Hallberg, Norberg et Edberg, 2002). Une fois le délirium résorbé, la moitié des patients atteints en conservent des souvenirs (Breitbart, Gibson et Tremblay, 2002). Certains éprouvent des sentiments de culpabilité et de honte (Andersson et al., 2002; Breitbart et al., 2002).

Des outils de détection

L'infirmière doit être attentive aux signes précurseurs du délirium pour le détecter rapidement, en rechercher les causes et mettre en place les interventions appropriées. L'infirmière détient l'expertise pour jouer un rôle central dans l'évaluation de la condition physique et mentale d'une personne. Les symptômes du délirium altèrent la condition mentale de la personne et font donc partie des éléments que l'infirmière a le droit et le devoir d'évaluer. Par contre, le délirium peut être difficile à déceler lorsqu'on connaît peu l'état habituel d'une personne. C'est généralement le cas en soins critiques, où l'hospitalisation survient lorsque l'état de santé de la personne se détériore rapidement et subitement. De plus, les médicaments utilisés en soins critiques peuvent altérer l'état de conscience. L'intubation endotrachéale complique la communication et compromet l'évaluation des symptômes. Néanmoins, les guides de pratique soulèvent la nécessité d'évaluer systématiquement chaque patient pour déceler les symptômes du délirium (Registered Nurses' Association of Ontario [RNAO], 2016).

Il existe des outils pour soutenir la détection du délirium, même si ceux-ci ne se substituent pas à l'évaluation et au jugement clinique de l'infirmière. Ces outils sont basés sur les critères du DSM-5 et peuvent être utilisés par différents professionnels de la santé, dont les infirmières. Les deux outils

de détection les plus fréquemment cités en soins critiques sont le *Confusion Assessment Method-Intensive Care Unit* (CAM-ICU) et l'*Intensive Care Delirium Screening Checklist* (ICDSC). Ceux-ci peuvent être utilisés auprès de la clientèle en soins critiques et sont présentés dans le tableau 2.

Tableau 2. Exemples d'outils de détection du délirium validés en soins critiques

Nom	Description
Confusion Assessment Method-Intensive Care Unit (CAM-ICU) Ely et al., 2001	Présence ou absence de : 1) Altération de l'état mental ou évolution fluctuante 2) inattention 3) altération du niveau de conscience 4) désorganisation de la pensée. Délirium lorsque les critères 1, 2, 3 OU 1, 2, 4 sont présents
Intensive Care Delirium Screening Checklist (ICDSC) Bergeron, Dubois, Dumont, Dial et Skrobik, 2001	Présence ou absence de 1) altération du niveau de conscience 2) désorganisation de la pensée, désorientation 3) inattention 4) inversion du cycle éveil/sommeil 5) agitation ou ralentissement 6) discours ou humeur inappropriée 7) hallucinations ou illusion 8) fluctuation des symptômes Suspicion de délirium si présence de ≥ 4 symptômes

Pour évaluer la qualité d'un outil de détection, les chercheurs étudient sa sensibilité et sa spécificité. La sensibilité désigne la probabilité que l'outil donne un score positif lorsqu'une condition est présente. La spécificité désigne la probabilité que l'outil donne un score négatif quand une personne ne présente pas la condition. En d'autres termes, la sensibilité permet de voir si un outil détecte bien une personne atteinte et la spécificité permet de s'assurer que l'outil détecte bien qu'une personne n'est pas atteinte. Ces valeurs varient de 0-100%, un score élevé indiquant la qualité de l'outil.

L'ICDSC présente une sensibilité variant de 46-96% et une spécificité de 73-95%. La sensibilité du CAM-ICU atteint 47-73 % et sa spécificité varie de 71-100 % (van Eijk et al., 2011). Les deux outils sont donc considérés comme étant adéquats pour détecter le délirium. Toutefois, ils montrent parfois des valeurs plus basses de sensibilité lorsqu'ils sont utilisés auprès d'une clientèle de soins intensifs aux prises avec des problèmes neurologiques. Chez ces personnes, il est difficile

de savoir si les manifestations observées sont dues au délirium, aux troubles neurologiques ou à la médication. Ceci explique la performance sous-optimale des outils dans ce contexte.

Ces deux outils permettent de détecter plus de délirium que l'évaluation clinique seule. Selon des infirmières, l'ICDSC serait plus facile d'utilisation que le CAM-ICU malgré qu'il soit plus long à compléter. En réponse à ceci, de nouveaux outils plus courts et plus faciles d'utilisation ont été développés. Par exemple, le *3-minute Diagnostic Interview for Confusion Assessment Method* (3D-CAM; Marcantonio et al., 2014) se complète en trois minutes seulement. Le Repérage Actif du Délirium Adapté à la Routine (RADAR; Voyer et al., 2015), quant à lui, se base sur trois questions auxquelles il est possible de répondre après l'administration de médicaments lors des soins usuels. Ces nouveaux outils présentent un potentiel intéressant, mais actuellement, nous n'avons pas repéré d'études portant sur leur utilisation dans le contexte des soins critiques.

Évaluation : surveiller l'évolution et chercher les causes

Une fois le délirium détecté, l'infirmière voudra surveiller son évolution et évaluer la réponse aux interventions. L'approche de surveillance du délirium, la plus fréquente, est similaire à celle utilisée pour le détecter, c'est-à-dire l'utilisation d'un outil pour structurer et systématiser les observations (Guenther et al., 2012; Page, Navarange, Gama et McAuley, 2009). Les outils de surveillance se distinguent des outils de détection parce qu'ils permettent de quantifier la sévérité des manifestations du délirium. Des outils comme le *Delirium Index* (DI; McCusker, Cole, Bellavance

et Primeau, 1998; McCusker, Cole, Dendukuri et Belzile, 2004) et le *Delirium Rating Scale-98* (DRS-98; Trzepacz et al., 2001) mesurent la gravité des manifestations chez une clientèle de soins critiques et permettent de faire le suivi de l'évolution du délirium. Ces outils sont décrits dans le tableau 3. Tant les outils de détection que ceux de surveillance s'appuient sur l'observation des manifestations du délirium. Ainsi, ils sont tributaires de la constance dans l'utilisation des critères d'observation et du jugement clinique de chaque intervenant qui les complète (Guenther et al., 2012). Au-delà de la surveillance, l'infirmière doit aussi chercher la ou les causes du délirium afin de planifier des interventions appropriées.

Tableau 3. Exemples d'outils de détection du délirium validés en soins critiques

Nom	Description
Delirium Index (DI) McCusker et al., 1998; McCusker et al., 2004	Évaluation de 7 dimensions sur une échelle de 0-3 : 1) inattention 2) désorganisation de la pensée 3) état de conscience 4) désorientation spatio-temporelle 5) problème de mémoire 6) Troubles perceptuels 7) activité psychomotrice (augmentée ou diminuée). Plus le score total est élevé, plus le délirium est sévère (0-21 points.)
Delirium Rating Scale-revised 98 (DRS-98) Trzepacz et al., 2001	Évaluation de 16 dimensions : 1) cycle éveil-sommeil 2) troubles perceptuels 3) délire de persécution 4) affect labile 5) trouble du langage 6) trouble cognitif 7) agitation 8) ralentissement 9) orientation 10) attention 11) troubles de mémoire à court terme 12) trouble de mémoire à long terme 13) trouble visuospatial 14) apparition soudaine 15) fluctuation 16) problème de nature physique. Les 13 premières dimensions se mesurent sur une échelle de 0-3 et servent à évaluer la sévérité. Plus le score total est élevé, plus le délirium est sévère (0-39 points).

Des interventions infirmières

Les interventions mises en place pour un patient qui présente un délirium peuvent être de deux types, soit pharmacologiques et non pharmacologiques. Les interventions pharmacologiques recommandées dans les guides de pratique incluent l'utilisation d'antipsychotiques pour assurer la sécurité du patient en diminuant l'ampleur des manifestations, par exemple l'agitation. Par contre, l'efficacité de ces médicaments chez la clientèle de soins critiques est mise en doute (Barr et al., 2013; Neufeld, Yue, Robinson, Inouye et Needham, 2016; O'Neal et Shaw, 2016; Oldham et Pisani, 2015). De plus, ces médicaments ne permettent pas de traiter le délirium et sont davantage utilisés pour éviter ou diminuer les gestes agressifs et les blessures.

Ainsi, les interventions non pharmacologiques demeurent l'approche privilégiée face au délirium chez la personne âgée en soins critiques. Celles qui sont proposées dans les guides de pratique clinique relèvent entièrement de la pratique

autonome des infirmières (RNAO, 2016). Ceci signifie qu'elles peuvent les planifier et les mettre en œuvre dans le cadre de leur pratique usuelle, sans obtenir d'ordonnance. Plusieurs interventions recommandées découlent du modèle *Hospital Elder Life Program* (HELP) et ont été intégrées au cadre de référence proposé par le Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, soit l'Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier (Kergoat, Dupars, Juneau, Bourque et Boyer, 2011). Le modèle HELP a fait l'objet d'un des premiers essais cliniques pour évaluer l'effet préventif des interventions non pharmacologiques (Inouye, 2000). Il a été repris dans plusieurs études auprès de personnes âgées dans des contextes de soins de longue durée et de soins hospitaliers (Chen et al., 2011; Inouye et al., 1999; Rubin, Neal, Fenlon, Hassan et Inouye, 2011; Rubin, Williams, Lescisin, Mook, Hassan et Inouye, 2006; Zaubler et al., 2013). Ceci a permis de bonifier les interventions prévues initialement et de créer des guides de pratique clinique (AGS, 2015; Barr et al., 2013; RNAO, 2016). Un résumé de ces interventions est présenté dans le Tableau 4.

Tableau 4. Interventions non pharmacologiques pour le délirium

Source	Interventions ou approches
Modèle HELP	• Expliquer au patient où il se trouve et pourquoi (orientation) • Stimuler le patient sur le plan cognitif trois fois par jour, par exemple en discutant de l'actualité, en jouant à des jeux avec des mots, en utilisant la réminiscence • Favoriser le sommeil en diminuant le bruit sur l'unité de soins ou avec de la musique apaisante • Mobiliser le patient trois fois par jour • S'assurer du port de lunettes et des appareils auditifs • Encourager l'hydratation
Guides de pratique clinique	• Laisser des objets familiers dans la chambre • Éviter les extrêmes (excès de stimuli dans le cas de délirium hyperactif ou absence de stimuli dans le cas de délirium hypoactif) • Éviter les changements de chambre • Assurer le maintien de l'équilibre hémodynamique • Éviter les mesures de contention physique • Diminuer les changements de personnel • Diviser les activités de soins en étapes plus courtes • Expliquer clairement et précisément les soins • Favoriser la présence des proches • Offrir de l'enseignement sur le délirium aux proches • Développer et maintenir une alliance avec les proches • Une fois résorbé, discuter du délirium et des souvenirs associés • Personnaliser les interventions selon la personnalité et l'histoire de vie
AGS, 2015; Barr et al., 2013; Inouye et al., 1999; RNAO, 2016	

Il est important de souligner que ces interventions ne sont pas seulement bénéfiques si la personne présente un délirium. Dès le début de l'hospitalisation, ces interventions peuvent permettre de prévenir le délirium (Clegg, Siddiqi, Heaven, Young et Holt, 2014). Lorsque ces interventions sont mises en place de manière préventive et qu'un délirium apparaît tout de même, les patients présentent des complications moins sévères. Les personnes âgées qui continuent à recevoir ces interventions pendant le délirium montrent un déclin cognitif et fonctionnel moins important, en plus d'un nombre réduit de chutes (Clegg et al, 2014; Inouye, 2000; Martinez, Tobar et Hill, 2015; Milisen, Lemiengre, Braes et Foreman, 2005). Aussi, ces interventions permettraient de diminuer la durée du délirium, la durée d'hospitalisation et la mortalité et favoriseraient aussi le rétablissement cognitif (Lundstrom et al., 2005; Pitkälä, Laurila, Strandberg et Tilvis, 2006).

L'approche de l'infirmière est un élément clé dans la prise en charge du délirium. Celle-ci doit prendre le temps d'établir le contact en entrant doucement dans la chambre du patient. Comme il peut avoir de la difficulté à saisir les explications, l'infirmière doit demeurer calme et utiliser des phrases courtes et simples tout en répétant l'information à de multiples reprises si nécessaire. Pour éviter une frustration chez un patient qui a de la difficulté à s'exprimer, elle peut utiliser des questions fermées.

L'infirmière est dans une position privilégiée pour amorcer les interventions non pharmacologiques tout au long du parcours de soins. En plus d'y être autorisée par son champ de pratique, elle entretient une relation personnalisée avec le patient et ses proches. Comme il a été mentionné, chacun présentera des manifestations qui lui sont propres selon sa personnalité et son histoire de vie. L'infirmière qui apprend à connaître le patient, par exemple à travers ses échanges avec les proches, pourra personnaliser ses interventions afin d'éviter l'exacerbation des manifestations qui pourrait mener à des complications (Barron et Holmes, 2013).

Des pistes pour la recherche sur le délirium

Le domaine de recherche sur le délirium est très actif. Cette section présente quelques pistes de recherche qui sont explorées pour la détection et la surveillance du délirium ainsi que pour les soins en partenariat avec les proches des personnes atteintes de délirium en soins critiques.

Les biomarqueurs pour détecter et surveiller l'évolution du délirium

Comme il a été expliqué plus haut, les chercheurs croient que le délirium s'expliquerait notamment par une altération de la perfusion cérébrale. Si les chercheurs parviennent à montrer que la diminution de la perfusion cérébrale indique la présence du délirium, il serait possible de le détecter plus rapidement et précisément.

Pour détecter la diminution de la perfusion cérébrale, il est possible d'utiliser la tomодensitométrie cérébrale, mais il s'agit d'une technique coûteuse et difficile à réaliser au chevet des patients. Une autre avenue consiste à mesurer la perfusion cérébrale avec une technique non invasive appelée « spectroscopie de proche infrarouge ». On applique deux électrodes sur le front du patient. Une émet des faisceaux infrarouges qui pénètrent le cerveau pour ensuite être captés par l'autre. La différence dans l'intensité du faisceau permet de calculer une valeur d'oxymétrie cérébrale (ScO₂). Il s'agit d'une mesure indirecte qui peut être réalisée au chevet du patient, même s'il présente une instabilité hémodynamique. À ce jour, des études préliminaires montrent une association entre des valeurs basses d'oxymétrie cérébrale et le délirium (de Tournay-Jette et al., 2011; Mailhot, Cossette, Lambert, Cournoyer et Denault, 2016; Schoen et al., 2011). Il s'agit donc d'une technique prometteuse pour améliorer la détection et la surveillance du délirium, mais le niveau de preuve demeure insuffisant pour recommander un changement de pratique.

Les proches : alliés dans la prise en charge du délirium

Certains chercheurs se sont intéressés à la participation des proches dans la gestion du délirium. Comme ces derniers entretiennent une relation privilégiée avec la personne, ils détiennent une expertise complémentaire à celle des infirmières et des autres professionnels de la santé. Ils sont potentiellement mieux placés pour reconnaître des modifications dans l'état de la personne et contribuer à la planification d'interventions adaptées à la personnalité et à l'histoire de vie du patient.

Récemment, des chercheurs ont tenté d'impliquer les proches de patient présentant un délirium lors du séjour en soins intensifs après une chirurgie cardiaque (Mailhot et al., 2014; Mailhot et al., 2017). Dans le cadre de cette étude, ils souhaitaient

favoriser l'échange d'expertise entre l'infirmière, experte de la condition clinique et du délirium, et les proches qui détenaient l'expertise relative à la personne hospitalisée.

Deux fois par jour pendant les trois premiers jours du délirium, l'infirmière et les proches se rencontraient afin de planifier des interventions non pharmacologiques personnalisées. Les rencontres étaient divisées en trois phases qui s'appuyaient sur les principes de Bandura (1997) pour rehausser le sentiment d'efficacité personnelle. Durant la première phase, avant la visite au chevet, l'infirmière présentait aux proches des interventions recommandées dans les guides de pratique (voir tableau 3). La deuxième phase se déroulait au chevet du patient et permettait aux proches de mettre en place les interventions qu'ils avaient choisies sous la supervision de l'infirmière. Après la visite au chevet, la troisième phase consistait en une discussion entre l'infirmière et les proches pour effectuer un retour sur leur expérience et répondre à leurs questions.

Les résultats de cette étude préliminaire ont permis de montrer que les proches trouvaient acceptable et faisable de s'impliquer dans les soins de cette manière. Malgré que cette étude ait été réalisée auprès d'un petit échantillon (15 dyades patient-proche), les chercheurs ont observé une amélioration de leur sentiment d'efficacité personnel et une diminution de leur anxiété. Ces résultats sont cohérents avec ceux des études réalisées dans d'autres milieux de soins, suggérant qu'il est acceptable et faisable d'inclure les proches dans la gestion du délirium (Black, Boore et Parahoo, 2011; Rosenbloom-Brunton, Henneman et Inouye, 2010). Ce type d'intervention paraît prometteur, mais des études à plus large échelle sont nécessaires pour en vérifier l'efficacité pour les proches et la personne hospitalisée. Ultimement, il s'agit de vérifier si une telle intervention permet de réduire la durée, la sévérité et les conséquences du délirium. Par ailleurs, l'étude de Mailhot et al. (2017) a permis d'observer un nombre important de patients qui ont développé un délirium et qui n'avaient pas de proches à leur chevet. Ceci souligne la pertinence de se questionner sur la façon de favoriser la participation des proches lors du délirium.

Conclusion

Cet article présente le syndrome du délirium, les outils pour le détecter et le surveiller et les interventions non pharmacologiques pour le gérer. Il s'adressait plus particulièrement aux infirmières œuvrant auprès de personnes âgées

en soins critiques, mais plusieurs éléments s'appliquent au-delà de ce contexte. Considérant l'ampleur du vieillissement de la population dans la société québécoise, il est nécessaire que toutes les infirmières connaissent ce syndrome et soient outillées pour y faire face. Ceci est un besoin particulièrement criant, considérant que plusieurs études montrent que les taux de détection du délirium par les infirmières dépassent rarement 30 % (Inouye, Foreman, Mion, Katz et Cooney Jr, 2001; Lemiengre et al., 2006).

Auteurs



Tanya Mailhot

Tanya Mailhot est stagiaire postdoctoral à l'Institut de Cardiologie de Montréal. Ses intérêts de recherche concernent la clientèle âgée en soins aigus et les proches, les interventions infirmières et le délirium.



Patrick Lavoie

Patrick Lavoie est stagiaire postdoctoral à la William F. Connell School of Nursing du Boston College. Ses intérêts de recherche concernent la formation infirmière, l'évaluation clinique et la prise de décision des infirmiers et des infirmières.

RÉFÉRENCES

- American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®). Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- American Geriatrics Society abstracted clinical practice guideline for postoperative delirium in older adults. (2015). *Journal of the American Geriatrics Society*, 63(1), 142-150. doi:10.1111/jgs.13281
- Andersson, E. M., Hallberg, I. R., Norberg, A. et Edberg, A. K. (2002). The meaning of acute confusional state from the perspective of elderly patients. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 17, 652-63. doi: 10.1002/gps.682
- Bagshaw, S. M., Webb, S. A., Delaney, A., George, C., Pilcher, D., Hart, G. K. et Bellomo, R. (2009). Very old patients admitted to intensive care in Australia and New Zealand: A multi-centre cohort analysis. *Critical Care*, 13(2), R45. doi: 10.1186/cc7768
- Bandura, A. (1997). *Self-Efficacy: The Exercise of Control*. New York, NY: W.H. Freedman.
- Barr, J., Fraser, G. L., Puntillo, K., Ely, E. W., Gélinas, C., Dasta, J. F., . . . Joffe, A. M. (2013). Clinical practice guidelines for the management of pain, agitation, and delirium in adult patients in the intensive care unit. *Crit Care Med*, 41(1), 263-306.
- Bergeron, N., Dubois, M. J., Dumont, M., Dial, S. et Skrobik, Y. (2001). Intensive Care Delirium Screening Checklist: Evaluation of a new screening tool. *Intensive Care Medicine*, 27, 859-864.
- Black, P., Boore, J. R. et Parahoo, K. (2011). The effect of nurse-facilitated family participation in the psychological care of the critically ill patient. *Journal of Advanced Nursing*, 67, 1091-101. doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05558.x
- Breitbart, W., Gibson, C. et Tremblay, A. (2002). The delirium experience: Delirium recall and delirium-related distress in hospitalized patients with cancer, their spouses/caregivers, and their nurses. *Psychosomatics*, 43, 183-94. doi: 10.1176/appi.psy.43.3.183
- Cerejeira, J., Firmino, H., Vaz-Serra, A. et Mukaetova-Ladinska, E. B. (2010). The neuroinflammatory hypothesis of delirium. *Acta Neuropathologica*, 119(6), 737-54. doi: 10.1007/s00401-010-0674-1
- Chen, C. C., Lin, M. T., Tien, Y. W., Yen, C. J., Huang, G. H. et Inouye, S. K. (2011). Modified Hospital Elder Life Program: Effects on abdominal surgery patients. *Journal of the American College of Surgeon*, 213, 245-52. doi: 10.1016/j.jamcollsurg.2011.05.004
- Clegg, A., Siddiqi, N., Heaven, A., Young, J. et Holt, R. (2014). Interventions for preventing delirium in older people in institutional long-term care. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1, Cd009537. doi: 10.1002/14651858.CD009537.pub2
- de Tournay-Jette, E., Dupuis, G., Bherer, L., Deschamps, A., Cartier, R. et Denault, A. (2011). The relationship between cerebral oxygen saturation changes and postoperative cognitive dysfunction in elderly patients after coronary artery bypass graft surgery. *Journal of Cardiothoracic and Vascular Anesthesia*, 25, 95-104. doi: 10.1053/j.jvca.2010.03.019
- Ely, E. W., Inouye, S. K., Bernard, G. R., Gordon, S., Francis, J., May, L., . . . Dittus, R. (2001). Delirium in mechanically ventilated patients: Validity and reliability of the confusion assessment method for the intensive care unit (CAM-ICU). *Journal of the American Medical Association*, 286, 2703-10.
- Fuchs, L., Chronaki, C. E., Park, S., Novack, V., Baumfeld, Y., Scott, D., . . . Celi, L. (2012). ICU admission characteristics and mortality rates among elderly and very elderly patients. *Intensive Care Medicine*, 38, 1654-61.
- Gosselt, A. N., Slooter, A. J., Boere, P. R. et Zaal, I. J. (2015). Risk factors for delirium after on-pump cardiac surgery: a systematic review. *Critical Care*, 19, 1-8. doi: 10.1186/s13054-015-1060-0
- Gottesman, R. F., Grega, M. A., Bailey, M. M., Pham, L. D., Zeger, S. L., Baumgartner, W. A., ... McKhann, G. M. (2010). Delirium after coronary artery bypass graft surgery and late mortality. *Annals of Neurology*, 67, 338-44. doi: 10.1002/ana.21899
- Guenther, U., Weykam, J., Andorfer, U., Theuerkauf, N., Popp, J., Ely, E. W. et Putensen, C. (2012). Implications of objective vs subjective delirium assessment in surgical intensive care patients. *American Journal of Critical Care*, 21, e12-20. doi: 10.4037/ajcc2012735
- Inouye, S. K. (2000). Prevention of delirium in hospitalized older patients: Risk factors and targeted intervention strategies. *Annals of Medicine*, 32, 257-63.
- Inouye, S. K. (2006). Delirium in older persons. *New England Journal of Medicine*, 354, 1157-65. doi: 10.1056/NEJMra052321
- Inouye, S. K., Bogardus, S. T., Jr., Charpentier, P. A., Leo-Summers, L., Acampora, D., Holford, T. R. et Cooney, L. M., Jr. (1999). A multicomponent intervention to prevent delirium in hospitalized older patients. *New England Journal of Medicine*, 340, 669-76. doi: 10.1056/nejm199903043400901
- Inouye, S. K., Foreman, M. D., Mion, L. C., Katz, K. H. et Cooney Jr, L. M. (2001). Nurses' recognition of delirium and its symptoms: comparison of nurse and researcher ratings. *Archives of internal medicine*, 161, 2467-73.

- Jackson, T. A., Wilson, D., Richardson, S. et Lord, J. M. (2016). Predicting outcome in older hospital patients with delirium: a systematic literature review. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 31, 392-9. doi: 10.1002/gps.4344
- Kergoat, M-J, Dupars, A., Juneau, L., Bourque, M et Boyer, D. (2011). Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier : cadre de référence. Québec : Ministère de la santé et des services sociaux. <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2010/10-830-03.pdf>
- Khan, B. A., Zawahiri, M., Campbell, N. L. et Boustani, M. A. (2011). Biomarkers for delirium: A review. *Journal of the American Geriatrics Society*, 59, S256-61. doi: 10.1111/j.1532-5415.2011.03702.x
- Koster, S., Hensens, A. G., Schuurmans, M. J. et van der Palen, J. (2011). Risk factors of delirium after cardiac surgery: A systematic review. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 10, 197-204. doi: 10.1016/j.ejcnurse.2010.09.001
- Lemiengre, J., Nelis, T., Joosten, E., Braes, T., Foreman, M., Gastmans, C. et Milisen, K. (2006). Detection of delirium by bedside nurses using the confusion assessment method. *Journal of the American Geriatrics Society*, 54, 685-9. DOI: 10.1111/j.1532-5415.2006.00667.x
- Lundstrom, M., Edlund, A., Karlsson, S., Brannstrom, B., Bucht, G. et Gustafson, Y. (2005). A multifactorial intervention program reduces the duration of delirium, length of hospitalization, and mortality in delirious patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53, 622-8. doi: 10.1111/j.1532-5415.2005.53210.x
- MacLulich, A. M., Anand, A., Davis, D. H., Jackson, T., Barugh, A. J., Hall, R. J., . . . Cunningham, C. (2013). New horizons in the pathogenesis, assessment and management of delirium. *Age and Ageing*, 42, 667-74. doi: 10.1093/ageing/aft148
- Mailhot, T., Cossette, S., Bourbonnais, A., Cote, J., Denault, A., Cote, M. C., ... Guertin, M. C. (2014). Evaluation of a nurse mentoring intervention to family caregivers in the management of delirium after cardiac surgery: A study protocol for a randomized controlled pilot trial. *Trials*, 15, 306. doi: 10.1186/1745-6215-15-306
- Mailhot, T., Cossette, S., Cote, J., Bourbonnais, A., M-C, C., Lamarche, Y. et Denault, A. (2017). A delirium management intervention involving families following cardiac surgery: Randomized pilot study. *Nursing in Critical Care* (advanced online publication). doi: 10.1111/nicc.12288
- Mailhot, T., Cossette, S., Lambert, J., Cournoyer, A. et Denault, A. Y. (2016). Cerebral oximetry as a biomarker of postoperative delirium in cardiac surgery patients. *Journal of Critical Care*, 34, 17-23. doi: 10.1016/j.jcrc.2016.02.024
- Maldonado, J. R. (2008). Pathoetiological model of delirium: A comprehensive understanding of the neurobiology of delirium and an evidence-based approach to prevention and treatment. *Critical Care Clinics*, 24, 789-856, ix. doi: 10.1016/j.ccc.2008.06.004
- Marcantonio, E. R., Ngo, L. H., O'connor, M., Jones, R. N., Crane, P. K., Metzger, E. D. et Inouye, S. K. (2014). 3D-CAM: Derivation and validation of a 3-minute diagnostic interview for CAM-defined delirium. *Annals of Internal Medicine*, 161, 554-61. doi: 10.7326/M14-0865
- Martinez, F., Tobar, C. et Hill, N. (2015). Preventing delirium: Should non-pharmacological, multicomponent interventions be used? A systematic review and meta-analysis of the literature. *Age and Ageing*, 44, 196-204. doi: 10.1093/ageing/afu173
- McCusker, J., Cole, M., Bellavance, F. et Primeau, F. (1998). Reliability and validity of a new measure of severity of delirium. *Int Psychogeriatr*, 10(4), 421-433.
- McCusker, J., Cole, M. G., Dendukuri, N., et Belzile, E. (2004). The delirium index, a measure of the severity of delirium: new findings on reliability, validity, and responsiveness. *J Am Geriatr Soc*, 52(10), 1744-1749. doi:10.1111/j.1532-5415.2004.52471.x
- Milisen, K., Lemiengre, J., Braes, T. et Foreman, M. D. (2005). Multicomponent intervention strategies for managing delirium in hospitalized older people: *Systematic review. Journal of Advanced Nursing*, 52, 79-90. doi: 10.1111/j.1365-2648.2005.03557.x
- Neufeld, K. J., Yue, J., Robinson, T. N., Inouye, S. K. et Needham, D. M. (2016). Antipsychotic medication for prevention and treatment of delirium in hospitalized adults: A systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Geriatrics Society*, 64, 705-14. doi: 10.1111/jgs.14076
- O'Malley, G., Leonard, M., Meagher, D. et O'Keeffe, S. T. (2008). The delirium experience: a review. *Journal of Psychosomatic Research*, 65, 223-8. doi: 10.1016/j.jpsychores.2008.05.017
- O'Neal, J. B. et Shaw, A. D. (2016). Predicting, preventing, and identifying delirium after cardiac surgery. *Perioperative Medicine*, 5, 7. doi: 10.1186/s13741-016-0032-5
- Oldham, M. et Pisani, M. A. (2015). Sedation in critically ill patients. *Critical Care Clinics*, 31, 563-87. doi: 10.1016/j.ccc.2015.03.010
- Page, V. et Ely, E. W. (2015). *Delirium in critical care*. New York, NY: Cambridge University Press.
- Page, V. J., Navarange, S., Gama, S. et McAuley, D. F. (2009). Routine delirium monitoring in a UK critical care unit. *Critical Care*, 13(1), R16. doi: 10.1186/cc7714

- Partridge, J. S., Martin, F. C., Harari, D., et Dhesi, J. K. (2013). The delirium experience: what is the effect on patients, relatives and staff and what can be done to modify this? *Int J Geriatr Psychiatry*, 28(8), 804-812. doi:10.1002/gps.3900
- Peterson, J. F., Pun, B. T., Dittus, R. S., Thomason, J. W., Jackson, J. C., Shintani, A. K. et Ely, E. (2006). Delirium and its motoric subtypes: A study of 614 critically ill patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 54, 479-84. doi: 10.1111/j.1532-5415.2005.00621.x
- Pitkälä, K. H., Laurila, J. V., Strandberg, T. E. et Tilvis, R. S. (2006). Multicomponent geriatric intervention for elderly inpatients with delirium: A randomized, controlled trial. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 61, 176-81.
- Registered Nurses' Association of Ontario (2016). *Delirium, dementia, and depression in older adults: Assessment and care*. Toronto, ON: RNAO.
- Robinson, T. N., Raeburn, C. D., Tran, Z. V., Brenner, L. A. et Moss, M. (2011). Motor subtypes of postoperative delirium in older adults. *Archives of Surgery*, 146, 295-300. doi: 10.1001/archsurg.2011.14
- Rosenbloom-Brunton, D. A., Henneman, E. A. et Inouye, S. K. (2010). Feasibility of family participation in a delirium prevention program for hospitalized older adults. *Journal of Gerontological Nursing*, 36(9), 22-33. doi: 10.3928/00989134-20100330-02
- Rubin, F. H., Neal, K., Fenlon, K., Hassan, S. et Inouye, S. K. (2011). Sustainability and scalability of the hospital elder life program at a community hospital. *Journal of the American Geriatrics Society*, 59, 359-65. doi: 10.1111/j.1532-5415.2010.03243.x
- Rubin, F. H., Williams, J. T., Lescisin, D. A., Mook, W. J., Hassan, S. et Inouye, S. K. (2006). Replicating the Hospital Elder Life Program in a community hospital and demonstrating effectiveness using quality improvement methodology. *Journal of the American Geriatrics Society*, 54, 969-74.
- Saczynski, J. S., Marcantonio, E. R., Quach, L., Fong, T. G., Gross, A., Inouye, S. K. et Jones, R. N. (2012). Cognitive trajectories after postoperative delirium. *New England Journal of Medicine*, 367, 30-9. doi: 10.1056/NEJMoa1112923
- Salluh, J. I. F., Wang, H., Schneider, E. B., Nagaraja, N., Yenokyan, G., Damluji, A., . . . Stevens, R. D. (2015). Outcome of delirium in critically ill patients: Systematic review and meta-analysis. *British Medical Journal*, 350, h2538.
- Schoen, J., Meyerrose, J., Paarmann, H., Heringlake, M., Hueppe, M. et Berger, K.-U. (2011). Preoperative regional cerebral oxygen saturation is a predictor of postoperative delirium in on-pump cardiac surgery patients: A prospective observational trial. *Critical Care*, 15(5), R218. doi: 10.1186/cc10454
- Stenwall, E., Sandberg, J., Eriksdotter Jonhagen, M. et Fagerberg, I. (2008). Relatives' experiences of encountering the older person with acute confusional state: experiencing unfamiliarity in a familiar person. *International Journal of Older People Nursing*, 3, 243-51. doi: 10.1111/j.1748-3743.2008.00125.x
- Stransky, M., Schmidt, C., Ganslmeier, P., Grossmann, E., Haneya, A., Moritz, S., . . . Trabold, B. (2011). Hypoactive delirium after cardiac surgery as an independent risk factor for prolonged mechanical ventilation. *Journal of Cardiothoracic and Vascular Anesthesia*, 25, 968-74. doi: 10.1053/j.jvca.2011.05.004
- Trzepacz, P. T., Mittal, D., Torres, R., Kanary, K., Norton, J. et Jimerson, N. (2001). Validation of the Delirium Rating Scale-revised-98: Comparison with the delirium rating scale and the cognitive test for delirium. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 13, 229-42. doi: 10.1176/jnp.13.2.229
- van Eijk, M. M., van den Boogaard, M., van Marum, R. J., Benner, P., Eikelenboom, P., Honing, M. L., ... Slooter, A. J. (2011). Routine use of the confusion assessment method for the intensive care unit: a multicenter study. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 184, 340-4.
- Van Rompaey, B., Elseviers, M. M., Schuurmans, M. J., Shortridge-Baggett, L. M., Truijen, S. et Bossaert, L. (2009). Risk factors for delirium in intensive care patients: A prospective cohort study. *Critical Care*, 13(3), R77. doi: 10.1186/cc7892
- Voyer, P., Champoux, N., Desrosiers, J., Landreville, P., McCusker, J., Monette, J., . . . Carmichael, P.-H. (2015). Recognizing acute delirium as part of your routine: A validation study. *BMC Nursing*, 14(1), 19. doi: 10.1186/s12912-015-0070-1
- Witlox, J., Eurelings, L. S., de Jonghe, J. F., Kalisvaart, K. J., Eikelenboom, P. et Van Gool, W. A. (2010). Delirium in elderly patients and the risk of postdischarge mortality, institutionalization, and dementia: A meta-analysis. *Journal of the American Medical Association*, 304, 443-51. doi: 10.1001/jama.2010.1013
- Zaal, I. J., Devlin, J. W., Peelen, L. M. et Slooter, A. J. (2015). A systematic review of risk factors for delirium in the ICU. *Critical Care Medicine*, 43(1), 40-7. doi: 10.1097/ccm.0000000000000625
- Zaubler, T. S., Murphy, K., Rizzuto, L., Santos, R., Skotzko, C., Giordano, J., . . . Inouye, S. K. (2013). Quality improvement and cost savings with multicomponent delirium interventions: Replication of the Hospital Elder Life Program in a community hospital. *Psychosomatics*, 54, 219-26. doi: 10.1016/j.psych.2013.01.010

Les interventions de prévention de l'état confusionnel postopératoire chez les personnes âgées hospitalisées : une revue descriptive des écrits

Marie-Hélène Lalonde, inf, Ét. M. Sc. ; Anne Bourbonnais, inf., Ph. D.

L'état confusionnel (EC)¹ est la complication postopératoire la plus fréquente chez les personnes âgées à la suite de plusieurs types de chirurgie. Il est associé à d'importantes conséquences, telles que des hospitalisations prolongées chez les personnes âgées et de l'anxiété chez les proches et les infirmières. Dans les 15 dernières années, plusieurs études ont démontré l'efficacité d'approches préventives pour diminuer l'incidence de l'EC chez les personnes âgées hospitalisées. Le but de cette revue est de présenter, de façon descriptive et critique, les écrits sur les interventions de prévention de l'EC postopératoire chez les personnes âgées. Différents types d'écrits scientifiques publiés entre 1999 et 2016 ont été repérés dans CINAHL, PubMed, Cochrane et Google Scholar avec la combinaison de plusieurs mots clés. La qualité méthodologique des écrits primaires a été évaluée avec le *Mixed Methods Appraisal Tool* (MMAT), celle des revues systématiques avec le *Revised Assessment of Multiple Systematic Reviews* (R-AMSTAR) et celle des guides cliniques avec le *Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation II* (AGREE II). Au final, 21 écrits ont été sélectionnés. Les résultats mettent en évidence l'efficacité des interventions non pharmacologiques multifactorielles implantées en collaboration interprofessionnelle. Afin de faciliter et d'optimiser ces interventions, quelques écrits recommandent aux infirmières d'établir un partenariat de soins avec les personnes âgées et leurs proches. Cependant, il existe peu de connaissances concrètes quant à la façon d'établir un tel partenariat en contexte postopératoire.

Mots clés : État confusionnel postopératoire, personne âgée, proche aidant, prévention, partenariat de soins.

Les interventions chirurgicales chez les personnes âgées sont de plus en plus nombreuses en raison du vieillissement de la population et de l'amélioration des soins chirurgicaux. À cause d'un déclin au niveau de leurs réserves physiologiques,

les personnes âgées sont particulièrement à risque de développer des complications postopératoires (Beliveau et Multach, 2003); la plus fréquente est l'état confusionnel (EC) (Robinson et al., 2009). Selon la 5^e édition du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM-5), l'EC est un trouble neurocognitif aigu et fluctuant qui se caractérise par une perturbation de l'attention, de la conscience et des fonctions cognitives (*American Psychiatric Association* [APA], 2015). Il peut se manifester sous des formes hypoactive, hyperactive ou mixte (Inouye, 2006). Quelle que soit sa forme, l'EC est habituellement d'une durée de quelques heures à quelques jours (APA, 2015). Toutefois, une grande proportion des personnes âgées hospitalisées qui le développent présentent des symptômes pouvant persister jusqu'à 12 mois après son apparition (Cole, Ciampi, Belzile et Zhong, 2009). En période postopératoire, son incidence varie de 5 à 50 % chez les personnes âgées, selon leur vulnérabilité à l'admission, la procédure chirurgicale réalisée et les facteurs précipitants rencontrés durant l'hospitalisation (Dasgupta et Dumbrell, 2006; Inouye, Westendorp et Saczynski, 2014). L'anesthésie, la douleur non soulagée et l'administration de sédatifs sont considérées comme d'importants facteurs précipitants (Marcantonio, 2012).

L'EC est significativement associé à des hospitalisations prolongées (McCusker, Cole, Dendukuri et Belzile, 2003), à un déclin fonctionnel et cognitif (Dasgupta et Brymer, 2014; Marcantonio, Flacker, Michaels et Resnick, 2000) et à des risques élevés d'institutionnalisation et de décès (Witlox et al., 2010). En plus, les personnes âgées qui le développent à la suite d'une chirurgie vivent une grande détresse psychologique qui se manifeste par des sentiments persistants de peur, d'anxiété et d'impuissance (Pollard, Fitzgerald et Ford, 2015). Chez les familles, plusieurs études rapportent que les nouvelles manifestations comportementales et émotionnelles de leur proche âgé créent beaucoup d'anxiété et d'inquiétudes (Partridge, Martin, Harari et Dhesi,

2013; Toye, Matthews, Hill et Maher, 2013). Les infirmières rapportent également un niveau élevé de stress quant à la gestion des comportements hyperactifs et un sentiment de fardeau quant aux soins additionnels qui en découlent (Mc Donnell et Timmins, 2012).

Face à ces conséquences potentiellement nombreuses, la prévention demeure la stratégie la plus efficace pour diminuer l'incidence de l'EC chez les personnes âgées hospitalisées (Inouye, 2006). Avec des approches préventives efficaces, 30 à 40 % des cas pourraient être prévenus (Inouye et al., 2014). Ainsi, les professionnels travaillant sur des unités de chirurgie doivent connaître et implanter, en collaboration interprofessionnelle, des interventions de prévention de l'EC basées sur des résultats probants. Le nombre de publications dans les bases de données quant à la prévention de l'EC chez les personnes âgées est en croissance rapide (*American Geriatrics Society* [AGS], 2014). Selon Marcantonio (2012), cet essor dans la littérature s'explique par le fait que le premier diagnostic officiel de l'EC n'est apparu qu'en 1980 et que des stratégies valides pour le mesurer ont été développées seulement dans les 15 dernières années. Ainsi, le but de cette revue des écrits est de présenter de façon descriptive et critique l'état des connaissances sur les interventions de prévention de l'EC postopératoire chez les personnes âgées.

Méthode de recension des écrits

Une recherche d'écrits a été effectuée dans les bases de données Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), PubMed, Cochrane et Google Scholar en combinant les mots clés suivants : *delirium*, *confus*², *postoperative*, *surgery*, *elder*^{*}, *aged*, *old*^{*}, *geriatric*, *prevent*^{*}, *intervent*^{*} et *reduc*^{*}. Les limites appliquées à la recherche étaient les suivantes : 1) année de publication entre 1999 et 2016; 2) langue française et anglaise. Le choix quant à la limite des années de publications est justifié par le fait qu'une des premières études d'envergure sur les stratégies de prévention de l'EC chez les personnes âgées a été réalisée en 1999 par Inouye et al. Une recherche de la littérature grise a également été effectuée en incluant des écrits provenant de sites gouvernementaux et d'associations. De plus, la liste de références des écrits provenant des bases de données et de la littérature grise a été consultée afin d'y repérer d'autres écrits potentiels.

Ces derniers ont été lus en entier afin de s'assurer du respect des critères d'inclusion, soit : 1) écrits portant sur les interventions de prévention de l'EC; 2) milieux à l'étude incluant une unité de chirurgie ou de médecine; 3) participants de l'étude étant des personnes âgées de 65 ans et plus avec ou sans trouble neurocognitif majeur. Les critères d'exclusion étaient les suivants : 1) écrits dont les milieux à l'étude étaient des unités de soins intensifs (SI), de soins palliatifs ou de soins de longue durée; 2) écrits portant uniquement sur des interventions pharmacologiques de prévention ou des interventions pour traiter l'EC. La qualité méthodologique des écrits a été évaluée avec trois outils d'analyse par une seule personne : le *Mixed Methods Appraisal Tool* (MMAT) pour les études primaires (Pace et al., 2012), le *Revised Assessment of Multiple Systematic Reviews* (R-AMSTAR) pour les méta-analyses (Institut national d'excellence en santé et en services sociaux, 2015) et le *Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation II* (AGREE II) pour les guides cliniques (Brouwers et al., 2013). Ces outils comprennent chacun une liste de contrôle avec des critères d'évaluation de la qualité des écrits, selon leur type. Plus précisément, ils permettent d'évaluer la pertinence, la rigueur conceptuelle et la rigueur méthodologique de l'écrit, ainsi que le transfert des résultats dans la pratique. Les écrits dont la qualité méthodologique a été évaluée mauvaise ont été exclus afin de s'assurer de la fiabilité des résultats et des conclusions de la revue. Finalement, les données suivantes ont été extraites des écrits : les auteurs, l'année, le pays, le type d'écrit, le but, le type d'interventions, la méthode de recherche et d'échantillonnage, les critères d'exclusion et d'inclusion des participants, les caractéristiques des participants, les résultats, les forces et les limites de l'étude. Ces données ont été synthétisées dans des tableaux construits dans le logiciel Excel, afin de les comparer et d'en ressortir des similarités et des différences.

Résultats

Caractéristiques des écrits recensés

La méthode a permis de sélectionner 21 écrits, soit trois guides cliniques, quatre méta-analyses, deux revues des écrits, dix études primaires, un modèle théorique et un audit clinique. Plus de la moitié des études ont été réalisées aux États-Unis (12), ensuite au Chili (2), au Canada (1) et autres (6). La population visée est majoritairement des patients âgés de 65 ans et plus qui sont considérés à risque de développer un EC pendant leur hospitalisation. Les milieux visés sont majoritairement des unités

de chirurgie (orthopédique, traumatologique et gastro-intestinale). Quelques écrits sélectionnés visent des unités de médecine, mais présentent des résultats qui sont transférables au contexte postopératoire. Ensuite, différents types d'approches préventives s'intéressent à la cognition, la mobilité, le sommeil, l'hydratation, la nutrition, les déficits sensoriels et la prévention et le traitement de complications médicales chez les personnes âgées. Notamment, la plupart des études comprennent un volet d'éducation aux professionnels de la santé ou aux proches avant d'implanter les interventions.

Thèmes de la recension des écrits

Les résultats de la recension des écrits ont été regroupés en trois thèmes soit, les interventions de prévention de l'EC postopératoire (voir tableau 1), l'approche familiale pour prévenir l'EC (voir tableau 2) et le partenariat de soins pour prévenir l'EC (voir tableau 3).

Les interventions de prévention de l'EC postopératoire

Selon les guides cliniques qui s'intéressent à la prévention de l'EC chez les personnes âgées, des interventions non pharmacologiques multifactorielles ciblant des facteurs de risques modifiables devraient être implantées en collaboration interprofessionnelle et en impliquant les personnes âgées et leurs proches (*National Institute for Health and Care Excellence* [NICE], 2010; *Registered Nurses Association of Ontario* [RNAO], 2010). Plus spécifiquement, toutes les personnes âgées admises pour une chirurgie élective ou d'urgence qui sont à risque de développer un EC postopératoire devraient bénéficier quotidiennement des interventions suivantes : réorientation cognitive, mobilisation précoce, promotion du sommeil, adaptation aux déficits sensoriels, hydratation et nutrition, oxygénation adéquate, soulagement de la douleur, prévention de la constipation et révision des médicaments (AGS, 2014). Les personnes âgées sont considérées à risque de développer un EC lorsqu'elles ont au moins une des caractéristiques suivantes : âge (65 ans et plus); un déficit cognitif passé ou présent, un trouble neurocognitif; une fracture de la hanche ou une maladie sévère (NICE, 2010).

Deux méta-analyses ont comparé l'efficacité des interventions non pharmacologiques multifactorielles avec d'autres types d'approches préventives, tels que des interventions

pharmacologiques et peropératoires, un système informatisé de soutien aux décisions cliniques (Siddiqi et al., 2016) et de la luminothérapie postopératoire (Moyce, Rodseth et Biccard, 2014). Toutefois, l'efficacité de la plupart de ces approches demeure incertaine à l'exception des interventions non pharmacologiques multifactorielles. Selon les résultats de la méta-analyse de Martinez, Tobar et Hill (2015), ce type d'approche préventive permet de réduire de façon statistiquement significative jusqu'à 30 % de l'incidence de l'EC sur plusieurs types d'unité, dont les unités postopératoires ($p^3 < 0,0001$). Thomas et al. (2014) arrivent aux mêmes résultats, mais ajoutent que le *Hospital Elder Life Program* (HELP) de Inouye et al. (1999) est le programme d'interventions multifactorielles le plus efficace et le plus simple à implanter auprès des personnes âgées hospitalisées. Il s'intéresse à la mise en place de stratégies de prévention basées sur six facteurs de risque de l'EC : les déficits cognitifs, le manque de sommeil, l'immobilité, le déficit visuel, le déficit auditif et la déshydratation. L'efficacité du HELP a initialement été démontrée sur des unités de médecine avec un essai clinique randomisé (ECR) auprès de 852 personnes âgées (Inouye et al., 1999). Leurs résultats ont indiqué une diminution significative de l'incidence de l'EC (9,9 % vs 15 % pour les soins usuels, $p = 0,02$). Face à ces résultats, Inouye, Bogardus, Baker, Leo-Summers et Cooney (2000) ont suggéré que de futures études adaptent le programme HELP à d'autres types de milieux aigus, telles que les unités postopératoires. Chen et al. (2011) ont suivi cette recommandation et ont modifié le programme HELP en incluant trois interventions pertinentes au contexte postopératoire : la mobilisation précoce, l'assistance nutritionnelle et les activités cognitives. Ils ont, eux aussi, mis en valeur l'efficacité de ces interventions pour diminuer l'incidence de l'EC postopératoire à la suite d'une chirurgie gastro-intestinale.

D'autres programmes d'interventions multifactorielles se sont révélés efficaces auprès des personnes âgées qui ont subi une chirurgie. D'une part, Lundstrom et al. (2007) ont démontré l'efficacité d'un programme de prévention et de gestion des complications postopératoires étant associées à l'EC, comme la rétention urinaire, la douleur et l'hyperthermie. D'autre part, plusieurs auteurs ont constaté l'efficacité d'un programme de consultation gériatrique pour prévenir l'EC postopératoire à la suite d'une fracture de la hanche (Deschodt et al., 2012; Marcantonio, Flacker, Wright et Resnick, 2001). Dans ce type de programme, un protocole proactif d'interventions multifactorielles est implanté par l'équipe de soins à la suite de recommandations émises par un gériatre (Marcantonio, 2012). Un

programme similaire, dirigé par des infirmières spécialisées, a été développé par Milisen et al. (2001). Toutefois, les résultats de leur étude ne rapportent aucun effet significatif sur l'incidence de l'EC postopératoire, ce qui pourrait être dû en partie à la petite taille de leur échantillon qui était de 120 participants répartis également dans un groupe d'interventions et un groupe contrôle.

Finalement, plutôt que d'évaluer une intervention multifactorielle, McCaffrey et Locsin (2004) ont examiné les effets d'une intervention de musicothérapie auprès de 66 personnes âgées ayant subi une chirurgie élektive du genou ou de la hanche. Des musiques douces devaient être écoutées par la personne âgée pendant une

heure, au moins trois fois par jour. Leurs résultats ont démontré une diminution significative des épisodes d'EC entre le groupe d'interventions et le groupe contrôle ($p = 0,001$). De plus, les auteurs ont constaté que la musique avait une influence apaisante autant sur les patients que sur les proches et les infirmières. Notamment, cette intervention peu coûteuse et non invasive peut facilement être amorcée par les infirmières.

En somme, les interventions de prévention non pharmacologiques multifactorielles demeurent les plus efficaces pour prévenir l'EC sur plusieurs types d'unités en milieu hospitalier, dont les unités postopératoires.

Tableau 1 : Les interventions de prévention de l'EC postopératoire

Auteurs (année) • Pays • Type d'écrits	But de l'écrit	Interventions de prévention	Principaux résultats
AGS (2014) • États-Unis • Guide clinique	Émettre des recommandations aux professionnels de la santé sur les interventions de prévention et de gestion de l'EC chez les personnes âgées en période périopératoire	• Interventions multifactorielles • Programmes éducatifs • Soulagement de la douleur • Éviter les médicaments à risque	Fortes recommandations
		• Usage d'antipsychotiques	Preuves insuffisantes
NICE (2010) • Royaume-Uni • Guide clinique	Émettre des recommandations aux professionnels de la santé sur les meilleures pratiques auprès des personnes âgées de 18 ans et plus à risque d'EC	Approche centrée sur le patient • Interventions multifactorielles • Information et soutien • Interventions pharmacologiques	Fortes recommandations
		• Interventions pharmacologiques	Preuves insuffisantes

RNAO (2010) • Canada • Guide clinique	Émettre des recommandations aux infirmières sur les stratégies de soins auprès des personnes âgées atteintes de délirium, d'un trouble neurocognitif majeur ou d'une dépression	• Interventions non pharmacologiques multifactorielles	Forte recommandation
Thomas et al. (2014) • États-Unis • Méta-analyse	Évaluer l'efficacité d'interventions non pharmacologiques multifactorielles pour prévenir l'EC chez les personnes âgées hospitalisées, excluant les SI	• Réorientation cognitive • Promotion du sommeil • Adaptation aux déficits sensoriels • Hydratation et nutrition • Mobilisation précoce • Réadaptation physique • Soulagement de la douleur • Révision des médicaments • Formation aux soignants/proches	↓ incidence de l'EC vs soins usuels (p < 0,0001)
Martinez et al. (2015) • Chili • Méta-analyse	Évaluer l'efficacité d'interventions non pharmacologiques multifactorielles pour prévenir l'EC chez les personnes âgées hospitalisées, incluant les SI		
Moyce et al. (2014) • Afrique du Sud • Méta-analyse	Évaluer l'efficacité d'interventions périopératoires pour prévenir l'EC chez les personnes hospitalisées à la suite d'une chirurgie non cardiaque	• Consultation gériatrique proactive	Potentiellement efficace
		• Interventions pharmacologiques • Interventions peropératoires • Luminothérapie postopératoire	Efficacité incertaine
Siddiqi et al. (2016) • Angleterre • Méta-analyse	Évaluer l'efficacité d'interventions non pharmacologiques et pharmacologiques pour prévenir l'EC chez les personnes hospitalisées, excluant les SI	• Interventions multifactorielles	Efficacité démontrée
		• Interventions peropératoires • Système informatisé de soutien aux décisions cliniques • Services orthogériatriques • Interventions pharmacologiques	Efficacité incertaine

Lundstrom et al. (2007) • Suède • ECR	Évaluer l'effet d'un programme d'interventions multifactorielles pour prévenir l'EC postopératoire chez les personnes âgées avec une fracture de la hanche	Prévention et traitement des complications médicales associées à l'EC	↓ incidence de l'EC vs soins usuels ($p = 0,003$)
Inouye et al. (1999) • États-Unis • ECR	Évaluer l'efficacité d'un programme d'interventions multifactorielles (HELP) pour prévenir l'EC chez les personnes âgées hospitalisées sur une unité de médecine	Stratégies de prévention basées sur six facteurs de risque de l'EC : • Orientation • Activités thérapeutiques • Promotion du sommeil	↓ incidence de l'EC vs soins usuels ($p = 0,02$)
Inouye et al. (2000) • États-Unis • Audit clinique	Décrire l'implantation du programme HELP pour prévenir le déclin fonctionnel et cognitif chez les personnes âgées sur des unités de médecine	• Mobilisation précoce • Adaptation aux déficits sensoriels • Hydratation et nutrition	Faisabilité et efficacité démontrée
Chen et al. (2011) • Taiwan • Étude quasi-expérimentale	Évaluer l'effet du HELP modifié pour prévenir le déclin fonctionnel et l'EC postopératoire chez les personnes âgées sur une unité gastro-intestinale	Programme HELP modifié : • Mobilisation précoce • Assistance nutritionnelle • Activités cognitives	Aucun EC développé vs soins usuels ($p < 0,001$)
Marcantonio (2012) • États-Unis • Revue des écrits	Recenser les écrits sur le diagnostic et la gestion de l'EC postopératoire, avec le cas d'une patiente de 76 ans ayant développé un EC après une colectomie	• Interventions multifactorielles proactives du HELP	Forte recommandation
Deschodt et al. (2012) • Belgique • Étude quasi-expérimentale	Évaluer l'effet de la consultation gériatrique sur l'incidence, la durée et la sévérité de l'EC postopératoire chez les personnes âgées avec une fracture de la hanche	• Consultation gériatrique proactive (collaboration interprofessionnelle)	↓ incidence de l'EC vs soins usuels ($p = 0,04$)

Marcantonio et al. (2001) • États-Unis • ECR	Déterminer si la consultation gériatrique peut diminuer l'incidence de l'EC postopératoire chez les personnes âgées avec une fracture de la hanche	• Consultation gériatrique proactive dirigée par un gériatre	↓ incidence de l'EC vs soins usuels ($p = 0,04$)
Milisen et al. (2001) • États-Unis • Étude quasi expérimentale	Évaluer l'effet d'un programme d'interventions multifactorielles sur l'EC postopératoire chez les personnes âgées avec une fracture de la hanche	• Services de consultation avec des infirmières spécialisées • Protocole pour la douleur	Effet non significatif sur l'incidence de l'EC ($p = 0,82$)
McCaffrey et Locsin (2004) • États-Unis • ECR	Évaluer l'effet de la musique sur l'EC postopératoire chez les personnes âgées à la suite d'une chirurgie élective du genou ou de la hanche	• Musicothérapie	↓ incidence de l'EC vs soins usuels ($p = 0,001$)

L'approche familiale pour prévenir l'EC

Une revue de la littérature a été effectuée par Halloway (2014) pour présenter l'état des connaissances sur l'approche familiale quant à la gestion (dépistage, prévention et traitement) de l'EC dans plusieurs types de milieux, incluant les unités postopératoires. L'auteure arrive à la conclusion que l'implication des proches pour la gestion de l'EC est une approche holistique qui a le potentiel d'optimiser les soins aux patients, mais qu'il existe peu d'écrits à ce sujet. Parmi ceux existants, Rosenbloom-Brunton, Henneman et Inouye (2010) ont exploré la faisabilité d'impliquer les proches dans un programme d'interventions multifactorielles (*Family-HELP*) pour prévenir l'EC chez les personnes âgées. Ce programme est une adaptation et une extension du programme HELP de Inouye et al. (1999). Sur une unité de médecine, des infirmières donnaient une formation à 15 proches de personnes âgées concernant cinq interventions associées aux facteurs de risque de l'EC. Leurs résultats indiquent que l'engagement actif des proches dans les interventions de

prévention est faisable dans des milieux de soins aigus. Notamment, les proches ont rapporté dans un questionnaire écrit que leur participation aux interventions était difficile, mais qu'elle était facilitée par un sens de partage des soins avec les infirmières, que Rosenbloom et al. (2010) ont qualifié de partenariat.

En sachant que l'approche familiale est faisable, Martinez, Tobar, Beddings, Vallejo et Fuentes (2012) ont évalué son efficacité auprès de 287 personnes âgées à risque de développer un EC sur une unité de médecine. À la suite d'une courte séance d'éducation, des interventions non pharmacologiques étaient prodiguées quotidiennement par des proches, telles que l'apport d'objets personnels au chevet de la personne âgée. Une différence significative de l'incidence de l'EC entre le groupe d'intervention et le groupe contrôle a été décelée (5,6 % vs 13,3 %, $p = 0,027$). Notamment, cette approche préventive n'implique aucun coût, est simple à implanter et pourrait donc être facilement transférable au contexte postopératoire.

En somme, l'implication des proches dans les interventions de prévention de l'EC chez les personnes âgées est une approche holistique faisable et qui semble efficace dans les milieux de soins aigus. Ainsi, les unités de chirurgie pourraient bénéficier d'une approche familiale

pour diminuer l'incidence de l'EC postopératoire. Notamment, l'engagement des proches dans les interventions de prévention pourrait être facilité par la création d'un partenariat de soins avec les infirmières et les personnes âgées.

Tableau 2 : L'approche familiale pour prévenir l'EC

Auteurs (année) • Pays • Type d'écrits	But de l'écrit	Interventions de prévention	Principaux résultats
Halloway (2014) • États-Unis • Revue des écrits	Recenser les écrits sur l'approche familiale quant à la prévention et à la gestion de l'EC	• Éducation aux proches • Stratégies de dépistage • Interventions multifactorielles	Potentiellement efficace • Peu d'écrits à ce sujet
Rosenbloom-Brunton et al. (2010) • États-Unis • Étude pilote	Évaluer la faisabilité d'impliquer les proches dans un programme de prévention de l'EC (<i>Family-HELP</i>) sur une unité de médecine	Dirigée par des infirmières • Enseignement aux proches sur cinq interventions ciblant quatre facteurs de risque de l'EC	Faisabilité démontrée • Aucun EC développé
Martinez et al. (2012) • Chili • ECR	Évaluer l'efficacité d'interventions non pharmacologiques prodiguées par les proches pour la prévention de l'EC chez les personnes âgées sur une unité de médecine	Éducation aux proches • Horloge/calendrier au chevet • Objets personnels au chevet • Aides sensorielles en place • Réorientation/visites régulières	↓ incidence de l'EC vs soins usuels ($p = 0,027$)

Le partenariat de soins pour prévenir l'EC

Un partenariat de soins entre les infirmières, les personnes âgées hospitalisées et leurs proches aurait le potentiel d'optimiser les interventions de prévention de l'EC. À cette fin, Hill, Yevchak, Gilmore-Bykovskyi et Kolanowski (2014) ont conçu un modèle d'engagement en partenariat (*The Model of Care Partner Engagement*) qui peut servir de cadre de référence aux infirmières. Selon ce dernier, les partenariats de soins seraient

opérationnalisés par les cinq étapes suivantes au sujet de l'EC : 1) négociation et évaluation des risques ; 2) sensibilisation et soutien en information ; 3) plan conjoint de surveillance des signes et symptômes ; 4) prise de décision partagée et interventions précoces de prévention et de gestion ; 5) réalisation d'ajustements en continu. L'effet de ce modèle théorique pour établir un partenariat de soins n'a pas encore été évalué dans des études. De plus, il a entièrement été conçu à partir de la littérature. Ainsi, avant de l'implanter, il serait pertinent de renforcer le modèle à partir de la perspective des personnes

âgées et de leurs proches quant aux éléments qui influencent leur engagement dans un partenariat de soins avec les infirmières (Hill et al., 2014).

Rosenbloom et Fick (2014) ont mis en évidence la faisabilité d'un partenariat de soins pour la prévention de l'EC auprès de 28 triades composées de proches, d'infirmières et de personnes âgées hospitalisées sur une unité de médecine-chirurgie. Le programme intitulé *Nurse/Family Caregiver Partnership for Delirium Prevention* (NFCPM) leur était offert et dirigé par des infirmières formées par le chercheur principal. Ce dernier est un programme éducatif pour former les proches et les infirmières sur l'EC et sur les stratégies de partenariat, soit : 1) des techniques pour établir une communication efficace; 2) l'implantation de stratégies pour contrôler l'environnement. Selon les résultats, les connaissances sur l'EC et les attitudes des participants envers la création

d'un partenariat ont été positivement affectées par le NFCPM pour faciliter l'implantation des interventions de prévention. Les auteurs concluent que l'implication des proches est importante, mais aussi le partenariat de soins avec les infirmières, par une communication claire, réciproque et honnête. De cette façon, les infirmières et les proches deviennent mieux informés et plus confiants à assumer leurs responsabilités essentielles auprès de la personne âgée à risque de développer un EC. En somme, peu d'écrits semblent s'être intéressés au partenariat de soins pour prévenir l'EC chez les personnes âgées hospitalisées. Pourtant, un partenariat de soins entre les infirmières, les personnes âgées et leurs proches aurait le potentiel de faciliter et d'optimiser la mise en place des interventions de prévention de l'EC postopératoires, en utilisant les forces, les connaissances et les habiletés de chaque partenaire.

Tableau 3 : Le partenariat de soins pour prévenir l'EC

Auteurs (année) • Pays • Type d'écrits	But de l'écrit	Interventions de prévention	Principaux résultats
Rosenbloom et Fick (2014) • États-Unis • Étude pilote	Évaluer la faisabilité du programme <i>Nurse/Family Caregiver Partnership for Delirium Prevention</i> (NFCPM), dirigé par des infirmières, sur une unité de médecine-chirurgie	• Enseignement aux proches et aux infirmières sur l'EC et les stratégies de partenariats pour implanter des interventions de prévention	Faisabilité démontrée • ↑ connaissances • ↑ attitudes positives envers le partenariat
Hill et al. (2014) • États-Unis • Modèle théorique	Décrire un modèle guidant les infirmières pour amorcer et maintenir un partenariat de soins pour optimiser la prévention et la gestion de l'EC chez les personnes âgées hospitalisées avec un trouble neurocognitif majeur préexistant	<i>Model of Care Partner Engagement</i> • Intègre les meilleures pratiques en prévention et en gestion de l'EC • Approche de soins centrés sur le patient et la famille • Facteurs individuels et contextuels	Effet du modèle pas encore évalué

Discussion

Cette revue descriptive des écrits met en évidence l'efficacité des interventions de prévention non pharmacologiques multifactorielles ciblant les différents facteurs de risque modifiables de l'EC postopératoire chez les personnes âgées hospitalisées. Selon les recommandations émises par les guides cliniques, les professionnels de la santé doivent utiliser quotidiennement ces interventions en collaboration avec la personne âgée et leurs proches (NICE, 2010; RNAO, 2010).

Cependant, peu d'études en contexte postopératoire semblent avoir intégré l'approche familiale. Dans la plupart des études, les interventions étaient implantées par des infirmières et des médecins, en collaboration avec d'autres membres de l'équipe interprofessionnelle, tels que des physiothérapeutes et des nutritionnistes. Pourtant, l'implication des proches dans les interventions de prévention de l'EC est faisable (Rosenbloom-Brunton et al., 2010) et efficace dans les milieux de soins aigus (Martinez et al., 2012). Notamment, les infirmières peuvent faciliter l'implication des proches dans les interventions de prévention de l'EC en développant un partenariat de soins. Selon Carman et al. (2013), cette approche est caractérisée par un partage de pouvoir et de responsabilités entre les professionnels de la santé, les patients et les proches, afin d'optimiser la qualité et la sécurité des soins. Les patients et leurs proches deviennent des partenaires actifs lorsqu'ils gèrent de façon proactive leur situation de santé. Quant aux cliniciens, ils fournissent aux patients des renseignements appropriés, complets et compréhensibles quant aux soins, soutiennent les patients et impliquent les familles.

Le modèle d'engagement en partenariat de Hill et al. (2014) peut guider les infirmières des unités de chirurgie à créer un contexte idéal pour que les personnes âgées et leurs proches deviennent des partenaires de soins actifs dans la prévention de l'EC postopératoire. D'autant plus que les interventions non pharmacologiques les plus recommandées, telles que la mobilité, l'hydratation, la nutrition et la stimulation cognitive peuvent facilement être mises en œuvre par les personnes âgées elles-mêmes en partenariat avec leurs proches et les infirmières de l'unité postopératoire.

Cette revue des écrits comprend certaines limites. Premièrement, l'analyse des écrits a été effectuée par une seule personne. Il aurait été utile qu'une deuxième personne analyse aussi les écrits afin de valider l'interprétation des résultats. Deuxièmement, certaines études sélectionnées se sont déroulées sur des unités de médecine. Ceci représente un risque possible quant à la transférabilité des résultats au contexte postopératoire. Toutefois, les interventions de prévention évaluées sur des unités de médecine semblaient être facilement transférables au contexte postopératoire. Troisièmement, parmi les écrits recensés, la population concernée était parfois hétérogène. Par exemple, certains écrits incluaient les personnes âgées avec un trouble neurocognitif majeur préexistant, d'autres les excluaient.

Recommandations

À partir des résultats de cette revue des écrits, il est possible d'émettre quelques recommandations. Tout d'abord, les professionnels de la santé travaillant sur des unités de chirurgies devraient bénéficier de séances d'éducation sur l'EC postopératoire et sur les facteurs de risques modifiables afin de pouvoir cibler plusieurs interventions non pharmacologiques à appliquer auprès des personnes âgées. De plus, ces dernières et leurs proches devraient être encouragés à participer d'une façon proactive à ces interventions. Cependant, ils existent plusieurs barrières à l'inclusion des proches dans les interventions de prévention de l'EC : le manque de connaissances, de disponibilités et d'habiletés; le manque d'attention des infirmières aux besoins, valeurs et préférences individuels de la personne âgée, la surcharge sensorielle sur les unités, les heures de visites et le manque de temps chez les infirmières (Hill et al., 2014; Rosenbloom-Brunton et al., 2010). Afin de surmonter ces barrières et de faciliter l'implication des proches dans les interventions de prévention, les infirmières pourraient amorcer un partenariat de soins. De plus, afin d'approfondir les connaissances à ce sujet, de futures études pourraient explorer les perceptions des personnes âgées et de leurs proches quant au partenariat de soins avec les infirmières pour prévenir un EC postopératoire.

Conclusion

En sachant que l'EC est la complication postopératoire la plus fréquente chez les personnes âgées et qu'il est associé à de lourdes conséquences, les professionnels de la santé doivent se référer aux meilleures pratiques en prévention. Selon les écrits, les interventions non pharmacologiques multifactorielles demeurent les plus efficaces pour prévenir l'EC postopératoire chez les personnes âgées à la suite de plusieurs types de chirurgie, de même que sur les unités de médecine. Les infirmières ont le potentiel de maximiser les effets de ces interventions et d'améliorer la qualité des soins en établissant un partenariat de soins avec les personnes âgées et leurs proches. Il est donc à souhaiter que davantage de connaissances concrètes soient développées sur la façon d'établir un tel partenariat.



Marie-Hélène Lalonde

Marie-Hélène Lalonde est infirmière clinicienne sur une unité de chirurgie et poursuit des études de maîtrise à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal. Sous la direction de Dr. Anne Bourbonnais, son mémoire porte sur le partenariat de soins entre les personnes âgées, les proches et les infirmières pour optimiser la prévention de l'état confusionnel postopératoire. Elle a reçu des bourses d'études du Ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur (MÉES) ainsi que de la Chaire de recherche en soins infirmiers à la personne âgée et à la famille. Elle est également professionnelle de recherche pour cette Chaire.

NOTES

1 L'état confusionnel (EC) est le terme scientifique utilisé dans le DSM-5 qui correspond à l'ancien terme « délirium », maintenant réservé en français à l'EC découlant d'un sevrage d'alcool (APA, 2015).

2 L'astérisque est un signe de troncature utilisé dans les bases de données pour remplacer les lettres manquantes. Par exemple, confu* pourrait repérer des documents ayant pour mot clé confusion et confused. Pour plus d'explications, se référer au lien suivant : <http://www.ebsi.umontreal.ca/jetrouve/biblio/booleens.htm>

3 Une valeur p inférieure à 0,05 indique que les résultats sont significatifs sur le plan statistique et qu'ils sont probablement vrais et non pas dûs au hasard. À l'inverse, une valeur p supérieure à 0,05 indique que les résultats ne sont pas significatifs sur le plan statistique (Loiselle, Profetto-McGrath, Polit et Beck, 2007).

RÉFÉRENCES

American Geriatrics Society. (2014). Clinical Practice Guideline for Postoperative Delirium in Older Adults. Repéré à <http://geriatricscareonline.org/ProductAbstract/american-geriatrics-society-clinical-practice-guideline-for-postoperative-delirium-in-older-adults/CL018>

American Psychiatric Association. (2015). DSM-5 : *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5e éd.). France: Elsevier Health Sciences.

Beliveau, M.M. et Multach, M. (2003). Perioperative care for the elderly patient. *The Medical Clinics of North America*, 87(1), 273-289.

Brouwers, M. C., Kho, M. E., Browman, G. P., Burgers, J. S., Cluzeau, F., Feder, G.,... Consortium, A.N.S. (2013). AGREE II: advancing guideline development, reporting and evaluation in health care. *Canadian Medical Association Journal*, 182(18), E839-842.

Carman, K.L., Dardess, P., Maurer, M., Sofaer, S., Adams, K., Bechtel, C. et Sweeney, J. (2013). Patient and family engagement: a framework for understanding the elements and developing interventions and policies. *Health Affairs*, 32(2), 223-231.

Chen, C. C-H., Lin, M-T., Tien, Y-W., Yen, C-J., Huang, G-H. et Inouye, S. (2011). Modified Hospital Elder Life Program: Effects on abdominal surgery patients. *Journal of American College of Surgeons*, 213(2), 245-252.

- Cole, M., Ciampi, A., Belzile, E. et Zhong, L. (2009). Persistent delirium in older hospitalized patients: A systematic review of frequency and prognosis. *Age and Ageing*, 38(1), 19-26.
- Dasgupta, M. et Brymer, C. (2014). Prognosis of delirium in hospitalized elderly: worse than we thought. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 29(5), 497-505.
- Dasgupta, M. et Dumbrell, A. (2006). Preoperative risk assessment for delirium after noncardiac surgery: A systematic review. *Journal of American Geriatrics Society*, 54(10), 1578-1589.
- Deschodt, M., Braes, T., Flamaing, J., Detroyer, E., Broos, P.,... et Milisen, K. (2012). Preventing delirium in older adults with recent hip fracture through multidisciplinary geriatric consultation. *Journal of American Geriatrics Society*, 60 (4), 733-739.
- Halloway, S. (2014). A family approach to delirium: A review of the literature. *Aging and Mental Health*, 18(2), 129-139.
- Hill, N.L., Yevchak, A., Gilmore-Bykovskyi, A. et Kolanowski, A. (2014). The model of care partner engagement: Use in delirium management. *Geriatric Nursing*, 35(4), 272-278.
- Inouye, S.K. (2006). Delirium in older persons. *New England Journal of Medicine*, 354(11), 1157-1165.
- Inouye, S.K., Bogardus, S.T., Baker, D.I., Leo-Summers, L. et Cooney, L.M. (2000). The Hospital Elder Life Program: A model of care to prevent cognitive and functional decline in older hospitalized. *Journal of American Geriatrics Society*, 48 (12), 1697-1706.
- Inouye, S.K., Bogardus, S.T., Charpentier, P.A., Leo-Summers, L., Acampora, D., Holford, T.R. et Cooney, L.M. (1999). A multicomponent intervention to prevent delirium in hospitalized older patients. *The New England Journal of Medicine*, 340(9), 669-676.
- Inouye, S.K., Westendorp, R.G. et Saczynski, J.S. (2014). Delirium in elderly people. *Lancet*, 383(9920), 911-922.
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. (2015). R-AMSTAR*-Évaluation de la qualité des revues systématiques. Repéré à https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/DocuMetho/R_Amstar_FR_21012015.pdf
- Loiselle, C.G., Profetto-McGrath, J., Polit, D.F. et Beck, C.T. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières. Approches quantitatives et qualitatives*. Adaptation française de Polit et Beck. Montréal, Québec : ERPI.
- Lundstrom, M., Olofsson, B., Stenvall, M., Karlsson, S., Nyberg, L.,...Gustafson, Y. (2007). Postoperative delirium in old patients with femoral neck fracture: a randomized intervention study. *Aging Clinical Experimental Research*, 19(3), 178-186.
- Marcantonio, E.R. (2012). Postoperative Delirium. A 76-year-old woman with delirium following surgery. *Journal of American Medical Association*, 308(1), 73-81.
- Marcantonio, E.R., Flacker, J.M., Michaels, M. et Resnick, N.M. (2000). Delirium is independently associated with poor functional recovery after hip fracture. *Journal of the American Geriatrics Society*, 48(6), 618-624.
- Marcantonio, E.R., Flacker, J.M., Wright, R.J. et Resnick, N.M. (2001). Reducing delirium after hip fracture: A randomized trial. *Journal of American Geriatrics Society*, 49(5), 516-522.
- Martinez, F.T., Tobar, C., Beddings, C.I., Vallejo, G. et Fuentes, P. (2012). Preventing delirium in an acute hospital using a non-pharmacological intervention. *Age and Ageing*, 41(4), 629-634.
- Martinez, F., Tobar, C. et Hill, N. (2015). Preventing delirium: should non-pharmacological, multicomponent interventions be used? A systematic review and meta-analysis of the literature. *Age and Ageing*, 44(2), 196-204.
- McCaffrey, R. et Locsin, R. (2004). The effect of music listening on acute confusion and delirium in elders undergoing elective hip and knee surgery. *Journal of Clinical Nursing*, 13(6B), 91-96.
- McCusker, J., Cole, M. G., Dendukuri, N. et Belzile, E. (2003). Does delirium increase hospital stay? *Journal of the American Geriatrics Society*, 51(11), 1539-1546.
- Mc Donnell, D. et Timmins, F. (2012). A quantitative exploration of the subjective burden experienced by nurses when caring for patients with delirium. *Journal of Clinical Nursing*, 21(17-18), 2488-2498.
- Milisen, K., Foreman, M.D., Abraham, I.L., De Geest, S., Godderis, J., Vandermeulen, E.,...Broos, P.L. (2001). A nurse-led interdisciplinary intervention program for delirium in elderly hip-fracture patients. *Journal of American Geriatrics Society*, 49(5), 523-532.
- Moyce, Z., Rodseth, R.N. et Biccard, B.M. (2014). The efficacy of peri-operative interventions to decrease postoperative delirium in non-cardiac surgery: a systematic review and meta-analysis. *Anaesthesia*, 69(3), 259-269.
- National Institute for Health and Care Excellence. (2010). *Delirium: prevention, diagnosis and management* (Publication n°103). London: Royal College of Physicians (UK).
- Pace, R., Pluye, P., Bartlett, G., Macaulay, A.C., Salsberg, J., Jagosh, J. et Sells, R. (2012). Testing the reliability and efficiency of the pilot Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT) for systematic mixed studies review. *International Journal of Nursing Studies*, 49(1), 47-53.

Partridge, J.S.L., Martin, F.C., Harari, D. et Dhesi, J.K. (2013). The delirium experience: what is the effect on patients, relatives and staff and what can be done to modify this? *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 28(8), 804-812.

Pollard, C., Fitzgerald, M. et Ford, K. (2015). Delirium: The lived experience of older people who are delirious post-orthopaedic surgery. *International Journal of Mental Health Nursing*, 24(3), 213-221.

Registered Nurses Association of Ontario. (2010). *Nursing Best Practice Guideline, Shaping the future of Nursing. Caregiving Strategies for Older Adults with Delirium, Dementia and Depression*. Repéré à <http://rnao.ca/bpg/guidelines/caregiving-strategies-older-adults-delirium-dementia-and-depression>.

Robinson, T.N., Raeburn, C.D., Tran, Z.V., Angles, E.M., Brenner, L.A. et Moss, M. (2009). Postoperative Delirium in the elderly. Risk factors and outcomes. *Annals of surgery*, 249(1), 173-178.

Rosenbloom, D.A. et Fick, D.M. (2014). Nurse/family caregiver intervention for delirium increases delirium knowledge and improves attitudes toward partnership. *Geriatric Nursing*, 35(3), 174-181.

Rosenbloom-Brunton, D.A., Henneman, E.A. et Inouye, S.K. (2010). Feasibility of family participation in a delirium prevention program for hospitalized older adults. *Journal of Gerontological Nursing*, 36(9), 22-32.

Siddiqi, N., Harrison, J.K., Clegg, A., Teale, E., Young, J., Taylor, J. et Simpkins, S.A. (2016). Interventions for preventing delirium in hospitalised non-ICU patients. *Cochrane Database of Systematic Review*, 3(CD005563), 1-238.

Thomas, E., Smith, J.E., Forrester, D.A., Heider, G., Jadotte, Y.T. et Holly, C. (2014). The effectiveness of non-pharmacological multi-component interventions for the prevention of delirium in non-intensive care unit older adult hospitalized patients: a systematic review. *JMB Database of Systematic Review and Implementation Reports*, 12(4), 180-232.

Toye, C., Matthews, A., Hill, A. et Maher, S. (2013). Experiences, understandings and support needs of family carers of older patients with delirium: a descriptive mixed methods study in a hospital delirium unit. *International Journal of Older People Nursing*, 9(3) 200-208.

Witlox, J., Eurelings, L. S., de Jonghe, J. F., Kalisvaart, K. J., Eikelenboom, P. et van Gool, W.A. (2010). Delirium in elderly patients and the risk of postdischarge mortality, institutionalization, and dementia: A meta-analysis. *Journal of the American Medical Association*, 304(4), 443-451.

UN ACCÈS **FACILE ET RAPIDE**
À UNE GRANDE OFFRE DE
FORMATION DE QUALITÉ POUR
LES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ



acofas.ca

Les micro-milieux : une solution afin d'offrir à la clientèle un milieu de vie adapté.

Huguette Bleau, inf., Ph. D. ; Francis Etheridge, Ph. D. (cand.)

Selon le ministère de la Santé et des Services sociaux (2003), les centres d'hébergement et de soins de longue durée ont comme fonction d'héberger des personnes qui « *en raison de leur perte d'autonomie fonctionnelle ou psychosociale, ne peuvent demeurer dans leur milieu de vie naturel, malgré le support de leur entourage* » (p. 34). Comme la perte d'autonomie n'est pas exclusive aux personnes âgées ou à une seule affection; la clientèle des CHSLD n'est pas homogène. Il suffit d'entrer dans un de ces milieux pour le constater. Dans un même salon, une femme apparemment dans la quarantaine qui se déplace en fauteuil roulant motorisé regarde la télévision pendant qu'une autre, beaucoup plus âgée, longe les murs à l'aide de sa « marchette ». Sur une unité de vie, un homme confus est couché sur le lit inoccupé de son voisin de chambre parti à la salle communautaire regarder un match de hockey. Dans la salle à manger, une jeune femme présentant une déficience intellectuelle, reçoit de l'aide pour s'alimenter. Elle est assise à la même table qu'un homme âgé qui appelle à répétition, en italien, sa défunte conjointe. Ces situations typiques illustrent que la clientèle des CHSLD est variable autant au plan de l'âge, des problèmes physiques et cognitifs que de l'origine ethnique.

Au Québec, les milieux d'hébergement accueillent, une clientèle hétérogène. Cette situation entraîne des influences délétères autant pour la clientèle que pour le personnel. Groupe Champlain¹ se penche sur cette problématique et affirme que les micros milieux peuvent offrir un milieu de vie adapté à cette clientèle.

Ce premier article fait état de la situation et présente un projet d'instauration de deux micro-milieus. Un second article publié à l'automne prochain en exposera les résultats et les recommandations.

Tous les soignants vivent l'expérience d'entendre l'appellation déformée de leur milieu de travail : CSHD etc. Il est possible de croire que ces écarts représentent un manque de connaissances générales sur ce qu'est un CHSLD. On croit généralement que ce sont des résidences où

habitent des personnes âgées malades. La réalité est beaucoup plus hétérogène. En fait, aucune des lettres de l'acronyme CHSLD n'indique que ce milieu soit réservé à des personnes âgées ou malades.

Cette diversité crée parfois des situations d'entraides et le développement d'amitiés inattendues, mais elle est aussi à la source de désagréments et de difficultés. Certains sont inhérents à la cohabitation même, cependant que d'autres semblent plutôt associés à la proximité régulière de personnes très différentes les unes des autres. Pensons aux dérangements vécus par les clients alertes lors de cris nocturnes ou de visites non souhaitées de clients qui souffrent de problèmes cognitifs; au désintérêt des clients plus jeunes pour les activités pensées principalement pour une autre génération; à la solitude vécue par des clients incapables de créer des amitiés considérant leur incapacité à communiquer avec les autres personnes de leurs unités de vie pour des raisons culturelles ou de capacités cognitives diminuées, etc.

L'hétérogénéité de la clientèle complexifie aussi beaucoup le travail des membres du personnel soignant qui doivent adapter leurs interventions et apprendre à saisir rapidement les besoins singuliers de nombreux clients. La capacité d'adaptation demandée aux membres du personnel soignant des CHSLD est ainsi beaucoup plus grande que dans un Centre Hospitalier où les patients sont d'emblée regroupés selon leurs besoins de services psychiatriques, oncologiques, cardiologiques, immunologiques, etc.

Cet article traite des travaux réalisés par Groupe Champlain désireux de renouveler et rehausser dans ses centres d'hébergement son offre de soins et services tout en diminuant les irritants associés à la cohabitation de personnes ayant des besoins très différents. Ces travaux consistent en une recension d'écrits pertinents sur la problématique, l'élaboration d'un modèle de micro-milieus et le démarrage d'un projet pilote dans l'une de ses installations.

Recension d'écrits pertinents

La recension des écrits examine deux grandes sources d'informations pour identifier des documents relatifs à l'objet à l'étude. La première est la littérature grise accessible sur Internet (sites web, rapports gouvernementaux, mémoires, articles de journaux, etc.), et la deuxième s'attarde aux banques de données scientifiques autant francophones (CAIRN) qu'anglophones (EBSCO (Ageline, CINAHL, Psycinfo, Medline, etc.)). L'exploration initiale de la littérature grise a permis de mettre en lumière la faible utilisation de la dénomination « appariement de la clientèle » pour référer au concept à l'étude. Le moteur de recherche Google ne produit que sept résultats pour cette terminologie exacte et qu'un seul lorsque jumelé au terme « CHSLD ». De ce fait, le défi principal posé par cette recension des écrits a été d'identifier des documents référant au concept d'appariement de la clientèle en CHSLD sans connaître de vocables précis pour y référer. Le tableau 1 présente les mots-clés utilisés pour retrouver des documents portant sur l'appariement de la clientèle (concept) dans les milieux d'hébergement (contexte).

Finalement, seize documents issus de la littérature grise (articles de journaux, rapports d'organisation professionnelle et mémoires d'organisations publiques et parapubliques) ainsi que onze articles scientifiques tirés des banques de données ont été retenus et analysés.

Description et évaluation de la clientèle des CHSLD

Bien que l'admissibilité aux CHSLD soit aujourd'hui contrôlée par un outil d'évaluation de la clientèle et réservée aux personnes en grande perte d'autonomie, la clientèle de ces milieux n'est pas monolithique. La croissance du degré de perte d'autonomie (Association des établissements de réadaptation en déficience physique du Québec (AERDPQ), 2014; Association québécoise des établissements de santé et de services sociaux (AQESSS, 2013); Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec (OIIQ), 2015) et la décroissance de la durée de séjour moyen des résidents des CHSLD ne font pas de doute (Daoust-Boisvert, 2014; MSSS, 2011), mais cette clientèle demeure hétérogène. Elle est notamment diversifiée sur le plan de l'âge, approximativement 10% des résidents des CHSLD seraient âgés de moins de 65 ans (Association des établissements privés conventionnés (AEPC), 2014; AERDPQ, 2014). La clientèle de ces milieux est aussi hétérogène quant aux types et à la quantité de problèmes de santé chroniques, de problèmes de santé mentale et de troubles cognitifs dont elle souffre (AEPC, 2014; Corporation du Centre hospitalier gériatrique Maimonides et le CHSLD juif de Montréal, (CCHGM) 2014; Protecteur du citoyen, 2014). Des divergences importantes sur les plans linguistiques et culturels peuvent aussi être présentes chez les résidents de mêmes CHSLD (CCHGM, 2014). Ce regroupement de clientèles hétérogènes aurait plusieurs influences délétères sur la qualité des soins et services dispensés.

Tableau 1. Mots-clés utilisés pour réaliser la recension d'écrits pertinents

	Concept	Contexte
Francophone	« Appariement » « Regroupement » « Appariement de la clientèle » « Regroupement de la clientèle »	« CHSLD » « EHPAD »
Anglophone	« Matching » « Grouping » « Resident grouping » « Resident matching » « Specialized program » « Unit care model » « Multi-level long-term care » « Innovative design »	« Nursing home » « Long term care », « Residential aged care »

Effets de l'hétérogénéité de la clientèle en CHSLD

Dans un premier temps, le regroupement de clientèles hétérogènes complexifierait la dispensation de soins et services adaptés aux besoins des résidents. Une inadéquation entre les besoins et les services rendus serait notable (AERDPQ, 2014; Fédération professionnelle des préposé(e)s aux bénéficiaires du Québec (FPBQ), 2014; OIIQ, 2015). La cohabitation de résidents ayant des caractéristiques fonctionnelles disparates serait aussi à la source de comportements dysfonctionnels, voire de situations potentiellement dangereuses (FPBQ, 2014; Protecteur du citoyen, 2014). Les problèmes de santé mentale, les troubles cognitifs et les déficiences intellectuelles engendrent notamment des besoins spécifiques complexes (FPBQ, 2014). La clientèle plus autonome des CHSLD, notamment celle de moins de 65 ans en quête d'autonomie et d'inclusion sociale, se retrouve aussi particulièrement mal servie au sein d'organisations conventionnelles (AERDPQ, 2014; FPBQ, 2014; Foley et Schneider, 1980).

Dans un second temps, le regroupement de clientèles hétérogènes en CHSLD rendrait leurs infrastructures souvent inadaptées (Dubuc et al., 2009). Les environnements physiques offerts aux résidents de ceux-ci seraient peu stimulants, trop impersonnels et parfois dangereux (AERDPQ, 2014; FPBQ, 2014; Protecteur du citoyen, 2014). Les environnements physiques institutionnels typiquement retrouvés en CHSLD seraient généralement délétères à la dispensation de soins et services spécifiques ou personnalisés (AERDPQ, 2014; Degenholtz, Miller, Kane, Cutler et Kane, 2006; MSSS, 2003).

Troisièmement, le regroupement de clientèles hétérogènes serait à la source de nombreux déménagements des résidents des CHSLD (AEPC, 2014; FPBQ, 2014; Protecteur du citoyen, 2011). Le manque de spécialisation formelle des environnements offerts dans ces milieux empêcherait l'assignation de nouveaux résidents à des milieux adaptés à leurs besoins et ainsi, nuirait à la recherche subséquente de solutions aux problèmes générés. Les déménagements d'unités ou d'installations qui en découlent sont reconnus comme des sources de stress, d'insécurité et de traumatismes autant pour les résidents que pour leurs proches (AEPC, 2014; FPBQ, 2014; Voyer, 2013). L'impression d'être des « boules de billard », selon l'expression de certains résidents, découlerait de ce contexte (FPBQ, 2014).

Dans un quatrième temps, l'hétérogénéité aurait une influence délétère sur la distribution des ressources humaines et la formation du personnel soignant (Foley et Schneider, 1980; AERDPQ, 2014; FPBQ, 2014). Des cas de surexploitation, mais aussi de sous-utilisation du potentiel de ressources humaines découleraient d'une dispensation de soins et services standardisée (Foley et Schneider, 1980). Le regroupement de clientèles ayant des besoins variées en CHSLD nuirait aussi à la formation spécialisée de la main-d'œuvre. Ce manque de formation engendrerait la dispensation de soins et services inappropriés, mais aussi des risques d'accidents de travail et d'épuisement professionnel (FPBQ, 2014).

Cinquièmement, l'hétérogénéité révélerait l'inadéquation des modalités conventionnelles d'organisation du travail en CHSLD. L'accroissement de la mixité des clientèles de ces milieux ainsi que la complexification de leurs besoins n'ont pas été suivis d'innovations sur le plan de l'organisation du travail (FPBQ, 2014). L'organisation du travail typique en CHSLD serait délétère à la dispensation de soins et services personnalisés appelée par l'approche Milieu de vie (FPBQ, 2014; MSSS, 2003).

Finalement, plus largement, cette hétérogénéité aurait une influence sur la clarté de la mission des CHSLD et de leurs fonctions futures (Foley et Schneider, 1980; OIIQ, 2014; Sawamura, Nakashima et Nakanishi, 2013). Celles-ci sont ambiguës car elles doivent répondre à une clientèle variée sur de multiples plans. Les CHSLD adoptent ainsi plusieurs missions difficiles à concilier, notamment de qualité de vie et de qualité de soins, tout en maximisant la sécurité et en encourageant l'autonomie.

En somme, il appert que le principe de regroupement de la clientèle selon leur degré d'autonomie propre à l'orientation d'utilisateurs du système sociosanitaire québécois vers les CHSLD n'est pas suffisant pour favoriser une réponse optimale à leurs besoins. Plusieurs écrits représentent le regroupement de clientèles ayant des besoins différents comme une source de diminution de la qualité des soins et services offerts en CHSLD, mais aussi de complexification de leur organisation et du processus d'amélioration. L'élaboration et l'implantation de modalités innovantes de regroupements de clientèles appariées auraient ainsi le potentiel de permettre des améliorations effectives à court terme, mais aussi de soutenir la capacité d'amélioration en continu des CHSLD.

Pratiques innovantes de regroupement de clientèles

D'un point de vue plus macroscopique, l'organisation actuelle du système sociosanitaire québécois reflète une intention d'adaptation à la variabilité des besoins des personnes âgées. L'offre publique de soins et services gériatogériatriques comprend notamment les services de soutien à domicile, les centres de jour, les ressources intermédiaires et les CHSLD. D'une perspective plus microscopique, le regroupement de certaines clientèles appariées à l'intérieur même des CHSLD met plutôt en lumière un principe de regroupement de la clientèle selon leurs pathologies. Les unités dites prothétiques regroupent des résidents ayant d'importants problèmes cognitifs (FPBQ, 2014; OIIQ, 2014) alors que les unités dites spécifiques, beaucoup moins communes, regroupent des clientèles ayant des problèmes d'agressivité et de violence (Protecteur du citoyen, 2011). En plus du degré d'autonomie (AEPC, 2014; AERDPQ, 2014; MSSS, 2010) et du type de pathologie (AEPC, 2014; Djellal, Gallouj et Gallouj, 2004; FPBQ, 2014; OIIQ, 2015) notre analyse des écrits recensés indique que quatre autres dimensions d'appariement de la clientèle seraient envisageables, voire recommandables pour pallier les effets du non appariement actuel. Ce sont :

1) L'âge (AERDPQ, 2014; FPBQ, 2014; Protecteur du citoyen, 2014).

Cette dimension réfère au regroupement de clientèles d'âges similaires afin de favoriser le développement d'environnements de vie adaptés aux objectifs de vie et au degré de stimulation souhaité par des personnes plus ou moins âgées.

2) La durée de séjour prévue (Castle et Ferguson, 2010; Daoust-Boisvert, 2014; Djellal et al., 2004).

Cette dimension réfère au regroupement de clientèles selon la durée de séjour prévue afin de mieux adapter les soins et services aux besoins en découlant, par exemple le degré d'intervention (soins curatifs versus soins palliatifs), les efforts dédiés à l'accueil et à l'intégration des résidents, etc.

3) Les valeurs et goûts de la clientèle (Daoust-Boisvert, 2014; Dubuc et al., 2009; MSSS, 2003).

Cette dimension réfère au regroupement de clientèles présentant des caractéristiques de santé potentiellement variables, tout en ayant des valeurs et des goûts similaires afin de favoriser la

dispensation de soins et services adaptés à leurs attentes. Le regroupement de clientèles selon leurs désirs sur les plans du degré de soutien (ex. : assistance systématique aux activités de la vie quotidienne versus promotion de l'autonomie), du degré d'intervention (ex. : soins palliatifs versus soins curatifs) ou de la qualité de vie (ex. : alimentation saine versus « alimentation épicurienne », animation et loisirs quotidiens versus animation et loisirs sur demande, etc.) serait envisageable. Un regroupement selon les préférences linguistiques ou culturelles des clientèles est une autre possibilité.

4) Les ressources de la clientèle (Ashcraft, Owen et Feng, 2006).

Cette dimension réfère à l'approche préconisée de procéder au regroupement de la clientèle afin de développer une organisation de travail adaptée aux contributions potentielles des clients. Ce regroupement viserait, par exemple, à regrouper des résidents capables d'adapter leurs contributions financières à l'évolution de leur état de santé ou des résidents dont les familles s'engagent à dispenser certains soins et services de façon régulière afin de diminuer leurs contributions financières.

En somme, le regroupement de clientèles selon une ou plusieurs dimensions d'appariement potentielles met de l'avant une multitude de possibilités. Néanmoins, il est important de constater que toutes les déclinaisons et combinaisons possibles de ces dimensions n'auraient qu'un seul objectif, soit de faciliter une dispensation de soins et services la plus adaptée possible aux besoins des résidents.

La prochaine section discutera des influences potentielles du regroupement de clientèles appariées sur différentes dimensions des CHSLD.

Influences positives potentielles du regroupement de clientèles appariées

L'exploration des articles recensés à la recherche de connaissances appuyant le regroupement des clientèles appariées en CHSLD a permis d'identifier des liens entre le regroupement de celle-ci et la qualité de l'expérience offerte aux résidents, la potentialisation des ressources humaines et la performance financière. Ce travail a permis de constater la faible quantité d'études portant directement ou indirectement sur le sujet et conséquemment, le peu de données robustes

sur l'influence du regroupement de clientèles. L'effet du regroupement de clientèles en micro-milieus est notamment faiblement différencié de l'effet du regroupement de clientèles appariées. Les résultats présentés dans les sous-sections suivantes doivent ainsi être appréciés en considérant la nature quasi anecdotique des données sur lesquelles ils se fondent.

Influence potentielle sur l'expérience des résidents

Quelques études avancent que le regroupement de clientèles en micro-milieus est favorable à la dispensation de soins personnalisés (Dubuc et al., 2009; Sawamura et al., 2013; Van den Pol-Grevelink, Jukema et Smits, 2012). Ces études focalisent leur attention sur l'influence positive de plus petits environnements, sur l'interconnaissance des résidents et du personnel soignant et sur la flexibilité de l'organisation du travail. L'étude de Dubuc et al. (2009) sur les nouvelles formules d'hébergement, essentiellement représentées par de plus petits environnements offrant un milieu de vie moins institutionnel et moins formalisé que les CHSLD, démontre l'influence positive de ces formes novatrices sur la satisfaction des résidents et de leurs proches.

Influence potentielle sur les ressources humaines

Aucun écrit recensé n'appuie clairement l'influence positive du regroupement de clientèles appariées sur la potentialisation des ressources humaines. Néanmoins, l'analyse des écrits, à la lumière de cette dimension, permet d'exposer la valeur différenciée du regroupement de clientèles appariées et du regroupement en micro-milieus. Le regroupement de clientèles appariées en unité régulière aurait comme principale fonction de faciliter la dispensation standardisée de soins et services spécialisés. Tandis que le regroupement de la clientèle en petite unité faciliterait une organisation de soins et services flexibles favorables à une dispensation de soins et services personnalisés. Par exemple, les appels à un regroupement des clientèles plus jeunes en CHSLD promeuvent l'adoption de cette approche comme un moyen d'adapter les horaires de travail aux habitudes de la clientèle (AERDPQ, 2014). Les écrits portant sur le regroupement en micro-milieus exposent plutôt une corrélation entre ce type d'environnement physique et une organisation du travail plus organique, des définitions de tâches plus éclatées et un sentiment d'accomplissement

professionnel accru (Bowers, 2014).

Influence potentielle sur la performance financière

Deux écrits faisaient état de l'influence potentiellement positive du regroupement de clientèles en micro-milieus sur le taux de roulement du personnel soignant (Bowers, 2014; Van den Pol-Grevelink et al., 2012; Ashcraft et al., 2006) explicitaient plutôt que les coûts relatifs au regroupement de clientèles appariées étaient certainement inférieurs à ceux requis pour pallier les effets de soins et services inadéquats.

En somme, le regroupement de clientèles appariées en CHSLD a une valeur plus intuitive que scientifique. Autrement dit, elle est davantage fondée sur l'observation des difficultés associées à la cohabitation de résidents ayant des besoins hétérogènes que sur des expériences évaluées. Notre analyse révèle toutefois l'intérêt de réfléchir au regroupement de clientèles en micro-milieus dans les CHSLD sur deux plans, soit sur les effets de l'homogénéisation de la clientèle et sur ceux de la création de plus petits environnements physiques.

Capacités organisationnelles requises au regroupement des clientèles appariées

L'analyse des écrits recensés a permis d'identifier des défis propres au regroupement des clientèles appariées en CHSLD. Bien qu'aucun de ces derniers ne traite explicitement du passage d'un modèle de soins et services conventionnel à un modèle organisé de regroupement de clientèles appariées, certains font état de quatre capacités organisationnelles potentiellement requises à l'adoption. Elles ont comme objectifs de :

- 1) Produire et maintenir des profils de résidents représentatifs;
- 2) Accueillir et orienter les résidents vers les micro-milieus appropriés;
- 3) Investir dans l'adaptation de l'environnement physique;
- 4) Faire vivre une organisation du travail flexible et propice à l'apprentissage en continu.

La première capacité, soit de produire et maintenir des profils de santé représentatifs des besoins des résidents, est un défi pour les CHSLD car ils sont reconnus comme des organisations où des écarts entre le contenu de la documentation et la réalité sont habituels (Parmelee P.A., Bowen, S.E., Ross, A., Brown, H., et Huff, J. 2008; OIIQ, 21014). Cette capacité serait essentielle à développer pour identifier des résidents ayant des besoins similaires et pour les diriger vers des micro-milieux adaptés à leurs réponses (Parmelee et al., (2008); Protecteur du citoyen, 2014; MSSS, 2003). Cette capacité requerrait notamment l'utilisation d'un outil précis d'évaluation des besoins (AEPC, 2014; Ashcraft et al., 2006; MSSS, 2003).

La seconde capacité est l'orientation de nouveaux résidents vers un environnement de vie approprié. La quantité élevée de nouveaux résidents admis ainsi que la rapidité avec laquelle les CHSLD doivent les accueillir compliquent l'exercice (AEPC, 2014; Protecteur du citoyen, 2011). La mise en place de processus d'admission efficaces nécessiterait la capacité de produire des profils de santé représentatifs, mais demanderait également le développement de partenariats de qualité avec les milieux de soins aigus (AEPC, 2014; MSSS, 2003) ainsi qu'avec les proches (Ashcraft et al., 2006; Dubuc et al., 2009; Maimonides, 2014; MSSS, 2003). La prise en considération des connaissances détenues par les proches aidants ainsi que de leurs attentes à l'égard du CHSLD serait favorable à une orientation initiale adéquate des résidents. L'établissement de

partenariats de qualité avec les proches serait beaucoup plus souhaitable que le recours à des unités d'évaluation transitoire pour déterminer les besoins des résidents (AEPC, 2014).

La troisième capacité est celle d'investir dans l'adaptation des environnements physiques. Les infrastructures conventionnelles des CHSLD sont rarement adaptées à la création de micro-milieux et leurs modifications peuvent exiger des investissements importants (Protecteur du citoyen, 2014; Sawamura et al., 2013). Des infrastructures propices à une organisation en micro-milieux sont néanmoins reconnues comme un élément favorable à la dispensation de soins et services personnalisés (Sawamura et al., 2013).

Finalement, l'implantation d'un modèle de soins et services fondé sur le concept de regroupement de clientèles appariées serait favorisée par une organisation du travail flexible et propice à l'apprentissage continu (FPBQ, 2014;) Parmelee et al., 2008; Werner, 2003). Une approche de gestion plus « bottom-up » que « top-down » serait cohérente avec un tel type d'organisation du travail (Castle et Ferguson, 2010).

En somme, les CHSLD souhaitant regrouper leurs clientèles de façon à mieux répondre à leurs besoins doivent travailler leur capacité à évaluer précisément, rapidement, mais aussi en continu, les besoins de leurs résidents ainsi que leur capacité à adapter l'organisation des soins et services qu'ils offrent.

Tableau 2 : Principes directeurs des micro-milieux

Enrichir l'expérience des clients	Par l'offre de services plus adaptés aux besoins respectifs des clients
Rehausser la qualité et sécurité	Par des formations et un encadrement plus adaptés aux besoins respectifs du personnel
Favoriser une gestion de proximité	Par l'élimination de tâches associées à l'hétérogénéité (ex. insatisfactions, etc.)
Optimiser l'utilisation des ressources	Par une distribution sensible aux exigences différenciées des micro-milieux
Favoriser et promouvoir l'innovation	Par la circonscription des améliorations requises dans chacun des micro-milieux

Mise en place des micro-milieux

À la lumière des connaissances apprises par la recension d'écrits présentée précédemment, Groupe Champlain a démarré un projet pilote visant à évaluer les effets de pratiques de regroupements de clientèles appariées en micro-milieux. Ce projet s'inscrit dans une volonté de transformation en profondeur visant à éliminer les obstacles à la dispensation de soins et services qui répondent aux attentes de sa clientèle de vivre une expérience significative et respectueuse de son individualité (voir tableau 2).

Le projet pilote est réalisé dans une des installations de Groupe Champlain³ et poursuit deux objectifs spécifiques :

1. Identifier les éléments facilitateurs et les obstacles à la transition entre un mode de regroupement non apparié et un mode de regroupement apparié;
2. Évaluer l'influence du regroupement des clientèles appariées sur des indicateurs de qualité, de sécurité et de satisfaction.

Pour y arriver, deux micro-milieux regroupant respectivement des clients ayant un diagnostic principal relié à des troubles neurocognitifs majeurs et ayant un diagnostic principal d'ordre physique seront créés. Ces deux micro-milieux regrouperont plus spécifiquement des résidents alertes sur le plan cognitif et des résidents ayant des troubles cognitifs faisant de l'errance non intrusive. Ces critères d'appariement émergent d'un travail rigoureux de caractérisation de l'ensemble de la clientèle des installations de

Groupe Champlain. Les résultats de ce travail ont mené à l'identification de cinq grands types de résidents pouvant être regroupés en micro-milieux (voir tableau 3). Cette création correspondant à ces cinq types est ainsi ultimement visée, mais ne le sera pas dans le cadre du projet pilote parce qu'elle décuplerait, à court terme, la quantité de déménagements proposés aux résidents. En ce sens, les clients aptes à bénéficier d'un hébergement dans deux des types de micro-milieux ont été identifiés et seront approchés, directement ou par l'entremise d'un de leurs proches, pour connaître leur intérêt à y habiter. Il est important de noter que tout changement de chambre se fera avec le consentement du client ou de son répondant.

Une stratégie de gestion du changement composée de mesures tant participatives de soutien que directives (Etheridge, F., Couturier, Y., Tremblay, L., Denis, J.-L., et Tannenbaum, C. 2013) a été élaborée pour soutenir la réalisation du projet (voir Figure 1). Cette stratégie est soutenue directement par deux co-chargés de projet respectivement responsables de l'accompagnement clinique et managérial des équipes. En dédiant ces ressources au projet, la direction de Groupe Champlain souhaite assurer une transition fluide de l'offre de soins et services vers le regroupement de clientèles appariées, tout en recueillant des connaissances utiles à l'implantation de ce mode d'organisation à ses autres installations. Le projet pilote se réalise en étant à l'écoute des préoccupations des clients, des proches, des membres du personnel soignant et des partenaires syndicaux, mais aussi en mettant à profit leurs expériences et connaissances. Des liens avec le Centre intégré de santé et de services

Tableau 3. Cinq types de résidents à regrouper en micro-milieux

Troubles neurocognitifs majeurs comme diagnostic principal
• Sans troubles modérés-graves du comportement (TGC) • Avec troubles modérés du comportement (TMC) et sans errance intrusive • Avec troubles modérés du comportement (TMC) et avec errance intrusive
Trouble de santé physique comme diagnostic principal
• Affections neurologiques diverses • Problèmes de santé chroniques nécessitant une gestion de cas complexe

sociaux (CISSS) de la région, soit le CISSS de la Montérégie-Est ont également été établis afin de réfléchir et planifier des voies de facilitation du regroupement des clientèles appariées.

Les mesures de soutien intégrées à la stratégie de gestion du changement ont été identifiées, comme étant favorables à la transition par la recension des écrits réalisés mais aussi par les données produites par la phase diagnostique et de pré-évaluation de la stratégie de gestion du changement. Ces mesures sont les suivantes :

- Ajustements collaboratifs de la distribution des ressources humaines par l'évaluation des charges de travail actuelles et de l'estimation des charges de travail futures;
- Implantation et tenues de réunions d'équipe quotidiennes permettant aux membres du personnel soignant d'exprimer les difficultés vécues et d'élaborer des solutions;
- Respect d'un plan de déménagement précis pour chacun des résidents comprenant, une rencontre de planification avec le résident et ses proches, une visite de leur chambre future, l'aménagement identique de celle-ci à l'aide d'une photo si souhaitée ainsi qu'une rencontre de transfert de connaissances entre le personnel soignant des unités actuelles et futures;
- Possibilité d'être assigné de façon stable aux micro-milieus les plus adaptés à leurs compétences et affinités offerte au personnel à moyen terme.

Le recours à ces mesures de soutien est nécessaire pour atténuer les effets néfastes communément associés aux déménagements pour les résidents, les proches et les membres du personnel soignant responsable de la qualité des soins et services. La mise en œuvre rigoureuse de ces mesures permettra de faire émerger les influences positives du regroupement de clientèles appariées le plus rapidement possible.

Pour ce qui est des mesures d'évaluation de l'influence du regroupement, des mesures tant qualitatives que quantitatives ont été retenues :

- Groupes de discussion avec les résidents, les proches et les membres du personnel soignant (Rapley, 2004);
- Sondage d'évaluation de la qualité de vie des résidents (Depression-List (Gregersen, Jordansen et Gerritsen, 2015) traduit en

français pour les résidents sans trouble cognitif et QUALIDEM (Ettema, Dröes, de Lange, Mellenberg et Ribbe, 2007 (traduit en français pour les résidents avec troubles cognitifs);

- Sondage d'évaluation de la satisfaction des proches (CAHPS (Solomon, Hayes, Zaslavsky, Ding et Cleary, 2005 (traduit en français);
- Sondage d'évaluation de la satisfaction professionnelle du personnel infirmier (Measure of job satisfaction (Chou, Boldy et Lee, 2002) traduit en français).

Ces outils de mesures seront utilisés avant l'actualisation des interventions prévues, trois mois après le regroupement des clientèles appariées ainsi que trois mois après la mise en œuvre de nouvelles pratiques ou de nouveaux programmes élaborés pour augmenter la qualité de vie des résidents. Exemple : ajustements aux horaires des services offerts ; modification de la décoration ; aménagement de l'environnement physique.

En somme, il est estimé que cette stratégie d'accompagnement et d'évaluation permet d'appréhender le changement à conduire dans toute sa complexité. L'implantation d'un modèle de regroupement des clientèles appariées concerne effectivement autant les dimensions cliniques, techniques, individuelles qu'organisationnelles des CHSLD. Une stratégie de gestion du changement sensible à cette complexité est ainsi requise à la réalisation d'un projet pilote respectueux de l'individualité de ses acteurs principaux, soit des clients, de leurs proches et des membres du personnel soignant.

Rôle et effets attendus sur le travail infirmier

L'implantation des micro-milieus en CHSLD place l'infirmière² au cœur des transformations que cela sous-entend. Elles sont interpellées, notamment, au niveau du travail en évaluation clinique des personnes qui y sont orientées. De plus, le projet-pilote prévoit que des équipes orienteront l'organisation du travail et les interventions prescrites en fonction des besoins spécifiques des clients de leur micro-milieu.

Une collaboration entre les infirmières chefs d'unité, les infirmières assistantes du supérieur immédiat, les conseillères en soins infirmiers, ainsi que de toute l'équipe interdisciplinaire, sera

requis. La compétence clinique des infirmières sera aussi mobilisée par la nécessité d'éviter que des conditions ponctuelles et remédiables ne deviennent des causes de changement de micro-milieu.

La mise à contribution des infirmières est essentielle à l'élaboration d'outils et d'interventions adaptés à une organisation par micro-milieus.

La possibilité pour elles de sélectionner des affectations cohérentes avec leurs affinités, l'offre d'une instrumentation et d'une formation continue spécifiques soutiendront cet engagement. Le projet permettra à court terme, une expérience positive d'innovation et à long terme, une augmentation des compétences.

Figure 1. Stratégie de gestion de changement utilisée

Démarrage du projet	Diagnostic et pré-évaluation	Élaboration	Expérimentation	Post-évaluation
Soutien de la direction Co-chargés de projet Informations et promotion Création de comités	Groupes de discussion Sondages Indicateurs cliniques	Identification des clients Mesures de soutien au personnel Mesures de soutien aux clients et proches	Mise en oeuvre des mesures de soutien Déménagements progressifs Supervision et ajustements	Évaluation après 3 mois de regroupement Évaluation après 3 mois de nouveaux programmes

Conclusion

Les prévisions sont que le projet pilote de regroupement de clientèles appariées bonifie la qualité de vie d'un maximum de clients dès que possible, renforce la capacité d'amélioration du milieu choisi³ et permette à Groupe Champlain de développer une expertise encore peu commune dans le monde des CHSLD. En effet, bien que le regroupement de clientèles appariées est un mode d'organisation adoptée par certaines organisations, peu de connaissances fondent sa valeur ou peuvent être mobilisées par les organisations souhaitant le mettre en œuvre. Nous escomptons que le projet pilote décrit dans le présent article révèle les bienfaits de ce mode d'organisation et oriente de futurs projets similaires. L'attention récente accordée par le monde politique et médiatique aux CHSLD est opportune à la réinvention de leur contribution. Nous sommes convaincus que ce projet représente une contribution fondamentale à ce grand chantier.

Les auteurs



Huguette Bleau, inf., Ph. D.

Madame Bleau est détentrice d'une maîtrise en anthropologie et d'un doctorat en sciences infirmières. Elle travaille à titre de directrice des opérations et directrice des soins infirmiers et des pratiques professionnelles à Groupe Champlain. Son implication au projet sur les micro-milieus découle de ses fonctions et de son expertise en centre d'hébergement de soins de longue durée.



Francis Ethridge, Ph. D. (cand.)

Francis Etheridge, Ph.D. (cand. gérontologie) est conseiller à l'innovation, l'enseignement et la recherche à Groupe Champlain. Les dernières années de son parcours professionnel et académique ont été dédiées à étudier la gestion du changement dans les CHSLD.

NOTES

1 Groupe Champlain est un établissement privé conventionné regroupant quatorze installations offrant des soins et des services à 1500 adultes hébergés sur l'ensemble du territoire québécois.

2. Comprend le féminin et le masculin

3. Milieu choisi : Centre d'hébergement Champlain-Des-Pommetiers

RÉFÉRENCES

Ashcraft, A.A., Owen, D.C., et Feng, D. (2006). Comparison of cognitive and functional care differences in four long-term-care settings. *Journal of the American Medical Director's Association*, 7, 96-101.

Association des établissements privés conventionnés (AEPD) (2014). Les conditions de vie des adultes hébergés en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD). Mémoire présenté à la Commission de la santé et des services sociaux dans le cadre des consultations sur les conditions de vie des adultes hébergés en CHSLD. Repéré à <http://www.aepd.qc.ca/images/documents/memoire-conditions-de-vie-version-09-01-14.pdf>

Association québécoise des établissements de santé et de services sociaux (AQESSS) (2013). Le nouveau visage de l'hébergement public au Québec : portrait des centres d'hébergement publics et de leurs résidents. Repéré à http://catalogue.iugm.qc.ca/GEIDFile/DM_1107_aQe_LeNouvelVisagedelHebergement_V07_FiNaL_corr2_lr.pdf?Archive=107165792534&File=DM-1107_AQE_LeNouvelVisagedelHebergement_V07_FINAL_Corr2-lr_pdf

Association des établissements de réadaptation en déficience physique du Québec (AERDPQ) (2014). Mémoire portant sur les conditions de vie des adultes hébergés en centre d'hébergement et de soins de longue durée présenté à la Commission de la santé et des services sociaux. Repéré à <http://www.assnat.qc.ca/fr/travaux-parlementaires/commissions/CSSS/mandats/Mandat-23131/memoires-deposes.html>

Bowers, L.A. (2014). A small house can mean a big difference. *Long-term living*, May, 30-31.

Castle, N.G. et Ferguson, J.C. (2010). What Is Nursing Home Quality and How Is It Measured? *Gerontologist*, 50(4): 426-442.

Chou, S.-C., Boldy, D.P., & Lee, A.H. (2002). Measuring job satisfaction in residential aged care. *International Journal of Quality in Health Care*, 14(1), 49-54.

Corporation du Centre hospitalier gériatrique Maimonides et le CHSLD juif de Montréal (CCHGM) (2014). Améliorer les conditions de vie des adultes hébergés en centre d'hébergement et de soins de longue durée. Mémoire présenté aux membres de la Commission de la santé et des services sociaux. Repéré à <http://www.assnat.qc.ca/fr/travaux-parlementaires/commissions/CSSS/mandats/Mandat-23131/memoires-deposes.html>

Daoust-Boisvert, A. (2014, 11 février). CHSLD : une philosophie à changer. Le Devoir. Repéré à <http://www.ledevoir.com/societe/sante/399633/chsld-une-philosophie-a-changer>

Degenholtz, H.B., Miller, M.J., Kane, R., Cutler, L.J., et Kane, R.L. (2006). Developing a typology of nursing home environments, *Journal of Housing for the Elderly*, 20(1/2), 5-29.

Djellal, F., Gallouj, F., Gallouj, K. (2004). La dynamique de l'innovation et du changement dans les services aux personnes âgées. *Revue française des affaires sociales*, 3(3), 137-169.

Dubuc N., Louis Demers L. Tousignant M., Tourigny, D., Dubois, M.F., Caron, C.

(...) Pepin, D. (2009) Évaluation de formules novatrices d'alternatives à l'hébergement traditionnel. Repéré <http://www.researchgate.net/publication/242721354>

- Etheridge, F., Couturier, Y., Tremblay, L., Denis, J.-L., et Tannenbaum, C. (2014). Explaining the Success or Failure of Quality Improvement Initiatives in Long-Term Care Organizations From a Dynamic Perspective, *Journal of Applied Gerontology*, 33(6), 672-689.
- Ettema, P.T., Dröes, R.-M., de Lange, J., Mellenberg, G.J., et Ribbe, M.W. (2007). QUALIDEM : Development and evaluation of a Dementia Specific Quality of Life Instrument. Scalability, reliability and internal structure. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22, 549-556.
- Fédération professionnelle des préposé(e)s aux bénéficiaires du Québec (FPBQ) (2014). Mémoire portant sur les conditions de vie des adultes hébergés en centre d'hébergement et de soins de longue durée présenté à la Commission de la santé et des services sociaux. Repéré à <http://www.assnat.qc.ca/fr/travaux-parlementaires/commissions/CSSS/mandats/Mandat-23131/memoires-deposes.html>
- Foley, W.J., et Schneider, D.P. (1980). A comparison of the level of care predictions of six long-term care patient assessment systems. *American Journal of Public Health*, 7(11), 1152-1161.
- Gregersen, M., Jordansen, M.M., et Gerritsen, D.L. (2015). Overall Quality of Life (OqoL) questionnaire in frail elderly: A study of reproducibility and responsiveness of the Depression-List (DL)., *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 60, 22-27.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (2001). Orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000635/>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (2003). Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD. Repéré à <http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/4b1768b3f849519c852568fd0061480d/f565828df331125285256dc90065c6e1?OpenDocument>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (2005). Plan d'action 2005-2010. Un défi de solidarité. Les services aux aînés en perte d'autonomie. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001230/>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (2010). Plan stratégique 2010-2015 du ministère de la Santé et des Services sociaux. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000295/>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (2011). L'autonomie pour tous : Livre Blanc sur la création d'une assurance autonomie. Repéré à http://www.aag-quebec.org/docs/Nouvelles/Livre_Blanc_sur_l'assurance_autonomie.pdf
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) (2014). Les conditions de vie des adultes hébergés en centre d'hébergement et de soins de longue durée. Mémoire présenté à la Commission de la santé et des services sociaux. Repéré à <http://www.assnat.qc.ca/fr/travaux-parlementaires/commissions/CSSS/mandats/Mandat-23131/memoires-deposes.html>
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) (2015). Soins aux personnes âgées en CHSLD - Une question de collaboration interprofessionnelle. Repéré à <https://www.oiiq.org/salle-de-presse/communiqués/soins-aux-personnes-agees-en-chsld-une-question-de-collaboration-interpr>
- Parmelee, P.A., Bowen, S.E., Ross, A., Brown, H., et Huff, J. (2008) "Sometimes people don't fit in boxes": Attitudes toward the Minimum Data Set among clinical leadership in VA nursing homes. *Journal of the American Medical Director's Association*, 10(2), 98-106.
- Protecteur du citoyen (2014). Les conditions de vie des adultes hébergés en centre d'hébergement et de soins de longue durée — mandat d'initiative. Mémoire présenté à la Commission de la santé et des services sociaux. Repéré à <http://www.assnat.qc.ca/fr/travaux-parlementaires/commissions/CSSS/mandats/Mandat-23131/memoires-deposes.html>
- Rapley, T. (2004). Interviews. dans C. Seale, G. Gobo, J. F. Gubrium & D. Silverman (Eds.), *Qualitative Research Practice* (pp. 15-33). London: Sage.
- Sawamura, K, Nakashima, T., et Nakanishi, M. (2013). Provision of individualized care and built environment of nursing homes in Japan. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 56, 416-424
- Solomon, L.S., Hayes, R.D., Zaslavsky, A.M., Ding, L., et Cleary, P.D. (2005). Psychometric properties of a group-level Consumer Assessment of Health Plans Study (CAHPS) instrument. *Medical Care*, 43(1), 53-60.
- Tellis-Nayak, V. (2007). A Person-Centered Workplace: The Foundation for Person-Centered Caregiving in Long-Term Care. *Journal of the American Medical Directors Association*, 8(1), 46-54.
- Van den Pol-Grevelink, A, Jukema, J.S., et Smits, C.H.M. (2012). Person-centered care and job satisfaction of caregivers in nursing homes: a systematic review of different forms of person-centered care on various dimensions of job satisfaction. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 27(3), 219-229.
- Voyer, P. (2013). Soins aux aînés en perte d'autonomie (2e ed.). St-Laurent : ERPI.
- Werner, B. (2003). Successfully implementing divergent specialized programs in a SNF. *Long-term living*, March, 46-

Francine Ducharme : Femme d'exception 2017

Ginette Labbé, Présidente de l'AQIIG

À l'occasion du 375^e anniversaire de la fondation de la Ville de Montréal, treize Femmes d'exception de Montréal ont été honorées à la Maison St-Gabriel, le 2 mai 2017. Cette cérémonie, organisée sous la présidence d'honneur de M. Denis Coderre, maire de Montréal, rendait hommage à des Femmes d'exception, contemporaines, avec des parcours de vie inspirants. Elles se sont démarquées dans leur domaine d'intérêt respectif et continuent à faire avancer diverses causes.

Ces Femmes d'exception participent, depuis des années, à l'enrichissement de la société montréalaise et québécoise. Madame Francine Ducharme, fait partie de ces treize femmes. Chercheuse au Centre de recherche de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal pendant plusieurs années, elle a développé et stimulé l'implantation au Québec de nouveaux services pour les proches aidants. Notamment, la Loi 6 instituant un Fonds de soutien aux proches aidants d'âinés (2009).

Madame Ducharme, actuellement doyenne de la Faculté des sciences infirmières, est un membre assidu de l'AQIIG. On se souvient qu'en 2014, avait lieu le colloque *Soins et services aux personnes âgées et à leurs proches : une expertise à reconnaître et un avenir à assurer*. Elle avait alors fait l'ouverture de cette journée en évoquant les nombreuses réalisations infirmières des trente dernières années auprès des personnes âgées. Des pistes d'avenir pour la profession infirmière y avait également été présentées.

Madame Ducharme est membre honoraire de l'AQIIG. Elle a reçu le Prix Reconnaissance à l'occasion de ce colloque. Ce prix souligne la contribution d'infirmières émérites qui ont réussi, par leur travail, à faire progresser les soins, l'enseignement et la recherche.

C'est avec fierté que nous voyons une infirmière s'illustrer parmi ces treize Femmes d'exception 2017. L'AQIIG félicite chaleureusement madame Ducharme pour l'obtention de cette reconnaissance.



Qui pourrait vous intéresser...

Hadjistavropoulos, T., Herr, K., Turk, D. C., Fine, P. G., Dworkin, R. H., Helme, R., . . . Williams, J. (2007). An interdisciplinary expert consensus statement on assessment of pain in older persons. *The Clinical Journal of Pain*, 23(1), S1-S43.

Cet article présente un consensus d'experts sur l'évaluation de la douleur chez les personnes âgées. Ses auteurs proposent une évaluation réalisée selon diverses dimensions de la douleur (physique, émotionnelle et fonctionnelle), ainsi que selon certaines particularités retrouvées chez les clientèles présentant des troubles cognitifs. L'évaluation de conditions douloureuses souvent rencontrées chez les personnes âgées est abordée.

Mailhot, T., Cossette, S., Côté, J., Bourbonnais, A., Côté, M.-C., Lamarche, Y. et Denault, A. (2017). A post cardiac surgery intervention to manage delirium involving families: a randomized pilot study. *Nursing in Critical Care* (advanced online publication). doi: 10.1111/nicc.12288

Cette étude pilote randomisée présente, entre autres, les effets préliminaires d'une nouvelle intervention infirmière visant à accompagner les familles dans la gestion du délirium d'un de leur proche en contexte postopératoire. L'intervention est décrite. Elle a permis d'améliorer la récupération psychologique et fonctionnelle des personnes âgées ayant vécu un délirium.

Liu, J. Y. (2014). Exploring nursing assistants' roles in the process of pain management for cognitively impaired nursing home residents: a qualitative study. *Journal of Advanced Nursing*, 70(5), 1065-1077. doi: 10.1111/jan.12259

Cet article présente les résultats d'une étude qualitative qui visait à explorer le rôle de préposés aux bénéficiaires dans la gestion de la douleur auprès de personnes âgées vivant avec des troubles cognitifs. Les résultats soulignent leurs capacités et l'importance de leur participation dans la gestion de la douleur des personnes âgées, de même que le besoin de valoriser davantage leur rôle.

Martinez, F., Tobar, C. et Hill, N. (2015). Preventing delirium: should non-pharmacological, multicomponent interventions be used? A systematic review and meta-analysis of the literature. *Age and Ageing*, 44(2), 196-204.

Cet article présente une synthèse des connaissances existantes sur la prévention du délirium chez les personnes âgées. Réalisée de façon rigoureuse, cette revue systématique a permis de démontrer que les interventions non pharmacologiques ayant plusieurs composantes peuvent réduire de façon significative l'apparition d'un délirium et les chutes. Le détail de l'ensemble des interventions est présenté sommairement.

Registered Nurses Association of Ontario. (2016). *Delirium, dementia and depression in older adults: Assessment and care*. Toronto. Repéré à <http://rnao.ca/bpg/guidelines/caregiving-strategies-older-adults-delirium-dementia-and-depression>

Ce guide de pratique clinique récent porte, entre autres, sur le délirium. Il a été développé par l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. Il s'appuie sur des résultats probants et offre des recommandations concrètes tant pour la pratique, que pour la formation et l'organisation des soins.

Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de la Capitale-Nationale

Québec



Le Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec
offre plus de **100** formations à des prix des plus compétitifs !

Ateliers (7 h)

- L'examen clinique de l'ainé (abdomen, cardiaque, chute, état mental, pulmonaire, sommaire...)
- Les soins de plaies chez l'ainé
- Le leadership transformationnel
- Les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence
- Les troubles de la personnalité chez la personne âgée
- L'approche adaptée à la personne âgée
- Le mentorat clinique par les pairs *

Ateliers (45 h)

- Les soins de plaies : une expertise à développer

Visioconférences (3 h 15)

- Maltraitance envers les aînés : du repérage à l'intervention
- Comprendre la maladie de Parkinson pour des soins adaptés aux personnes âgées et à leurs proches
- **Notes au dossier : reflet de la pratique infirmière contemporaine ***
- **Connaissances incontournables pour mieux intervenir auprès d'usagers présentant une déficience intellectuelle ou des troubles de santé mentale en CHSLD ***
- Problèmes bucco-dentaires des aînés : intervenir pour prévenir *

* Nouvelles formations offertes

Toutes nos formations sont accréditées par la Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval.

Consultez notre site Internet pour obtenir la liste complète des formations au :

www.cevq.ca/formation-continue

cevq.enseignement.ciusscn@ssss.gouv.qc.ca
418 682-7511, poste 84838 ou 84432

Affilié à



Pour toute communication avec l'AQIIG

4565, chemin Queen Mary,
Montréal (Québec) H3W 1W5

514 340-2800, poste 3092
www.aqiig.org
info@aqiig.org

Membres du Conseil d'administration 2017-2018

Ginette Labbé, présidente
presidente@aqiig.org

Nancy Madore, vice-présidente
Directrice des services d'hébergement
Résidence Berthiaume-Du-Tremblay

Lise Doucet, administratrice
Chef d'unité, CIUSSS Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal (IUGM)

Lawrence Fillion, trésorier

Mylène Germain, administratrice

Florence Guillet, administratrice

Johanne Senneville, administratrice
Infirmière clinicienne spécialisée. Conférencière à son compte

Olivette Soucy, secrétaire

À la recherche d'auteurs

Vous avez réalisé un projet spécial dans votre établissement et voulez le faire connaître... Vous vivez une expérience en santé communautaire et voulez la partager...

Vous travaillez actuellement à un projet de recherche et aimeriez publier vos résultats... Vous voulez proposer des sujets cliniques d'intérêt...

N'hésitez pas à nous joindre pour nous soumettre vos articles. Nous sommes toujours à la recherche d'articles qui répondent aux besoins de nos lecteurs et augmentent les connaissances

Courriel de l'Association : info@aqiig.org



Association québécoise
des infirmières et infirmiers
en gériatrie