

Université de Montréal

**Mise en œuvre d'une formation infirmière réflexive sur la prévention de l'état
confusionnel aigu chez les personnes âgées dans les milieux de soins
chirurgicaux**

par Elisabeth Laughrea

Faculté des sciences infirmières

Rapport de stage présenté
en vue de l'obtention du grade de Maîtrise ès sciences (M.Sc.)
en sciences infirmières
option expertise-conseil en soins infirmiers

Mai 2018

© Elisabeth Laughrea, 2018

Résumé

De 30 à 75 % des personnes âgées (PA) hospitalisées dans le système de santé québécois développeront un état confusionnel aigu (ÉCA) pendant leur séjour hospitalier, et ce, particulièrement en situation de soins postopératoires. L'ÉCA a des conséquences physiques et psychologiques importantes chez la PA et engendre de la détresse chez sa famille et les professionnels. Pour prévenir l'ÉCA chez les PA, plusieurs études démontrent l'efficacité de formations offertes aux infirmières sur des interventions non pharmacologiques qui intègrent, entre autres, la famille aux soins. Le but de ce stage était de s'appuyer sur ces études pour développer et mettre en œuvre une formation sur la prévention de l'ÉCA visant les infirmières d'une unité de chirurgie d'un centre hospitalier. La pratique réflexive a été l'approche choisie pour développer la formation, car plusieurs écrits témoignent de ses retombées positives sur la formation clinique des infirmières. Ce projet a permis aux infirmières de prendre conscience des meilleures stratégies de prévention auprès des PA ainsi que d'avoir une meilleure compréhension de l'impact de l'environnement et de leur pratique sur l'ÉCA et sur l'expérience du PA et de la famille durant un ÉCA. De plus, il a sensibilisé à l'importance de l'intégration de la famille aux soins dans le but de prévenir l'ÉCA. Ce projet a finalement inspiré des infirmières du milieu à se mobiliser afin d'assurer un changement dans les soins offerts aux PA pour prévenir l'ÉCA. Cette formation présente une stratégie concrète pour favoriser le transfert de connaissances et le développement de compétences chez les infirmières.

Mots clés : état confusionnel aigu, prévention, soins infirmiers, famille, chirurgie, partenariat, pratique réflexive, transfert de connaissances

Abstract

Between 30% and 75% of older adults (OA) hospitalized in the Québec health care system will develop a delirium during their hospital stay, particularly in post-operative care settings. Delirium has significant physical and psychological consequences for OA and causes distress to family and professionals. To prevent delirium among OA, several studies show the effectiveness of training offered to nurses on nonpharmacological interventions that integrate, among others, the family to care. The purpose of this internship was to build on these studies to develop and implement a delirium prevention training for nurses in a surgical unit at a hospital. Reflective practice has been the approach chosen to develop the training, as several publications attest to its positive impact on the clinical training of nurses. This project allowed nurses to become aware of the best prevention strategies with OA and to gain a better understanding of the impact of the environment and their practice on delirium and the OA and family experience. In addition, it helped foster the integration of the family into care in order to prevent delirium. This project ultimately inspired nurses to mobilize to improve the prevention of delirium in OA. This training presents a concrete strategy for fostering knowledge transfer and competences development for nurses.

Keywords : delirium, prevention, nursing care, family, surgery, partnership, reflective practice, knowledge transfer

Table des matières

Résumé	i
Abstract	ii
Liste des tableaux.....	v
Liste des figures	vi
Liste des sigles et abréviations.....	vii
Remerciements	viii
Chapitre 1 : Phénomène à l'étude	1
1.1. But du projet.....	9
1.2. Objectifs de stage	9
Chapitre 2 : Revue des écrits	11
2.1 Prévention de l'état confusionnel aigu	12
2.2 Facteurs facilitant et entravant les changements de pratique	16
2.3 Écrits empiriques sur la formation continue des infirmières	20
2.4 Pratique réflexive	24
2.5 Cadre de référence	26
Chapitre 3 : Déroulement prévu du stage.....	34
3.1 Milieu et participantes	35
3.1.1 Milieu de stage et personne-ressource	35
3.1.2 Sélection des participantes au stage.....	35
3.2 Description de l'intervention.....	36
3.2.1 Processus de conception de la formation.....	36
3.2.2 Déroulement et contenu de la formation	40
Chapitre 4 : Compte-rendu du stage	44
4.1. Implantation du projet dans le milieu.....	45
4.2. Description des participantes	48
4.3. Compte-rendu de l'intervention	48
4.3.1 Évaluation de la satisfaction à l'égard de l'intervention	53

4.3.2 Principaux défis rencontrés durant l'intervention	55
4.3.3 Retombées et pérennité de la formation	57
4.4. Activités de transfert de connaissances	58
Chapitre 5 : Discussion.....	59
5.1. Retombées et résultats probants	60
5.2. Atteinte des objectifs de stage	64
5.3. Atteinte des objectifs d'apprentissage.....	66
5.4. Recommandations	68
5.4.1. Pour la pratique clinique	68
5.4.2. Pour la recherche	70
5.4.3. Pour la formation	70
5.4.4. Pour la gestion	72
Conclusion.....	74
Références	77
Appendice A : Invitation à la formation	85
Appendice B : Programme de la formation.....	89
Appendice C : Guide des participantes	92
Appendice D : Guide de l'animatrice	100
Appendice E : Évaluation de la formation.....	120
Appendice F : Brochure.....	127

Liste des tableaux

Tableau 1. Étapes du projet de stage mise en relation avec les étapes du modèle de RNAO (2012).....	38
Tableau 2. Atteinte des objectifs d'apprentissage par les participantes.....	54

Liste des figures

Figure 1. Modèle structuré de Johns (2006) guidant les activités de formation visant les infirmières	30
Figure 2. Étapes du modèle <i>Knowledge to Action</i> adapté du guide RNAO (2012) soutenant le processus de mise en œuvre de l'intervention.....	32
Figure 3. Cadre de référence du projet composé du modèle <i>Knowledge to Action</i> (RNAO, 2012) et du modèle de pratique réflexive de Johns (2006)	33

Liste des sigles et abréviations

AAPA : Approche adaptée aux personnes âgées

ÉCA : État confusionnel aigu

KTA : *Knowledge to action*

MSSS : Ministère de la Santé et des Services sociaux

OIIQ : Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

PA : Personne âgée

RNAO : Registered Nurses' Association of Ontario

S.O. : sans objet

Remerciements

J'aimerais remercier toutes les personnes qui ont contribué directement ou indirectement à l'élaboration ou à la mise en œuvre de ce projet de stage.

J'aimerais particulièrement remercier Anne Bourbonnais, inf., Ph. D., professeure agrégée de la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal et titulaire de la Chaire de recherche en soins infirmiers à la personne âgée et à la famille pour son soutien, sa rigueur ainsi que sa constante disponibilité tout au long de ma maîtrise. Je me suis sentie honorée et privilégiée de pouvoir collaborer avec Dre Anne Bourbonnais dans la création et la prestation de ce projet de stage. Votre présence et vos conseils indispensables m'ont permis de développer des compétences professionnelles et des aptitudes personnelles en pratique infirmière avancée qui me serviront pour toujours dans mon cheminement professionnel. Je vous en suis infiniment reconnaissante.

J'aimerais remercier Natasha, inf., M. Sc., conseillère spécialisée en chirurgie, à titre de personne-ressource, pour son soutien et ses conseils durant l'élaboration de mon projet de stage ainsi que lors de mon comité d'approbation. J'aimerais aussi remercier Carissa, inf., M. Sc., conseillère spécialisée en chirurgie par *interim*, qui a su prendre impeccablement la relève en tant que personne-ressource. Merci, Carissa, pour votre soutien, vos conseils, votre présence précieuse et votre professionnalisme lors de l'implantation et la mise en œuvre du projet de stage dans votre milieu. Votre approche a été exemplaire et a grandement facilité mon intégration dans le milieu.

Un grand merci à Oliver, inf., M.B.A., chef d'équipe en chirurgie, à l'infirmière assistante-chef de l'équipe, à l'infirmière éducatrice, à l'infirmière gestionnaire du programme de l'approche adaptée à la personne âgée (AAPA) et aux infirmières de l'unité de soins ayant participé à mon intervention pour votre chaleureux accueil, vos

rétroactions et votre intérêt envers mon projet de stage qui ont contribué à sa réussite et au développement de mes compétences en pratique avancée.

Je tiens aussi à remercier Louise Bélanger, inf., Ph. D., professeure agrégée au département de soins infirmiers de l'Université du Québec en Outaouais pour m'avoir offert votre vidéo témoignage d'une personne âgée ayant vécu un épisode d'état confusionnel aigu. Cette vidéo a grandement enrichi mon projet de stage.

Merci à la banque TD pour la bourse d'excellence en soins infirmier de 2000\$ qui a permis de contribuer à la réalisation de mon projet de stage à la maîtrise.

Enfin, je tiens à remercier ma famille qui m'a offert un soutien inconditionnel du début à la fin de ma maîtrise et qui m'a toujours encouragée vers l'atteinte de mes rêves professionnels et personnels. Merci.

Chapitre 1 : Phénomène à l'étude

Le vieillissement de la population est un enjeu actuel lié à la fois à la plus grande longévité et au taux de natalité sans cesse décroissant (Gouvernement du Canada, 2015). Étant donné ce phénomène social, au cours des prochaines années, les professionnels de la santé devront de plus en plus soigner une clientèle âgée et fragile dans les milieux hospitaliers. Un grand nombre de ces personnes âgées ont et auront recours à des chirurgies d'urgence ou électives dans notre système de la santé au Québec. Par rapport aux adultes, ces personnes âgées hospitalisées sur des unités de soins de chirurgie générale sont beaucoup plus à risque de complications associées à leur âge avancé ainsi que d'un prolongement de leur séjour hospitalier (St-Louis et al., 2016). Parmi ces complications, on retrouve les épisodes d'état confusionnel aigu (ÉCA). L'ÉCA se définit comme étant une altération soudaine de l'état de conscience chez la personne atteinte ainsi qu'une confusion fluctuante pouvant durer de quelques jours à quelques semaines (Makhzoum et Makhzoum, 2012). Indépendamment du contexte hospitalier, cette clientèle est plus à risque d'ÉCA car le vieillissement engendre plusieurs changements physiologiques notamment une réduction du nombre de neurotransmetteurs. Ces neurotransmetteurs deviennent alors plus vulnérables aux modifications de l'environnement et peuvent plus facilement être en déséquilibre (Voyer, 2006).

Selon les données du Gouvernement du Québec (2012), 30 % des personnes âgées développeront cette complication pendant leur séjour à l'hôpital et ce pourcentage peut aller jusqu'à 75 % pour les personnes âgées en situation de soins postopératoires et intensifs. La pratique des professionnels de la santé dans les unités de soins aigus, dont celle des infirmières, est parfois peu adaptée aux personnes âgées, ce qui accentue les risques de développer cette complication. En effet, parmi les causes sous-jacentes à l'incidence élevée de l'ÉCA, nous retrouvons, d'une part, un manque de formation initiale ainsi que continue sur l'ÉCA chez les infirmières et, d'autre part, de l'âgisme véhiculé dans la société et les centres hospitaliers. Cette construction sociale associée à l'âge qui laisse place à une forme de discrimination sera définie plus loin.

Plusieurs études ont d'ailleurs démontré l'impact positif d'une formation offerte aux infirmières portant sur la prévention de l'ÉCA sur l'incidence de cette complication dans les milieux de soins (Halloway, 2014 ; Holt, Young et Heseltine, 2013; Martinez, Tobar, Beddings, Vallejo et Fuentes 2012 ; Martinez, Tobar et Hill, 2015 ; Wand, Thoo, Sciuriaga, Ting, Baker et Hunt, 2013). En effet, de 30 à 40 % des cas d'ÉCA chez les personnes âgées dans un contexte hospitalier peuvent être prévenus si des soins appropriés sont offerts à cette clientèle par les professionnels de la santé (Inouye, Westendorp et Saczynski, 2014). Une activité de transfert de connaissance serait donc bénéfique pour favoriser un changement de pratique chez les infirmières pour prévenir cette complication de santé chez les personnes âgées.

Des mesures ont d'ailleurs été initiées par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) en 2011 afin de répondre aux problèmes rencontrés par les personnes âgées en milieux de soins. Des professionnels de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal et de Sherbrooke ont alors reçu le mandat du MSSS de créer et publier des recommandations pour une approche en milieu hospitalier qui serait adaptée à la personne âgée (AAPA) (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2011). Ce document avait pour but de servir de cadre de référence aux professionnels de la santé afin de mieux répondre aux besoins des personnes âgées qui représentent 45 % de la population hospitalisée au Québec (Gouvernement du Québec, 2011). L'implantation des recommandations de cette approche dans les hôpitaux est toujours d'actualité et figure encore dans le plan stratégique du MSSS 2015 à 2020 (Gouvernement du Québec, 2016). Ce plan stratégique cible que d'ici 2020, 70% des milieux hospitaliers aient implanté les recommandations de l'AAPA. Selon le Gouvernement du Québec (2016), les professionnels de la santé ont néanmoins besoin de soutien afin de modifier leur manière de prodiguer les soins offerts aux personnes âgées et ainsi prévenir des complications telles que l'ÉCA. Étant les professionnelles de la santé qui consacrent le plus de temps au chevet de la personne âgée, les infirmières sont les mieux placées pour prévenir et reconnaître précocement cette complication de l'état de santé. Une formation spécifique sur la

prévention de cette complication améliorerait la pratique des infirmières et la santé des personnes âgées ce qui répondrait aux besoins identifiés par le MSSS.

De surcroît, cette urgence médicale a des conséquences négatives pour la personne âgée, sa famille, les professionnels de la santé et le système de santé. Premièrement, l'ÉCA augmente les risques de complications physiques et psychologiques chez les personnes âgées. En effet, elles sont plus à risque d'infections nosocomiales, de chutes et de blessures, de déficits cognitifs persistants, d'immobilisation, de déclin fonctionnel important menant à l'institutionnalisation, et de mort (Holroyd-Leduc, Khandwala et Sink, 2010; Van Meenen, Van meenen De Rooji et Ter Riet, 2014). Environ 38 % des personnes âgées dont l'ÉCA perdure après le congé de l'hôpital décéderont au cours de l'année suivante (Nassar et Yasconi, 2014). L'ÉCA engendre également des répercussions psychologiques chez ces dernières. Selon la revue de littérature de Bélanger et Ducharme (2011), même si les personnes âgées sont confuses durant l'ÉCA, plusieurs sont conscientes de l'anormalité de ce qu'elles vivent sans pour autant pouvoir reprendre le contrôle de la situation, ce qui engendre divers sentiments d'anxiété, de terreur et d'inconfort.

Deuxièmement, l'ÉCA a des conséquences négatives sur l'expérience de santé des familles. Selon la recherche qualitative de Toye, Matthews, Hill et Maher (2012) sur l'expérience des proches aidants, l'ÉCA est une situation angoissante pour les familles qui se sentent bouleversées par l'arrivée soudaine de cette complication médicale. Les membres de la famille sont des personnes importantes pouvant contribuer significativement à la prévention et au traitement de l'ÉCA puisque connaissant bien la personne âgée, ils peuvent rapidement identifier un changement dans son comportement et ainsi collaborer avec l'équipe de soins. Or, ceux-ci sont rarement inclus dans les soins. Souvent ils ne sont pas informés sur les manifestations de l'ÉCA ce qui augmente leur sentiment d'impuissance lorsque leur proche est atteint et accentue leur détresse puisqu'ils n'ont pas été préparés à la possibilité de cette complication (Toye et al., 2012).

Troisièmement, l'ÉCA a des conséquences négatives sur le système de santé. Comme il a été mentionné, les personnes atteintes par cette complication sont trois

fois plus à risque de déclin fonctionnel et d'institutionnalisation (American Psychiatric Association, 2015). Leurs besoins en services de santé font augmenter les coûts des soins qu'ils requièrent (Leslie, Marcantonio, Zhang, Leo-Summers et Inouye, 2008). En moyenne, une personne âgée en ÉCA entraîne des coûts de 16 300 \$ US de plus qu'une personne âgée sans cette complication (Leslie et al., 2008).

Finalement, l'ÉCA a aussi des conséquences négatives sur le personnel infirmier. En effet, selon Bélanger et Ducharme (2011), les infirmières éprouvent dans ces situations de l'inconfort, de la frustration et un sentiment d'impuissance. Selon ces auteurs, ces personnes demandent davantage de soins et les infirmières ne sont pas toujours capables de les offrir. Elles se sentent souvent débordées par leur travail et cette complication peut affecter négativement leur perception de la qualité des soins qu'elles offrent. En somme, l'ÉCA est donc un problème de santé important qui engendre de la détresse chez la personne âgée, la famille et les infirmières et qui peut être prévenu.

Les infirmières ont un rôle central à jouer dans la prévention et le dépistage de cette complication de santé. Selon le champ d'exercice infirmier, cela fait partie de leur rôle professionnel (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec [OIIQ], 2016). En effet, parmi leurs activités réservées, elles ont le devoir d'évaluer la condition physique et mentale des patients, de les surveiller cliniquement lorsqu'ils présentent des risques pour leur santé et d'effectuer le suivi infirmier approprié de situations cliniques complexes (OIIQ, 2016). Toutefois, il est démontré qu'il y existe des lacunes dans la pratique clinique quant au repérage et à la prévention de l'ÉCA, à sa gestion et dans les habiletés à intégrer la famille et la personne âgée aux soins (Martinez et al., 2012).

Comme mentionné plus haut, il existe un manque de formation sur l'ÉCA offert aux infirmières pendant leur formation initiale (Middle et Miklancie, 2015). Cela expliquerait le manque de connaissances observé chez les infirmières lorsqu'il est question de reconnaître l'ÉCA et ses symptômes, d'utiliser les outils pour son dépistage et d'intégrer la famille aux soins (Malenfant et Voyer, 2012 ; Toye, et al., 2012). De plus, les lacunes dans la formation initiale des professionnels de la santé sur les soins aux personnes âgées ont pour conséquence de créer sur les unités de

soins un manque de professionnels spécialisés en gériatrie dont le rôle serait d'assurer l'encadrement du personnel ainsi que leur formation continue dans le but de pérenniser une bonne qualité de soins pour cette clientèle (Bardach et Rowles, 2012). Ce manque d'expertise met en relief l'importance de former des « champions » sur les unités, entre autres, parmi les infirmières. Celles-ci pourraient exercer une pratique exemplaire et conseiller leurs collègues sur les soins aux personnes âgées et la prévention de l'ÉCA (Soo, Berta, et Baker, 2009). Des études ont d'ailleurs démontré que la création d'un rôle de champion d'unité permettait de faciliter les changements ainsi que l'intégration de nouvelles pratiques (Damschroder, Aron, Keith, Krish, Alexander et Lowery, 2009; Ploeg, Davies, Edwards, Gifford et Miller, 2007).

Par ailleurs, le vieillissement est une construction sociale qui avec le temps a fait apparaître une forme de discrimination associée à l'âge : l'âgisme. L'âgisme implique que les personnes âgées sont parfois perçues dans la société comme un groupe de personnes homogènes et inférieures au reste de la population. Cette croyance, souvent inconsciente, vient affecter les professionnels de la santé (Bourbonnais et Ducharme, 2010). Parmi les répercussions négatives, les auteurs notent que peu de prestige est accordé aux soins aux personnes âgées. Ce manque d'intérêt peut nuire à la prévention ou à la gestion des problèmes de santé qui concernent cette population, par exemple l'ÉCA, et peut aussi contribuer au manque de formation des professionnels de la santé auprès des personnes âgées.

Afin de répondre à ce problème, plusieurs chercheurs, entre autres en sciences infirmières, se sont investis pour améliorer le repérage et la prévention de l'ÉCA. En effet, plusieurs études démontrent l'efficacité de formations offertes aux infirmières sur des interventions multimodales et non pharmacologiques permettant de prévenir l'ÉCA chez les personnes âgées (Halloway, 2014 ; Holt et al., 2013; Martinez et al., 2012 ; Martinez et al., 2015 ; Wand et al., 2013). Il est démontré que d'offrir une formation sur l'importance de la prévention et de porter une attention particulière à la mobilisation, à l'élimination, à la nutrition et l'hydratation, à l'optimisation des sens, à la stimulation cognitive, à l'environnement (par exemple en diminuant le nombre de tubulures rattachées au patient) et à favoriser le sommeil de

la personne âgée sont des interventions efficaces pour prévenir l'incidence et les répercussions de l'ÉCA (Holt et al., 2013; Martinez et al., 2015 ; Wand et al., 2013). De plus, des études démontrent que d'offrir une formation aux infirmières sur comment faire participer la famille aux soins en offrant de l'enseignement sur la reconnaissance et la prévention de l'ÉCA ainsi que des recommandations pour favoriser leur participation aux soins permet de diminuer l'incidence de l'ÉCA (Halloway, 2014; Martinez et al., 2012). Il existe donc des résultats probants sur les éléments qui permettraient aux infirmières de prévenir l'ÉCA. Par contre, nous avons constaté qu'ils sont peu mis en pratique dans les milieux de soins d'où la pertinence d'offrir une formation aux infirmières dans le cadre d'un stage de maîtrise en sciences infirmières à partir des interventions dont les résultats ont été démontrés probants.

Plusieurs études ont fait état de divers facteurs facilitants ainsi que contraignants à l'implantation de nouvelles pratiques dans un milieu. Ceux-ci touchent les aspects individuels des participants, les caractéristiques de l'intervention, les facteurs internes et externes au milieu, le processus d'implantation et l'environnement (Damschroder et al., 2009; Ploeg et al., 2007). Ces facteurs ont été considérés dans l'élaboration et la prestation de l'intervention de prévention de l'ÉCA chez les personnes âgées. Parmi les éléments pouvant faciliter le transfert des connaissances, il est important d'utiliser une approche adaptée aux acteurs touchés directement et indirectement par l'intervention.

Les infirmières étant les apprenantes dans ce contexte, une méthode pédagogique adaptée à une clientèle ayant déjà de l'expérience professionnelle a été préconisée. Des études ont été faites sur les d'approches pédagogiques adaptées aux infirmières. Elles ont démontré l'efficacité et la pertinence d'employer la pratique réflexive, qui sera définie dans la recension des écrits, dans un contexte de formation comme stratégie pédagogique pour améliorer la performance clinique et le développement des connaissances chez ces professionnels de la santé (Bélanger et Ducharme, 2015; Dubé et Ducharme, 2014). Il existe plusieurs approches de pratique réflexive. Le modèle de Johns (2006) permet la réflexion sur les contradictions entre la pratique infirmière et la pratique idéale à travers la révision d'expériences vécues.

Ce processus permet aux infirmières de prendre conscience de leur pratique et d'atteindre un meilleur niveau de performance clinique (Johns, 2006). Cette approche a été utilisée auprès d'elles lors de l'intervention sur la prévention de l'ÉCA chez les personnes âgées.

Afin de favoriser l'adoption de meilleures pratiques sur la prévention de l'ÉCA dans un contexte hospitalier, des associations telles que le Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO) (2012) ont créé un guide décrivant le processus du développement d'une intervention basée sur des résultats probants ainsi que des outils pour identifier les meilleures stratégies d'implantation. Ce guide a été utilisé pour planifier le projet de stage. Selon les recommandations de la RNAO (2012), une fois qu'un problème et les meilleures interventions ont été identifiés, il est essentiel de porter une attention particulière au contexte des participantes à l'intervention ainsi qu'à leur milieu afin de s'y adapter et d'identifier les agents facilitants et contraignants pour s'assurer de l'efficacité du transfert de connaissances.

Selon le RNAO (2012), afin d'assurer la pérennité des effets de la formation, des stratégies permettant de maintenir les bonnes pratiques doivent être déployées dans un contexte de transfert de connaissances. La création de champions d'unité, stratégie qui a été utilisée dans les études de Holt et al. (2013) et Wand et al. (2013) sur la prévention de l'ÉCA, a été démontrée comme étant une façon efficace d'influencer positivement l'adoption continue de bonnes pratiques auprès des professionnels travaillant dans un milieu de soins (Soo et al., 2009). Le champion d'unité est un leader clinique informel ou formel travaillant dans les milieux de soins. Il participe à promouvoir de meilleurs soins en faisant preuve d'une pratique exemplaire et en conseillant ses collègues dans des situations cliniques problématiques (Soo et al., 2009). Des infirmières agissant à titre de championnes pourraient donc servir à la fois à maintenir les bonnes pratiques et à briser les croyances pouvant nuire à leur adoption.

1.1. But du projet

Le but du stage était de développer et de mettre en œuvre, auprès d'infirmières travaillant sur une unité de chirurgie, une activité de pratique réflexive portant sur les meilleures pratiques de prévention de l'ÉCA chez les personnes âgées. Cette formation visait la sensibilisation ainsi que le développement des compétences d'infirmières championnes¹ qui pourront exercer par la suite une influence positive auprès de leurs collègues afin de favoriser la prévention de l'ÉCA. Elle intègre des composantes de la pratique réflexive selon le modèle structuré de Johns (2006) ainsi que les recommandations du guide de RNAO (2012) sur le changement de pratique dans les soins infirmiers.

1.2. Objectifs de stage

Les objectifs de stage étaient :

- 1) Concevoir et mettre en application une formation destinée à des infirmières de chirurgie portant sur la prévention de l'ÉCA qui soit appuyée par des résultats probants;
- 2) Intégrer des composantes de la pratique réflexive à la formation afin de susciter des échanges entre les parties prenantes sur la prévention de l'ÉCA ainsi que sur l'expérience de santé de la personne âgée et de la famille durant un ÉCA;
- 3) Sensibiliser les infirmières à l'importance de la prévention de l'ÉCA chez les personnes âgées et sur l'importance d'exercer une influence positive sur leurs collègues;
- 4) Sensibiliser les infirmières aux bénéfices de la collaboration avec la personne âgée

¹ Le développement d'infirmières championnes d'unité a été difficile dans le cadre de l'intervention prévue. Pour en apprendre davantage sur le sujet, veuillez consulter la discussion.

et la famille pour la prévention de l'ÉCA;

- 5) Transférer des connaissances sur la prévention de l'ÉCA et sur l'expérience de santé de la personne âgée et de la famille durant un ÉCA.

Objectifs d'apprentissage

Le but du stage était de développer chez la stagiaire des compétences en pratique infirmière avancée (Faculté des Sciences Infirmière, 2014). À cette fin, les objectifs d'apprentissage étaient les suivants :

- 1) Développer des habiletés à intervenir et à intégrer la pratique réflexive auprès des infirmières dans le cadre du développement de leurs compétences;
- 2) Développer des connaissances concernant les stratégies de transfert de connaissances et d'implantation de meilleures pratiques;
- 3) Développer un *leadership* clinique en mettant en œuvre un projet favorisant l'adoption des meilleures pratiques en prévention de l'ÉCA en chirurgie;
- 4) Développer des habiletés à adapter une intervention basée sur des résultats probants.
- 5) Développer des compétences à collaborer avec divers intervenants du milieu dans le but d'organiser une formation et de les mobiliser pour favoriser la prévention de l'ÉCA chez les personnes âgées en chirurgie.

Chapitre 2 : Revue des écrits

Dans ce second chapitre, une analyse critique des écrits scientifiques est présentée sur l'état des connaissances entourant les interventions prévenant les épisodes d'ÉCA, sur les facteurs facilitant le changement de pratique et sur les démarches pédagogiques favorisant le développement et la mise en application de nouvelles connaissances auprès de professionnels de la santé. Par la suite, le cadre de référence du projet de maîtrise sera présenté.

2.1 Prévention de l'état confusionnel aigu

Plusieurs études ont été réalisées sur la prévention de l'ÉCA chez les personnes âgées dans un contexte hospitalier ainsi que sur le rôle des infirmières face à cette complication de santé. Dans ce qui suit, les écrits faisant preuve d'une bonne rigueur méthodologique sont présentés.

Martinez et al., (2015) ont effectué une méta-analyse afin d'évaluer l'implantation d'interventions non pharmacologiques en lien avec les facteurs de risque de l'ÉCA par des formations offertes aux infirmières dans des milieux hospitaliers. À partir des critères d'inclusion, sept articles ont été retenus. Les résultats ont démontré une diminution significative de l'incidence de l'ÉCA grâce à la prévention des facteurs de risque. Dans cette étude, les interventions comprenaient la stimulation cognitive, l'optimisation des sens, le contrôle de la douleur, l'optimisation du sommeil, l'optimisation de la nutrition et de l'hydratation, la mobilisation, le maintien normal des fonctions urinaires et gastriques, l'intégration de la famille aux soins et la diminution de procédures invasives. Ces interventions étaient intégrées dans les unités de soins par l'intermédiaire de formations offertes aux professionnels de la santé, tels que les infirmières, ainsi que par une modification de l'enseignement offert aux familles et aux personnes âgées hospitalisées. La qualité méthodologique de cette méta-analyse a été évaluée avec la grille AMSTAR (Shea et al., 2007) qui démontre qu'elle est rigoureuse. Les risques de biais ont été mentionnés et les caractéristiques des études choisies ont été définies. Les résultats étaient cohérents d'une étude à l'autre.

L'étude quasi-expérimentale de Holt et al. (2013) corrobore ces résultats en démontrant aussi l'effet positif d'une intervention multimodale non pharmacologique

permettant de prévenir l'ÉCA. L'intervention consistait, d'une part, à donner une formation de 30 minutes à 133 infirmières en mettant l'accent sur les facteurs de risque à l'aide d'outils de formation tels que des affiches informatives et, d'autre part, à former des infirmières « championnes » afin de favoriser l'utilisation des connaissances découlant de la formation. Les facteurs visés dans cette étude étaient : « la désorientation, la déshydratation, le trouble auditif, la constipation, la douleur et l'immobilité » (Holt et al., 2013, p. 723). Les changements dans la pratique ont été évalués à l'aide d'un formulaire à compléter trois fois par jour dans la chambre du patient afin de démontrer que les infirmières avaient porté une attention particulière à la prévention des facteurs de risque de l'ÉCA. Une évaluation a été complétée avant et après la formation par les infirmières participantes afin d'évaluer s'il y avait eu amélioration de leurs connaissances. De plus, pour évaluer l'impact sur les personnes âgées, une assistante de recherche a évalué les patients quotidiennement à l'aide de l'outil *Confusion Assessment Method* (CAM) avant et après l'intervention. L'échantillon était composé de 436 patients de 65 ans et plus dont 249 dans le groupe témoin et 187 dans le groupe expérimental. Les résultats démontrent que l'incidence de l'ÉCA a diminué de façon significative et est passé de 13,3% à 4,6% ($p = 0,006$). Les notes au dossier, les formulaires et des entrevues semi-structurées avec les champions sur les unités ont démontré une bonne appropriation des infirmières face à l'intervention, ce qui a significativement permis de diminuer l'incidence de l'ÉCA sur les trois unités gériatriques d'un centre hospitalier.

Dans une perspective similaire, Wand et al. (2013) ont réalisé une étude quasi-expérimentale pré-post sur une intervention formative ayant pour but d'aider les infirmières à intervenir sur les facteurs de risque modifiables de l'ÉCA afin de réduire son incidence. Ces chercheurs ont visé un plus grand nombre de facteurs de risque que l'étude de Holt et al. (2013) tels que : l'élimination urinaire, la nutrition, le sommeil, la désaturation, la douleur, la polymédication non nécessaire, l'environnement, la gestion des dépendances telles qu'à la nicotine, l'utilisation de contention et un nombre parfois élevé de tubulures rattachées au patient. Ils ont aussi inclus des interventions pharmacologiques. Comme dans l'étude de Holt et al. (2013), l'effet de l'intervention a été évalué en comparant un groupe de patients sur une

même unité avant et après la formation offerte aux professionnels de la santé. Un échantillon de 255 personnes âgées de plus de 65 ans ont participé à l'étude, dont 126 ont été évaluées avant l'intervention et 129 après. Toutes les infirmières ont assisté aux formations. L'échelle CAM a été utilisée pour évaluer la condition des participants. L'intervention était similaire à celle de Holt et al. (2013) et consistait en une formation d'une heure offerte aux infirmières sur l'identification et la prévention de l'ÉCA. Les auteurs ont aussi formé deux infirmières « championnes ». Par la suite, ces championnes ont effectué toutes les semaines un suivi avec l'équipe de soins en discutant de cas rencontrés. Les résultats démontrent une réduction significative de l'incidence de l'état confusionnel aigu en passant de 10,3% à 1,6% ($p=0,042$). Les résultats démontrent aussi une amélioration significative des connaissances et de la confiance des professionnelles de la santé quant à la prise en charge des facteurs de risque de l'ÉCA et la mobilisation des ressources qui leur sont disponibles pour les aider à y faire face. Ces résultats ont été démontrés par un questionnaire complété avant et après l'intervention. Une des limites de cette étude est que deux sous-échantillons de participants ont été utilisés ne permettant pas de s'assurer qu'ils avaient des caractéristiques similaires.

En somme, les résultats des études de Martinez et al. (2015), Holt et al. (2013) et de Wand et al. (2013) montrent l'efficacité d'offrir une formation aux infirmières pour transformer leur pratique, prévenir l'ÉCA et améliorer la qualité des soins.

Par ailleurs, les chercheurs ont aussi étudié la collaboration avec la famille afin de prévenir l'incidence de l'ÉCA et diminuer son intensité et sa durée. Comme mentionné précédemment, la famille peut contribuer significativement à l'amélioration de la prévention de cette complication. Halloway (2014) a réalisé une revue de littérature montrant l'état des connaissances à ce sujet. La recherche documentaire a été effectuée par l'auteur avec l'aide d'une bibliothécaire dans plusieurs bases de données. Une limite de ce type étude est qu'elle ne présente pas une méthode systématique de collecte et d'analyse des écrits, mais l'utilisation d'une seconde personne pour la recherche documentaire démontre un niveau supplémentaire de rigueur. À partir des critères d'inclusion et d'exclusion, onze articles ont été analysés. Une évaluation de la qualité des écrits a été effectuée par l'auteure à l'aide de

l'échelle *Strength of Recommendations Taxonomy* (SRT). Selon Halloway (2014), l'étude la plus rigoureuse est celle de Martinez et al. (2012). Cette dernière vise à évaluer l'efficacité de l'intégration de la famille aux soins dans la prévention de l'ÉCA en offrant une formation aux familles sur des interventions préventives non pharmacologiques.

Les auteurs de cette étude expérimentale randomisée avec un groupe contrôle ont recruté 287 personnes âgées de 70 ans et plus dans une unité de médecine interne (Martinez et al., 2012). L'intervention consistait à enseigner aux membres de la famille les signes et symptômes de cette complication ainsi que les risques qu'elle se produise durant l'hospitalisation. Cette formation portait également sur l'importance de réorienter leur proche et d'éviter que ce dernier soit privé de ses sens en s'assurant, par exemple, qu'il ait ses lunettes. Ces derniers ont été avisés de réorienter leur proche en lui mentionnant la date, l'heure et en discutant d'évènements récents et en apportant lui une horloge et des objets familiers. Les heures de visite ont été allongées à cinq heures par jour pour maximiser le temps que la famille pouvait passer avec la personne âgée. Pour réaliser cette intervention auprès des familles, celles-ci recevraient aussi un dépliant avec l'information qui leur avait été donnée. L'incidence de l'ÉCA a été évaluée quotidiennement avec le CAM. Les résultats démontrent une diminution significative de l'incidence de l'ÉCA, passant de 13,3 % à 5,6 % ($p=0,027$). Pour assurer la validité interne de l'étude, les données ont été analysées à l'aveugle par une personne indépendante. Selon l'étude de Bull, Boaz et Sjostedt (2014), les familles peuvent et veulent contribuer à la prévention de l'ÉCA et cela diminuerait leur sentiment de détresse et d'impuissance. Les résultats de l'étude de Martinez et al. (2012) démontrent l'efficacité d'intégrer davantage la famille aux soins pour prévenir l'ÉCA. Ce type d'interventions fait partie du champ de pratique de l'infirmière et permet d'améliorer la qualité des soins.

En résumé, l'ensemble de ces études analysées soulignent la pertinence de former les infirmières sur les facteurs de risques modifiables de l'ÉCA ainsi que sur l'intégration de la famille aux soins dans l'optique de diminuer l'incidence de cette complication de santé.

2.2 Facteurs facilitant et entravant les changements de pratique

Afin d'implanter une intervention de transfert de connaissance et favoriser le changement dans la pratique, une analyse des écrits a été faite sur les facteurs qui influencent l'adoption de nouvelles pratiques. Damschroder et al. (2009) ont effectué une synthèse théorique afin de générer un cadre théorique portant sur les déterminants favorisant le transfert de connaissance et de changement de pratique en santé. Parmi 200 modèles théoriques recensés, les auteurs ont analysé les 19 qui répondaient à leurs critères de sélection, lesquels étaient d'être un écrit à propos de l'implantation ou de la diffusion d'innovations cliniques dans le secteur de la santé. Leur analyse a permis de classer dans cinq domaines différents les facteurs qui influencent l'implantation: 1) les caractéristiques de l'intervention; 2) les aspects externes; 3) les aspects internes; 4) les individus impliqués dans l'intervention et 5) le processus d'implantation.

Parmi les résultats pouvant être pertinents à notre projet de maîtrise, on compte tout d'abord les caractéristiques de l'intervention puisqu'elles influenceront la résistance au changement et l'intérêt des participants. Ces caractéristiques comprennent la perception des participants quant au niveau d'évidence des résultats, leur perception des avantages de la nouvelle pratique, la qualité du design de la présentation et du matériel éducatif et, finalement, le niveau d'adaptation de l'intervention au milieu où celle-ci sera mise en œuvre.

En second lieu, les auteurs identifient les interventions politiques, telles que de nouveaux mandats et projets d'innovation à large spectre dans le système de la santé, par exemple l'adoption de l'AAPA dans les hôpitaux, parmi les facteurs externes pouvant influencer positivement ou négativement l'implantation d'une pratique tel qu'il est visé dans le projet de stage. Par la suite, parmi les facteurs internes identifiés dans ces écrits, les auteurs mentionnent qu'une culture valorisant le changement, une bonne communication entre les différents membres de l'organisation et l'esprit d'équipe auront une influence positive sur le désir d'améliorer les soins et d'implanter de nouvelles pratiques. De plus, le besoin ressenti par les participants face à une situation qui se doit d'être améliorée, la priorité du besoin de

changer la pratique ainsi que la compatibilité de l'intervention à leur pratique et leurs valeurs ont une influence sur l'adoption de nouvelles pratiques. Toujours parmi les facteurs internes, le degré par lequel les personnes, dans le cadre de notre projet des infirmières, se sentent valorisées par l'intervention, l'implication de *leaders* informels et formels et un accès facile à des documents informatifs sur l'intervention peuvent améliorer l'implantation d'un projet de transfert de connaissance.

Les résultats de cette étude démontrent aussi que les caractéristiques individuelles de chaque participant ont une influence sur le changement de pratique. Celles-ci incluent la confiance que les participants accordent à l'intervention, l'autoévaluation de leurs propres capacités à pouvoir mettre en pratique la nouvelle approche et le degré d'attachement ou d'association que les participants entretiennent avec leur milieu de travail. Le changement étant un processus social, les caractéristiques de la formatrice perçues par les participants ont aussi une influence sur le changement (Damschroder et al., 2009). Les médiateurs du changement doivent être stratégiquement choisis par l'établissement afin de favoriser l'adoption de nouvelles pratiques (Damschroder et al., 2009). Le développement d'une relation avec les individus ciblés est un élément important qui va favoriser l'implantation d'une nouvelle intervention (Damschroder et al., 2009). De plus, la structure de l'intervention, sa rigueur et la façon dont elle est introduite et présentée par la formatrice dans le milieu ont une influence sur le changement de pratique (Damschroder et al., 2009).

Finalement, quant aux facteurs concernant le processus d'élaboration du projet facilitant l'implantation de l'intervention, les résultats en présentent deux qui sont pertinents. Premièrement, il est suggéré d'avoir une organisation claire du plan d'intervention, guidée par un cadre de référence présenté aux participants avant que le projet soit introduit dans le milieu; ce facteur peut avoir une influence positive sur l'intégration des nouvelles connaissances et le changement de pratique. Deuxièmement, l'implication des champions locaux, qui se définissent comme des professionnels faisant la promotion auprès de leurs pairs de la pertinence d'améliorer la pratique clinique, est une autre stratégie proposée car ces derniers croient au changement et l'inspirent auprès de leurs pairs.

En conclusion, selon les résultats de l'étude de Damschroder et al. (2009), la planification d'une intervention de transfert de connaissance doit porter une attention particulière aux caractéristiques de l'intervention dans le contexte du milieu, à ses aspects internes et externes, aux caractéristiques des participants et au processus de l'intervention qui doit être accessible aux participants et impliquer des champions locaux afin de développer des stratégies favorisant le changement de pratique. Une force de cet écrit est qu'il met en lumière une grande variété d'éléments pouvant entraver ou faciliter un transfert de connaissances et une implantation de nouvelles pratiques. Une limite de cette étude concerne la méthode de sélection des articles qui n'a pas été précisée. Ceci diminue le niveau de rigueur de cette étude.

En complémentarité avec les résultats de l'étude de Damschroder et al. (2009), Ploeg et al. (2007) ont mené une étude qualitative sur les facteurs facilitant et entravant les changements de pratique dans le système de la santé. Le but était de décrire la perception de ces facteurs chez divers acteurs concernés directement ou indirectement par les projets qui présentent de nouveaux guides de pratique infirmière dans les milieux hospitaliers. L'étude a été réalisée dans 22 centres hospitaliers au Canada. Des entrevues téléphoniques semi-structurées et enregistrées ont eu lieu auprès de 59 gestionnaires en milieu hospitalier, 58 professionnels cliniciens et 8 professionnels travaillant en implantation de nouvelles pratiques. Ce grand échantillon et la variété des milieux sont une force de cette étude. Une analyse des entrevues a permis d'identifier trois grandes catégories de facteurs : individuels, organisationnels et environnementaux. Parmi les facteurs individuels facilitants nous retrouvons des sessions éducatives interactives en petit groupe dans lesquelles les professionnels discutent d'un cas clinique et développent ensemble des stratégies; de même que les croyances positives des professionnels envers l'impact des nouvelles pratiques sur les patients et leur compatibilité avec la pratique actuelle. Par contre, une attitude négative des infirmières, souvent associée à une plus grande charge de travail exigée par un changement de pratique serait une barrière à l'implantation d'une nouvelle intervention. Au plan organisationnel, plusieurs agents facilitateurs ainsi que des barrières ont été identifiés. Ces facteurs ne s'appliquent pas tous au contexte de notre projet de stage, mais certains éléments

sont pertinents. Par exemple, la présence de champions dans les milieux de soins qui encouragent les bonnes pratiques et ont un rôle de consultant auprès de leurs collègues facilitent le changement de pratique. De plus, l'implication et l'appui des leaders formels sur la reconnaissance de l'importance du nouveau guide de pratique s'avère aussi des facteurs facilitants. Une barrière organisationnelle est liée au manque de ressources et de temps qui peuvent empêcher les infirmières d'appliquer le nouveau guide à son plein potentiel. Quant à l'environnement, les auteurs ont uniquement fait ressortir des agents facilitateurs. Parmi les éléments pertinents pour notre projet de stage, il est question du travail en équipe et d'une collaboration efficace entre les professionnels à différents niveaux pour favoriser le désir d'améliorer la pratique et d'adopter les nouvelles recommandations d'un guide pratique au bénéfice des patients.

Ces écrits mettent en lumière divers facteurs facilitants et entravants la mise en œuvre d'un projet de transfert de connaissance auprès de professionnels de la santé. Malgré la pertinence démontrée par des résultats probants d'une formation offerte aux infirmières sur la prévention de l'ÉCA, la conception de celle-ci doit tenir compte de ces facteurs afin d'en assurer le succès. Selon Ploeg et al. (2007) et Damschroder et al. (2009), il est recommandé que la formation soit interactive et se déroule en petits groupes. Une approche pédagogique tenant compte de ces critères a donc été utilisée dans ce projet. De plus, il est recommandé, selon ces auteurs, de développer, lors de la formation, les compétences de champions d'unité auprès des infirmières participantes afin de favoriser l'adoption de meilleures pratiques dans le milieu. La prévention inadéquate de l'ÉCA étant un problème connu, mais dont les interventions sont peu mises en œuvre, il était prévu que les infirmières qui auraient suivi la formation pourraient exercer par la suite leur rôle de championnes d'unité et influencer positivement leurs collègues et faciliter l'adoption de nouvelles pratiques. Selon ces écrits, des moyens doivent être pris afin de susciter l'intérêt des infirmières dans le but de favoriser une vision positive du changement de pratique, une reconnaissance de l'importance du problème et leur confiance en les recommandations. De plus, afin de prévenir une attitude négative face à une nouvelle intervention, un effort doit être déployé afin de démontrer que le projet n'augmentera

pas la charge de travail des infirmières, mais au contraire la diminuerait en permettant potentiellement de réduire le nombre de patients ayant un ÉCA ainsi que l'intensité et la durée de l'ÉCA. Finalement, l'implication des leaders formels et gestionnaires, étant importante pour le changement de pratique selon ces écrits, ces derniers ont été informés et intégrés au processus de l'intervention afin qu'ils puissent la soutenir et favoriser un environnement propice à l'amélioration continue des soins offerts.

2.3 Écrits empiriques sur la formation continue des infirmières

Une approche pédagogique pertinente et adaptée aux participants bénéficiant de l'intervention est une stratégie facilitante pouvant influencer l'adoption de meilleures pratiques. Dans le cadre de notre projet, puisque la formation devait être offerte à des infirmières en exercice, une analyse critique des écrits a été réalisée afin d'identifier les démarches pédagogiques qui favorisent le développement de nouvelles connaissances chez ce type d'apprenant. Bélanger et Ducharme (2015) ont effectué une étude qualitative de type herméneutique explorant l'efficacité, auprès d'infirmières d'un hôpital canadien, d'une formation basée sur la narration et le partage d'expériences vécues. Le but était de favoriser le développement de leurs connaissances sur les interventions permettant de prévenir l'ÉCA chez les personnes âgées. L'étude s'est déroulée au sein d'unités de chirurgie. Les quinze participantes ont été réparties en trois groupes de cinq infirmières qui, pour les fins de l'intervention, ont participé à quatre rencontres interactives et formatives. Toutes les participantes ont reçu, préalablement à la première rencontre, des documents informatifs sur les causes de l'ÉCA, les pratiques recommandées ainsi que les interventions et l'expérience de la personne âgée ayant vécu un ÉCA. Avant chaque rencontre, les participants devaient réaliser un exercice de pratique réflexive qui prenait la forme d'un écrit structuré décrivant une situation vécue dans leur pratique. La situation vécue devait porter sur une interaction qu'elles avaient eue à l'hôpital avec une personne âgée qui était à risque d'ÉCA ou en ÉCA. Ce document était bonifié au gré de l'évolution des quatre rencontres. Durant les rencontres, la chercheuse guidait le développement des connaissances empiriques, éthiques,

esthétiques, personnelles et émancipatoires des infirmières en leur posant des questions favorisant une compréhension profonde des situations cliniques. Ces dernières s'appuyaient sur les savoirs décrits par Chinn et Kramer (2008). La collecte des données a été réalisée à partir des exercices écrits des participantes ainsi que de leurs réponses à un questionnaire et lors d'une entrevue semi-structurée individuelle. Une personne externe à l'étude a réalisé les entrevues. Par la suite, les données ont été analysées par deux chercheurs selon les stratégies de Miles et Huberman (2003). Les résultats démontrent que cette approche pédagogique a permis d'améliorer les connaissances des infirmières sur les différentes façons de prendre en charge l'ÉCA ainsi que sur les interventions de prévention. Selon cette étude rigoureuse, le fait d'associer la théorie avec leur expérience et de se questionner sur leur propre pratique a favorisé le développement de savoirs chez les infirmières.

Dubé et Ducharme (2014) ont aussi effectué une étude mixte à devis préexpérimental et transversal similaire auprès d'infirmières portant sur l'utilisation de la pratique réflexive dans un contexte de formation. Le but de l'étude était d'explorer l'impact de la pratique réflexive sur les différents types de savoirs infirmiers décrits par Chinn et Kramer (2008) et sur la pratique infirmière en lien avec les personnes âgées. L'étude s'est déroulée dans trois unités de chirurgie dans un hôpital universitaire du Canada. Le cadre de référence de cette étude est le modèle pour une réflexion structurée de Johns (2006). Les 22 participants à l'étude ont participé à huit rencontres de 75 minutes au cours desquelles ils ont mis en pratique les principes de la pratique réflexive sur divers sujets dont la planification des congés, les médicaments et la mobilisation. Ces derniers ont complété trois journaux à différents moments. Ceux-ci ont aussi reçu des documents informatifs sur les meilleures pratiques infirmières dans un contexte de soins à des personnes âgées. Finalement, les participants ont dû mettre en pratique trois interventions tirées des meilleures pratiques et faire un retour sur leur expérience en groupe. Pour la collecte des données, les participants ont rempli, de façon anonyme, un questionnaire portant sur leur expérience de la pratique réflexive et leurs rencontres ont été enregistrées. Les données ont par la suite été analysées en suivant la méthode Miles et Huberman (2003). Les résultats démontrent que cette intervention a permis d'améliorer la

capacité d'introspection des infirmières ainsi que leur capacité à prendre conscience de l'impact de leurs actions. L'activité les encourageait à changer leur pratique pour qu'elles offrent des soins de plus haute qualité. Selon les résultats, les savoirs empiriques et éthiques sont ceux qui se sont les plus développés à la suite à la pratique réflexive. Finalement, la pratique réflexive a permis d'améliorer la pratique infirmière auprès des personnes âgées de différentes façons, par exemple, en suscitant la recherche de solutions personnalisées permettant d'offrir des soins de qualité ainsi qu'en favorisant un désir d'atteindre un meilleur niveau de pratique infirmière. Cette étude mixte comporte une limite qui est un échantillon restreint de participants ce qui peut affecter la transférabilité des résultats dans un autre milieu de soins. Par contre, en ce qui concerne ses forces, l'enregistrement des rencontres assure une transparence dans l'analyse des résultats qui ont été analysés par une personne n'ayant pas été impliquée dans l'intervention.

Peden-McAlpine, Tomlinson, Forneris, Genck et Meirs (2004) ont aussi effectué une étude qualitative utilisant une approche phénoménologique, leur but étant d'explorer l'impact de la pratique réflexive auprès des infirmières dans un contexte pédiatrique afin d'améliorer l'intégration de la famille aux soins. Cet article, qui ne concerne pas le contexte gériatrique, a été intégré à cette recension des écrits, car il porte sur l'intégration, par les infirmières, de la famille aux soins, qui est un élément important dans le contexte de la prévention de l'ÉCA selon les études de Halloway (2014) et Martinez et al. (2012). Dans l'étude de Peden-McAlpine et al. (2004), la formation employait trois stratégies pédagogiques. La première visait l'utilisation du récit narratif où l'infirmière dirigeant l'intervention présentait oralement une situation entre une infirmière et une famille afin de mieux comprendre les bénéfices d'offrir des soins personnalisés aux familles. La deuxième portait sur une mise en situation par jeu de rôle. Dans celle-ci, l'infirmière dirigeant la formation faisait une démonstration d'une approche exemplaire impliquant un membre de la famille dont l'enfant est hospitalisé. Finalement, une discussion réflexive découlant de la théorie de Argyris et Schön (1974) était initiée entre l'infirmière dirigeant la formation et les participants sur la mise en situation en la liant avec leurs expériences antérieures et avec la façon dont les soins infirmiers peuvent s'adapter à des soins

centrés sur la famille. Les auteurs ont recruté huit infirmières provenant de deux hôpitaux pédiatriques des États-Unis. À la suite de la formation, les participants ont partagé par écrit leur expérience lors de la formation à l'aide d'un guide structuré créé par les auteurs. Par la suite, trois à quatre semaines après la formation, les infirmières ont participé à des entrevues individuelles structurées afin d'explorer les changements dans leur pratique. De plus, les thèmes ressortis devaient faire consensus parmi tous les auteurs qui avaient individuellement évalué divers exemples durant la formation ainsi que conduit les entrevues avec les participants, ce qui favorise la crédibilité des résultats.

Les résultats démontrent que les infirmières ont réalisé, grâce à la pratique réflexive, qu'elles avaient des idées préconçues sur les membres de la famille surtout dans des situations problématiques et elles ont reconnu l'importance d'explorer le contexte unique de chaque famille afin d'offrir des soins adaptés aux besoins du patient. De plus, les résultats ont démontré que les infirmières reconnaissaient davantage l'impact de la maladie de l'enfant sur la famille ainsi que la nécessité d'exercer une continuité dans le développement de la relation entre l'équipe soignante et la famille à travers les soins si on veut mieux les soutenir et diminuer leur anxiété. Finalement, les résultats démontrent que, à la suite de l'intervention, les infirmières étaient plus conscientes de l'importance des soins centrés sur la famille et intégraient davantage les familles aux soins. Le développement d'une relation de confiance avec la famille a eu un impact positif sur les soins autant du point de vue infirmier que du point de vue du patient et de la famille qui participait de façon beaucoup plus autonome aux soins. Les résultats de cette étude démontrent l'influence positive de l'utilisation de la pratique réflexive comme stratégie pédagogique lors d'une formation offerte aux infirmières. Elle a favorisé la prise de conscience des infirmières sur leur pratique actuelle par rapport à une pratique optimale ainsi que sur l'amélioration de leur pratique relativement à l'intégration de la famille aux soins. Cette étude, qui se déroule dans un contexte pédiatrique, est transférable à un contexte de formation concernant les personnes âgées puisqu'elle vise la même clientèle, soit des infirmières. De plus, les résultats sont pertinents à ce

projet de stage puisque l'intégration de la famille a un élément important de la prévention de l'ÉCA.

Ces trois études qualitatives témoignent de retombées positives possibles sur les soins aux personnes âgées d'une formation qui intègre l'approche réflexive. Cette approche pédagogique pourrait donc améliorer la prévention de l'ÉCA chez les personnes âgées hospitalisées. De plus, selon la recension des écrits sur les facteurs facilitants le changement de pratique, la pratique réflexive peut être utilisée comme stratégie de transfert de connaissances dans le but de changer la perception des infirmières sur les personnes âgées et améliorer leurs connaissances. Les résultats de Dubé et Ducharme (2014), Bélanger et Ducharme (2015) ainsi que ceux de Peden-McAlpine et al. (2004) démontrent que cette approche a été bénéfique et révélatrice pour les infirmières participantes. La pratique réflexive fait vivre et fait ressortir des émotions chez les infirmières puisqu'elles font des liens entre les meilleures recommandations et leur pratique, ce qui permet de favoriser l'intégration des connaissances.

2.4 Pratique réflexive

La pratique réflexive est une approche qui valorise le changement et l'amélioration de la pratique par la description, l'analyse et l'évaluation d'expériences et situations vécues (Rolfe, Jasper et Freshwater, 2011). Différentes méthodes peuvent être employées afin de favoriser la pratique réflexive et le développement professionnel telles que la réflexion dans l'action, la rédaction d'un journal réflexif, la révision d'un cas, la narration d'une histoire, la supervision en groupe ainsi que de façon individuelle (Rolfe et al, 2011).

La nature de la pratique réflexive et ses différentes méthodes ont été définies par divers théoriciens s'intéressant à son application dans la pratique professionnelle. Un résumé des principaux écrits à ce sujet sera maintenant présenté.

En 1938, Dewey, un psychologue et philosophe, a été un des pionniers dans ce domaine (Rolfe et al., 2011). Dewey (1938) affirme qu'un professionnel apprend dans l'action de sa pratique et en prenant conscience de ce qui découle de son expérience. Plusieurs théoriciens se sont par la suite inspirés de son modèle pour

créer leur propre définition et développer davantage la pratique réflexive (Rolfe et al., 2011). Gibbs (1988) a été l'un de ces théoriciens qui a enrichi la définition de la pratique réflexive de Dewey (1938) en y ajoutant les trois grandes étapes suivantes: 1) l'évaluation factuelle et émotionnelle d'une situation vécue par un professionnel de la santé; 2) l'analyse des points négatifs et positifs de la situation ; 3) la révision des autres manières de pratiquer l'intervention face à ce même type de situation. Le processus réflexif en trois grandes étapes est démontré de façon circulaire par Gibbs (1988) et vise à établir, grâce à la pratique réflexive, un nouveau plan d'action face à une situation précise, le but étant d'améliorer la pratique. Chaque professionnel peut individuellement mettre en pratique le type de réflexion décrit par Gibbs (1988) et Dewey (1938) pour apprendre de son expérience et changer sa pratique. Par contre, ces deux modèles ne comprennent pas de repères précis, ni de questions permettant de guider la pratique réflexive par une personne facilitatrice ce qui nuit à son application à un projet de transfert de connaissances.

De son côté, Kim (1999) définit le processus de l'approche réflexive de façon plus détaillée dans un modèle qui devait initialement servir de méthode d'analyse pour les chercheurs en pratique réflexive. Selon ce modèle, le but de la pratique réflexive est de permettre aux professionnels de reconnaître les connaissances qui découlent de leur expérience et de les différencier de leur savoir scientifique afin de prendre conscience de l'influence de leurs connaissances expérientielles sur leur pratique actuelle. La pratique réflexive, selon ce modèle, se fait en trois étapes. La première étape est la phase descriptive par laquelle l'infirmière décrit de façon narrative une situation en y incluant ses sentiments, ses actions et les circonstances. La deuxième étape est la phase réflexive où la situation est examinée par l'infirmière et mise en relation de façon positive ou négative avec ses croyances, suppositions, intentions, connaissances ainsi que des théories. La troisième étape est la phase critique et émancipatoire où l'infirmière cherche à trouver des moyens de corriger la pratique et la rendre plus optimale et consistante.

Un autre modèle, celui de Johns (2006), comporte des similarités avec le modèle de Kim (1999). Par contre, ce dernier prône davantage le développement des professionnels par la pratique réflexive guidée et accompagnée par une personne

facilitatrice (Rolfe et al., 2011). En effet, selon le modèle de pratique réflexive de Johns (2006), la construction d'un regard critique par l'intermédiaire d'un dialogue portant sur sa propre pratique peut être un procédé exigeant et peut sembler peu accessible pour certains professionnels de la santé, d'où l'importance d'impliquer des superviseurs cliniques dans le but de guider le développement de leurs connaissances par la réflexion. Afin d'amorcer une pratique réflexive, le superviseur peut partager une expérience vécue dans une situation donnée dans le but de stimuler la réflexion chez les professionnels de la santé qui vont collaborer à la réflexion et à la recherche de solutions à un problème. Ce dialogue en groupe favorise la prise de conscience ainsi que la résolution des contradictions entre la pratique actuelle et les meilleures pratiques. Il est bénéfique autant pour le superviseur que pour les personnes participant à la réflexion. Pour cette raison, la formation pour prévenir l'ÉCA qui a été développée s'appuiera sur les composantes du modèle de pratique réflexive de Johns (2006). Les détails de ce modèle seront présentés dans la section suivante sur le cadre de référence.

2.5 Cadre de référence

Le cadre de référence qui a guidé la réalisation du projet de stage s'inspire du modèle de pratique réflexive de Johns (2006) et du modèle *Knowledge to Action (KTA)* de Straus, Tetroe et Graham (2009) révisé dans le guide de la Registered Nurses Association of Ontario (RNAO, 2012).

Le modèle de pratique réflexive de Johns (2006) est une approche qui valorise le changement et l'amélioration continue de la pratique avec l'aide d'un facilitateur ainsi que d'un modèle structuré de réflexion. Selon ce modèle, la pratique réflexive permet d'atteindre un meilleur niveau de performance clinique. Celle-ci s'améliore par la révision d'expériences vécues par les professionnels de la santé, ce qui vient favoriser l'autocritique et la prise de conscience de ces derniers sur leur pratique actuelle. La pratique réflexive permet de résoudre les problèmes que peut engendrer la contradiction perçue entre la pratique et la vision de la pratique. C'est cette contradiction qui peut engendrer des sentiments indésirables chez les professionnels de la santé qui en sont conscients, tels que de la détresse ou de la culpabilité, qui va

stimuler la réflexion. L'objectif de la pratique réflexive est de créer un changement en aidant les professionnels de la santé à prendre conscience de la raison pour laquelle une situation est maintenue, en les motivant à vouloir agir face à cette situation pour qu'au final cette prise de conscience et ce désir de vouloir agir transforment la situation en une autre qui soit plus souhaitable pour le futur.

La pratique réflexive selon ce modèle se fait en deux grandes étapes qui sont : le dialogue avec le texte narratif et le dialogue avec d'autres sources de connaissance (voir Figure 1). Afin d'amorcer la réflexion, le professionnel de la santé exprime à l'écrit une situation vécue ainsi que son expérience de façon honnête et en mettant de côté son égo. Après avoir rédigé la situation, le professionnel doit prendre du recul sur sa version personnelle de celle-ci et l'analyser sous la forme d'un dialogue guidé par le modèle structuré de réflexion de Johns (2006). Le professionnel de la santé est alors invité à réfléchir et à mettre en lumière les contradictions entre sa pratique et sa vision d'une bonne pratique se posant des questions sur ses intentions, les facteurs d'influences, ses valeurs et ses émotions pour finalement évaluer ce qu'il a appris de cette réflexion. Ce dialogue peut se faire avec lui-même ou en groupe accompagné par un facilitateur. Le dialogue, lorsqu'il est accompagné, peut se faire verbalement, ce que Johns (2000) nomme le dialogue ouvert entre le clinicien et le facilitateur.

Durant la première étape qui, dans modèle de Johns, est le dialogue avec le texte narratif, le professionnel doit analyser les éléments décrits dans la situation qui semblent être plus significatifs, les faire ressortir et se questionner sur la raison pour laquelle il est important d'y porter une attention durant la réflexion. Ensuite, le professionnel doit faire un retour sur ses propres émotions ainsi que celles pouvant être vécues par les autres personnes impliquées dans la situation décrite et analyser la signification de celles-ci. Par la suite, le professionnel doit décrire les intentions et les objectifs derrière les interventions qu'il a mis en pratique dans la situation décrite. Finalement, le professionnel doit se questionner sur les facteurs influençant sa pratique durant la situation. Selon Johns (2006), cette étape est plus difficile à accomplir sans l'aide d'un facilitateur puisque plusieurs facteurs tels que la culture et

le contexte social exercent une influence inconsciente sur les professionnels dans leur pratique.

Durant la deuxième étape du modèle de Johns (2006), le professionnel de la santé doit établir des liens et créer un dialogue entre la situation et les différentes sources de connaissances. En d'autres termes, il doit comparer sa pratique avec les meilleures pratiques selon les différents savoirs découlant des résultats probants, de ses valeurs, de ses expériences antérieures ainsi que de son impression de l'expérience des autres dans le but de réfléchir sur des thèmes tels que : d'un point de vue éthique, est-ce qu'il a tenté d'agir pour le mieux? Est-ce qu'il s'est appuyé sur des connaissances appropriées pour justifier ses actions et la raison pour laquelle la situation se reproduit? Est-ce qu'une comparaison peut être faite entre cette situation et des expériences antérieures? De plus, une analyse doit être faite à partir des ressources disponibles dans le milieu qui auraient dû avoir ou ont effectivement eu une influence sur la situation. Durant cette étape, le professionnel est encouragé à dialoguer sur la manière dont il pourrait agir différemment si la situation se reproduisait. Le processus de réflexion fait donc appel aux quatre différents modes de savoirs infirmiers de Carper (1978) qui sont : empirique, personnel, éthique et esthétique. Le savoir empirique comprend les connaissances découlant des théories et de la science. L'infirmière exerce ce savoir dans ses actions quotidiennes qui sont basées sur des résultats probants. Le savoir esthétique correspond à l'utilisation par l'infirmière de créativité afin d'adapter ses soins de façon à ce que ceux-ci correspondent aux besoins du patient (Carper, 1978). La capacité de percevoir ce qui est le plus significatif pour le patient dans la pratique infirmière se rapproche de l'art selon Carper (1978) et donc du savoir esthétique. Le savoir personnel se définit par la capacité des infirmières à développer une relation de confiance avec un patient à des fins thérapeutiques pour ce dernier (Carper, 1978). Cette approche demande aux infirmières une conscience importante de leur propre personne ainsi qu'une compréhension sincère de l'expérience de santé du patient (Carper, 1978). Finalement, le savoir éthique est la façon par laquelle l'infirmière juge, définit ses objectifs et choisit d'agir dans le but d'atteindre ce qui serait le mieux pour le patient lorsqu'elle fait face à des enjeux éthiques complexes (Carper, 1978).

Pour finir, à la suite des deux étapes du modèle de réflexion structuré de Johns (2006), le professionnel doit prendre un moment pour faire une analyse de ce qu'il a appris grâce à la pratique réflexive selon diverses perspectives de la situation de santé décrite de façon narrative.

Étape 1 : Dialogue avec le texte narratif	
Réflexion : Porter un regard sur une situation vécue	
<i>Modèle structuré de réflexion (Johns, 2006)</i>	<i>Savoirs (Carper, 1978)</i>
1.1. Faire ressortir les éléments les plus significatifs de la situation	Esthétique
1.2. Sentiments vécus ainsi que de ceux des personnes faisant partie de la situation vécue	Personnel et esthétique
1.3. Intentions et objectifs de nos interventions	Personnel et éthique
1.4. Facteurs influençant les éléments 1.2 et 1.3.	Empirique, personnel et éthique
Étape 2 : Dialogue avec d'autres sources de connaissances	
Réflexion : Mettre en relation sa pratique avec les meilleures pratiques	
<i>Modèle structuré de réflexion (Johns, 2006)</i>	<i>Savoirs (Carper, 1978)</i>

2.1. Connaissances ayant guidé ou qui auraient dû guider la pratique dans la situation	Empirique
2.2. Se questionner: les interventions étaient-elles les meilleures et les plus optimales eu égard à la situation	Éthique
2.3. Mettre en relation cette situation avec des situations antérieures	Personnel
2.4 Porter un regard vers le futur et se questionner sur la façon dont vous interviendriez différemment si la situation se répétait	S.O. : réflexivité
Réflexion finale : Faire un retour sur les connaissances développées grâce à l'approche réflexive.	

Figure 1. Modèle structuré de Johns (2006) guidant les activités de formation visant les infirmières

Pour notre projet de stage, ce modèle de pratique réflexive a été utilisé pour guider la conception de la formation sur la prévention de l'ÉCA. Afin d'adapter l'intervention au temps disponible dans le milieu et à l'envergure d'un projet de stage à la maîtrise, une situation fictive, mais pouvant facilement être vécue dans un contexte de chirurgie portant sur des personnes âgées à risque d'ÉCA, a été présentée afin d'amorcer la pratique réflexive plutôt que de demander aux participants de rédiger une expérience vécue en suivant un canevas facilitant la pratique réflexive avant la rencontre. De plus, la pratique réflexive a été appliquée sous forme d'un dialogue ouvert plutôt que sous la forme d'un texte narratif, car la formation s'est donnée en groupe.

Le modèle de Johns (2006) a permis de déterminer les stratégies à privilégier pendant la formation, mais il ne décrivait pas comment mettre en œuvre

l'intervention, d'où la nécessité d'intégrer au cadre de référence un modèle spécifique au processus qui mène au changement de pratique dans un contexte clinique. Le guide de RNAO (2012) sur le transfert des connaissances est un modèle adapté à la réalité des infirmières et du milieu hospitalier qui vise à faciliter le transfert des résultats probants dans la pratique à l'aide de six étapes (voir Figure 2). Il favorise la réflexion sur l'avancée du projet de transfert à chaque étape. Les étapes proposées ne sont pas linéaires, de sorte qu'il est possible de revenir sur les étapes précédentes et d'y apporter des améliorations. La première étape, qui est celle de l'identification du problème, correspond à la conception de la problématique et à l'analyse des écrits sur le sujet. La deuxième étape consiste à l'adaptation des connaissances à transférer au contexte du milieu, donc, dans le cadre de notre projet, aux besoins des infirmières en chirurgie recensés dans les écrits scientifiques. La troisième étape concerne l'identification des facteurs contraignants et facilitateurs liés à l'activité de transfert de connaissances ainsi que les stratégies pour les maximiser ou les surmonter. Dans le cadre de notre projet, certains de ces facteurs ont été identifiés en s'appuyant sur les écrits recensés plus haut ainsi qu'en consultant la personne-ressource du stage. Sur la base de ces facteurs, des stratégies d'implantation avaient été prévues pour notre projet, telles qu'une approche pédagogique adaptée aux participantes de l'intervention et la formation en petit groupe favorisant la participation active et les interactions. De plus, des stratégies favorisant l'intérêt de leaders formels, tels que l'infirmier chef de l'unité, avaient été mises en place pour réduire les barrières organisationnelles. La quatrième étape consiste en l'adaptation de stratégies permettant d'optimiser l'implantation de l'activité. Finalement, la cinquième étape consiste à évaluer les retombées. Le but du stage étant d'adapter et de mettre en œuvre une intervention basée sur des résultats probants dans un milieu de soins sans en mesurer les effets, la cinquième étape consistait donc uniquement à évaluer l'appréciation de la formation. Finalement la sixième étape, porte sur les activités favorisant le maintien du changement. Cette étape ne figurait pas dans notre projet, car il ne comportait pas d'activités spécifiques à ce sujet. Mais des éléments favorisant le développement de champions ont tout de même été intégrés à la formation, ce qui pourrait aider à maintenir le changement. Ces étapes du RNAO

(2012) ont guidé le déroulement du stage de maîtrise tout au long de son élaboration ainsi que lors de sa mise en œuvre.

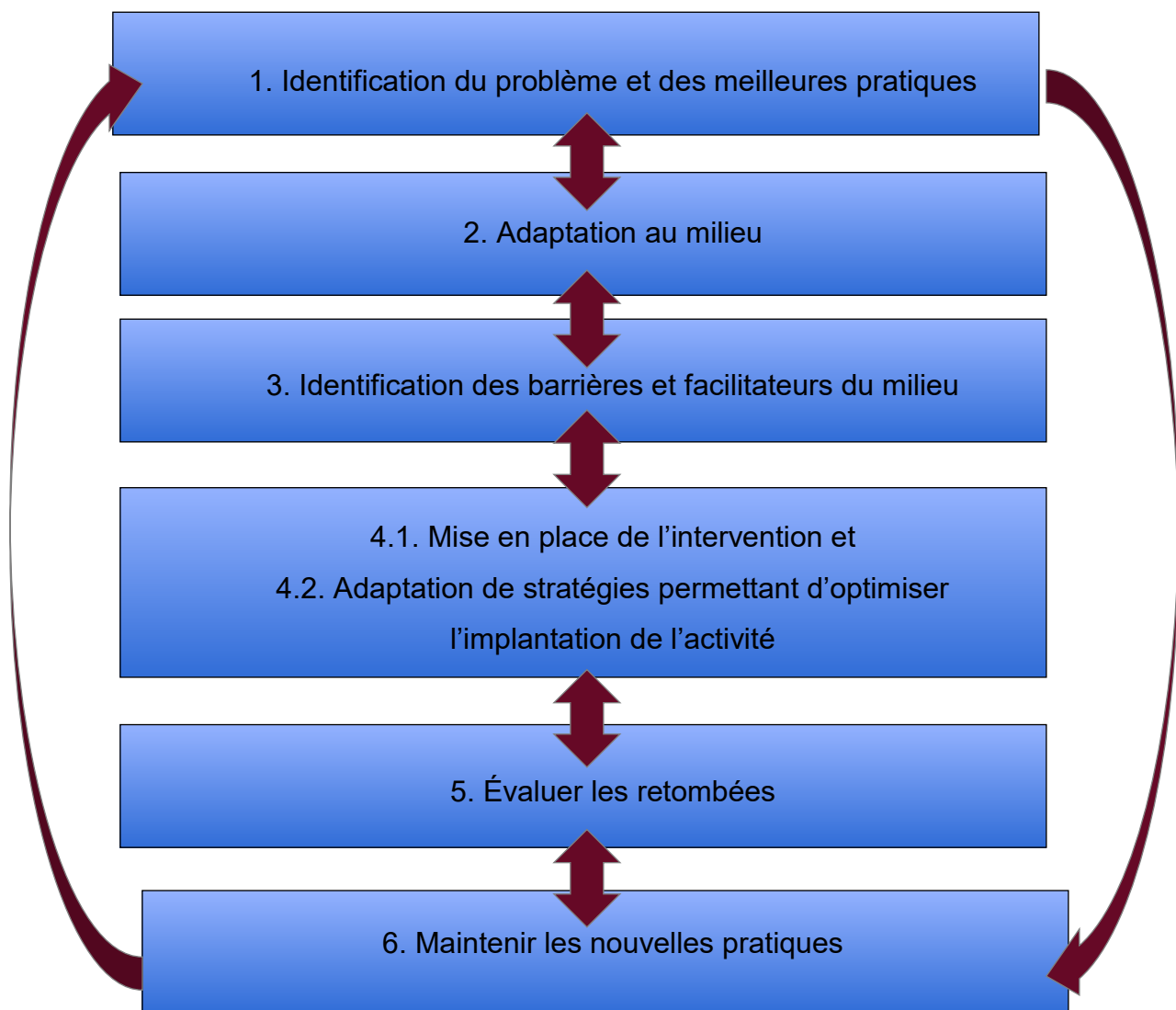
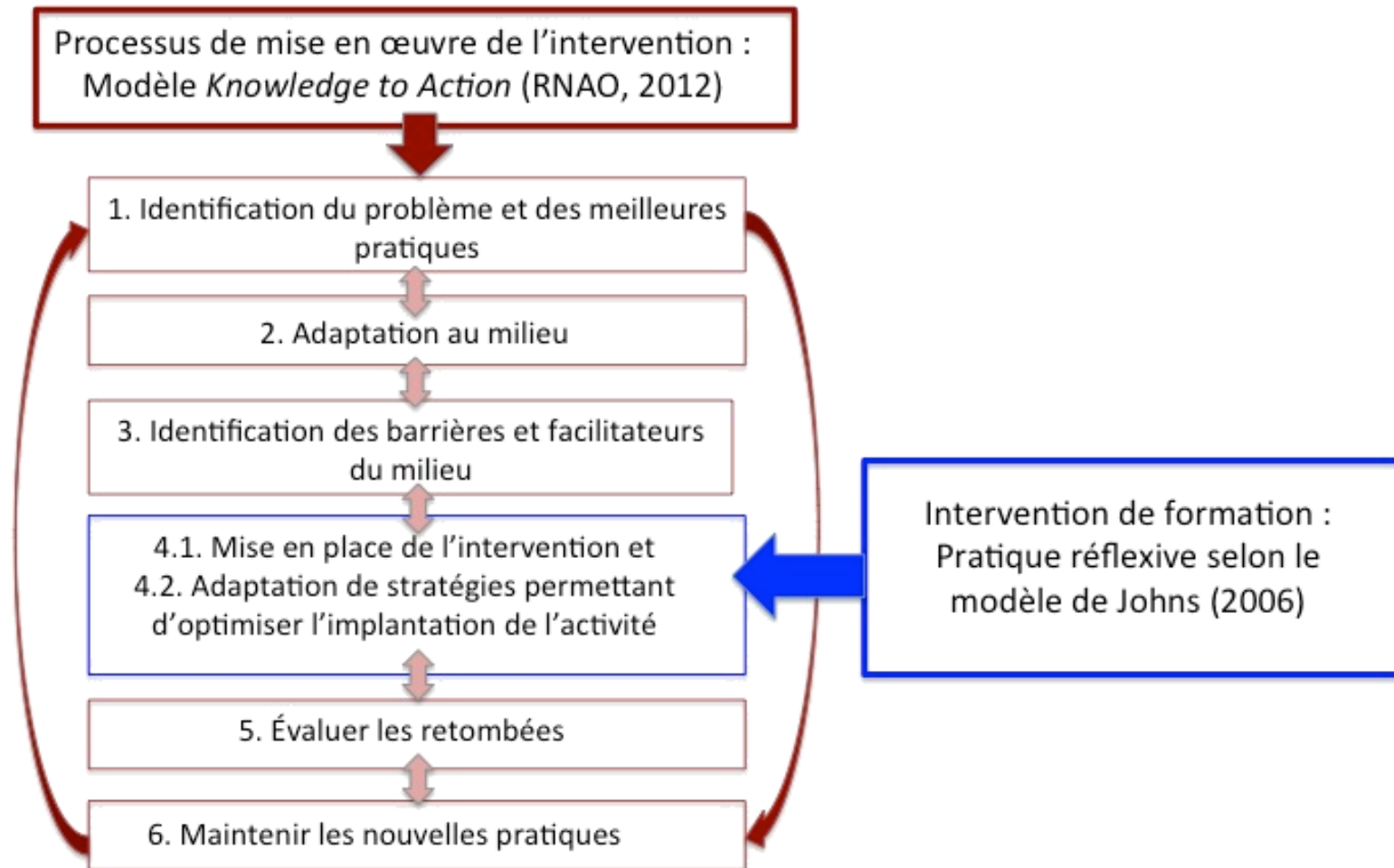


Figure 2. Étapes du modèle *Knowledge to Action* adapté du guide RNAO (2012) soutenant le processus de mise en œuvre de l'intervention

Le modèle de pratique réflexive de Johns (2006) et le modèle de RNAO (2012) se complètent en un cadre de référence qui a guidé notre projet de stage dans son processus de mise en œuvre ainsi que dans la stratégie de formation utilisée lors de la prestation de l'intervention auprès des participantes (voir figure 3).

Figure 3. Cadre de référence du projet composé du modèle *Knowledge to Action* (RNAO, 2012) et du modèle de pratique réflexive de Johns (2006)



Chapitre 3 : Déroulement prévu du stage

Ce chapitre est consacré à la description de l'intervention de prévention de l'ÉCA qui a été mise en œuvre dans un contexte de stage à la maîtrise. Le milieu du stage sera d'abord présenté et cela sera suivi de la description des participantes². Par la suite, le déroulement du stage sera décrit ainsi que le contenu de la formation.

3.1 Milieu et participantes

3.1.1 Milieu de stage et personne-ressource

Le stage a eu lieu dans une unité de chirurgie d'un hôpital universitaire de Montréal. Cette unité de soins a une capacité de 37 patients. Le stage s'est déroulé entre le mois d'octobre 2017 et février 2018. La personne-ressource du milieu était une infirmière clinicienne spécialisée du département de chirurgie. Son rôle était de faciliter l'intégration de la stagiaire au milieu de soins ainsi que la communication avec les différents acteurs concernés directement et indirectement par l'intervention.

3.1.2 Sélection des participantes au stage

Les infirmières cliniciennes ou techniciennes de l'unité de chirurgie ont été les participantes visées par ce projet. La formation prévue étant interactive et en groupe, le nombre de participantes a été établi afin de favoriser l'implication de tous. Selon Rolfe et al (2011), dans un contexte de pratique clinique, la pratique réflexive en groupe accompagnée par un facilitateur est avantageuse car elle permet de mettre en relation plusieurs personnes ayant des expériences professionnelles différentes. La grandeur du groupe devrait idéalement varier entre trois et douze participantes et la durée de la rencontre devrait être de 90 à 120 minutes (Rolfe et al, 2011). Il a d'ailleurs été démontré dans la recension des écrits que des formations offertes en petit groupe et qui prônent la participation active des participantes faciliteraient le transfert de nouvelles pratiques (Ploeg et al., 2007). Pour ce projet de stage, il était attendu que chaque groupe de formation regrouperait au minimum trois infirmières et

² Le féminin sera employé étant donné la prédominance de ce genre au sein de la profession.

au plus cinq. Le nombre de groupes de formation créé devait dépendre du nombre de participantes et vise environ des séances à trois groupes différents (n = 9 à 15 infirmières). Chaque groupe devait participer respectivement à une rencontre d'une durée de 2 heures. L'objectif de la formation étant de développer des championnes d'unité en matière de prévention de l'ÉCA, les critères de sélection des participantes étaient : des infirmières ayant un rôle informel ou formel de *leader* clinique sur l'unité de soins, des infirmières qui exercent une influence positive auprès de leurs collègues et des infirmières ayant le désir d'améliorer la pratique clinique (Soo et al., 2009). Ce projet valorise le *leadership* infirmier ainsi que l'importance du rôle de l'infirmière sur la qualité des soins offerts aux personnes âgées. Ces facteurs facilitent la participation à l'intervention de façon volontaire (Damschroder et al., 2009). Malgré ces critères de sélection, la formation était aussi ouverte aux autres membres de l'équipe soignante désirant participer à l'intervention. Une demande d'accréditation de la formation afin de pouvoir octroyer des crédits de formation continue aux infirmières a été soumise à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal et approuvée par celle-ci. Cette accréditation de deux heures visait à favoriser la participation des infirmières au projet. De plus, afin de recruter les participantes, les objectifs et le but du projet ont été présentés aux infirmières de l'unité de soins lors d'une rencontre intra service et une lettre expliquant le projet était affichée au poste des infirmières (voir Appendice A). Le projet a été bien accueilli par ces dernières qui ont manifesté un intérêt envers le projet lors de la présentation. La personne-ressource, connaissant bien le milieu de stage, avait le rôle de faciliter l'accès à l'unité de soins et l'identification de *leaders* cliniques informels. Une lettre destinée aux participantes qui présentent le programme de la formation a aussi été créée (voir Appendice B).

3.2 Description de l'intervention

3.2.1 Processus de conception de la formation

Le processus de réalisation de ce projet de stage suit les étapes du modèle de RNAO (2012) qui apparaissent au Tableau 1. Selon la première étape de ce modèle,

l'identification du problème et des meilleures pratiques a été réalisée par la rédaction de la problématique ainsi que par la recension des écrits sur l'ÉCA. De cette recension, un besoin a été identifié concernant la formation continue sur l'ÉCA et des interventions liées à la prévention de l'ÉCA chez les personnes âgées ont été identifiées. Selon la 2^e étape du modèle de RNAO (2012), l'intervention doit être adaptée au milieu. Conséquemment, une première rencontre avec la personne-ressource du milieu de stage s'est déroulée afin de confirmer l'existence de la problématique dans le milieu et d'ajuster les idées d'interventions à la réalité de ce dernier. À la suite de cette rencontre et des recommandations de la personne-ressource du milieu, le projet d'intervention a pris davantage forme grâce à une recension faite, selon la 3^e étape du modèle de RNAO (2012), sur les facteurs qui facilitent et contraignent l'implantation de nouvelles pratiques et sur une approche pédagogique adaptée aux infirmières. La pratique réflexive s'est avérée une approche identifiée dans les écrits comme étant adaptée aux infirmières pour favoriser leur développement professionnel. Ainsi, une recension des écrits sur les modèles de pratique réflexive a été réalisée. Le projet a été approuvé par un gestionnaire de l'unité de chirurgie identifiée et une seconde rencontre a été organisée avec la personne-ressource en présence de la directrice de recherche afin, d'une part, de discuter de la problématique, de l'intervention et des facteurs facilitants et contraignants dans le but d'adapter l'intervention à un stage de maîtrise et au milieu du stage et, d'autre part, de réfléchir à des stratégies favorisant le déroulement de l'intervention. Cette rencontre visait les trois premières étapes du modèle du RNAO (2012) et amorçait la quatrième étape à propos de la mise en place de l'intervention et de l'adaptation de stratégies permettant d'optimiser son implantation par le processus de création de l'activité de formation.

Tableau 1. Étapes du projet de stage mise en relation avec les étapes du modèle de RNAO (2012)

Étapes du modèle de RNAO (2012)	Étapes du projet de stage	Échéancier
1) Identification du problème et des meilleures pratiques	<ul style="list-style-type: none"> • Recension des écrits et rédaction de la problématique concernant l'ÉCA 	<ul style="list-style-type: none"> • Janvier 2016 à septembre 2017
2) Adaptation au milieu	<ul style="list-style-type: none"> • Rencontre avec la personne-ressource du milieu • Présentation du projet à l'infirmier gestionnaire de l'unité • Recension des écrits sur les approches pédagogiques adaptées aux infirmières • Recension des écrits sur les modèles de pratique réflexive 	<ul style="list-style-type: none"> • Avril et octobre 2017 • Octobre 2017 • Janvier 2017 à septembre 2017 • Janvier 2017 à septembre 2017
3) Identification des barrières et facilitateurs du milieu	<ul style="list-style-type: none"> • Rencontre avec la personne-ressource du milieu et la directrice de maîtrise • Recension des écrits sur les facteurs facilitants et contraignants au changement 	<ul style="list-style-type: none"> • Mai 2017 • Juin à septembre 2017
4) Mise en place de l'intervention et adaptation de stratégies permettant d'optimiser l'implantation de l'activité	<ul style="list-style-type: none"> • Création de l'activité de formation sur la prévention de l'ÉCA : <ul style="list-style-type: none"> ○ Adaptation du guide structuré de réflexion de Johns (2006) ○ Rédaction d'une lettre d'invitation et d'un programme de l'intervention ○ Revue des écrits sur des interventions de prévention de l'ÉCA ○ Rencontre avec Dre Bélanger afin de pouvoir partager sa vidéo témoignage • Demande d'accréditation à titre de formation continue • Présentation du projet sur l'unité de soins 	<ul style="list-style-type: none"> • Juin à octobre 2017 • Approuvée octobre 2017 • Octobre à décembre 2017

Étapes du modèle de RAO (2012)	Étapes du projet de stage	Échéancier
	pour identifier des participantes <ul style="list-style-type: none"> • Préparation des horaires pour la formation (2 heures / groupe) • Organisation de la logistique pour la formation (local, réserver le matériel pour visionner la vidéo). • Début de la formation en groupe • Création d'une brochure à la suite des échanges en groupe qui sera remis aux participantes 	<ul style="list-style-type: none"> • Décembre 2017 à février 2018 • Janvier 2018 • Janvier 2018 • Mars 2018
5) Évaluer les retombées	<ul style="list-style-type: none"> • Évaluation de l'appréciation de la formation. • Rédaction du rapport de stage 	<ul style="list-style-type: none"> • Janvier 2018 • Hiver 2018

3.2.2 Déroutement et contenu de la formation

Le projet a été présenté en personne aux infirmières de l'unité de soins et elles avaient le choix par la suite de choisir, selon leurs disponibilités, l'horaire de la formation qui leur convenait. Lorsque l'horaire correspondant aux préférences des participantes ainsi que leur répartition en petit groupe ont été complétés, l'intervention a été officiellement lancée et les formations ont commencé sur l'unité de soins.

En s'appuyant sur les résultats des études présentées plus haut sur les effets de la pratique réflexive, la formation proposait une activité de pratique réflexive s'appuyant sur le modèle de Johns (2006). L'intégration de ces composantes de pratique réflexive consiste en des questions ouvertes suivant la présentation d'un témoignage vidéo et d'une situation clinique concernant des personnes âgées à risque d'ÉCA. Ces questions ouvertes venaient favoriser la réflexion des infirmières sur leur pratique. Ce témoignage ainsi que la situation clinique permettaient des échanges et des discussions parmi les participantes qui étaient complétés au besoin par la stagiaire qui s'appuyait sur des résultats probants. Les discussions portaient aussi sur la manière dont les infirmières peuvent exercer un rôle de *leader* clinique et favoriser le changement dans leur milieu.

La formation s'articulait autour des étapes du modèle de Johns (2006) et comportait quatre volets. L'ensemble des éléments de la formation qui a été remise aux participantes est présenté à l'Appendice C et le guide d'accompagnement de l'animatrice est présenté à l'Appendice D. Le premier volet porte sur la sensibilisation à ce que vivent la personne âgée et ses proches lorsque l'ÉCA n'est pas prévenu. La réflexion a été amorcée auprès des participantes à l'aide du témoignage vidéo de Bélanger (2008) portant sur un patient ayant vécu un ÉCA et de sa femme. Dans cette vidéo, un homme âgé de 72 ans témoigne de son expérience lors d'une hospitalisation dans un centre hospitalier de Montréal où il a développé un ÉCA à la suite de la prise de médicaments analgésiques pour une douleur intense au dos. Il décrit ses symptômes et la perception qu'il a eue de son environnement durant l'épisode d'ÉCA. Ce dernier partage aussi des interventions, qui selon son expérience, l'aurait aidé du moins émotionnellement durant son ÉCA. Sa femme

décrit ensuite des interventions qu'elle a mise en œuvre auprès de son mari durant son ÉCA et qui selon elle ont été aidantes. Elle partage sa perception de son intégration aux soins. L'objectif en présentant cette vidéo était d'humaniser cette complication de santé et jouer sur les facteurs facilitants du changement tels le besoin ressenti par les participants d'améliorer cette situation et la perception des avantages d'une meilleure pratique chez les participants (Ploeg et al., 2007; Damschroder et al., 2009). Selon Heath et Heath (2007), le fait d'associer une émotion à une information ainsi que d'écouter le récit vécu d'une personne peut aider à promouvoir le changement ainsi qu'à réfléchir différemment lorsque l'intervenant fera face à une situation similaire. Avant le visionnement de la vidéo, des questions ont été remises aux infirmières auxquelles elles ont répondu par écrit durant et après la vidéo afin de stimuler leur réflexion (voir Appendice C). Ces questions s'inspiraient du modèle structuré de pratique réflexive de Johns (2006), par exemple : « Quels éléments vous semblent plus significatifs ? Comment cette situation semble-t-elle similaire à des expériences antérieures ? ». À partir de ces questions, les infirmières ont été invitées à partager leurs expériences professionnelles ou des situations observées témoignant d'une prise en considération ou d'un manque de connaissances en ce qui concerne l'expérience du patient lorsqu'il a un épisode d'ÉCA. Elles ont été aussi invitées à discuter de leurs croyances concernant les personnes âgées ainsi que sur l'ÉCA pouvant exercer une influence sur la perception de l'expérience de ces patients et des proches aidants par les professionnels de la santé.

Le deuxième volet de la formation portait sur l'exploration des stratégies de prévention de l'ÉCA. Ce volet commençait en explorant les croyances en lien avec le soulagement efficace de la douleur et la prévention de l'ÉCA chez les personnes âgées puisqu'il en est question dans le témoignage vidéo. Par la suite, une situation clinique s'inspirant de cas réels, mais modifiés pour maintenir la confidentialité, a été remise aux participantes et lue à voix haute par une participante du groupe de formation afin de permettre une réflexion sur la prévention de l'ÉCA chez les personnes âgées. Selon le modèle de pratique réflexive de Johns (2006), la réflexion

découle normalement d'une expérience vécue par la participante et non celle du facilitateur, mais cette modification a été apportée au modèle à la suite des recommandations de la personne-ressource afin de s'adapter aux contraintes de temps du milieu de soins et d'augmenter l'efficacité de l'intervention comme le recommande le RNAO (2012). La situation clinique permettait de susciter la discussion sur les facteurs de risque modifiables et les facteurs prédisposants de l'ÉCA dont : 1) l'environnement qui comprend le respect du sommeil, les tubulures rattachées au patient, les appareils médicaux et l'optimisation des sens; 2) la mobilisation; 3) la nutrition et l'hydratation; 4) la polymédication et 5) les troubles neurocognitifs majeurs. La situation clinique couvrait aussi des éléments concernant l'intégration de la famille aux soins. Des questions, s'inspirant du modèle structuré de réflexion de Johns (2006) couvrant des savoirs empirique, esthétique, éthique, personnel, ont été posées durant l'activité afin de promouvoir la réflexion et le partage d'expériences professionnelles en lien avec les éléments abordés durant la formation. Les connaissances des participantes ont été complétées par l'animatrice à l'aide de résultats probants sur les meilleures pratiques (Voir l'Appendice D).

Le troisième volet portait sur les stratégies à favoriser afin d'agir à titre de championne d'unité. Les infirmières participant à la formation ont été invitées à réfléchir ensemble et à établir des stratégies sur la façon d'adapter les interventions présentées lors de la formation à leur milieu. Elles ont aussi été invitées à réfléchir à la façon d'exercer une influence positive sur leurs collègues pour mieux prévenir l'ÉCA et appliquer ces interventions comme il a été démontré dans les écrits de Ploeg et al. (2007) et Damschroder et al. (2009).

Le quatrième volet portait sur l'évaluation de l'appréciation quant à la formation qui a été faite à l'aide d'un questionnaire créé par la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal pour les formations accréditées (voir Appendice E).

Lorsque l'ensemble des formations a été terminé, une brochure a été développée à partir des propos lors des interactions entre des participantes et avec l'animatrice de la formation. Ce document contenait des éléments provenant de résultats probants qui ont été bonifiés par les stratégies qui avaient émergé des

échanges pendant les activités réflexives de la formation. Afin de documenter ces propos, l'animatrice de la formation tenait un journal de bord tout au long des activités de formation. Il contribuait à la co-construction de cette brochure qui a été remise aux infirmières qui avaient participé à la formation, afin de les aider, si elles le désirent, à être des championnes d'unité et influencer positivement leurs collègues sur la prévention de l'ÉCA. Selon les recommandations du *National Institute for Health and Clinical Excellence* (2007), l'emploi de stratégies multimodales, telles que la combinaison d'outils de type aide-mémoire à une formation, facilite le changement dans la pratique clinique. L'objectif de cette brochure était donc d'aider à promouvoir les meilleures pratiques. De plus, les informations recueillies lors de la discussion concernant les obstacles à exercer une meilleure pratique clinique ont été notées et partagées à l'infirmier chef de l'unité afin d'assurer un suivi.

Les retombées potentielles de l'intervention étaient que les infirmières participantes comprennent mieux l'expérience de santé de la personne âgée et de sa famille durant un ÉCA, qu'elles préviennent davantage l'ÉCA grâce à des interventions basées sur des résultats probants, qu'elles fassent preuve de *leadership* infirmier en se mobilisant comme équipe et en exerçant une influence positive sur les collègues et, enfin, qu'elles collaborent davantage avec les personnes âgées et sa famille pour la prévention de l'ÉCA.

Chapitre 4 : Compte-rendu du stage

Le stage de maîtrise s'est déroulé dans le milieu prévu de la fin octobre 2017 à février 2018. Le recrutement des participantes pour l'intervention a eu lieu d'octobre 2017 à décembre 2017. Par la suite, de janvier 2018 à février 2018, les séances de pratiques réflexives ont été offertes aux participantes, suivies de la création d'une brochure de type aide-mémoire pour ces dernières. Dans ce présent chapitre le processus d'implantation de l'intervention, les participants et le compte rendu des retombées de l'intervention sont présentés.

4.1. Implantation du projet dans le milieu

Le processus d'implantation de l'intervention dans le milieu de soins s'est déroulé selon les étapes du modèle KTA (RNAO, 2012). Le début de la mise en œuvre du projet correspondait à la deuxième étape du modèle qui vise l'adaptation au milieu. À cet effet, la stagiaire a adapté son intervention au milieu en créant des liens avec les différents acteurs concernés directement ou indirectement par celle-ci. En premier lieu, le projet de maîtrise a été présenté à l'infirmier-chef de l'unité qui l'a accueilli avec intérêt. Ce dernier visait alors à implanter le programme du MSSS « Approche adaptée aux personnes âgées » (AAPA) en collaboration avec une infirmière responsable de ce projet pour l'ensemble du milieu. L'ÉCA est un sous-thème de l'AAPA et l'intervention prévue dans le cadre du stage reprend plusieurs éléments de ce programme. Le projet a donc été perçu, par le gestionnaire de l'unité de soins, comme un moyen de favoriser l'intégration de ce programme tout en ciblant plus spécifiquement la prévention de l'ÉCA. L'implication et l'intérêt manifestés par un leader formel ainsi que l'association du projet à un besoin en cours, nommément l'AAPA, sont des facteurs ayant été décrits comme pouvant faciliter l'implantation d'une intervention dans un milieu de soins et le changement de pratique (Damschroder et al., 2009).

Par la suite, une identification des barrières et facilitateurs dans le milieu a été faite, selon les recommandations de la troisième étape du modèle KTA (2012). Elle a été réalisée en collaboration avec l'infirmier-chef de l'unité, l'infirmière assistante-chef, l'infirmière éducatrice et la personne ressource du stage. Ces différents acteurs du milieu ont identifié cinq principaux facteurs qui pourraient faciliter l'intervention : 1)

l'accréditation de la formation pour deux heures de formation continue par la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal; 2) l'intervention répondant à un besoin existant dans l'unité qui concorde avec l'implantation de l'AAPA; 3) l'horaire de l'intervention flexible et adapté à celui des infirmières; 4) l'approche pédagogique interactive et en petits groupes; et 5) la disponibilité de collations et de café durant l'activité. Les principales barrières qui ont été soulevées ont été la durée de l'activité, qui était de deux heures consécutives, et le fait que l'activité ne pouvait être offerte pendant les heures de travail, ce qui impliquait une présence non rémunérée des participantes. Une autre barrière soulevée a été le fait que l'affiche informative pour le recrutement était en français dans un centre hospitalier anglophone (voir Appendice A). Cette dernière a donc été traduite en anglais durant le projet.

La quatrième étape du modèle de KTA (RNAO, 2012), qui est la mise en place de l'intervention et l'adaptation de stratégies permettant d'optimiser l'implantation de l'activité, a été amorcée par une courte présentation du projet de maîtrise sur l'unité de soins à différents moments afin de rencontrer tous les quarts de travail pendant une semaine de façon intensive. Une affiche invitant les infirmières à participer (voir Appendice A) a été installée dans le poste des infirmières. Les infirmières pouvaient inscrire leurs coordonnées derrière cette affiche, afin que la stagiaire les contacte pour créer les groupes de pratique réflexive selon leurs disponibilités. Les présentations et l'affiche ont été traduites en anglais afin de rejoindre le plus de participantes possibles et faciliter l'inscription. Cette approche a initialement permis de susciter l'intérêt de deux infirmières qui se sont inscrites la semaine même de la présentation.

Afin d'augmenter le nombre de participantes, la stagiaire a décidé de mettre à la vue de toutes les inscriptions à la formation afin de susciter l'intérêt d'autres participantes potentielles en optant sur l'influence des pairs et sur l'esprit d'équipe, qui sont des facteurs facilitants (Damschroder et al., 2009). De plus, afin d'attirer plus de participantes, une alliance officielle a été établie entre la stagiaire et l'infirmière chargée de l'implantation du programme de l'AAPA dans le centre hospitalier. Un matin par semaine, cette dernière présentait les audits faits sur différents éléments de ce programme aux infirmières de l'unité de soins. La stagiaire a donc été invitée à

être présente lors de ces rencontres afin de faire un rappel du projet de stage et d'aider les infirmières à associer le projet à un besoin actuel dans l'unité, ce qui a été un facteur facilitant le recrutement. La présence plus constante de la stagiaire dans l'unité de soins a aussi permis de développer des liens de confiance avec les infirmières. À la suite de ces activités, quatre inscriptions ont suivi, pour un total de neuf participantes. De plus, une préposée aux bénéficiaires a manifesté de l'intérêt à observer la formation afin d'en apprendre davantage sur la prévention de l'ÉCA. Bien qu'elle ne répondait pas aux critères d'admissibilités prévus, elle a été autorisée à y assister.

Afin de créer les groupes de pratique réflexive, le site web Doodle^{MC}, qui permet de faciliter l'organisation de rencontres, a été utilisé initialement. Cet outil permet de partager des disponibilités avec des participantes par voie de courriels. Les participantes devaient donc sélectionner, parmi des plages horaires de deux heures, celles qui concordaient avec leurs disponibilités. Après une semaine, un rappel a été envoyé par courriel aux participantes, car seulement trois sur neuf avaient identifié leurs disponibilités. Après une deuxième semaine, puisque les autres participantes n'avaient toujours pas répondu, la personne-ressource pour le stage a identifié une journée où six des participantes inscrites étaient présents au travail. La stagiaire est alors allée à leur rencontre afin de créer les groupes en personne. Cette stratégie a été efficace et a permis de créer deux groupes regroupant la majorité des infirmières qui avaient démontré leur intérêt. Une fois le moment des séances identifié pour chaque groupe, une salle comportant une table, plusieurs chaises et un écran pour présenter le témoignage vidéo prévu a été réservée. Un courriel a été envoyé une semaine avant les séances pour rappeler aux participantes l'activité et leur transmettre le numéro de la salle. Un autre rappel a été envoyé aux participantes par courriel la semaine même des séances. Le dernier courriel était accompagné d'une situation clinique qui serait présentée lors des séances de pratique réflexive afin d'inviter les participantes à la lire avant la rencontre.

4.2. Description des participantes

Les deux groupes étaient initialement composés de trois participantes chacun. À la suite de la création des groupes, une personne additionnelle s'est inscrite à l'activité et a rejoint le deuxième groupe pour un total de quatre participantes dans ce groupe et pour un total final de dix participantes inscrites. Il n'a pas été possible d'ajouter les trois autres participantes aux deux groupes initiaux, car leur horaire ne concordait avec ces deux premières séances. Il a également été impossible de former un troisième groupe avec les participantes. Une participante s'est désistée du projet en raison de son inscription entre-temps à d'autres formations accréditées pour plusieurs heures et offertes aux infirmières en chirurgie par le centre hospitalier. Elle n'avait donc plus le temps de participer au projet, malgré le grand intérêt initial manifesté par cette dernière. La deuxième participante n'avait que des disponibilités en après-midi tandis que la troisième n'en avait que le matin pendant la période de 7 semaines où la stagiaire avait offert ses disponibilités. Les participantes n'ayant pu participer ont été remerciées par courriel pour leur intérêt à l'égard du projet et la stagiaire leur a remis la brochure de type aide-mémoire conçue à la fin du stage. Finalement, la préposée aux bénéficiaires qui avait manifesté de l'intérêt n'a pu être présente lors des deux séances, car elle avait aussi un conflit d'horaire. Lors de la première séance de pratique réflexive, une participante a dû se désister, mais s'est joint au groupe suivant. Le premier groupe de pratique réflexive a donc été composé finalement de deux infirmières et le deuxième de cinq infirmières. Au total, sept infirmières parmi les dix participantes inscrites ont participé à l'intervention de stage. Les infirmières inscrites avaient des années d'expériences variables allant de 4 à 36 ans de pratique infirmière. Parmi celles-ci, une avait une maîtrise en sciences infirmières, cinq étaient bachelières et une infirmière était technicienne. Trois participantes travaillaient majoritairement sur le quart de travail de jour tandis que l'horaire des autres participantes variait entre les quarts de jour, de soir ou de nuit.

4.3. Compte-rendu de l'intervention

Les séances de pratique réflexive ont commencé par un tour de table durant lequel la stagiaire, puis les participantes, se sont présentées. Par la suite, les

objectifs de l'intervention ont été décrits, suivis d'une courte définition de l'ÉCA et de la pratique réflexive en groupe. La première partie de l'intervention portait sur l'expérience de la personne âgée et de sa famille lors d'un épisode d'ÉCA. Le but était d'humaniser cette complication de santé et augmenter ainsi le besoin ressenti par les participantes d'améliorer leur pratique à l'égard de ce problème de santé (Damschroder et al., 2009). Tout en suivant le guide de pratique réflexive de Johns (2006), les participantes ont été invitées à partager leurs expériences de soins auprès de personnes âgées ayant vécu un ÉCA et leurs connaissances sur le sujet, ainsi qu'à expliquer, selon elles, l'expérience de santé du point de vue du patient et de sa famille. Ces échanges ont permis de constater que la majorité des participantes disaient ne pas savoir comment la personne âgée vivait cette expérience. De plus, elles avaient majoritairement l'impression que le patient est plutôt inconscient de sa situation, étant donné son état de confusion. Par conséquent, plusieurs ont mentionné ne pas savoir comment agir face à un patient en ÉCA. Quelques participantes ont dit croire que le patient pouvait avoir des souvenirs de son épisode d'ÉCA.

Les témoignages des participantes ont été suivis de la vidéo de Bélanger (2008) qui portait sur le témoignage d'une personne âgée ayant vécu un ÉCA dans un hôpital et de sa conjointe. Cette vidéo a suscité différentes émotions chez les participantes. La majorité a été enthousiaste et étonnée d'entendre le témoignage d'une personne âgée ayant vécu un ÉCA. Elles ont aussi été attristées de constater la détresse témoignée par cette personne âgée et sa famille. Les thèmes les plus significatifs ayant découlé de ce visionnement pour les participantes ont été l'expression de l'expérience de la personne âgée, ses recommandations quant à ce qui aurait pu aider à diminuer sa détresse et les interventions de la conjointe qui ont permis de diminuer l'agitation chez son conjoint. Le témoignage est venu contredire et confirmer certaines croyances des participantes. Selon elles, il leur a aussi permis de mieux comprendre les comportements d'une personne âgée ayant un ÉCA et leur a donné une meilleure compréhension de la façon d'interagir autant avec la personne âgée hospitalisée que sa famille durant ce type de complication.

Les participantes ont alors été invitées à partager des situations vécues avec des personnes âgées en ÉCA et à les mettre en relation avec leur nouvelle perspective de la situation. Le témoignage vidéo a ainsi permis de remettre en question certaines pratiques, telles que les contentions et même certaines émotions négatives qu'elles éprouvaient envers ces personnes âgées. La vidéo a aussi permis de guider les participantes vers une meilleure approche à l'égard des personnes âgées en ÉCA ainsi que de leur famille.

La seconde partie de la formation portait spécifiquement sur la prévention de l'ÉCA. Dans la vidéo témoignage de Bélanger (2008), la personne âgée avait comme problème de santé des douleurs intenses au dos. Elle avait été traitée par des médicaments et avait développé un ÉCA par la suite. La prévention de l'ÉCA a donc été introduite, en suivant la guide de pratique réflexive de Johns (2006), par l'exploration des croyances des participantes concernant le soulagement de la douleur chez les personnes âgées. La majorité des participantes mentionnaient être hésitantes à administrer des médicaments anti-douleurs aux personnes âgées, car selon elles cela augmentait les risques d'ÉCA. La croyance mentionnée était que pour le bien de la personne âgée, les participantes préféraient limiter le recours aux narcotiques. La stagiaire, qui était l'animatrice de la formation, a écouté les témoignages des participantes pour par la suite confirmer ou infirmer leurs croyances dans le but de mettre en relation leur pratique avec des résultats probants. Ainsi, cela a permis d'aborder avec les participantes que la douleur chez les personnes âgées était souvent sous-traitée. Les participantes ont été surprises d'apprendre qu'une personne âgée inadéquatement soulagée de sa douleur est davantage à risque d'ÉCA comparativement à celle qui a reçu trop de narcotiques (Morrison et al., 2003). Leur perception du soulagement de la douleur a changé, selon leurs commentaires. Des recommandations sur un plan de traitement idéal pour la douleur post-opératoire chez les personnes âgées, appuyées par des écrits, ont été présentées aux participantes. Ces dernières ont jugé que l'application de ces recommandations était faisable dans leur pratique, l'équipe de soins collaborant très étroitement aux prises de décisions de l'équipe médicale au quotidien.

Afin d'enrichir la pratique réflexive sur la prévention de l'ÉCA, les participantes ont été invitées à relire la situation clinique que ces dernières avaient reçue avant la rencontre. Une seule participante n'avait pas lu la situation avant la rencontre. Quelques minutes ont été accordées pour que tous puissent relire la situation. Des questions de pratique réflexive découlant du modèle de Johns (2006) ont été posées par la stagiaire en lien avec la situation de façon à aborder les facteurs pouvant engendrer ou prévenir l'ÉCA tels que la mobilisation, l'hydratation, l'alimentation, l'environnement, la promotion du sommeil, la polymédication, l'intégration de la famille et les troubles neurocognitifs. Les participantes des deux groupes ont généralement démontré une bonne compréhension de l'importance de la mobilisation, de l'hydratation, de l'alimentation, de l'environnement, de la promotion du sommeil et de la prévention de la polymédication chez les personnes âgées. Ces derniers ont donné plusieurs exemples de leurs bonnes pratiques et des moyens par lesquels l'unité de soins favorise l'atteinte d'une approche adaptée aux personnes âgées. Lorsque cela était le cas, la stagiaire a indiqué que leur pratique correspondait à ce qui avait été démontré par les résultats probants comme étant une pratique préventive optimale. Les participantes ont mentionné trouver constructif de pouvoir valider leur pratique par des résultats probants.

Les éléments paraissant les plus méconnus des participantes, selon leurs commentaires durant les séances de pratique réflexive, ont été ceux sur l'intégration de la famille dans la prévention de l'ÉCA et sur les particularités liées aux troubles neurocognitifs, plus précisément la maladie d'Alzheimer. Plusieurs participantes avaient de la difficulté à identifier la différence entre l'ÉCA et un trouble neurocognitif majeur et ne savaient pas que l'ÉCA pouvait avoir un impact important sur la progression de ce type de trouble. Durant la formation, elles ont été sensibilisées à la prévention de l'ÉCA qui est plus fréquent chez ces personnes âgées plus vulnérables.

En ce qui concerne les familles, les participantes avaient l'impression que celles-ci pouvaient aider l'équipe de soins, mais ce surtout durant un épisode d'ÉCA et moins pour la prévention. Les participantes ont exprimé avoir été fortement marquées par la simplicité des interventions provenant d'études sur l'intégration de la

famille pour la prévention de l'ÉCA, telles que demander à la famille d'apporter un objet familial, augmenter les heures de visite et demander à la famille d'apporter un calendrier et une horloge au chevet. Des participantes ont exprimé vouloir changer l'approche dans le milieu et encourager un enseignement dirigé vers la famille lors de l'admission et durant l'hospitalisation. D'autres participantes ont aussi suggéré d'ajouter des éléments d'intégration de la famille lors de l'enseignement préopératoire afin de prévenir l'ÉCA en situation post-opératoire et de créer une brochure informative pour faciliter le partenariat avec la famille durant l'hospitalisation. Le désir démontré par les participantes de changer la pratique dans leur unité de soins en trouvant des solutions par elles-mêmes a été une retombée significative de l'intervention de stage. Cela permettra d'assurer une certaine pérennité des effets de l'intervention dans le milieu, ce qui correspond à la sixième étape du modèle KTA (2012), soit le maintien des nouvelles pratiques. De plus, l'infirmier-chef de l'unité a accepté de soutenir ces solutions et a prévu créer une affiche informative permettant d'aider les infirmières à intégrer la famille aux soins pour la prévention de l'ÉCA et permettant aussi d'informer les familles sur des interventions qu'elles peuvent faire pour aider leur proche âgé durant l'hospitalisation. Il a aussi prévu créer une brochure informative pour la famille. L'infirmière conseillère en soins a aussi mentionné qu'elle pourrait initier des démarches pour ajouter la prévention de l'ÉCA dans la brochure que les patients reçoivent en situation préopératoire.

Quant à la création de championnes d'unité, qui était la stratégie prévue initialement pour assurer la pérennité de l'intervention, les participantes ont indiqué ne pas être prêtes à être identifiées comme des références dans leur unité de soins. Par contre, elles étaient prêtes à encourager le changement en démontrant une pratique exemplaire. Le rapport intra-service entre infirmières a été identifié comme un moment propice pour assurer une continuité des soins quant à la prévention de l'ÉCA. D'ailleurs, une participante a mentionné qu'un obstacle à la prévention est le fait que certains collègues ne continuent pas ce qui a été amorcé dans le plan de soins, d'où l'importance de transmettre l'information pertinente dans le rapport pour créer une influence positive. L'intérêt de certaines participantes à vouloir implanter de meilleures pratiques a augmenté la possibilité de créer un impact positif sur les

patients et leurs collègues de travail. Il a contribué aussi à une synergie qui a pu être créée avec l'appui des gestionnaires de l'unité de soins.

À la suite des séances de pratique réflexive, une brochure aide-mémoire a été créée par la stagiaire à partir des éléments identifiés dans les témoignages des participantes comme étant à la fois adaptés à leur milieu et en accord avec les résultats probants (voir Appendice F). Par exemple, dans cette unité de soins, les infirmières utilisent un tableau blanc au chevet du patient pour y mettre de l'information. Dans l'aide-mémoire, il est donc suggéré d'inscrire certains éléments sur ce tableau tels que le port de lunettes ou le besoin d'aide technique à la mobilisation. La brochure porte sur tous les éléments de la prévention de l'ÉCA abordés durant la formation, ainsi qu'une partie sur la définition de l'ÉCA et l'expérience du patient. L'infirmier chef a partagé l'intention de créer l'affiche et la brochure pour la famille et le patient à partir de celle-ci, avec la permission de la stagiaire. Une copie électronique lui a donc été envoyée par courriel.

4.3.1 Évaluation de la satisfaction à l'égard de l'intervention

Comme prévu, l'évaluation de la formation a été réalisée à l'aide d'un questionnaire créé par la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal pour les activités accréditées (voir appendice E). Ce questionnaire évalue l'atteinte des cinq objectifs d'apprentissage associés à la formation et l'appréciation générale de l'activité qui apparaisse au tableau II.

Le premier objectif visé par la formation était de comprendre l'expérience de santé de la personne âgée et de la famille durant un ÉCA. En moyenne les participantes évaluaient leur niveau de maîtrise de cet objectif à 6,5 sur 10 avant la formation. À la suite de la formation, celles-ci évaluaient leur maîtrise du sujet à 9,2 sur 10. Le deuxième objectif était de prévenir l'état confusionnel aigu grâce à des interventions basées sur des résultats probants. En moyenne les participantes évaluaient leur niveau de maîtrise de cet objectif à 6,7 sur 10 avant la formation et 9,1 sur 10 après la formation. Le troisième objectif était de faire preuve de leadership infirmier en exerçant une influence positive auprès de ses collègues sur la prévention de l'ÉCA. En moyenne les participantes évaluaient leur niveau de maîtrise de cet

objectif à 6,8 sur 10 avant et 9,4 sur 10 après la formation. Le quatrième objectif était de reconnaître l'impact de l'environnement sur la manifestation de l'ÉCA chez les personnes âgées. En moyenne les participantes évaluaient leur niveau de maîtrise de cet objectif à 6,8 sur 10 avant et 9,3 sur 10 après la formation. Le cinquième objectif était de collaborer avec la personne âgée et la famille pour la prévention de l'ÉCA. En moyenne les participantes évaluaient leur niveau de maîtrise de cet objectif à 7,4 sur 10 avant et 9,4 sur 10 après la formation. Dans son ensemble, les objectifs des séances de pratique réflexive sur l'ÉCA ont donc été atteints. Nous pouvons observer une amélioration en ce qui concerne l'auto-évaluation des participantes sur la maîtrise des objectifs choisis.

Tableau 2. Atteinte des objectifs d'apprentissage par les participantes

Les objectifs d'apprentissage	Maîtrise de l'objectif avant la formation (0 à 10)	Maîtrise de l'objectif après la formation (0 à 10)
Comprendre l'expérience de santé de la personne âgée et de la famille durant un ÉCA	6,5 /10	9,2 /10
Prévenir l'état confusionnel aigu grâce à des interventions basées sur des résultats probants	6,7 /10	9,1 /10
Faire preuve de <i>leadership</i> infirmier en exerçant une influence positive auprès de ses collègues sur la prévention de l'ÉCA	6,8 /10	9,4 /10
Reconnaître l'impact de l'environnement sur la manifestation de l'ÉCA chez les personnes âgées	6,8 /10	9,3 /10
Collaborer avec la personne âgée et la famille pour la prévention de l'ÉCA	7,4 /10	9,4 / 10

Les participantes ont aussi laissé des commentaires écrits dans le questionnaire afin d'évaluer globalement l'activité par voie de questions à réponses courtes. Parmi les commentaires, il a été mentionné que l'approche pédagogique interactive, qui a suscité des échanges sur des expériences vécues, a été appréciée et aidante pour intégrer des nouvelles connaissances ainsi que pour susciter une prise de conscience sur leur propre pratique. La vidéo témoignage et la discussion portant sur l'intégration de la famille pour prévenir l'ÉCA ont été mentionnées plusieurs fois comme étant ce qui avait été le plus utile dans la formation. Il a aussi été mentionné que la vidéo a permis de concrétiser l'expérience du patient et de sa famille. Parmi les points à améliorer, il y avait peu de commentaires outre une participante qui a mentionné qu'une brochure serait utile, ce qui a été créé par la suite, et une seconde participante a suggéré d'augmenter le nombre de cas cliniques discutés. Parmi les autres commentaires, des participantes ont indiqué que la formation devrait être offerte dans toutes les unités et que l'approche pédagogique permettait de garder l'intérêt des participantes tout au long de la séance. Finalement, il y avait plusieurs commentaires positifs sur l'enthousiasme, la passion et la maîtrise du sujet de l'animatrice.

4.3.2 Principaux défis rencontrés durant l'intervention

Les principaux défis rencontrés durant l'intervention se sont manifestés lors de l'intégration de la stagiaire dans le nouvel environnement de soins, durant l'étape du recrutement des participantes, durant la création des groupes de pratique réflexive et durant l'intervention en petits groupes. L'intégration dans le milieu a été un défi pour diverses raisons. Premièrement, la personne ressource du stage était elle-même nouvelle dans le milieu, au moment de l'arrivée de la stagiaire. Cette personne-ressource, malgré sa compétence, son professionnalisme et sa rigueur, ne connaissait pas personnellement les infirmières du milieu, ce qui a rendu plus difficile l'identification voulu des leaders informels de l'unité de soins pour qu'ils participent à l'intervention à des fins d'exercer une influence positive sur leurs collègues en tant que « champions » d'unité. Cette dernière a tout de même rapidement fait preuve d'une capacité d'adaptation professionnelle à son nouveau milieu de travail ainsi qu'à

son rôle de personne ressource et fut d'une aide et d'un soutien important tout au long du stage. Deuxièmement, puisque la stagiaire provenait d'un centre hospitalier différent, elle a dû faire des efforts pour développer une relation de confiance et tisser des liens, dans un temps limité, avec les différents acteurs du milieu qui étaient concernés directement ou indirectement par l'intervention.

Le recrutement et la création des groupes de pratique réflexive ont aussi été un défi durant le stage. La participation des infirmières devait se faire sur une base volontaire. La stagiaire a donc dû susciter l'intérêt des infirmières tout en s'assurant qu'elles ne se sentaient pas obligées de participer à la formation. De plus, dans le milieu de stage, les infirmières ont des horaires de travail très variables. Malgré la flexibilité et la période élargie offerte pour les possibles séances de formation, seulement sept des dix participantes inscrites ont pu être réparties en 2 groupes qui concordaient avec leur horaire.

Par ailleurs, en utilisant l'approche réflexive en petits groupes, la stagiaire ne pouvait pas prévoir le déroulement exact des séances ni la réaction des participantes, ce qui était un défi durant l'intervention. La stagiaire avait prévu suivre le guide de pratique réflexive de Johns (2006) et ses questions, mais lors de la mise en œuvre de l'intervention, certaines questions avaient mené les participantes à répondre à deux autres questions prévues pour plus tard, sans que la stagiaire ne les pose. La stagiaire a donc dû s'adapter rapidement aux changements et aux imprévus durant la séance de pratique réflexive, afin de suivre le rythme des participantes. De plus, la pratique réflexive laissant beaucoup de place aux participantes pour s'exprimer, la gestion du temps a été un défi additionnel. Lors des deux séances, les participantes avaient beaucoup d'éléments de leur expérience à partager sur l'ÉCA et il a été difficile pour la stagiaire de ne pas dépasser le temps prévu pour l'activité. La première rencontre a duré 30 minutes de plus que prévu. Une explication pour cette durée plus longue a été que les participantes avaient parfois tendance à partager une histoire qui rappelait un souvenir à une autre participante qui commentait le témoignage sans nécessairement l'enrichir sur le sujet de l'ÉCA. La stagiaire a donc tenté, lors de la seconde rencontre, d'orienter davantage les témoignages au sujet spécifique de la question et de ramener les participantes plus rapidement au sujet

lorsque ces dernières s'éloignaient de la question. Malgré ces ajustements, la seconde rencontre a tout de même duré 15 minutes de plus que prévu. L'allongement des séances n'a pas semblé déranger ou incommoder les participantes car elles sont en fait demeurées en moyenne une quinzaine de minutes suivant la fin tardive des séances afin de communiquer à la stagiaire leur appréciation de l'activité.

Exercer pour la première fois le rôle d'infirmière en pratique avancée était aussi un défi pour la stagiaire. Dans le cadre de ce rôle, les infirmières ont perçu la stagiaire comme un mentor ayant une expertise sur les meilleures pratiques cliniques en lien avec l'ÉCA. Ce rôle a exigé d'être à jour quant aux résultats probants les plus récents afin de pouvoir jouer un rôle consultatif auprès de ces collègues infirmières. La stagiaire maîtrisait bien les connaissances sur l'ÉCA, ce qui l'a aidée à avoir plus d'assurance. De plus, la création et la mise en œuvre de l'intervention ont été structurées et appuyées du début à la fin par des écrits, ce qui a aussi aidé la stagiaire à avoir confiance en ces compétences. Finalement, la présence, au besoin, de la personne ressource dans le milieu, la réaction positive des infirmières du milieu envers la stagiaire ainsi que l'intérêt que les participantes ont manifesté à l'égard de l'intervention ont facilité le déploiement de ce rôle par la stagiaire.

4.3.3 Retombées et pérennité de la formation

Le projet de stage a eu plusieurs retombées dans l'unité de soins qui vont contribuer à la pérennité des retombées de la formation. Outre l'intérêt démontré par les participantes à améliorer et changer leur pratique clinique, l'infirmier-chef a pris en charge la création d'une affiche exposant des stratégies d'inclusion de la famille aux soins dans le but de prévenir l'ÉCA. Cette affiche, ainsi que des statistiques portant sur l'AAPA, ont été apposées dans le corridor de l'unité afin que les familles et les personnes âgées puissent aussi avoir accès à cette information. De plus, à partir du début du projet de stage sur l'unité, l'infirmier-chef profitait des présentations hebdomadaires sur les audits de l'AAPA pour renforcer les différents éléments de ce programme qui ont un impact sur la prévention de l'ÉCA. Finalement, lors de la remise des brochures créées à la suite des rencontres réflexives, l'infirmier-chef a décidé de faire imprimer la brochure en plus grand format pour en faire une affiche en

couleur et l'installer dans le corridor de l'unité afin que les familles et les infirmières puissent facilement s'y référer et le consulter. Il a aussi manifesté l'intention de créer une brochure informative pour la famille à partir de celle qui a été créée pour les infirmières. Une copie électronique lui a donc été envoyée par courriel afin qu'il puisse procéder à l'impression de l'affiche et de la brochure. Ces interventions vont contribuer à la pérennité de la formation offerte aux infirmières de l'unité de soins.

4.4. Activités de transfert de connaissances

Le projet de stage a été présenté lors de différentes activités de transfert de connaissances, notamment, lors du 86^e congrès de l'association francophone pour le savoir (ACFAS) à Chicoutimi ainsi qu'au colloque Alice-Girard de la Faculté des sciences infirmière de l'Université de Montréal où la stagiaire a eu l'honneur de recevoir le « certificat d'excellence or des cycles supérieurs » pour souligner l'excellence de sa présentation. De plus, le projet sera présenté dans le centre hospitalier où travaille la stagiaire lors d'une conférence scientifique qui aura lieu durant la semaine de la sensibilisation aux soins adaptés à la personne âgée ainsi que dans le centre hospitalier du milieu de stage. Ce centre hospitalier a d'ailleurs manifesté son intérêt envers le projet de la stagiaire afin que la formation développée soit intégrée dans les formations continues offertes aux infirmières. Ainsi, le projet de stage continuera à avoir un impact auprès des infirmières même hors du contexte du projet de maîtrise et contribuera à l'amélioration des connaissances à long terme des infirmières à propos de la prévention de l'ÉCA.

En conclusion, malgré des défis, le projet de stage, qui a suivi le modèle de KTA (RNAO, 2012) durant son processus de mise en œuvre et respecté le modèle de pratique réflexive de Johns (2006) durant les séances formatives, s'est déroulé avec succès. Selon la rétroaction des participantes, les séances de pratique réflexive sur la prévention de l'ÉCA se sont avérées stimulantes et pertinentes pour leur pratique. Le stage a eu des retombées positives sur la pratique clinique future de l'équipe de chirurgie de l'hôpital. Finalement cette intervention continuera à contribuer au développement des connaissances des infirmières car elle sera mise en application aussi dans un autre hôpital.

Chapitre 5 : Discussion

Dans ce présent chapitre, les différentes retombées du stage seront mises en relation avec les écrits sur lesquels le projet repose. Ces écrits portent sur la problématique, la prévention de l'ÉCA, l'approche pédagogique et les facteurs influençant le changement dans la pratique clinique. De plus, l'atteinte des objectifs de stage et d'apprentissage de la stagiaire seront discutés.

5.1. Retombées et résultats probants

Ce stage rejoint les inquiétudes et les voies de solution proposées dans les écrits portant sur l'ÉCA (Middle et Maklancie, 2015; Malenfant et Voyer, 2012; Toye, Matthews, Hill et Maher, 2012). Les infirmières ont besoin de plus de formation sur les personnes âgées et plus précisément sur la prévention de l'ÉCA. Malgré plusieurs écrits sur le sujet de la prévention non pharmacologique de l'ÉCA, les résultats probants ne sont pas toujours intégrés à la pratique dans différents milieux de soins (Halloway, 2014 ; Holt, Young et Heseltine, 2013; Martinez et al., 2012 ; Martinez et al., 2015 ; Wand, Thoo, Ting, Baker et Hunt, 2013), d'où la pertinence de ce projet de stage dans cette unité de soins

Par exemple, les échanges avec les participantes ont mis en évidence que la majorité des infirmières ne savaient pas comment la personne âgée vit son expérience de santé lors d'un ÉCA et elles avaient l'impression que cette dernière était plutôt inconsciente de sa situation, car elle est confuse, ce qui est une fausse croyance selon Bélanger et Ducharme (2011). Par conséquent, plusieurs ont mentionné ne pas savoir comment agir face à un patient en ÉCA, en plus de ne pas savoir comment ce dernier vit son expérience. Quelques participantes ont dit croire que le patient pouvait avoir des souvenirs de son épisode d'ÉCA, ce qui a été confirmé dans l'étude de Bélanger et Ducharme (2011) et dans la vidéo de Bélanger (2008). Le fait que la séance ait permis aux participantes à la fois de mieux comprendre l'expérience du patient et de sa famille et de les outiller sur la façon d'agir est une retombée et une force de l'activité de formation.

De plus, en ce qui concerne le soulagement de la douleur chez les personnes âgées, les séances ont permis de mettre en lumière que plusieurs participantes avaient des croyances erronées conformes à celles identifiées dans les études

recensées et analysées. Par exemple, les professionnels de la santé ont été identifiés comme craignant de donner des narcotiques à une personne âgée par peur d'engendrer un ÉCA (Morrison et al., 2003). Les personnes âgées sont donc plus à risque de ne pas être bien soulagées de leur douleur en situation post-opératoire. L'activité de pratique réflexive a permis de démystifier cette croyance contraignante et le rôle important de l'infirmière en ce qui concerne la révision des médicaments prescrits pour le patient et le soulagement adéquat de la douleur chez les aînés. Comme il a été démontré dans la recension des écrits sur les facteurs influençant le changement de pratique, une bonne collaboration interprofessionnelle a aussi été identifiée par les participantes comme étant un facteur facilitant l'adoption de cette pratique (Ploeg et al., 2007).

La situation clinique utilisée lors de l'activité a permis de démontrer que la majorité des infirmières connaissaient les meilleures pratiques pour une approche adaptée aux personnes âgées, mais elles n'étaient pas au fait que ces interventions pouvaient significativement prévenir l'ÉCA. L'activité a donc permis de renforcer l'importance d'avoir une pratique exemplaire et de respecter les recommandations du programme ministérielle de l'AAPA dont l'implantation était en cours pendant le stage. De plus, la situation clinique leur a permis de prendre conscience de l'importance de l'intégration de la famille dans la prévention de l'ÉCA, ce qui n'était pas mis en pratique dans leur milieu. En effet, les infirmières ont été étonnées de la facilité avec laquelle elles pouvaient faire une différence pour la personne âgée en incluant davantage la famille dans les soins, tel que démontré dans l'étude de Martinez et al. (2012). Les infirmières ont conséquemment suggéré de standardiser et modifier l'enseignement offert à la famille et au patient dans le contexte pre- et post-opératoire afin d'augmenter le partenariat dans les soins. Il a d'ailleurs été démontré que des patients et leurs familles bien informés auront tendance à être plus actifs dans leurs soins et à recevoir des soins de meilleure qualité (Coulter et Ellins, 2007).

De plus, ce stage a permis d'appuyer les conclusions de diverses études sur la pertinence d'utiliser une approche réflexive dans le cadre d'activités de transfert de connaissance offertes aux infirmières (Dubé et Ducharme, 2014; Bélanger et

Ducharme, 2014; Johns, 2006; Peden-McAlpine et al., 2004). Cette approche pédagogique a été grandement appréciée par ces dernières, selon les commentaires spontanés de celles-ci à la suite de l'activité. Plusieurs ont mentionné que toutes les formations devraient utiliser cette approche et elles ont manifesté leur intérêt à participer à d'autres formations de ce type. Certaines participantes ont mentionné avoir beaucoup plus appris qu'elles ne l'auraient cru sur l'ÉCA en une séance de deux heures seulement grâce à la pratique réflexive. Deux infirmières ont mentionné que cette approche leur a permis de vouloir améliorer leur pratique sans avoir l'impression qu'on leur imposait de changer leur pratique. En effet, la pratique réflexive permet de prendre conscience de sa propre pratique et de son impact, de changer sa perception d'un problème et de motiver un changement de pratique (Dubé et Ducharme, 2014; Bélanger et Ducharme, 2014; Johns, 2006; Peden-McAlpine et al., 2004). Ainsi, elles en sont ressorties avec une vision positive de la prévention de l'ÉCA plutôt que de percevoir les interventions comme un ajout de tâches aux soins infirmiers, ce qui est un facteur facilitant le changement de pratique (Damschroder et al., 2009) Finalement, les participantes ont mentionné être plus conscientes de leur pratique actuelle et être inspirées à l'améliorer, grâce à cette approche pédagogique.

Par ailleurs, le stage a permis de confirmer certains éléments ressortis des écrits portant sur les facteurs facilitants le changement de pratique chez les professionnels de la santé. La stagiaire a utilisé plusieurs stratégies relevées dans la recension des écrits. Par exemple, durant la phase de recrutement, elle a associé le projet à un besoin actuel, obtenu l'appui et le soutien de leaders formels et stimulé l'esprit d'équipe en mettant à la vue de toutes les participantes inscrites à la formation (Damschroder et al., 2009; Ploeg et al., 2007). La mobilisation de ces stratégies a permis d'augmenter significativement le nombre de participantes. Les stratégies recensées ont aussi été efficacement utilisées et intégrées à l'intervention. Par exemple, les formations offertes en petits groupes interactifs ont été identifiées comme un facteur facilitant qui respecte l'approche de la pratique réflexive (Ploeg et al., 2007). Selon la rétroaction des participantes, la pratique réflexive a finalement aussi permis d'augmenter l'importance qu'elles accordent à l'incidence d'ÉCA comme

étant un problème qui se doit d'être amélioré, ce qui est un autre facteur facilitant (Damschroder et al., 2009).

Bien que la formation de championnes d'unité était mentionnée comme étant un facteur facilitant dans les écrits pour assurer la pérennité d'une intervention de prévention de l'ÉCA (Holt et al., 2013; Wand et al., 2013), la structure et la durée du stage de maîtrise n'ont pas permis d'atteindre l'objectif prévu sur la formation de championnes. En s'appuyant sur ces écrits, il avait été souhaité pour ce stage d'utiliser cette stratégie en ajoutant à la formation un moment de réflexion sur la manière de favoriser, chez des collègues, des changements de pratique sur la prévention de l'ÉCA. L'étude qualitative de Ploeg, Skelly, Rowan, Davies, Grinspun, Bajnok et Dowey (2010), définissant le rôle des championnes d'unité dans le domaine infirmier, présente deux raisons qui pourraient expliquer pourquoi la formation de championnes n'était pas un objectif réaliste lors de ce stage. Premièrement, les championnes d'unité sont des professionnelles ayant normalement reçu une formation spécifique sur ce rôle afin de bien l'exercer. C'est un élément important, car dans le cadre de ce rôle les infirmières doivent, par exemple, utiliser diverses stratégies de transfert de connaissances adaptées à leurs collègues et faire des suivis de qualité par des audits. Dans l'étude de Ploeg et al. (2010), les championnes sélectionnées avaient toutes suivi une formation d'un à deux jours complets sur les meilleures pratiques de championne d'unité. Deuxièmement, afin de pouvoir bien exercer son rôle de leader positif dans leur milieu, la championne d'unité doit avoir des suivis réguliers avec des comités en lien avec son domaine d'expertise et d'influence sur la pratique afin de se maintenir à jour. Ainsi, la création de championnes d'unité est une intervention de formation en soi qui aurait pu être complémentaire à la formation développée sur la prévention de l'ÉCA. De plus, l'intervention de stage étant de courte durée, la stagiaire n'était pas en mesure de faire des rencontres et suivis réguliers en créant un comité de championnes d'unité pour soutenir ces infirmières et discuter des enjeux en cours en lien avec la prévention de l'ÉCA. Cela explique probablement pourquoi à la suite de la formation, les participantes ont exprimé ne pas être en mesure d'exercer ce rôle de championne, tout en manifestant une sensibilité accrue à la problématique et un

souhait d'influencer subtilement la pratique de leurs pairs par une pratique exemplaire et une plus grande confiance en soi quant à la prévention de l'ÉCA.

Finalement, le stage a permis de démontrer l'importance des infirmières en pratique avancée dans les milieux de soins et leur impact positif sur la qualité des soins offerts aux patients et à la famille. La stagiaire a développé et utilisé des compétences d'infirmière en pratique avancée afin de mettre en œuvre une intervention rigoureusement appuyée par des écrits scientifiques suivant un cadre de référence qui a permis de structurer son intervention et de l'adapter aux infirmières et à leur milieu. Son rôle a contribué à assurer une meilleure qualité de soins infirmiers dans un domaine présentant des lacunes dans la pratique quotidienne des infirmières. Par leurs compétences acquises au cycle supérieur, les infirmières en pratique avancée ont le rôle de favoriser des pratiques cliniques reflétant des standards élevés de qualité par l'intermédiaire de diverses stratégies, par exemple, celles qui ont été déployées dans ce projet de maîtrise.

5.2. Atteinte des objectifs de stage

Les objectifs de stage ont tous été atteints durant la mise en œuvre du projet. Le premier objectif était de mettre sur pied une formation portant sur la prévention de l'ÉCA qui soit appuyée par des résultats probants. Cet objectif a été réalisé par la création du guide de l'animatrice de la formation ainsi qu'en y intégrant tous les éléments qui le composent tels que des résultats probants, la situation clinique inspirée d'une situation vécue par une collègue de travail de la stagiaire, ainsi que la vidéo témoignage (Bélanger, 2008) d'une personne âgée ayant vécu un ÉCA. La stagiaire a pu se procurer cette vidéo en contactant et en rencontrant l'auteur de celle-ci, Dre Bélanger, afin de comprendre le contexte de la vidéo ainsi que pour avoir la permission écrite de la partager à des fins éducatives.

Le deuxième objectif était d'intégrer des composantes de la pratique réflexive à la formation afin de susciter des échanges sur la prévention de l'ÉCA ainsi que sur l'expérience de santé de la personne âgée et de sa famille durant un ÉCA. Cet objectif a été atteint en intégrant le modèle de pratique réflexive de Johns (2006) au

guide de l'animatrice. Afin de susciter des échanges sur l'expérience de santé de la personne âgée et de sa famille, la vidéo témoignage de Bélanger (2008) a été intégrée à la formation. De plus, cet objectif a été atteint durant l'activité en mettant en œuvre le modèle de Johns (2006) où la stagiaire a eu le rôle de facilitateur en accompagnant et en s'adaptant aux témoignages des participantes durant la formation.

Le troisième objectif était de transférer des connaissances sur la prévention de l'ÉCA et sur l'expérience de santé de la personne âgée et de sa famille durant un ÉCA. Cet objectif a été atteint lors des séances de pratique réflexive où les participantes partageaient leur expérience et où l'animatrice associait leurs expériences à des résultats probants. De plus, une brochure a été créée et remise aux participantes quelques semaines après les séances de pratique réflexive.

Le quatrième objectif était de sensibiliser les infirmières à l'importance de la prévention de l'ÉCA chez les personnes âgées et à l'importance d'exercer une influence positive sur leurs collègues. Cet objectif a été atteint lors des séances de pratique réflexive, principalement grâce au témoignage vidéo d'une personne âgée ayant vécu un ÉCA. Cette vidéo a touché les participantes quant à l'impact psychologiquement négatif de l'ÉCA sur les personnes âgées. De plus, cet objectif a été atteint en stimulant la réflexion des participantes à partir d'une situation clinique sur les façons d'améliorer l'approche des infirmières afin de favoriser la prévention de l'ÉCA. Cette réflexion incluant aussi l'expérience des participantes a suscité leur intérêt envers ce problème ainsi que la façon d'exercer une influence positive sur leurs collègues. D'ailleurs, une participante a suggéré de créer des affiches et de changer l'enseignement préopératoire afin de favoriser la prévention de l'ÉCA dans son milieu.

Le cinquième objectif était de sensibiliser les infirmières aux bénéfices de la collaboration avec la personne âgée et sa famille pour la prévention de l'ÉCA. Cet objectif a été atteint en intégrant dans la situation clinique fictive un membre de la famille afin de susciter la réflexion au sujet de la collaboration avec la famille. De plus, le témoignage vidéo de la femme de la personne âgée atteinte d'ÉCA a été présenté. Dans celui-ci, elle explique sa relation avec les professionnels de la santé

ainsi que les interventions qui ont été bénéfiques pour son mari afin que les infirmières puissent constater les bénéfices d'une collaboration avec la famille. Des résultats probants sur l'intégration de la famille ont aussi été présentés aux participantes afin de compléter la discussion. Ces résultats ont particulièrement intéressé les participantes qui ont alors suggéré d'améliorer et de standardiser l'enseignement offert aux familles à l'admission des personnes âgées à l'hôpital.

5.3. Atteinte des objectifs d'apprentissage

Le but du stage était de développer des compétences en pratique infirmière avancée. Les objectifs d'apprentissage qui comprenaient le développement des habiletés à intervenir et à intégrer la pratique réflexive auprès des infirmières, des connaissances sur les stratégies de transfert de connaissances et d'implantation de meilleures pratiques, d'un *leadership* clinique, des habiletés à adapter une intervention basée sur des résultats probants et des compétences à collaborer avec divers intervenants du milieu ont tous été atteints.

Le premier objectif de stage était de développer des habiletés à intervenir et à intégrer la pratique réflexive auprès des infirmières dans le cadre du développement de leurs compétences. Cet objectif a été atteint grâce à des recherches et des lectures sur la pratique réflexive qui ont mené la stagiaire à choisir le modèle de pratique réflexive de Johns (2006) afin de créer le guide pour la formation. Les habiletés ont été développées en mettant à deux reprises en pratique le modèle de Johns (2006) lors des séances de pratique réflexive sur une durée totale d'environ quatre heures dans le but de développer les compétences des infirmières participant à la formation. La combinaison de la création du guide ainsi que de sa mise en œuvre ont été formatrices pour la stagiaire qui a pu atteindre son objectif et développer des compétences de pratique infirmière avancée.

Le deuxième objectif du stage était de développer des connaissances sur les stratégies de transfert de connaissances et d'implantation de meilleures pratiques. Ces connaissances ont été développées durant la rédaction de la problématique et de la recension des écrits sur le sujet. La mise en œuvre du projet dans un nouvel environnement de soins a permis à la stagiaire de concrétiser et d'intégrer les

connaissances découlant des écrits. Les stratégies de transferts de connaissance ont été employées tout au long du stage autant durant la phase du recrutement que durant l'intervention. La réaction positive des participantes face au projet et au changement de pratique démontre une bonne utilisation de ces stratégies durant le stage.

Le troisième objectif du stage était de développer un *leadership* clinique en mettant en œuvre un projet favorisant l'adoption des meilleures pratiques en prévention de l'ÉCA à la suite d'une chirurgie auprès de personnes âgées. La création du projet et sa mise en œuvre auprès d'une équipe de soins a été une expérience constructive pour la stagiaire qui a dû démontrer et développer un *leadership* clinique en pratique avancée. Par exemple, le contexte de stage lui a demandé de collaborer avec divers acteurs ainsi que de faire face à divers défis qui ont contribué au développement de son *leadership*. Les défis qui ont été particulièrement formateurs ont été rencontrés lors du recrutement et de l'implantation du projet dans le milieu. Susciter l'intérêt des participantes potentielles, créer un lien de confiance avec celles-ci et assurer le suivi pour la création des groupes a eu un impact sur le développement du *leadership* de la stagiaire. De plus, parmi les acteurs concernés directement et indirectement par le projet de maîtrise, le développement d'un lien de confiance avec les leaders formels pour « vendre » l'idée du projet à ces derniers a aussi été formateur pour le développement du *leadership* de la stagiaire.

Le quatrième objectif était de développer des habiletés à adapter une intervention basée sur des résultats probants. Cette compétence a été développée à travers l'élaboration du projet de stage à partir de résultats probants ainsi que lors de sa mise en œuvre pendant laquelle la stagiaire a utilisé des stratégies d'adaptation au milieu fondées sur des résultats probants. L'élaboration du projet de stage a été un processus complexe et formateur car la stagiaire a combiné diverses études afin de créer son intervention. La stagiaire s'est rigoureusement assurée que toute étape et toute intervention soit appuyée par des résultats probants de l'implantation du projet dans le milieu à la conclusion des séances de pratique réflexives. La stagiaire a dû aussi avoir une très bonne connaissance des résultats probants sur sa

problématique, puisque l'aspect réflexif de la formation amenait les participantes à soulever des sujets variés et pas nécessairement planifiés autour de la problématique. Le tout a permis de développer de façon constructive cette compétence.

Le cinquième objectif était de développer des compétences à collaborer avec divers intervenants du milieu dans le but d'organiser une formation. Cette compétence a été atteinte. La stagiaire a créé des liens avec divers acteurs du milieu concernés directement et indirectement par l'intervention de stage. La stagiaire a tissé des liens avec l'infirmier-chef ainsi qu'avec l'infirmière gestionnaire du programme de l'AAPA, ce qui a facilité l'intégration du projet dans le milieu. De plus, en assurant sa présence dans l'unité durant la présentation des audits sur l'AAPA, la stagiaire a réussi à créer un lien de confiance avec les infirmières de l'équipe soignante de l'unité de chirurgie, ce qui a facilité la création des groupes de pratique réflexive. De façon inattendue, la stagiaire a même réussi à susciter l'intérêt d'une préposée aux bénéficiaires.

5.4. Recommandations

5.4.1. Pour la pratique clinique

Selon les écrits de Dubé et Ducharme, (2014), Bélanger et Ducharme (2014) et Peden-McAlpine et al. (2004), la pratique réflexive est une approche qui favorise l'amélioration de la pratique clinique chez les infirmières. Dans le cadre de ce projet, la réflexion de ces professionnels de la santé réalisée avec l'aide d'une personne facilitatrice suivant le guide de modèle de Johns (2006) a permis de sensibiliser les infirmières à la prévention de l'ÉCA. Le modèle KTA (RNAO, 2012) a aussi contribué à créer un contexte d'implantation de nouvelle pratique favorable au changement. Ces deux modèles, qui composent le cadre de référence de ce projet, ne sont pas spécifiques à la prévention de l'ÉCA ni aux unités de chirurgie. Ainsi, ce cadre de référence pourrait facilement être utilisé afin d'aider à transformer la pratique dans différentes unités de soins autour de divers problèmes ciblés. Nous recommandons

de continuer à utiliser ces modèles dans le but d'améliorer la pratique des infirmières dans le contexte de l'ÉCA ainsi que pour d'autres problèmes de la santé.

Par ailleurs, l'ÉCA est un enjeu de santé qui demeure important au Québec et qui ne touche pas uniquement les unités de chirurgie générale (Gouvernement du Québec, 2012). Nous recommandons de continuer à promouvoir la prévention de l'ÉCA qui dans 30 à 40% des cas aurait pu être prévenu si les soins étaient adaptés aux personnes âgées (Inouye et al., 2014). De plus, nous recommandons de poursuivre la prévention de l'ÉCA en favorisant l'intégration de la famille et de la personne âgée aux soins et en leur offrant un enseignement spécifique à ce problème de santé. Dans le cadre de sa thèse doctorale, Mailhot (2016) a effectué une étude sur une intervention visant l'intégration de la famille dans le but de diminuer l'intensité et la durée de l'ÉCA chez des personnes âgées hospitalisées en chirurgie. Dans cette intervention, une infirmière exerçait un rôle de mentorat auprès des familles en les guidant dans les actions à poser durant cette complication de santé. Elle rencontrait les familles six fois dans une période de trois jours au sujet de la prise en charge de l'ÉCA de leur proche âgé. Cette étude a démontré des résultats positifs concernant la durée de l'hospitalisation et le niveau d'anxiété des proches âgés ainsi que sur le sentiment d'auto-efficacité des membres de la famille lors d'un ÉCA. En s'inspirant de cette intervention, il serait possible d'offrir également un soutien personnalisé et régulier à la famille afin que cette dernière contribue, en partenariat avec l'équipe soignante, à prévenir l'ÉCA et à diminuer ses symptômes lorsque nécessaire.

Par ailleurs, en plus de la prévention de l'ÉCA, la famille peut grandement contribuer à l'adaptation de l'environnement des soins à la population qui est de plus en plus vieillissante. Enfin, nous recommandons que des efforts soient poursuivis par les différentes instances afin d'aider les professionnels de la santé à intégrer de façon constructive les familles aux soins entourant les personnes âgées.

5.4.2. *Pour la recherche*

Ce projet de stage et la pratique réflexive ont permis d'apporter des éléments qui mériteraient d'être explorés dans le cadre d'autres projets de recherche en sciences infirmières.

Par exemple, plusieurs études témoignent des bienfaits de l'intégration de la famille aux soins pour la prévention de l'ÉCA (Halloway, 2014; Martinez et al., 2012). Cet élément a suscité beaucoup d'intérêt chez les participantes durant ce projet de stage. Peu d'études portent concrètement sur la perception des familles lorsqu'elles sont invitées par l'équipe soignante à participer à la prévention de l'ÉCA de leur proche. Est-ce que l'enseignement reçu est suffisant? Cette responsabilité est-elle trop exigeante pour certaines familles? Ont-elles le soutien nécessaire afin de soutenir leur proche tout au long du séjour hospitalier? Dans le cadre d'une étude qualitative, il serait pertinent d'explorer l'expérience de la famille invitée à participer à la prévention de l'ÉCA avec l'équipe de soins.

Certaines participantes aux séances de pratique réflexive ont aussi suggéré l'idée d'ajouter à l'enseignement préopératoire aux patients et à la famille un volet sur la prévention de l'ÉCA afin de renforcer le partenariat dans les soins et diminuer les cas d'ÉCA postopératoire. Il serait alors pertinent d'évaluer à l'aide d'études quantitatives les effets d'un tel changement dans l'enseignement infirmier préopératoire sur l'incidence de l'ÉCA en situation postopératoire. De plus il serait intéressant d'explorer si l'introduction du partenariat de soins avec la famille en situation préopératoire facilite l'intégration de la famille en situation postopératoire dans le but de prévenir l'ÉCA. Finalement, il serait intéressant d'explorer le suivi qui est fait auprès des personnes âgées ayant vécu un épisode d'ÉCA durant leur hospitalisation lors des visites de suivi en clinique ambulatoires ainsi qu'en réadaptation.

5.4.3. *Pour la formation*

En ce qui concerne la formation, le modèle de pratique réflexive de Johns (2006), qui compose le cadre de référence de ce projet de stage, a eu un impact positif sur la pratique infirmière durant notre stage. Les participantes à notre formation

ont d'ailleurs exprimé avoir apprécié cette approche pédagogique qui leur a permis de bien intégrer l'information reçue. Nous recommandons de reproduire cette formation dans d'autres unités de soins et dans d'autres établissements de santé. De plus, nous recommandons d'employer cette approche pédagogique dans le cadre d'autres formations offertes aux infirmières, novices à expertes, afin de favoriser une meilleure intégration de nouvelles connaissances ou le perfectionnement de leur pratique actuelle.

Les lacunes dans la pratique clinique quant à la prévention de l'ÉCA témoignent d'un manque de formation initiale et continue des infirmières sur le sujet des personnes âgées et des troubles neurocognitifs tels que l'ÉCA (Malenfant & Voyer, 2012 ; Middle & Miklancie, 2015). Nous recommandons de renforcer l'enseignement initial des étudiantes en sciences infirmières à ce sujet et de continuer d'offrir des formations continues portant sur la prévention de l'ÉCA auprès des infirmières dans les différents milieux de soins.

L'intégration de la famille est une avenue qui a suscité beaucoup d'intérêt lors des séances de pratique réflexive, le stage ayant eu lieu dans un hôpital où la culture organisationnelle encourage beaucoup la présence des familles. Cette culture découle de l'application du modèle de santé McGill dans ce milieu, ce modèle stipulant que la famille a une grande influence sur la santé et le rétablissement des proches (Pepin, Kérouac et Ducharme, 2010). La famille étant perçue comme une ressource, elle est invitée à être présente pendant les hospitalisations. L'environnement encourageait l'intégration de la famille aux soins, mais nous avons constaté que les professionnels ne sont pas nécessairement outillés pour collaborer avec les familles. Nous recommandons de renforcer cet élément par l'intermédiaire de formations continues et par le soutien d'infirmières en pratique avancée qui, dans le cadre de leur rôle, peuvent exercer du coaching et du mentorat auprès de leurs collègues infirmières à ce sujet.

Finalement, la création de championnes d'unité est une stratégie qui s'est avérée efficace, selon les études portant sur la prévention de l'ÉCA (Holt et al., 2013; Wand et al., 2013) ainsi que selon le modèle KTA (RNAO, 2012), pour assurer la pérennité des bonnes pratiques cliniques. Comme il a été mentionné plus haut, pour

exercer de façon optimale un tel rôle, les infirmières doivent bénéficier d'une formation préalable et d'un suivi pouvant être fait sous l'encadrement et le mentorat d'une infirmière en pratique avancée du milieu. Nous recommandons de rendre disponible des formations sur le rôle des infirmières championnes d'unité dans les hôpitaux. De plus, nous recommandons de créer un comité sur la prévention de l'ÉCA où les championnes d'unité pourraient se rencontrer à intervalles réguliers afin d'obtenir du soutien et de maintenir leurs connaissances à jour sur les meilleures pratiques cliniques.

5.4.4. Pour la gestion

Ce projet de stage vient appuyer les écrits qui démontrent l'importance de l'implication de leaders formels dont l'infirmier-chef (Ploeg et al., 2007; Damschroder et al., 2009). Un gestionnaire impliqué qui est à l'écoute des besoins et des suggestions des infirmières va renforcer leur sentiment d'appartenance et de collaboration dans le milieu, ce qui va favoriser un environnement visant l'amélioration continue de la pratique (Ploeg et al., 2007; Damschroder et al., 2009). L'adaptation des soins aux personnes âgées afin de prévenir l'ÉCA peut nécessiter un investissement dans le milieu pour assurer les ressources humaines et financières nécessaires afin d'atteindre le niveau de pratique attendu. Par exemple, le gestionnaire peut contribuer à la prévention de l'ÉCA en assurant une présence suffisante d'aides techniques pour mobiliser les patients, en assurant des ratios infirmière-patients sécuritaires, ce qui permet une meilleure continuité des soins, ou en créant des outils facilitant les pratiques optimales, tels que la création d'une affiche informative dans le milieu.

De plus, les gestionnaires ont aussi le rôle d'informer les infirmières sur les activités de formation en cours et les libérer de leur travail afin de les encourager à y participer. Pour ce faire, nous recommandons d'informer les gestionnaires des activités de formations en cours, de les intégrer dans le processus de mise en œuvre des activités et de leur offrir la possibilité de participer aux formations pour maintenir leurs connaissances et compétences à jour. Des séances de formation adaptées à leur rôle devraient être offertes afin qu'ils puissent user du plein potentiel de leur rôle

de leader formel et exercer une influence positive auprès de leurs collègues infirmières. Le gestionnaire devrait être en mesure de comprendre le raisonnement derrière l'implantation de nouvelles pratiques et des recommandations pour être en mesure de conseiller les infirmières au besoin. Nous recommandons aussi de considérer d'inclure les gestionnaires dans les séances de pratique réflexive ou à certains moments dans ces séances. Ceci favoriserait la prise de conscience de l'impact important de leur rôle sur la qualité des soins bien que ces derniers ne travaillent pas au chevet du patient. De plus, leur participation dans ce type d'activité les aiderait à mieux comprendre les besoins des infirmières et leur permettrait de mieux les soutenir dans l'atteinte du niveau désiré de qualité des soins.

Conclusion

L'ÉCA chez les personnes âgées est une complication de santé ayant plusieurs impacts négatifs autant sur la santé physique et mentale de celles-ci que sur leur famille et les professionnels de la santé. Une grande partie des cas d'ÉCA peuvent être évités par une approche infirmière multimodale non pharmacologique qui est adaptée aux personnes âgées. Les infirmières ont un rôle important à jouer dans le système de la santé dans la prévention de cette complication de santé puisqu'elles sont les professionnelles de la santé les plus présentes auprès du patient et de sa famille. Elles peuvent grandement influencer l'environnement de la personne âgée qui séjourne dans les centres hospitaliers et ainsi avoir un impact important sur leur santé. La famille, étant aussi physiquement et personnellement proche de son membre de famille âgé, peut avoir une influence importante sur la santé des personnes âgées ainsi que sur la prévention de l'ÉCA. Comme il a été démontré, les infirmières ont besoin de soutien afin d'adapter leur pratique aux personnes âgées et intégrer davantage la famille aux soins.

Une formation offerte aux infirmières dans le but de perfectionner leur pratique clinique sur la prévention de l'ÉCA et l'intégration de la famille est une intervention qui a été démontrée efficace selon les écrits scientifiques. De plus, comme le démontre les retombées de notre stage, une approche pédagogique adaptée aux infirmières ayant déjà de l'expérience clinique, telle que la pratique réflexive, permet de favoriser le transfert des résultats dans la pratique. Les sujets abordés lors de la formation concernaient l'expérience de la personne âgée et de sa famille lors d'un épisode, les facteurs de risques modifiables et prédisposants de l'ÉCA les plus commun en situation postopératoire ainsi que sur le partenariat avec la personne âgée et la famille. L'intégration de la famille est une intervention infirmière qui a suscité beaucoup d'intérêt lors des séances de pratique réflexive. Le partenariat des soins avec la famille s'avère une avenue intéressante pour prévenir cette complication de la santé. À la suite de l'intervention, des infirmières ont amorcé des démarches pour faciliter l'intégration de la famille aux soins en créant une brochure et une affiche destinée à celle-ci et en proposant d'ajouter dans l'enseignement préopératoire un volet sur l'ÉCA afin de préparer le patient et sa famille à cette éventuelle complication

et afin de les outiller dans le but de prévenir l'ÉCA. Il serait intéressant d'explorer si ces initiatives, qui n'alourdissent pas le travail des infirmières, pourraient être transférables dans des milieux non chirurgicaux, où les personnes âgées sont aussi à risque d'ÉCA, dans le but d'assurer le déploiement et la pérennité d'un environnement sécuritaire et adapté aux besoins des personnes âgées dans nos centres hospitaliers.

Références

- American Psychiatric Association. (2015). *DSM-5 Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Paris : Elsevier Masson.
- Argyris, C. et Schön, D.A. (1974). *Theory in practice: Increasing professional effectiveness*. San Francisco, CA : Jossey-Bass.
- Bardach, S.H. et Rowles, G. (2012) Geriatric education in the health professions: Are we making progress? *The Gerontologist*, 52(5), 607-618.
- Bélanger, L. (2008). *Une expérience de confusion aiguë : M. Provencher et sa conjointe témoignent. Document audiovisuel*. Montréal : Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal.
- Bélanger L. et Ducharme, F. (2011). Patients' and nurses' experiences of delirium: A review of qualitative studies. *Nursing in Critical Care*, 16(6), 303-315.
- Bélanger, L. et Ducharme, F. (2015). Narrative-based educational nursing intervention for managing hospitalized older adults at risk for delirium: Field testing and qualitative evaluation. *Geriatric Nursing*, 36, 40-46.
- Bourbonnais, A., et Ducharme, F. (2010). *Âgisme et professions d'aide... des paradoxes dans une société vieillissante?* Dans M. Lagacé (Éd.), *L'âgisme : Comprendre et changer le regard social sur le vieillissement* (p.155-174). Québec : Presse de l'Université Laval.
- Bull, M.J., Boaz, L, et Sjostedt, J.M. (2014). Family caregivers's knowledge of delirium and preferred modalities for receipt of information. *Journal of Applied Gerontology*, 35(7), 744-758.

- Carper, B.A. (1978). Fundamental patterns of knowing in nursing. *Advances in Nursing Sciences*, 1(1), 13-24.
- Chinn, P.L. et Kramer, M.K. (2008). *Integrated Knowledge Development in Nursing*. St-Louis, Missouri: Mosby.
- Coulter, A., et Ellins, J. (2007). Effectiveness of strategies for informing, educating, and involving patients. *British Medical Journal*, 335(24), 24-27.
- Damschroder, L.J., Aron, D.C., Keith, R.E., Kirsh, S.R., Alexander, J.A. et Lowery, J.C. (2009). Fostering implementation of health services research findings into practice: A consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation Science*, 4(5), 1-15.
- Dewey, J. (1938). *Experience and education*. New York : Macmillan.
- Dubé, V. et Ducharme, F. (2014) Evaluation of a reflective practice intervention to enhance hospitalized elderly care. *Journal of Nurses in Professional Development*, 30(1), 34-41.
- Faculté des sciences infirmières (2014). *Référentiel de compétences à la maîtrise*. Université de Montréal.
- Gibbs, G. (1988) *Learning by doing: A guide to teaching and learning methods*. Oxford : Further Education Unit.
- Gouvernement du Québec. (2016). *Plan stratégique du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec 2015-2010*. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2016/16-717-01W.pdf>

Gouvernement du Canada. (2015). *Canadiens en conteste – Vieillesse de la population*. Repéré à <http://www.edsc.gc.ca/fra/accueil.shtml>

Gouvernement du Québec. (2011). *Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier - cadre de référence*. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2010/10-830-03.pdf>

Gouvernement du Québec. (2012). *Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier - état cognitif délirium*. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2012/12-830-08W.pdf>

Halloway, S. (2014). A family approach to delirium: a review of the literature. *Aging Mental Health*, 18(2), 129-139.

Heath, C., et Heath, D. (2007). *Made to stick*. New York: Random House.

Holroyd-Leduc, J.M., Khandwala, F. et Sink K.M. (2010). How can delirium best be prevented and managed in older patients in hospital? *Canadian Medical Association Journal*, 182(5), 465-470.

Holt, R., Young, J., et Heseltine, D. (2013), Effectiveness of a multi-component intervention to reduce delirium incidence in elderly care wards. *Age and Ageing*, 42, 721-727.

Inouye, S.K., Westendorp, R.G. et Saczynski, J.S. (2014). Delirium in elderly people. *The Lancet*, 383, 911-922.

Johns, C. (2000). *Becoming a reflective practitioner*. Oxford : Blackwell publishing.

Johns, C. (2006). *Engaging reflection in practice*. Oxford : Blackwell publishing.

- Kim, H.S., (1999). Critical reflective inquiry for knowledge development in nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, 29(5), 1205-12012.
- Leslie, D.L., Marcantonio, E.R., Zhang, Y., Leo-Summers, L. et Inouye, S.K. (2008). One-year health care costs associated with delirium in the elderly population. *Archives of Internal Medicine*, 168(1), 27-32.
- Mailhot, T. (2016). Étude pilote randomisée évaluant une intervention infirmière de mentorat d'aidants familiaux pour gérer le délirium post-chirurgie cardiaque (*Thèse de doctorat inédite, Université de Montréal*). Repéré à : <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/18589>
- Makhzoum, J. et Makhzoum, J.-P. (2012). Le delirium chez la personne âgée. *Québec Pharmacie*, 59(8), 9-19.
- Malenfant, P. et Voyer, P. (2012). Reconnaître le délirium chez un aîné vivant à domicile. *Perspective Infirmière*, 9(3), 38-42.
- 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(5), 629-634.
- Martinez, F., Tobar C. et Hill N. (2015). Preventing delirium: Should non-pharmacological, multicomponent intervention be used? A systematic review and meta-analysis of the literature. *Age and Ageing*, 22, 196-204.
- Middle, B. et Miklancie, M. (2015). Strategies to improve nurses knowledge of delirium: A call to the adult-gerontology clinical nurse specialist. *Journal of Clinical Nurse Specialist*, 29(4) 218-229.

- Miles, B.M. et Huberman, A.M. (2003). *Analyses des données qualitatives*. Bruxelles : De Boeck & Larcier.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2011). *Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier : Cadre de référence*. Québec : Gouvernement du Québec.
- Morrison, R.A., Magaziner, J., Gilbert, M., Koval, K.J., McLaughlin, A.A., Orosz, G., ... Siu, A.L. (2003). Relationship between pain and opioid analgesics on the development of delirium following hip fracture. *The Journals of Gerontology*, 58(1), 76-81.
- National Institute for Health and Clinical Excellence. (2007). *How to change practice: understand, identify and overcome barriers to change*. Repéré à <https://www.nice.org.uk/Media/Default/About/what-we-do/Into-practice/Support-for-service-improvement-and-audit/How-to-change-practice-barriers-to-change.pdf>
- Nassar, J. et Yasconi, C. (2014). *Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier (AAPA) (Présentation Power Point)*. Montréal, Québec: Centre de santé et de services sociaux du Sud-Ouest-Verdun.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2016). *Le champ d'exercice et les activités réservées des infirmières et infirmiers*. Repéré à <http://www.oiiq.org/sites/default/files/1466-exercice-infirmier-activites-reservees-web.pdf>
- Peden-McAlpine, C., Tomlinson, P.S., Forneris, G., Genck et S.J., Meirs. (2004). Evaluation of a reflective practice intervention to enhance family care. *Journal of Advanced Nursing*, 49(5), 494-501.

- Pepin, J., K rouac, S., & Ducharme, F. (2010). *La pens e infirmi re* (3e  d.). Montr al : Cheneli re  ducation inc.
- Ploeg, J., Davies, B., Edwards, N., Gifford, W. et Miller, P.E. (2007). Factors influencing best-practice guideline implementation: Lessons learned from administrators, nursing staff and project leaders. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 4(4), 210-219.
- Ploeg, J., Skelly, J., Rowan, M., Edwards, N., Davies, B., Grinspun, D., ... Downey, A. (2010). The role of nursing best practice champions in diffusing practice guidelines: A mix methods study. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 7(4), 238-251.
- Registered Nurses' Association of Ontario. (2012). *Toolkit: Implementation of best practice guidelines*. (2e  d.). R p r    : http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/RNAO_ToolKit_2012_rev4_FA.pdf.
- Rolfe, G., Jasper, M. et Freshwater, D. (2011). *Critical reflection in practice generating knowledge for care*. New York: Macmillan.
- Shea, B.J., Grimshaw, J.M., Wells, G.A., Boers, M., Andersson, N., Hamel, C., Porter, A.C., Tugwell, P., Moher, D. et Bouter, L.M. (2007). Development of AMSTAR : a measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews. *BMC Medical research methodology*, 7(10), 1-7.
- Soo, S., Berta, W. et Baker, G.R. (2009). Role of champions in the implementation of patient safety practice change. *Healthcare Quarterly*, 12, 123-128.
- Straus, D., Tetroe, J. et Graham, I.D. (2009). *Knowledge translation in health care*. Oxford, UK : Wiley-Blackwell

- St-Louis, E., Sudarshan, M., Al-Habboubi, M., El-Husseini Hassan, M., Deckelbaum, D.L., Razek, T.S. ... Kwaja, K. (2016). The outcomes of the elderly in acute care general surgery. *European Journal of Trauma and Emergency Surgery*, 42(1), 107-113.
- Toye, C., Matthew, A., Hill, A. et Maher, S. (2012). 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.
- Van Meenen, L.C.C., Van Meenen, D.M.P., De Rooji, S.E. et Ter Riet, G. (2014). Risk prediction models for postoperative delirium: A systematic review and meta-analysis. *The American Geriatrics Society*, 62(12), 2383-2390.
- Voyer, P. (2006). *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie*, 2^e éd. Montréal : ERPI.
- Wand, A.P.F., Thoo, W., Sciuriaga, H., Ting, V., Baker, J. et Hunt, G. (2013). A multifaceted education intervention to prevent delirium in older inpatients: A before and after study. *International Journal of Nursing Studies*, 51(7), 974-982.

Appendice A : Invitation à la formation

FORMATION GRATUITE ACCRÉDITÉE POUR LES INFIRMIÈRES

Dans le cadre d'un projet de maîtrise

Activité de pratique réflexive sur la prévention de l'état confusionnel aigu chez les personnes âgées en milieu chirurgical

DURÉE : 2 heures

LIEU : [Masqué]

La Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal reconnaît à la présente activité **2 heures de formation accréditée**

L'état confusionnel aigu (ÉCA) (aussi appelé délirium) chez les personnes âgées se trouvant dans un contexte chirurgical est un problème de santé important dont l'incidence élevée dans nos hôpitaux au Québec témoigne d'un besoin d'améliorer la prévention de cette complication de santé.

CIBLE : Cette formation s'adresse aux infirmières travaillant dans un milieu chirurgical qui désirent améliorer la qualité des soins offerts aux personnes âgées. Si vous souhaitez approfondir vos connaissances sur la prévention de cette complication fréquente et sur la façon d'intégrer la famille à cette prévention, je vous invite fortement à vous inscrire.

OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE

- Comprendre l'expérience de santé de la personne âgée et de sa famille durant un état confusionnel aigu ;
- Prévenir l'état confusionnel aigu grâce à des interventions basées sur des résultats probants ;
- User de *leadership* infirmier afin d'exercer une influence positive auprès de ses collègues sur la prévention de l'état confusionnel aigu ;
- Reconnaître l'impact de l'environnement sur la manifestation de l'état confusionnel aigu chez les personnes âgées ;
- Collaborer avec la personne âgée et sa famille pour la prévention de l'état confusionnel aigu.

MÉTHODE PÉDAGOGIQUE : Discussion de cas et approche réflexive en petits groupes.

HORAIRE : Cette formation sera offerte sous la forme d'un petit groupe de discussions interactives qui aura lieu à [masqué] entre les mois de novembre 2017 et février 2018. Elle durera deux heures et aura lieu hors des heures de travail, donc sur une base volontaire.

FORMATRICE : Elisabeth Laughrea - Infirmière clinicienne et candidate à la maîtrise, *Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal*

SOUS LA SUPERVISION DE :

Directrice de maîtrise : Anne Bourbonnais, inf., Ph. D. – Professeure agrégée, *Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal.*

Personne-ressource : Deux infirmières cliniciennes spécialisées

Des collations et du café seront offerts.

N'hésitez pas à me contacter si vous souhaitez des renseignements supplémentaires et au plaisir de vous rencontrer,

Elisabeth Laughrea

Courriel : elisabeth.laughrea@umontreal.ca

Tél. : [Masqué]

Si vous êtes intéressé(e), SVP me laisser votre nom, votre adresse courriel ainsi **que le ou les moment (s) qui vous semblent les plus adaptés à votre horaire** afin que je puisse vous contacter pour former les groupes de formation :

Prénom Nom	Courriel	Moment préféré pour la formation
		<input type="checkbox"/> 7 h 30 – 9 h 30 <input type="checkbox"/> 12 h 30 – 14 h 30 <input type="checkbox"/> 16 h 30 – 18 h 30 Autre : _____
		<input type="checkbox"/> 7 h 30 – 9 h 30 <input type="checkbox"/> 12 h 30 – 14 h 30 <input type="checkbox"/> 16 h 30 – 18 h 30 Autre : _____
		<input type="checkbox"/> 7 h 30 – 9 h 30 <input type="checkbox"/> 12 h 30 – 14 h 30 <input type="checkbox"/> 16 h 30 – 18 h 30 Autre : _____
		<input type="checkbox"/> 7 h 30 – 9 h 30 <input type="checkbox"/> 12 h 30 – 14 h 30 <input type="checkbox"/> 16 h 30 – 18 h 30
		<input type="checkbox"/> 7 h 30 – 9 h 30 <input type="checkbox"/> 12 h 30 – 14 h 30 <input type="checkbox"/> 16 h 30 – 18 h 30
		<input type="checkbox"/> 7 h 30 – 9 h 30 <input type="checkbox"/> 12 h 30 – 14 h 30 <input type="checkbox"/> 16 h 30 – 18 h 30

Merci.

Appendice B : Programme de la formation

Programme de la formation : Activité de pratique réflexive sur la prévention de l'état confusionnel aigu chez les personnes âgées

Par

Elisabeth Laughrea, inf., B. Sc., candidate à la maîtrise
Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal

Bonjour _____,

Merci d'avoir manifesté votre intérêt envers cette formation qui portera sur la prévention de l'état confusionnel aigu (ÉCA) ou délirium chez les personnes âgées hospitalisées sur une unité de chirurgie. Les méthodes pédagogiques utilisées seront interactives et réflexives et se dérouleront en petits groupes à l'aide de situations cliniques.

Cette formation vise, entre autres, le développement des compétences d'infirmières qui pourront par la suite agir à titre de personne ressource si désirée pour améliorer la pratique clinique en agissant comme modèles de rôle auprès de leurs collègues quant à la prévention de l'ÉCA.

Local : _____ Date : _____ Heure : _____

Objectifs d'apprentissage

À la fin de la formation, à titre d'infirmière, vous serez capable de :

- Comprendre l'expérience de santé de la personne âgée et de sa famille durant un ÉCA ;
- Prévenir l'état confusionnel aigu grâce à des interventions basées sur des résultats probants ;
- User de *leadership* infirmier afin d'exercer une influence positive auprès de vos collègues sur la prévention de l'ÉCA ;
- Reconnaître l'impact de l'environnement sur la manifestation de l'ÉCA chez les personnes âgées ;
- Collaborer avec la personne âgée et sa famille pour la prévention de l'ÉCA

Plan de formation

Volet I : Sensibilisation à l'expérience d'un ÉCA pour une personne âgée et sa famille

- Visionnement d'une vidéo
- Réflexion en groupe visant le développement des compétences

Volet II : Situation clinique sur la prévention de l'ÉCA chez une personne âgée

- Présentation d'une situation clinique fictive
- Réflexion en groupe visant le développement des compétences

Volet III : Développement du rôle de personnes ressources

- Réflexion en groupe

Volet III : Évaluation de l'appréciation de la formation

- Court questionnaire

Appendice C : Guide des participantes

Volet I : Questionnaire durant le visionnement de la vidéo

« Une expérience de confusion aigue : M. Provencher et sa conjointe témoignent »

(Bélanger, 2008)

Quels éléments vous semblent les plus significatifs dans ce témoignage ?

What elements do you think are most significant in this testimony?

Comment le patient et sa femme se sentaient-ils lors de l'épisode d'ÉCA et pourquoi se sentaient-ils ainsi ?

How did the patient and his wife feel during the ACS episode and why did he feel like this?

Cette situation semble-t-elle similaire à certaines de vos expériences cliniques antérieures ? Avez-vous des exemples ?

Does this situation seem similar to some of your previous clinical experiences? Do you have examples?

Quelles connaissances ont guidé les professionnels de la santé dans leur façon d'interagir avec le patient ainsi que sa femme ?

What kind of knowledges guided health professionals in their interaction with the patient and his wife?

Selon vos valeurs, est-ce que les professionnels de la santé ont agi de la meilleure façon envers le patient ainsi que sa femme ?

According to your values, have the health professionals acted in the best way towards the patient and his wife?

Avant le visionnement, que saviez-vous sur l'expérience du patient et de la famille durant un épisode d'ÉCA ? Comment percevez-vous l'expérience du patient et de la famille maintenant ?

Before viewing the video, what did you know about the experience of patient and their family during an ACS? How do you perceive the experience of the patient experience and his family now?

Volet II : Situation clinique fictive

Il est 7h30, un dimanche matin et Sandra, une infirmière d'une unité de soins de chirurgie générale, reçoit le rapport de l'infirmière du soir à propos de Mme Litman, une femme âgée de 80 ans ayant subi une chirurgie. Elle est connue pour un trouble neurocognitif majeur de type Alzheimer léger. Elle est hospitalisée depuis maintenant deux jours à la suite d'une hystérectomie totale réalisée par laparotomie, car elle présentait une masse utérine cancéreuse.

Mme Litman est veuve et vit dans une maison à deux étages qu'elle partage avec sa fille de 48 ans et le mari de cette dernière. Mme Litman est indépendante dans ses activités de la vie quotidienne et sa fille l'assiste pour certaines activités telles que son bain et les repas.

Mme Litman ne s'est pas encore levée depuis sa chirurgie. Étant d'apparence frêle, l'infirmière de soir a transmis comme information au rapport que la patiente semble être à risque de chute et qu'elle ne se sentait pas disposée à la lever la journée suivant sa chirurgie. Puisque la patiente a été admise sur l'étage un vendredi soir à la suite de sa chirurgie qui a eu lieu le matin, elle n'a pas été évaluée par un physiothérapeute, car ces derniers ne travaillent pas la fin de semaine. Afin d'éviter que Mme Litman ne tombe durant la nuit si elle avait besoin d'aller à la toilette, les préposés lui ont mis une culotte d'incontinence avec l'approbation de l'infirmière comme moyen de prévention des chutes. La culotte d'incontinence a été changée une fois durant la nuit par un préposé.

Sandra commence son quart de travail. Elle entre dans la chambre de Mme Litman pour l'évaluer. À première vue, les quatre ridelles du lit sont levées et la culotte d'incontinence est sèche et propre. Ses signes vitaux sont normaux, sa saturation en oxygène est à 100% avec des lunettes nasales offrant de l'oxygène à un débit fixé à 2 litres. Son incision est à l'air libre avec des agrafes et ne présente aucun signe d'infection.

Mme Litman est perfusée au bras droit par un soluté intraveineux au rythme de 80 mL par heure. La sonde urinaire a été retirée à 6 heures du matin par l'infirmière du quart de travail précédant, suivant l'ordonnance du médecin. Lorsque Sandra parle avec Mme Litman, elle constate que sa patiente est souriante et calme. Elle est alerte et orientée dans les trois sphères. Sandra est soulagée de constater que l'état mental de Mme Litman semble stable, malgré son début de trouble neurocognitif majeur.

Madame Litman reçoit une diète liquide au déjeuner qu'elle mange au lit. Elle tolère bien sa diète depuis maintenant deux jours suivant sa chirurgie. Elle n'a pas eu de complications telles que des nausées ou des vomissements à la suite de l'ingestion de liquide. De plus, elle a eu des selles et des gaz depuis sa chirurgie, ce qui démontre un bon retour de son péristaltisme intestinal. Sandra indique à Mme Litman que c'est un bon signe et qu'elle a de bonnes chances de ne pas devoir rester trop longtemps à l'hôpital. Mme Litman lui répond en souriant qu'elle est bien heureuse d'apprendre cette nouvelle, mais qu'elle croit qu'elle a encore besoin de se reposer puisqu'elle vient d'avoir une grosse chirurgie. De plus, elle ajoute qu'elle n'a pas bien dormi hier soir, car sa pompe à intraveineuse a sonné deux fois durant la nuit et pendant longtemps avant qu'une infirmière vienne régler le problème.

À l'évaluation de la douleur, la patiente dit être confortable. Selon la feuille d'administration des médicaments (FADM), la patiente peut recevoir de la morphine 5 mg SC chaque 4 h PRN et une entre dose de 2,5 mg SC chaque 2 h PRN, acétaminophène 1g chaque 6h PRN et ibuprofène 400 mg TID PRN. Selon le rapport, la patiente ne demande toutefois pas beaucoup d'analgésique. Elle n'a pris qu'une seule fois de la morphine 5 mg SC à 18 h hier. Outre les médicaments pour la douleur au besoin, la patiente n'a que des médicaments pour la maladie d'Alzheimer en soirée et du Pantoloc que Sandra lui donne le matin.

Mme Litman ne veut pas trop déranger l'équipe de soins, car elle se sent bien et elle veut se reposer. Elle n'a donc pas rappelé Sandra durant la journée. Sandra a pu

noter que la fille de Mme Litman est arrivée vers 9 h et que celle-ci s'est volontairement chargée de changer la culotte d'incontinence de sa mère à la place des préposées. Sandra remercie la fille de la patiente pour son aide et cette dernière répond : « *Ne vous en faites pas, vous êtes déjà assez occupée comme ça.* » Selon Sandra, Mme Litman est médicalement stable selon son évaluation infirmière et est bien encadrée par sa fille. Elle se sent alors confortable de ne pas trop déranger la patiente, car elle se dit que sa fille va l'appeler au besoin. Elle est d'autant plus soulagée que son quart de travail n'est pas facile ce matin avec sa charge de travail. Sa fille quitte l'hôpital vers l'heure du dîner.

Le lendemain, Sandra a les mêmes patients. Mme Litman est toujours aussi souriante mais semble avoir plus de difficultés à se concentrer. Sandra doit lui répéter trois fois qu'elle a en main ses médicaments avant que celle-ci finisse par les prendre de façon autonome. Sandra a encore une journée occupée et Mme Litman ne demande pas d'aide. La fille de Mme Litman arrive en après-midi vers 15h. Celle-ci se dirige vers le poste des infirmières en panique pour y trouver Sandra. Elle lui dit que sa mère « hallucine que de l'eau coule sur les murs de sa chambre ». Sandra, inquiète et découragée d'apprendre cette nouvelle va rapidement évaluer Mme Litman qui tente au moment même de sortir de son lit par-dessus la ridelle. Sandra conclut, à sa grande déception, que Mme Litman présente un début de symptôme d'ÉCA hyperactif...

Clinical situation

It's 7:30 am on a Sunday morning and Sandra, a nurse from a General Surgery Unit, receives the evening nurse's report about Ms. Litman, an 80-year-old woman who had surgery. She is known for a major neurocognitive disorder classified as mild Alzheimer. She has been hospitalized for two days following a total hysterectomy performed by laparotomy because she had a cancerous uterine mass.

Mrs. Litman is a widow who lives in a two-story house that she shares with her 48-

year-old daughter and the husband of her daughter. Mrs. Litman is independent in her daily activities and her daughter helps her for certain activities such as bathing and meals.

Ms. Litman has not risen yet since her surgery. Given the frail appearance of the patient, the evening nurse reported that the patient appeared to be at risk of falling and that she did not feel ready to lift her up the day after her surgery. Since the patient was admitted to the floor on a Friday night following her surgery in the morning, she was not evaluated by a physiotherapist because they are not available on the weekend. In order to prevent Mrs. Litman from falling during the night if she needed to go to the bathroom, the attendants put her diaper on with the nurse's approval as a means of preventing falls. The diaper was changed once during the night by an attendant.

Sandra begins her shift. She enters Mrs. Litman's room to evaluate her. At first glance, the four sides of the bed are raised, and her diaper is dry and clean. Her vital signs are normal, and her oxygen saturation is 100% with nasal prongs offering oxygen at a rate set at 2L. Her incision present clips open to air. It shows no signs of infection.

Ms. Litman is perfused into the right arm with intravenous fluid at a rate of 80 mL per hour. The urinary catheter was removed at 6:00 am by the nurse from the previous shift, following the doctor's prescription. When Sandra speaks with Mrs. Litman, she finds that her patient is smiling and calm. She is alert and oriented in all three spheres. Sandra is relieved that Ms. Litman's mental state seems stable despite the onset of her major neurocognitive disorder.

Mrs. Litman receives a liquid diet at breakfast, which she eats in bed. She has had no problem adapting to this diet for two days now. She had no complications such as nausea or vomiting as a result of fluid ingestion. In addition, she had bowel movements and gas since surgery, which shows a good return of her intestinal

peristaltism. Sandra tells Ms. Litman that this is a good sign and that she has a good chance of not having to stay too long in the hospital. Mrs. Litman replies with a smile that she is very happy to hear this news, but that she thinks she still needs to rest since she has just had a big surgery. In addition, she says she did not sleep well last night because her IV pump rang twice during the night and for a long time before a nurse came to fix the problem.

During pain assessment, the patient said she was comfortable. According to the Medication Administration Sheet, the patient can receive morphine 5 mg SC every 4 hours PRN and one dose of 2.5 mg SC every 2 hours PRN, acetaminophen 1g every 6h PRN and ibuprofen 400 mg TID PRN. According to the report, however, the patient does not require much pain medication. She took morphine 5 mg SC once at 18:00 yesterday. In addition to medications for pain as needed, the patient receives only medication for Alzheimer's disease in the evening and Pantoloc in the morning.

Mrs. Litman does not want to excessively bother the care team because she feels good and she wants to rest. Accordingly, she did not call Sandra back during the day. Sandra noted that Ms. Litman's daughter arrived around 9:00 am and that she volunteered to change her mother's diaper instead of having it done by the attendants. Sandra thanks the patient's daughter for her help and she responds: "Do not worry, you're pretty busy like that". According to Sandra, Ms. Litman is medically stable according to her nursing assessment and is well supervised by her daughter. Sandra feels comfortable not to disturb the patient too much because she tells herself that Ms. Litman's daughter will call her as needed. Sandra is even more relieved since her shift is not easy this morning because of a heavy workload. The daughter of Ms. Litman left the hospital around dinner time.

The next day, Sandra took care of the same patients. Mrs. Litman was still smiling but seemed to have more trouble concentrating. Sandra had to tell her three times that she has her medicine in her hand before she took it on her own. Sandra still had a busy day and Mrs. Litman did not ask for help. Mrs. Litman's daughter arrived in the

afternoon around 3pm. She went to the nurses' station in panic to find Sandra, telling her that her mother "hallucinates that water runs on the walls of her room". Sandra, worried and discouraged to hear this news, quickly evaluated Mrs. Litman who was trying to get out of bed over the railing. Sandra concluded, much to her disappointment, that Ms. Litman had an early onset of hyperactive delirium symptom

...

Appendice D : Guide de l'animatrice

Plan de formation sur la prévention de l'état confusionnel aigu (ÉCA)

Elisabeth Laughrea, inf., candidate à la maîtrise

Préambule

- But de la formation : Former des infirmières championnes pour prévenir l'ÉCA chez les personnes âgées hospitalisées sur une unité de chirurgie.
- Méthodes pédagogiques :
 - 1) Pratique réflexive selon le modèle de Johns (2006) à la suite d'un témoignage d'un patient sur l'ÉCA par l'intermédiaire d'une vidéo;
 - 2) Pratique réflexive selon le modèle de Johns (2006) à la suite d'une mise en situation clinique en contexte chirurgical.
- Modalités de la formation : Une rencontre en groupe de 3 à 5 personnes offerte à 3 ou 4 reprises pour former un total de 9 à 15 infirmières.
- Clientèle visée : infirmières cliniciennes et techniciennes.
- Durée de la formation : 120 minutes.

Compétences visées:

- Comprendre l'expérience de santé de la personne âgée et de sa famille durant un ÉCA ;
- Prévenir l'état confusionnel aigu grâce à des interventions basées sur des résultats probants ;
- User de *leadership* infirmier afin d'exercer une influence positive auprès de vos collègues sur la prévention de l'ÉCA ;
- Reconnaître l'impact de l'environnement sur la manifestation de l'ÉCA chez les personnes âgées ;
- Collaborer avec la personne âgée et sa famille pour la prévention de l'ÉCA.

Objectifs visés:

- Développer avec les infirmières leur connaissances sur l'expérience de santé de la personne âgée et de la famille durant un ÉCA ;
- Favoriser une perspective humaniste sur l'ÉCA afin de susciter l'intérêt des infirmières à vouloir améliorer leur pratique (facteur facilitant le changement de pratique) ;
- Développer avec les infirmières leurs connaissances sur la prévention de l'ÉCA.

- Sensibiliser les infirmières aux impacts de l'environnement sur la manifestation de l'ÉCA chez les personnes âgées
- Sensibiliser les infirmières aux bénéfices de la collaboration avec la personne âgée et la famille pour la prévention de l'ÉCA

Méthodes pédagogiques : Pratique réflexive en petits groupes à partir du témoignage vidéo d'une personne âgée et de sa famille (volet I) et à partir d'une situation clinique (volet II).

Formation

Introduction (10 min) :

- Remerciements et tour de table.
- Présentation de mon parcours ainsi que de mon intérêt pour les personnes âgées et l'ÉCA.
- Brièvement décrire l'ÉCA

Volet I

Sensibilisation à l'expérience d'un ÉCA pour une personne âgée et sa famille

Méthodes pédagogiques : Pratique réflexive à partir du témoignage vidéo d'une personne âgée et de sa famille

Les informations en italique serviront d'aide-mémoire pour l'animatrice qui enrichira au besoin les échanges et les discussions portant sur les différents thèmes abordés durant la formation.

Activités :

- 1. Échanges sur les conséquences de l'ÉCA (10 min) :** L'ÉCA est une complication de santé et une urgence médicale dont l'incidence est élevée dans notre système de santé. Elle affecterait 30% des personnes âgées dans un contexte hospitalier [75% de ce 30% se trouvent en chirurgie et aux soins

intensifs] (Gouvernement du Québec, 2012). L'infirmière a un rôle important à jouer pour prévenir ce problème de santé.

- **Que connaissez-vous des conséquences de l'ÉCA ?**

1. L'ÉCA engendre beaucoup de détresse au sein du personnel infirmier et diminue la satisfaction au travail (Bélanger et Ducharme, 2011).

2. L'ÉCA engendre beaucoup de détresse chez les familles qui fréquemment ne se sentent pas assez incluses dans les soins et ne comprennent pas la situation (Toye, Matthews, Hill et Maher, 2012).

3. Les personnes âgées en ÉCA sont plus à risque de complications physiques telles que des chutes, des infections, des déficits cognitifs persistant, une immobilisation et même la mort (Holroyd-Leduc, Khandwala et Sink, 2010; Van Meenen, Van meenen De Rooji et Ter Riet, 2014).

4. Les personnes âgées en ÉCA vivent des conséquences psychologiques de l'ÉCA (Bélanger et Ducharme, 2011).

Nous allons maintenant visionner une vidéo portant sur l'expérience d'un patient, hospitalisé à l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal, qui a eu un épisode d'ÉCA ainsi que sur l'expérience de sa femme qui a utilisé des stratégies non pharmacologiques pour diminuer ses symptômes. Je vous laisse d'abord une ou deux minutes pour lire des questions dont nous allons discuter par la suite. Vous pouvez répondre à ces questions durant le visionnement et je vous laisserai un peu de temps après pour terminer.

2. Visionnement de la vidéo intitulée « Une expérience de confusion aiguë : M. Provencher et sa conjointe témoignent » (Bélanger, 2008) (12 min)

S'appuyant sur les modes de savoir et le modèle de Johns (2006), les participantes répondront aux questions suivantes durant le visionnement de la vidéo :

Quels éléments vous semblent les plus significatifs dans ce témoignage ?

Comment le patient et sa femme se sentaient-ils lors de l'épisode d'ÉCA et pourquoi se sentaient-ils ainsi ?

Cette situation semble-t-elle similaire à certaines de vos expériences cliniques antérieures ? Avez-vous des exemples ?

Quelles connaissances ont guidé les professionnels de la santé dans leur façon d'interagir avec le patient ainsi que sa femme ?

Selon vos valeurs, est-ce que les professionnels de la santé ont-ils agi de la meilleure façon envers le patient ainsi que sa femme ?

Avant le visionnement, que saviez-vous sur l'expérience du patient et de la famille durant un épisode d'ÉCA ? Comment percevez-vous l'expérience du patient de la famille maintenant ?

[Laisser du temps après le visionnement pour rédiger la réponse aux questions]

3. Pratique réflexive post-vidéo (20 min) :

- **RETOUR SUR LES QUESTIONS ÉCRITES**
 - Inviter à partager les réponses en groupe

Information sur l'expérience du patient et de la famille dans la vidéo / selon écrits :

Comme il a été démontré dans la vidéo, les personnes âgées peuvent vivre beaucoup de détresse et de honte reliées à la façon dont les professionnels les ont soignées pendant et après l'ÉCA. Elles conservent des souvenirs de la façon dont elles ont été traitées. Elles ne sont pas simplement confuses, mais elles sont aussi conscientes de leurs incohérences, de leur environnement et capables de comprendre des explications. Afin de prévenir ces effets indésirables, il est important de prévenir l'ÉCA (Bélanger et Ducharme, 2011).

Maintenant que nous avons échangé sur l'expérience du patient, nous allons concentrer le reste de la formation sur la prévention de l'ÉCA. Dans la vidéo témoignage, le patient a eu un épisode d'ÉCA engendré par des narcotiques donnés afin de soulager sa douleur (10 minutes) :

- **Personnel :** Comment vous sentez-vous en ce qui concerne le soulagement de la douleur des personnes âgées ?
- **Personnel / empirique :** Quelles connaissances vous influencent dans le soulagement de la douleur chez les personnes âgées en faisant un lien avec l'ÉCA et expliquer comment en vous référant à vos expériences professionnelles ou des connaissances empiriques ?
 - *Selon les études, la douleur des personnes âgées serait souvent sous-traitée pour des raisons telles que les infirmières craignant de rendre le patient confus ou simplement parce que le patient peut lui-même avoir peur des narcotiques. Les études démontrent qu'une personne âgée inadéquatement soulagée de sa douleur est davantage à risque d'ÉCA que celle qui a reçu trop de narcotiques. (Morrison et al., 2003)*
 - *Les infirmières ne peuvent pas prescrire, mais elles sont des membres influents de l'équipe médicale pouvant faire des recommandations pour le soulagement de la douleur.*

➤ *Suggestions infirmières :*

- *Pour un soulagement efficace dans un contexte postopératoire en chirurgie générale (cela ne concerne pas les douleurs neurologiques), il est recommandé de donner de l'acétaminophène de façon régulière aux patients (1 g 4x/jours pour un max de 4 g) ainsi que de l'ibuprofène ou naproxen aux repas pour diminuer les risques de complications, sauf s'il y a des contre-indications. Les anti-inflammatoires non stéroïdiens (ibuprofène et naproxène) sont à utiliser avec précaution car ils comportent des effets indésirables touchant les systèmes digestif (érosion et lésions pouvant causer des saignements) et urinaire (insuffisance rénale) qui sont plus fréquents chez les personnes âgées. Une dose inférieure à celle qui est offerte chez l'adulte est donc recommandée. Exemple : 400 mg d'ibuprofène aux repas, mais maximum 2 fois par jours ou naproxène 250 mg deux fois par jours aux repas. Un médicament freinant les risques d'ulcère d'estomac devrait être ajouté : le plus couramment utilisé dans un contexte de chirurgie est le pantoprazole 40mg IV ou PO.*
- *Si l'acétaminophène ne suffit pas, il est recommandé de donner des narcotiques à une dose 30 à 50% inférieure à celle d'un patient adulte et de l'administrer au besoin.*
- *Morphine :5-10 mg Q 4 h dose normal -> 30 à 50% = 2,5-5mg Q6-8h ou Hydromorphone :1-2 mg Q4h dose normal -> 30-50% 0,5-1 mg Q6-8h*

(Chau, Walker, Pai et Cho, 2008; Falzone, Hoffmann et Keita, 2013; Morrison et al., 2003; Stone et Regier, 2011)

- **Réflexivité : Comment pourriez-vous appliquer votre nouvelle perspective sur l'expérience de la personne âgée et de sa famille et ces informations sur le soulagement de la douleur à votre milieu et influencer vos collègues à prévenir l'ÉCA ?**

Volet II

Réflexion sur une situation clinique

Situation clinique

1. Lecture de la situation clinique à haute voix par l'animatrice ou une participante (10 minutes)

Il est 7h30, un dimanche matin et Sandra, une infirmière d'une unité de soins de chirurgie générale, reçoit le rapport de l'infirmière du soir à propos de Mme Litman, une femme âgée de 80 ans ayant subi une chirurgie. Elle est connue pour un trouble neurocognitif majeur de type Alzheimer léger. Elle est hospitalisée depuis maintenant deux jours à la suite d'une hystérectomie totale réalisée par laparotomie, car elle présentait une masse utérine cancéreuse.

Mme Litman est veuve et vit dans une maison à deux étages qu'elle partage avec sa fille de 48 ans et le mari de cette dernière. Mme Litman est indépendante dans ses activités de la vie quotidienne et sa fille l'assiste pour certaines activités telles que son bain et les repas.

Mme Litman ne s'est pas encore levée depuis sa chirurgie. Étant d'apparence frêle, l'infirmière de soir a transmis comme information au rapport que la patiente semble être à risque de chute et qu'elle ne se sentait pas disposée à la lever la journée suivant sa chirurgie. Puisque la patiente a été admise sur l'étage un vendredi soir à la suite de sa chirurgie qui a eu lieu le matin, elle n'a pas été évaluée par un physiothérapeute, car ces derniers ne travaillent pas la fin de semaine. Afin d'éviter que Mme Litman ne tombe durant la nuit si elle avait besoin d'aller à la toilette, les préposés lui ont mis une culotte d'incontinence avec l'approbation de l'infirmière comme moyen de prévention des chutes. La culotte d'incontinence a été changée une fois durant la nuit par un préposé.

Sandra commence son quart de travail. Elle entre dans la chambre de Mme Litman pour l'évaluer. À première vue, les quatre ridelles du lit sont levées et la culotte d'incontinence est sèche et propre. Ses signes vitaux sont normaux, sa saturation en oxygène est à 100% avec des lunettes nasales offrant de l'oxygène à un débit fixé à 2 litres. Son incision est à l'air libre avec des agrafes et ne présente aucun signe d'infection.

Mme Litman est perfusée au bras droit par un soluté intraveineux au rythme de 80 mL par heure. La sonde urinaire a été retirée à 6 heures du matin par l'infirmière du quart de travail précédant, suivant l'ordonnance du médecin. Lorsque Sandra parle avec Mme Litman, elle constate que sa patiente est souriante et calme. Elle est alerte et orientée dans les trois sphères. Sandra est soulagée de constater que l'état mental de Mme Litman semble stable, malgré son début de trouble neurocognitif majeur.

Madame Litman reçoit une diète liquide au déjeuner qu'elle mange au lit. Elle tolère bien sa diète depuis maintenant deux jours suivant sa chirurgie. Elle n'a pas eu de complications telles que des nausées ou des vomissements à la suite de l'ingestion de liquide. De plus, elle a eu des selles et des gaz depuis sa chirurgie, ce qui démontre un bon retour de son péristaltisme intestinal. Sandra indique à Mme Litman que c'est un bon signe et qu'elle a de bonnes chances de ne pas devoir rester trop longtemps à l'hôpital. Mme Litman lui répond en souriant qu'elle est bien heureuse d'apprendre cette nouvelle, mais qu'elle croit qu'elle a encore besoin de se reposer puisqu'elle vient d'avoir une grosse chirurgie. De plus, elle ajoute qu'elle n'a pas bien dormi hier soir, car sa pompe à intraveineuse a sonné deux fois durant la nuit et pendant longtemps avant qu'une infirmière vienne régler le problème.

À l'évaluation de la douleur, la patiente dit être confortable. Selon la feuille d'administration des médicaments (FADM), la patiente peut recevoir de la morphine 5 mg SC chaque 4 h PRN et une autre dose de 2,5 mg SC chaque 2 h PRN, acétaminophène 1g chaque 6h PRN et ibuprofène 400 mg TID PRN. Selon le

rapport, la patiente ne demande toutefois pas beaucoup d'analgésique. Elle n'a pris qu'une seule fois de la morphine 5 mg SC à 18 h hier. Outre les médicaments pour la douleur au besoin, la patiente n'a que des médicaments pour la maladie d'Alzheimer en soirée et du Pantoloc que Sandra lui donne le matin.

Mme Litman ne veut pas trop déranger l'équipe de soins, car elle se sent bien et elle veut se reposer. Elle n'a donc pas rappelé Sandra durant la journée. Sandra a pu noter que la fille de Mme Litman est arrivée vers 9 h et que celle-ci s'est volontairement chargée de changer la culotte d'incontinence de sa mère à la place des préposées. Sandra remercie la fille de la patiente pour son aide et cette dernière répond : « *Ne vous en faites pas, vous êtes déjà assez occupée comme ça.* » Selon Sandra, Mme Litman est médicalement stable selon son évaluation infirmière et est bien encadrée par sa fille. Elle se sent alors confortable de ne pas trop déranger la patiente, car elle se dit que sa fille va l'appeler au besoin. Elle est d'autant plus soulagée que son quart de travail n'est pas facile ce matin avec sa charge de travail. Sa fille quitte l'hôpital vers l'heure du dîner.

Le lendemain, Sandra a les mêmes patients. Mme Litman est toujours aussi souriante mais semble avoir plus de difficultés à se concentrer. Sandra doit lui répéter trois fois qu'elle a en main ses médicaments avant que celle-ci finisse par les prendre de façon autonome. Sandra a encore une journée occupée et Mme Litman ne demande pas d'aide. La fille de Mme Litman arrive en après-midi vers 15h. Celle-ci se dirige vers le poste des infirmières en panique pour y trouver Sandra. Elle lui dit que sa mère « hallucine que de l'eau coule sur les murs de sa chambre ». Sandra, inquiète et découragée d'apprendre cette nouvelle va rapidement évaluer Mme Litman qui tente au moment même de sortir de son lit par-dessus la ridelle. Sandra conclut, à sa grande déception, que Mme Litman présente un début de symptôme d'ÉCA hyperactif...

4. Pratique réflexive à partir de la situation à l'aide du modèle de Johns (2006) (50 minutes)

Personnel : Comment la situation de Sandra et de madame Litman fait-elle des liens avec vos expériences antérieures?

- *Comment vous sentez-vous lorsque parmi vos patients assignés vous avez des personnes âgées de 75 ans et plus en situation postopératoire ?*
- *Quels facteurs influencent la façon dont vous ou Sandra agissez dans une situation où une personne âgée et frêle vous est affectée en situation postopératoire ?*

Éthique : Dans quelle mesure l'équipe de soins a-t-elle agi pour le mieux envers madame Litman ?

- *Lorsque les PAB ont mis une culotte d'incontinence et monté les ridelles du lit de la patiente pour prévenir les chutes.*
- *Lorsque Sandra n'est pas retournée évaluer et faire des interventions auprès de la patiente, car un membre de la famille prenait soin d'elle.*

Esthétique :

Les préposés aux bénéficiaires et l'infirmière ont décidé de mettre une culotte d'incontinence à la patiente. Quelles sont les conséquences pour la patiente des ridelles levées ainsi que de la culotte d'incontinence ? Est-ce quelque chose de commun sur votre unité ?

Qu'est-ce qui aurait pu être fait à la place ?

Ce geste peut avoir comme conséquence que la patiente peut croire qu'elle doit demeurer au lit puisqu'elle a eu une chirurgie. C'est une fausse croyance, encouragée par son environnement, qui nuit à son autonomie et son rétablissement et qui augmente les risques de l'ÉCA.

Quels facteurs de risque de l'ÉCA vous semblent les plus significatifs dans cette situation et quelles interventions auraient pu être réalisées pour les réduire ?

*Qu'est-ce qui aurait pu être fait en ce qui concerne la **mobilité** de Mme Litman? :*

- *L'immobilité des personnes âgées augmente les risques d'ÉCA. Il est donc important de favoriser l'indépendance du patient en créant un environnement qui promeut les déplacements.*
- *Le premier levé devrait être fait le plus tôt possible. Le premier levé aurait dû être fait le premier jour. Puisque la patiente n'a pas été mobilisée pendant 2 jours, les risques d'ÉCA sont augmentés.*
- *L'infirmière peut elle-même évaluer la mobilité du patient sans attendre le physiothérapeute. L'absence du physiothérapeute n'est pas une raison valable de non-évaluation.*
- *Il faut toujours demander au patient à son admission comment il se déplaçait à la maison (avec assistance, avec une aide technique ou indépendamment) afin d'adapter l'environnement et promouvoir la mobilisation.*
- *Il est important d'offrir de l'enseignement autant au patient qu'à la famille sur les bienfaits de la mobilisation afin de prévenir l'alitement et l'ÉCA.*
- *En plus de prévenir l'ÉCA, une personne âgée qui ne se mobilise pas assez dans un contexte hospitalier peut perdre de 10 à 12% de sa force musculaire en une semaine, et ce surtout au niveau des membres inférieurs, ce qui vient augmenter les risques de déconditionnement (English et Paddon-Jones, 2010).*

*Qu'est-ce qui aurait pu être fait en ce qui concerne **l'hydratation et l'alimentation**?*

- *L'hydratation et une nutrition optimale diminuent les risques d'ÉCA.*
- *La diète liquide est bien tolérée depuis 2 jours. Vous pouvez faire une suggestion auprès de l'équipe médicale d'avancer la diète à des aliments plus consistants ainsi que de retirer la perfusion intraveineuse si le patient boit bien.*
- *La déshydratation augmente les risques de l'ÉCA de façon très importante.*

- *Il faut encourager le patient à boire beaucoup d'eau. Vous pouvez déposer un pichet d'eau à l'arrivée du patient et lui montrer où se trouve la cuisine afin qu'il puisse le remplir lui-même au besoin.*
- *Vous pouvez aussi inviter la famille à participer à la prévention de l'ÉCA en favorisant l'hydratation du patient.*

Qu'est-ce qui aurait pu être changé dans l'**environnement** de Mme Litman?

- *Il faut porter une attention particulière à l'environnement. Dans cette situation, Mme Litman avait une intraveineuse avec une perfusion en continu et des lunettes nasales malgré une saturation en oxygène à 100%.*
- *La diminution du nombre de tubulures imposées au patient aide à prévenir l'ÉCA .*
- *Il faut se questionner sur la pertinence de ces tubulures Si nous favorisons une hydratation adéquate et si le patient est hémodynamiquement stable, il n'a pas nécessairement besoin d'une perfusion intraveineuse particulièrement si sa présence peut favoriser l'apparition d'un ÉCA.*
- *Les tubulures peuvent être une forme de contention et réduire la mobilisation du patient.*
- *De plus, les pompes à perfusion peuvent perturber le sommeil lorsqu'elles sonnent et par leur bruit continu lorsqu'elles sont en marche.*
- *Si la pompe doit être conservée, il est recommandé de ne pas la mettre à la vue du patient afin de diminuer les changements dans l'environnement.*

Qu'est-ce qui aurait pu être fait pour **promouvoir le sommeil** ?

- *Exemple d'interventions : fermer les lumières le soir, ouvrir les lumières le jour, modifier l'heure de l'administration des médicaments pour que cela ne soit pas trop tard pour le patient.*

Non mentionné dans la situation MAIS si un participant amène un de ces éléments :

Appareils auditifs/dentier/lunettes :

- *Il est important de questionner le patient à son arrivée quant à savoir s'il porte normalement un appareil auditif, un dentier ou des lunettes afin de ne pas le priver de ses sens.*
- *La famille peut être invitée à participer.*

Médicaments:

- *Surveiller la présence d'**anticholinergiques** (diminuent les mouvements involontaires) Commun en chirurgie touchant le système urinaire : oxybutynine [Ditropan], belladonna alkaloïde [atropa belladonna] et autre : tiotropium [Spivira] et ipratropium [Atrovent].*
- *ou de **benzodiazepine** (relaxant) Commun en chirurgie : Lorazepam [Ativan], Midazolam [Versed] (en pre/peri-op), Oxazepam [Serax], Diazepam [Valium] (pour sevrage).*

(American Geriatric Society, 2014; Inouye, Westendorp et Saczynski, 2014; Halloway, 2014; Holt, Young et Heseltine, 2013; Martinez, Tobar, Bedding, Vallejo et Fuentes, 2012 ; Martinez, Tobar et Hill, 2015 ; Wand, Thoo, Ting, Baker et Hunt, 2013).

Réflexivité :

Que connaissez-vous de la relation entre les troubles neurocognitifs majeurs et l'ÉCA?

Les personnes âgées souffrant de troubles neurocognitifs majeurs sont plus prédisposées à avoir un ÉCA en milieu hospitalier (atteinte cognitive = facteur prédisposant). L'ÉCA chez une personne âgée non traitée rapidement peut engendrer comme conséquence une atteinte cognitive irréversible ou une

accélération du processus du trouble neurocognitif majeur. Ce sont donc deux problèmes de santé interreliés et des mesures préventives doivent être mises en place rapidement.

La stimulation cognitive est une stratégie efficace pour prévenir une détérioration cognitive à la fois chez les personnes ayant un début de trouble neurocognitif majeur chez les personnes âgées en général. Celle-ci peut se faire de différentes façons : prendre le temps d'avoir une courte conversation avec la patiente sur ses intérêts à chaque fois que vous entrez dans la chambre (sujets autres que l'hospitalisation), s'assurer d'avoir un bon contact visuel avec le patient et parlez clairement, mentionnez vos interventions, inviter la famille à être présente, encourager la patiente à faire des activités (lire, sudoku, mots croisés).

(Inouye et al., 2014)

Quel est le rôle de la famille selon vous dans la prévention de l'ÉCA durant une hospitalisation ?

Comment Sandra aurait pu intégrer davantage la fille de Mme Litman dans les soins afin de prévenir l'ÉCA?

Les familles sont des ressources importantes et souvent peu intégrées aux soins. Les études démontrent qu'elles VEULENT et PEUVENT contribuer efficacement à la prévention et la prise en charge de l'ÉCA et que cela permettrait aussi de diminuer leurs sentiments d'impuissance et de détresse (Bull, Boaz et Sjostedt, 2014)

Afin de prévenir l'ÉCA, il a été démontré par l'étude de Martinez et al. (2012) que fournir des renseignements à la famille sur ce problème de santé et sur des méthodes simples de prévention était utile.

Vous pouvez demander à la famille de :

- *réorienter le patient en apportant un calendrier et une horloge à son chevet*

- *Assurer l'optimisation des sens (lunettes, prothèse dentaire, appareils auditifs)*
- *Stimuler cognitivement le patient en parlant d'évènements récents*
- *Apporter des objets familiers dans la chambre.*
- *Encourager les visites (l'étude demandait 5h/jours)*

Les résultats de cette étude démontrent qu'appliquer cette intervention dans un centre hospitalier a permis de diminuer plus de la moitié des cas d'incidence de l'ÉCA (13,3% à 5,6%).

Si une telle situation se présentait dans votre pratique, quels changements apporteriez-vous à votre pratique afin de mieux répondre aux besoins des personnes âgées à risque d'ÉCA ?

Quels facteurs sont des contraintes à l'adaptation d'une approche préventive de l'ÉCA dans votre milieu de soins ?

- **Mobilisation**
- **Environnement / appareils auditifs/dentiers/lunettes**
- **Hydratation / Alimentation**
- **Soulagement de la douleur / médicaments**
- **Intégration de la famille**
- **Sommeil**

Comment pourriez-vous influencer vos collègues à mieux prévenir l'ÉCA ?

Qui ?

- *Infirmières : prévention, intégration de la famille et expérience du patient.*
- *Médecin (suggestion de la part de l'infirmière) : évoluer la diète du patient (NPO < Diète liquide clair < Diète semi-liquide < Diète normale), favoriser un soulagement de la douleur sécuritaire et diminuer le nombre de tubulures rattachées au patient.*
- *Préposés aux bénéficiaires : promotion du sommeil, alimentation/hydratation, l'environnement (culotte d'incontinence, les quatre ridelles de lit levées...) et interaction sécuritaire avec une personne ayant un trouble neurocognitif majeur.*

- *Gestionnaire : suggérer de déplacer les personnes âgées dans des chambres proches du poste des infirmières.*
- *Partenariat avec la personne âgée et la famille : faire de l'enseignement au patient et à la famille pour favoriser leur participation active aux soins. Un patient bien informé sur les meilleures pratiques aura tendance à recevoir des soins de plus grande qualité en influençant positivement les professionnels de la santé (Coulter et Ellins, 2007).*

Comment ?

- *Exercer une pratique exemplaire sur l'unité de soins influencera indirectement vos collègues.*
- *Prenez l'initiative de remettre en question une prise en charge médicale et des soins offerts à une personne âgée qui vous semble inadéquate et émettre des suggestions afin de l'améliorer.*
- *Coaching : aidez une collègue soignant une ou plusieurs personnes âgées en lui posant des questions sur des facteurs essentiels à la prévention de l'ÉCA dans le but d'amener la personne à améliorer et changer sa pratique.*
- *Consultation : partagez vos connaissances sur l'ÉCA avec vos collègues en vous référant au besoin à l'aide-mémoire qui vous sera remis afin de les inspirer à améliorer leur pratique.*
- *Mentor : aidez une collègue qui demande du soutien dans ses soins en apportant vous-même des modifications au plan de soins, à l'environnement du patient ou en faisant de l'enseignement au patient et à la famille, pour ensuite expliquer à la collègue votre raisonnement sous-jacent afin de l'aider à améliorer sa pratique et exercer une pratique exemplaire.*
- *Modifier le PTI (plan de traitement infirmier)*
- *S'assurer que les signes AINÉE (Autonomie/mobilité, Intégrité de la peau, Nutrition/hydratation, Élimination, État cognitif/comportement/communication et Sommeil) soit évalués et assurer un suivi.*

Où ?

- *Le rapport infirmier est un bon moment pour se poser des questions et explorer la façon dont les soins sont organisés autour des patients :*
 - *Si un problème est identifié, vous pouvez le mentionner et suggérer une offre alternative de soins aux personnes âgées afin de mieux prévenir un ÉCA (une critique doit toujours être constructive)*
- *Une critique constructive et des suggestions d'amélioration concernant une personne spécifique devraient être offertes en privé afin de respecter la personne concernée*
- *Une suggestion d'amélioration concernant plus d'un patient et qui serait bénéfique et constructive pour l'ensemble du personnel soignant peut être partagée ouvertement dans la station des infirmières*

Est-ce selon vous des interventions faciles à intégrer dans votre charge de travail ?

Qu'avez-vous appris de plus significatif sur l'ÉCA durant les dernières heures ?

Références du guide de l'accompagnatrice

American Psychiatric Association. (2015). *DSM-5 Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Paris : Elsevier Masson.

Bélanger, L. (2008). *Une expérience de confusion aiguë : M. Provencher et sa conjointe témoignent. Document audiovisuel*. Montréal : Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal.

Bélanger L. et Ducharme, F. (2011). Patients' and nurses' experiences of delirium: A review of qualitative studies. *Nursing in Critical Care*, 16(6), 303-315.

Bull, M.J., Boaz, L, et Sjostedt, J.M. (2014). Family caregivers's knowledge of delirium and preferred modalities for receipt of information. *Journal of Applied Gerontology*, 1-15.

Chau, D.L., Walker, V., Pai, L., et Cho, L.M. (2008). Opiates and elderly : Use and side effects. *Clinical Interventions Imaging*, 3(2), 273-278.

Coulter, A. et Ellins, J. (2007). Effectiveness of strategies for informing, educating, and involving patients. *British Medical Journal*, 335(24), 24-27.

English, K.L. et Paddon-Jones, D. (2010). Protecting muscle mass function in older adults during bed rest. *National Institute of Health*, 13(1), 34-39.

- Falzone, E., Hoffman, C. et Keita, H. (2013). Postoperative analgesia in elderly patients. *Drug & Aging*, 30(2), 81-90.
- Gouvernement du Québec. (2012). *Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier - état cognitif délirium*. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2012/12-830-08W.pdf>
- Halloway, S. (2014). A family approach to delirium: A review of the literature. *Aging Mental Health*, 18(2), 129-139.
- Holt, R., Young, J. et Heseltine, D. (2013), Effectiveness of a multi-component intervention to reduce delirium incidence in elderly care wards. *Age and Ageing*, 42, 721-727.
- Holroyd-Leduc, J.M., Khandwala, F. et Sink K.M. (2010). How can delirium best be prevented and managed in older patients in hospital? *Canadian Medical Association Journal*, 182(5), 465-470.
- Inouye, S.K., Westendorp, R.G. et Saczynski, J.S. (2014). Delirium in elderly people. *The Lancet*, 383, 911-922.
- Johns, C. (2006). *Engaging reflection in practice*. Oxford: Blackwell publishing.
- 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(5), 629-634
- Martinez, F., Tobar C. et Hill N. (2015). Preventing delirium: Should non-pharmacological, multicomponent intervention be used? A systematic review and meta-analysis of the literature. *Age and Ageing*, 22, 196-204.

- Morrison, R.A., Magaziner, J., Gilbert, M., Koval, K.J., McLaughlin, A.A., Orosz, G., ... Siu, A.L. (2003). Relationship between pain and opioid analgesics on the development of delirium following hip fracture. *The Journals of Gerontology*, 58(1), 76-81.
- Stone, S. et Regier, L. (2011). *Opioids for chronic non-cancer pain (CNCP) management in elderly*. Repéré à <http://www.rxfiles.ca/rxfiles/uploads/documents/Opioids-Pain-ELDERLY-QandA.pdf>
- Toye, C., Matthew, A., Hill, A. et Maher, S. (2012). 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.
- Van Meenen, L.C.C., Van Meenen, D.M.P., De Rooji, S.E. et Ter Riet, G. (2014). Risk prediction models for postoperative delirium: A systematic review and meta-analysis. *The American Geriatrics Society*, 62(12), 2383-2390
- Wand, A.P.F., Thoo, W., Sciuriaga, H., Ting, V., Baker, J. et Hunt, G. (2013). A multifaceted education intervention to prevent delirium in older inpatients: A before and after study. *International Journal of Nursing Studies*, 51(7), 974-982.

Appendice E : Évaluation de la formation

ÉVALUATION DE LA FORMATION

Titre de l'activité éducative : Activité de pratique réflexive sur la prévention de l'état confusionnel aigu chez les personnes âgées

Date (s) : septembre 2017 à février 2018

Les objectifs d'apprentissage	Maîtrise de l'objectif avant la formation (0 à 10)	Maîtrise de l'objectif après la formation (0 à 10)
Comprendre l'expérience de santé de la personne âgée et de la famille durant un ÉCA.		
Prévenir l'état confusionnel aigu grâce à des interventions basées sur des résultats probants.		
Faire preuve de <i>leadership</i> infirmier en exerçant une influence positive auprès de ses collègues sur la prévention de l'ÉCA.		
Reconnaître l'impact de l'environnement sur la manifestation de l'ÉCA chez les personnes âgées		
Collaborer avec la personne âgée et la famille pour la prévention de l'ÉCA		

Sur une échelle de 1 à 4, indiquez jusqu'à quel point les énoncés suivants sont vrais pour vous.

1 : Très incorrect	3 : Correct
2 : Incorrect	4 : Très correct

Adaptation de : Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, CHUM et McGill (2006). *Guide de gestion de la formation des organisations de santé de services sociaux*. Montréal

L'approche pédagogique					
Les contenus de l'activité éducative sont pertinents.	1	2	3	4	N/A
Les présentations des contenus ont favorisé mes apprentissages (PowerPoint, multimédia, audio, vidéo, etc.).	1	2	3	4	N/A
Les activités pédagogiques (exercices, discussion, études de cas, etc.) ont facilité mes apprentissages.	1	2	3	4	N/A
Il y a interaction entre les participantes pour au moins 25 % de la durée de l'activité.	1	2	3	4	N/A
Les échanges entre les participantes ont été utiles.	1	2	3	4	N/A
Le rythme de l'activité a été adéquat.	1	2	3	4	N/A
Le matériel pédagogique utilisé a été utile.	1	2	3	4	N/A
Le formateur (conférencier, animateur, professeur)					
Maîtrise le sujet enseigné.	1	2	3	4	N/A
A suscité mon intérêt.	1	2	3	4	N/A
A donné des explications compréhensibles.	1	2	3	4	N/A
A fourni des exemples éclairants.	1	2	3	4	N/A

A été à l'écoute des participantes.	1	2	3	4	N/A
L'environnement					
Les locaux et les équipements utilisés sont adéquats.	1	2	3	4	N/A
La composition du groupe est adéquate.	1	2	3	4	N/A
Le climat au sein du groupe a favorisé mes apprentissages.	1	2	3	4	N/A
L'horaire prévu a été respecté.	1	2	3	4	N/A
L'évaluation globale					
La formation que je viens de suivre sera très utile à mon travail.	1	2	3	4	N/A
L'activité respectait-elle le <i>Guide éthique de la formation continue de la Faculté des sciences infirmières</i> ? Oui ou non? Si oui, expliquer comment? SVP, lire le texte au verso de cette page.					
Avez-vous l'impression qu'il y avait un biais commercial durant l'activité éducative? Oui ou non? Si oui, expliquer comment? SVP, lire le texte au verso de cette page.					
Qu'est-ce qui a été le plus utile pour moi dans cette formation?					

Comment cette activité éducative pourrait-elle être améliorée pour la rendre plus utile pour moi?
Autres commentaires

Le conférencier, l'animateur ou le professeur

À partir des objectifs d'apprentissage ou des compétences visées, la personne ressource nommée conférencier, professeur ou animateur d'un atelier, élabore le contenu de l'activité de formation continue, identifie les méthodes pédagogiques et les activités d'apprentissage, crée le matériel didactique, anime l'activité, évalue les apprentissages et compile les évaluations des compétences et/ou de la satisfaction des participantes à l'activité éducative.

Règles et responsabilités éthiques :

La personne ressource agit avec loyauté et honnêteté.

Elle avise le comité organisateur de l'activité éducative et les participantes, de toute alliance, affiliation ou de tout soutien financier ayant un lien avec le contenu de l'activité et ce, pour une période antérieure de 2

ans. À cet effet, elle remplit le Formulaire de divulgation de conflits d'intérêts potentiels (voir à la dernière page de ce document).

Elle évite de transmettre - aux personnes en formation - des informations visant à les faire adhérer à des organisations, des associations ou autres.

Elle tient à jour ses compétences et ses méthodes d'enseignement.

Elle présente un contenu valide qui s'appuie sur les plus récentes données probantes.

Elle ne doit pas utiliser le contenu de formation appartenant à un autre auteur à moins d'une autorisation écrite de sa part.

Si des produits ou services sont mentionnés, elle démontre un contenu équilibré entre différents produits pharmaceutiques, médicaux ou autres disponibles sur le marché.

Les médicaments sont exposés selon leur version générique et non avec leur nom commercial.

La personne ressource conçoit des outils didactiques exempts d'éléments promotionnels reliés au contenu de l'activité éducative.

Elle tient compte de l'élément suivant : le logo d'une l'entreprise subventionnaire ainsi que son nom (en lettres) sont prohibés dans tous les documents connexes (fiche d'inscription, présentation PowerPoint, cahier d'apprentissage, etc.) à l'activité éducative.

Elle consent à des honoraires reconnus comme acceptables par le comité organisateur de l'activité. Elle accepte d'être remboursée pour les frais de déplacement, de repas et d'hébergement et ce, selon des montants reconnus comme acceptables par le comité organisateur de l'activité.

En plus de sa rémunération, elle n'accepte aucun avantage personnel, tels un gain financier, un cadeau, un privilège ou une reconnaissance professionnelle.

La personne ressource s'abstient d'utiliser des méthodes sournoises de concurrence ou de sollicitation.

Elle vérifie si le contenu de la publicité destinée à l'activité qu'elle va animer est exact.

Elle évite toute activité de promotion d'un service ou d'un produit dissimulée sous l'apparence d'une activité de formation continue.

La participante

La participante est une infirmière inscrite au Tableau de l'OIIQ. Elle respecte la nouvelle norme professionnelle intitulée *La formation continue pour la profession infirmière au Québec*.

Règles et responsabilités éthiques :

La participante est à l'affût de tout conflit d'intérêts réel ou potentiel relié à l'activité éducative.

Elle inscrit sur le formulaire d'évaluation tout conflit d'intérêts possible.

Elle acquitte les frais reliés aux activités sociales ou autres proposées dans l'activité éducative.

Afin de participer à une activité éducative, elle évite de demander une aide financière — pour elle-même — à une entreprise commerciale.

Une subvention pour participer à une activité éducative peut être acceptée à condition que cette contribution pécuniaire soit obtenue par la Direction des soins infirmiers (DSI) ou le Comité des infirmières et infirmiers (CII) et qu'elle soit associée à un processus de sélection rigoureux des participantes.

La participante peut, toutefois, recevoir une compensation financière (frais de déplacement ou repas) dans le cadre d'une formation associée à un projet de recherche.

Appendice F : Brochure

Prévention de l'état
confusionnel aigu (*délirium*)

Soins adaptés
aux personnes âgées



Elisabeth Laughrea, 2018
Inf., B.Sc., M.Sc. (c)
Université de Montréal

L'ÉTAT CONFUSIONNEL AIGU (ÉCA)

Critères diagnostiques selon le DSM 5²

<p>1. Altération de l'état de conscience</p>
<p>2. Modification du fonctionnement cognitif (mémoire, orientation, langage) OU Perturbation des perceptions (hallucinations)</p>
<p>3. Manifestation soudaine et évolution fluctuante au cours de la journée</p>

Physiopathologie

Le vieillissement engendre plusieurs changements physiologiques chez les personnes âgées, notamment au niveau des cellules nerveuses du cerveau. Le nombre de **neurotransmetteurs diminue** avec l'âge. Ces personnes deviennent alors plus vulnérables aux modifications de l'environnement et plus à risque de complications telles que l'ÉCA.¹⁷

Statistiques

L'ÉCA est une urgence médicale qui affecte **30%** des personnes de 70 ans et plus dans un contexte hospitalier au Québec. **75%** de ces patients se trouvent dans une unité de chirurgie ou de soins intensifs.⁸

30 à 40% des cas d'ÉCA chez les personnes âgées dans un contexte hospitalier auraient pu être prévenus si une prise en charge adaptée à cette clientèle avait été mise en action par les professionnels de la santé.¹¹

Prévention de l'état confusionnel aigu

Intégration de la famille

Selon l'étude de Martinez, Tobar, Beddings, Vallejo et Fuentes (2012), le fait d'intégrer la famille dans la prévention de l'ÉCA a significativement diminué l'incidence de cette complication d'environ 60%.¹⁴

- Faire de l'enseignement à la famille et au patient sur l'ÉCA à l'admission et en pre-opératoire.
- Inviter la famille à participer aux soins pour prévenir l'ÉCA :
 - o Réorienter le patient :
 - Mentionner la date et l'heure au patient;
 - Apporter un calendrier et une horloge au chevet.
 - o Optimiser les sens du patient :
 - Assurer le port des lunettes, prothèses dentaires et appareils auditifs.
 - o Simuler cognitivement le patient :
 - Parler d'évènements récents;
 - Activité sociale.
 - o Modification de l'environnement :
 - Apporter un objet familier dans la chambre.
- Encourager une présence importante de la famille.
 - o 5h de visite par jour.

Prévention de l'état confusionnel aigu

L'environnement ^{10,13,18}

Dormir durant la journée est associé à un plus grand risque de complications cognitives ainsi que de déclin fonctionnel chez les personnes âgées.⁶

Optimisation du sommeil :

- Ouvrir les rideaux ou allumer les lumières durant la journée;
- Favoriser la mobilisation durant la journée;
- Diminuer la lumière ainsi que les sources de bruits en soirée,
- Modifier les heures d'administration de médicaments pour favoriser le sommeil .

Diminution des tubulures et appareils médicaux rattachés au patient

- Évaluer la pertinence de conserver la perfusion intraveineuse (IV) en continu, la sonde urinaire et l'oxygénothérapie;
- Faire une suggestion infirmière à l'équipe médicale pour cesser ce qui vous semble non pertinent;
- Dissimuler la pompe de perfusion IV ou mettre tout autre appareil hors de la vue du patient.

Optimisation des sens :

- À son admission, informez-vous si le patient porte une prothèse dentaire, des lunettes ou un appareil auditif.
 - o Ajouter l'information sur le tableau blanc au chevet du patient pour assurer le suivi ;
 - o Inviter la famille à participer. **[Intégration de la famille aux soins]**

Prévention de l'état confusionnel aigu

Mobilisation

- Promouvoir l'indépendance du patient.
- Faire de l'enseignement au patient et à sa famille sur l'importance de se mobiliser : sinon, risque d'ÉCA

*Une personne âgée qui ne se mobilise pas perd de **10 à 12%** de sa force musculaire **par semaine** et ce surtout au niveau des membres inférieurs.⁵*

- Évaluer le patient à son arrivée quant à ses fonctions motrices habituelles :
 - o Noter l'information au dossier et l'ajouter sur le tableau blanc au chevet du patient pour assurer le suivi.
- Faire asseoir le patient à sa chaise à chaque repas
- Inviter la famille à marcher avec le patient pour prévenir l'ÉCA. **[Intégration de la famille aux soins]**

L'hydratation et la nutrition

Une personne âgée a une sensation de soif diminuée¹²

- Encourager le patient à boire beaucoup.
 - o Ajouter sur le tableau blanc au chevet du patient.
- S'assurer que le patient ait toujours de l'eau à son chevet.
- Présenter la cuisine familiale du département au patient et à sa famille pour qu'ils puissent y prendre de l'eau.
- Inviter la famille à participer à la prévention de l'ÉCA en favorisant l'hydratation du patient **[Intégration de la famille aux soins]**
- Assurer un suivi de la progression rapide de la diète post-opératoire selon les recommandations du programme *enhanced recovery after surgery (ERAS)*.

Prévention de l'état confusionnel aigu

Le soulagement de la douleur ^{7,15,16}

La douleur des personnes âgées est souvent sous-traitée. Une douleur non soulagée augmente les risques d'ÉCA. ¹⁵

Contexte post-opératoire de chirurgie générale.

- Réévaluer la douleur plus fréquemment, q2h.
- Faire des suggestions infirmières pour assurer le confort du patient :

Tylenol [Acétaminophène]	Régulier : 1g QID (max 4g)
*Advil [Ibuprofen] -- ou -- Naproxen [Naprosyn]	Régulier : 400mg BID aux repas -- ou -- Régulier : 250-375 BID aux repas

- Il est recommandé de débiter l'administration de narcotiques à une dose de **50 à 70%** de la dose normale donnée à un adulte et d'augmenter les intervalles entre les doses.

Opioïde**	Dose normale adulte	Dose personne âgée
Morphine PO	5-10 mg q4h	2,5-5mg q6-8h
Dilaudid PO [Hydromorphone]	1-2mg q4h	0,5-1mg q6-8h

*** Risque de saignements gastriques et d'insuffisance rénale**

**** Portez une attention particulière à la**

Prévention de l'état confusionnel aigu

La Polymédication

Un ajout rapide de 3 nouveaux médicaments dans la liste de médicaments du patient augmente les risques d'ÉCA. ^{1,11}

- Comparer la liste de médicaments du patient de l'hôpital à celle de la maison.

- o Faire une suggestion infirmière pour faire cesser les médicaments qui semblent inutiles.

- Prévenir l'utilisation d'**anticholinergiques**.

- o *Fonction* : diminue les mouvements involontaires.

- o Exemple :

- Oxybutynine [Ditropan], Belladonna Alkaloïde, Spiriva [Tiotropium], Atrovent [Ipratropium] et Scopolamine, Glycopyrrolate.

- Prévenir l'utilisation de **benzodiazepines**.

- o *Fonction* : Relaxant.

- o Exemple :

- Ativan [Lorazepam], Versed [Midazolam], Serax [Oxazepam], Valium [Diazepam], Xanax [Alprazolam] et Klonopin [Clonazepam].

Prévention de l'état confusionnel aigu

Spécificités chez les personnes vivant avec la maladie d'Alzheimer ou une affection connexe

Les patients souffrant de la maladie d'Alzheimer ou d'une affection connexe sont prédisposés à avoir un ÉCA en milieu hospitalier. L'ÉCA chez ces personnes âgées qui n'est pas traité rapidement peut engendrer comme conséquence une atteinte cognitive irréversible ou une accélération du processus de la maladie d'Alzheimer. Ce sont donc deux problèmes de santé interreliés et des mesures préventives doivent être mises en place rapidement.¹¹

- Déterminer l'état mental du patient à son arrivée comme valeur de référence afin d'identifier rapidement un début d'ÉCA.
 - Documenter le **CAM** à tous les quarts de travail.
- Appliquer les interventions de prévention mentionnées dans ce guide :
 - **environnement, mobilisation, hydratation et nutrition, soulagement de la douleur et intégration de la famille.**
- Communiquer calmement et lentement avec le patient :
 - Posez des questions à réponses courtes;
 - Diminuez les stimuli environnementaux;
 - Conservez un contact visuel avec le patient.
- Utiliser la stimulation cognitive :
 - Initier une courte conversation avec le patient sur ses intérêts chaque fois que vous entrez dans la chambre;
 - Proposer des activités, par exemple, de la lecture, casse-tête, Sudoku ou mots croisés;
 - Inviter la famille à participer. *[intégration de la famille]*

Expérience du patient Durant un épisode d'ÉCA^{3,4}

Un patient en ÉCA n'est pas simplement confus, il est aussi conscient de son incohérence, de son environnement et il est capable de comprendre des explications. Il conserve des souvenirs de la façon dont il a été traité par l'équipe de soins.^{3,4}

- Être réceptif à leur peur, frustration, détresse et honte.
- Pour diminuer l'agitation :
 - Expliquer la situation au patient :
 - Légitimer l'expérience du patient;
 - Ramener le patient à la réalité si cela ne provoque pas de détresse supplémentaire;
 - Expliquer la cause de sa confusion.
 - Réorienter régulièrement (temps, espace et personne) :
 - Modifier régulièrement l'information sur le tableau blanc au chevet du patient.
 - Assurer une présence plus constante du personnel soignant.
 - Assurer une présence plus constante de la famille. *[intégration de la famille]*
 - Écouter les besoins du patient plutôt que lui imposer des limites en raison de sa confusion.
 - Éviter ou diminuer l'usage des contentions physiques et chimiques.
 - Communiquer calmement et lentement avec le patient :
 - Le niveau d'attention est diminué durant un ÉCA.2
- Mobiliser toutes les interventions de prévention mentionnées dans ce guide afin de favoriser une diminution des symptômes ainsi que de la durée de l'ÉCA :
 - **environnement, mobilisation, hydratation et nutrition, soulagement de la douleur, stimulation cognitive, polymédication et intégration de la famille.**

Références

1. American Geriatric Society (2014). Clinical practice guidelines for postoperative delirium in older adults. *Geriatric Healthcare Professional*, 1-41. Repéré à <https://geriatricscareonline.org/ProductAbstract/american-geriatrics-society-clinical-practice-guideline-for-postoperative-delirium-in-older-adults/CL018>
2. American Psychiatric Association. (2015). *DSM-5 Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Paris : Elsevier Masson.
3. Bélanger, L. (2008). *Une expérience de confusion aiguë : M. Provencher et sa conjointe témoignent. Document audiovisuel*. Montréal : Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal.
4. Bélanger L. et Ducharme, F. (2011). Patients' and nurses' experiences of delirium: A review of qualitative studies. *Nursing in Critical Care*, 16(6), 303-315.
5. English, K.L. et Paddon-Jones, D. (2010). Protecting muscle mass function in older adults during bed rest. *National Institute of Health*, 13(1), 34-39.
6. Dzierzewski, J.M., Fung, C.H., Jouldjian, S., Alessi, C.A., Irwin, M.R., et Martin, J.L. (2014). Decreased daytime sleeping is associated with improved cognition following hospital discharge in older adults. *Journal of American Geriatric Society*, 62(1), 47-53.
7. Falzone, E., Hoffman, C., et Keita, H. (2013). Postoperative analgesia in elderly patients. *Drug & Aging*, 30(2), 81-90.
8. Gouvernement du Québec. (2012). *Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier - état cognitif délirium*. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2012/12-830-08W.pdf>
9. Halloway, S. (2014). A family approach to delirium: a review of the literature. *Aging Mental Health*, 18(2), 129-139.
10. Holt, R., Young, J., et Heseltine, D. (2013). Effectiveness of a multi-component intervention to reduce delirium incidence in elderly care wards. *Age and Ageing*, 42, 721-727.
11. Inouye, S.K., Westendorp, R.G., et Saczynski, J.S. (2014). Delirium in elderly people. *The Lancet*, 383, 911-922.
12. Kenney, W.L., et Chiu, P. (2001). Influence of age on thirst and fluid intake. *Medicine and Science in Sports and Exercises*, 33(9), 1524-1532.
13. 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(5), 629-634
14. Matinez, F., Tobar C., et Hill N. (2014). Preventing delirium: Should non-pharmacological, multicomponent intervention be used? *A systematic review and meta-analysis of the literature*. *Age and Ageing*, 22, 196-204.
15. Morrison, R.A., Magaziner, J., Gilbert, M., Koval, K.J., McLaughlin, A.A., Orosz, G., ... Siu, A.L. (2003). Relationship between pain and opioid analgesics on the development of delirium following hip fracture. *The Journals of Gerontology*, 58(1), 76-81.
16. Stone, S. et Regier, L. (2011). *Opioids for chronic non-cancer pain (CNCP) management in elderly*. Repéré à <http://www.rxfiles.ca/rxfiles/uploads/documents/Opioids-Pain-ELDERLY-QandA.pdf>
17. Voyer P. (2006). *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie*, 2ième Ed. Montréal: ERPI.
18. Wand, A.P.F., Thoo, W., Sciuriaga, H., Ting, V., Baker, J., et Hunt, G. (2013). A multifaceted education intervention to prevent delirium in older inpatients: A before and after study. *International Journal of Nursing Studies*, 51(7), 974-982.

Prevention of delirium

Older adult care



Elisabeth Laughrea, 2018
Inf., B.Sc., M.Sc. (c)
Université de Montréal

DELIRIUM

Diagnostic criteria according to the DSM 5²

<p style="font-size: 2em; margin: 0;">1.</p> <p style="margin: 0;">Altered state of consciousness</p>
<p style="font-size: 2em; margin: 0;">2.</p> <p style="margin: 0;">Changes to cognitive functioning (memory, orientation, language) OR Disturbance of perceptions (hallucinations)</p>
<p style="font-size: 2em; margin: 0;">3.</p> <p style="margin: 0;">Sudden manifestation of symptoms and fluctuating evolution during the day</p>

Pathophysiology

Aging causes several physiological changes in older adult of 70 years and over, particularly in the nerve cells of the brain. The number of neurotransmitters decreases with age. These people then become more vulnerable to environmental changes and more at risk for complications such as delirium.¹⁷

Statistics

Delirium is a medical emergency that affects 30% of people aged 70 and over in a hospital setting in Quebec; 75% of these patients receive care on a surgical or intensive care unit.⁸

30 to 40% of delirium cases involving older people in a hospital could have been prevented if care had been adapted to this clientele by healthcare professionals.¹¹

Prevention of delirium Engaging the family^{9,14}

According to Martinez, Tobar, Beddings, Vallejo and Fuentes's (2012) study, engaging the family in the prevention of delirium significantly reduced the incidence of this complication by about 60%.¹⁴

- Teach the family and the patient about delirium at admission and prior to surgery and reinforce it.
- Invite the family to participate in care to prevent delirium.
 - o Reorient the patient:
 - Mention the date and time to the patient;
 - Bring a calendar and a bedside clock.
 - o Optimize the senses of the patient:
 - Ensure the wearing of glasses, dentures and hearing aids.
 - o Cognitively simulate the patient:
 - Talk about recent events;
 - Social activity.
 - o Change the environment:
 - Bring a familiar object into the room.
- Encourage a significant presence of the family.
 - o 5h of visiting time per day.

Prevention of delirium The environment^{10,13,18}

Daytime sleeping is associated with a higher risk of cognitive complication and functional decline in older adults.⁶

Sleep optimization :

- Open the curtains or turn on the lights during the day;
- Promote mobilization during the day;
- Reduce light and noise in the evening;
- Change times of medication administration to promote sleep.

Decrease the number of tubing and medical devices attached to the patient :

- Assess the appropriateness of maintaining continuous intravenous (IV) infusion, urinary catheter and oxygen therapy;
- Make a nursing suggestion to the medical team to stop what seems irrelevant;
- Hide the infusion IV pump or put any device out of sight of the patient.

Optimizing the senses :

- Upon admission, find out if the patient wears dentures, glasses or hearing aids.
 - Add information on the whiteboard at the bedside for follow-up;
 - Invite the family to participate. *[Engaging the family]*

Prevention of delirium Mobilization^{10, 13, 18}

- Promote patient independence.
 - Educate the patient and family about the importance of mobilization to prevent delirium.

An older person who does not mobilize loses 10 to 12% of her/his muscular strength per week, especially in the lower limbs.⁵

- Evaluate the mobility of patient upon arrival to know her/his baseline:
 - Record information in the chart and add it to the whiteboard at the bedside for follow up.
- Make sure that the patient sits in her/his chair at each meal.
- Invite the family to walk with the patient to prevent delirium. *[Engaging the family]*

Hydration and nutrition

The feeling of thirst tends to diminish in an older person.¹²

- Encourage the patient to drink.
 - Add information on the whiteboard at the bedside.
- Make sure the patient always has water at his bedside.
- Show the departmental family kitchen to the patient and her/his family so that they can access water.
- Invite the family to participate in delirium prevention by ensuring the hydration of the patient. *[Engaging the family]*
- Ensure the rapid progression of the post-operation diet according to Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) recommendations.

Prevention of delirium Pain relief^{7,15,16}

The pain of older people is often undertreated. Unrelieved pain increases the risk of delirium.¹⁵

Post-operation context of a general surgery.

- Re-evaluate the pain more frequently, q2h.
- Make suggestions to the medical team to ensure adequate pain management:

Tylenol [Acétaminophen]	Regular : 1g QID (max 4g)
*Advil [Ibuprofen] -- or -- Naproxen [Naprosyn]	Régulier : 400mg BID with meals -- or -- Régulier : 250-375 BID with meals

- It is recommended that narcotics be started at a dose of **50 to 70%** of the normal dose given to an adult and that the intervals between doses be increased.

Opioïde**	Normal adult dose	Older person dose
Morphine PO	5-10 mg q4h	2,5-5mg q6-8h
Dilaudid PO [Hydromorphone]	1-2mg q4h	0,5-1mg q6-8h

*** Risk of gastric bleeding and kidney failure.**

**** Pay special attention to the prevention of constipation.**

Prevention of delirium Polypharmacy

Rapid addition of 3 new drugs to the list of the patient's medication increases the risk of delirium.^{1,11}

- Compare the patient's medication lists from the hospital to that from home.
 - Make a nursing suggestion to stop medications that seems unnecessary.
- Avoid the use of anticholinergics.
 - Indication: decrease involuntary movements.
 - Example :
 - Oxybutynine [Ditropan], Belladonna Alkaloïde, Spiriva [Tiotropium], Atrovent [Ipratropium] and Scopolamine, Glycopyrrolate.
- Avoid the use of benzodiazepine.
 - Indication: Relaxing agent.
 - Example :
 - Ativan [Lorazepam], Versed [Midazolam], Serax [Oxazepam], Valium [Diazepam], Xanax [Alprazolam] and Klonopin [Clonazepam].

Prevention of delirium Specificities in people living with Alzheimer's disease

Patients with Alzheimer's disease or a related condition are predisposed to delirium in hospitals. If not treated quickly, these elderly adult may end up with irreversible cognitive impairment or an acceleration of the process of Alzheimer's disease. These are two interrelated health problems and preventive measures must be swiftly implemented.¹¹

- Determine the mental state of the patient upon arrival as a baseline to quickly identify the start of delirium.
 - Document the **CAM** on every shift.
- Apply the preventive interventions mentioned in this guide:
 - **environment, mobilization, hydration and nutrition, pain relief, polypharmacy and family engagement.**
- Communicate calmly and slowly with the patient:
 - Ask short-answer questions;
 - Reduce environmental stimuli;
 - Keep eye contact with the patient.
- Use cognitive stimulation :
 - Initiate a short conversation with the patient about her/his interests each time you enter the room;
 - Suggest activities such as reading, puzzles, Sudoku or crosswords;
 - Invite the family to participate. [Engaging the family]

Patient experience During an episode of delirium^{3,4}

Patients presenting delirium are not just confused, they are also aware of their inconsistency, their environment and they are able to understand explanations. They keep memories of how they were treated by the caregivers.^{3,4}

- Be sensitive to their fear, frustration, distress and shame
- To reduce agitation:
 - Explain the situation to the patient.
 - Legitimize the patient's experience;
 - Bring the patient back to reality if it does not cause additional distress;
 - Explain the cause of her/his confusion.
 - Reorient regularly (time, space and person).
 - Regularly update information on the whiteboard at the bedside.
 - Ensure a more frequent presence of caregivers.
 - Ensure a more frequent presence of the family. [Engaging the family]
 - Listen to the needs of the patient rather than limit her/him because of her/his confusion.
 - Avoid or reduce the use of physical and chemical restraints.
 - Communicate calmly and slowly with the patient.
 - Attention level is decreased during delirium.²
- Apply all preventive interventions mentioned in this guide to help reduce the symptoms and the duration of the delirium:
 - **environment, mobilization, hydration and nutrition, pain relief, cognitive stimulation, decrease of polypharmacy and family engagement.**

Références

1. American Geriatric Society (2014). Clinical practice guidelines for postoperative delirium in older adults. *Geriatric Healthcare Professional*, 1-41. Repéré à <https://geriatricscareonline.org/ProductAbstract/american-geriatrics-society-clinical-practice-guideline-for-postoperative-delirium-in-older-adults/CL018>
2. American Psychiatric Association. (2015). *DSM-5 Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Paris : Elsevier Masson.
3. Bélanger, L. (2008). *Une expérience de confusion aiguë : M. Provencher et sa conjointe témoignent. Document audiovisuel*. Montréal : Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal.
4. Bélanger L. et Ducharme, F. (2011). Patients' and nurses' experiences of delirium: A review of qualitative studies. *Nursing in Critical Care*, 16(6), 303-315.
5. English, K.L. et Paddon-Jones, D. (2010). Protecting muscle mass function in older adults during bed rest. *National Institute of Health*, 13(1), 34-39.
6. Dzierzewski, J.M., Fung, C.H., Jouldjian, S., Alessi, C.A., Irwin, M.R., et Martin, J.L. (2014). Decreased daytime sleeping is associated with improved cognition following hospital discharge in older adults. *Journal of American Geriatric Society*, 62(1), 47-53.
7. Falzone, E., Hoffman, C., et Keita, H. (2013). Postoperative analgesia in elderly patients. *Drug & Aging*, 30(2), 81-90.
8. Gouvernement du Québec. (2012). *Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier - état cognitif délirium*. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2012/12-830-08W.pdf>
9. Halloway, S. (2014). A family approach to delirium: a review of the literature. *Aging Mental Health*, 18(2), 129-139.
10. Holt, R., Young, J., et Heseltine, D. (2013). Effectiveness of a multi-component intervention to reduce delirium incidence in elderly care wards. *Age and Ageing*, 42, 721-727.
11. Inouye, S.K., Westendorp, R.G., et Saczynski, J.S. (2014). Delirium in elderly people. *The Lancet*, 383, 911-922.
12. Kenney, W.L., et Chiu, P. (2001). Influence of age on thirst and fluid intake. *Medicine and Science in Sports and Exercices*, 33(9), 1524-1532.
13. 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(5), 629-634
14. Matinez, F., Tobar C., et Hill N. (2014). Preventing delirium: Should non-pharmacological, multicomponent intervention be used? *A systematic review and meta-analysis of the literature*. *Age and Ageing*, 22, 196-204.
15. Morrison, R.A., Magaziner, J., Gilbert, M., Koval, K.J., McLaughlin, A.A., Orosz, G., ... Siu, A.L. (2003). Relationship between pain and opioid analgesics on the development of delirium following hip fracture. *The Journals of Gerontology*, 58(1), 76-81.
16. Stone, S. et Regier, L. (2011). *Opioids for chronic non-cancer pain (CNCP) management in elderly*. Repéré à <http://www.rxfiles.ca/rxfiles/uploads/documents/Opioids-Pain-ELDERLY-QandA.pdf>
17. Voyer P. (2006). *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie*, Zieme Ed. Montréal: ERPI.
18. Wand, A.P.F., Thoo, W., Sciuriaga, H., Ting, V., Baker, J., et Hunt, G. (2013). A multifaceted education intervention to prevent delirium in older inpatients: A before and after study. *International Journal of Nursing Studies*, 51(7), 974-982.