

Université de Montréal

Intervention infirmière auprès des familles afin de prévenir le délirium chez un proche âgé admis
dans une salle d'urgence

par
Cécile Hardy

Faculté des sciences infirmières

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

Septembre 2015
© Cécile Hardy, 2015

Université de Montréal

Rapport de stage intitulé:
Intervention infirmière auprès des familles afin de prévenir le délirium chez un proche âgé admis
dans une salle d'urgence

Présenté par :
Cécile Hardy

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Anne Bourbonnais, inf., Ph. D., professeure agrégée
Directrice de stage

Maryse Godin, inf., M. Sc.
Membre du jury

Résumé

Chez les personnes âgées de plus de 65 ans, la prévalence du délirium à la salle d'urgence se situe entre 8 et 10 % (Elie et al., 2000). Cependant, 25 à 60 % des patients âgés feront un délirium au cours de leur hospitalisation (Inouye, Westendorp, & Saczynski, 2014). Pourtant, 30 % à 40 % des cas pourraient être prévenus (Inouye et al., 2014). Martinez et al. (2012) ont évalué qu'une intervention brève de prévention, destinée à être mise en place par les familles, était efficace pour réduire l'incidence du délirium. Dans le cadre d'un stage de maîtrise, nous avons donc adapté et mis en œuvre une intervention brève de prévention du délirium dans une salle d'urgence en soutenant l'implication des membres de famille qui accompagnent un proche âgé. Afin d'opérationnaliser l'approche auprès des familles, nous avons utilisé le modèle « Care Partner Engagement » de Hill et al. (2014). Six activités visant les facteurs de risques du délirium à l'urgence ont été proposées aux familles. Dix familles ont été rencontrées deux fois à un jour d'intervalle. Malgré le contexte difficile de l'urgence, les familles rencontrées se sont montrées prêtes à participer à des activités de prévention. Il a été possible de réaliser cette intervention en 5 à 10 minutes, ce qui confirme la faisabilité de cette intervention de prévention du délirium auprès des familles dans le cadre de l'urgence. Les infirmières peuvent jouer un rôle déterminant pour prévenir le délirium en développant une approche en partenariat avec les familles.

Mots clefs : délirium, prévention, partenariat, famille, salle d'urgence, soins infirmiers

Abstract

In people over 65 years, the prevalence of delirium in the emergency room is between 8 and 10% (Elias et al., 2000). Twenty-five to sixty percent of patients, however, will have a delirium during hospitalization (Inouye, Westendorp, & Saczynski, 2014). Yet, 30% to 40% of cases could be prevented (Inouye et al., 2014). Martinez et al. (2012) evaluated that a brief prevention intervention, intended to be implemented by the families, was effective in reducing the incidence of delirium. As part of a master degree internship, we adapted and implemented a brief delirium prevention intervention in an emergency room by supporting the involvement of family members accompanying an older person. In order to clarify the family approach, we used the “Care Partner Engagement model” developed by Hill et al. (2014). Six activities aimed at reducing the risk factors for delirium in the emergency room were proposed to families. Ten families were met twice with a day apart. Despite the difficult context of the emergency room, the families met were willing to participate in prevention activities. It was possible to achieve this intervention in 5 to 10 minutes, which confirms the feasibility of this delirium prevention intervention with families in the context of the emergency room. Nurses can play a decisive role in preventing delirium by developing a partnership approach with the families.

Keywords: delirium, prevention, partnership, family, emergency room, nursing care

Table des matières

Résumé	iii
Abstract	iv
Table des matières	v
Liste des tableaux	vii
Liste de la figure.....	vii
Listes des abréviations	vii
Remerciements	viii
Chapitre 1 : Problématique.....	2
But du stage	4
Objectifs de stage.....	5
Objectifs d'apprentissage	5
Chapitre 2 : Recension des écrits	6
Expérience des familles accompagnant un proche dans une salle d'urgence.....	7
ou sur une unité de soins aigus	7
Interventions de prévention du délirium.....	9
Interventions de prévention du délirium impliquant les familles	13
Cadre de référence	16
Chapitre 3 : Déroulement du stage.....	19
Milieu de stage et personne ressource	20
Sélection des participants au stage	20
Description de l'intervention	21
Description de la première rencontre.....	23

Description de la deuxième rencontre	24
Chapitre 4 : Compte-rendu du stage.....	30
Portrait du milieu de stage.....	31
Portrait des participants	32
Compte-rendu des rencontres faites auprès des dix familles.....	33
Activités de transfert des connaissances.....	37
Chapitre 5 : Discussion	39
Atteinte des objectifs de stage	40
Atteinte des objectifs d'apprentissage	41
Forces et limites du projet	42
Retombées du projet	43
<i>Pour la pratique clinique</i>	44
<i>Pour la recherche</i>	45
<i>Pour la gestion</i>	46
Conclusion.....	48
Références	49
Annexe A.....	ix
Brochure sur le délirium à l'intention des familles	ix
Annexe B.....	xi
CAM à l'intention des infirmières.....	xi

Liste des tableaux

Tableau 1	Plan de déroulement du stage	23
Tableau 2	Étapes de l'intervention lors de la première rencontre.....	29
Tableau 3	Étapes de l'intervention lors de la deuxième rencontre	31

Liste de la figure

Figure 1	Modèle d'engagement en partenariat	18
----------	--	----

Listes des abréviations

CAM :	Confusion Assesment Method
CUSM :	Centre universitaire de santé de McGill
HGM :	Hôpital général de Montréal
MMSE :	Mini-Mental State Exam

Remerciements

Je désire remercier toutes les personnes qui de près ou de loin ont participé et m'ont soutenu au cours de ce projet.

Je souhaite tout d'abord remercier toutes les familles et leurs proches qui ont manifesté de l'intérêt à échanger leurs points de vue et ont chaleureusement participé au projet. Je demeure infiniment reconnaissante de vos efforts et de votre temps.

Je désire aussi tout particulièrement exprimer ma gratitude à ma directrice de stage, Madame Anne Bourbonnais, inf., Ph. D., professeure agrégée à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal qui m'a soutenue tout le long de ce projet. Sa générosité, la qualité de son encadrement, sa grande disponibilité m'ont permis de réaliser d'immenses apprentissages aussi bien sur le plan professionnel que personnel. Je me suis sentie extrêmement privilégiée de travailler avec vous. Merci Anne !

Je tiens à exprimer aussi mes sincères remerciements pour le soutien constant de Maryse Godin, conseillère en soins infirmiers spécialisés de l'urgence qui, à titre de personne ressource, m'a accompagnée tout au long du projet. Son professionnalisme et sa détermination à relever les défis sont une inspiration. Merci Maryse pour votre soutien et votre disponibilité.

Je souhaite aussi remercier les infirmières, l'infirmière-chef, les infirmières éducatrices de l'urgence ainsi que la conseillère en soins infirmiers spécialisés en gériatrie de l'Hôpital général de Montréal pour l'accueil et l'ouverture d'esprit que vous avez témoigné à mon projet. Nos échanges, vos conseils et encouragements ont été précieux tout au long de ce parcours.

Enfin, je tiens à remercier du plus profond du cœur, ma famille, qui a été à mes côtés dans les hauts et les bas de cette aventure. Vous avez été exceptionnellement patients et pleins de tendresse. Je suis privilégiée de vous avoir à mes côtés. Merci d'être là!

Chapitre 1 : Problématique

La salle d'urgence est la porte d'entrée de nombreux patients âgés dans le système hospitalier. Ils y séjournent en attente d'une admission sur une unité de soins, dans des conditions souvent difficiles et dans un environnement favorable au développement d'un épisode de délirium. Selon Barron et Holmes (2013), entre 7 et 20 % des patients d'une salle d'urgence sont susceptibles de développer un délirium. Chez les personnes âgées de plus de 65 ans, la prévalence du délirium à l'urgence se situe entre 8 et 10 % (Elie et al., 2000). Par ailleurs, 25 à 60 % des patients âgés feront un délirium au cours de leur hospitalisation (Inouye, Westendorp, & Saczynski, 2014). De plus, plusieurs études rapportent que le délirium est sous dépisté dans les services d'urgence (Han et al., 2009; Hustey & Meldon, 2002) et qu'environ un tiers des patients souffrants de délirium reçoivent un congé à la maison sans suivi médical, ni enseignement (Hustey & Meldon, 2002) en lien avec cette condition.

Le délirium se définit comme : « un désordre aigu de l'attention et de la cognition qui peut être considéré comme une défaillance soudaine du cerveau en réponse à une agression » (Traduction libre, Inouye et al., 2014, p. 1). Il peut se manifester sous des formes hypoactive, hyperactive ou mixte, mais selon Han et al. (2009), 92 % des patients présentant un délirium à l'urgence le font sous la forme hypoactive. Malheureusement, cette forme est aussi la moins susceptible d'être détectée à cause de sa présentation clinique qui est souvent associée à de la fatigue ou à de la dépression (Inouye, Foreman, Mion, Katz & Cooney, 2001).

Selon le DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013), le délirium se manifeste par une diminution de la capacité d'attention et une altération des facultés cognitives qui se développent sur une courte période de temps et qui a tendance à fluctuer au cours de la journée. Ces manifestations sont décrites comme « ne pouvant être expliquées par l'occurrence d'un désordre neurocognitif (coma) préexistant, mais plutôt comme la conséquence physiologique directe d'une condition médicale concomitante d'étiologies diverses » (traduction libre, American Psychiatric Association, 2013, p. 596).

Parmi les facteurs associés au délirium, on distingue généralement les facteurs prédisposants et les facteurs précipitants. Les facteurs prédisposants associés aux caractéristiques individuelles sont liés à : un âge avancé, une atteinte sensorielle, une déshydratation, la présence d'une

démence ou une atteinte neurologique. Les facteurs précipitants sont liés aux évènements cliniques (infection, perturbation électrolytique ou métabolique, accident vasculaire cérébral, douleur, sevrage, etc.) ou au contexte et aux modalités de soins (ajout de médication, chirurgie, immobilité, surcharge ou privation sensorielle, perte de repères) (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2011). Pour leur part, Inouye et Carpentier (1996) identifiaient, dans une large étude prospective, les cinq facteurs précipitants suivant : l'usage des contentions, la malnutrition, l'ajout de trois médicaments au cours de l'hospitalisation, l'utilisation d'un cathéter vésical, ainsi que l'apparition d'évènements iatrogènes.

Par ailleurs, les conséquences d'un délirium sur la santé des personnes âgées ont été relevées dans plusieurs études. Han et al. (2009) rapportent une augmentation du taux de mortalité après six mois (37 % versus 14,3 %) indépendamment de l'âge et des facteurs de comorbidité. Plusieurs auteurs font un constat semblable avec une augmentation de la mortalité plus importante après 12 mois chez les patients âgés ayant fait un délirium au cours de leur séjour et qui ne présentaient aucun déficit cognitif avant leur hospitalisation (McCusker, Cole, Abrahamowicz, Primeau, & Belzile, 2002). De plus, le délirium est aussi fortement associé à un déclin fonctionnel et cognitif accentué chez les personnes présentant une démence préexistante (Fong et al., 2009; Marcantonio, Flacker, Michaels, & Resnick, 2000). Il est également fortement associé à une augmentation de l'institutionnalisation et de la durée de séjour hospitalier (McCusker, Cole, Dendukuri, & Belzile, 2003; Siddiqi, House, & Holmes, 2006; Van den Boogaard, Schoonhoven, van der Hoeven, van Achterberg, & Pickkers, 2012; Witlox et al., 2010). Enfin, les coûts financiers associés au délirium ont été estimés à 164 milliards de dollars par année aux États-Unis et 182 milliards de dollars par année pour 18 pays européens combinés (Inouye et al., 2014).

Sur un plan humain, plusieurs études (Bélanger & Ducharme, 2011; Morita, Hirai, Sakaguchi, Tsuneto, & Shima, 2004) rapportent un sentiment d'incompréhension et de détresse pendant et après une expérience de délirium chez les patients et les familles. Les patients rapportent le souvenir d'expériences d'inconfort, de perte de contrôle, de honte par rapport à l'épisode de délirium (Bélanger & Ducharme, 2011). Les familles ayant accompagné un proche ayant des

épisodes de délirium en phase terminale démontrent des signes de détresse psychologique reliée surtout aux épisodes d'agitation (Morita et al., 2004).

Cependant, le délirium peut être prévenu dans 30 % à 40 % des cas (Inouye et al., 2014). En effet, diverses études confirment l'efficacité des approches préventives pour diminuer la prévalence du délirium en milieu hospitalier (Inouye et al., 1999; Lundstrom et al., 2005; Marcantonio, Flacker, Wright, & Resnick, 2001; Martinez, Tobar, Beddings, Vallejo, & Fuentes, 2012; Naughton et al., 2005; Siddiqi, Holt, Britton, & Holmes, 2009). Plus particulièrement, Martinez et al. (2012) ont évalué, dans une étude randomisée, l'efficacité d'un protocole de prévention du délirium basé sur six interventions non pharmacologiques destinées à être mises en place par les familles dans une unité de médecine. Les résultats statistiquement significatifs semblent indiquer qu'une implication des familles dans les soins de leur proche âgé a un impact sur l'incidence du délirium. Les infirmières de la salle d'urgence pourraient donc avoir un rôle déterminant en développant une approche collaborative avec les familles pour soutenir leur implication auprès d'un proche (Hill, Yevchak, Gilmore-Bykovskyi, & Kolanowski, 2014).

Dans le cadre du stage présenté dans ce rapport, nous avons donc mis en œuvre une intervention similaire qui visait à prévenir le délirium chez les personnes âgées admises à l'urgence, en intervenant auprès des familles qui les accompagnaient.

But du stage

Le but de ce stage était d'adapter et de mettre en œuvre une intervention de prévention du délirium chez les personnes âgées admises dans une salle d'urgence en soutenant l'implication des membres de famille qui les accompagnaient.

Objectifs de stage

Le stage visait quatre objectifs :

- 1) Identifier les besoins des familles face à la prévention du délirium lors de l'hospitalisation d'un proche âgé dans une salle d'urgence;
- 2) Sensibiliser les familles au problème du délirium et aux moyens de le prévenir;
- 3) Adapter une intervention de prévention en utilisant une approche centrée sur le partenariat avec la famille;
- 4) Transférer aux infirmières d'urgence les connaissances acquises au cours du stage sur les bénéfices et les défis à utiliser un modèle d'engagement en partenariat pour soutenir l'implication des familles à l'urgence afin de prévenir le délirium chez les personnes âgées.

Objectifs d'apprentissage

Le stage avait pour objectifs de développer des compétences liées au rôle d'infirmière en pratique avancée. Il visait quatre objectifs d'apprentissage :

- 1) Développer des connaissances concernant les besoins des familles qui accompagnent un proche âgé;
- 2) Développer des habiletés à intervenir auprès de familles selon une approche centrée sur un modèle d'engagement en partenariat;
- 3) Développer des habiletés à adapter et à implanter des interventions centrées sur les besoins des patients/familles en utilisant des connaissances basées sur des résultats probants;
- 4) Développer un leadership clinique pour implanter une nouvelle pratique de soins en matière de prévention du délirium dans une salle d'urgence.

Chapitre 2 : Recension des écrits

Trois catégories d'écrits sont présentées dans la recension des écrits. Tout d'abord, les études portant sur l'expérience des familles accompagnant un proche âgé hospitalisé sont décrites, puis les études visant à prévenir le délirium en général et, enfin, les études impliquant les familles en vue de prévenir le délirium sont présentées.

Expérience des familles accompagnant un proche dans une salle d'urgence ou sur une unité de soins aigus

Dans une étude qualitative, réalisée en Finlande, Nikki, Lepisto, et Paavilainen (2012) ont mené des entrevues semi-structurées auprès de neuf membres de familles. Le but de l'étude était de décrire l'expérience des proches accompagnants un patient âgé de 65 ans et plus, à l'urgence. L'analyse des entrevues a mis en évidence trois types d'expérience. Les membres de la famille se disaient satisfaits des soins quand ils étaient déjà impliqués dans les soins de leur proche et que leurs connaissances étaient reconnues et utilisées. Le fait de recevoir régulièrement des informations et d'être reçus dans un environnement non stressant contribuait à augmenter leur satisfaction. En revanche, les proches aidants percevaient leur présence comme « invisible » quand ils ne recevaient aucun soutien du personnel, que l'environnement était stressant, que les besoins de leur proche n'étaient pas satisfaits ou que leur inconfort à participer aux soins comme membre de famille n'était pas pris en compte. Enfin, les proches se disaient insatisfaits et ils avaient le sentiment d'être étranger aux soins, lorsqu'ils avaient de la difficulté à obtenir de l'information, étaient écartés du processus de soins ou qu'ils étaient physiquement séparés de leur proche. Les auteurs arrivent à la conclusion que plus les familles sont soutenues par les infirmières et impliquées dans le processus de soin, plus leur expérience est satisfaisante. Enfin, on peut se demander, à la lumière de cette étude qualitative, si la réalité des familles qui accompagnent un proche dans les urgences québécoises diffère de l'expérience finlandaise et si les expériences des familles d'ici se reflètent aussi dans cette étude.

Dans une revue des écrits, regroupant 42 études qualitatives et une revue systématique, Bridges, Flatley et Meyer (2010) ont compilé les données portant sur les expériences de patients âgés et de leur famille qui ont vécu un séjour aux soins intensifs. Les résultats indiquent qu'un séjour dans ce type d'unité engendre des sentiments de peur, de perte d'identité et de perte d'autonomie.

Trois thèmes majeurs dans l'expérience des patients et de leur famille sont ressortis de cette revue des écrits : l'importance de créer et de maintenir un lien entre le soignant, le patient et la famille; de reconnaître l'existence des patients et l'expérience de leur famille et; de les inclure dans les prises de décisions. Les interventions aidantes répertoriées par les auteurs en lien avec ces trois thèmes étaient : d'accueillir chaleureusement les patients et leurs familles, d'instaurer une relation de réciprocité, d'apprendre à connaître ce qui est important pour eux, de protéger leur intimité et de les inclure dans les processus décisionnels les concernant. Les conséquences de ne pas créer ces conditions sont décrites comme entraînant une augmentation du niveau d'anxiété, un sentiment de menace à l'identité, une augmentation des craintes du pire et le sentiment de perte de contrôle chez le patient et sa famille. D'autre part, les résultats mettent en évidence que les patients âgés souffrant de démence, de délirium ou de difficultés à communiquer sont particulièrement à risque de vivre de mauvaises expériences de soins. Par ailleurs, les auteurs concluent qu'une approche de soins « centrée sur la relation » en opposition aux approches de soins centrées sur la maladie et la surspécialité est une perspective réalisable et souhaitable pour améliorer l'expérience des soins des patients âgés et de leur famille dans les unités de soins intensifs. Développer une approche « centrée sur la relation » est, selon ces auteurs, « la meilleure façon de soutenir et de maintenir l'implication des patients et de leurs familles » (Traduction libre, Bridges et al., 2010, p.105).

Dans une théorisation ancrée, Vandall-Walker et Clark (2011) ont exploré l'expérience de familles qui ont accompagné un parent dans des épisodes de soins critiques. La recherche a été menée en deux phases consécutives dans une unité de soins intensifs et dans une unité coronarienne. Les thèmes identifiés lors de la première phase du projet (étude 1) ont été explorés de manière intentionnelle dans la deuxième phase (étude 2). Dans l'étude 1, menée aux soins intensifs, 27 entrevues ont été réalisées auprès de 20 adultes provenant de quatorze familles. L'étude 2, menée dans une unité coronarienne, comportait 15 entrevues réalisées auprès de 13 familles. Les auteurs mentionnent que tous les membres des familles ont mentionné en entrevue que l'expérience d'accompagner un proche dans un épisode de soins critiques était vécue comme un épisode de crise, de tension et, par conséquent, de vulnérabilité. Les expériences des familles ont permis de dégager quatre thèmes que les auteurs décrivent comme « un travail ». Le premier travail des familles est d'avoir accès à l'unité, à leur proche, à l'équipe et aux informations. Ce

travail central pour les familles s'accompagne d'actions décrites comme : attendre, s'inquiéter, observer, écouter, négocier, affirmer, consentir. Une fois au chevet, les familles travaillent à surveiller, à donner des soins, à défendre et à favoriser la continuité des soins. Les familles s'engagent aussi à créer des liens avec les infirmières et les médecins, à apprendre et à donner de l'information, à développer de la confiance et du respect et, dans le meilleur des cas, à travailler en partenariat. Enfin, les familles ont rapporté devoir travailler sur elles-mêmes pour maintenir l'espoir, chercher un sens à l'expérience et pour mobiliser leur énergie. Le travail des familles consiste aussi à faire tomber les barrières pour accéder, communiquer et interagir avec leur proche et les soignants ainsi que dissiper les incertitudes. Les auteurs indiquent que le nombre restreint de famille rencontrée a pu être une limite de l'étude et que des données d'observation auraient pu contribuer à augmenter la fiabilité des résultats. Cependant, l'étude révèle d'importantes informations sur l'expérience des familles dans un contexte de soins intensifs. Ces connaissances devraient sensibiliser les infirmières au rôle des familles et aux bénéfices à les impliquer dans les soins. Les auteurs indiquent que les infirmières ont le défi d'alléger la tâche des familles et de les soutenir face à leurs besoins.

En somme, il semble que les expériences positives des familles lors de l'hospitalisation d'un proche soient liées au sentiment de reconnaissance de leur expérience et à la possibilité d'être impliquées dans les différentes étapes du processus de soin. Les infirmières doivent donc adopter une approche qui favorise l'implication et améliore l'expérience des familles et des patients, en plus de guider les familles dans leur façon d'intervenir auprès de leur proche.

Interventions de prévention du délirium

Inouye et al. (1999) ont mené une des premières études d'envergure comportant un groupe contrôle afin d'évaluer l'efficacité de stratégies de prévention de délirium basées sur six facteurs de risque : les déficits cognitifs, le manque de sommeil, l'immobilité, un déficit visuel ou auditif, et la déshydratation. Selon ces auteurs, « les facteurs de risques ont été choisis sur la base de résultats probants pour leur association avec le risque de délirium et en considérant les contraintes du milieu de l'étude » (Traduction libre, Inouye et al., 1999, p. 671). Cette étude portait sur 852 patients de 70 ans et plus et elle a été menée dans une unité de médecine par une

équipe interprofessionnelle composée d'un gériatre, d'infirmières, de physiothérapeutes, de thérapeutes en récréologie et de bénévoles. À l'admission, tous les patients du groupe d'intervention recevaient un protocole de mobilisation, d'orientation et d'activités. Trois autres protocoles étaient mis en place par le personnel soignant en fonction des facteurs de risques que présentait la personne à la suite de son évaluation (sommeil, déshydratation, vision/audition). Les résultats étaient statistiquement significatifs pour la prévention de l'apparition du délirium dans le groupe d'intervention (9,9 % cas de délirium dans le groupe d'intervention versus 15 % dans le groupe contrôle, $p = 0,02$) et pour diminuer la durée totale des épisodes de délirium en cours d'hospitalisation (105 jours pour le groupe d'intervention versus 161 jours pour le groupe contrôle, $p = 0,02$). Cependant, les auteurs soulignent que ces interventions avaient peu d'effets sur la sévérité du délirium une fois celui-ci survenu. Les auteurs concluent que la prévention primaire représente la stratégie la plus efficace pour diminuer l'incidence du délirium. D'autre part, ils soulignent que l'implication d'une équipe interprofessionnelle a des coûts financiers et humains qui doivent être évalués pour chaque milieu. Aucune implication des familles n'est mentionnée dans cette étude.

Une étude similaire de Marcantonio et al. (2001) a été réalisée auprès de 125 patients de 65 ans et plus d'une unité de chirurgie. Tous les patients en attente d'une arthroplastie et faisant partie du groupe d'intervention recevaient la visite d'un gériatre qui faisait des recommandations d'interventions en fonction des facteurs de risques décrits par Inouye et Charpentier (1996). Par la suite, lors de visites quotidiennes durant toute l'hospitalisation, les recommandations étaient réévaluées et ajustées en fonction des besoins particuliers de la personne âgée. Les résultats de cette étude ont montré une diminution significative de cas de délirium (32 % dans le groupe contrôle versus 50 % dans le groupe d'intervention, $p = 0,04$) ainsi que de la sévérité du délirium (12 % de cas de délirium sévère versus 29 % dans le groupe contrôle, $p = 0,02$). Les auteurs soulignent que des interventions proactives et ciblées permettaient de réduire d'un tiers le cas de délirium pour une population postopératoire. Ils concluent que les résultats corroborent les résultats de l'étude menée par Inouye et al. (1999). Néanmoins, les auteurs soulignent qu'ils étaient difficiles de déterminer les interventions qui avaient eu le plus d'effets pour prévenir le délirium.

Pour leur part, Siddiqui, Holt, Britton et Holmes (2009) ont conduit une revue systématique Cochrane sur les interventions visant à prévenir le délirium chez les patients hospitalisés. Des six études sélectionnées, parce qu'elles comportaient des groupes de contrôle et qu'elles étaient randomisées, une seule proposait une intervention non pharmacologique (Marcantonio et al., 2001, cité plus haut). Cette étude était aussi la seule à présenter des résultats statistiquement significatifs pour la diminution de l'incidence des cas de délirium. L'approche préventive qui cible les facteurs de risques apparaît donc comme un moyen efficace pour réduire l'incidence du délirium. Cependant, aucune des études citées plus haut n'a eu lieu dans une salle d'urgence ou n'a impliqué la famille dans la prévention.

Par ailleurs, Naughton et al. (2005) ont mené une étude non randomisée de type avant/après pour évaluer les effets d'interventions multifactorielles visant à dépister précocement et à gérer le délirium chez des patients âgés de 75 ans et plus et présentant des déficits cognitifs à leur arrivée à l'urgence (N = 110). Cette étude représente, à notre connaissance, la seule étude visant la prévention et la gestion du délirium dans une salle d'urgence. Les interventions utilisées dans cette étude ont été développées à partir des données de la littérature scientifique, l'expérience clinique et des données collectées pendant la période initiale de l'étude. Elles ont permis d'élaborer deux protocoles d'intervention pour prévenir et gérer le délirium. Le but de l'étude était de déterminer si les interventions étaient associées à un changement durable dans les processus de soins et à une amélioration soutenue de la condition de santé de la population ciblée. Les programmes d'éducation étaient destinés aux infirmières et aux médecins qui prenaient en charge les patients à l'urgence et dans une unité de soins gériatriques intensifs. Les interventions portaient sur le dépistage des patients à risque et sur la détection précoce du délirium, ainsi que sur un programme d'éducation visant les meilleures pratiques médicamenteuses pour éviter ou gérer un délirium chez des patients âgés. L'étude avant/après a démontré une baisse du nombre de cas de délirium de 40,9 % avant étude à 22,7 % quatre mois après l'étude ($p < 0,002$) et 19,1 % après neuf mois ($p < 0,001$). Cette étude, qui s'est déroulée en partie à l'urgence, met en évidence le rôle des infirmières particulièrement auprès des médecins en ce qui concerne la surveillance des protocoles d'utilisation des médicaments.

Une étude randomisée de Lundstrom et al. (2005), réalisée auprès de 400 patients avec groupe de contrôle dans une unité de médecine interne, a porté sur un ensemble d'interventions de prévention en favorisant à la fois une approche éducative et une réorganisation des services des soins infirmiers. L'approche éducative destinée aux infirmières et médecins portait sur le délirium et sur la qualité des interactions entre les soignants, les proches aidants et la personne âgée. La réorganisation des soins infirmiers visait à favoriser la continuité des soins et la présence stable des soignants auprès des patients. Le but de cette étude était d'évaluer l'efficacité du programme d'éducation ainsi que de favoriser la continuité des soins aux personnes âgées. Les résultats ont démontré une différence statistiquement significative de l'incidence du délirium après sept jours (30,2 % cas de délirium dans le groupe d'intervention versus 59,7 % dans le groupe contrôle $p = 0,001$) ainsi qu'une diminution de la durée du séjour et de la mortalité durant le séjour hospitalier. À notre connaissance, il s'agit d'une des premières études qui s'est intéressée à l'interaction avec le proche aidant dans un programme de prévention du délirium. Cependant, peu d'indications sont données sur les changements apportés pour soutenir les interactions avec les proches aidants ou sur le vécu des personnes concernées. De plus, la complexité des interventions de cette étude, en particulier en ce qui concerne la réorganisation des soins, rend difficile le transfert des résultats à une salle d'urgence.

Les approches préventives basées sur des facteurs de risques et des interventions simples de soins ont fait la preuve de leur efficacité pour diminuer l'incidence du délirium (Inouye et al., 1999, Marcantonio et al., 2001). Aussi, l'établissement d'un protocole d'utilisation de médication auprès des personnes âgées, la formation et l'utilisation des habiletés du personnel infirmier pour la surveillance de la médication ont permis de réduire le nombre de cas de délirium dans les salles d'urgence et de soins intensifs (Naughton et al., 2005). L'étude de Lundstrom et al. (2005) propose une approche impliquant une réorganisation des soins qui a aussi démontré son efficacité, mais sa mise en œuvre dans une salle d'urgence implique des moyens financiers et matériels importants. Cependant, une des interventions de cette étude abordait de manière novatrice la formation des soignants sur la manière de communiquer avec les familles et les patients pour prévenir le délirium.

Interventions de prévention du délirium impliquant les familles

Black, Boore et Parahoo (2011) ont effectué une étude comparative basée sur le modèle théorique infirmier de Neuman. Le but était d'évaluer l'impact d'interventions infirmières visant à faciliter la familiarisation et la participation des familles aux soins de leur proche sur l'incidence du délirium et de la récupération psychologique. Cette étude, non randomisée, mais avec groupe contrôle, portait sur 170 patients et leur famille. L'étude s'est déroulée aux soins intensifs. Les patients étaient âgés entre 18 ans et 89 ans, mais 73 % des patients avaient plus de 60 ans. Dans un premier temps, les infirmières ou chercheurs présentaient des informations sur le délirium et des conseils de soins aux familles, en plus de leur fournir un dépliant informatif. Dans un deuxième temps, les infirmières s'assuraient d'être disponibles à la famille pour favoriser et soutenir l'accès des proches au chevet et d'encourager les interactions physiques et verbales. Ces interventions n'ont pas démontré de résultats significatifs sur l'incidence du délirium chez les patients, mais elles ont eu un impact positif sur le rétablissement psychologique 4, 8 et 12 semaines après l'admission aux soins intensifs. Les auteurs soulignent qu'investir dans une intervention pendant la phase critique de la maladie génère des bénéfices à long terme sur la santé psychologique du patient. Selon les auteurs, les soins au patient durant les épisodes aigus doivent donc aussi s'adresser à la famille et doivent viser la reconnaissance de leurs efforts ainsi que le soutien dans l'implication aux soins de leur proche. Cette étude vient souligner l'importance de favoriser l'implication des familles auprès d'une population âgée, dans une salle d'urgence, dans le but de favoriser la santé psychologique des patients.

Dans une autre étude qualitative auprès de 15 patients âgés de plus de 65 ans et leurs proches aidants, Rosenbloom-Burton, Henneman et Inouye (2010) ont voulu explorer la faisabilité d'une intervention visant à impliquer la famille dans un programme de prévention du délirium auprès de quinze patients âgés hospitalisés. L'étude, basée sur le modèle d'intervention familiale de Calgary, visait à soutenir la participation des familles auprès de leur proche. En effet, selon les auteurs, le modèle de Calgary indique que l'interaction entre l'infirmière et la famille peut influencer l'état de santé du patient. L'étude, qui a eu lieu dans une unité de médecine, visait à soutenir les familles dans le cadre plus large d'un programme de prévention du délirium (Hospital Elder Life Program) en ciblant particulièrement quatre facteurs de risque (déficit cognitif, incapacité dans les activités de la vie quotidienne, déficit visuel et déficit auditif). Les

membres de la famille recevaient des infirmières une formation sur cinq interventions possibles (orientation, mobilisation, vision, ouïe, activités intellectuelles) ciblant les quatre facteurs de risque du délirium. Par la suite, les familles devaient autoévaluer quotidiennement dans quelles mesures les interventions avaient été faites et quels avaient été les facteurs influençant ou non leur réalisation. Au cours de l'étude, l'incidence du délirium n'a pas été mesurée. Cependant, les familles et les infirmières qui ont complété des questionnaires de satisfaction (N = 67) rapportaient que l'établissement d'une relation de partenariat thérapeutique et d'un environnement favorable ont été des facteurs facilitant l'implication des familles aux soins des patients. Les interventions concernant la réorientation étaient considérées comme les plus faciles à appliquer, alors que les interventions concernant la mobilisation précoce étaient les plus difficiles. Les résultats de cette étude qualitative donnent aussi des indications sur les facteurs favorisant l'implication des familles. Les éléments facilitateurs identifiés dans les réponses des familles, des patients et des infirmières sont le respect, la confiance, la négociation, ainsi que l'établissement d'un bon contact humain, le choix du bon moment, le soutien, l'espace physique adéquat, le respect de l'intimité et le nombre suffisant d'infirmières par patient. Les barrières à la réalisation des activités étaient le manque d'implication des patients et des familles au plan de soins, le manque de reconnaissance de l'expertise des familles et de l'importance de leur rôle dans le rétablissement du patient, le manque de flexibilité, le manque d'écoute, le bruit excessif, le manque d'espace et les interruptions fréquentes. Bien qu'exploratoire, cette étude propose des recommandations pertinentes pour favoriser la réussite d'un tel programme à partir d'informations obtenues des patients, de leur famille et du personnel infirmier. De plus, elle confirme la faisabilité d'un programme de prévention du délirium en impliquant et en soutenant les proches aidants.

Martinez et al. (2012) reprennent, dans une étude randomisée avec groupe contrôle, une approche préventive du délirium impliquant les familles. Cette étude auprès de 287 patients de 70 ans et plus et leurs proches a été réalisée dans une unité de médecine. Son but était d'établir l'efficacité d'un programme de prévention du délirium impliquant les familles en le comparant à un groupe de contrôle qui recevait des soins usuels. Les patients admissibles pour l'étude devaient présenter au moins un des facteurs de risque pour le délirium (70 ans et plus, Mini Mental State Examination [MMSE] inférieur à 24 avant l'hospitalisation, antécédents d'alcoolisme récent ou

des déséquilibres métaboliques). Cependant, les auteurs précisent que les patients se présentant à l'urgence avec un délirium étaient exclus de l'étude, ce qui peut expliquer en partie une faible représentation des patients souffrant de démence ainsi que des patients avec un délirium induit par la médication dans l'échantillon (6 % et 5 % respectivement).

Ce programme de prévention visait des facteurs de risques du délirium. Six interventions non pharmacologiques étaient mises en place avec l'aide des familles. Tout d'abord, un bref entretien à propos du délirium avait lieu avec la famille et un dépliant leur était remis. Les familles étaient ensuite invitées à mettre en œuvre cinq autres interventions : mettre à la disposition du patient âgé une horloge et un calendrier, apporter des objets personnels dans la chambre, orienter régulièrement le patient (temps, heure, espace, événements récents), favoriser le port des aides auditives, visuelles, dentaires et assurer une présence prolongée des membres de la famille (cinq heures par jour). Les résultats de l'étude montrent une diminution statistiquement significative de l'incidence du délirium entre le groupe d'intervention et le groupe de contrôle (8 cas de délirium dans le groupe d'intervention versus 19 dans le groupe contrôle soit 5,6 % vs 13,3 % $p = 0,027$). Selon les auteurs, ce résultat se rapproche des résultats obtenus par Inouye et al. (1999) dans leur étude portant sur des interventions multidisciplinaires. Cependant, ici, seule une brève séance d'éducation de 10 minutes auprès de la famille a été faite. Ceci rend cette approche facilement applicable et abordable pour la plupart des milieux de soins. Précisons qu'aucune indication particulière n'est mentionnée quant à la manière d'inviter ou de soutenir les familles dans ces interventions. Cependant, les auteurs précisent que « la participation des familles est essentielle et que la motivation à participer aux activités de prévention est un aspect important à considérer » (Traduction libre, Martinez et al., 2012, p. 634). À la lumière de notre expérience clinique, il semble possible de penser que l'approche brève et relativement simple que proposent Martinez et al., (2011) soit réalisable dans une salle d'urgence.

En somme, la participation des familles aux soins de patients a un impact sur le rétablissement de la santé psychologique des patients (Black et al, 2011). De plus, Rosenbloom et al. (2010) ont démontré la faisabilité d'une intervention visant à prévenir le délirium en impliquant la famille dans les soins. Les éléments facilitateurs et les barrières qui sont ressortis de cette étude exploratoire donnent des informations permettant de favoriser la mise en place d'une approche

centrée sur la famille. Enfin, Martinez et al. (2012) ont démontré l'efficacité d'un protocole de prévention du délirium destiné aux familles. Les interventions simples que le protocole propose semblent rendre sa mise en œuvre possible dans le cadre d'un stage dans une salle d'urgence.

Cadre de référence

L'implication des familles dans les soins de leur proche est réalisable et bénéfique pour prévenir le délirium et améliorer la qualité de vie des patients âgés hospitalisés (Black et al., 2011; Martinez et al., 2012; Rosenbloom-Brunton et al., 2010). Dans le cadre de ce stage, nous souhaitons mettre en œuvre des interventions de prévention du délirium en nous basant sur les six interventions proposées dans l'étude de Martinez et al. (2012). Cependant, comme ces auteurs le soulignaient, « l'approche qui permet de soutenir l'implication des familles demeure à explorer » (Martinez et al. 2012, p. 634).

Selon Bridges et al. (2010), une approche centrée sur la relation permet de créer un contexte favorable à l'implication des familles et des patients. Ceci semble particulièrement souhaitable pour les personnes âgées et leurs proches lors des hospitalisations. De plus, un modèle de soins impliquant les patients âgés et leur famille a le fort potentiel d'aider à prévenir les problèmes en lien avec l'hospitalisation, tel que le délirium, en améliorant la qualité des soins et la qualité de vie des patients hospitalisés (Hill et al., 2014). Dans le but de guider la pratique infirmière, un modèle d'engagement en partenariat (*Care Partner Engagement Model*) est présenté par Hill et al. (2014) et est appliqué à la prévention du délirium (voir Figure 1). Ce modèle intègre « des connaissances issues du modèle transactionnel des habiletés familiales de soins de Schumacher (2000) inspiré de l'Institut national pour la santé et l'excellence clinique (NICE), des meilleures pratiques pour prévenir et gérer le délirium et du programme Family-HELP (Rosebloom et al., 2010) » (Traduction libre, Hill et al., 2014, p. 2). Ce modèle tient compte des caractéristiques du patient, de la disponibilité, des connaissances et des ressources des proches, ainsi que de la capacité de l'équipe de soins à débiter un partenariat de soin.

Le modèle s'opérationnalise en cinq étapes qui comprennent : 1) la négociation et l'évaluation des risques; 2) la sensibilisation et l'information; 3) un plan de surveillance mutuelle; 4) la prise de décision partagée et; 5) la réalisation d'ajustements. La phase d'évaluation et de négociation

correspond à une étape d'évaluation des risques de délirium et de partage des informations uniques que les proches aidants détiennent sur le patient. La phase de sensibilisation et d'information est l'étape au cours de laquelle les informations spécifiques au délirium sont présentées aux familles et au cours de laquelle des informations écrites peuvent leur être remises.

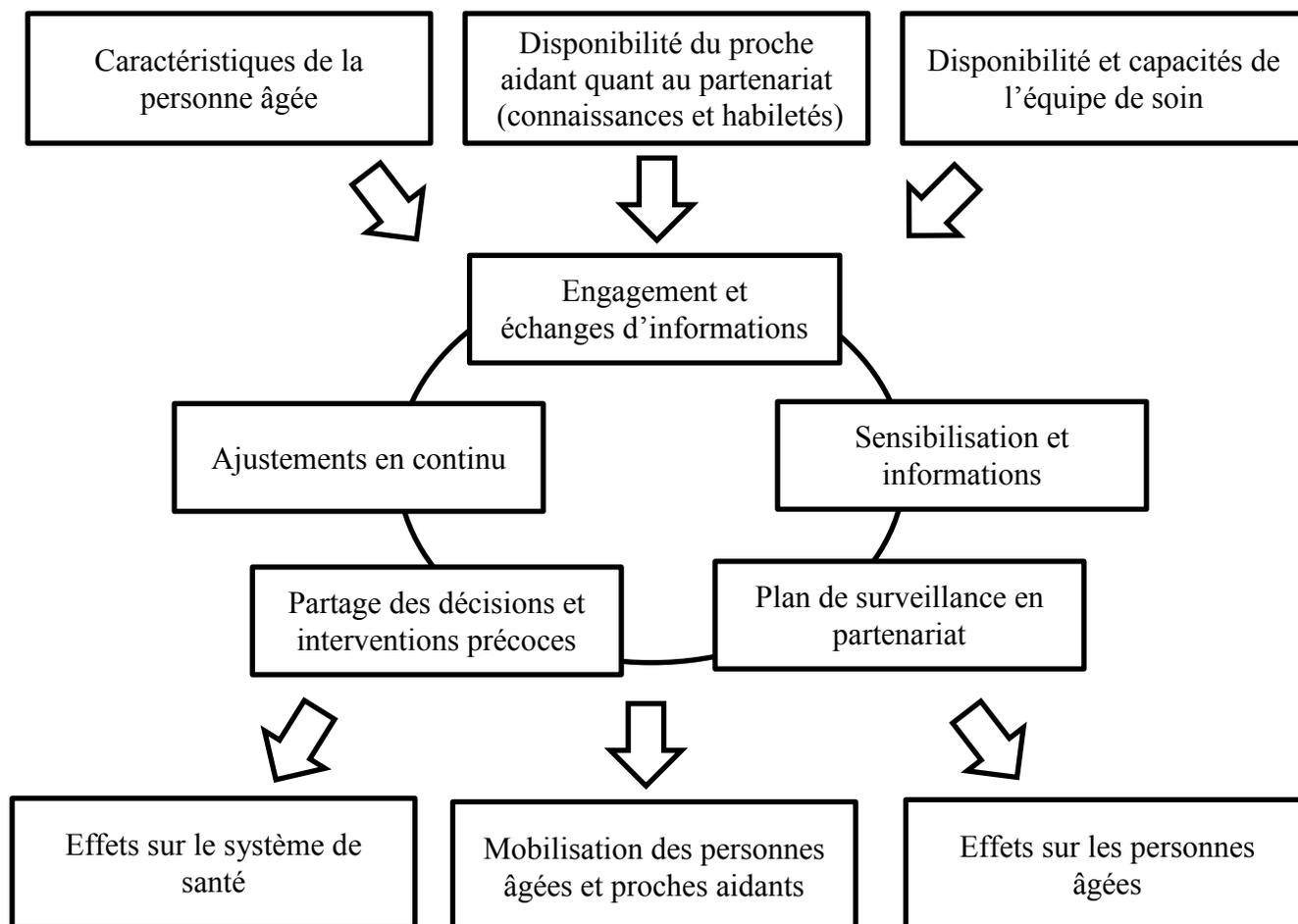


Figure 1. Modèle d'engagement en partenariat (adapté de Hill et al., 2014)

Ces informations doivent être personnalisées en fonction des besoins de la famille. Le plan de surveillance mutuelle permet d'intégrer et de maintenir l'engagement des familles aux soins en tenant compte des observations faites par les familles. Ces observations permettent de réaliser des interventions précoces si un délirium est soupçonné. Cette étape du modèle correspond à la phase de décisions partagées entre la famille et les professionnels de la santé. La phase d'ajustements est un processus continu qui permet d'adapter le modèle à l'unicité des familles et des situations. Cette phase demande aux soignants de demeurer flexibles, curieux et créatifs en ayant comme

objectif d'améliorer la qualité de vie des patients et de leurs proches, en plus de favoriser la récupération. Le modèle peut être utilisé pour guider les interventions afin de faciliter l'engagement des patients et de leurs proches dans le processus de soins afin d'améliorer la santé des patients et la performance du système de santé.

Dans le cadre de ce stage, nous avons donc adapté et mis en œuvre l'intervention décrite par Martinez et al. (2012), dans le but de prévenir le délirium chez les personnes âgées en impliquant les familles dans le processus de soins. Le modèle proposé par Hill et al. (2014) a été utilisé pour adapter l'intervention puisqu'il précise les façons de faciliter l'engagement des patients et de leurs proches aux processus de soins.

Chapitre 3 : Déroulement du stage

Ce chapitre a pour objectif de présenter le déroulement du stage, le milieu de stage et la personne ressource ainsi que le processus utilisé pour recruter des participants. Il vise aussi à décrire le déroulement de l'intervention.

Milieu de stage et personne ressource

Le stage a eu lieu dans la salle d'urgence de l'Hôpital général de Montréal (HGM) qui reçoit environ 37 000 visites par année, dont environ 6000 patients âgés de plus de 75 ans. La personne ressource dans le milieu a été Maryse Godin, conseillère en soins infirmiers spécialisés à l'urgence au Centre universitaire de santé McGill (CUSM). À ce titre, elle a collaboré à la planification et au bon déroulement du stage et elle a offert son soutien pour développer les compétences visant une pratique infirmière avancée. Grâce à ses commentaires et à ses interventions, elle a contribué à la pertinence du projet pour le milieu clinique et à l'atteinte des objectifs de stage. Mme Godin est aussi la personne qui a facilité l'intégration de la stagiaire au milieu.

Sélection des participants au stage

Le stage visait à mettre en place une intervention infirmière pour soutenir l'implication et la participation des familles à des activités de prévention du délirium auprès de leur proche âgé. À cette fin, des personnes âgées à risque de délirium ont été identifiées, ainsi que les familles de ces personnes.

Selon l'étude de Martinez et al. (2012), les personnes âgées peuvent être considérées à risque de délirium si elles sont âgées de 70 ans et plus au moment de leur admission à l'hôpital. Ce critère a donc été celui retenu dans le cadre de ce stage. De plus, afin de pouvoir bien profiter de l'intervention de prévention, les personnes âgées ne devaient pas présenter de signes de délirium au début de l'intervention et elles devaient recevoir régulièrement la visite d'un membre de leur famille. Dans le cadre de ce stage, le terme famille désigne toute personne ou groupe de personnes, accompagnant une personne âgée, faisant partie de son réseau de soutien habituel et démontrant de l'intérêt pour soutenir les prises des décisions concernant ses soins de santé.

Afin d'identifier des personnes répondant à ces critères, les personnes âgées à risque de délirium ont été identifiées grâce au logiciel de l'urgence MEDURGE qui permet d'identifier les patients par groupe d'âge et de les situer physiquement dans l'urgence. MEDURGE donne aussi accès aux antécédents médicaux, à la raison de la consultation actuelle et aux notes infirmières depuis le triage. Le système permet également de voir si une demande d'admission sur une unité de soins a été faite, ce qui a permis de retrouver les personnes âgées pendant la réalisation de l'intervention qui s'est déroulée en deux rencontres. La veille ou le matin même où une période d'intervention a été prévue, une recherche était faite dans le logiciel afin d'identifier les personnes âgées. La présence des familles était validée directement avec l'infirmière responsable du patient le matin de l'intervention. L'absence de délirium était évaluée par la stagiaire auprès de la famille et du patient en utilisant les questions de l'outil d'évaluation de la confusion aigüe, soit le CAM, développé par Inouye et al. (1990). Cet outil a été validé pour une utilisation à la salle d'urgence par Monette et al. (2001). Il présente une sensibilité de 94 % et une spécificité de 89 % (Wei, Fearing, Sternberg & Inouye, 2008) pour détecter un délirium.

Description de l'intervention

À partir des cinq étapes du modèle d'engagement en partenariat de Hill et al. (2014), l'intervention de prévention du délirium proposée par Martinez et al. (2012), qui a été développée dans une unité de médecine, a été adaptée au contexte de la salle d'urgence de l'Hôpital général de Montréal. L'intervention de Martinez et al. (2012) propose une entrevue avec la famille d'environ 10 minutes. Cette durée d'intervention semblait appropriée au contexte rapide de l'urgence, mais a pu être prolongée au besoin à 15 ou 20 minutes pour permettre une adaptation à la clientèle âgée et au contexte d'apprentissage de la stagiaire. L'entrevue visait à présenter à la famille les différents aspects du délirium (manifestations cliniques, les causes, les conséquences pour la santé) et des activités de prévention. Dans l'étude de Martinez et al. (2012), les activités de prévention consistaient à : 1) éduquer les familles et les patients sur la prévention du délirium grâce à une rencontre d'environ 10 minutes; 2) procurer une horloge et un calendrier; 3) encourager le port des appareils auditifs et lunettes; 4) favoriser la présence d'objets personnels (photos, radio, oreiller...); 5) réorienter dans le temps par la famille (lieu, dates, événements récents); 6) encourager la prolongation des heures de visite.

Étant donné l'environnement physique à la salle d'urgence (p. ex., promiscuité et manque d'espace), ainsi que les caractéristiques de la clientèle âgée de l'urgence (par exemple, état de santé complexe et instable, présence de douleur aiguë), certaines de ces actions ont été adaptées à ce contexte de soins particulier. Tout d'abord, la douleur est très souvent présente chez les personnes âgées à l'urgence et les délais pour la soulager demandent souvent que l'on utilise de plus grandes doses de narcotiques. Ces éléments doivent être considérés puisque la douleur et l'usage de narcotiques sont deux facteurs précipitants le délirium (Inouye, 2006). En s'appuyant sur ces connaissances, il est apparu important de sensibiliser les familles et les personnes âgées à l'importance de demander rapidement un soulagement de la douleur. D'autre part, il ressort des écrits (Inouye, 2006, Robinson, Rich, Weitzel, Vollmer & Eden., 2008; Schreier, 2010) qu'il est important afin de prévenir le délirium de promouvoir une mobilisation précoce et une hydratation régulière. Ces trois actions ont donc été ajoutées à l'intervention de Martinez et al. (2012).

D'autres adaptations aux activités de Martinez et al. (2012) ont également été effectuées. Puisque la quatrième activité suggérée par Martinez et al. « Favoriser la présence d'objets familiers » peut être difficile à réaliser à l'urgence dans un contexte de promiscuité, de contrôle des infections et de déplacements fréquents des civières, elle a été retirée. De plus, l'activité « réorienter dans le temps et l'espace » a été jumelée avec l'activité « procurer un calendrier et une horloge » ce qui a permis de limiter le nombre d'activités proposées aux familles. Enfin, il a été jugé que l'activité « éduquer les familles et les patients au sujet de la prévention du délirium » représente le but de l'intervention et non une activité de prévention en soi.

Après cette adaptation, les activités proposées à la famille dans le cadre de l'urgence ont donc été les suivantes : 1) réorienter régulièrement, entre autres, en apportant une montre et un calendrier; 2) encourager la prolongation de la durée des visites; 3) encourager le port des lunettes et des appareils auditifs; 4) profiter de toutes les occasions pour encourager à bouger (en vérifiant avec les soignants les mouvements possibles); 5) encourager à boire régulièrement et amener des repas maison (en discutant au préalable avec l'infirmière des restrictions possibles); 6) demander rapidement un soulagement de la douleur. Une brochure présentant l'ensemble de ces activités préventives a été développée à l'intention des familles (voir Annexe A).

Par ailleurs, le modèle d'engagement en partenariat (Hill et al., 2014) a permis d'opérationnaliser l'intervention proposée par Martinez et al. (2012) grâce aux cinq étapes circulaires de ce modèle qui ont pour but de mobiliser les ressources des familles et de soutenir leur engagement au processus de soins. Deux rencontres ont été structurées grâce à ce modèle d'intervention. Les deux rencontres ont eu lieu à au moins une journée d'intervalle et, dans la mesure du possible, à l'urgence. Comme mentionné précédemment, les cinq étapes sont : 1) l'engagement et l'échange d'informations; 2) la sensibilisation et les informations; 3) la mise en place d'un plan de surveillance mutuel; 4) les décisions et actions à entreprendre et; 5) les ajustements à apporter. Les étapes sont décrites en détail pour chaque rencontre dans ce qui suit. Bien que la description soit faite de manière linéaire, l'approche se veut circulaire de manière à permettre des allers-retours entre les différentes étapes. Les commentaires reçus par les familles lors des secondes rencontres ont permis de mieux comprendre les défis et difficultés auxquels les familles faisaient face en accompagnant des proches âgés à l'urgence et ont permis de raffiner l'intervention de prévention du délirium au cours du stage.

Description de la première rencontre

La première rencontre avec les familles a eu lieu à l'urgence au chevet de la personne âgée et en présence d'au moins un membre de sa famille. Le but de cette rencontre était d'établir un lien de confiance avec la famille et la personne âgée afin de transmettre de l'information sur des actions de prévention du délirium et de les engager dans un partenariat. La mise en œuvre de l'intervention de Martinez et al. (2012), adaptée au contexte de l'urgence et opérationnalisée par les cinq étapes du modèle de Hill et al. (2014), est décrite ci-dessous. Le tableau 1 ci-après décrit les objectifs poursuivis à chaque étape, les moyens qui ont été mis en place pour les atteindre et les exemples de questions qui ont été posées lors de chacune des cinq étapes afin de susciter l'engagement des familles face aux activités de prévention.

1) Engagement et échange d'informations : Cette étape avait pour objectif d'établir la relation de confiance et d'évaluer les connaissances de la famille et de la personne âgée au sujet du délirium. Étant donné la durée souhaitée de la rencontre, les questions se sont adressées en premier à la famille et les réponses ont été complétées par la personne âgée.

2) Sensibilisation et informations : Cette étape avait pour objectif de sensibiliser au problème du délirium et de faire connaître à la famille les moyens de le prévenir. À partir des connaissances de la famille et de la personne âgée, nous avons présenté les principales manifestations du délirium (apparition soudaine, fluctuations au cours de la journée, désorganisation de la pensée, difficultés à suivre des consignes, propos confus, somnolence ou agitation, irritabilité), ses causes (l'âge avancé, l'infection, les effets secondaires des médicaments), ainsi que ses conséquences sur la santé et l'autonomie des personnes âgées (déclin cognitif et fonctionnel, augmentation de la mortalité, augmentation de l'institutionnalisation et de la durée des séjours hospitaliers). La brochure résumant les actions de prévention a été remise et expliquée à la personne âgée et à sa famille en tenant compte de leurs connaissances antérieures (voir Annexe A). La brochure et les explications ont été offertes en anglais ou en français, selon les préférences de la famille.

3) Plan de surveillance mutuel : Cette étape visait à souligner l'importance de la vigilance tout au long de l'hospitalisation et l'importance pour la famille de rapporter aux infirmières les changements dans l'état cognitif de la personne âgée. L'aisance et les moyens privilégiés par la famille pour rapporter les observations potentielles ont été discutés à cette étape.

4) Décisions et actions à entreprendre : Cette étape consistait à identifier avec la famille les actions qu'elle pensait être prête à entreprendre pour prévenir le délirium. Les obstacles et les moyens pour faciliter leur engagement à réaliser les activités de prévention ont été discutés.

5) Ajustements : Cette étape avait pour objectif de vérifier si la famille et la personne âgée avaient besoin d'informations supplémentaires en lien avec le délirium et les actions préventives présentées. C'est aussi à cette étape qu'a été planifié ensemble le moment propice à la deuxième rencontre.

Description de la deuxième rencontre

La deuxième rencontre a eu lieu à l'urgence ou sur l'unité où avait été admise la personne âgée au moins une journée après la première rencontre pour permettre aux familles de mettre en œuvre les actions préventives proposées. Cette rencontre était également structurée en fonction des cinq étapes du modèle de Hill et al. (2014) et des thèmes abordés lors de la première rencontre. Elle

visait à renforcer les apprentissages des familles sur les actions de prévention du délirium et à recueillir leurs commentaires sur ces dernières. Les éléments de cette rencontre sont décrits dans le tableau 2 ci-dessous.

Le modèle d'engagement en partenariat a permis de mettre en œuvre des activités de prévention du délirium en soutenant l'implication active des familles à travers les cinq étapes de l'approche. À l'instar de Hill et al. (2014), nous souhaitons que cette approche facilite la prévention et la détection précoce du délirium au cours d'un séjour à l'urgence « en utilisant les forces et les habiletés de tous les membres impliqués dans ce partenariat de soin » (traduction libre, Hill et al. 2014, p. 6).

Tableau 1

Étapes de l'intervention lors de la première rencontre

Première rencontre			
Étapes selon le modèle de Hill et al. (2014)	Objectifs	Moyens	Questions à la personne âgée et à sa famille
Engagement et échanges d'informations	<ul style="list-style-type: none"> - Établir une relation de confiance avec la famille et la personne âgée (P.A.) - Évaluer les connaissances de la personne âgée et de sa famille sur le délirium 	<ul style="list-style-type: none"> - Se présenter et présenter le projet de stage - Questionner la personne âgée et sa famille sur leurs connaissances et expérience du délirium 	<ul style="list-style-type: none"> - Avez-vous déjà vécu ou été témoin de confusion ou d'agitation chez une personne hospitalisée? - Selon vous, quelles sont les principales manifestations d'un délirium? Les principales causes? Les façons de le prévenir?
Sensibilisation et informations	<ul style="list-style-type: none"> - Augmenter les connaissances sur ce qu'est le délirium - Proposer des actions de prévention du délirium à l'intention de la famille 	<ul style="list-style-type: none"> - Présenter, à partir des connaissances de la famille et de la personne âgée sur le délirium, ses manifestations, ses causes et ses conséquences sur la santé - Expliquer le contenu de la brochure sur les actions préventives du délirium 	<ul style="list-style-type: none"> - Parmi les activités présentées, quelles sont celles qui vous semblent les plus réalisables pour vous? - Les moins réalisables?
Plan de surveillance mutuel	<ul style="list-style-type: none"> - Favoriser le signalement rapide à l'infirmière de tous changements cognitifs ou de comportements chez la personne âgée 	<ul style="list-style-type: none"> - Souligner l'expertise de la famille pour noter les changements cognitifs ou de comportements 	<ul style="list-style-type: none"> - Comment vous sentiriez-vous si vous aviez à rapporter à un professionnel un changement dans la façon de penser ou dans les comportements de votre

		- Réfléchir avec la personne âgée et sa famille aux moyens potentiels pour communiquer les changements	proche? - À qui en parleriez-vous? - Quels moyens de communication seraient les plus faciles pour vous?
Prise de décisions/actions	- Faciliter la mise en œuvre des activités préventives	- Identifier les obstacles à la prévention et les moyens de soutenir l'engagement	- Parmi les activités proposées, lesquelles pensez-vous mettre en application dans les prochains jours? - Qu'est-ce qui vous serait le plus utile pour vous aider à les mettre en œuvre?
Ajustements	- Répondre aux questions de la famille et de la personne âgée - Obtenir de la rétroaction sur l'intervention - Planifier la deuxième rencontre	- Échanger sur la compréhension du délirium et des activités de prévention	- Avez-vous besoin d'autres informations par rapport au délirium ou aux actions préventives proposées? - Quel serait le meilleur moment pour vous rencontrer dans les prochains jours et discuter de l'utilisation des actions préventives proposées?

Tableau 2

Étapes de l'intervention lors de la deuxième rencontre

Deuxième rencontre			
Étapes selon le modèle de Hill et al. (2014)	Objectifs	Moyens	Questions à la personne âgée et à sa famille
Engagement et échanges d'informations	- Partager les informations sur l'utilisation des actions de prévention	- Questionner la personne âgée et sa famille sur les activités de prévention	- Quelles actions de prévention avez-vous pu mettre en place? - Lesquelles ont été les plus faciles à mettre en place? Les plus difficiles?
Sensibilisation et informations	- Répondre aux besoins d'informations sur le délirium et sur les actions préventives	- Évaluer la compréhension des informations fournies sur le délirium et sur les activités de prévention du délirium	- Comment avez-vous mis en place les activités? - Quelles informations données lors de la première rencontre vous ont été utiles pour surveiller l'apparition de signes de délirium?
Plan de surveillance mutuel	- Favoriser une communication efficace entre la famille et les soignants dans le dépistage d'un délirium	- Évaluer les besoins de connaissances sur la communication avec les soignants - Réfléchir aux moyens de communiquer avec les soignants	- Avez-vous noté des changements dans la façon de penser ou dans le comportement de votre proche? - Si oui : En avez-vous fait part à un professionnel? - Et comment? - Quel(s) moyen(s) avez-vous

			utilisé ou utiliseriez-vous pour communiquer?
			- Qu'est-ce qui serait le plus utile pour faciliter la communication avec le personnel?
Prise de décisions/actions	- Renforcer les efforts de la famille et de la personne âgée dans leurs actions de prévention du délirium	- Souligner les apports de la famille dans les activités de prévention	- Qu'est-ce qui serait le plus utile pour vous aider à entreprendre ou à continuer les activités de prévention?
Ajustements	- Répondre aux questions de la famille et de la personne âgée - Offrir des ressources web à la famille - Obtenir des suggestions de la personne âgée et de la famille afin d'améliorer l'intervention	- Échanger sur la compréhension du délirium et des activités de prévention - Réviser le contenu de la brochure et discuter des éléments à améliorer	- Avez-vous des questions sur le délirium ou la façon de le prévenir? - Quels conseils donneriez-vous à une famille qui souhaiterait s'impliquer dans des actions de prévention du délirium?

Chapitre 4 : Compte-rendu du stage

Ce chapitre présente le portrait du milieu et des participants rencontrés au cours du stage, suivi d'une réflexion sur les rencontres à partir de chacune des étapes du modèle. Nous présentons aussi les activités de transfert de connaissances réalisées en fin de stage.

Portrait du milieu de stage

Le stage s'est déroulé du début du mois de novembre 2014 à la fin février 2015. Les activités de transfert de connaissances se sont étendues de mars à mai 2015. Durant les quatre premières semaines de stage, le milieu a été l'urgence de l'Hôpital Royal Victoria. Malheureusement, il a été très difficile de coordonner les horaires de la stagiaire, la présence du membre de la famille et du patient pour effectuer les rencontres de suivi. Le stage s'est donc poursuivi à l'urgence de l'Hôpital général de Montréal, milieu de travail de la stagiaire. Cependant, les familles sélectionnées n'ont jamais été sous les soins de la stagiaire pendant ses heures de travail afin de respecter le libre choix des patients et des familles à participer aux activités.

L'Hôpital général de Montréal est un centre tertiaire spécialisé en traumatologie adulte situé au cœur du centre-ville de Montréal. L'urgence reçoit environ 37 000 visites par année. Soixante-dix pour cent de ces visites sont des patients sur civière dont la durée moyenne de séjour se situe autour de 15 h. Les patients âgés de 75 ans et plus représentent 18 % de la clientèle de l'urgence (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2015).

Le milieu de stage a accueilli avec intérêt le projet. L'infirmière-chef, les conseillères en soins infirmiers spécialisés de l'urgence et en gériatrie et les infirmières éducatrices ont offert leur soutien et disponibilité tout au long du déroulement de ce projet. Les infirmières de l'urgence ont collaboré chaleureusement à la sélection des familles et ont facilité l'accès aux familles et aux patients. Les patients et les familles ont été sélectionnés selon les critères mentionnés plus haut et ont été rencontrés dans l'une des trois sections de l'urgence, soit les soins aigus, les soins sur civière et les soins de courte durée.

Une famille a été rencontrée lors de la première rencontre dans la section des soins aigus, destinée à accueillir les patients les plus instables. Cette section comporte quinze places dont treize places avec moniteur cardiaque, mais elle peut accueillir jusqu'à 24 patients lors des

périodes de débordement. Cette section est composée d'une salle d'isolement, de trois cubicules semi-fermés et d'un vaste espace ouvert où les civières peuvent être séparées par des rideaux.

Sept familles ont été rencontrées dans la section des soins sur civière destinée aux patients plus stables en attente d'admission sur une unité ou de l'organisation du congé. Cette section de l'urgence peut accueillir jusqu'à onze patients dans des cubicules semi-ouverts. Chaque cubicule est pourvu de tableaux blancs sur lesquels le personnel peut inscrire des informations non confidentielles (par exemple, la date, le nom des soignants). Cette section accueille en majorité des patients suivis en médecine interne ou en gériatrie.

Deux familles ont été rencontrées dans la section des soins de courte durée qui accueille les patients de l'urgence en condition stable qui nécessitent une hospitalisation brève ou qui sont en attente de relocalisation (par exemple, convalescence, réadaptation, placement). Cette unité, qui est une extension de l'urgence, comporte douze lits. Deux autres deuxièmes rencontres ont été effectuées sur l'unité de médecine interne.

Durant la période de stage, le taux d'occupation à l'urgence a été particulièrement élevé se situant pendant plusieurs semaines autour de 150 % à 160 %. Les conditions de séjour des familles et des patients ont donc été particulièrement difficiles durant cette période.

Portrait des participants

En tout, plus de 20 familles ont été rencontrées pour une première rencontre et dix de ces familles ont été rencontrées pour l'ensemble des deux rencontres prévues. Les dix membres de famille rencontrés pour les deux rencontres étaient des femmes, soit les filles des patients dans sept cas, les épouses (3 cas), les amies proches (2 cas) et une aidante de longue date à domicile. Les personnes âgées rencontrées étaient composées de cinq hommes et cinq femmes, toutes âgées de plus de 80 ans. Dans la majorité des cas, elles s'étaient présentées à l'urgence pour des symptômes de difficulté respiratoire (7 cas), de détérioration de l'état général lié à la progression d'un cancer (1 cas), de symptômes gastro-intestinaux (1 cas) ou de septicémie (1 cas). Sur l'ensemble des familles rencontrées, une seule famille a refusé de participer lors de la première rencontre en raison de leur insatisfaction face à leur expérience dans la salle d'urgence. La grande

majorité des familles ont démontré de l'intérêt pour le sujet et pour partager leurs connaissances malgré les conditions de séjour difficiles. Malheureusement, plusieurs familles rencontrées en première entrevue n'ont pu être rejointes pour la seconde rencontre. Les familles étant absentes lors de la deuxième visite ou les personnes âgées ayant reçu leur congé, nous n'avons donc pas pu bénéficier de leurs commentaires.

Compte-rendu des rencontres faites auprès des dix familles

En suivant les étapes du modèle de Hill et al. (2014), nous présentons maintenant un résumé des rencontres effectuées avec les dix familles et les réflexions qu'elles ont inspirées.

Engagement et échanges d'informations. L'étape de l'engagement et d'échanges d'informations avait pour objectif de créer un climat de confiance et de respect pour échanger des informations. Cinq des dix familles rencontrées ont partagé avoir vécu une expérience antérieure de délirium avec une personne âgée qui leur était proche, sans toujours savoir que cela se nommait ainsi. Parfois, le mot « délirium » n'était pas connu, mais l'évocation d'une confusion soudaine, de comportement d'agitation, de somnolence extrême ou de désorientation ramenait à des événements vécus pour les familles ou la personne âgée. Les patients et les familles ont partagé une certaine inquiétude face à la possibilité de revivre un tel épisode. Toutes ces familles ont accepté de partager leurs connaissances et de participer à l'intervention lors des premières rencontres. Pour les familles qui n'avaient jamais entendu parler de délirium ou qui ne l'avaient jamais vécu, des informations supplémentaires ont été transmises. Il a souvent été difficile d'impliquer les patients âgés dans la conversation, en particulier dans la section des soins aigus et des soins sur civières. La condition médicale, l'environnement bruyant de l'urgence, la fatigue ou le manque d'intérêt ont été les principaux obstacles. Les personnes âgées ont souvent mentionné ne pas bien entendre ou être trop fatiguées pour suivre les discussions. Cependant, nous avons pu constater que les personnes âgées rencontrées dans l'environnement plus calme de l'unité de courte durée étaient plus disponibles aux échanges

Sensibilisation et informations. L'étape de sensibilisation et d'informations est l'étape où des informations supplémentaires sur le délirium et l'explication des activités de prévention du délirium à l'aide d'une brochure ont été fournies. À cette étape, il a parfois fallu distinguer les

signes du délirium des signes attribués au vieillissement et à la fatigue. L'apparition soudaine et fluctuante de changement de comportements, la perte d'attention, la désorganisation de la pensée, le changement d'état de conscience sont les caractéristiques facilement identifiables sur lesquelles nous avons porté une attention particulière avec les membres des familles. Par la suite, les activités de prévention ont été présentées. Les familles ont trouvé les activités de prévention facilement réalisables. La brochure a été jugée claire, informative et facile à suivre. Plusieurs membres de la famille ont relayé les informations et la brochure aux autres membres de leur famille afin qu'ils puissent participer. Les familles ont mentionné faire déjà une partie des activités suggérées (par exemple, présence au chevet, offrir à boire, amener de la nourriture maison). Cette étape a été l'occasion de reconnaître l'importance de leur présence au chevet, malgré un environnement de soins difficile.

Plan de surveillance mutuelle. L'étape suivante de l'intervention portant sur un plan de surveillance mutuelle a permis de souligner l'importance de la vigilance tout au long de l'hospitalisation et l'importance pour la famille de rapporter aux professionnels les changements dans l'état cognitif ou le comportement du proche âgé. Lors des deuxièmes rencontres, les familles ont affirmé que l'infirmière du patient était la personne à qui elles s'adresseraient le plus facilement pour signaler des changements. Deux familles nous ont mentionné apprécier avoir le nom des soignants écrits sur les tableaux blancs disponibles dans la section des civières. Une famille a mentionné avoir été en mesure de déceler rapidement l'apparition d'un délirium à la suite de l'administration d'un narcotique et de le signaler à l'infirmière. Deux familles ont mentionné avoir observé des changements (par exemple, somnolence, propos répétitifs), mais ne savaient pas trop si cela était lié à l'état de santé et à la fatigue ou à un délirium. Il a été possible de clarifier certains doutes et inquiétudes en discutant de leurs observations, par exemple en leur posant des questions comme : Est-ce que c'est nouveau? Est-ce que c'est constant ou a fluctué dans la dernière journée? Est-ce que votre proche a du mal à suivre la conversation? Est-ce que ses propos sont illogiques, sans rapport avec la conversation? Un des défis lors de la deuxième rencontre a été de mieux comprendre les inquiétudes des membres des familles. Certaines des inquiétudes étaient liées au manque d'informations sur l'évolution de l'état de santé, les traitements en cours ou le plan de soins à moyen terme. D'autres étaient liées à l'apparition d'un

délirium. Dans tous les cas, il a fallu adapter notre intervention afin de mieux répondre aux questions et inquiétudes dans le but de maintenir l'engagement des familles.

Prise de décisions partagée. L'étape de la prise de décisions partagée consistait à identifier avec la famille les obstacles et les moyens pour faciliter leur engagement dans la prévention du délirium et la mise en place des activités de prévention. Les familles ont rapporté que les activités de réorientation et de présence régulière au chevet ont été les plus faciles à réaliser. Certains proches ont apporté à la personne âgée une montre ou une petite horloge. De leur côté, les patients âgés ont plusieurs fois exprimé apprécier le fait d'avoir une horloge disponible. Au niveau du soulagement de la douleur, les patients et les familles rencontrés semblaient bien informés et confortables pour demander un soulagement rapide de la douleur. D'autre part, au niveau du port des lunettes et des appareils auditifs, plusieurs personnes âgées ne souhaitaient pas les porter par crainte de les perdre. La disponibilité d'un sac identifié au nom du patient attaché à la civière du patient avait été proposée par un des préposés et cette stratégie a été proposée aux patients sans trop de succès. Certains patients ont mentionné trouver inconfortable de porter leurs appareils auditifs dans le milieu de soins bruyant d'une salle d'urgence et ils ne souhaitaient tout simplement pas les porter. Enfin, l'activité de mobilisation a été l'activité la moins réalisée par les familles et leur proche. Souvent, les familles ont exprimé des doutes par rapport aux capacités de la personne âgée à se mobiliser ou à être en mesure de l'aider. Parfois, la personne âgée ne souhaitait pas se faire aider par la famille par crainte de les déranger ou bien se disait trop faible. Les effets néfastes de l'immobilisation ont été discutés et la possibilité d'impliquer la physiothérapeute ou d'avoir de l'aide des soignants a été abordée. Il s'agit de la seule activité qui a nécessité l'aide d'un soignant pour sa mise en œuvre. Rosenbloom (2010) faisait aussi ressortir que la mobilisation était jugée l'activité la plus difficile à réaliser parmi celles proposées aux familles dans le cadre d'une intervention de prévention du délirium. Les familles et les patients ont besoin de bien comprendre l'importance de demeurer physiquement actif, mais la disponibilité des préposés ou d'infirmières pour aider à la mobilisation est souvent nécessaire.

De manière générale, les familles souhaitaient participer aux activités, mais la réalisation des activités de prévention a demandé une certaine constance au chevet du proche âgé ce qui, selon les familles, n'est pas toujours possible. Cependant, l'engagement des dix familles à mettre en

place les activités proposées a été constaté lors des secondes rencontres. Certaines familles se sont engagées plus que d'autres, mais aucune famille n'a évoqué l'environnement chaotique et bruyant de l'urgence comme un obstacle à leur participation à l'intervention. Par contre, elles ont régulièrement demandé des informations concernant l'état de santé de leur proche âgé. C'est dans les unités plus calmes (soins de courte durée et unité de médecine interne) et lorsque l'état de santé du patient était stable que les familles ont démontré un plus grand engagement dans les activités. D'autre part, démontrer de l'intérêt pour l'expérience des familles, répondre aux questionnements et faciliter la réalisation des activités de prévention, offrir de l'aide et ajuster les interventions, si nécessaire, sont des stratégies qui ont facilité le développement d'une collaboration et favorisé la participation des familles. Les principaux défis quant à l'intervention ont été de maintenir le partenariat et l'engagement malgré une présence auprès d'eux pour une courte période et d'engager la participation des personnes âgées aux activités, en particulier en ce qui concerne la mobilisation. La planification concertée d'un moment propice à la mobilisation a fait partie des ajustements proposés en présence de la famille.

Réalisation d'ajustements. Enfin, l'étape de la réalisation d'ajustements s'est faite au fur et à mesure de l'intervention. Il s'agissait de négocier des ajustements pour permettre de maintenir l'engagement de la famille. Plusieurs familles nous ont fait part de leur frustration quant au prix excessif du stationnement, en particulier lorsque plusieurs membres d'une même famille se relayaient au chevet du patient et que la durée de séjour se prolongeait. Plusieurs ont mentionné aussi leur frustration face à la difficulté d'obtenir des informations concernant l'état de santé ou le plan de soins de leur proche, ce qui pouvait, selon eux, freiner leur désir de collaboration. Or, les familles qui font l'effort de venir jour après jour au chevet de leur proche âgé manifestent, à divers degrés, le désir d'être impliquées. Le modèle de soins mis à l'essai dans le cadre du stage utilise l'engagement et l'échange d'informations comme une stratégie permettant de mettre en place des liens de collaboration. Écouter et comprendre les frustrations des familles a fait aussi partie des stratégies qui ont pu soutenir l'implication des familles aux activités de prévention du délirium.

Principaux défis liés à l'intervention

Un des défis de l'activité de prévention était de la réaliser dans un délai de 5 à 10 minutes pour respecter la faisabilité pour une infirmière dans le cadre de l'urgence. L'opérationnalisation du modèle d'engagement en partenariat a permis de structurer l'intervention qui a été réalisée dans les délais prévus dans la grande majorité des rencontres. Cependant, les premières rencontres ont été un peu plus longues au début de la période de stage et elles ont permis à la stagiaire de développer des habiletés pour intervenir en partenariat avec les familles. Les deuxièmes rencontres, qui ont servi à recueillir les commentaires et à proposer des ajustements, ont pu être réalisées dans un délai d'environ 10 minutes.

Le principal défi quant à la réalisation des rencontres a été d'être en mesure de retrouver un membre de la famille qui avait pris part aux activités de prévention. Le rythme des admissions et des congés de l'urgence conjugué au temps de présence des familles et de la stagiaire a représenté un réel défi tout au long du stage.

Enfin, comme mentionné plus haut, il a été plus difficile d'engager le patient âgé à être partie prenante lors des rencontres. L'intervention s'adressant avant tout aux membres de la famille, nous avons essayé le plus possible d'encourager les familles à relayer les informations au patient et aux autres membres des familles susceptibles de venir au chevet du patient. Nous avons pu constater lors des deuxièmes rencontres que parfois un autre membre de la famille avait été renseigné et poursuivait les activités de prévention.

Activités de transfert des connaissances

Plusieurs activités de transfert de connaissance ont été organisées. Le compte-rendu du stage et la brochure ont été présentés à l'infirmière-chef et aux assistantes infirmières-chefs de l'urgence. Une équipe de gériatrie composée d'un médecin gériatre, d'une physiothérapeute, d'une ergothérapeute et d'une travailleuse sociale ont aussi été informés du projet et de ses retombées. Les conseillères en soins spécialisés en gériatrie de l'HGM et du campus Lachine du CUSM ont aussi été rencontrées. La brochure et le modèle de soins en partenariat ont été présentés aux infirmières de l'urgence et la brochure a été rendue disponible dans le logiciel de l'urgence

MEDURGE afin que les infirmières puissent y avoir accès et l'utiliser avec leurs patients âgés et les familles.

L'utilisation de la brochure pourrait être élargie aux autres unités de soins et au reste du campus du CUSM. En complément à la brochure, une carte portative a été distribuée aux infirmières de l'urgence de l'HGM pour sensibiliser les infirmières au dépistage de la confusion aiguë qui peut être un signe de délirium (Annexe 2). Cette carte présente, au recto, un outil validé pour le dépistage de la confusion aiguë par les infirmières soit le « Confusion Assesment Method » ou CAM (Inouye et al., 1990). Le verso de cette carte énumère les moyens non pharmacologiques pour prévenir le délirium, ainsi que les principales classes de médicaments susceptibles de favoriser l'apparition d'un délirium. Enfin, le projet de stage, ses retombées et les recommandations en découlant ont été présentés dans le cadre du colloque Alice-Girard en mai 2015.

Étant donné le contexte difficile dans les salles d'urgence, il semble pertinent de cibler les efforts sur les aspects des soins sur lesquels les infirmières peuvent avoir une influence et sur lesquels elles peuvent utiliser de manière optimale leurs compétences. À ce titre, le stage a permis d'adapter et de mettre en application une intervention favorisant le partenariat par une communication respectueuse et la collaboration entre les soignants, la famille et le patient dans le but de prévenir des épisodes de délirium. Les familles ont mentionné avoir apprécié de participer à des activités simples de prévention. La relation de collaboration qui a guidé les interventions a pu être réalisée grâce à la mise en application d'un modèle qui favorise des soins humains, centrés sur le patient dans le but de soutenir l'engagement des patients et des familles aux activités de prévention du délirium

Chapitre 5 : Discussion

Ce chapitre fait un retour sur l'atteinte des objectifs de stage et d'apprentissage et présente les forces et les limites quant à l'intervention de prévention du délirium chez les personnes âgées en soutenant l'implication des membres de famille qui les accompagnaient qui a été adaptée et mise à l'essai dans une salle d'urgence. Nous présentons ensuite les retombées et les recommandations qui découlent de la réalisation du stage.

Atteinte des objectifs de stage

Les trois premiers objectifs du stage ont été atteints. Ces objectifs étaient d'identifier les besoins des familles face à la prévention du délirium lors de l'hospitalisation, de sensibiliser les familles à la problématique du délirium et aux moyens de le prévenir et d'adapter une intervention de prévention en utilisant une approche centrée sur le partenariat avec la famille. L'intervention de prévention de Martinez (2012) a été adaptée et mise en œuvre en utilisant le modèle de soins basé sur le partenariat de Hill et al. (2014). Les réflexions et les discussions autour du modèle en partenariat faites avec les personnes ressources ont permis de développer une approche efficace pour identifier et sensibiliser les familles à prendre part aux activités de prévention du délirium. La mise en œuvre de l'intervention a permis de démontrer qu'il est possible de faciliter l'engagement des familles dans le processus de soin en respectant les principes de base du modèle de Hill et al. (2014) qui sont l'accueil, l'échange d'informations, la réponse aux besoins des familles, le soutien et le respect des limites.

Le quatrième objectif était de transférer aux infirmières d'urgence les connaissances acquises au cours du stage sur les bénéfices et les défis d'utiliser un modèle d'engagement en partenariat pour soutenir l'implication des familles à l'urgence afin de prévenir le délirium chez les personnes âgées. Cet objectif a été partiellement atteint. Les recommandations et les outils pour les infirmières ont été rendus disponibles et pourront contribuer à l'utilisation de l'intervention auprès des familles. Cependant, les bénéfices d'impliquer les familles dans les soins doivent continuer d'être mis de l'avant comme étant un moyen pertinent pour améliorer la qualité et la sécurité des soins. En effet, la sensibilisation des infirmières à une approche collaborative centrée sur les patients et les familles dans les salles d'urgence demeure un défi. En effet, la famille est souvent considérée comme une ressource importante par les infirmières de l'urgence, mais plus rarement comme un partenaire de soins avec des besoins particuliers. On peut souligner, à l'instar

des conclusions de l'étude exploratoire de Fry, Gallagher, Chenoweth et Stein-Parbury (2014), qu'il existe une certaine ambivalence chez les infirmières de l'urgence à collaborer avec les familles, en particulier quand les familles sont identifiées comme difficiles ou que leurs demandes interfèrent ou nécessitent de négocier les soins et les pratiques infirmières.

Atteinte des objectifs d'apprentissage

Dans le cadre de ce stage, la stagiaire a pu développer et perfectionner des habiletés attendues en pratique avancée soit : d'exercer une pratique infirmière contribuant à la santé des personnes et des familles; de soutenir les apprentissages en milieu de pratique; de s'engager dans des recherches scientifiques, disciplinaires et interdisciplinaires de même que dans des activités d'intégration des connaissances dans la pratique; d'exercer un leadership infirmier; et d'établir des partenariats en vue d'une collaboration centrée sur la santé et les soins (Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal, 2014). L'adaptation et la mise en œuvre de l'intervention ont permis de développer des activités basées sur des résultats probants et d'opérationnaliser un cadre théorique qui visait à développer le partenariat de soins dans le but de prévenir les épisodes de délirium. De plus, la réalisation du projet a demandé l'établissement de partenariat avec les familles, les patients âgés, les infirmières de l'unité, les conseillères en soins infirmiers spécialisés de l'urgence et en gériatrie et les infirmières éducatrices de l'urgence dans le but de promouvoir de nouvelles pratiques tout en s'assurant de la faisabilité du projet dans une salle d'urgence. Pour la stagiaire, le stage a été l'occasion de déployer ses habiletés à travailler en collaboration avec les familles et de mieux connaître leurs besoins. Il a été étonnant de constater combien les familles souhaitent obtenir des informations et qu'elles pouvaient être des partenaires efficaces malgré des conditions de séjour à l'urgence particulièrement inconfortable. L'utilisation systématique d'une approche qui facilite et soutient l'engagement en favorisant la négociation avec les familles a été un apprentissage important au cours de ce stage. La conception de la stagiaire du rôle des familles a pu ainsi évoluer d'une conception où la famille a un rôle de famille-ressource à un rôle de famille-partenaire dans les soins. Le stage a aussi été l'occasion de perfectionner un leadership infirmier afin de transférer dans divers milieux les résultats et les recommandations découlant d'une approche novatrice qui vise à développer un partenariat avec les familles. La transmission des informations concernant les activités de prévention du délirium à offrir aux familles a été faite auprès des infirmières sous forme de

rencontres sur les lieux de travail. Les infirmières ont semblé apprécier avoir un outil disponible dans MEDURGE. Cependant, nous avons pu constater que peu de ces outils ont été transmis aux familles par les soignants. Il sera ainsi nécessaire pour la stagiaire de continuer à développer sa compétence pour exercer efficacement son rôle de leadership auprès des infirmières dans le but de sensibiliser les infirmières aux avantages d'adopter une approche collaborative avec les familles. Nous souhaitons que notre engagement à développer des partenariats de soins avec les patients et leur famille inspirera d'autres infirmières à développer cette compétence.

Forces et limites du projet

La principale force de ce projet a été de démontrer qu'il est possible de mettre en œuvre une intervention de prévention du délirium auprès des familles dans le contexte d'une salle d'urgence dans un temps restreint, et ce, en utilisant une démarche de soins favorisant le partenariat. Cette intervention de prévention du délirium a été adaptée au contexte de la salle d'urgence en utilisant des résultats probants, grâce à l'appui des professionnels de la santé du milieu de stage et en tenant compte des commentaires des familles et de leur proche âgé. Malgré les conditions difficiles de la salle d'urgence durant le stage, les familles se sont montrées prêtes à partager leurs connaissances et leurs commentaires et à participer à des activités de prévention. Les familles ont trouvé que les informations fournies étaient utiles et claires et que les activités étaient réalisables avec un soutien pour la mobilisation.

Martinez et al. (2012) avaient démontré dans leur étude qu'il était possible de prévenir des épisodes de délirium dans une unité de médecine en mettant à contribution les familles. Cependant, les auteurs soulevaient que les stratégies d'intervention pour engager activement les familles dans des interventions de prévention devaient être explorées. L'utilisation du modèle de soins en partenariat de Hill et al. (2014), qui a été servi de guide pour structurer les rencontres, a favorisé une réponse positive chez les familles et a facilité leur engagement dans les activités de prévention. Les réflexions qui ont précédé les rencontres durant le stage et la nature des questions lors des rencontres ont permis d'opérationnaliser ce modèle de partenariat et de susciter l'intérêt et la participation des familles. Ce modèle invite à établir une relation de confiance en tenant compte des expériences, des connaissances et des besoins exprimés par les familles et les personnes âgées. Il est simple à utiliser et peut être mis en œuvre facilement par les infirmières de

toutes les unités souhaitant soutenir les familles et réduire les effets néfastes de l'hospitalisation chez les personnes âgées.

Cependant, une des limites à ce projet est de n'avoir pas pu observer l'engagement des familles dans les activités durant la durée de l'hospitalisation du proche âgé. En effet, il aurait été pertinent de continuer à obtenir les commentaires des familles quant à l'intervention proposée afin de mieux comprendre si l'approche permet de soutenir un engagement durable des familles dans les activités de prévention.

Une autre limite de ce projet est de n'avoir recueilli que peu de commentaires des personnes âgées sur la façon dont elles vivaient les activités de prévention du délirium et l'implication de leur famille. Toutefois, elles ont quand même pu mentionner différents obstacles à leur participation à l'intervention, dont la présence du bruit pendant la rencontre, la difficulté à suivre les discussions ou le manque d'intérêt. L'état de santé et les heures des visites, parfois tardives, ont aussi limités les occasions de recueillir leurs commentaires.

Enfin, nous avons eu l'occasion de mettre à l'essai l'intervention uniquement auprès de membres de famille féminins. Il aurait été pertinent d'obtenir également le point de vue d'aidants familiaux masculins. Selon Statistiques Canada (2012), 54 % des aidants familiaux sont des femmes, mais elles sont plus nombreuses à fournir vingt heures et plus de soins par semaine et elles sont plus susceptibles que les hommes de fournir des soins personnels. Il est donc peu étonnant qu'on retrouve des femmes en plus grande majorité au chevet des proches âgés dans une salle d'urgence. La section qui suit présente les retombées du projet sur les familles et la stagiaire

Retombées du projet

Les familles ont plusieurs fois mentionné avoir apprécié recevoir des informations orales et écrites sur le délirium et elles ont apprécié que l'on tienne compte de leur opinion. Les besoins d'informations des familles sont importants, autant en ce qui concerne les moyens de prévenir le délirium que sur l'état de santé et le plan de soins de leur proche âgé. La plupart des familles ont profité de l'intervention pour demander des informations sur l'état de santé de leurs proches âgés. Lorsqu'il était possible pour la stagiaire de répondre à leurs questions, cela a permis de créer

rapidement un lien de confiance et d'assurer un intérêt pour les activités de prévention. Par ailleurs, les familles étaient disponibles pour s'impliquer dans les activités. Le projet de stage confirme qu'il existe des besoins d'éducation au sujet du délirium chez les familles et que des activités de prévention sont facilement réalisables. De plus, le projet a démontré qu'il est possible pour une infirmière d'urgence de fournir, dans un temps minimal, des informations ciblées sur le délirium et sur les activités de prévention qui correspondent aux besoins des familles. La mise en œuvre d'une démarche de soins en partenariat a été facile à intégrer et a démontré qu'elle facilitait la collaboration et l'engagement des familles aux activités de prévention.

Au fil des rencontres, il a été possible de constater que l'utilisation du modèle de partenariat avait une influence positive sur la relation entre la stagiaire et les familles. Cela a permis de recevoir de nombreux commentaires pour améliorer l'intervention et d'offrir des informations adaptées à la situation des familles. À la lumière des retombées du projet de stage, nous formulons des recommandations pour la pratique clinique, la recherche, la formation et la gestion.

Recommandations

Pour la pratique clinique

Le modèle d'engagement en partenariat (Hill et al., 2014) est un modèle récemment élaboré. Selon Hill et al. (2014), « le partenariat de soins a le potentiel de faciliter la prévention et la reconnaissance précoce du délirium, tout en améliorant la qualité des soins, la qualité de vie des patients hospitalisés et la satisfaction des familles en utilisant les forces et les habiletés des acteurs du partenariat » (Traduction libre, p.6). Rosebloom et Fick (2014) ont montré que l'attitude des infirmières et des familles peut être influencée de manière positive par un programme d'éducation portant sur le partenariat afin de prévenir le délirium. Nous recommandons donc de continuer à faire connaître et à soutenir les infirmières quant à l'adoption d'un modèle de soins qui valorise le partenariat avec les familles. Cette sensibilisation pourrait se faire dans le cadre des programmes de formation à l'approche adaptée à la personne âgée (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2011). De plus, le modèle n'étant pas spécifique aux besoins de l'urgence, il pourrait facilement être appliqué par les infirmières sur d'autres unités de soins, par exemple, sur les unités de médecine, de gériatrie et de chirurgie.

De plus, selon Han et al. (2009), le délirium n'est pas détecté chez 75 % des patients. Nous recommandons donc qu'un dépistage systématique soit utilisé par les infirmières, par exemple l'outil CAM, et ce, en collaboration avec la famille. Ce dépistage en collaboration devrait servir de point de départ pour échanger des informations à propos du délirium et pour présenter les activités de prévention. Les infirmières pourraient aussi encourager la famille à relayer les informations sur la prévention du délirium aux autres membres de la famille ainsi qu'au patient.

Par ailleurs, certains aménagements dans l'environnement des patients pourraient améliorer l'orientation des patients et faciliter la présence des familles à l'urgence. Nous recommandons l'adoption et l'utilisation des tableaux blancs afin de faciliter la communication avec les membres de la famille et les patients. La date, le nom des soignants et d'autres informations non confidentielles pourraient y être inscrits aussi bien par les soignants que par les familles ou leur proche. Aussi, l'orientation des patients âgés durant leur hospitalisation serait facilitée par l'installation généralisée d'horloge dans les chambres des patients et dans les diverses zones des salles d'urgence.

De plus, les familles ont démontré de l'inconfort à encourager la mobilisation chez leur proche. Une attention particulière devrait être portée à leur besoin d'aide à ce sujet. Nous recommandons donc une participation accrue des équipes soignantes à la mobilisation régulière des patients âgés. Enfin, les infirmières et les familles devraient encourager le port des appareils auditifs et des lunettes, au moins durant les heures de présence familiale afin que les proches âgés profitent pleinement de la présence stimulante de leur famille. Nous recommandons que les lunettes et les appareils auditifs soient identifiés, par le patient, les familles ou les soignants, le plus tôt possible durant l'hospitalisation afin de promouvoir leur utilisation sans craindre leur perte.

Pour la recherche

Plusieurs écrits mentionnent l'augmentation de la satisfaction des familles, des patients et des soignants lorsqu'ils s'engagent dans un partenariat de soins (Bridges et al., 2010, Hill et al., 2014 Vandall et Clark, 2011). Cependant, comme le soulignent Rosebloom et Fick (2014), davantage de recherches sont nécessaires pour évaluer dans quelle mesure un modèle de soins en partenariat appliqué à la prévention du délirium prévient les épisodes et a un impact sur la santé des

personnes âgées et des familles. En particulier, les obstacles et les moyens facilitant l'adoption d'un modèle de soins en partenariat avec les familles en vue de prévenir le délirium ont été peu explorés auprès des infirmières et ils pourraient faire l'objet d'études. Enfin, les effets de l'intervention sur l'incidence du délirium n'étaient pas le but de ce stage, mais dans le cadre d'une recherche, il serait pertinent de mesurer les effets de l'intervention sur l'incidence du délirium chez les patients âgés ainsi que l'impact sur le bien-être des familles.

Pour la formation

Le modèle de soins en partenariat avec les familles permet de faciliter l'engagement et augmente la satisfaction des familles (Hill et al., 2014). De plus, les activités de prévention du délirium ont été jugées faciles et réalisables par les familles. Nous recommandons donc que les formations continues portant sur l'approche adaptée à la personne âgée et sur la prévention du délirium fassent connaître le modèle en partenariat et les activités de prévention du délirium, incluant la brochure sur les activités de prévention disponible pour les familles. De plus, il serait pertinent dans le cadre des formations offertes aux infirmières de les sensibiliser à l'importance de donner régulièrement des informations aux patients et, avec leur consentement, à leurs proches sur l'évolution de leur état de santé, leur plan de soins et de répondre à leur préoccupation principale. En effet, beaucoup de frustrations pourraient être facilement évitées en assurant une communication efficace entre les infirmières, les patients et leur famille.

Par ailleurs, nous avons pu constater que beaucoup de patients âgés ne recevaient pas de visites durant leur hospitalisation. Nous recommandons donc que les préposées aux bénéficiaires et les bénévoles soient familiarisés avec les activités de prévention du délirium afin de pouvoir participer au travail de prévention.

Pour la gestion

Au cours des rencontres, les familles ont évoqué à plusieurs reprises les prix jugés excessifs du stationnement des hôpitaux. À titre d'exemple, dans le milieu de stage, chaque membre de la famille paie en effet le plein tarif (25 \$/jour), un tarif dégressif n'étant offert qu'après dix jours d'hospitalisation. Étant donné l'importance de la présence des familles pour prévenir les

complications liées à l'hospitalisation d'un proche âgé, nous recommandons que des tarifs familiaux plus abordables soient offerts afin de faciliter leur présence tout au long de l'hospitalisation.

Par ailleurs, l'engorgement des salles d'urgence engendre promiscuité, bruit et surcharge de travail pour le personnel, ce qui en fait un milieu particulièrement favorable au développement de délirium chez les personnes âgées. Le délirium augmente la probabilité d'hospitalisation prolongée, de déclin fonctionnel et cognitif durable à 6 et 12 mois. Les couts financiers associés au délirium ont été estimés à 164 milliards de dollars par année aux États-Unis et à 182 milliards de dollars par année pour 18 pays européens combinés (Inouye et al., 2014). Nous recommandons que des solutions durables soient mises en place dans les salles d'urgence afin d'améliorer les conditions de vie des patients âgés en particulier en assurant un environnement calme et un transfert rapide vers les unités de soins plus adaptées à leur condition de santé et à leur âge.

Conclusion

L'adoption par les soignants d'un modèle de soins en partenariat avec les familles est un défi dans les salles d'urgence où l'instabilité des patients demande souvent des réponses rapides et complexes engageant un nombre important de professionnels de la santé. Cependant, pour les personnes âgées, les conditions de séjour difficiles dans les salles d'urgence augmentent les risques de développer un délirium et d'autres complications liées à leur séjour à l'urgence. Créer des liens de partenariat entre les familles, les proches âgés et les soignants contribue à réduire les effets néfastes de l'hospitalisation. Ce stage a été l'occasion d'apprendre à mieux connaître les besoins des familles et leurs inquiétudes face à l'hospitalisation d'un proche âgé. Nous avons pu constater que les familles manquaient d'informations, mais qu'elles étaient prêtes à collaborer et à participer à des activités de prévention quand on répondait à leurs questions et à leurs besoins.

Les familles occupent, grâce aux connaissances qu'elles ont de leur proche âgé, une place prépondérante pour prévenir le délirium. Investir un peu de temps pour les connaître et les impliquer dans des activités de prévention dès l'admission à l'urgence d'un proche âgé en utilisant un modèle de partenariat permet d'améliorer l'expérience des familles en leur offrant des mesures de soutien adaptées, tout en prévenant les complications d'un délirium chez leurs proches âgés. Les infirmières ont la responsabilité professionnelle de travailler à créer des liens avec les familles et à négocier des soins en partenariat avec elles (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2015). En s'engageant dans le développement d'une pratique centrée sur les patients et la famille, les infirmières ont un impact direct sur la satisfaction des familles et le pouvoir d'améliorer la qualité et la sécurité de soins.

Références

- American Psychiatric Association.(2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-5*. (5^e éd.). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Barron, E. A., & Holmes, J. (2013). Delirium within the emergency care setting, occurrence and detection: A systematic review. *Emergency Medical Journal*, 30(4), 263-268. doi: 10.1136/emered-2011-200586
- Bélanger, L., & Ducharme, F. (2011). Patients' and nurses' experiences of delirium: A review of qualitative studies. *Nursing Critical Care*, 16(6), 303-315. doi: 10.1111/j.1478-5153.2011.00454.x
- Black, P., Boore, J., & Parahoo, K. (2011). The effect of nurse-facilitated family participation in the psychological care of the critically ill patient. *Journal of Advanced Nursing*, 67(5),1091-1101.
- Bridges, J., Flatley, M., & Mayer, J. (2010). Older people's and relatives experiences in acute care settings: Systematic review and synthesis of qualitative studies. *International Journal of Nursing Studies*, 47, 89-107. doi:10.1016/j.ijnurstu.2009.09.009
- Elie, M., Rousseau, F., Cole, M., Primeau, F., McCusker, J., & Bellavance, F. (2000). Prevalence and detection of delirium in elderly emergency department patients. *CMAJ*, 163(8), 977-981.
- Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal (2014). *Référentiel de compétences à la maîtrise*. Montréal.
- Fong, T. G., Jones, R. N., Shi, P., Marcantonio, E. R., Yap, L., Rudolph, J. L., . . . Inouye, S. K. (2009). Delirium accelerates cognitive decline in Alzheimer disease. *Neurology*, 72(18), 1570-1575. doi: 10.1212/WNL.0b013e3181a4129a
- Fry, M., Gallagher, R., Chenoweth, L., Stein-Parbury, J., (2014). Nurses experiences and expectations of family and carers of older patients in the emergency department. *International Emergency Nursing*, 22, 31-36
- Han, J. H., Zimmerman, E. E., Cutler, N., Schnelle, J., Morandi, A., Dittus, R. S., . . . Ely, E. W. (2009). Delirium in older emergency department patients: recognition, risk factors, and psychomotor subtypes. *Academic Emergency Medicine*, 16(3), 193-200. doi: 10.1111/j.1553-2712.2008.00339.x
- Hill, N. L., Yevchak, A., Gilmore-Bykovskiy, A., & Kolanowski, A. M. (2014). The Model of Care Partner Engagement: use in delirium management. *Geriatric Nursing*, 35(4), 272-278. doi: 10.1016/j.gerinurse.2014.02.023
- Hustey, F. M., & Meldon, S. W. (2002). The prevalence and documentation of impaired mental status in elderly emergency department patients. *Annals of Emergency Medicine*, 39(3), 248-253. doi: 10.1067/mem.2002.122057

- Inouye, S. (2006). Delirium in older persons. *New England Journal of Medicine*, 354, 1157-1165. doi: 10.1056/NEJMra052321
- Inouye, S., Bogardus, S., Charpentier, P., Leo-Summers, L., Acampora, D., Holford, T., & Cooneu, L. (1999). A multicomponent intervention to prevent delirium in hospitalized older patient. *The New England Journal of Medicine*, 340(9), 669-676.
- Inouye, S., & Charpentier, P. (1996). Precipitating factors for delirium in hospitalized elderly persons. *JAMA*, 275(20), 852-857
- Inouye, S., Foreman, M., Mion, L., Katz, K., & Cooney, L. (2001). Nurse's recognition of delirium and its symptoms. *Archives of International Medicine*, 161, 2467-2473.
- Inouye, S., van Dick, C., Alessi, C., Balkin, S., Siegal, A., & Horwitz, R. (1990). Clarifying confusion: The confusion assessment method: a new method for detection of delirium. *Annals of Internal Medicine*, 113(12), 941-948. doi:10.7326/0003-4819-113-12-941
- Inouye, S. K., Westendorp, R. G. J., & Saczynski, J. S. (2014). Delirium in elderly people. *The Lancet*, 383(9920), 911-922. doi: 10.1016/s0140-6736(13)60688-1
- Lundstrom, M., Edlund, A., Karlsson, S., Brannstrom, B., Bucht, G., & Gustafson, Y. (2005). A multifactorial intervention program reduces the duration of delirium, length of hospitalization, and mortality in delirious patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53(4), 622-628. doi: 10.1111/j.1532-5415.2005.53210.x
- Marcantonio, E. R., Flacker, J. M., Michaels, M., & Resnick, N. M. (2000). Delirium is independently associated with poor functional recovery after hip fracture. *Journal of the American Geriatrics Society*, 48(6), 618-624.
- Marcantonio, E., Flacker, J., Wright, J., & Resnick, N. (2001). Reducing delirium after hip fracture: a randomized trial. *Journal of American Geriatrics Society*, 49(5), 516-522.
- Martinez, F. T., Tobar, C., Beddings, C. I., Vallejo, G., & Fuentes, P. (2012). Preventing delirium in an acute hospital using a non-pharmacological intervention. *Age & Ageing*, 41(5), 629-634. doi: 10.1093/ageing/afs060
- McCusker, J., Cole, M., Abrahamowicz, M., Primeau, F., & Belzile, E. (2002). Delirium predicts 12-month mortality. *Archives of Internal Medicine*, 162(4), 457-463.
- McCusker, J., Cole, M. G., Dendukuri, N., & Belzile, E. (2003). Does delirium increase hospital stay? *Journal of the American Geriatrics Society*, 51(11), 1539-1546.
- Ministère de la santé et des services sociaux (2011). *Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier: cadre de référence*. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2010/10-830-03.pdf>

- Ministère de la Santé et des services sociaux (2015). *Espace Montréalais d'information pour la santé : Statistiques interactives*. Repéré à : http://www.cmisstats.mtl.rtss.qc.ca/tabloclip/index.php?resource_s=com.utilisation_services.urgence.visite.v101
- Monette, J., Galbaud du Ford, G., Fung, S., Massoud, F., Moride, Y., Arsenault, L., & Afilalo, M. (2001). Evaluation of the confusion assessment method (CAM) as a screening tool for delirium in the emergency room. *General Hospital Psychiatry, 23*(1), 20-25. doi:10.1016/S0163-8343(00)00116-X
- Morita, T., Hirai, K., Sakaguchi, Y., Tsuneto, S., & Shima, Y. (2004). Family-perceived distress from delirium-related symptoms of terminally ill cancer patients. *Psychosomatics, 45*(2), 107-113. doi: 10.1176/appi.psy.45.2.107
- Naughton, B. J., Saltzman, S., Ramadan, F., Chadha, N., Priore, R., & Mylotte, J. M. (2005). A multifactorial intervention to reduce prevalence of delirium and shorten hospital length of stay. *Journal of the American Geriatrics Society, 53*(1), 18-23. doi: 10.1111/j.1532-5415.2005.53005.x
- Nikki, L., Lepisto, S., & Paavilainen, E.(2012). Experiences of family members of elderly patients in emergency department: A qualitative study. *International Emergency Nursing, 20*, 193-200. doi :10.1016/j.ienj.2012.08.003
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.(2015). *Code de déontologie des infirmières et infirmiers du Québec*. Repéré à : http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=3&file=/I_8/I8R9.HTM
- Robinson, S., Rich, C., Weitzel, T., Vollmer,C., & Eden, B. (2008). Delirium prevention for cognitive, sensory, and mobility impairments. *Research and Theory for Nursing Practice: An International Journal, 22*(2),103-113. doi: 10.1891/0889-7182.22.2.103
- Rosenbloom , D., & Fick, D. (2014). Nurse/family caregiver intervention for delirium increases delirium knowledge and improves attitudes toward partnership. *Geriatric Nursing, 35*, 175-181. doi:10.1016/j.gerinurse.2013.12.004
- Rosenbloom-Brunton, D.A., Hennman, E.A., & Inouye, S. (2010). Feasibility of family participation in a delirium prevention program for hospitalized older adults. *Journal of Gerontological Nursing, 36*(9), 22-33.
- Schreier, A. (2010). Nursing care, delirium, and pain management for hospitalized older adult. *Pain management Nursing, 11*(3), 177-185.doi :10.1016/j.pmn.2009.07.002
- Siddiqi, N., Holt, R., Britton, A. M., & Holmes, J. (2009). Interventions for preventing delirium in hospitalised patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews, (4)*.

- Siddiqi, N., House, A. O., & Holmes, J. D. (2006). Occurrence and outcome of delirium in medical in-patients: a systematic literature review. *Age & Ageing*, 35(4), 350-364. doi: 10.1093/ageing/afl005
- Statistique Canada (2012). Portrait des aidants familiaux. Repéré à <http://www.statcan.gc.ca/pub/89-652-x/89-652-x2013001-fra.htm#a9>
- Vandall-Walker, V., & Clark, A. (2011). It starts with access! A grounded theory of family members working to get through critical illness. *Journal of Family Nursing*, 17(2), 148-181. doi:10.1177/1074840711406728
- Van den Boogaard, M., Schoonhoven, L., van der Hoeven, J. G., van Achterberg, T., & Pickkers, P. (2012). Incidence and short-term consequences of delirium in critically ill patients: A prospective observational cohort study. *International Journal of Nursing Studies*, 49(7), 775-783. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2011.11.016
- Wei, L., Fearing, M., Sternberg, E., Sternberg, E., & Inouye, S. (2008). The confusion assessment method (CAM): A systematic review of current usage. *Journal of American Geriatric Society*, 56(5), 823-830. doi:10.1111/j.1532-5414.2008.01674.x
- Witlox, J., Eurelings, L. S., de Jonghe, J. F., Kalisvaart, K. J., Eikelenboom, P., & van Gool, W. A. (2010). Delirium in elderly patients and the risk of postdischarge mortality, institutionalization, and dementia: A meta-analysis. *Journal of the American Medical Association*, 304(4), 443-451. doi: 10.1001/jama.2010.1013

Annexe A

Brochure sur le délirium à l'intention des familles

LE DÉLIRIUM

6 Activités

pour les familles et proches aidants afin d'aider à prévenir le délirium

Le délirium constitue une des principales complications chez les personnes âgées hospitalisées

Ces activités visent à :

- Réduire le nombre de cas de délirium
- Réduire la durée de séjour à l'hôpital
- Impliquer les familles aux activités de prévention
- Améliorer l'expérience du séjour à l'hôpital pour la personne âgée et sa famille
- Améliorer la qualité de vie de la personne âgée et son retour à la maison

Qu'est-ce que le délirium?

Le délirium est un état de **confusion mentale soudain** qui fluctue au cours de la journée.

Il entraîne une désorganisation de la pensée et des changements de comportement.

C'est un état temporaire, dans la plupart des cas, mais qui peut compliquer la convalescence et retarder le retour à domicile.

Le délirium est plus fréquent chez les personnes âgées

Projet effectué dans le cadre d'un stage de maîtrise en sciences infirmières
Université de Montréal

© Cécile Hardy en collaboration avec Anne Bourbonnais, Joann Creager, Maryse Godin, 2014.

Quelles sont les causes du délirium?

- L'âge avancé
- Une infection
- Une aggravation d'une maladie
- Des effets secondaires des médicaments
- La déshydratation
- La malnutrition
- La douleur
- Les pertes sensorielles
- Les sevrages
- L'hospitalisation...

Pour en savoir plus sur le délirium :

www.csmh.ca

www.nicheprogram.org

www.viha.ca

Pour les proches aidants :

www.aidant.ca

www.centredesoutienentraidants.com

1 RÉORIENTER RÉGULIÈREMENT

- En donnant la date, l'heure, le lieu
- En parlant d'événements récents
- En procurant une horloge et un calendrier

3 ENCOURAGER LE PORT DES LUNETTES ET DES APPAREILS AUDITIFS

5 ENCOURAGER À BOIRE RÉGULIÈREMENT

Vous pouvez aussi amener des repas maison.

Vérifier avec l'infirmière si votre proche a des restrictions.

2 ÊTRE PRÉSENT RÉGULIÈREMENT FAIT TOUTE LA DIFFÉRENCE

Profiter de vos visites pour faire des activités stimulantes (converser, faire la lecture, jouer à des jeux...).

4 PROFITER DE TOUTES LES OCCASIONS POUR ENCOURAGER À BOUGER

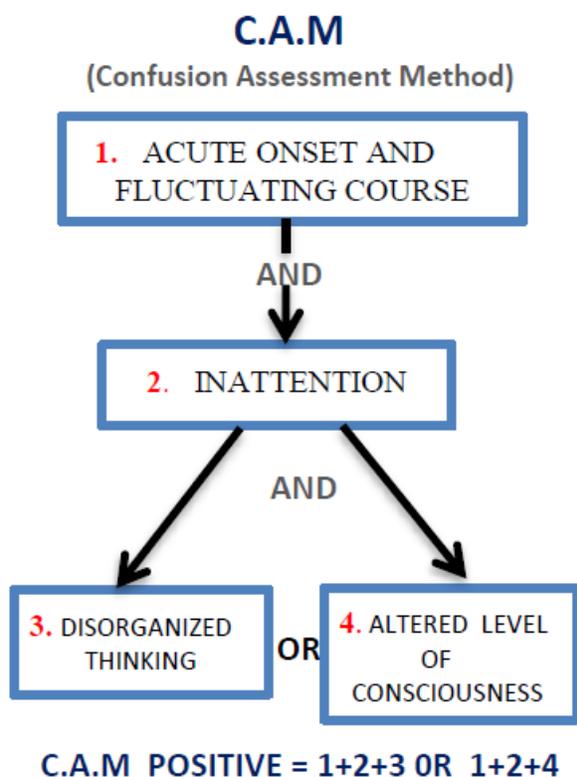
Vérifier avec l'infirmière ce que votre proche peut faire comme mouvements.

6 DEMANDER RAPIDEMENT UN SOULAGEMENT DE LA DOULEUR

Vérifier auprès de l'infirmière ce qui est possible de faire ou de donner pour soulager et contrôler la douleur.

Annexe B

CAM à l'intention des infirmières



PREVENTION OF DELIRIUM

Mobilise/Hydrate/Feed/Re-orient regularly
 Involve family
 Encourage wearing glasses/hearing aids
 Manage pain rapidly
 Reduce restraints (incl. tubing, foley...)
 Assess with CAM q shift and document

COMMON EMERGENCY MEDICATIONS ASSOCIATED WITH DELIRIUM

BENZO: Midazolam, Diazepam, Lorazepam...
OPIOIDS: Morphine, Hydromorphone, Meperidine...
All medications with anticholinergic effects