

Université de Montréal

**Les perceptions de personnes âgées et de leurs proches quant au partenariat  
de soins pour la prévention de l'état confusionnel postopératoire : une étude de  
cas**

par Marie-Hélène Lalonde

Faculté des sciences infirmières

Mémoire présenté  
en vue de l'obtention du grade de Maître ès sciences (M. Sc.)  
en Sciences infirmières  
option expertise-conseil

Décembre 2018

© Marie-Hélène Lalonde, 2018

Université de Montréal  
Faculté des études supérieures et postdoctorales

Ce mémoire intitulé :

**Les perceptions de personnes âgées et de leurs proches quant au partenariat  
de soins pour la prévention de l'état confusionnel postopératoire : une étude de  
cas**

présenté par :

Marie-Hélène Lalonde

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Marie-Josée Levert

Président-rapporteur

Anne Bourbonnais

Directrice de recherche

Line Beudet

Membre du jury

## Résumé

L'état confusionnel (EC) est un trouble neurocognitif aigu qui se manifeste chez plus de 50 % des personnes âgées à la suite d'une chirurgie et qui a de lourdes conséquences cliniques et psychologiques. Afin d'optimiser la prévention de ce problème, les infirmières peuvent intervenir en partenariat de soins avec les personnes âgées et les proches aidants. Toutefois, il existe peu de connaissances sur ce que pensent ces derniers d'un tel partenariat. Le but de ce mémoire était d'explorer les perceptions de personnes âgées et de leurs proches aidants quant au partenariat de soins avec les infirmières pour mettre en pratique des interventions de prévention de l'EC postopératoire. Fondée sur l'approche de Stake (1995), une étude de cas multiples a été réalisée sur une unité de chirurgie auprès de quatre personnes âgées ayant vécu un épisode résolu d'EC postopératoire et leur proche aidant principal. Les données qualitatives recueillies, entre autres, à l'aide d'entretiens, ont été traitées avec une analyse de contenu. Les résultats démontrent que la volonté des personnes âgées et des proches aidants à s'engager dans un partenariat varie selon des conditions individuelles et organisationnelles. Avec une approche humaniste, ils souhaitent que l'infirmière interagisse régulièrement avec eux pour discuter et mettre en place des interventions personnalisées. Les connaissances issues de cette étude ont plusieurs implications pour les divers champs d'activités des infirmières, dont celle d'offrir des pistes pour favoriser la création de partenariats de soins selon la vision et les besoins des personnes âgées hospitalisées et de leurs proches aidants.

**Mots-clés:** délirium, chirurgie, prévention, soins infirmiers, partenariat de soins, personnes âgées, proches aidants, étude de cas multiples, dyade.

## **Abstract**

Delirium is an acute neurocognitive disorder that occurs in more than 50% of older adults after surgery and has important clinical and psychological consequences. To optimize the prevention of this problem, nurses can intervene in care partnerships with the older adults and their caregivers. However, little is known about what they think of such a partnership. The purpose of this research was to explore the perceptions of older adults and their caregivers about care partnership with nurses to implement interventions that can prevent postoperative delirium. Based on Stake's (1995) approach, a multiple case study was conducted on a surgical unit with four older adults who experienced a postoperative episode of delirium and their family caregivers. Qualitative data were collected, among others, through interviews and were processed with content analysis. The results highlight that the preferences of older adults and their caregivers to engage in partnerships vary depending on individual and organizational conditions. With a humanistic approach, they want the nurse to interact regularly with them to discuss and implement personalized interventions. Knowledge generated by this study has several implications in various nursing fields, including offering ways to foster creation of care partnerships based on the perspective and on the needs of hospitalized older adults and their caregivers.

**Keywords:** delirium, surgery, prevention, nursing care, care partnership, older adults, family caregivers, multiple case study, dyad.

## Table des matières

Résumé .....	i
Table des matières .....	iii
Liste des tableaux.....	vii
Liste des figures .....	viii
Liste des sigles et abréviations.....	ix
Remerciements .....	xi
Introduction.....	1
Chapitre 1 : Phénomène à l'étude .....	3
But et questions de recherche .....	11
Chapitre 2 : Revue des écrits .....	12
Approches préventives de l'EC postopératoire chez les personnes âgées.....	13
Article .....	15
Approches du partenariat de soins .....	34
Cadre de référence .....	38
Chapitre 3 : Méthode .....	41
Devis de recherche .....	42
Milieu de l'étude .....	43
Déroulement de l'étude .....	44
Stratégies de recrutement.....	45
Échantillon .....	46
Critères de sélection des personnes âgées .....	47
Critères de sélection des proches aidants.....	48
Collecte des données .....	48
Questionnaires sociodémographiques .....	49
Entrevues semi-structurées.....	49
Conversations informelles .....	51
Évaluation des artéfacts physiques .....	52

Journal de bord .....	52
Analyse des données.....	53
Condensation des données.....	54
Représentation des similarités et des différences .....	58
Vérification des résultats .....	58
Critères de rigueur scientifique .....	60
Considérations éthiques .....	62
Respect des personnes.....	62
Préoccupation pour le bien-être .....	62
Justice .....	63
Chapitre 4 : Résultats .....	65
Présentation générale du contexte de l'unité de chirurgie .....	66
Présentation des informateurs généraux.....	66
Présentation de l'unité de chirurgie .....	67
Caractéristiques des participants .....	70
Portrait de chaque dyade.....	75
Dyade 1 : Madame Asselin et son fils .....	75
Dyade 2 : Madame Galluci et son fils .....	77
Dyade 3 : Madame Bussière et son conjoint .....	78
Dyade 4 : Madame Rosa et sa fille.....	80
Présentation des thèmes .....	81
Nous n'avons pas tous la même volonté à s'engager dans cette nouvelle approche .....	83
L'infirmière doit créer précocement un contexte favorable au partenariat par des interactions répétées et humanistes.....	92
Certaines conditions personnelles et organisationnelles peuvent influencer notre engagement dans un partenariat.....	106
Chapitre 5 : Discussion.....	113
Discussion des principaux résultats .....	114

Nous n'avons pas tous la même volonté à s'engager dans cette nouvelle approche .....	114
L'infirmière doit créer précocement un contexte favorable au partenariat par des interactions répétées et humanistes .....	118
Certaines conditions personnelles et organisationnelles peuvent influencer notre engagement dans un partenariat.....	123
Considérations méthodologiques.....	126
Pertinence du devis de recherche .....	126
Échantillonnage.....	128
Méthode de collecte des données.....	130
Méthode d'analyse des données.....	132
Considérations théoriques .....	133
Limites de l'étude .....	138
Implications de l'étude .....	140
Pour le développement théorique et la recherche .....	140
Pour la pratique clinique.....	146
Pour la formation .....	149
Pour la gestion .....	151
Pour le politique.....	152
Conclusion.....	154
Références .....	156
Annexe A : Lignes directrices pour la rédaction de l'article .....	171
Annexe B : Affiche à l'intention des infirmières.....	174
Annexe C : Lettre à l'unité de chirurgie.....	176
Annexe D : Script à l'intention des infirmières pour informer les participants potentiels .....	178
Annexe E : Questionnaires sociodémographiques.....	181
Annexe F : Guide d'entrevue semi-structurée .....	185
Annexe G : Outil de mise en contexte sur le partenariat .....	188

Annexe H : Grille d'évaluation des artéfacts physiques.....	190
Annexe I : Canevas du journal de bord .....	193
Annexe J : Formulaire d'information et de consentement.....	195



## Liste des tableaux

Tableau 1. <i>Les interventions de prévention de l'EC postopératoire</i> .....	22
Tableau 2. <i>L'approche familiale pour prévenir l'EC</i> .....	27
Tableau 3. <i>Le partenariat de soins pour prévenir l'EC</i> .....	30
Tableau 4. <i>Méthodes de collecte des données et acteurs concernés</i> .....	49
Tableau 5. <i>Extraits de codage d'une entrevue</i> .....	55
Tableau 6. <i>Extraits de codage des données complémentaires</i> .....	56
Tableau 7. <i>Extrait de la liste globale des codes</i> .....	57
Tableau 8. <i>Exemple d'un extrait d'analyse intracas</i> .....	58
Tableau 9. <i>Exemple de l'étape de la représentation thématique</i> .....	59
Tableau 10. <i>Caractéristiques sociodémographiques et descriptives des personnes âgées</i> .....	72
Tableau 11. <i>Caractéristiques sociodémographiques et descriptives des proches</i> ....	73
Tableau 12. <i>Caractéristiques sociodémographiques et descriptives par dyade</i> .....	74
Tableau 13. <i>Aperçu des thèmes et sous-thèmes</i> .....	82
Tableau 14. <i>Besoins de communication des personnes âgées et des proches aidants</i> .....	94
Tableau 15. <i>Grille d'évaluation des artéfacts physiques</i> .....	191

## Liste des figures

<i>Figure 1.</i> Modèle d'engagement des partenaires de soins de Hill, Yevchak, Gilmore-Bykovskyi et Kolanowski (2014) .....	39
<i>Figure 2.</i> Déroulement de l'étude .....	45
<i>Figure 3.</i> Adaptation du modèle d'engagement des partenaires de soins de Hill et al. (2014).....	137
<i>Figure 4.</i> Outil de mise en contexte sur le partenariat .....	189

## Liste des sigles et abréviations

AAPA	Approche adaptée à la personne âgée
AGREE	Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation
AGS	American Geriatrics Society
AGIIG	Association québécoise des infirmières et infirmiers en gérontologie
APA	American Psychiatric Association
AVQ	Activités de la vie quotidienne
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CINAHL	Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et services sociaux
CSI	Conseillère en soins infirmiers
DSM	Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux
EC	État confusionnel
ECR	Essai clinique randomisé
Etc.	Et cætera
HELP	Hospital Elder Life Program
MÉES	Ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur
MMSE	Mini-Mental State Examination
MMAT	Mixed Methods Appraisal Tool
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
NFCPM	Nurse/Family Caregiver Partnership for Delirium Prevention
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
R-AMSTAR	Revised Assessment of Multiple Systematic Reviews
RUIS	Réseau universitaire intégré de santé
RNAO	Registered Nurses Association of Ontario
SI	Soins intensifs
UdeM	Université de Montréal
Vs	Versus

*À mes parents, Diane et Michel,  
qui m'ont imprégnée de leurs valeurs humaines.  
Votre appui sincère a été le pilier de ma persévérance.  
Merci de tout mon cœur.*

## Remerciements

La rédaction de ce mémoire est le résultat d'efforts soutenus et de nombreux défis qui ont nécessité le soutien de plusieurs personnes et d'organismes. Je souhaite exprimer ma reconnaissance à tous ceux et celles qui ont contribué de différentes façons à la qualité de mon mémoire, mais aussi au plaisir de le réaliser.

Je tiens tout d'abord à remercier ma directrice de recherche, Anne Bourbonnais, pour son aide précieuse, ses nombreux encouragements, sa disponibilité constante et les belles occasions qu'elle m'a offertes pour développer mes compétences. Elle est assurément un exemple à suivre en ce qui concerne ses excellentes conditions d'encadrement. J'ai énormément appris de sa rigueur, sa réflexivité, son humanisme et son intérêt marqué à améliorer les soins aux personnes âgées. Anne, tu resteras toujours une personne très marquante dans mon parcours académique, professionnel et de vie.

Je désire aussi exprimer ma reconnaissance envers la Chaire de recherche en soins infirmiers à la personne âgée et à la famille, au Ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur (MÉES), à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal et au Réseau québécois de recherche sur le vieillissement (RQRV). Ces organismes m'ont offert des bourses d'études me permettant de me consacrer pleinement à la rédaction de mon mémoire.

Je tiens également à remercier Johanne Salvail, coordonnatrice de la Chaire de recherche en soins infirmiers à la personne âgée et à la famille. Avec beaucoup de dynamisme, elle organise des activités enrichissantes entre les étudiantes de Mme Bourbonnais et nous encourage grandement dans la réalisation de nos projets.

Il est indispensable de remercier toutes les personnes qui ont contribué à la réalisation de mon projet sur l'unité de chirurgie. Je ne peux passer sous silence les quatre personnes âgées et les trois proches aidants qui ont accepté avec générosité de me communiquer leurs perceptions. Je tiens également à remercier la chef d'unité

et l'infirmière gestionnaire de cas qui m'ont chaleureusement accueillie sur l'unité de chirurgie et qui m'ont grandement aidée pour le recrutement des participants.

Je poursuis en adressant mes remerciements à Véronique Dubé et à Line Beaudet qui formaient mon comité d'approbation scientifique. J'ai beaucoup apprécié vos questionnements et vos commentaires qui ont enrichi mon projet avant de le mettre en œuvre sur le terrain. Je voudrais également remercier les membres de mon jury final qui ont pris le temps d'évaluer dans son ensemble mon mémoire.

Je voudrais aussi remercier mes collègues infirmières avec qui j'ai travaillé quatre belles années sur une unité de chirurgie. Merci pour vos nombreux encouragements envers la poursuite de mes études. Puis, je désire exprimer ma reconnaissance à Mélissa Pagé, infirmière-chef de l'unité, qui a démontré beaucoup de compréhension envers mes études, en plus de me soutenir dans mes demandes de bourses.

Il est également essentiel de remercier mon plus grand complice de maîtrise, Yan, mon conjoint, qui termine également sa maîtrise en sciences infirmières. Merci de nous avoir fait plonger dans cette expérience enrichissante et de me transmettre ton ardeur à relever des défis. Je désire aussi souligner le soutien indéfectible de ma meilleure amie, Marie-Pier. Ta grande créativité et tes discours réfléchis resteront toujours une source d'inspiration pour moi. Je souhaite également remercier toutes mes plus chères amies pour leurs encouragements et leur grande écoute dans mes hauts et mes bas. Vous avez été mon « remède » le plus efficace contre le stress. Je terminerais en remerciant très sincèrement tous les membres de ma famille pour leur appui moral et leur intérêt envers tous les projets que j'entreprends.

## **Introduction**

Ce mémoire porte sur le partenariat de soins entre les infirmières, les personnes âgées et les proches aidants pour la prévention de l'état confusionnel (EC) postopératoire en milieu hospitalier. L'intérêt de l'étudiante-chercheuse quant à ce sujet s'est développé à travers son expérience d'infirmière clinicienne sur une unité de chirurgie. Tant ses observations cliniques que les écrits empiriques lui ont permis de constater que l'EC est une complication postopératoire fréquente chez les personnes âgées et qui est associé à de nombreuses conséquences pour les personnes, leurs proches et les soignants impliqués auprès d'eux. Afin d'optimiser la prévention de ce problème, les infirmières peuvent travailler en partenariat de soins avec les personnes âgées et leurs proches aidants. Toutefois, ceux-ci ont-ils l'intérêt et la capacité de le faire? Comment les infirmières peuvent-elles opérationnaliser un tel partenariat en contexte postopératoire? Pour répondre à ces questions, il est essentiel d'inclure la perspective des personnes âgées et de leurs proches.

Le premier chapitre vise d'abord à introduire la problématique entourant l'EC et son importance en période postopératoire, ses conséquences chez les personnes âgées, les proches aidants et les infirmières, les facteurs influençant son apparition, les recommandations en prévention, ainsi que les lacunes dans les connaissances existantes à ce sujet. Puis, le but de l'étude et les questions de recherche sont présentés. Le deuxième chapitre débute avec un article qui expose une analyse descriptive et critique des écrits portant sur les approches préventives de l'EC chez les personnes âgées. Les approches du partenariat de soins et le cadre de référence de l'étude sont également présentés. Le troisième chapitre expose la stratégie de recherche qualitative utilisée, soit l'étude de cas multiples. Le quatrième chapitre présente les résultats de l'étude de façon narrative. Enfin, le cinquième chapitre comprend la discussion des résultats, les principales contributions méthodologiques et théoriques, les limites de l'étude, ainsi que et les implications pour les divers champs d'activités des infirmières.



## **Chapitre 1 : Phénomène à l'étude**

Chez les personnes âgées de 65 ans et plus, les interventions chirurgicales sont très nombreuses en raison du vieillissement de la population et de l'amélioration des soins chirurgicaux. À cause d'un déclin de leurs réserves physiologiques et de comorbidités, les personnes âgées sont particulièrement à risque de développer des complications postopératoires (Beliveau et Multach, 2003). L'état confusionnel (EC) est la complication la plus fréquente et se rencontre chez plus de 50 % des personnes âgées à la suite de chirurgies électives et d'urgence (Dasgupta et Dumbrell, 2006; Robinson et al., 2009). Selon le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM-5), l'EC est un trouble neurocognitif aigu et fluctuant qui se caractérise par « une perturbation de l'attention et de la conscience qui s'accompagne d'une modification de la cognition par rapport à l'état antérieur ne pouvant pas être mieux expliqué par un trouble neurocognitif préexistant ou évolutif » (American Psychiatric Association [APA], 2015, p.784). La perturbation de l'attention se manifeste par une diminution de la capacité à diriger, focaliser, soutenir et déplacer son attention, tandis que la perturbation de la conscience se manifeste par une diminution de l'orientation dans l'environnement ou par rapport à soi. Sa durée est normalement de quelques heures à quelques jours (APA, 2015). Cependant, une grande proportion des personnes âgées qui le développent au cours de leur hospitalisation présentent des symptômes pouvant persister jusqu'à 12 mois après leur congé (Cole, Ciampi, Belzile et Zhong, 2009; Siddiqi, House et Holmes, 2006). Plus concrètement, l'EC peut se manifester sous des formes hypoactive (lenteur, léthargie, stupeur), hyperactive (labilité émotionnelle, agitation) ou mixte (APA, 2015). Quelle que soit sa forme, il amorce chez les personnes âgées une cascade de conséquences pouvant mener à une perte d'autonomie et à un risque élevé de morbidité et de mortalité (Inouye, 2006). Son impact économique est important; les coûts de soins de santé étant deux fois et demie plus élevés chez les personnes âgées qui développent un EC pendant leur hospitalisation que chez celles qui ne le développent pas (Leslie, Marcantonio, Zhang, Leo-Summers et Inouye, 2008).

Le Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) (2011) souligne que les interventions à visée préventive demeurent plus efficaces que les interventions plus tardives pour réduire les complications d'un EC chez les personnes âgées hospitalisées. Cependant, la prévention et la détection précoce de ce problème sont complexes et représentent un défi de taille pour les professionnels travaillant sur des unités de chirurgie (O'Regan, Fitzgerald, Timmons, O'Connell et Meagher, 2013). Selon Hill, Yevchak, Gilmore-Bykovskiy et Kolanowski (2014), les infirmières peuvent faciliter et optimiser les interventions de prévention en établissant un partenariat de soins avec les personnes âgées et leurs proches aidants. Toutefois, il existe très peu de connaissances sur le processus pour développer un tel partenariat. Pourtant, les personnes âgées pourraient en bénéficier, car cette approche de soins a le potentiel de prévenir des conséquences néfastes, d'améliorer leur qualité de vie, d'éviter des réhospitalisations, en plus de clarifier le niveau d'engagement des personnes âgées et de leurs proches dans les interventions (Hill et al., 2014).

Chez les personnes âgées, l'EC entraîne d'importantes conséquences. Selon des études prospectives, il est significativement associé à des hospitalisations prolongées ainsi qu'à un déclin fonctionnel et cognitif (Dasgupta et Brymer, 2014; Marcantonio, Flacker, Michaels et Resnick, 2000; McCusker, Cole, Dendukuri et Belzile, 2003). Quant aux conséquences à long terme, Witlox et al. (2010) ont démontré qu'il est associé à des risques élevés d'institutionnalisation et de décès, et ce, indépendamment de l'âge, d'une démence préexistante et de comorbidités. Ces conséquences sont encore plus néfastes lorsque l'EC persiste (Cole et al., 2009). Par ailleurs, les complications associées à l'EC postopératoire sont étroitement liées à la complexité des manifestations cliniques. Par exemple, la forme hyperactive peut causer des chutes et des comportements d'automutilation, puis la forme hypoactive peut être à l'origine de pneumonies d'aspiration, d'infections, de malnutrition et d'ulcères de pression (Marcantonio, 2012; O'Regan et al., 2013). Souvent confondu avec la dépression, la forme hypoactive est la plus fréquente, la plus sous-diagnostiquée et la plus néfaste chez les patients en période postopératoire. Elle est associée à un taux de mortalité plus élevé que la forme hyperactive (Allen et Frankel,

2012). En plus des conséquences médicales, l'EC entraîne des conséquences psychologiques. Selon Fuller (2016), les personnes âgées qui se souviennent de l'épisode rapportent avoir vécu des émotions intenses (peur, panique et frustration), une détresse psychologique découlant d'hallucinations visuelles, auditives et olfactives, de même qu'une expérience de persécution. À la suite d'une chirurgie orthopédique, leur expérience avec l'EC serait encore plus traumatisante en raison de la douleur physique. Certaines personnes âgées vivent avec une cicatrice émotionnelle permanente caractérisée par une peur d'épisodes récurrents, de la culpabilité envers les soignants et leurs proches, de la honte et de l'anxiété (Pollard, Fitzgerald et Ford, 2015).

Néanmoins, la détresse psychologique serait plus grande chez les proches qui observent l'EC que chez le patient lui-même (Partridge, Martin, Harari et Dhesi, 2013). Les écrits actuels indiquent que cette détresse serait due aux changements inattendus, rapides et imprévisibles des comportements, de même qu'à leur manque de connaissances sur l'EC et la façon d'aider la personne âgée (Day et Higgins, 2015). Le changement dans les comportements et l'interaction difficile avec celle-ci sont vécus par les proches comme une perte d'un être cher. Ne sachant pas combien de temps peut durer l'EC, ils rapportent des sentiments de peur, de tristesse et d'insécurité. L'EC peut même être perçu comme un signe d'une mort imminente (Stenwall, Sandberg, Jonhagen et Fagerberg, 2008). L'étude descriptive de Toye, Matthews, Hill et Maher (2014) sur une unité de soins aigus a révélé que plusieurs proches de personnes âgées en EC désiraient être impliqués dans les soins en recevant de l'information sur l'EC et en participant directement aux soins en collaboration avec les infirmières, afin de réduire leurs inquiétudes. De plus, ils souhaitaient communiquer les habitudes et les préférences de leur proche âgé afin qu'elles soient prises en considération dans les soins (Toye et al., 2014).

Les infirmières vivent également un niveau élevé de stress et un sentiment de fardeau lorsqu'elles sont responsables de personnes âgées en EC (Mc Donnell et Timmins, 2012). En raison des comportements erratiques, les infirmières ont de la difficulté à répondre correctement à leurs besoins, ce qui devient une source

d'inconfort, de détresse, de culpabilité, et même d'irritation et de frustration (Bélanger et Ducharme, 2011). En plus, lors d'un EC hyperactif, la charge de travail des infirmières augmente significativement, puisque les personnes âgées nécessitent une surveillance constante et des soins additionnels. Bien souvent, les infirmières doivent réinstaller les perfusions intraveineuses, réappliquer les pansements et passer plus de temps à expliquer les procédures. Les infirmières peuvent même être victimes d'agressions physiques ou verbales telles que des remarques grossières, des sarcasmes ou des injures. Dans ces circonstances, leur estime de soi peut être atteinte (Rogers et Gibson, 2002). En plus, en contexte postopératoire, les infirmières se sentent coupables de ne pas être aussi disponibles pour répondre aux besoins des autres patients sous leur responsabilité, dont les jeunes adultes nécessitant des soins postopératoires immédiats. Par conséquent, l'EC est perçu par les infirmières comme une barrière aux soins et cela les influence à adopter des croyances et des attitudes négatives envers les personnes âgées, ce qui a un impact direct sur la qualité et la sécurité des soins (Dahlke et Phinney, 2008).

Afin de prévenir l'EC et ses nombreuses conséquences, la première étape consiste à identifier les personnes âgées qui sont à risque (MSSS, 2011). Bien qu'un seul facteur de risque puisse être responsable d'un EC, les causes sont souvent multifactorielles (Inouye, Westendorp et Saczynski, 2014). C'est pour cette raison que son incidence varie de 5 à 50 % selon une relation complexe entre la vulnérabilité de la personne âgée en période préopératoire (facteurs prédisposants), de la procédure chirurgicale réalisée et d'autres facteurs précipitants rencontrés durant l'hospitalisation (Dasgupta et Dumbrell, 2006; Inouye et al., 2014; Robinson et al., 2009). Les principaux facteurs prédisposants sont l'âge avancé, le déclin cognitif préopératoire, l'usage abusif d'alcool, les comorbidités et une fracture de la hanche (Kalisvaart et al., 2006; van Meenen, van Meenen, de Rooij et ter Riet, 2014). Tous ces facteurs de risques, associés aux caractéristiques individuelles de la personne âgée, sont considérés comme non modifiables. Chez les personnes âgées présentant un grand nombre de facteurs prédisposants, l'EC peut difficilement être évité. Toutefois, il est possible d'agir sur les facteurs précipitants, associés aux

évènements cliniques ou environnementaux de l'hospitalisation, qui sont considérés comme modifiables (MSSS, 2011; National Institute for Health and Care Excellence [NICE], 2010). En période postopératoire, les principaux facteurs précipitants sont la douleur non soulagée, l'administration de sédatifs et l'apparition d'autres complications postopératoires, telles que l'infection (Marcantonio, 2012). Notamment, certaines chirurgies plus invasives augmentent particulièrement le risque qu'une personne âgée développe un EC. Par exemple, à la suite d'une fracture de la hanche, le risque est plus élevé en raison de la douleur et du stress physiologique de la blessure, de la nature souvent urgente de la chirurgie et de la mobilité réduite qui en découle (Kalisvaart et al., 2006; O'Regan et al., 2013).

Après avoir ciblé les facteurs de risque de l'EC postopératoire, la prévention demeure l'un des principaux objectifs de soins (Allen et Frankel, 2012). Selon des guides cliniques, les interventions non pharmacologiques multifactorielles demeurent les plus efficaces pour réduire l'incidence de l'EC chez les personnes âgées sur plusieurs types d'unité en milieu hospitalier, dont les unités postopératoires (NICE, 2010; Registered Nurses Association of Ontario [RNAO], 2010). Cette approche consiste à réaliser, en collaboration interprofessionnelle, des interventions non pharmacologiques qui visent les principaux facteurs de risque modifiables de l'EC (Inouye, 2006). En comparaison avec les soins usuels, ces interventions sont efficaces pour diminuer de 30 % à 40 % son incidence (Inouye et al., 2014), de même que pour diminuer le nombre de chutes accidentelles (Martinez, Tobar et Hill, 2015). Selon la méta-analyse de Thomas et al. (2014), le programme d'interventions multifactorielles le plus efficace et le plus simple à implanter auprès des personnes âgées est le *Hospital Elder Life Program* (HELP). Initialement implanté sur des unités de médecine, ce programme porte sur la mise en place de stratégies de prévention basées sur six facteurs de risque modifiables de l'EC : les déficits cognitifs, le manque de sommeil, l'immobilité, le déficit visuel, le déficit auditif et la déshydratation (Inouye, Bogardus, Baker, Leo-Summers et Cooney, 2000). Cette approche non pharmacologique s'est avérée aussi efficace en contexte postopératoire pour prévenir le déclin fonctionnel et cognitif chez les personnes âgées, incluant la prévention de

l'EC (Chen et al., 2011). À la lumière de ces évidences, l'American Geriatrics Society (AGS) (2014) recommande que toutes les personnes âgées de 65 ans et plus admises pour une chirurgie élective ou d'urgence doivent bénéficier quotidiennement d'interventions non pharmacologiques multifactorielles.

Les personnes âgées, les infirmières et les proches peuvent avoir chacun un rôle important dans ces interventions de prévention. D'une part, les personnes âgées demeurent des partenaires essentielles, puisque leur satisfaction et l'effet des interventions augmentent lorsque leurs valeurs, leurs besoins et leurs préférences sont compris et intégrés dans le plan d'interventions de l'EC (Hill et al., 2014). D'une autre part, les infirmières ont un rôle central quant aux interventions de prévention, en répondant aux besoins fondamentaux des personnes âgées, tels que l'hydratation, la stimulation cognitive, le contrôle de la douleur, l'élimination et la mobilisation (Voyer, McCusker, Cole, St-Jacques et Khomenko, 2007). Elles peuvent aussi offrir aux proches de l'information sur les interventions auxquelles ils peuvent participer pour prévenir l'EC lors de leur visite au chevet de la personne âgée (Bull, Boaz et Jermé, 2016). Notamment, les interventions non pharmacologiques prodiguées par des proches peuvent réduire chez la personne âgée le risque de développer un EC en contexte de soins aigus (Martinez, Tobar, Beddings, Vallejo et Fuentes, 2012). Certes, les infirmières peuvent favoriser l'engagement des personnes âgées et des proches dans les interventions en établissant un partenariat de soins, caractérisé par le respect, la confiance, la flexibilité et l'attitude professionnelle. Comme mentionné plus haut, un tel partenariat aurait le potentiel de maximiser les effets des interventions de prévention de l'EC en utilisant les forces et les compétences respectives de chaque partenaire de soins (Hill et al., 2014).

Selon le Comité sur les pratiques collaboratives et la formation interprofessionnelle (2014) du Réseau universitaire intégré de santé (RUIS) de l'Université de Montréal (UdeM), le partenariat de soins et de services s'impose comme l'approche la plus adaptée pour répondre aux préoccupations et aux défis actuels dans notre système de la santé. Dans la littérature, une seule étude primaire semble s'être intéressée au partenariat pour la prévention de l'EC chez les personnes

âgées, soit l'étude pilote quasi expérimentale de Rosenbloom et Fick (2014). En sachant que les infirmières ont un temps limité au chevet des patients et que les proches ont souvent des obligations professionnelles et des responsabilités familiales à l'extérieur de l'hôpital, ces auteurs rapportent qu'il est essentiel d'établir un partenariat pour répondre correctement aux besoins de la personne âgée. Dans leur étude, ils conseillent quelques stratégies de partenariat, tel qu'une « communication interactionnelle » dans laquelle l'infirmière humanise les interactions courantes en communiquant *avec* les patients et leurs proches plutôt qu'en communiquant *aux* patients et aux proches. Toutefois, leurs stratégies ne sont pas suffisamment nombreuses et expliquées pour comprendre la façon d'établir un tel partenariat.

Ensuite, le concept de partenariat est abordé dans quelques modèles de soins. On le retrouve dans le modèle conceptuel de Carman et al. (2013), conçu pour le développement d'interventions et de politiques qui soutient l'engagement des patients et des familles dans les soins de santé. En le situant sur un continuum d'engagement, ils définissent le partenariat comme un partage de pouvoir et de responsabilités entre les professionnels, les patients et les proches, dans lequel la communication d'information est bidirectionnelle et les prises de décision sont partagés. Cette forme d'engagement permet de s'assurer que les décisions respectent les besoins des patients et qu'elles intègrent leurs expériences et leurs perspectives en matière de prévention, de diagnostic ou de traitement. Carman et al. (2013) indiquent que le partenariat peut mener à de meilleurs résultats cliniques chez les patients, ainsi qu'à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Cependant, leur modèle conceptuel ne présente aucune stratégie pour amorcer concrètement un partenariat en milieu clinique. En revanche, Hill et al. (2014) proposent un modèle théorique pour aider les infirmières à opérationnaliser un partenariat auprès des personnes âgées dans le but de prévenir des problèmes durant leur hospitalisation, tels qu'un EC postopératoire.

En somme, peu d'auteurs semblent s'être intéressés à la façon d'opérationnaliser un partenariat de soins auprès des patients et de leurs proches. Carman et al. (2013) propose un modèle pour définir et conceptualiser les différentes



formes d'engagement des patients et des proches dans les soins de santé. Hill et al. (2014) ont développé un modèle théorique pour opérationnaliser spécifiquement la forme d'engagement du partenariat de soins. Toutefois, leur modèle a entièrement été conçu à partir de la littérature, sans tenir compte de la perspective des personnes âgées et de leurs proches. Ainsi, Hill et al. (2014) recommandent que de futures études explorent les perceptions des personnes âgées et des proches quant au partenariat de soins pour prévenir des problèmes de santé. Une meilleure compréhension de leurs perceptions pourrait aider ensuite les infirmières à développer des stratégies de partenariat basées sur leurs besoins, afin d'en assurer la pertinence et l'efficacité. Le besoin d'inclure la perspective des personnes âgées est d'autant plus important puisque, dans les écrits, les approches de soins centrés sur le patient sont principalement définies à partir de la perspective des professionnels de la santé, sans tenir compte de celle des patients (Marshall, Kitson et Zeitz, 2012). En plus, les professionnels ne peuvent pas présumer que tous les patients et leurs proches ont l'intérêt et la capacité à s'engager dans leurs soins de santé (Carman et al., 2013).

### **But et questions de recherche**

Le but de cette étude est d'explorer les perceptions de personnes âgées et de leurs proches aidants quant au partenariat de soins avec les infirmières pour mettre en pratique des interventions de prévention de l'EC postopératoire. Les questions de recherche sont les suivantes :

- 1) Quelles sont les perceptions de personnes âgées et de leurs proches quant à s'engager dans ce partenariat de soins?
- 2) Quelles sont les perceptions de personnes âgées et de leurs proches quant au rôle de l'infirmière dans ce partenariat de soins?
- 3) Quelles sont les perceptions de personnes âgées et de leurs proches quant aux conditions qui pourraient faciliter ou nuire à leur engagement dans ce partenariat de soins?

## **Chapitre 2 : Revue des écrits**

Ce chapitre présente une revue descriptive et critique des écrits pertinents à la problématique. À l'aide d'un article, l'état des connaissances sur les approches préventives de l'EC postopératoire chez les personnes âgées est d'abord exposé, afin de démontrer les lacunes dans les connaissances existantes à ce sujet. Ensuite, des écrits sur l'approche du partenariat de soins sont présentés. Pour finir, le cadre de référence retenu pour le projet de mémoire est décrit et son utilisation est justifiée.

### **Approches préventives de l'EC postopératoire chez les personnes âgées**

Plusieurs approches préventives ont été évaluées dans les études afin de diminuer l'incidence de l'EC postopératoire et d'éviter les lourdes conséquences chez les personnes âgées, les proches, les infirmières et le système de la santé. Ainsi, l'article intitulé « Les interventions de prévention de l'état confusionnel postopératoire chez les personnes âgées hospitalisées : une revue descriptive des écrits » a été rédigé dans le but de présenter de façon descriptive et critique les écrits à ce sujet. L'article a été publié dans la revue officielle de l'Association québécoise des infirmières et infirmiers en gérontologie (AQIG), *La Gérontoise*<sup>1</sup>, qui dispose d'un comité d'évaluation par les pairs (voir les lignes directrices à l'Annexe A). Avec l'encadrement de sa directrice, l'étudiante-chercheuse a effectué le repérage et la sélection des écrits, l'analyse et l'interprétation des données, ainsi que la rédaction de l'article. Puisque cette revue est destinée à des professionnels plutôt qu'à des chercheurs, les caractéristiques des études (n = 21) n'ont pas été détaillées dans l'article. Ainsi, la prochaine sous-section apporte des précisions sur les caractéristiques des participants, des milieux et des interventions de ces écrits.

### **Caractéristiques des écrits**

La population visée par les études recensées était majoritairement des patients âgés de 65 ans et plus, sans trouble neurocognitif préexistant. Certains écrits excluaient

---

<sup>1</sup> La référence complète de l'article, qui est disponible gratuitement deux ans après sa publication, est : Lalonde, M-H. et Bourbonnais, A. (2017). Les interventions de prévention de l'état confusionnel postopératoire chez les personnes âgées hospitalisées : une revue descriptive des écrits. *La Gérontoise*, 28(1), 28-40. Repéré à <https://www.aqig.org/page/la-gerontoise/dernier-numero>

les personnes âgées avec une démence sévère (Chen et al., 2011; Inouye et al., 2000; Rosenbloom-Brunton, Henneman et Inouye, 2010; Rosenbloom et Fick, 2014). À l'opposé, un écrit visait spécifiquement les personnes âgées hospitalisées avec une démence préexistante (Hill et al., 2014). Trois écrits ont inclus dans leur échantillon les proches aidants (Martinez et al., 2012; Rosenbloom-Brunton et al., 2010) et un seul écrit a inclus des infirmières (Rosenbloom et Fick, 2014).

En ce qui concerne les milieux visés, les guides cliniques ont émis des recommandations qui s'appliquent aux unités de soins aigus, incluant les unités de chirurgie (AGS, 2014; NICE, 2010; RNAO, 2010). Les méta-analyses (Martinez et al., 2015; Moyce, Rodseth et Biccard, 2014; Siddiqi et al., 2016; Thomas et al., 2014) et les revues des écrits (Halloway, 2014; Marcantonio, 2012) ont recensé des études réalisées en majorité sur des unités de chirurgie et de médecine. Pour les études primaires, elles se sont déroulées sur des unités de chirurgie orthopédique (Lundstrom et al., 2007; Marcantonio, Flacker, Wright et Resnick, 2001; McCaffrey et Locsin, 2004; Rosenbloom et Fick, 2014), de médecine (Inouye et al., 2000; Inouye et al., 1999; Martinez et al., 2012; Rosenbloom-Brunton et al., 2010), de traumatologie (Deschodt et al., 2012; Milisen et al., 2001) et de chirurgie gastro-intestinale (Chen et al., 2011).

Différentes interventions de prévention ont été évaluées dans les écrits. Deux guides cliniques ont recommandé des interventions pharmacologiques et non pharmacologiques (AGS, 2014; NICE, 2010), tandis qu'un guide clinique a recommandé spécifiquement des interventions infirmières non pharmacologiques (RNAO, 2010). Ensuite, deux méta-analyses ont évalué l'efficacité de différents types d'interventions non pharmacologiques multifactorielles (Martinez et al., 2015; Thomas et al., 2014), tandis que deux autres méta-analyses ont testé l'efficacité d'interventions multifactorielles en comparaison avec des interventions pharmacologiques (Moyce et al., 2014; Siddiqi et al., 2016). Dans les écrits primaires, différents programmes de prévention ont été évalués : des programmes d'interventions multifactorielles prodiguées par des professionnels, incluant des infirmières (Chen et al., 2011; Inouye et al., 2000; Inouye et al., 1999; Lundstrom et al., 2007) ou des proches (Martinez et al., 2012; Rosenbloom-Brunton et al., 2010), des programmes de consultation gériatrique menée par des médecins (Deschodt et al., 2012; Marcantonio et al., 2001) ou des

infirmières spécialisées (Milisen et al., 2001), un programme d'éducation aux infirmières et aux proches sur l'EC et le partenariat de soins (Rosenbloom et Fick, 2014). Finalement, une intervention de musicothérapie a été évaluée dans une étude (McCaffrey et Locsin, 2004). L'article présentant la méthode et les résultats de l'analyse de ces écrits est inclus ci-dessous.

## **Article**

**Auteurs** : Lalonde, M.H. et Bourbonnais, A.

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

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

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

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

L'EC est significativement associé à des hospitalisations prolongées (McCusker et al., 2003), à un déclin fonctionnel et cognitif (Dasgupta et Brymer, 2014; Marcantonio et al., 2000) et à des risques élevés d'institutionnalisation et de décès (Witlox et al., 2010). En plus, les personnes âgées qui le développent à la suite d'une chirurgie vivent une grande détresse psychologique qui se manifeste par des sentiments persistants de peur, d'anxiété et d'impuissance (Pollard et al., 2015). Chez les familles, plusieurs études rapportent que les nouvelles manifestations comportementales et émotionnelles de leur proche âgé créent beaucoup d'anxiété et d'inquiétudes (Partridge et al., 2013; Toye et al., 2014). Les infirmières rapportent également un niveau élevé de stress quant

à la gestion des comportements hyperactifs et un sentiment de fardeau quant aux soins additionnels qui en découlent (Mc Donnell et Timmins, 2012).

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

### **Méthode de recension des écrits**

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

Ces derniers ont été lus en entier afin de s'assurer du respect des critères d'inclusion, soit : 1) écrits portant sur les interventions de prévention de l'EC ; 2) milieux à l'étude incluant une unité de chirurgie ou de médecine ; 3) participants de l'étude étant des personnes âgées de 65 ans et plus avec ou sans trouble neurocognitif majeur. Les critères d'exclusion étaient les suivants : 1) écrits dont les milieux à l'étude étaient des unités de soins intensifs (SI), de soins palliatifs ou de soins de longue durée; 2) écrits portant uniquement sur des interventions pharmacologiques de prévention ou des interventions pour traiter l'EC. La qualité méthodologique des écrits a été évaluée avec trois outils d'analyse par une seule personne : le *Mixed Methods Appraisal Tool* (MMAT) pour les études primaires (Pace et al., 2012), le *Revised Assessment of Multiple Systematic Reviews* (R-AMSTAR) pour les méta-analyses (Institut national d'excellence en santé et en services sociaux, 2015) et le *Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation II* (AGREE II) pour les guides cliniques (Brouwers et al., 2010). Ces outils comprennent chacun une liste de contrôle avec des critères d'évaluation de la qualité des écrits, selon leur type. Plus précisément, ils permettent d'évaluer la pertinence, la rigueur conceptuelle et la rigueur méthodologique de l'écrit, ainsi que le transfert des résultats dans la pratique. Les écrits dont la qualité méthodologique a été évaluée mauvaise ont été exclus afin de s'assurer de la fiabilité des résultats et des conclusions de la revue. Finalement, les données suivantes ont été extraites des écrits : les auteurs, l'année, le pays, le type d'écrit, le but, le type d'interventions, la méthode de recherche et d'échantillonnage, les critères d'exclusion et d'inclusion des participants, les caractéristiques des participants, les résultats, les forces et les limites de l'étude. Ces données ont été synthétisées dans des tableaux construits dans le logiciel Excel, afin de les comparer et d'en ressortir des similarités et des différences.

## **Résultats**

### **Caractéristiques des écrits recensés**

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



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

### **Thèmes de la recension des écrits**

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

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

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

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

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

programme, un protocole proactif d'interventions multifactorielles est implanté par l'équipe de soins à la suite de recommandations émises par un gériatre (Marcantonio, 2012). Un programme similaire, dirigé par des infirmières spécialisées, a été développé par Milisen et al. (2001). Toutefois, les résultats de leur étude ne rapportent aucun effet significatif sur l'incidence de l'EC postopératoire, ce qui pourrait être dû en partie à la petite taille de leur échantillon qui était de 120 participants répartis également dans un groupe d'interventions et un groupe contrôle.

Finalement, plutôt que d'évaluer une intervention multifactorielle, McCaffrey et Locsin (2004) ont examiné les effets d'une intervention de musicothérapie auprès de 66 personnes âgées ayant subi une chirurgie élective du genou ou de la hanche. Des musiques douces devaient être écoutées par la personne âgée pendant une heure, au moins trois fois par jour. Leurs résultats ont démontré une diminution significative des épisodes d'EC entre le groupe d'interventions et le groupe contrôle ( $p = 0,001$ ). De plus, les auteurs ont constaté que la musique avait une influence apaisante autant sur les patients que sur les proches et les infirmières. Notamment, cette intervention peu coûteuse et non invasive peut facilement être amorcée par les infirmières.

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

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

<b>Auteurs (année)</b> ▪ Pays ▪ Type d'écrits	<b>But de l'écrit</b>	<b>Interventions de prévention</b>	<b>Principaux résultats</b>
<b>AGS (2014)</b> ▪ États-Unis ▪ Guide clinique	Émettre des recommandations aux professionnels de la santé sur les interventions de prévention et de gestion de l'EC chez les personnes âgées en période périopératoire	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Interventions multifactorielles</li> <li>▪ Programmes éducatifs</li> <li>▪ Soulagement de la douleur</li> <li>▪ Éviter les médicaments à risque</li> <li>▪ Usage d'antipsychotiques</li> </ul>	Fortes recommandations  Preuves insuffisantes
<b>NICE (2010)</b> ▪ Royaume-Uni ▪ Guide clinique	Émettre des recommandations aux professionnels de la santé sur les meilleures pratiques auprès des personnes âgées de 18 ans et plus à risque d'EC	Approche centrée sur le patient <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Interventions multifactorielles</li> <li>▪ Information et soutien</li> <li>▪ Interventions pharmacologiques</li> </ul>	Fortes recommandations  Preuves insuffisantes
<b>RNAO (2010)</b> ▪ Canada ▪ Guide clinique	Émettre des recommandations aux infirmières sur les stratégies de soins auprès des personnes âgées atteintes de délirium, d'un trouble neurocognitif majeur ou d'une dépression	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Interventions non pharmacologiques multifactorielles</li> </ul>	Forte recommandation
<b>Thomas et al. (2014)</b> ▪ États-Unis ▪ Méta-analyse	Évaluer l'efficacité d'interventions non pharmacologiques multifactorielles pour prévenir l'EC chez les personnes âgées hospitalisées, excluant les SI	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Réorientation cognitive</li> <li>▪ Promotion du sommeil</li> <li>▪ Adaptation aux déficits sensoriels</li> <li>▪ Hydratation et nutrition</li> </ul>	↓ incidence de l'EC vs soins usuels ( $p < 0,0001$ )
<b>Martinez et al. (2015)</b> ▪ Chili ▪ Méta-analyse	Évaluer l'efficacité d'interventions non pharmacologiques multifactorielles pour prévenir l'EC chez les personnes âgées hospitalisées, incluant les SI	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mobilisation précoce</li> <li>▪ Réadaptation physique</li> <li>▪ Soulagement de la douleur</li> <li>▪ Révision des médicaments</li> <li>▪ Formation aux soignants/proches</li> </ul>	

<b>Moyce et al. (2014)</b> ▪ Afrique du Sud ▪ Méta-analyse	Évaluer l'efficacité d'interventions périopératoires pour prévenir l'EC chez les personnes hospitalisées à la suite d'une chirurgie non cardiaque	▪ Consultation gériatrique proactive	Potentiellement efficace
		▪ Interventions pharmacologiques ▪ Interventions peropératoires ▪ Luminothérapie postopératoire	Efficacité incertaine
<b>Siddiqi et al. (2016)</b> ▪ Angleterre ▪ Méta-analyse	Évaluer l'efficacité d'interventions non pharmacologiques et pharmacologiques pour prévenir l'EC chez les personnes hospitalisées, excluant les SI	▪ Interventions multifactorielles	Efficacité démontrée
		▪ Interventions peropératoires ▪ Système informatisé de soutien aux décisions cliniques ▪ Services orthogériatriques ▪ Interventions pharmacologiques	Efficacité incertaine
<b>Lundstrom et al. (2007)</b> ▪ Suède ▪ ECR	Évaluer l'effet d'un programme d'interventions multifactorielles pour prévenir l'EC postopératoire chez les personnes âgées avec une fracture de la hanche	Prévention et traitement des complications médicales associées à l'EC	↓ incidence de l'EC vs soins usuels ( $p = 0,003$ )
<b>Inouye et al. (1999)</b> ▪ États-Unis ▪ ECR	Évaluer l'efficacité d'un programme d'interventions multifactorielles (HELP) pour prévenir l'EC chez les personnes âgées hospitalisées sur une unité de médecine	Stratégies de prévention basées sur six facteurs de risque de l'EC : ▪ Orientation ▪ Activités thérapeutiques ▪ Promotion du sommeil	↓ incidence de l'EC vs soins usuels ( $p = 0,02$ )
		▪ Mobilisation précoce ▪ Adaptation aux déficits sensoriels ▪ Hydratation et nutrition	Faisabilité et efficacité démontrée
<b>Inouye et al. (2000)</b> ▪ États-Unis ▪ Audit clinique	Décrire l'implantation du programme HELP pour prévenir le déclin fonctionnel et cognitif chez les personnes âgées sur des unités de médecine		
<b>Chen et al. (2011)</b> ▪ Taiwan ▪ Étude quasi-expérimentale	Évaluer l'effet du HELP modifié pour prévenir le déclin fonctionnel et l'EC postopératoire chez les personnes âgées sur une unité gastro-intestinale	Programme HELP modifié : ▪ Mobilisation précoce ▪ Assistance nutritionnelle ▪ Activités cognitives	Aucun EC développé vs soins usuels ( $p < 0,001$ )

<b>Marcantonio (2012)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ États-Unis</li> <li>▪ Revue des écrits</li> </ul>	Recenser les écrits sur le diagnostic et la gestion de l'EC postopératoire, avec le cas d'une patiente de 76 ans ayant développé un EC après une colectomie	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Interventions multifactorielles proactives du HELP</li> </ul>	Forte recommandation
<b>Deschodt et al. (2012)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Belgique</li> <li>▪ Étude quasi-expérimentale</li> </ul>	Évaluer l'effet de la consultation gériatrique sur l'incidence, la durée et la sévérité de l'EC postopératoire chez les personnes âgées avec une fracture de la hanche	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Consultation gériatrique proactive (collaboration interprofessionnelle)</li> </ul>	↓ incidence de l'EC vs soins usuels ( $p = 0,04$ )
<b>Marcantonio et al. (2001)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ États-Unis</li> <li>▪ ECR</li> </ul>	Déterminer si la consultation gériatrique peut diminuer l'incidence de l'EC postopératoire chez les personnes âgées avec une fracture de la hanche	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Consultation gériatrique proactive dirigée par un gériatre</li> </ul>	↓ incidence de l'EC vs soins usuels ( $p = 0,04$ )
<b>Milisen et al. (2001)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ États-Unis</li> <li>▪ Étude quasi expérimentale</li> </ul>	Évaluer l'effet d'un programme d'interventions multifactorielles sur l'EC postopératoire chez les personnes âgées avec une fracture de la hanche	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Services de consultation avec des infirmières spécialisées</li> <li>▪ Protocole pour la douleur</li> </ul>	Effet non significatif sur l'incidence de l'EC ( $p = 0,82$ )
<b>McCaffrey et Locsin (2004)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ États-Unis</li> <li>▪ ECR</li> </ul>	Évaluer l'effet de la musique sur l'EC postopératoire chez les personnes âgées à la suite d'une chirurgie élective du genou ou de la hanche	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Musicothérapie</li> </ul>	↓ incidence de l'EC vs soins usuels ( $p = 0,001$ )

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

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

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

l'engagement des proches dans les interventions de prévention pourrait être facilité par la création d'un partenariat de soins avec les infirmières et les personnes âgées.



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

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

**Le partenariat de soins pour prévenir l'EC.** Un partenariat de soins entre les infirmières, les personnes âgées hospitalisées et leurs proches aurait le potentiel d'optimiser les interventions de prévention de l'EC. À cette fin, Hill et al. (2014) ont conçu un modèle d'engagement en partenariat (*The Model of Care Partner Engagement*) qui peut servir de cadre de référence aux infirmières. Selon ce dernier, les partenariats de soins seraient opérationnalisés par les cinq étapes suivantes au sujet de l'EC : 1) négociation et évaluation des risques ; 2) sensibilisation et soutien en information ; 3) plan conjoint de surveillance des signes et symptômes ; 4) prise de décision partagée et interventions précoces de prévention et de gestion ; 5) réalisation d'ajustements en continu. L'effet de ce modèle théorique pour établir un partenariat de soins n'a pas encore été évalué dans des études. De plus, il a entièrement été conçu à partir de la littérature. Ainsi, avant de l'implanter, il serait pertinent de renforcer le modèle à partir de la perspective des personnes âgées et de leurs proches quant aux éléments qui influencent leur engagement dans un partenariat de soins avec les infirmières (Hill et al., 2014).

Rosenbloom et Fick (2014) ont mis en évidence la faisabilité d'un partenariat de soins pour la prévention de l'EC auprès de 28 triades composées de proches, d'infirmières et de personnes âgées hospitalisées sur une unité de médecine-chirurgie. Le programme intitulé *Nurse/Family Caregiver Partnership for Delirium Prevention* (NFCPM) leur était offert et dirigé par des infirmières formées par le chercheur principal. Ce dernier est un programme éducatif pour former les proches et les infirmières sur l'EC et sur les stratégies de partenariat, soit : 1) des techniques pour établir une communication efficace; 2) l'implantation de stratégies pour contrôler l'environnement. Selon les résultats, les connaissances sur l'EC et les attitudes des participants envers la création d'un partenariat ont été positivement affectées par le NFCPM pour faciliter l'implantation des interventions de prévention. Les auteurs concluent que l'implication des proches est importante, mais aussi le partenariat de soins avec les infirmières, par une communication claire, réciproque et honnête. De cette façon, les infirmières et les proches deviennent mieux informés et plus confiants à assumer leurs responsabilités essentielles auprès de la personne âgée à risque de développer un EC.

En somme, peu d'écrits semblent s'être intéressés au partenariat de soins pour prévenir l'EC chez les personnes âgées hospitalisées. Pourtant, un partenariat de soins entre les infirmières, les personnes âgées et leurs proches aurait le potentiel de faciliter et d'optimiser la mise en place des interventions de prévention de l'EC postopératoires, en utilisant les forces, les connaissances et les habiletés de chaque partenaire.

Tableau 3. *Le partenariat de soins pour prévenir l'EC*

<b>Auteurs (année)</b> ▪ Pays ▪ Type d'écrits	<b>But de l'écrit</b>	<b>Interventions de prévention</b>	<b>Principaux résultats</b>
<b>Rosenbloom et Fick (2014)</b> ▪ États-Unis ▪ Étude pilote	Évaluer la faisabilité du programme <i>Nurse/Family Caregiver Partnership for Delirium Prevention (NFCPM)</i> , dirigé par des infirmières, sur une unité de médecine-chirurgie	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Enseignement aux proches et aux infirmières sur l'EC et les stratégies de partenariats pour implanter des interventions de prévention</li> </ul>	Faisabilité démontrée ▪ ↑ connaissances ▪ ↑ attitudes positives envers le partenariat
<b>Hill et al. (2014)</b> ▪ États-Unis ▪ Modèle théorique	Décrire un modèle guidant les infirmières pour amorcer et maintenir un partenariat de soins pour optimiser la prévention et la gestion de l'EC chez les personnes âgées hospitalisées avec un trouble neurocognitif majeur préexistant	<i>Model of Care Partner Engagement</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Intègre les meilleures pratiques en prévention et en gestion de l'EC</li> <li>▪ Approche de soins centrés sur le patient et la famille</li> <li>▪ Facteurs individuels et contextuels</li> </ul>	Effet du modèle pas encore évalué

## **Discussion**

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

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

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

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

### **Recommandations**

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

## **Conclusion**

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

### **Notes**

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

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

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

## **Références<sup>2</sup>**

---

<sup>2</sup> Les références de cet article ont été intégrées dans la liste générale des références du mémoire.

## **Approches du partenariat de soins**

Le partenariat entre les patients, les proches et les professionnels est une approche qui peut prendre différentes formes selon les auteurs qui la définissent. Des initiatives locales concrètes et des écrits théoriques ont été repérés dans la littérature, afin de les comparer et d'en faire ressortir des similarités et des différences.

Pour les sciences de la santé de l'UdeM et les établissements de soins affiliés, le partenariat est une approche de soins et de services novatrice qui tend vers une collaboration optimale entre les intervenants et le patient (Université de Montréal-Faculté de médecine, 2017). Dans ce but, le Comité sur les pratiques collaboratives et la formation interprofessionnelle (2014) du RUIS de l'UdeM a développé un guide d'implantation du partenariat de soins et de services. Leur approche se base en grande partie sur des écrits internationaux qui démontrent l'évolution des concepts liés à la collaboration dans le domaine de la santé, telle que de la collaboration interprofessionnelle et la pratique collaborative (World Health Organization, 2010). Auparavant, la collaboration interprofessionnelle faisait référence à une collaboration entre des personnes rattachées à plusieurs disciplines ou professions. Elle a maintenant évolué vers un partenariat de soins et de services entre une équipe de professionnels de la santé et un patient et ses proches. Quant à la pratique collaborative, elle renvoie à un processus d'interactions sous la forme d'échange d'information, d'éducation et de prises de décisions, dans le but d'offrir des soins et des services personnalisés et de favoriser l'atteinte de résultats optimaux en matière de santé. Cette approche du partenariat se base également sur le principe de construction et de reconnaissance des savoirs expérientiels des patients (Jouet, Flora et Las Vergnas, 2010). Selon ce principe, le patient et ses proches peuvent être reconnus comme des experts ayant acquis une expertise par leur vécu avec leurs problèmes de santé et psychosociaux, ainsi que durant leur trajectoire de soins et de services. À partir de ces concepts et de ces principes préexistants dans la littérature, il propose la définition suivante d'un partenariat de soins et de services :

Relation de coopération/collaboration entre le patient, ses proches et les intervenants de la santé et des services sociaux qui s'inscrit dans un



processus dynamique d'interactions et d'apprentissages et qui favorise l'autodétermination du patient, une prise de décisions libres et éclairées et l'atteinte de résultats de santé optimaux (Comité sur les pratiques collaboratives et la formation interprofessionnelles, 2014, p.11).

Cette définition démontre la volonté d'impliquer le patient et ses proches en tant que collaborateurs dans les soins et les services. Toutefois, elle intègre peu de principes relationnels, tels que la réciprocité, pouvant permettre d'opérationnaliser de façon humaniste un partenariat. Leur définition semble principalement viser l'optimisation de l'organisation des soins et la pratique des professionnels, plutôt que l'amélioration de la qualité de la relation avec le patient et ses proches. De plus, dans leur guide d'implantation, les compétences requises pour actualiser le partenariat visent plus particulièrement les gestionnaires en se basant sur le Référentiel national de compétences en matière d'interprofessionnalisme. On y retrouve la communication, le leadership collaboratif, le travail d'équipe, l'éducation à la santé, l'éthique clinique, la prévention et la résolution de conflits, ainsi que la clarification des rôles et des responsabilités (Consortium pancanadien sur l'interprofessionnalisme en santé, 2010). Les conditions de mise en œuvre de cette approche sont organisationnelles et politiques. Ainsi, on y retrouve très peu de stratégies concrètes pouvant guider les infirmières à opérationnaliser un tel partenariat de soins en milieu clinique.

Le partenariat est un concept également employé par Dupuis, Gillies, Carson et Whyte (2011) dans leur modèle conceptuel, surnommé *authentic partnerships*, qui s'applique auprès des personnes âgées vivant avec la maladie d'Alzheimer ou une autre maladie similaire. Leur approche de soins encourage les prises de décisions cliniques qui intègrent les perspectives diverses et la voix de chaque partenaire clé, incluant la personne âgée et son proche aidant. Dans leur modèle, on y retrouve différentes formes verbales et non verbales de communication, d'interactions et de collaboration qui peuvent permettre de mobiliser un partenariat et de mieux répondre aux besoins individuels, comme l'écoute active et l'engagement dans le dialogue. Notamment, des formes de communication plus créatives peuvent être utilisées pour exprimer des expériences, telles que l'art ou un journal. Puis, pour établir et maintenir

leur approche du partenariat, il précise que la communication doit être ouverte et sans jugement des besoins, des rôles, des attentes et des responsabilités des partenaires, tout en se rappelant que chaque personne peut vouloir contribuer de manières différentes au partenariat. Bref, ces auteurs accordent une grande importance à la qualité d'une relation significative entre les soignants, les personnes âgées et les proches, en mettant l'accent sur le principe de réciprocité et de partage mutuel. Ainsi, leur modèle offre des stratégies relationnelles qui visent spécifiquement la clientèle des personnes âgées atteintes d'un trouble neurocognitif majeur.

Ensuite, Carman et al. (2013) ont utilisé le concept de partenariat dans un modèle d'engagement des patients et des familles dans les soins de santé qui vise le système de santé en général. Pour leur part, le partenariat est une forme d'engagement défini comme un partage de pouvoir et de responsabilités entre les professionnels, les patients et les proches, dans laquelle la communication d'information est bidirectionnelle et les prises de décisions sont partagées quant au plan de soins. Dans leur modèle, le *partenariat* se trouve à l'extrémité supérieure d'un continuum d'engagement des patients et des proches, précédé par l'*implication* et la *consultation* à l'extrémité inférieure. Ces formes d'engagement peuvent se retrouver à différents paliers du système de la santé, soit dans les soins directs, l'organisation ou les politiques. Pour la *consultation* au niveau des soins directs, les patients et les proches reçoivent de l'information de la part des professionnels sur leur diagnostic, mais sans être impliqués dans les prises de décisions; la communication d'informations est donc unidirectionnelle. Pour l'*implication*, les patients sont questionnés quant à leurs préférences pour le plan de soins. Puis, pour le *partenariat* au bout du continuum, les professionnels offrent aux patients et aux proches de l'information complète et le soutien dont ils ont besoin pour prendre des décisions et participer activement à leurs propres soins. La notion de partenariat dépasse donc la seule implication des patients et des proches dans les soins, mais revient plutôt à une prise de décisions communes. De cette façon, ils sont encouragés à avoir les connaissances, les habiletés et la confiance pour la gestion de leur santé et des soins, ce qui est représenté par le concept de *patient activation*. Toutefois, selon

Carman et al. (2013), le but n'est pas toujours d'aller au bout du continuum, selon les situations. Puis, les professionnels ne peuvent pas supposer que tous les patients et leurs proches ont la volonté, la capacité et la motivation à s'engager ainsi dans leurs soins de santé. À cet égard, plusieurs facteurs peuvent les influencer à s'engager, tels que des facteurs individuels (connaissances, attitudes, croyances sur le rôle du patient, expériences avec le système de la santé, capacités fonctionnelles, etc.) et des facteurs organisationnels (heures de visite, rotation du personnel, etc.).

En somme, différents auteurs ont défini le concept de partenariat de soins comme une approche pouvant améliorer la qualité des soins et des services. Il est possible de remarquer que les définitions de chaque auteur ont certaines caractéristiques communes nécessaires pour établir un partenariat, soit les prises de décisions communes, ainsi qu'une communication et des interactions efficaces entre les patients, leurs proches et les professionnels. Cependant, les auteurs perçoivent la nature du partenariat de soins différemment selon leur définition proposée: 1) le Comité sur les pratiques collaboratives et la formation interprofessionnelle (2014) du RUIS de l'UdeM semble le percevoir comme une forme de compétence nécessaire à une collaboration optimale; 2) Dupuis et al. (2011) semble le percevoir comme une forme de relation significative; et 3) Carman et al. (2013) semble le percevoir comme une forme d'engagement dans les soins. Cette troisième façon plus pragmatique de concevoir l'approche du partenariat de soins sera privilégiée par l'étudiante-chercheuse. Notamment, les concepts du modèle de Carman et al. (2013) permettent de la différencier des autres formes d'engagement possibles, selon l'influence de facteurs individuels et organisationnels. De nature conceptuelle, leur modèle n'offre toutefois pas de stratégies concrètes pour mettre en œuvre un partenariat de soins en milieu clinique, tel qu'auprès des personnes âgées à risque de développer un EC postopératoire. En dépit de cette lacune, Hill et al. (2014) se sont appuyés sur les concepts de Carman et al. (2013) pour développer un modèle pouvant aider les infirmières à opérationnaliser spécifiquement la forme d'engagement du partenariat de soins au niveau des soins directs. Leur modèle est présenté à titre de cadre de référence du mémoire à la prochaine section.

## Cadre de référence

Le cadre de référence retenu pour ce mémoire est le modèle d'engagement des partenaires de soins (*The Model of Care Partner Engagement*) de Hill et al. (2014). Il sert de guide pour développer et maintenir un partenariat de soins avec les patients et leurs proches dans le but de prévenir des problèmes de santé durant l'hospitalisation. Pour démontrer son utilité, le modèle a été appliqué théoriquement à la problématique des personnes âgées hospitalisées avec des problèmes cognitifs préexistants qui sont à risque de développer un EC. Il intègre les meilleures pratiques en prévention et en gestion de l'EC du NICE (2010) et du programme Family-HELP de Rosenbloom-Brunton et al. (2010). Il tient aussi compte des connaissances issues du modèle transactionnel des habiletés familiales de soins de Schumacher, Stewart, Archbold, Dodd et Dibble (2000) qui soutient le rôle important des familles pour prodiguer des soins à leur proche malade pendant une période aiguë. Puis, les auteurs font référence à l'écrit de Carman et al. (2013) pour définir le concept de partenariat. Cette définition a été utilisée par l'étudiante-chercheuse pour son étude. Ainsi, le modèle conceptuel d'engagement des patients et des familles dans les soins de santé de Carman et al. (2013) fait partie du cadre de référence de l'étude.

À partir de ces connaissances empiriques et théoriques, Hill et al. (2014) ont proposé différents facteurs qui contribuent au processus pour créer un partenariat de soins (voir figure 1). Avec l'autorisation de Docteure Hill, le modèle a été traduit en français avec la technique de traduction inverse (*back-translation*) de Brislin (1970). Voici les étapes qui ont été effectuées : 1) l'étudiante-chercheuse et sa directrice de recherche ont traduit la version originale (en anglais) dans la langue française; 2) une étudiante de maîtrise bilingue a ensuite traduit la nouvelle version française en anglais sans consulter le modèle original; et 3) la version anglaise d'origine, la version française et la version retraduite en anglais ont été comparées pour déterminer les termes dont la traduction était différente. Après une discussion des différences entre les trois personnes impliquées dans le processus, un consensus a été obtenu pour des termes se rapprochant le plus du sens évoqué par les auteurs. La version finale de la traduction autorisée a été transmise à Docteure Hill.

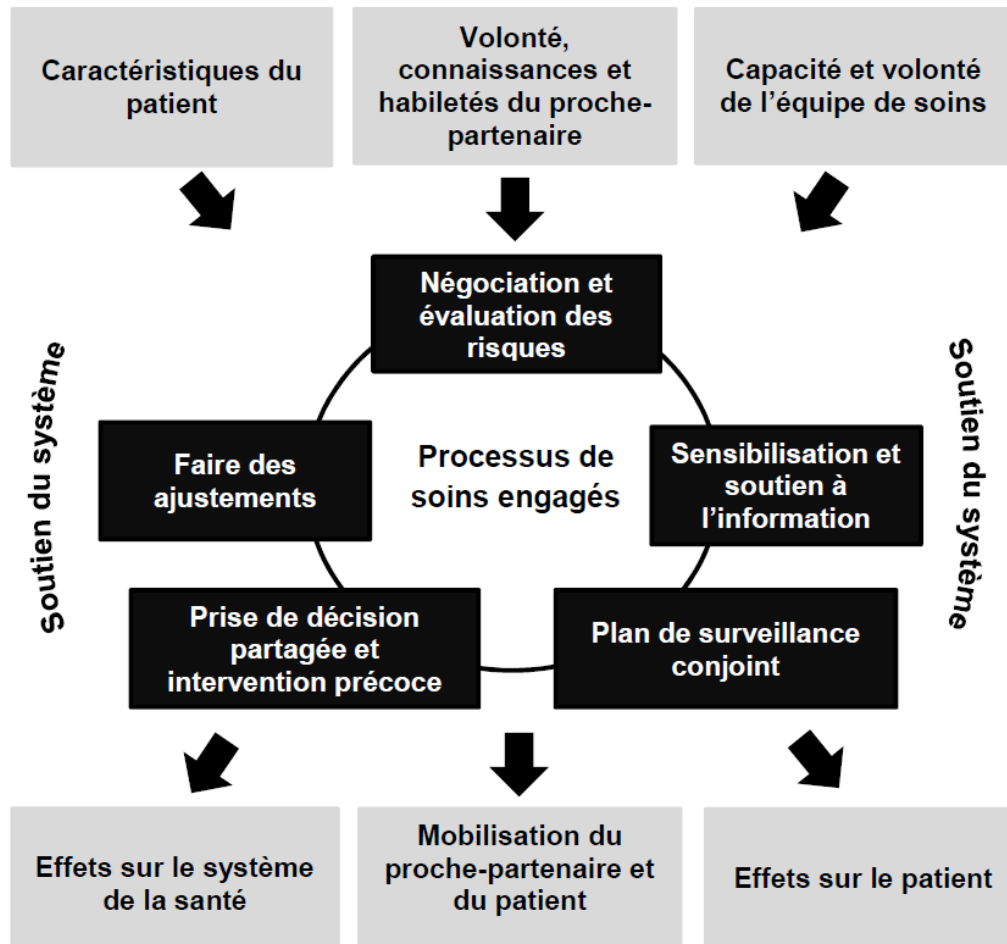


Figure 1. Modèle d'engagement des partenaires de soins de Hill, Yevchak, Gilmore-Bykovskyi et Kolanowski (2014)

[Traduction autorisée par Hill, réalisée par Lalonde, Bourbonnais et Laughrea, 2017]

D'une part, ce modèle tient compte de trois structures individuelles qui influencent la création d'un partenariat de soins, soit : 1) les caractéristiques de la personne âgée (histoire de santé, valeurs, besoins, préférences); 2) la volonté, les connaissances et les habiletés du proche-partenaire; et 3) la capacité et la volonté de l'équipe de soins à s'engager dans un partenariat de soins. Par la suite, le partenariat de soins est opérationnalisé par les cinq étapes suivantes d'un processus de soins engagés : la négociation et l'évaluation des risques, la sensibilisation et le soutien à l'information, un plan de surveillance conjoint, la prise de décision partagée et des

interventions précoces, ainsi que la réalisation d'ajustements. Notamment, Hill et al. (2014) émettent l'hypothèse que des facteurs organisationnels peuvent influencer l'engagement des personnes âgées et des proches dans un partenariat en contexte hospitalier, par exemple les heures de visites et la rotation du personnel. Au final, si les personnes âgées, les proches et les infirmières sont engagés dans un partenariat de soins, les résultats attendus sont les suivants : 1) des effets sur le système de la santé, tel qu'une diminution des durées moyennes de séjours, des chutes, des réhospitalisations et des coûts; 2) une mobilisation du proche-partenaire et de la personne âgée, c'est-à-dire, la connaissance, l'habileté et la confiance à gérer leur situation de santé (Carman et al., 2013); et 3) des effets sur la personne âgée, tels que la prévention d'un EC et de ses conséquences

Dans le cadre de ce mémoire, le modèle de Hill et al. (2014) a permis d'opérationnaliser la notion du partenariat de soins, ainsi que les facteurs pouvant influencer l'engagement des personnes âgées et des proches dans les soins. De plus, il a orienté la conception du soin, en le définissant comme de travailler *avec* les patients et leurs proches, plutôt que *pour* les patients et leurs proches. Plus concrètement, ce modèle a orienté la formulation des questions de recherche, en plus de servir de guide quant aux concepts à explorer lors de la collecte des données. Puisque le modèle a entièrement été conçu à partir de la littérature, les résultats du mémoire pourront le renforcer à partir de la perspective des personnes âgées et de leurs proches quant aux facteurs individuels et organisationnels pouvant influencer leur engagement dans un partenariat.

Pour conclure ce chapitre, le partenariat de soins est une forme d'engagement qui a le potentiel d'optimiser et d'humaniser la prévention de l'EC postopératoire chez les personnes âgées. Cependant, il existe peu de connaissances en sciences infirmières à ce sujet. Ceci représente une occasion de donner une voix aux personnes âgées et à leurs proches quant à leurs perceptions à s'engager dans un tel partenariat. Le prochain chapitre décrit la méthode de recherche qualitative qui sera utilisée pour atteindre le but de l'étude.

## **Chapitre 3 : Méthode**

Cette section décrit la méthode de recherche utilisée pour mieux comprendre les perceptions des personnes âgées et de leurs proches aidants quant au partenariat de soins avec les infirmières en vue de mettre en pratique des interventions de prévention de l'EC postopératoire. Tout d'abord, le devis de l'étude sera présenté avec un bref historique de son évolution, ses caractéristiques et ses approches philosophiques. Puis, des explications seront données quant au milieu de l'étude, son déroulement, l'échantillonnage, ainsi que les méthodes de collecte et d'analyse des données. Pour finir, les critères de rigueur scientifique et les considérations éthiques seront présentés.

### **Devis de recherche**

Une *étude de cas instrumentale* a été utilisée comme stratégie de recherche qualitative. Ce devis permet d'obtenir une meilleure compréhension d'un phénomène peu connu à partir d'un cas particulier (Stake, 2006). D'un point de vue historique, l'étude de cas représente la première méthode de recherche systémique utilisée au début des années 1990 pour guider les activités gouvernementales et militaires, de même que pour résoudre des problèmes au sein d'entreprises américaines. Ensuite, l'étude de cas s'est étendue aux domaines de la santé et des sciences sociales pour tenter de comprendre l'histoire et le contexte de cas avec une approche inductive plutôt que déductive (Stoecker, 1991). En sciences infirmières, son utilisation est devenue croissante pour décrire, explorer, comprendre ou évaluer des phénomènes de soins et de santé à partir des expériences et des perceptions d'individus dans leur contexte réel. Notamment, cette méthode de recherche holistique offre aux infirmières l'occasion de donner une voix aux personnes plus vulnérables de la société (Anthony et Jack, 2009).

Dans une étude de cas, le phénomène d'intérêt est révélé à partir d'un ou plusieurs cas. Chaque « cas » est un système ouvert, visible et complexe dont les frontières sont établies par le temps, le lieu, l'évènement ou l'activité. Puis, ces frontières sont explicitement définies par une localité, une culture, un processus collectif ou un établissement (Luck, Jackson et Usher, 2006). Toutefois, une



confusion existe quant à l'utilisation du terme « étude de cas »; il peut être identifié comme une stratégie de recherche, une méthode de collecte de données ou une technique d'enseignement (Anthony et Jack, 2009). Cette ambiguïté est accentuée par la présence de deux approches fondées sur des orientations philosophiques opposées, soit celle de Robert Yin (2014) et de Robert Stake (1995). D'une part, Yin s'inscrit dans le paradigme post-positiviste dans lequel la réalité est objective et le chercheur demeure détaché, neutre et indépendant à ce qui est étudié. Il définit l'étude de cas en fonction d'un processus déductif de recherche empirique (Boblin, Ireland, Kirkpatrick et Robertson, 2013). D'une autre part, Stake s'inscrit dans le paradigme constructiviste dans lequel la réalité est subjective et le chercheur interagit avec le phénomène pour mieux comprendre l'expérience humaine en interaction avec son contexte temporel, spatial, économique, historique, politique, social et personnel. Avec une méthode inductive, il s'intéresse essentiellement à comprendre en profondeur l'unicité et la complexité d'un cas (Boblin et al., 2013).

Pour ce mémoire, l'étude de cas a été considérée comme une stratégie de recherche fondée sur l'approche constructiviste de Stake (1995) et était *de type multiple* (Stake, 2006). Après de plusieurs cas, le phénomène suivant a été exploré d'une façon rétrospective : les perceptions quant au partenariat de soins pour mettre en pratique des interventions de prévention de l'EC postopératoire chez les personnes âgées. Chaque « cas » a été défini comme une dyade incluant une personne âgée ayant vécu un EC postopératoire sur une unité de chirurgie d'un centre hospitalier et son principal proche aidant. L'approche de Stake rejoint le paradigme constructiviste de l'étudiante-chercheuse dans lequel la compréhension d'un phénomène s'obtient en interprétant les perceptions des participants construites à partir de leurs expériences vécues et de leurs interactions avec l'environnement et les autres, incluant le chercheur (Lincoln, Lynham et Guba, 2011).

### **Milieu de l'étude**

Cette étude s'est déroulée sur une unité de chirurgie d'un centre hospitalier communautaire affilié à une université et situé dans un milieu urbain de la région de Montréal. Ce dernier ne comprenait qu'une seule unité de chirurgie. Le choix d'un

petit établissement de soins généraux et spécialisés favorisera la transférabilité éventuelle des résultats dans des milieux similaires dans d'autres régions du Québec.

### **Déroulement de l'étude**

Après avoir obtenu les approbations éthiques et institutionnelles, la première étape a consisté à accéder au milieu par l'intermédiaire d'une personne-ressource qui a été la directrice adjointe des soins infirmiers du volet des pratiques professionnelles. Cette dernière a orienté l'étudiante-chercheuse vers des agents facilitants l'accès à l'unité de chirurgie : l'infirmière-chef et une infirmière gestionnaire de cas. Celles-ci ont été contactées par voie électronique afin de leur présenter sommairement le projet de recherche et de solliciter leur aide pour le recrutement des participants. Une rencontre en personne a ensuite été organisée avec l'infirmière-chef pour lui expliquer plus en détail le projet et discuter de la possibilité d'obtenir la collaboration des infirmières de l'unité pour le recrutement des cas. L'infirmière gestionnaire de cas a également été rencontrée pour l'inviter à collaborer.

Ensuite, comme les autres méthodes de recherche qualitative, le déroulement de cette étude de cas a été cyclique, soit une réalisation concomitante et itérative de l'échantillonnage, de la collecte de données et de l'analyse des données (Creswell, 2013). L'étudiante-chercheuse a effectué ce processus jusqu'à l'atteinte d'une certaine saturation des données. Selon ce principe, la collecte des données se poursuit jusqu'au moment où le chercheur a le sentiment d'une redondance dans les données recueillies (Loiselle et al., 2007; Morse, 2000) (voir Figure 2).

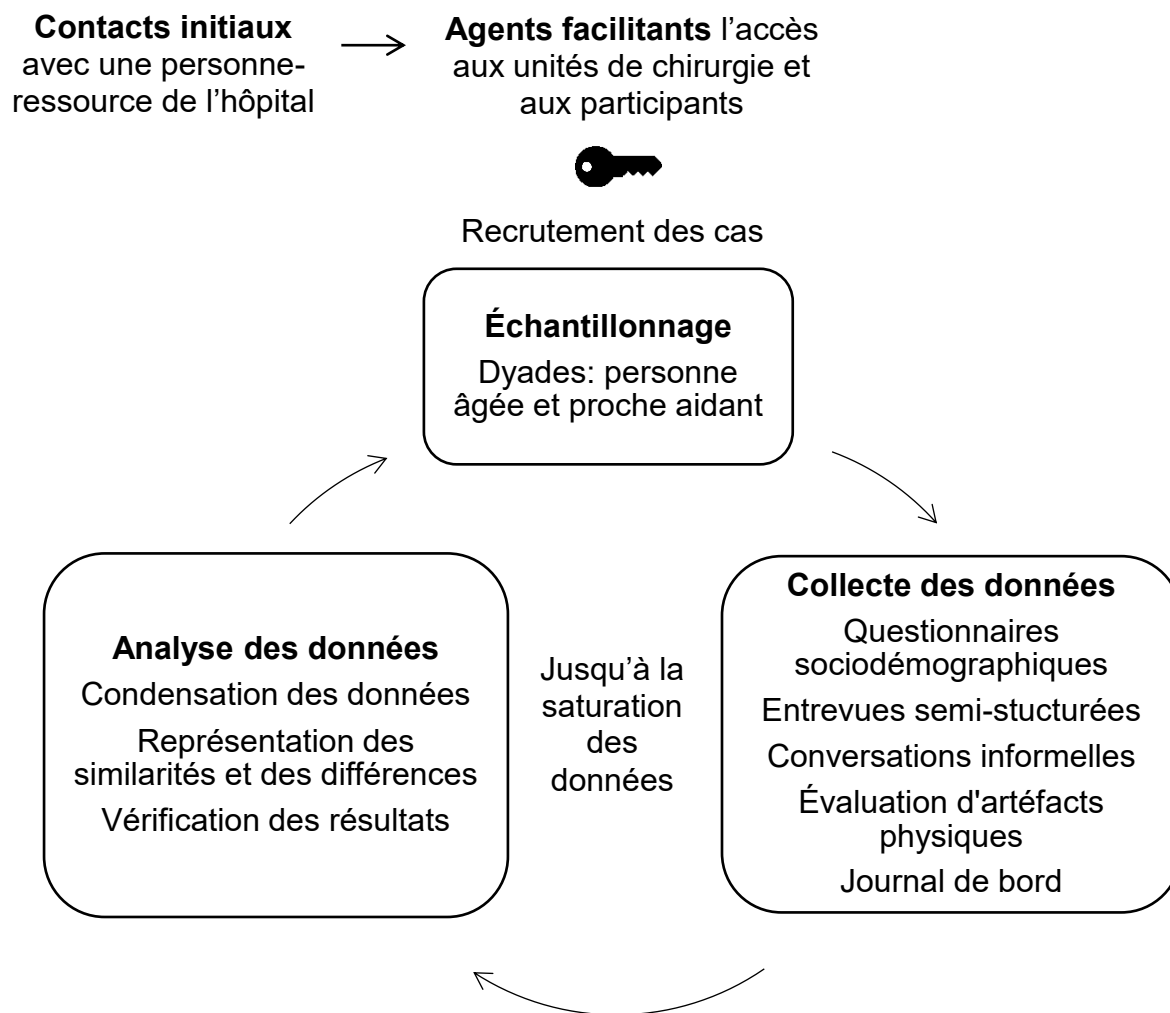


Figure 2. Déroulement de l'étude

### Stratégies de recrutement

Lorsque l'étape du recrutement des cas a débuté, la charge de travail des infirmières sur l'unité était à un niveau élevé par rapport à l'habitude, étant donné le contexte de fusion des établissements de santé dans la région de Montréal. L'étudiante-chercheuse a donc dû trouver des stratégies pour attirer l'attention des infirmières à l'égard du projet et faciliter leur collaboration au repérage des cas. Avec l'accord de l'infirmière-chef, une affiche a été installée au poste des infirmières et dans leur salle de repos (voir Annexe B). De plus, un cartable aide-mémoire a été conçu et laissé à la disposition des infirmières au poste. Il comprenait les trois

sections suivantes: 1) des lettres qui expliquent le projet de recherche à l'intention des infirmières, des personnes âgées et des proches aidants (voir Annexe C); 2) des feuilles aide-mémoires comprenant les critères d'inclusion et d'exclusion des personnes âgées et des proches aidants, ainsi qu'une procédure simple (script) pour informer les participants potentiels (voir Annexe D); et 3) un tableau pour y inscrire le nom des participants potentiels, leur réponse, leurs coordonnées et le meilleur moment pour les rejoindre. La troisième section n'a pas été complétée par les infirmières, mais le cartable semble avoir tout de même attiré leur attention pour discuter de cas potentiels en personne. L'étudiante-chercheuse a également fait plusieurs visites sur l'unité, surtout pendant le quart de jour, afin de promouvoir le projet, de veiller à l'exécution du recrutement et pour répondre aux questions.

Néanmoins, le repérage des cas s'est essentiellement déroulé avec l'aide de l'infirmière gestionnaire de cas. Chaque semaine, l'étudiante-chercheuse la contactait par téléphone ou la rencontrait en personne à son bureau pour discuter de cas potentiels. Lorsqu'une personne âgée répondait aux critères de sélection, l'infirmière gestionnaire de cas la rencontrait à sa chambre afin d'obtenir son accord pour que l'étudiante-chercheuse la rencontre à son tour pour l'informer du projet plus en détail et l'inviter à y participer. Pour les personnes âgées qui acceptaient, l'étudiante-chercheuse obtenait leur autorisation pour contacter par téléphone leur principal proche aidant. Après avoir obtenu le consentement de la personne âgée et du proche aidant, une rencontre était organisée pour réaliser une entrevue à l'hôpital ou à tout autre endroit où la personne âgée était rendue dans sa trajectoire de soins. Finalement, toutes les personnes âgées ont été recrutées lorsqu'elle était encore hospitalisée sur l'unité de chirurgie. Quant aux proches aidants, deux ont été recrutés en personne au chevet de la personne âgée et un autre par appel téléphonique.

### **Échantillon**

Afin de bien illustrer le phénomène à l'étude, les cas ont été sélectionnés d'une façon intentionnelle pour leur caractère révélateur et pour l'occasion qu'ils présentaient d'apprendre sur le contexte (Stake, 2006). Ceci rejoignait l'objectif d'une

compréhension approfondie de chaque cas, plutôt que la généralisation des résultats (Miles, Huberman et Saldana, 2014). Compte tenu de ce qui précède, une *stratégie d'échantillonnage intentionnelle par critères* a été utilisée (Patton, 2002). L'étudiante-chercheuse a tenté de recruter des participants avec des caractéristiques variées.

Pour une étude de cas multiples, Stake (2006) recommande une taille d'échantillon de quatre à cinq cas. Étant donné la difficulté à repérer des participants qui répondaient aux critères de sélection, le processus d'échantillonnage s'est terminé à quatre cas, mais a permis d'atteindre une certaine saturation des données. L'une des dyades est incomplète, puisque le proche aidant s'est retiré de l'étude pour des raisons médicales avant que l'étudiante-chercheuse puisse réaliser l'entrevue. Son proche âgé avait déjà réalisé la sienne et n'avait pas d'autres proches aidants à proposer. D'un point de vue éthique et par respect pour cette personne âgée qui a consacré du temps et de l'énergie pour l'entrevue, les données collectées ont été analysées. Dans l'ensemble, des données ont été recueillies auprès de quatre personnes âgées et trois proches aidants, pour un total de sept participants.

### **Critères de sélection des personnes âgées**

Les personnes âgées devaient répondre aux critères de sélection suivants :

- être âgées de 65 ans et plus
- être hospitalisées ou avoir été hospitalisées dans le dernier mois;
- avoir vécu un épisode résolu d'EC postopératoire qui a été rapporté ou documenté par l'équipe soignante durant la plus récente hospitalisation;
- avoir la capacité de comprendre et de retenir l'information;
- avoir la capacité de suivre des consignes et de répondre à des questions pendant environ 30 à 60 minutes consécutives;
- avoir la capacité de se remémorer la période d'hospitalisation avant l'EC;
- avoir la capacité de s'exprimer oralement en français.

Les capacités requises pour participer au projet auraient été difficiles à manifester pour une personne âgée présentant un EC ou pour une personne inapte. Elles sont d'ailleurs à la base de plusieurs outils de dépistage de l'EC (Inouye, 2003; Voyer et

al., 2016). L'étudiante-chercheuse a fait appel à son jugement clinique et à celui des infirmières de l'unité pour s'assurer de la résolution de l'EC chez les personnes âgées et de leur capacité à participer à l'étude. De plus, des discussions ont eu lieu avec les proches aidants pour avoir leur impression quant à la résolution de l'EC.

Les personnes âgées souffrant d'un trouble neurocognitif majeur (démence) modéré à sévère étaient exclues, puisqu'elles présentent un déclin cognitif significatif dans un ou plusieurs domaines cognitifs (attention complexe, fonction exécutive, apprentissage et mémorisation, langage, activités perceptivomotrices ou cognition sociale) (APA, 2015). Cet état n'aurait pas été compatible avec la participation à une entrevue semi-dirigée sans causer une détresse chez les personnes âgées ou nuire à leur capacité de comprendre en profondeur les propos, ce qui aurait notamment contribué à réduire la crédibilité des données. Toutefois, celles présentant des troubles neurocognitifs légers et capables de consentir à l'étude ont été incluses.

### **Critères de sélection des proches aidants**

Les proches devaient répondre aux critères de sélection suivants :

- être le proche principal qui fournit le soutien physique et affectif à la personne âgée;
- avoir été présent lors de l'EC de leur proche âgé.
- avoir la capacité de s'exprimer oralement en français.

Les proches aidants dont l'état de santé était précaire ont été exclus.

### **Collecte des données**

Dans une étude de cas, des sources multiples de données sont utilisées (Creswell, 2013). Pour ce mémoire, les données ont été recueillies au moyen de questionnaires sociodémographiques, d'entrevues semi-structurées, de conversations informelles, de l'évaluation d'artéfacts physiques et d'un journal de bord pour l'étudiante-chercheuse (voir Tableau 4).

Tableau 4. *Méthodes de collecte des données et acteurs concernés*

<b>Méthodes de collecte des données</b>	<b>Acteurs concernés</b>
<b>Questionnaires sociodémographiques</b>	▪ Personnes âgées et proches aidants
<b>Entrevues semi-structurées</b>	▪ Personnes âgées et proches aidants
<b>Conversations informelles</b>	▪ Conseiller en soins infirmiers ▪ Infirmière-chef de l'unité ▪ Infirmière gestionnaire de cas ▪ Assistante infirmière-chef (soir) ▪ Personnes âgées et proches aidants
<b>Évaluation d'artéfacts physiques</b>	▪ Conseiller en soins infirmiers ▪ Infirmière-chef
<b>Journal de bord</b>	▪ Étudiante-chercheuse

### **Questionnaires sociodémographiques**

Au début de chaque entrevue, des données sociodémographiques ont été recueillies auprès des personnes âgées et des proches à l'aide de deux versions d'un questionnaire (voir Annexe E). Cet outil de collecte de données a permis de dresser un portrait de chaque participant à partir de certaines caractéristiques ciblées. Notamment, il a servi à recueillir des données sur la structure individuelle des personnes âgées et des proches aidants pouvant influencer leur engagement dans un partenariat de soins pour la prévention de l'EC (Hill et al., 2014).

### **Entrevues semi-structurées**

Selon Stake (1995), l'entrevue permet d'obtenir une description et une interprétation d'un phénomène par des participants, ce qui représente les deux principales utilisations de l'étude de cas. Elle est également « la voie principale vers de multiples réalités » (p. 64). Ainsi, la principale méthode de collecte de données a été des entrevues semi-structurées enregistrées sur bande audio. La personne âgée et le proche aidant de chaque dyade ont été invités à réaliser l'entrevue individuellement, afin que chacun exprime librement leurs perceptions du phénomène selon leur rythme. Toutefois, l'étudiante-chercheuse s'est ajustée aux préférences

des participants s'ils préféreraient réaliser l'entrevue en dyade. Cette flexibilité est cohérente avec l'approche du partenariat de soins. Un seul cas a manifesté le besoin de réaliser l'entrevue en dyade afin que la personne âgée se sente rassurée par la présence de son proche aidant. Les entrevues ont eu lieu dans une salle fermée de l'unité de chirurgie ou d'un centre de réadaptation. La durée moyenne des entrevues était d'environ 50 minutes. Au début de chaque entrevue, des explications étaient données aux participants quant au but de la rencontre afin de s'assurer de la compréhension de leur implication et de leur offrir la possibilité de poser des questions. De plus, l'étudiante-chercheuse clarifiait le mode d'échanges de l'entrevue, soit une interaction semblable à une conversation amicale plutôt qu'à un questionnaire. Cette précision était apportée dans le but de diminuer le sentiment possible de hiérarchie et de mettre à l'aise les participants.

Un guide d'entrevue, développé à partir des questions de recherche, a été utilisé par l'étudiante-chercheuse (voir Annexe F). Il a également été conçu à partir des concepts-clés du modèle conceptuel de Hill et al. (2014) : structure individuelle (volonté, capacité, préférences, croyances), processus de soins engagé (rôle et comportement de l'infirmière, opérationnalisation), soutien du système (conditions organisationnelles) et les effets d'un processus de soins engagé. Par exemple, afin d'explorer la volonté des personnes âgées et des proches aidants à s'engager dans un partenariat de soins, les questions suivantes ont été posées : « *Si pendant votre hospitalisation, une infirmière s'était assise avec vous et votre proche pendant une heure pour organiser un plan d'action afin de guérir rapidement et prévenir l'EC, comment auriez-vous réagi? Auriez-vous aimé prendre part aux discussions? Si oui, comment?* ». Le guide était flexible, c'est-à-dire que les questions ont été ajustées selon les propos des participants et leur vocabulaire. De plus, entre les entrevues, des questions ont été reformulées afin d'optimiser la compréhension des participants. Puis, quelques questions ont été ajoutées pour approfondir certains thèmes selon l'évolution de la collecte et de l'analyse des données.

Puisque les personnes âgées en période postopératoire et post-EC sont plus fragiles sur le plan cognitif, l'étudiante-chercheuse a dû trouver des stratégies



créatives pour maintenir leur attention pendant l'entrevue. À cette fin, un outil de mise en contexte avait été développé et a été présenté aux personnes âgées en début d'entrevue. Sur une feuille de papier, on y retrouvait une figure illustrant les interventions non pharmacologiques multifactorielles de prévention du programme HELP (Inouye et al., 1999) qui pouvaient être implantées en partenariat de soins entre les personnes âgées, les proches et les infirmières (voir Annexe G). Cette stratégie a également été utilisée auprès des proches aidants. Ensuite, la plupart des questions étaient posées en faisant référence à cet outil.

### **Conversations informelles**

Des données ont aussi été recueillies à partir de conversations informelles avec les participants de l'étude (personnes âgées et proches aidants), mais également avec des informateurs généraux (infirmière-chef, infirmière gestionnaire de cas, conseiller en soins infirmiers, infirmières, autres proches aidants). Selon Stake (1995), ces informateurs, autres que les participants, sont des individus qui ont de l'intérêt pour l'étude en cours et des connaissances à partager. Comme les personnes interviewées, ils peuvent faciliter la compréhension du phénomène en discutant et en fournissant des observations que les chercheurs ne peuvent pas voir par eux-mêmes. L'étudiante-chercheuse a discuté spontanément avec ces informateurs de certains aspects du contexte ou de la philosophie organisationnelle qui pouvaient influencer les perceptions des participants sur le partenariat de soins.

Par exemple, une conversation informelle a eu lieu avec l'infirmière gestionnaire de cas de façon spontanée dans le corridor. Cette dernière a partagé avec l'étudiante-chercheuse ses perceptions au sujet d'un manque de connaissances chez les infirmières sur la prévention et la gestion de l'EC. Comme autre exemple, un proche aidant a mentionné à l'étudiante-chercheuse, avant le début d'une entrevue, qu'il était heureux de pouvoir participer à ce projet, car c'était important pour lui de trouver des solutions afin de prévenir d'autres EC chez la personne âgée.

## **Évaluation des artefacts physiques**

L'étude de documents ciblés a permis de recueillir des données complémentaires aux entrevues semi-structurées et aux conversations informelles sur les approches de soins, les méthodes d'évaluation auprès des personnes âgées et les interventions du milieu. Ces éléments contextuels peuvent influencer sur différents plans la création d'un partenariat de soins. Selon Stake (1995), l'utilité potentielle de différents documents doit être estimée à l'avance afin de ne pas perdre de temps sur le terrain. Ainsi, une grille aide-mémoire a été développée et comprenait une liste des documents et de matériel à évaluer qui pourraient permettre de mieux comprendre le phénomène à l'étude (voir Annexe H).

L'étudiante-chercheuse a accédé aux artefacts physiques par l'intermédiaire d'un conseiller en soins infirmiers pour le secteur de la chirurgie et de l'infirmière-chef de l'unité. La grande majorité des documents étaient disponibles en format électronique et quelques-uns en papier. Plus précisément, l'étudiante-chercheuse a consulté des documents PowerPoint et des vignettes cliniques présentés à l'embauche des infirmières et lors d'un atelier de formation sur l'approche adaptée à la personne âgée (AAPA) en milieu hospitalier qui a eu lieu en 2015. Ces présentations ont permis de recueillir des données sur le modèle de soins qui guident les évaluations et les interventions dans le milieu. L'étudiante-chercheuse a également consulté divers documents pouvant servir aux infirmières à dépister et prévenir l'EC (formulaire de collecte de données initiales des patients, outils de dépistage de l'EC, plan de soins informatisés avec des modèles préétablis) ou pour sensibiliser les personnes âgées et les proches sur la prévention de ce problème (dépliant d'information). Finalement, l'étudiante-chercheuse a repéré sur l'unité une affiche présentant des informations à l'intention des visiteurs quant aux heures de visite permises au chevet de leur proche.

## **Journal de bord**

Pour l'étude de cas, comme pour les autres méthodes qualitatives, le journal de bord du chercheur est primordial pour documenter diverses informations pendant

la collecte et l'analyse des données (Stake, 1995). Selon Valéau et Gardody (2016), il constitue un outil chronologique de réflexivité et d'autocontrôle « qui fournit au chercheur un lieu pour exprimer ses interrogations, ses prises de conscience, et consigner des informations qu'il juge importantes » (p. 80). Plusieurs types de notes ont été inscrites électroniquement tout au long du processus de recherche, soit des : 1) notes descriptives sur les événements, relations et conversations avec les participants; 2) notes axées sur la réflexion quant aux expériences et aux réflexions personnelles de l'étudiante-chercheuse; 3) notes théoriques quant aux tentatives d'interprétation des données; 4) notes méthodologiques quant aux indications et rappels pour de prochaines entrevues; et 5) notes personnelles quant aux sentiments de l'étudiante-chercheuse (Loiselle et al., 2007) (voir Annexe I).

En somme, plusieurs méthodes de collecte des données ont été utilisées de façon complémentaire, et ce, à travers un processus de recherche cyclique. La triangulation des sources de données a permis de recueillir des données diversifiées dans le but de mieux comprendre les perceptions des personnes âgées et des proches aidants quant au partenariat de soins pour la prévention de l'EC postopératoire. La prochaine section explique comment ces données ont été traitées.

### **Analyse des données**

Tous les types de données recueillies ont été analysés selon la méthode de Miles et al. (2014) qui regroupent les étapes d'analyse en trois catégories : 1) la condensation des données; 2) la représentation des similarités et des différences; et 3) la vérification des résultats. Ces différentes étapes ont été effectuées en utilisant les fonctionnalités du logiciel Excel (Meyer et Avery, 2008) et Word. Ils ont permis de regrouper et d'organiser les données. Le contenu des entrevues semi-structurées a été transcrit intégralement en verbatim dans des documents Word et a ensuite été classé dans des fichiers Excel associés à chaque dyade. Les données complémentaires provenant des conversations informelles et des artefacts physiques ont été regroupées dans des fichiers Excel différents. Quant au journal de bord, les notes ont été inscrites et gardées dans un document Word tout au long du processus

de recherche. Cette organisation des données a facilité la réalisation des étapes d'analyse décrites dans les paragraphes qui suivent.

### **Condensation des données**

Cette première étape a consisté à sélectionner et à simplifier les données recueillies. Des codes reflétant les propos des participants ont été utilisés pour extraire et catégoriser des segments similaires de données relatives aux questions de recherche. Les codes sont définis comme « des étiquettes qui donnent un sens symbolique aux informations descriptives ou inférentielles compilées au cours d'une étude » (Miles et al., 2014, p. 71). Le codage a été effectué de manière indépendante par l'étudiante-chercheuse et a ensuite été révisé par sa directrice de recherche. D'autres activités de condensation des données ont été effectuées tout au long de la collecte de données, telles qu'écrire des résumés descriptifs, générer des catégories et rédiger des mémos analytiques documentant le processus de réflexion de l'étudiante-chercheuse. À titre d'exemple, le Tableau 5 présente des extraits de verbatim provenant de la transcription d'une entrevue de l'étude. Lors du codage, des préfixes ont été placés devant les codes dans le but de faciliter la création de catégories pour les prochaines étapes d'analyse. De plus, des suffixes ont été placés à la suite du code pour y inscrire le numéro de la dyade (D) et le type de participant. Dans les extraits qui suivent, la lettre « P » identifie la personne âgée, alors que la lettre « F » identifie les proches aidants. Ensuite, le Tableau 6 présente des extraits de codage des artéfacts physiques et des conversations informelles. Des préfixes et des suffixes ont également été utilisés. Comme suffixe, la lettre « A » renvoie aux artéfacts physiques, puis la lettre « C » renvoie aux conversations informelles. Par la suite, tous les codes générés ont été regroupés dans une liste globale permettant de repérer facilement la nature de la méthode de collecte des données et les participants y étant rattachés. Cette liste a également permis de mieux visualiser si un même code se retrouvait dans la transcription d'entrevue de divers participants ou entre les méthodes de collecte des données (voir Tableau 7).

Tableau 5. *Extraits de codage d'une entrevue*

Ligne	Verbatim - Dyade 4	Préfixe - Code - Suffixe
124	I : Qu'est-ce que ça vous dit vous le mot partenariat ?	
125	<b>D4p</b> : Partenariat, c'est d'être ensemble, des personnes qui vont s'aider.	Partenariat - C'est un groupe de personnes qui s'entraident - D4p
126	<b>D4p</b> : Comment expliquer? Après une confusion totale, que ça peut revenir, ça peut être meilleur, je ne sais pas.	Partenariat - Pour mieux prévenir des récurrences d'ÉC - D4p
127	<b>D4f</b> : Est-ce que ça aurait aidé si ça avait été toujours la même infirmière qui était là ? Est-ce que ça aurait peut-être...	
128	<b>D4p</b> : Peut-être, peut-être, je ne sais pas.	
129	I : Puis, comment pensez-vous que ça aurait pu aider qu'il y ait une même infirmière ?	
130	<b>D4f</b> : Parce qu'au moins il y aurait eu quelque chose de familier à chaque fois qu'elle se réveillait. Parce que toutes les fois, elle regardait la nouvelle infirmière et elle disait <i>pourquoi il y a tous ces étrangers</i> ? Alors au moins, s'il y avait quelque chose de familier, continu, autre que moi ou ma sœur, peut-être que ça l'aurait aidée un peu et ça l'aurait calmée un peu plus [...]	Facilitant - Que la personne âgée ait la même infirmière pour se référer à une personne familière - D4f

Tableau 6. Extraits de codage des données complémentaires

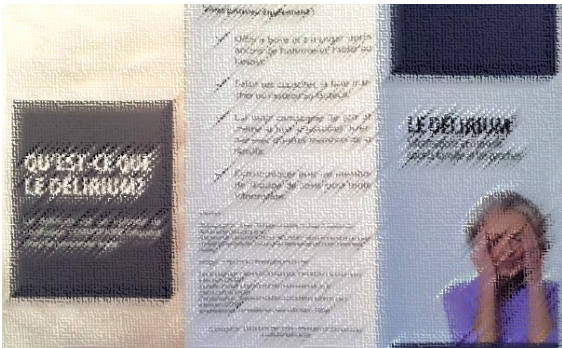
Artéfacts physiques	Préfixe - Code - Suffixe
<p data-bbox="201 354 1100 428"><b>Artéfact 7 : Dépliant sur le délirium - Informations et conseils pour la famille et les proches (photos du dépliant)</b></p>  <p data-bbox="201 813 1066 878">*L'image a été brouillée afin de préserver la confidentialité du document et du milieu</p>	<p data-bbox="1136 505 1818 579">Éducation-Dépliant sur le délirium (informations, conseils) à remettre aux proches-A7</p> <p data-bbox="1136 634 1919 742">Éducation-Dépliant sur le délirium aux proches : il est conseillé de communiquer avec un membre de l'équipe de soins pour toute information-A7</p>
Conversations informelles	Préfixe - Code - Suffixe
<p data-bbox="201 959 1041 1066"><b>C6 : Proche aidant d'une personne âgée (2<sup>e</sup> fils de D2p) (Discussion imprévue au corridor pendant que sa mère était à la toilette et attendait de l'aide)</b></p> <p data-bbox="201 1127 1115 1268">Il m'explique sa difficulté à identifier chaque professionnelle selon leur rôle (PAB, médecins ou infirmières). Il aimerait que chacune prenne le temps de se présenter, mais cela ne s'est pas produit depuis que sa mère est hospitalisée.</p> <p data-bbox="201 1308 1115 1378">Il m'explique que c'est très difficile de parler aux infirmières, car elles sont toujours très occupées.</p>	<p data-bbox="1136 1127 1860 1196">Infirmières - Apprécie lorsqu'une infirmière prend le temps de se présenter à eux - C6</p> <p data-bbox="1136 1308 1919 1378">Obstacle - Difficulté à parler aux infirmières, car charge de travail importante - C6</p>

Tableau 7. Extrait de la liste globale des codes

Liste globale des codes	D1p	D1f	D2p	D2f	D3p	D4p	D4f	Conversation informelle Personnes âgées	Conversation informelle Proches aidants
Engagement - Aurait aimé discuter avec une infirmière et son proche quant à un plan de soins pour prévenir un ÉC- D1p-D1f-D2f-D3p-D4p	X	X		X	X	X			
Infirmières-Apprécie lorsqu'une infirmière prend le temps de se présenter à eux-D3p-C6					X				X
Infirmières-Apprécie la douceur comme qualité chez une infirmière-D1p-D2p-D2f	X		X	X					
Obstacle-La charge de travail importante chez les soignants de l'unité de chirurgie-D1f-D2f-D4f-D4p		X		X		X	X		
Obstacle-Manque de disponibilité chez les proches aidants (famille, travail, etc.)- C9								X	
Partenariat - C'est travailler ensemble pour aider la personne âgée -D2f-D4f		X					X		

## Représentation des similarités et des différences

Cette deuxième étape consiste à organiser les données à l'aide de tableaux et de schémas. Cette étape facilite la visualisation des données semblables, divergentes ou contradictoires et l'élaboration préliminaire de sous-thèmes. Pour ce projet, les données sur les perceptions quant au partenariat ont été comparées entre la personne âgée et le proche aidant, puis analysées au sein d'une même dyade (intracas). Cette analyse a été reprise entre les dyades (intercas). La réalisation de ces deux étapes a permis de faire ressortir les similarités et les différences entre les dyades, ainsi que d'offrir une description plus riche et valide de chacune d'entre elles. À titre d'exemple, le Tableau 8 présente un court extrait d'une analyse intracas ayant permis de faire ressortir des données divergentes. Notamment, les données provenant de la transcription des entrevues ont été comparées avec celles provenant des conversations informelles, des artefacts physiques et du journal de bord.

Tableau 8. *Exemple d'un extrait d'analyse intracas*

### **Sous-thème préliminaire : Intérêt à s'engager dans un partenariat de soins**

#### **Perceptions divergentes au sein de la dyade**

Personne âgée : Partenariat - N'est pas intéressée à discuter avec une infirmière concernant un plan de soins - D2p

**Vs** Proche aidant : Engagement - Croit que son proche âgé aimerait être présente lors d'une discussion avec une infirmière pour connaître les interventions de prévention à faire - D2f

## Vérification des résultats

Cette troisième étape consiste à explorer les diverses représentations afin d'en faire ressortir des thèmes et des sous-thèmes. Cette étape s'est réalisée de façon itérative tout au long de l'analyse afin d'offrir une vision globale du phénomène représentant avec justesse les perceptions des participants. Les thèmes élaborés à partir des codes dans les étapes précédentes ont été revus et raffinés à travers un processus réflexif continu. Certains ont été regroupés, séparés, créés et même éliminés. Finalement, l'ensemble des codes ont été combinés pour former des thèmes plus abstraits dans lesquels on y retrouvait des *patterns* éloquents. Afin



d'appuyer les interprétations, des extraits de verbatims ont été insérés dans les thèmes et les sous-thèmes. L'ensemble de ce processus a été révisé par la directrice de recherche afin d'arriver à un consensus. Le Tableau 9 présente un extrait de cette représentation thématique.

Tableau 9. Exemple de l'étape de la représentation thématique

<b>Thème général : L'infirmière doit créer précocement un contexte favorable au partenariat par des interactions répétées et humanistes</b>
<b>Sous-thème : Prendre l'initiative et le temps d'échanger de l'information</b>
<p><b>Exemples de codes associés :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Infirmières-Aimerait que les infirmières créent une plateforme d'échanges dans un partenariat-D1f</li> </ul> <p style="padding-left: 40px;"><i>Dans le fond, peut-être juste d'ouvrir la discussion, pis de faire des propositions de sujets, déjà là c'est comme une plateforme pour qu'il y ait beaucoup plus d'échanges qui se fassent, qu'on sait c'est quoi les besoins, pis que le monde soit conscients de... (D1f, ligne 338)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Infirmières-Prendre l'initiative de bien leur expliquer les complications possibles à l'hôpital et quoi faire pour les prévenir-D4f             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Infirmières-Avant la chirurgie, aurait aimé être informée que l'EC est une complication postopératoire possible-D2f</li> </ul> </li> </ul>
<b>Sous-thème : Avoir une approche humaniste pour maintenir un partenariat</b>
<p><b>Exemples de codes associés :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Infirmières-Apprécie les soignants qui ont une approche de soins humaniste-D3p             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Infirmières-Apprécie la douceur comme qualité chez une infirmière-D1p-D2p-D2f</li> <li><b>Vs</b> Infirmières - N'apprécie pas lorsqu'une infirmière est brusque en prodiguant un soin-D3p</li> </ul> </li> </ul> <p style="padding-left: 40px;"><i>Je trouve que les gens sont gentils, sont doux avec nous. Mais en bas, je ne sais pas, un moment donné, il me dit : je t'ai dit que je vais te changer tout à l'heure - (pause). C'est un petit peu rude. » (D1p, 121-123).</i></p>

Finalement, les thèmes et les sous-thèmes provenant des résultats de l'analyse ont été confrontés aux écrits empiriques et à des modèles théoriques, tels

que le modèle multidimensionnel d'engagement des patients et des familles dans les soins de santé de Carman et al. (2013) et le modèle d'engagement des partenaires de soins de Hill et al. (2014). Cette étape a permis de situer les thèmes dans le contexte des connaissances existantes (Miles et al., 2014). Par exemple, les perceptions des personnes âgées et des proches ont été comparées à la définition du partenariat selon Carman et al. (2013). Elles ont également été situées quant aux facteurs individuels et contextuels pouvant influencer leur engagement dans un partenariat de soins pour la prévention d'un EC, de même que par rapport aux étapes du processus pour opérationnaliser un tel partenariat (Hill et al., 2014).

### **Critères de rigueur scientifique**

Miles et Huberman (2003) ont décrit plusieurs critères de scientificité, dont la confirmabilité, la fiabilité, la validité interne et la validité externe. Ils servent à établir la véracité des résultats et la qualité des conclusions d'une étude qualitative. Puisque ces critères dépendent du cadre épistémologique de la recherche (Gavard-Perret, Gotteland, Haon et Jolibert, 2012), l'étudiante-chercheuse s'est appuyée sur ces quatre critères tout en les ajustant afin d'être cohérent avec sa position philosophique constructiviste.

Le premier critère est la *confirmabilité* qui renvoie à la congruence entre les résultats obtenus et la signification réelle donnée par les participants de l'étude (Loiselle et al., 2007). Pour respecter ce critère, plusieurs moyens ont été utilisés pour documenter les données recueillies (journal de bord, notes de terrain, mémos analytiques, grille d'évaluation des artefacts physiques, enregistrement audio). Puis les résultats ont été appuyés à l'aide de plusieurs extraits de données pertinentes (verbatim, conversations informelles, artefacts physiques). Enfin, les données brutes et analytiques ont été vérifiées par la directrice de recherche. Ces stratégies ont permis d'appuyer l'analyse et l'interprétation des données afin d'augmenter la confirmabilité des résultats obtenus.

Le deuxième critère est la *fiabilité* qui renvoie à la cohérence et à la stabilité du processus de l'étude au fil du temps et selon les conditions (Miles et Huberman,

2003). Dans le paradigme constructiviste, ce critère consiste à rendre explicite chez le chercheur l'ensemble de son cheminement cognitif du début de la recherche jusqu'à la présentation des résultats. Plus précisément, il doit faire preuve de transparence en rendant accessible l'ensemble des opérations intellectuelles qui ont permis de produire et de traiter les données, avec une attention particulière au codage (Gavard-Perret et al., 2012). L'étudiante-chercheuse s'est donc assurée de bien organiser et préserver dans des dossiers électroniques les documents qui ont servi à l'analyse des données. L'utilisation du journal de bord a permis, entre autres, de retracer ses réflexions, ainsi qu'à donner une cohérence aux données recueillies, aux interprétations et aux conclusions (Valéau et Gardody, 2016). De plus, les liens établis entre les modèles conceptuels guidant l'étude (Carman et al., 2013; Hill et al., 2014) et les données de la recherche sont explicites.

Ensuite, le troisième critère est la *validité interne* qui implique que le chercheur présente un portrait authentique de ce qui a été étudié à partir de résultats crédibles (Miles et Huberman, 2003). Dans ce projet, la triangulation des sources de données complémentaires est considérée comme une stratégie pour atteindre ce critère et arriver à des conclusions convergentes. Le quatrième critère est la *validité externe* (ou *transférabilité*) qui indique si les conclusions de l'étude ont une signification plus large pouvant s'appliquer à d'autres contextes (Miles et Huberman, 2003). Dans le paradigme constructiviste, la généralisation de connaissances n'est pas l'objectif. Toutefois, il est attendu du chercheur d'offrir une description étoffée des résultats et de leur contexte de production afin de faciliter leur interprétation et leur éventuelle mobilisation par d'autres utilisateurs des résultats dans des contextes similaires (Gavard-Perret et al., 2012). Ainsi, l'étudiante-chercheuse a pris soin de bien décrire les caractéristiques de chaque cas, le contexte de l'unité chirurgie et la nature des résultats. En plus, selon le modèle conceptuel de Hill et al. (2014), plusieurs facteurs individuels et contextuels peuvent faciliter ou entraver l'engagement des personnes âgées et des proches aidants dans un partenariat de soins. Les questionnaires sociodémographiques, la grille d'évaluation des artéfacts physiques et le journal de bord ont permis de documenter les caractéristiques des participants et leur contexte.

## **Considérations éthiques**

L'étude a été évaluée et approuvée le 14 juillet 2017 par un comité d'approbation scientifique composé de trois professeures de la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal. Elle a également obtenu l'approbation du Comité d'éthique du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) du milieu de l'étude affilié à l'Université de Montréal.

Pendant toute la durée de l'étude, la dignité humaine des participants a été respectée, autant auprès des personnes âgées hospitalisées, des proches aidants, que des autres personnes pouvant fournir des données informelles. Le respect de la dignité humaine s'exprime par trois principes directeurs complémentaires et interdépendants: le respect des personnes, la préoccupation pour le bien-être et la justice (Conseil de recherches en sciences humaines du Canada, Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie du Canada et Instituts de recherche en santé du Canada, 2014).

### **Respect des personnes**

Pour respecter ce principe, la participation volontaire des participants a été obtenue en fournissant des informations complètes concernant le projet de recherche et en leur laissant le droit de poser des questions, de refuser de participer à l'étude et de s'en retirer en tout temps. Afin que les personnes âgées et les proches aidants prennent une décision libre et éclairée sur leur éventuelle participation à l'étude, un formulaire d'information et de consentement a été lu et signé (voir Annexe J).

### **Préoccupation pour le bien-être**

La vie privée des participants et le contrôle de l'information à leur sujet sont considérés comme des facteurs liés au bien-être (Conseil de recherches en sciences humaines du Canada et al., 2014). Ainsi, toutes les données permettant d'identifier les participants de l'étude ont été conservées sous clé dans un dossier de recherche et leurs noms ont été remplacés par un numéro d'identification. Tous les renseignements personnels des participants seront conservés pendant cinq ans

après la fin du projet par l'étudiante-chercheuse et seront détruits par la suite. Pour les entrevues, les personnes âgées et les proches aidants étaient rencontrés dans une salle fermée afin de préserver la confidentialité des informations partagées.

Certes, le principal enjeu éthique de l'étude concernait le respect des personnes vulnérables, puisque les personnes âgées hospitalisées pouvaient vivre une diminution de leur autonomie en raison de divers facteurs physiques et psychologiques (Liamputtong, 2011; Morse, 2011). En plus, à la suite d'une chirurgie et d'un EC, les personnes âgées et leurs proches aidants pouvaient présenter des signes d'épuisement ou de détresse. Il était également possible qu'ils ressentent de la gêne, du stress ou de la fatigue reliés à l'entrevue individuelle. Ainsi, l'étudiante-chercheuse s'est préoccupée des inconforts physiques et psychologiques des participants et s'est ajustée en conséquence. Par exemple, il est arrivé à quelques reprises que l'entrevue prévue avec une personne âgée soit déplacée à une autre journée, puisqu'en arrivant à son chevet, elle accusait de la douleur à sa hanche opérée ou de la fatigue. L'étudiante-chercheuse s'est donc assurée de réaliser l'entrevue lorsque la personne âgée se sentait à l'aise de le faire. Elle s'est également assurée de la résolution de l'EC chez les personnes âgées tout au long de leur entrevue. Après des personnes âgées plus fragiles cognitivement, des précautions additionnelles ont été prises pour s'assurer du bien-être et de leur capacité à consentir tout au long de l'étude. Par exemple, l'étudiante-chercheuse discutait davantage avec la personne âgée, son proche aidant et les soignants de l'unité pour évaluer sa capacité cognitive avant de réaliser l'entrevue. Une attention particulière a aussi été accordée au lieu de l'entrevue, afin de diminuer les stimuli.

## **Justice**

Cette recherche a offert la possibilité à des personnes âgées plus fragiles sur le plan cognitif de participer à une étude afin qu'elles puissent partager leurs perceptions quant au phénomène. À cause des défis que leur participation peut impliquer, cette population vulnérable est souvent exclue des projets de recherche qui les touchent (Liamputtong, 2011). De plus, afin de ne pas exclure les personnes

âgées sans famille, les critères de sélection incluait les proches aidants qui fournissaient normalement le soutien physique et affectif à la personne âgée, et ce, même s'ils n'avaient pas de lien de sang (par exemple, un ami proche).

Pour conclure, plusieurs stratégies de recrutement et différentes méthodes de collecte de données ont été utilisées afin de mettre en œuvre de façon rigoureuse l'étude de cas multiples et de mieux comprendre le phénomène du partenariat de soins. Puis, plusieurs moyens ont été utilisés pour s'assurer de la scientificité des résultats obtenus et du respect de la dignité humaine des personnes âgées et des proches aidants tout au long de l'étude.

## **Chapitre 4 : Résultats**

Ce chapitre présente les résultats de l'étude de cas multiples ayant pour but d'explorer les perceptions de personnes âgées et de proches aidants quant au partenariat de soins avec les infirmières pour la prévention de l'EC postopératoire. La première section décrit le contexte hospitalier des participants et présente brièvement les informateurs généraux du milieu. Afin de dresser un portrait des participants<sup>3</sup>, la deuxième section comprend les caractéristiques de l'échantillon pour les personnes âgées et les proches aidants, ainsi que par dyade. La troisième section offre une description de chacune de ces dyades. Puis, la quatrième section expose les thèmes ayant émergé de l'analyse des données et répondant au but de l'étude et aux questions de recherche.

### **Présentation générale du contexte de l'unité de chirurgie**

Cette section décrit certains aspects du contexte de l'unité de chirurgie (par exemple, l'atmosphère sur l'unité, les soins et les services offerts). Les données qui ont guidé cette description proviennent principalement de conversations informelles avec des informateurs généraux, de l'évaluation d'artéfacts physiques et de notes de terrain documentés dans le journal de bord de l'étudiante-chercheuse.

### **Présentation des informateurs généraux**

Lors de conversations informelles auprès d'informateurs généraux, des informations ont été recueillies afin de mieux comprendre le contexte de l'unité et d'enrichir les connaissances acquises auprès des dyades. Ces informateurs généraux étaient les suivants : l'infirmière-chef de l'unité, l'infirmière gestionnaire de cas de l'unité, le conseiller en soins infirmiers pour le secteur de la chirurgie, une assistante infirmière-chef, trois proches aidants et deux personnes âgées.

---

<sup>3</sup> Étant donné la prédominance du genre féminin pour les personnes âgées de l'échantillon, le féminin sera utilisé pour les désigner. Puis, étant donné la prédominance du genre masculin pour les proches aidants de l'échantillon, le masculin sera utilisé pour les désigner.



## **Présentation de l'unité de chirurgie**

**Atmosphère sur l'unité.** En entrant sur l'unité, une atmosphère chargée en travail pour tous les soignants (infirmières, infirmières auxiliaires et préposés aux bénéficiaires [PAB]) se fait ressentir, tant durant le quart de travail de jour que celui de soir. Il est difficile de discuter avec les infirmières, car elles effectuent des va-et-vient continuels entre le poste de travail, les chambres des patients et la pharmacie de l'unité. Par moment, elles laissent tomber ce qu'elles effectuaient pour accueillir des patients revenant directement de la salle d'opération ou, par exemple, pour soulager un patient qui exprime de la douleur. En tout temps, les cloches d'appels se font entendre sur l'unité et les lumières clignotent au-dessous de la porte de chambre de plusieurs patients; les PAB se promènent d'une chambre à l'autre pour tenter d'y répondre. Bien souvent, des proches de patients attendent au poste des infirmières afin de poser des questions à l'agente administrative qui les dirige selon leurs besoins. D'autres proches sont présents au chevet des patients; certains sont simplement assis près d'eux pour discuter et d'autres les aident à effectuer des activités de la vie quotidienne (AVQ). Des membres de l'équipe multidisciplinaire sont également présents dans certaines chambres pour effectuer des consultations.

**Soins et services offerts.** Sur l'unité, de nombreux services spécialisés y sont offerts, dont la chirurgie orthopédique, générale, gynécologique, oto-rhino laryngologique (ORL) et plastique. Des patients âgés de 18 ans et plus y sont accueillis, mais une grande proportion des lits est occupée par des personnes âgées de 65 ans et plus. La durée d'hospitalisation moyenne est de cinq jours, mais peut grandement varier selon la situation de santé de chaque patient, de la procédure chirurgicale réalisée et du rétablissement en période postopératoire. Notamment, un programme de récupération rapide après chirurgie (*Fast-Track*) est mis en pratique sur l'unité pour diminuer les durées d'hospitalisation à 24 heures lorsque l'état de santé du patient le permet. Les services d'une équipe interprofessionnelle sont aussi offerts pour répondre aux besoins spécifiques de chaque patient en vue de leur convalescence.

Selon l'infirmière-chef, l'équipe de soins est organisée en dyades incluant une infirmière et une infirmière auxiliaire pour 10 à 15 patients selon le quart de travail ou six patients pour une infirmière en soins intégraux. Ces dernières ont habituellement la même section de patients pendant deux semaines afin de favoriser une continuité des soins. Pour les patients de leur section, chaque infirmière génère un plan de travail et un plan de soins infirmiers (PTI) à partir d'un logiciel informatique. On y retrouve des suivis systématiques informatisés pour les prothèses totales de la hanche (PTH), les prothèses totales du genou (PTG) et les fractures de la hanche. Notamment, selon l'infirmière gestionnaire de cas, un document de cueillette de données et d'évaluation initiale doit être complété au dossier des patients par le service de réadaptation et est souvent utilisé par les infirmières pour connaître l'histoire de santé des patients. Il permet également aux infirmières d'obtenir les coordonnées du proche aidant principal.

Pour les proches aidants, les visites sont autorisées tous les jours de 9 h à 21 h et cet horaire doit être respecté rigoureusement selon l'infirmière-chef. Par ailleurs, cette dernière mentionne qu'il y a sur l'unité une petite salle familiale pour les proches, mais que celle-ci n'est pas aménagée d'une façon optimale, puisqu'elle sert également de rangement pour les civières et les appareils à signes vitaux en surplus.

**Programmes et formations sur les soins aux personnes âgées.** Selon le conseiller en soins infirmiers pour le secteur de la chirurgie, l'approche adaptée à la personne âgée (AAPA) en milieu hospitalier a été implantée sur toutes les unités de l'hôpital en 2015, accompagné d'une formation aux infirmières. Depuis cette dernière, des outils sont disponibles sur l'unité de chirurgie pour aider les infirmières à prodiguer des soins adaptés aux personnes âgées et à prévenir deux grands syndromes, soit l'EC et le syndrome d'immobilisation. On y retrouve un cartable aide-mémoire AAPA avec l'outil des signes vitaux gériatriques qui porte l'acronyme AÎNÉES (**A**utonomie et mobilité / **I**ntégrité de la peau / **N**utrition et hydratation / **É**limination / **É**tat cognitif et comportement / **S**ommeil). De plus, une grille AÎNÉES, sous la forme d'un pictogramme, a été conçue afin d'être installée au chevet des personnes âgées. Toutefois, l'étudiante-chercheuse n'a pas repéré ces

pictogrammes dans les chambres des personnes âgées de l'étude. Ensuite, à l'embauche des infirmières, une formation est prévue avec un atelier AAPA. Une vignette clinique est présentée avec une personne âgée fragile qui développe, entre autres, un EC. Les exercices pratiques de cet atelier abordent l'identification des facteurs prédisposants et précipitants à l'EC, le dépistage des signes cliniques de l'EC, les interventions multifactorielles pour la prévention et la gestion de ce problème, ainsi que l'implication des proches dans ces interventions.

**La prévention de l'état confusionnel postopératoire sur l'unité.** Selon l'infirmière gestionnaire de cas, l'incidence de l'EC postopératoire sur l'unité est particulièrement élevée chez les personnes âgées qui subissent une chirurgie orthopédique, comme à la suite d'une fracture à la hanche accidentelle. Bien souvent, les EC sur l'unité persistent plusieurs jours et sont combinés à des troubles neurocognitifs préexistants chez les personnes âgées avant la chirurgie. Des informateurs généraux ont affirmé qu'il existait un manque de connaissances chez les infirmières de l'unité sur la prévention et la gestion de l'EC postopératoire chez les personnes âgées. Selon elles, les infirmières de l'unité auraient besoin davantage de formation sur ce problème au même titre que pour les autres problèmes gériatriques, tels que les chutes et les plaies de pression. Pour le dépistage de l'EC, les infirmières sont encouragées à utiliser le *Confusion Assessment Method* (CAM). Pour la prévention de l'EC, une liste d'interventions est disponible pour les infirmières sur leur logiciel informatique afin de les intégrer à leur plan de travail et aux PTI. Par ailleurs, le conseiller en soins infirmiers a conçu un dépliant d'informations et de conseils sur l'EC s'adressant aux proches. D'une façon vulgarisée, il comprend une définition de ce problème, les manifestations cliniques, les causes possibles et les interventions de prévention non pharmacologiques auxquelles les proches peuvent participer. Cependant, ses dépliants ne sont pas remis d'une façon systématique aux proches des patients à risque de développer un EC.

**Les approches de soins de l'hôpital.** Dans les documents de formation obtenus, les approches de soins prônées par l'hôpital sont présentées afin de guider les évaluations et les interventions des infirmières. D'une part, le milieu encourage

l'utilisation de la démarche de soins humanistes-*caring* de la Faculté des sciences infirmières de l'UdeM. Plus précisément, l'organisation souhaite que les infirmières agissent avec humaniste à travers toutes les étapes de leur démarche de soins pour mieux accompagner les patients et les proches dans leur expérience de santé. D'une autre part, l'organisation du milieu encourage l'approche du partenariat de soins et de services du RUIS de l'UdeM, en mettant l'accent sur la communication d'informations entre eux et avec le patient et les proches. Toutefois, lors d'une conversation informelle avec une gestionnaire, celle-ci mentionne ne pas être familière avec les approches de soins souhaitées par l'hôpital. Elle dit qu'à sa façon, elle encourage les infirmières à adopter une approche de soins centrée sur le patient et la famille afin de répondre correctement à leurs besoins. Selon ses propos, la charge de travail importante et le manque de temps des infirmières sont des obstacles importants à l'approche du partenariat de soins avec les personnes âgées et les proches aidants.

En somme, selon les documents recueillis et les conversations informelles avec les informateurs généraux, l'organisation du milieu souhaite que les infirmières de l'unité adoptent une approche adaptée à la personne âgée pour prévenir des problèmes fréquents comme l'EC. L'organisation souhaite aussi que les infirmières travaillent en partenariat avec les patients et les proches à travers leur démarche de soins. Toutefois, même si ces approches sont souhaitées par l'organisation, elles ne semblent pas appliquées d'une façon systématique sur l'unité de chirurgie en raison de la charge de travail importante des infirmières. Certes, ce contexte de travail sur l'unité de chirurgie peut avoir une influence sur les perceptions des personnes âgées et des proches aidants qui seront présentées plus tard dans ce chapitre.

### **Caractéristiques des participants**

L'échantillon a été composé de quatre dyades qui comprenaient chacune une personne âgée ( $n = 4$ ) et un proche aidant ( $n = 3$ ). Malgré la volonté de l'étudiante-chercheuse à recruter des participants avec des caractéristiques diversifiées, ces dernières sont plutôt homogènes. Puis, comme mentionné dans le chapitre

précédent, l'une des dyades est incomplète, puisque le proche aidant a dû se retirer de l'étude pour des raisons personnelles et médicales.

**Les personnes âgées.** Le tableau 10 présente un résumé des caractéristiques sociodémographiques et descriptives des personnes âgées. Elles étaient toutes des femmes âgées de 80 à 88 ans (moyenne = 82,8 ans) ayant subi une chirurgie orthopédique à la hanche ou au fémur à la suite d'une chute accidentelle. La majorité des personnes âgées étaient veuves et avaient un niveau de scolarité équivalent à des études secondaires. La qualité de leur relation avec leur proche aidant était perçue comme excellente ou très bonne. Une des personnes âgées avait un début de trouble cognitif léger et une autre de l'aphasie reliée à un accident vasculaire cérébral (AVC), ce qui ne les empêchait pas de répondre aux critères d'inclusion de l'échantillon. Notamment, aucune personne âgée ne savait que l'EC était une complication postopératoire possible avant de l'avoir vécue.

**Les proches aidants.** Le tableau 11 présente un résumé des caractéristiques sociodémographiques et descriptives des proches aidants. Ils étaient âgés de 47 à 65 ans (moyenne = 54,7). Ils étaient en majorité des hommes et avaient un niveau de scolarité équivalent à des études universitaires. Tous des enfants de la personne âgée, ils percevaient la qualité de leur relation d'excellente ou de très bonne. La majorité des proches visitaient la personne âgée chaque jour sur l'unité, avec un temps de visite qui variait entre quelques heures à toute la journée, incluant la nuit. Deux proches savaient que l'EC était une complication postopératoire possible chez les personnes âgées, mais avaient des connaissances limitées à ce sujet.

**Les dyades.** Le tableau 12 regroupe certaines caractéristiques sociodémographiques et descriptives par dyade, afin d'offrir un portrait plus précis. Afin de respecter la confidentialité des participants, des noms fictifs leur ont été attribués et seront réutilisés dans la prochaine section servant à décrire chaque dyade.

Tableau 10. *Caractéristiques sociodémographiques et descriptives des personnes âgées*

<b>Caractéristiques</b>	<b>n = 4</b>
Âge moyen ( $\pm$ écart type)	82,8 ans ( $\pm$ 3,6)
<b>Genre</b>	
- Femme	4
<b>État civil</b>	
- Veuve	3
- Mariée	1
<b>Scolarité</b>	
- Primaire	1
- Secondaire	3
<b>Lien avec son proche aidant</b>	
- Mère	3
- Conjointe	1
<b>Qualité de la relation</b>	
- Excellente	3
- Très bonne	1
<b>Type de chirurgie</b>	
- Orthopédique	4
<b>Problèmes de santé connus avant la chirurgie</b> <i>(plus d'un problème possible par personne âgée)</i>	
- Diabète	1
- Problèmes cardiaques	2
- Apnée du sommeil	1
- Trouble cognitif léger	1
- Déficit auditif d'une oreille	1
- Ostéoporose	1
- AVC	1
<b>Problèmes de santé développés à l'hôpital</b>	
- Ostéoporose	1
<b>Connaissances de l'EC avant son apparition</b>	
- Non	4

Tableau 11. *Caractéristiques sociodémographiques et descriptives des proches*

Caractéristiques	n = 3
Âge moyen ( $\pm$ écart type)	54,7 ans ( $\pm$ 9,3)
<b>Genre</b>	
- Femme	1
- Homme	2
<b>État civil</b>	
- Marié	2
- Célibataire	1
<b>Scolarité</b>	
- Secondaire	1
- Universitaire	2
<b>Lien avec son proche âgé</b>	
- Fils/fille	3
<b>Qualité de la relation</b>	
- Excellente	2
- Très bonne	1
<b>Fréquence des visites</b>	
- À chaque jour	2
- À tous les deux jours	1
<b>Temps des visites</b>	
- 1 à 3 heures	1
- Toute la journée (excluant la nuit)	1
- Toute la journée (incluant la nuit)	1
<b>Connaissances de l'EC avant son apparition</b>	
- Non	1
- Oui (comment ?)	
Expérience déjà vécue	1
Professionnel de la santé	1

Tableau 12. *Caractéristiques sociodémographiques et descriptives par dyade*

Dyade	Personnes âgées			Proches aidants		
	<i>Nom fictif</i>	<i>Âge (ans)</i>	<i>Qualité de la relation avec son proche</i>	<i>Lien avec la personne âgée</i>	<i>Âge (ans)</i>	<i>Fréquence et temps des visites</i>
1	Mme Asselin	88	Excellente	Fils	65	Tous les jours 1 à 3 heures
2	Mme Galluci	80	Très bonne	Fils	52	Aux deux jours Toute la journée (excluant la nuit)
3*	Mme Bussière	81	Excellente	[Conjoint]**	[89]	[Tous les jours]
4	Mme Rosa	82	Excellente	Fille	47	Tous les jours Toute la journée (incluant la nuit)

\*Dyade incomplète dont le proche aidant s'est retiré de l'étude  
 [...]\*\* = données fournies par la personne âgée et non le proche aidant



## **Portrait de chaque dyade**

Afin de mieux comprendre l'expérience des personnes âgées et des proches aidants avec l'EC postopératoire, les dyades seront maintenant présentées. Ces données descriptives ont été recueillies lors des rencontres avec les participants à partir du questionnaire sociodémographique et des entretiens semi-structurés. Une analyse intradyade a également permis de faire ressortir certaines particularités.

### **Dyade 1 : Madame Asselin et son fils**

Madame Asselin est une personne âgée qui s'est fait opérer à la hanche à la suite d'une chute accidentelle. Le soir suivant sa chirurgie, elle a développé un EC postopératoire qui a duré quelques jours et dont l'évolution a été fluctuante. Une fois résolu, je la rencontre à sa chambre d'hôpital alors qu'elle est en attente d'un transfert dans un centre de réadaptation. Dès mon premier contact avec Madame Asselin, elle démontre de l'intérêt à discuter de son expérience avec l'EC d'une façon sympathique et chaleureuse. Elle prend également plaisir à me raconter des souvenirs de son passé qui ne sont pas en lien avec le sujet de recherche, mais elle semble très heureuse qu'une infirmière prenne le temps de l'écouter. En raison d'un trouble neurocognitif léger, elle a parfois de la difficulté à se rappeler des événements plus récents et éprouve à quelques moments de la difficulté à trouver ses mots et organiser ses idées. Tout de même, elle garde un souvenir très marquant de ses épisodes d'EC qui semblent susciter une grande souffrance émotionnelle chez elle. Lorsque je lui demande comment s'était déroulé l'EC après sa chirurgie, elle devient très émotive et se met à pleurer. Elle a eu le sentiment d'être « devenue folle » et s'inquiète beaucoup pour ses pertes de mémoire plus marquées. Elle se souvient également d'avoir eu des hallucinations visuelles qui impliquaient son fils en danger, ainsi qu'une difficulté à interagir avec les autres à l'hôpital. Après m'avoir partagé ces souvenirs marquants, la détresse de Madame Asselin passe en ma présence. Sans hésitation, elle souhaite poursuivre l'entretien.

En ce qui concerne le partenariat de soins, Madame Asselin se l'imagine comme un groupe de personnes qui s'entraident pour assurer la sécurité d'une

personne dans le besoin. Elle trouve que c'est une bonne façon de l'aider à réaliser les interventions de prévention non pharmacologiques à l'hôpital qu'elle considère importantes. Toutefois, elle démontre de l'ambivalence à s'engager dans un tel partenariat, puisqu'elle doute de sa capacité physique et cognitive à le faire, et même de la volonté en générale des personnes âgées à s'impliquer dans les soins. Elle s'inquiète aussi pour son fils qui, selon elle, en fait déjà beaucoup pour l'aider et la soutenir au quotidien. Elle souhaite qu'il se repose davantage.

Le fils de Madame Asselin est à la retraite, ce qui lui permet de visiter sa mère quotidiennement à l'hôpital pendant quelques heures. Il démontre une grande ouverture à communiquer ses perceptions, puisqu'il souhaite fermement trouver des solutions afin de mieux prévenir et gérer des récurrences d'EC chez sa mère. Ce n'est pas la première fois qu'il vit une telle expérience, car Madame Asselin a aussi développé un EC lors d'une hospitalisation antérieure aux soins intensifs. Il a été témoin, entre autres, d'hallucinations visuelles, d'un délire de persécution et de l'agitation physique chez sa mère (par exemple, tenter d'arracher sa sonde urinaire), ce qui a amené l'application de contentions physiques. Cela a été difficile pour lui de voir sa mère dans cet état et de se retrouver dans une position d'avoir à la réprimander et à la recadrer. Il a perçu aussi beaucoup de honte et de souffrance chez sa mère, puisque pour elle les problèmes cognitifs ont toujours été un sujet très tabou, ce pour quoi elle s'inquiète grandement d'être devenue folle.

Le fils de Madame Asselin affirme qu'il aurait été ouvert à s'engager dans un partenariat de soins pour la prévention de l'EC. Cette approche représente pour lui une sorte de collaboration dans les soins et une occasion d'échanger de l'information avec les infirmières afin de mieux comprendre la situation de santé de sa mère et de savoir comment s'impliquer dans les soins. Il a un grand désir d'en apprendre davantage sur l'EC. Par ailleurs, il effectue déjà des interventions de prévention non pharmacologiques auprès de sa mère sans savoir qu'elles peuvent contribuer à prévenir un EC. Par exemple, il prend le temps de s'asseoir avec elle pour discuter, il lui apporte le journal pour lire, il l'aide à manger ses repas lorsqu'elle a de la difficulté et il l'encourage à s'hydrater.

## **Dyade 2 : Madame Galluci et son fils**

Madame Galluci est une personne âgée qui est autonome pour la réalisation de ses AVQ et qui n'a aucun problème de santé connu, à l'exception d'un léger déficit auditif. Elle demeure chez l'un de ses fils où elle a chuté par accident et s'est fracturé la hanche. Le lendemain de sa chirurgie, elle a développé un EC qui a duré quelques heures et dont elle n'a aucun souvenir. Il est difficile de trouver un moment pour rencontrer Madame Galluci. Lorsque j'arrive à sa chambre, elle est souvent couchée au lit et ne désire pas se lever, car elle se dit fatiguée et accuse de la douleur à sa hanche. Elle n'est pas très bavarde, mais elle accepte quand même tout de suite de participer à l'étude. Après plusieurs tentatives et avec les encouragements d'un ergothérapeute, elle accepte de se déplacer en fauteuil roulant vers une salle privée pour réaliser l'entretien. Pendant notre discussion, ses réponses sont plutôt fermées, elle a le regard fuyant et elle soupire à quelques reprises. Elle demande de mettre fin à l'entretien après une trentaine de minutes, ce que je respecte. Madame Galluci n'est pas intéressée par l'approche du partenariat de soins. Elle affirme à plusieurs reprises qu'elle préfère que chacun s'occupe de ses affaires, tant à l'hôpital qu'à son domicile. Elle désire seulement d'interagir avec les infirmières dans le but de recevoir ses soins usuels (par exemple, changement de son pansement, soulagement de la douleur et soins d'hygiène). Elle n'a pas non plus le désir que son fils travaille en partenariat avec les infirmières. Ce qui lui semble surtout essentiel, c'est la présence et le soutien affectif des membres de sa famille pendant son hospitalisation.

À l'opposé, son fils aimerait beaucoup être impliqué dans un partenariat avec les infirmières pour la prévention de l'EC. À l'hôpital, il visite Madame Galluci à tous les deux jours en alternance avec son frère et il dit avoir une excellente relation avec elle. Volubile et expressif, il est très enthousiaste de pouvoir discuter avec une infirmière, puisqu'il n'a jamais eu la chance de discuter autant avec un professionnel pendant l'hospitalisation de sa mère. C'est pour lui une grande source de déception qui a laissé en suspens plusieurs questionnements et inquiétudes à propos de la confusion de sa mère après la chirurgie et de son processus de rétablissement. L'épisode d'EC chez sa mère a été un choc pour lui, puisqu'il ne l'avait jamais vu

dans cet état. C'était une nouvelle expérience très inattendue qui s'est surtout manifestée par une désorientation dans les trois sphères (temps-lieu-personne). Avec un grand sentiment d'incompréhension, il pensait que cette confusion allait être permanente chez sa mère, que c'était le début d'un trouble neurocognitif majeur et qu'il allait devoir la transférer dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD). Par chance, aucune de ces inquiétudes ne s'est réalisée et il en est bien soulagé.

Pour le fils de Madame Galluci, le partenariat signifie de travailler ensemble pour aider la personne âgée dans son rétablissement postopératoire. Il aurait grandement souhaité que ce partenariat soit amorcé avant la chirurgie pour savoir à quoi s'attendre en période postopératoire et diminuer ses inquiétudes. Il aurait voulu, entre autres, expliquer aux infirmières comment s'y prendre avec sa mère. Selon lui, elle a besoin d'être stimulée et encouragée par les infirmières pour s'impliquer davantage dans les interventions de prévention. Notamment, il souhaite que sa mère soit présente lors d'une discussion avec les infirmières, afin de l'exposer aux interventions à faire et lui donner la volonté de participer aux soins. Il pense que Madame Galluci serait ouverte à l'approche du partenariat de soins, même si ce n'est pas le cas selon ce qu'elle nous a exprimé lors de notre entretien.

### **Dyade 3 : Madame Bussière et son conjoint**

Au moment où je rencontre Madame Bussière, elle est bien heureuse d'avoir été transférée dans un centre de réadaptation. Cela faisait environ une semaine qu'elle avait reçu son congé de l'hôpital pour la reprise d'une chirurgie au fémur. Elle manifeste beaucoup d'enthousiasme à l'égard de sa nouvelle chambre individuelle, de la propreté de l'établissement, de la qualité de la nourriture offerte et du temps significatif que les soignants peuvent maintenant lui accorder. Malheureusement, Madame Bussière garde des souvenirs plutôt négatifs de son expérience à l'hôpital. Je ressens rapidement qu'elle a plusieurs sources de frustration à partager. D'une façon calme et articulée, elle m'explique s'être sentie comme un numéro et avoir surtout manqué d'une approche humaine de la part des soignants qui étaient toujours

très occupés. C'est important pour elle que les infirmières soient attentives et réceptives à ces besoins tant sur le plan physique que psychologique.

Dès le retour de la salle d'opération à l'hôpital, Madame Bussière a développé un EC qui a duré environ deux jours et qui s'est manifesté par des hallucinations auditives (en entendant le son continu d'une radio) et d'une désorientation dans les trois sphères (en ne sachant plus où elle était). Pendant son épisode, elle s'est sentie isolée dans sa chambre, comme si personne ne voulait l'aider, ce qui l'a rendue très malheureuse. Après la résolution de son EC, son sentiment d'isolement a persisté à l'hôpital en croyant que les soignants n'aimaient pas s'occuper de personnes âgées désorientées. Ainsi, l'approche du partenariat de soins lui paraît comme une occasion d'entreprendre des discussions avec les infirmières lui permettant de s'exprimer sur ses sentiments à l'hôpital, ses besoins et ses questionnements quant aux soins offerts sur l'unité. Toutefois, elle n'est pas certaine de la faisabilité de réaliser activement les interventions de prévention de l'EC à l'hôpital en raison de sa fatigue, de ses périodes de confusion et sa difficulté à se mobiliser sans douleur. Elle s'imagine plus facilement effectuer ces interventions dans le centre de réadaptation. Elle se sent désormais capable, par exemple, d'aller se promener en fauteuil roulant dans le centre, de manger suffisamment de nourriture et de faire des mots croisés.

Son conjoint, avec qui elle considère avoir une excellente relation, est son proche aidant principal et la visite tous les jours à l'hôpital. Celui-ci a tout d'abord accepté de participer à l'étude. Nous avons tenté de trouver un moment pour se rencontrer, mais à plusieurs reprises, il annule la rencontre en disant ne pas avoir l'humeur pour réaliser l'entretien. Lors d'un appel téléphonique, Madame Bussière prend le temps de m'expliquer que son conjoint a un problème de santé important qui le rend très fatigué et qui l'oblige à se présenter à plusieurs rendez-vous médicaux. Elle ne croit pas non plus qu'il souhaite réellement participer à l'étude, puisque selon ses propos, il n'est pas une personne très ouverte à discuter de cette façon. Elle s'imagine donc difficilement son proche prendre part à un partenariat de soins avec les infirmières à l'hôpital pour la prévention de l'EC. Lors de ses visites à son chevet, il est essentiellement présent pour passer le temps et lui apporter du soutien affectif.

Il interagit surtout avec les infirmières par plaisir en faisant bien souvent des blagues. Quelquefois, il va informer les infirmières au poste d'un besoin de Madame Bussière (par exemple, besoin de soulager sa douleur), ce qu'elle aime énormément.

#### **Dyade 4 : Madame Rosa et sa fille**

Dans un centre de réadaptation, l'entretien de Madame Rosa se déroule en dyade avec sa fille, ce qui me permet d'être témoin de leur grande complicité. Lors de nos discussions, elles se font des compliments, se regardent souvent dans les yeux, se sourient et se touchent. Elles sont très attentives à ce que l'une et l'autre disent, ce qui leur permet de valider et d'enrichir leurs réponses ensemble. Madame Rosa a parfois de la difficulté à s'exprimer à cause d'un problème d'aphasie relié à un AVC du passé et du fait que le français n'est pas sa langue maternelle. Dans les moments où elle cherche ses mots, elle paraît découragée et stressée, mais sa fille la rassure et l'aide à répondre aux questions d'une façon très douce et respectueuse. Toutes les deux partagent avec ouverture et intérêt leur expérience sur l'unité de chirurgie. Concernant l'EC, elles me mentionnent n'avoir jamais vécu une expérience aussi intense et difficile de leur vie.

Le tout commence alors que Madame Rosa doit se présenter à l'hôpital pour un rendez-vous en consultation externe pour le suivi d'un problème de santé. En attendant dans la salle d'attente, la chaise sur laquelle elle est assise se brise et elle tombe sur le sol, ce qui lui a causé une fracture à sa hanche. Cette situation leur génère encore beaucoup de frustration, car selon elles, cet accident aurait pu être évité. Le soir même, Madame Rosa se fait opérer à la hanche et elle est transférée sur l'unité de chirurgie. Deux jours après la chirurgie, sa fille remarque qu'elle est désorientée dans le temps et qu'elle a des comportements qui sont très hors caractère. Par exemple, elle l'accuse de l'avoir abandonnée et lui crie après, ce qu'elle n'a jamais fait auparavant. Madame Rosa m'affirme avoir été consciente de ses périodes de confusion et de ses comportements inappropriés envers sa fille. Elle avait l'impression d'être dans le corps d'une autre personne. Puisque c'était une toute nouvelle expérience, elle avait un grand sentiment d'incompréhension pendant l'EC,

ce qui lui a causé de l'anxiété en pensant que cette condition allait être permanente. Ses périodes de confusion ont persisté de façon intermittente quelques semaines après la chirurgie jusqu'à sa résolution complète au moment de notre rencontre. Madame Rosa démontre beaucoup d'intérêt pour l'approche du partenariat de soins afin de mieux prévenir et comprendre ce problème intense qu'elle a vécu et qu'elle ne veut plus jamais revivre.

La fille de Madame Rosa aurait bien aimé s'engager dans un partenariat de soins pour la prévention de l'EC si les infirmières lui avaient donné les outils nécessaires pour aider sa mère. Pour elle, un partenariat fait référence à des personnes qui travaillent étroitement ensemble pour mieux prévenir l'EC ou encore réduire les conséquences de ce problème s'il ne peut être prévenu, par exemple, en atténuant le stress que la personne âgée peut vivre pendant un EC. Elle perçoit que cette approche permettrait de mettre en place d'une façon plus structurée les interventions de prévention de l'EC afin de retourner le plus rapidement possible à domicile. Celle-ci est présente chaque jour au chevet de sa mère, incluant la nuit, et perçoit pouvoir aider les infirmières d'une façon significative afin de mettre en place ces interventions. Déjà, il semble exister un certain partenariat entre elle et sa mère pour mettre en place des stratégies de prévention d'une perte d'autonomie. Par exemple, Madame Rosa a demandé à sa fille de lui amener un calendrier afin de bien s'orienter dans le temps, ce qu'elle a fait avec plaisir. De plus, sa fille lui a acheté un cahier de mots croisés afin de continuer de stimuler son cerveau.

### **Présentation des thèmes**

L'analyse des données a permis de faire ressortir trois thèmes répondant au but de l'étude. Ils permettent de mieux comprendre les perceptions des personnes âgées et des proches aidants quant au partenariat de soins pour la prévention de l'EC postopératoire. Chacun des thèmes correspond à une question de recherche. Ces thèmes, accompagnés de sous-thèmes, sont regroupés dans le tableau 13 ci-dessous et présentés plus en détail dans cette section.

Tableau 13. Aperçu des thèmes et sous-thèmes

<b>Thème 1 Nous n'avons pas tous la même volonté à s'engager dans cette nouvelle approche</b>	
Sous-thèmes	<i>Nous ne sommes pas familiers avec cette approche, mais nous percevons sa pertinence</i>
	<i>Nous, les proches aidants, sommes très ouverts à s'engager !</i>
	<i>Nous, les personnes âgées, avons une volonté variable à s'engager</i>
<b>Thème 2 L'infirmière doit créer précocement un contexte favorable au partenariat par des interactions répétées et humanistes</b>	
Sous-thèmes	<i>Prendre l'initiative et le temps d'échanger de l'information avec nous</i>
	<i>Nous impliquer dans les interventions de prévention par le coaching</i>
	<i>Avoir une approche humaniste pour maintenir un partenariat</i>
<b>Thème 3 Certaines conditions personnelles et organisationnelles peuvent influencer notre engagement dans un partenariat</b>	
Sous-thèmes	<i>Des caractéristiques individuelles et relationnelles influencent notre engagement</i>
	<i>Les conditions de travail de l'infirmière et l'environnement de l'unité influencent notre engagement</i>

Il est à noter que des extraits de verbatim provenant de la transcription des entrevues avec les personnes âgées et les proches aidants sont utilisés afin d'appuyer l'interprétation des résultats. À la fin de ces extraits, un code est utilisé pour identifier la participante ou le participant qui l'a émis. Par exemple, pour le code « D1p, 20 à 30 », on y retrouve le numéro d'identification de la dyade (D1) et le type de participant (« p » pour personne âgée ou « f » pour proche aidant). Donc, cet exemple d'extrait serait associé à l'entrevue de Madame Asselin, soit la personne



âgée de la première dyade. À la fin du code, on y retrouve les numéros de lignes de l'extrait du verbatim provenant du logiciel Excel.

### **Nous n'avons pas tous la même volonté à s'engager dans cette nouvelle approche**

Ce premier thème se rapporte aux perceptions des personnes âgées et des proches aidants quant à s'engager dans un partenariat de soins pour la prévention de l'EC postopératoire. Le partenariat n'est pas une approche bien connue pour ces dyades, mais ils ont tout de même une idée à quoi il pourrait ressembler et comment il serait pertinent pour la prévention de l'EC. Les trois proches aidants de l'étude sont très ouverts à s'engager dans ce partenariat de soins, puisqu'ils y perçoivent plusieurs bénéfices. Toutefois, en comparaison avec les proches aidants, les personnes âgées ont une volonté variable à s'engager dans ce partenariat. Les trois sous-thèmes qui suivent permettent de mieux comprendre ces perceptions.

**Nous ne sommes pas familiers avec cette approche, mais nous percevons sa pertinence.** Les personnes âgées et les proches aidants affirment tous ne pas avoir été témoins d'une telle approche sur l'unité. Ils disent avoir eu très peu de moments pour discuter avec une infirmière et leur proche de l'EC postopératoire ou de tous autres aspects de leur situation de santé. Par exemple, le fils de Mme Galluci révèle ceci :

*Fils : Moi, je ne le vois jamais, ou le docteur, ou l'infirmière. Tu sais, qu'ils rentrent dans la chambre pis « comment ça va ? ». Nous, moi et mon frère, on ne les voit jamais. [...]*

*Intervieweuse : Ok, si je comprends bien, il n'y a pas beaucoup de moments, ou peut-être même aucun moment, que vous vous retrouvez ensemble, l'infirmière, vous, votre mère?*

*Fils : Jamais. (D2f, 31-36)*

Même si les proches aidants et les personnes âgées n'ont pas vécu l'approche du partenariat, ils ont quand même une idée à quoi cela pourrait ressembler. Pour les personnes âgées, c'est un groupe de personnes qui s'entraident afin de mieux

prévenir certains problèmes comme l'EC. Madame Rosa l'exprime ainsi : « *Partenariat, c'est d'être ensemble, des personnes qui vont s'aider. Comment expliquer? Après une confusion totale, que ça peut revenir, ça peut être meilleur* » (D4p, 125). Quant aux proches aidants, ils perçoivent aussi le partenariat de cette façon, mais certains précisent que cette collaboration dans les soins se ferait surtout entre eux et les infirmières. Néanmoins, la présence de la personne âgée lors d'un échange d'information leur paraît essentielle, puisque les interventions de prévention les concernent directement. Dans l'extrait qui suit, le fils de Madame Galluci mentionne qu'une discussion en partenariat permettrait de clarifier certaines croyances contraignantes chez la personne âgée pour lui donner de la motivation à réaliser les interventions, telles que la mobilisation précoce :

*Intervieweuse : Comment la [personne âgée] voyez-vous participer aux discussions ?*

*Fils : Au moins, elle peut savoir : « si elle fait ça, ça, ça, elle va se rétablir plus vite. Si elle prend son temps [avant de recommencer] à marcher, elle ne marchera plus ». Tu sais, au moins elle va savoir « ok, s'ils m'ont dit qu'il faut que je fasse ça, ça... », peut-être qu'elle va le faire avec plus de volonté. [...] Parce qu'elle, dans le moment, elle pense que si elle se couche toute la journée, sa jambe va se remettre, mais c'est le contraire. Il faut qu'elle bouge sa jambe. (D2f, 207-211)*

Ensuite, la plupart des participants pensent que travailler en partenariat favoriserait la mise en œuvre des interventions de prévention de l'EC. Autant les personnes âgées que les proches aidants considèrent que ces interventions sont importantes à réaliser à l'hôpital, telles que de rester bien orienté dans le temps, de marcher dans le corridor, de bien dormir la nuit, de boire suffisamment d'eau, de bien manger ses repas, de s'assurer de bien voir en portant ses lunettes au besoin ou encore de faire de la lecture pour s'occuper. Comme les autres personnes âgées, Madame Asselin mentionne dans cet extrait qu'elle trouve certaines de ces interventions importantes :

*Mme Asselin : C'est de bonnes idées, mmm, mmm.*

*Intervieweuse : Qu'est-ce qui sont de bonnes idées là-dedans?*

*Mme Asselin : Bien ça (en pointant l'image de l'hydratation), de boire beaucoup d'eau. Et puis, ça (en pointant l'image de l'orientation temps-lieu-gens), qu'est-ce que c'est ? C'est l'orientation ?*

*Intervieweuse : C'est ça, de savoir on est quel jour, quelle heure...*

*Mme Asselin : Oui, c'est ça. J'en ai des calendriers, pis j'aurais dû en emporter un ici, ouin [...] Et bien dormir aussi, oui, le sommeil, c'est important. [...] L'hydratation, ça, c'est important. Puis, une bonne alimentation aussi. (D1p, 96-111)*

Le fils de Madame Asselin dit même être naturellement porté à faire ces interventions pour continuer de stimuler sa mère à l'hôpital et préserver ses capacités cognitives et physiques. Il a dit : « [...] *je suis d'accord, c'est des bonnes conditions de stimulation. Pis hum, naturellement, je serais porté à aller faire chacun de ces points-là. Je sais que c'est important de stimuler. [...]* » (D1f, 110). Pour Madame Rosa et sa fille, il est important que ces interventions soient mises en place d'une façon structurée et régulière à l'hôpital grâce à un partenariat. Voici un extrait de leur discussion en dyade après avoir pris connaissance des interventions non pharmacologiques pouvant être effectuées en partenariat avec les infirmières :

*Intervieweuse : Qu'est-ce que vous pensez de ça vous ?*

*Madame Rosa: Je pense que c'est important, parce que vraiment... (Silence)*

*Fille : Peut-être d'avoir une routine, quelque chose de structuré tous les jours, ça aiderait un peu l'état de confusion... C'est quelque chose de structuré tous les jours, il y a un peu de répétition.*

*Intervieweuse : Ça, c'est quelque chose que vous trouvez qui serait bien ?*

*Personne âgée : Je pense que oui. (D4p et D4f, 307-310)*

Au sein de certaines dyades, il existe déjà un certain partenariat entre la personne âgée et le proche afin de mettre en place des stratégies pour s'assurer du bien-être de la personne âgée. Les proches aidants les accompagnent dans leurs AVQ et leur font des rappels. Par exemple, le conjoint de Mme Bussière l'amène se

promener en fauteuil roulant dans le corridor pour regarder des tableaux au mur et le fils de Madame Asselin rappelle à sa mère de boire assez d'eau à l'hôpital. Les personnes âgées disent beaucoup apprécier le fait que leur proche aidant les aide avec patience et dévouement. L'extrait qui suit démontre bien l'existence d'un certain partenariat entre Madame Rosa et sa fille pour mettre en place une stratégie d'orientation dans le temps :

*Fille : Bien là, on lui a mis un calendrier ici pour qu'elle sache quelle date, quel jour de la semaine on est, quel mois et quelle année parce qu'évidemment les journées sont les mêmes, alors c'est difficile à dire si c'est lundi ou dimanche [...]. Alors on lui a fait un calendrier et on met des X à la fin de chaque journée pour dire que mardi c'est fini, que mercredi c'est fini.*

*Intervieweuse : Et ça, c'est vous qui l'avez fait, pas les infirmières ?*

*Madame Rosa : Non, non.*

*Fille : C'est nous qui l'avons fait, ce n'est pas les infirmières.*

*Intervieweuse : C'est une très très bonne idée.*

*Fille : Même, c'est une chose que ma mère a suggérée. Elle m'a dit « amène-moi un calendrier ». J'ai dit « parfait ».*

*Madame Rosa : C'est vrai, c'est vrai ! (D4p et D4f, 211-220)*

**Nous, les proches aidants, sommes très ouverts à s'engager !** L'analyse des données fait ressortir la grande ouverture des proches aidants à s'engager dans un partenariat de soins avec les infirmières pour la prévention de l'EC postopératoire. Ils désirent pouvoir participer activement aux interventions de prévention afin d'éviter les lourdes conséquences de ce problème et de permettre à la personne âgée de se rétablir le plus vite possible et de retourner à la maison. Dans l'extrait qui suit, le fils de Madame Asselin affirme qu'il aurait été ouvert à se présenter régulièrement au chevet de sa mère et à ce que les infirmières lui fassent des demandes spécifiques pour participer conjointement à la prévention de l'EC :

*Ah moi là, dans mon cas, ça ne me dérange pas moi là. Il me demanderait de venir pour des tâches spécifiques, je viendrais, il n'y a pas de problèmes [...] S'ils avaient eu des demandes à me faire, j'aurais été ouvert à ça. [...] Pis, si*

*l'on m'avait dit, bien hum, « si vous pouvez la faire marcher dans le corridor »... quoi qu'elle ait peut-être besoin plus qu'une personne...moi je serais prêt à m'impliquer là-dedans, parce que je sais que c'est important qu'elle commence ça rapidement. (D1f, 148, 231, 251)*

Les proches aidants trouvent pertinente l'idée de l'approche du partenariat puisqu'ils entendent plusieurs bénéfices pour eux, les personnes âgées et les infirmières. Tout d'abord, ils pensent qu'un partenariat permettrait de mieux prévenir l'EC et donc d'éviter à la personne âgée de vivre cette expérience qui implique plusieurs conséquences. Les proches expliquent avoir observé une grande détresse psychologique chez la personne âgée pendant et après l'EC. En effet, la plupart des personnes âgées disent avoir vécu une expérience difficile qu'elles ne veulent plus jamais revivre. Voici les mots qu'elles ont utilisés pour qualifier leur expérience : « *enfer* », « *intense* » (D4p, 519) et « *négative* » (D3p, 127). L'une d'entre elles s'est même mise à pleurer en parlant de son expérience : « *C'était souffrant (pleurs), parce que je n'avais pas de place nulle part, je ne pouvais pas parler avec personne. [...] Ah ça, j'étais malheureuse, effrayant* » (D1p, 4 à 5, 22). Certes, elles ont gardé des souvenirs marquants de cette expérience avec un sentiment persistant d'incompréhension, tel que le révèle Madame Rosa : « *Des fois, j'ai encore les séquelles, les idées encore confuses : est-ce que c'est vrai ça ? Pourquoi ça m'est arrivé comme ça ? Vraiment là, une chose qu'on ne peut pas croire.* » (D4p, 26). En plus des conséquences psychologiques, les proches ont observé des conséquences physiques chez la personne âgée, telles que l'application de contentions physiques pour contrôler l'agitation et une difficulté à se concentrer et à s'exprimer depuis l'EC. Notamment, les proches aidants souhaitent travailler en partenariat avec les infirmières pour atténuer les conséquences de l'EC dans les situations où il ne serait pas prévenu. Dans cet extrait, la fille de Madame Rosa aurait souhaité être en mesure de mieux atténuer le stress de sa mère pendant l'EC : « *Même si ça ne peut pas être prévenu au moins pour diminuer les conséquences et diminuer l'anxiété et la nervosité que le patient est en train de vivre.* » (D4f, 167-168)

Comme autre bénéficiaire, les proches aidants pensent qu'ils pourraient se sentir plus soutenus par les infirmières grâce à un partenariat, puisqu'eux aussi disent avoir vécu une expérience difficile. Deux proches affirment que c'était un choc l'EC de la personne âgée, puisqu'ils ne l'avaient jamais vu dans un tel état. Par exemple, le fils de Madame Galluci s'exclame : « *C'était tout un choc, parce qu'elle n'a jamais parlé comme ça!* » (D2f, 169). Certains se sentaient impuissants dans la manière d'aider la personne âgée, tel que l'explique la fille de Madame Rosa : « *On aimerait changer et être dans leur place, mais on ne peut pas évidemment. Juste, oui... les aider d'une manière ou d'une autre, mais on ne peut rien faire.* » (D4f, 112). Chaque proche explique avoir tenté de recadrer la personne âgée lorsqu'elles manifestaient des symptômes cliniques de l'EC, ce qui n'était pas toujours facile pour eux. À cet égard, le fils de Madame Asselin aurait aimé que les infirmières l'aident et le soutiennent par leur position plus objective, comme rapporté dans cet extrait :

*Fils : J'ai trouvé ça difficile, émotionnellement [...], bien de garder une certaine distance, pis savoir que moi, hum... parce que ça l'air nono de me sentir mal de chicaner ma mère, mais c'est comme, bon, j'ai des enfants, pis je sais que ce n'est pas toujours la façon de résoudre les choses non plus... Mais par contre, s'il y a un danger immédiat, comment est-ce que tu es ferme? Je ne trouve pas ça facile, mais ça, il y a peut-être du monde qui aurait de la facilité à avoir cette fermeté-là. [...]*

*Intervieweuse : Si je comprends bien, vous aimeriez ça ressentir un soutien derrière tout ça, qui est là, de la part de l'équipe?*

*Fils : Oui, oui. (D1f, 339-351)*

Les proches ont l'impression que l'aide des infirmières dans un partenariat pourrait leur donner un certain répit et diminuer le risque d'un sentiment de fardeau. Ils souhaitent savoir que les infirmières sont là pour rassurer leur proche âgé lorsqu'ils ne peuvent pas être présents au chevet. Par exemple, un proche a dit : « *Peut-être d'essayer de... qu'il y ait quelqu'un qui puisse la sécuriser si jamais moi je ne peux pas ou hum, la calmer, ouin, la ramener à la réalité là.* » (D1f, 287).

En s'impliquant davantage dans les soins, les proches perçoivent également des bénéfices pour les infirmières. Plus spécifiquement, ils pensent pouvoir les aider à réaliser des activités de prévention lorsqu'elles sont trop occupées pour les faire. À titre d'exemple, voici dans cet extrait ce que le fils de Madame Galluci explique : « *J'aimerais apprendre, pour les aider eux autres, pour faciliter leur tâche [...] Si l'infirmière a une urgence, mais nous on peut prendre sa place pour faire marcher ma mère* » (D2f, 113, 290). Par ailleurs, certains proches aidants ont l'impression d'être mieux placés que les infirmières pour effectuer certaines interventions. Par exemple, le fils de Madame Galluci croit qu'il est préférable que ce soit les proches aidants qui réalisent les activités de stimulation intellectuelle, comme discuter avec la personne âgée. À l'opposé, l'un des proches pense qu'il pourrait nuire au travail des infirmières en étant trop souvent au chevet de la personne âgée. Voici un extrait qui témoigne de cette ambivalence chez le fils de Mme Asselin : « *Ce n'est peut-être pas non plus l'idéal d'avoir du monde qui traîne toute la journée dans une chambre [...], je peux être dans les jambes quand ils ont des soins à prodiguer, tout ça.* » (D1f, 234). Ce proche a tout de même beaucoup d'intérêt de prendre part à un partenariat pour aider sa mère et les infirmières à prévenir l'EC.

**Nous, les personnes âgées, avons une volonté variable à s'engager.** Les personnes âgées n'ont pas toutes la même volonté à s'engager dans un partenariat de soins pour la prévention de l'EC postopératoire. Une personne âgée, Madame Rosa, démontre un intérêt plus marqué que les autres. Pour sa part, elle est motivée à s'engager dans un partenariat pour mieux comprendre sa situation et savoir quoi faire pour ne plus jamais revivre cette expérience difficile.

Ensuite, deux personnes âgées, Madame Asselin et Madame Bussière, sont plutôt ambivalentes à s'engager dans un partenariat, puisqu'elles ont plusieurs inquiétudes. Celles-ci sont exposées dans les prochains paragraphes et reflètent leurs questionnements quant à cet engagement dans un partenariat :

***Est-ce que mon implication serait faisable ?*** Ces deux personnes âgées ont des doutes quant à la faisabilité de leur implication dans les interventions de prévention en contexte de soins aigus. Elles s'imaginent plus facilement les effectuer

à la sortie de l'hôpital. Dans l'extrait suivant, Madame Bussière applique ce type d'interventions maintenant qu'elle est dans un centre de réadaptation :

*Pis ça, c'est une chose que j'applique à ma vie maintenant là. Orientation du lieu, du temps, hum, des gens, oui. Stimulation intellectuelle, j'essaie de regarder des programmes intéressants à la télévision, j'essaie d'écrire, de lire, je lis. Mobilisation précoce, bien là, on m'a amené dans le fauteuil roulant là.*  
(D3p, 99)

Plus précisément, elles doutent de leur capacité à prendre part à un tel partenariat immédiatement après avoir subi une chirurgie orthopédique. Elles soulignent qu'elles étaient souvent très fatiguées et ressentait de la douleur à leur hanche. Selon elles, ceci peut rendre difficile leur participation aux interventions, plus particulièrement pour la mobilisation précoce. Par exemple, Madame Bussière dit très fermement : « *J'ai assez d'endurer mon mal de jambe [...] Là, ça suffit là, ma jambe, c'est assez, une chose à la fois.* » (D3p, 354). D'autre part, Madame Asselin a l'impression de ne pas avoir les compétences nécessaires pour donner son avis lors d'une discussion en partenariat avec les infirmières.

***Mon proche aidant n'en fait-il pas déjà assez pour m'aider ?*** Les personnes âgées semblent se préoccuper du bien-être de leur proche dans leur rôle d'aidant. Elles trouvent qu'ils en font déjà beaucoup pour les soutenir pendant leur hospitalisation et dans leur vie au quotidien. S'ils prennent part à un partenariat, elles s'inquiètent que cela devienne un fardeau pour eux. Par exemple, Madame Asselin souligne qu'elle aimerait bien que son fils prenne le temps de se reposer davantage :

*Intervieweuse : Si l'on parle maintenant de votre proche. Qu'est-ce qu'il pourrait faire, votre fils, pour vous aider à faire ces interventions-là ?*

*Mme Asselin : Bien, il ne peut pas faire plus qu'il fait, parce qu'il est bien dévoué et sa femme aussi.*

*Intervieweuse : Puis, qu'est-ce qu'il fait déjà, justement ?*

*Mme Asselin : Mes commissions, mes sorties chez le médecin.*



*Intervieweuse : Mais par rapport à ici, pour prévenir la confusion mentale [...], par exemple, pour l'orientation (en pointant l'intervention sur l'image), qu'est-ce qu'il pourrait faire votre fils pour vous aider ?*

*Mme Asselin : Bien je trouve qui en fait beaucoup. Et puis, j'aimerais ça qu'il prenne des vacances. (D1p, 140, 145-146).*

Ensuite, l'une des personnes âgées, Madame Galluci, ne souhaite pas prendre part à un partenariat de soins avec les infirmières, puisqu'elle dit clairement : « *J'aime ça que chacun il fasse leurs affaires* » (D2p, 175). Elle ne souhaite pas non plus que son fils prenne part à un partenariat pour l'aider à réaliser les interventions de prévention de l'EC. Elle apprécie surtout son soutien affectif lors de ces visites et qu'il puisse lui apporter les choses dont elle a besoin à l'hôpital. Elle a de la difficulté à s'imaginer comment il pourrait l'aider d'une autre façon.

Elle ne souhaite pas non plus discuter avec une infirmière concernant un plan d'interventions et lui communiquer ses besoins et ses préférences. Elle désire seulement interagir avec les infirmières pour recevoir des soins usuels, tels que le soulagement de sa douleur à la hanche. Certes, il semble y avoir des croyances divergentes au sein de leur dyade à propos de leur volonté à s'engager dans un partenariat, puisque son fils pense qu'elle aurait souhaité prendre part à une discussion en partenariat, tel qu'il l'exprime dans cet extrait : « *Intervieweuse : Puis, pensez-vous que votre mère, à cette discussion-là, elle aurait aimé aussi participer aux discussions? Fils de Mme Galluci : Mais oui !* » (D2f, 205-206).

En résumé, les résultats de ce premier thème révèlent que les personnes âgées et les proches aidants ont différentes perceptions quant à s'engager dans un partenariat de soins pour la prévention de l'EC postopératoire. Pour eux, c'est une façon de travailler, de collaborer et d'échanger de l'information ensemble. Même s'ils ne sont pas habitués avec cette approche, la majorité pense qu'un partenariat pourrait favoriser l'application structurée des interventions de prévention qu'ils perçoivent importantes pour le bon rétablissement des personnes âgées après leur chirurgie. Les proches aidants sont très ouverts à s'engager dans un tel partenariat, puisqu'ils perçoivent plusieurs bénéfices pour eux, les personnes âgées et les

infirmières. Cependant, ce n'est pas chaque personne âgée qui souhaite s'engager dans un partenariat ; leur volonté est variable selon chaque dyade.

### **L'infirmière doit créer précocement un contexte favorable au partenariat par des interactions répétées et humanistes**

Ce deuxième thème se rapporte aux perceptions des personnes âgées et des proches aidants quant au rôle de l'infirmière dans un partenariat de soins pour la prévention de l'EC postopératoire. Pour eux, elle a le rôle de créer précocement un contexte qui favorise un tel partenariat. Les personnes âgées et les proches souhaitent qu'elle prenne l'initiative d'échanger de l'information avec eux, entre autres, pour leur offrir la possibilité d'un partenariat de soins à l'hôpital. Ils souhaitent également que l'infirmière les implique dans les interventions par le *coaching* afin de pouvoir développer leurs habiletés à participer aux soins. Puis, pour créer et maintenir une relation de partenariat, ils accordent beaucoup d'importance à ce que l'infirmière soit attentive et réactive à leurs besoins par une approche teintée d'humanisme. Ces perceptions quant au rôle de l'infirmière dans un partenariat sont présentées plus en détail dans les trois sous-thèmes qui suivent.

#### **Prendre l'initiative et le temps d'échanger de l'information avec nous.**

Tout d'abord, les proches aidants souhaitent que l'infirmière établisse un contact initial avec eux dans le but de leur offrir la possibilité d'un partenariat et de discuter des besoins de chacun. Afin de prendre conscience le plus tôt possible de cette occasion de travailler ensemble, ils auraient aimé que cette interaction ait lieu avant la chirurgie. Au moment d'établir un partenariat, les proches aidants souhaitent que l'infirmière leur laisse le choix de s'engager selon leur volonté, et ce, sans leur mettre de pression. Après avoir identifié le proche aidant principal de la personne âgée, il est essentiel pour eux qu'elle évalue leur niveau de disponibilité à travailler en partenariat, par exemple, en demandant la fréquence de leurs visites. Ces idées pour amorcer un partenariat sont, entre autres, rapportées par le fils de Mme Asselin :

*Peut-être d'instituer des procédures où l'on se rencontre, on discute des besoins, pis hum, on se fait demander la disponibilité qu'on a. Alors, peut-être*

*que si eux savaient la disponibilité que j'ai, et si j'ai un apport que je peux faire, qu'on se fasse un petit deal, de dire bien « Oui, je peux venir », ou « non, je ne peux pas », qu'ils le savent. [...] Sans pression, parce que bon, chacun a sa vie et a des bonnes raisons pour faire une chose ou l'autre. (D1f, 328-333)*

Une fois que le partenariat est amorcé, les proches aidants et les personnes âgées désirent que l'infirmière continue d'interagir avec eux de façon répétée pour discuter de leur situation de santé. Pendant leur séjour à l'hôpital, ils ont plutôt perçu un manque de communication entre eux et les infirmières. Bien souvent, ce sont les proches aidants qui créaient une interaction avec elles en allant poser des questions à leur poste de travail. Ils souhaitent donc que l'infirmière prenne l'initiative de venir les voir et d'ouvrir des discussions en leur proposant des sujets à aborder, telle que la prévention de l'EC postopératoire. Par ailleurs, la majorité des personnes âgées et des proches aidants ont démontré de l'enthousiasme à l'idée qu'une infirmière s'assoit avec eux à leur chambre pour discuter de la prévention de l'EC postopératoire. Dans l'extrait ci-dessous, Mme Rosa et sa fille expriment bien cet intérêt à discuter avec une infirmière :

*Intervieweuse : Imaginez-vous, si pendant votre hospitalisation, une infirmière s'était assise avec vous et votre proche, un peu comme je fais en ce moment, pour discuter pendant environ une heure des choses importantes qui sont à faire après la chirurgie pour guérir rapidement et éviter les états confusionnels. Comment auriez-vous réagi ?*

*Mme Rosa : Ah mon dieu! Apprécier les choses qu'ils me disaient.*

*Fille : Tu aurais été très contente, non?*

*Mme Rosa : Bien oui! Personne n'est venu me parler vraiment là.*

*Fille : Je pense que cela aurait été quelque chose que tu aurais vraiment apprécié, oui, oui.*

*Mme Rosa : Oui, c'est vrai. (D4f et D4p, 370-375)*

Pendant une discussion formelle ou d'autres, plus spontanées, les personnes âgées et les proches aidants souhaitent échanger plusieurs types d'informations avec l'infirmière. Les paragraphes qui suivent décrivent ce qu'ils auraient aimé que

l'infirmière leur communique et ce qu'ils auraient aimé, eux, lui communiquer. Ces informations sont également regroupées dans le tableau 14 ci-dessous.

Tableau 14. *Besoins de communication des personnes âgées et des proches aidants*

	<b>Ce que nous aimerions que l'infirmière nous communique</b>	<b>Ce que nous aimerions communiquer à l'infirmière</b>
<b>Dyades</b>	Information sur l'EC (définition, nature réversible, facteurs de risques, causes possibles et interventions de prévention et de gestion)	Nos besoins, préférences et particularités afin de personnaliser les interventions de prévention
<b>Personnes âgées</b>	Ce que nous pouvons vivre si nous développons un EC afin d'être mieux préparées	Notre expérience de santé
	Information sur les soins offerts à l'hôpital	Nos questionnements sur le processus de réadaptation
<b>Proches aidants</b>	Comment interagir avec une personne âgée plus fragile sur le plan cognitif	Nos observations des comportements inhabituels de la personne âgée et nos impressions des causes
	Suivi de la condition de santé de la personne âgée (constats d'évaluation et problèmes observés sur lesquels il faut agir)	Nos principales sources d'inquiétudes et de questionnements
	Le rôle des différents professionnels de la santé impliqués dans les soins de la personne âgée	Comment s'y prendre avec la personne âgée pour l'encourager à réaliser les interventions

***Ce que nous aimerions que l'infirmière nous communique.*** S'ils avaient l'occasion de discuter avec une infirmière avant la chirurgie, les proches aidants aimeraient qu'elle leur explique toutes les complications postopératoires qu'une personne âgée peut développer, incluant l'EC. Ceci est appuyé par le fait que le questionnaire sociodémographique a révélé un manque de connaissances sur l'EC chez 5 des 7 participants. Il est à noter que les deux proches aidants qui avaient répondu avoir des connaissances sur l'EC postopératoire avaient quand même des

connaissances limitées. Par exemple, pour la fille de Mme Rosa, c'est l'anesthésiste qui lui avait mentionné rapidement qu'il se pouvait que sa mère soit désorientée après la chirurgie, mais sans lui donner plus d'informations. Pour le fils de Mme Galluci, qui a dit ne pas connaître le problème de l'EC, il a eu un grand sentiment d'incompréhension lors de l'EC de sa mère dû à son manque de connaissances. Voici comment il l'a exprimé dans cet extrait :

*J'ai dit « ok, elle n'était jamais comme ça ». Tout le monde se fait opérer... elle s'est fait opérer à la jambe, pourquoi ça doit toucher sa tête? Je comprends si elle est opérée à la tête ou quelque chose, mais j'ai dit : « dit moi pas qu'elle a perdu la mémoire ». (D2f, 307)*

Plus spécifiquement, les proches aidants et certaines personnes âgées souhaitent recevoir de l'information sur la nature réversible de l'EC, les facteurs de risque, les causes possibles et les interventions pour prévenir et gérer ce problème. Quant aux personnes âgées, elles auraient aussi aimé être mieux préparées par l'infirmière à ce qu'elles peuvent vivre avec un EC afin de diminuer leur détresse psychologique. Dans cet extrait, Mme Rosa et sa fille discute en dyade de cette idée :

*Intervieweuse : Qu'auriez-vous aimé qu'elles vous apprennent les infirmières ?*

*Mme Rosa : Bien expliquer quelque chose comme... qu'est-ce que j'ai passé et pas comme ... (cherche ses mots)*

*Fille : Est-ce que ça aurait aidé si elles avaient, étape par étape, dit ce que tu allais vivre ?*

*Mme Rosa : Vivre!*

*Fille : C'est-à-dire tu vas te réveiller, tu ne vas pas avoir l'idée de où est-ce que tu es, tu ne vas pas savoir pourquoi tu es là.*

*Mme Rosa : Oui, oui, expliquer un petit peu mieux. Savoir ce qui t'attend.*

*Fille : Pour ne pas que ce soit une surprise [...]. Parce que je pense que le lendemain matin c'était un choc parce que tu ne comprenais pas ce qu'il se passait. (D4p et D4f, 405-411)*

Par ailleurs, certains proches aidants désirent que l'infirmière leur explique comment interagir avec une personne âgée plus fragile sur le plan cognitif, de même que la façon de lui poser des questions et de la recadrer lors d'un épisode d'EC. Ils souhaitent recevoir ces informations, puisque pendant l'EC de leur proche âgée, ils se sentaient impuissants et ne savaient pas comment s'y prendre par peur de déclencher ou d'accentuer leur confusion. Par exemple, la fille de Mme Rosa aurait aimé que l'infirmière lui explique ceci : « *S'ils [infirmières] me disent - ok, faites ci, faites ça, quand elle vous pose une question, répondez de cette manière-là ou vous pouvez la reconforter de cette manière-là.* » (D4f, 362). Finalement, les proches aidants souhaitent que l'infirmière leur fasse un suivi de l'état de santé de la personne âgée. Plus précisément, ils aimeraient qu'elle leur rapporte les résultats des évaluations effectuées par les autres professionnels, tels que les médecins et les physiothérapeutes. Ils désirent aussi être informés des comportements risqués que l'infirmière a observés chez la personne âgée pendant leur absence, ainsi que des problèmes constatés, tels que l'immobilisation. Dans l'extrait qui suit, le fils de Mme Galluci désire avoir ces informations, puisque sa mère peut lui rapporter des faits différents ou incomplets pour ne pas l'inquiéter :

*Fils : Parce que ce que l'infirmière nous dit, et ce que le patient va nous dire, ce n'est pas la même chose. Ma mère ne va pas tout nous dire, mais l'infirmière va tout me dire.*

*Intervieweuse : Puis, vous dire quoi, par exemple ?*

*Fils : Comme si elle va bien, si elle ne va pas bien. Ma mère va toujours dire : « Je suis bien, je suis bien ». Mais l'infirmière va nous dire « Non, ta mère, de 8 h [pm] à minuit, elle était vraiment malade ». Tsé, ma mère ne va pas nous dire la même chose, [...] pour ne pas nous énerver. (D2f, 43-49)*

**Ce que nous aimerions communiquer à l'infirmière.** Il y a plusieurs informations que les personnes âgées et les proches aidants souhaitent communiquer à l'infirmière dans un partenariat de soins. Débutons avec les proches aidants. Premièrement, ils désirent faire part de leurs observations sur les comportements de la personne âgée, soit ceux qui sont inhabituels et qui peuvent

indiquer le début d'un EC postopératoire ou tout autre problème. Le fils de Mme Asselin a l'impression que l'intuition des proches peut aider l'infirmière à détecter l'EC, à déterminer les causes et à possiblement résoudre des épisodes. Ses perceptions sont basées, entre autres, sur une expérience du passé qu'il a vécu et qu'il décrit dans cet extrait :

*Une autre expérience que j'ai, c'est ma belle-mère qui est dans un CHSLD, pis hum, elle avait des grandes douleurs, [...] ils lui donnaient des doses de morphine importantes. [...] Hum, elle délirait fort, vraiment là, elle hallucinait. On était troublé de ça, on pensait peut-être que c'était une démence. Ils ont changé la médication, pis elle est devenue tout à fait lucide. [...] Il a fallu que mes beaux-frères, ma belle-sœur, pis ma femme, questionnent, qu'ils aient une intuition, qu'ils questionnent ça. Pis là bien, ils ont dit : « Ah bien, ça l'a peut-être de l'allure. On va essayer d'en donner moins ». Finalement, ça ne serait pas fait tout seul. (D1f, 156-158)*

Deuxièmement, les proches aidants désirent communiquer leurs principales sources d'inquiétudes et de questionnements dans un partenariat de soins. Ils sont inquiets lorsque la personne âgée ne réalise pas les interventions recommandées par les professionnels pour bien se rétablir et pour éviter des complications postopératoires telles que l'EC. Par exemple, lors d'une conversation informelle, le deuxième fils de Mme Galluci ne comprenait pas pourquoi sa mère restait couchée au lit toute la journée et ne marchait pas au corridor, puisqu'elle était très autonome à son domicile avant la chirurgie. Certes, les proches sont très préoccupés par le risque d'une perte d'autonomie chez la personne âgée à cause de l'hospitalisation. Ceci les amène à se questionner sur l'orientation au congé de la personne âgée, à savoir si elle doit aller dans un centre de réadaptation ou dans un CHSLD. Le fils de Mme Asselin témoigne de ses inquiétudes dans l'extrait qui suit :

*Ça m'inquiète un peu là. C'est peut-être une question de jour, mais hum, c'est important qu'elle reprenne vite des exercices. Elle est consciente de ça aussi, alors il faut... Pis aussi, ce que ça voudrait dire si jamais elle ne pouvait plus*

*marcher pis se déplacer là, faudrait peut-être changer d'hébergement pis hum, c'est pas mal plus compliqué. (D1f, 51)*

Troisièmement, ils désirent informer les infirmières de leurs préférences et de leurs besoins quant aux interventions de prévention à réaliser auprès de la personne âgée. Les proches affirment qu'ils ont davantage besoin de l'aide de l'infirmière pour certaines interventions par rapport à d'autres. Par exemple, il trouve qu'il est plus difficile d'aider à la mobilisation précoce que pour l'alimentation. De plus, des proches aidants souhaitent expliquer aux infirmières comment s'y prendre avec la personne âgée pour l'encadrer dans la réalisation des interventions. Voici ce que le fils de Mme Galluci souhaitait dire aux infirmières pour les aider à encourager sa mère : « *Ma mère a une tête dure. [...] Il faut être plus dur qu'elle. Tu sais, des fois, il faut lui dire - si tu ne marches plus, tu vas rester à l'hôpital tout le temps. Là, ça va lui donner le courage.* » (D2f, 80).

Les personnes âgées souhaitent également faire part d'informations à l'infirmière dans un partenariat. Tout d'abord, elles désirent avoir la chance de s'exprimer sur leur expérience de santé à l'hôpital et lui poser des questions sur le processus de réadaptation. Dans cet extrait, voici ce que Mme Bussière aurait aimé exprimer aux infirmières lors d'une discussion :

*Intervieweuse : Comment auriez-vous aimé discuter avec les infirmières ?*

*Mme Bussière : Bien, de comment je me sentais. Si me sentais bien ou si je ne me sentais pas bien, j'aurais aimé ça le dire. [...] Hum, l'infirmière, j'aurais pu lui dire, hum... Bien, elle aurait commencé la conversation j'imagine ?*

*Intervieweuse : Est-ce que vous auriez aimé que ça fonctionne comme ça ?*

*Mme Bussière : Bien oui, et puis, hum, me laisser la chance de m'exprimer.*

*Intervieweuse : Puis, vous exprimer sur quel genre de sujet ?*

*Mme Bussière : Qu'est-ce qu'ils offrent à l'hôpital, quels soins qu'ils offrent à l'hôpital. Hum, dans combien de temps je pourrais faire de la physio, ça prendrait combien de temps. (D3p, 197-211)*



Ensuite, les personnes âgées désirent communiquer à l'infirmière leurs besoins pour réaliser les interventions de prévention. Par exemple, pour une bonne promotion du sommeil, Mme Bussière aimerait ne pas être réveillée à 4 h du matin pour le changement de sa culotte d'incontinence, car cela interrompt son sommeil. Puis, afin de recevoir des soins personnalisés, les personnes âgées voudraient lui exprimer certaines de leurs préférences et particularités. Par exemple, elles ont des préférences alimentaires, tel que l'exprime Mme Galluci dans cet extrait : « *Bien on mange qu'est-ce qu'on peut, qu'est-ce qu'on veut. [...] Moi je mange des affaires que je sais que ce n'est pas trop haut (en faisant un signe avec la main de hauteur) [...] en quantité de toute.* » (D2p, 86-94). Comme exemple d'une particularité, Mme Rosa pense qu'il serait important de mentionner aux infirmières que sa langue première est l'italien, ce dont elle discute avec sa fille dans cet extrait :

*Intervieweuse : Qu'est-ce que vous aimeriez partager à cette infirmière-là qui vient vous parler pour mieux vous soigner et prévenir d'autres épisodes ?*

*Mme Rosa : Partager, hum (soupir), les choses qui sont importantes pour moi.*

*Fille : Peut-être que tu aurais commencé à leur dire que l'italien est ta langue maternelle alors si jamais... parce que dans son état confusionnel, elle parlait beaucoup en italien, alors au moins qu'ils savent que c'est de l'italien. [...]*

*Intervieweuse : Est-ce que c'est quelque chose que vous auriez aimé que les infirmières sachent sur vous ?*

*Mme Rosa : Oui, oui. (D4p et D4f, 179-181,192-193)*

### **Nous impliquer dans les interventions de prévention par le *coaching*.**

Pour créer un contexte favorable au partenariat de soins, les personnes âgées et les proches aidants veulent également que l'infirmière les implique dans les interventions de prévention par le *coaching*. Pour ce faire, ils aimeraient que l'infirmière crée un plan d'interventions avec eux, leur remette les outils nécessaires pour s'impliquer et qu'elle leur montre au chevet comment faire une intervention. Les paragraphes qui suivent présentent plus en détail ces souhaits.

**Créer ensemble un plan d'interventions commun.** La majorité des personnes âgées et des proches aidants auraient beaucoup aimé qu'une infirmière

s'assoie avec eux et discute d'un plan d'interventions commun pour prévenir l'EC. Pendant cette discussion, ils imaginent les infirmières leur présenter les interventions importantes à faire pour mieux prévenir et gérer ce problème. Ils souhaitent aussi avoir des exemples concrets d'interventions pour chacune des recommandations émises (promotion du sommeil, stimulation intellectuelle, mobilisation précoce, etc.) et des objectifs précis pour les mettre en œuvre. La fille de Mme Rosa donne un exemple d'objectif dans cet extrait : « *Parce que je pense que son but était de sortir au plus tôt possible. Alors de pouvoir s'aider elle-même, si elle sait que tous les jours, elle doit marcher d'ici à là pour faire de l'exercice* » (D4f, 402). Les proches aidants souhaitent avoir l'approbation des infirmières pour réaliser certaines interventions et savoir s'il y a des restrictions, tel que pour aider la personne âgée à marcher dans le corridor. Ensuite, ils souhaitent identifier les personnes responsables pour effectuer chacune des interventions de prévention. Ils désirent aussi mieux comprendre le rôle des autres professionnels dans les interventions (par exemple, celui de la physiothérapeute). À titre d'exemple, voici comment le fils de Mme Asselin s'imagine la création d'un plan d'interventions commun en partenariat avec une infirmière :

*Intervieweuse : Si l'on parle plus du rôle de l'infirmière. Comment aimeriez-vous qu'elles vous aident à effectuer ces interventions-là ?*

*Fils : Peut-être que si on se faisait présenter l'ensemble des possibilités, à savoir les personnes qui peuvent s'occuper de la mobilité, l'alimentation, hum, est-ce qu'il y a des restrictions...que quelqu'un te fasse un petit briefing des soins à faire possibles. En même temps, on peut justement penser à ce qu'on aimerait qui n'est peut-être pas là, en discuter... Je pense que c'est une bonne idée effectivement d'avoir une rencontre et de se faire présenter l'ensemble des besoins. [...] En même temps, peut-être que ça va nous faire penser à des trucs qu'on n'a pas pensé qui sont importants. Au moins, les nommer, pis ça nous fait réaliser...qu'on part de la même chose. (D1f, 199-207)*

Afin de faire un suivi du travail en partenariat et de l'application du plan d'interventions commun, certains proches aidants ont suggéré de faire des

rencontres informelles avec l'infirmière lors de leurs visites, tel un petit rapport de collaboration. La fille de Mme Rosa exprime cette idée dans l'extrait suivant :

*Si l'on pouvait se rencontrer même un petit 10 minutes à la fin de chaque journée pour voir comment ça été, quelles ont été ses [proche âgé] expériences, comment on peut améliorer, est-ce qu'il y a quelque chose qu'on peut changer. Une petite rencontre à la fin de la journée, je pense que ça ferait une grosse différence. (D4f, 441)*

**Remettre les outils nécessaires pour s'impliquer.** Les personnes âgées et surtout les proches aidants désirent que l'infirmière leur remette précocement les outils nécessaires pour s'impliquer. Pour certains, il serait idéal que ces outils soient remis avant la chirurgie afin d'être mieux préparés à prévenir l'EC et à travailler en partenariat. Comme outils, les infirmières peuvent leur remettre du matériel de prévention, tel qu'un calendrier pour que la personne âgée reste orientée dans le temps. Puis, après la création d'un plan d'interventions commun, un aide-mémoire peut leur être remis. Dans l'extrait suivant, le fils de Mme Galluci explique comment cet aide-mémoire pourrait leur être utile et la forme qu'il pourrait prendre :

*Fils : Bien, si moi j'étais en discussion avec les infirmières, j'aurais pris des notes. Alors, avec les notes, après on fait un plan d'action [...] Ou comme l'infirmière, ou n'importe qui de l'hôpital nous donne un plan : « c'est ça qu'il faut faire ». Là au moins, on peut s'adapter à ça. Je peux même donner à ma mère le papier, pis elle suit ça.*

*Intervieweuse : Avoir quelque chose, un aide-mémoire, si je comprends bien ?*

*Fils : Oui, oui, parce que pour nous autres, c'est nouveau ça. C'est la première fois dans sa vie qu'elle est opérée, alors c'est nouveau pour nous autres.*

*Intervieweuse : Cet aide-mémoire-là, comment aimeriez-vous qu'il soit ?*

*Fils : Un morceau de papier, comme ça [en montrant l'outil de mise en contexte utilisé pendant l'entrevue], étape par étape, ou quelque chose de visuel comme ça, c'est tout. (D2f, 219-227)*

**Nous montrer au chevet comment faire une intervention.** Lorsqu'ils sont au chevet de la personne âgée, les proches aidants souhaitent être impliqués lorsque l'infirmière effectue un soin ou une intervention de prévention afin de développer leurs habiletés à aider dans un partenariat. Par exemple, plusieurs proches auraient aimé que l'infirmière leur montre comment mobiliser la personne âgée d'une façon sécuritaire. Dans l'extrait suivant, le fils de Mme Galluci témoigne de cet intérêt à participer à une intervention de prévention avec l'aide de l'infirmière.

*Nous, on aimerait que l'infirmière rentre dans la chambre, à la place d'appeler une autre personne pour l'aider, c'est nous qui allons aider l'infirmière pour soulever ma mère, pour lui faire faire des exercices, parce qu'on peut. Ils nous disent « sors dehors », ils appellent d'autre monde, pis ils l'assoient. C'est bon que nous on participe, parce qu'au moins on sait comment la prendre. On ne veut pas juste soulever sa jambe, pis faire du mal. (D2f, 232)*

Ensuite, les proches pensent qu'il serait aidant que l'infirmière prenne le temps de rappeler aux personnes âgées les interventions à faire. Mme Asselin fait part de cette perception en souhaitant que l'infirmière lui rappelle de boire de l'eau, comme son fils le fait lorsqu'il est à son chevet. Puis, il pourrait être aidant que l'infirmière encourage et stimule la personne âgée à réaliser les interventions, tel que le mentionne la fille de Mme Rosa dans cet extrait : « *Donner un peu d'encouragement aux gens qui sont dans le lit. [...] Ils sont confus et ils pensent - Ah, je ne pourrai plus marcher ! Les stimuler, donner un peu d'encouragement dès le début. (D4f, 423)*

**Avoir une approche humaniste pour maintenir un partenariat.** Les proches aidants et surtout les personnes âgées accordent beaucoup d'importance à l'approche humaniste chez l'infirmière pour établir et maintenir un partenariat. Ils souhaitent que l'infirmière prenne le temps de créer un lien de confiance avec eux par des contacts humains et chaleureux. Dans cet extrait, Mme Bussière témoigne avoir manqué de cette approche et explique ce qu'elle aurait plutôt désiré :

*Intervieweuse : Qu'est-ce qui vous a manqué justement à l'hôpital ?*

*Mme Bussière : L'humanité !*

*Intervieweuse : L'humanité, ok.*

*Mme Bussière : L'humanité ! J'étais comme un numéro. J'allais me faire opérer, et puis en sortir, au point final. [...]*

*Intervieweuse : Expliquez-moi, c'est quoi pour vous des soins humanistes ?*

*Mme Bussière : Hum, on ne m'aurait pas parlé de cette façon-là quand j'ai demandé de l'aide. Tsé, je n'étais pas un être humain, j'étais un numéro là. Ils m'avaient placé dans le coin, pis bon, bien, il allait se passer quelque chose avec moi, je ne sais pas. Mais ça, je n'ai pas aimé ça. Le monsieur qui s'est occupé de lui [voisin de chambre], il n'est pas revenu, ni pour lui ni pour moi. J'aurais aimé ça qu'il prenne le temps de me parler de mes problèmes de sommeil (D3p, 288-310)*

Pour les personnes âgées et les proches aidants, l'approche humaniste se reflète chez l'infirmière lorsqu'elle fait preuve de savoir-être et de compassion envers eux, ainsi que lorsqu'elle est attentive et réactive à leurs besoins.

***Faire preuve de savoir-être et de compassion.*** Le savoir-être de l'infirmière est essentiel pour les personnes âgées et les proches aidants. Concrètement, ils apprécient la bonne humeur, la gentillesse, la patience et la douceur. Au contraire, les personnes âgées n'apprécient pas lorsque les soignants sont brusques, tel que le témoigne Mme Asselin : « *Je trouve que les gens sont gentils, sont doux avec nous. Mais en bas, je ne sais pas, un moment donné, il me dit : je t'ai dit que je vais te changer tout à l'heure - (pause). C'est un petit peu rude.* » (D1p, 121-123). Ensuite, les proches aidants tiennent à ce que l'infirmière intervienne et parle d'une façon respectueuse à eux et à la personne âgée. Pour leur part, les personnes âgées ne veulent pas se sentir jugées par une infirmière lors d'une situation plus gênante, telle que pendant les soins d'hygiène. La politesse est aussi essentielle pour eux. Par exemple, ils aiment lorsque l'infirmière prend simplement le temps de se présenter. Lors d'une conversation informelle, le deuxième fils de Mme Galluci explique qu'il a de la difficulté à différencier chaque professionnel sur l'unité, car les soignants ne prenaient pas tous le temps de se présenter. Finalement, les proches aidants souhaitent ressentir de la compassion de la part des infirmières envers les difficultés

qu'ils peuvent rencontrer à l'hôpital. Voici dans l'extrait suivant, Mme Rosa et sa fille qui décrivent le meilleur comportement qu'une infirmière pourrait avoir avec eux :

*Proche : Un peu de compassion puis...*

*Mme Rosa : Compassion.*

*Proche : Et patience*

*Mme Rosa : Patience plus que compassion.*

*Proche : Je pense que la patience c'est vraiment important, il y en avait qui était vraiment patient, oui, il y avait une femme, elle travaillait de 4 h [pm] à minuit, elle était géniale, toujours avec un sourire, toujours souriante, très patiente, on pouvait lui poser la même question 5 fois, elle était toujours souriante et elle nous donnait la réponse 5 fois. (D4p et D4f, 440-450)*

**Être attentive et réactive à nos besoins.** Tous les participants ont accordé de l'importance à ce que l'infirmière soit attentive à leurs besoins et y réponde du mieux qu'elle le peut. Pour leur part, les proches aidants apprécient l'écoute active de l'infirmière lorsqu'ils communiquent des informations sur la situation de santé de la personne âgée ou qu'ils posent des questions. En retour, ils s'attendent à ce que l'infirmière soit réceptive, plutôt que de leur faire ressentir qu'elle est débordée. Par exemple, ils aiment que l'infirmière note les informations transmises quelque part, qu'elle prenne le temps de consulter le dossier de la personne âgée. C'est le cas du fils de Mme Asselin qui a apprécié l'écoute des infirmières lorsqu'il a rapporté ses observations sur des manifestations cliniques de l'EC chez sa mère :

*Ce que j'ai fait, moi, quand il y a eu des délires, par exemple les insectes sur les murs, elle pensait qu'elle s'était fait voler son souper... J'ai appelé l'infirmière pis j'ai dit « Ma mère a essayé de se lever, elle est tombée, elle pense qu'il y a des insectes sur les murs, j'ai montré... ». J'ai tout rapporté pour pas non plus que ça ne reste juste entre moi et elle là. [...] Je pense que c'était la façon de transférer, pis en même temps je sentais qu'il y avait une écoute là, pis ç'a été pris en note qu'elle était tombée. (D1f, 77-81)*

Les personnes âgées sont aussi satisfaites lorsque l'infirmière prend le temps de les écouter et font preuve d'ouverture pour discuter de divers sujets qui ne sont pas toujours en lien avec leurs problèmes de santé. Dans l'extrait suivant, Mme Bussière donne un exemple de ce type de discussion et comment elle se sentait :

*Mme Bussière : L'infirmière de soir qui donne des pilules, elle est pas mal...elle nous parle. On a parlé des problèmes qu'on a eus en voyage, pis elle nous parle de ces problèmes qu'elle a en voyage. Ça, j'aime ça (rires).*

*Intervieweuse : Puis, comment vous sentez-vous dans ce temps-là?*

*Mme Bussière : Je me sens, hum... j'oublie que je suis à l'hôpital (rires). J'oublie que je suis à l'hôpital, pis ça me fait rire, c'est bien. (D3p, 149-151)*

D'une autre part, les personnes âgées souhaitent que l'infirmière les aide à répondre à leurs besoins fondamentaux, tels qu'aller à la toilette. À l'opposé, elles aiment moins le long temps d'attente avant qu'un soignant réponde à leur cloche d'appel. À cet égard, Mme Bussière exprime de la frustration : « *On est là, on est âgé, on est malade, on a besoin de soins et d'attention. Je trouve ça très frustrant.* » (D3p, ligne 176-179). Les proches aidants expriment cette perception, puisqu'ils sont inquiets pour la sécurité de la personne âgée pendant ce temps d'attente. Voici comment la fille de Mme Rosa l'a exprimé dans l'extrait suivant :

*La physiothérapeute lui a dit [à Mme Rosa] : « Qui t'a donné la permission de te lever toute seule ? Et elle [Mme Rosa] a dit : « J'appelle, mais il n'y a personne qui vient pendant la nuit. » [...] Et l'on parle de gens qui se sont fait opérer à la hanche, puis qui sont encore un peu confus et si la personne tombe, c'est qui la responsable ? [...] Au moins qu'ils aillent voir la personne et dire : « Je vais être de retour dans 2 minutes. » (D4f, 460)*

En résumé, ce deuxième thème met en lumière le rôle de l'infirmière pour créer et maintenir un contexte favorable au partenariat de soins avec les personnes âgées et les proches aidants. Elle doit d'abord offrir et évaluer la possibilité d'un partenariat selon la volonté et la disponibilité de chacun. Elle doit aussi prendre l'initiative et le temps d'échanger de l'information avec eux dans le but de diminuer

leurs inquiétudes et d'améliorer leurs connaissances sur l'EC. Si un partenariat est établi, l'infirmière doit utiliser le *coaching* pour les aider à s'impliquer comme partenaire. Toutefois, sans une approche humaniste chez l'infirmière, le partenariat peut difficilement se maintenir; cela représente pour eux une base essentielle.

### **Certaines conditions personnelles et organisationnelles peuvent influencer notre engagement dans un partenariat**

Ce troisième thème se rapporte aux perceptions des personnes âgées et des proches aidants quant aux conditions qui pourraient influencer leur engagement dans un partenariat de soins pour la prévention de l'EC postopératoire. Ils perçoivent que des caractéristiques individuelles et relationnelles dans leur dyade ont une influence, de même que l'environnement de l'unité et les conditions de travail de l'infirmière. Les deux prochains sous-thèmes offrent une description plus détaillée de ces aspects.

**Des caractéristiques individuelles et relationnelles influencent notre engagement.** Des caractéristiques différentes sont perçues entre les personnes âgées et les proches aidants comme pouvant influencer leur engagement dans un partenariat de soins à l'hôpital.

**Caractéristiques des proches aidants.** Selon leurs propos, l'engagement dans un partenariat pour la prévention de l'EC postopératoire impliquerait une grande disponibilité pour les proches. Ils mentionnent que ce n'est pas tous les proches aidants qui peuvent venir visiter régulièrement la personne âgée à l'hôpital et rester plusieurs heures au chevet, et ce, en raison de responsabilités familiales et professionnelles. Ils ont même l'impression que plusieurs personnes âgées n'ont pas du tout de proches pour les soutenir à l'hôpital et au quotidien. Ces conditions sont perçues comme pouvant nuire à la création d'un partenariat. À l'opposé, être à la retraite et habiter à proximité de l'hôpital leur paraissent comme des conditions facilitantes. Dans cet extrait, le fils de Mme Asselin mentionne quelques-unes de ces conditions :

*Fils : J'imagine que dans bien des cas, ça va être juste le personnel de l'hôpital qui va pouvoir s'occuper de ces huit items-là [interventions sur l'image].*



*Intervieweuse : Pourquoi serait-ce plus les infirmières ?*

*Fils : Ah, moi là, dans mon cas, ça ne me dérange pas moi là. Il me demanderait de venir pour des tâches spécifiques, je viendrais, il n'y a pas de problèmes. Mais, hum, je ne pense pas que c'est tout le monde qui peut le faire. La vie étant ce qu'elle est. Déjà, ça me prend une heure aller-retour. Je ne suis quand même pas si loin, mais si elle était à [nom d'un hôpital], ça serait l'enfer d'y aller. Alors, c'est déjà de grosses contraintes. (D1f, 229-234)*

Ensuite, l'état de santé physique et psychologique des proches aidants est perçu comme une condition pouvant influencer leur volonté et capacité à s'engager dans un partenariat de soins. D'une part, des problèmes de santé peuvent nuire à leur implication. Par exemple, lors d'une conversation informelle, le conjoint de Mme Bussière explique avoir une maladie importante. Il dit donc ne pas avoir l'humeur et l'énergie à discuter de l'approche du partenariat de soins, ce qui l'a mené à se retirer de l'étude. Puis, la fille de Mme Rosa explique qu'une grippe l'a obligée à interrompre les visites auprès de sa mère pendant environ cinq jours. D'autre part, le fils de Mme Asselin mentionne qu'un sentiment de fardeau chez les proches aidants peut nuire à la qualité de leur engagement. Tel qu'il le mentionne dans cet extrait, il est facilitant d'être soutenu par un autre proche :

*C'est quand même pas une condition si aiguë que ça, mais moi je trouve ça très difficile, parce que ça m'a complètement absorbé. C'est vrai que j'ai eu une bonne grippe depuis Noël là. [...] Mais, hum, c'est dur. J'en discute avec ma femme, alors j'ai comme un back-up. C'est important d'avoir un soutien là-dedans, de ne pas se décourager si jamais ça persiste et que ça vient que ça prenne plus d'ampleur. (D1f, 293-297)*

L'ouverture du proche aidant à discuter avec une infirmière est ressortie comme une caractéristique individuelle pouvant avoir une influence sur l'engagement dans un partenariat. C'est le cas de Mme Bussière qui imagine mal son conjoint s'impliquer dans l'approche du partenariat, puisque selon ses propos, il n'est pas une personne très ouverte à discuter de sa vie privée.

*Intervieweuse : Comment auriez-vous aimé que votre proche prenne part aux discussions ?*

*Mme Bussière : (silence). Il ne parle pas beaucoup! Il ne parle pas beaucoup, pis hum (court silence), c'est juste ça que je veux dire.*

*Intervieweuse : Ce serait vous qui auriez peut-être plus de choses à dire ?*

*Mme Bussière : C'est moi qui lui pose des questions souvent. (D3p, 255-267)*

Enfin, la qualité de la relation avec la personne âgée peut également influencer l'engagement dans un partenariat. Le fils de Mme Asselin l'exprime ainsi : « *Ce n'est pas toujours positif les relations familiales. Il y a des aspects positifs et des aspects négatifs, pis ça ressort [...]. C'est pour ça que c'est quand même limité ce que les proches aidants peuvent faire, dépendant de chaque cas.* » (D1f, 187)

**Caractéristiques des personnes âgées.** En ce qui concerne les personnes âgées, certaines ont des antécédents de santé qui peuvent influencer leur engagement dans un partenariat de soins. Par exemple, le fils de Mme Asselin explique que l'état cognitif de sa mère est fragile à cause d'un début de maladie d'Alzheimer. Elle a des pertes de mémoire occasionnelles et davantage de difficulté à entrer en relation avec les autres personnes de son environnement. Selon lui, ceci peut nuire à sa capacité d'interagir avec les infirmières dans un partenariat. Pour Mme Rosa, son problème d'aphasie et d'attention augmente sa difficulté à réaliser certaines interventions de prévention, telle que la stimulation intellectuelle (par exemple, discuter, faire des mots croisés, etc.). Ces problèmes découlent d'un AVC qui s'est produit il y a quelques années.

La culture de la personne âgée peut aussi avoir une influence. Deux personnes âgées étaient d'origine italienne et avaient parfois de la difficulté à bien s'exprimer en français, surtout dans les moments où elles étaient plus désorientées. Selon la fille de Mme Rosa, cette différence de langue peut nuire à une communication efficace de ses besoins et de ses difficultés aux infirmières dans un partenariat de soins.

Ensuite, quelques proches aidants ont l'impression que les traits de caractère de la personne âgée peuvent influencer son niveau d'engagement. Selon son fils, Mme Asselin a tendance à être méfiante avec les personnes étrangères et à ne pas être ouverte à parler de ses troubles cognitifs, puisque c'est un sujet tabou pour elle. Pour ces raisons, voici ce que son fils pense : « *Je ne sais pas jusqu'où elle se livrerait avec les gens [en parlant des infirmières], pis si elle serait ouverte à discuter.* » (D1f, 278). À l'opposé, certains traits de caractère peuvent influencer positivement l'engagement de la personne âgée dans un partenariat. C'est le cas de Mme Rosa qui, selon sa fille, a un très fort caractère qui la pousse à être engagée à effectuer les interventions recommandées, tel qu'elle l'exprime dans l'extrait qui suit :

*Elle voulait marcher. Elle a un caractère très fort pour ça et elle a vu une personne marcher dans le couloir et elle a dit je veux être cette personne-là. La femme qui marchait avec une marchette, elle a dit je veux être cette personne-là.* (D4f, 267)

**Les conditions de travail de l'infirmière et l'environnement de l'unité influencent notre engagement.** Autant les proches aidants que les personnes âgées perçoivent que les conditions actuelles dans les hôpitaux ne favorisent pas la création d'un partenariat de soins avec les infirmières. Par ailleurs, une personne âgée a fait une comparaison entre les soins offerts de nos jours et ceux offerts dans le temps des religieuses. Voici comment elle l'exprime dans cet extrait à partir de son expérience répétée dans les hôpitaux :

*P : Moi j'ai été à l'hôpital de bonne heure. Hum, dans ce temps-là, hum, les soins étaient... bien, il y avait moins de monde. [...] On prenait le temps. C'était des religieuses, pis on prenait le temps, tu sais, de s'occuper des malades. Maintenant (court silence), ce n'est plus ça.* (D3p, 312)

Les proches aidants et les personnes âgées sont ambivalents sur la possibilité que les infirmières aient réellement le temps de travailler en partenariat avec eux. Ils ont été témoins de leur charge importante de travail sur l'unité et d'un manque de ressources humaines par rapport à autrefois. Ainsi, ils trouvent que les infirmières ont

très peu de temps pour travailler en partenariat. D'autres conditions de travail chez les infirmières, comme les heures supplémentaires, sont perçues comme pouvant nuire au partenariat. Le fils de Mme Asselin trouve que les infirmières qui travaillent de longues heures semblent avoir plus de difficultés à maintenir leur attention. À titre d'exemple, voici les conditions organisationnelles que Mme Rosa perçoit comme des obstacles à la création et au maintien d'un partenariat de soins à l'hôpital :

*Premièrement, au niveau budgétaire des hôpitaux, parce qu'ils ont tellement de coupures que je ne sais pas s'ils ont assez de « staff » pour mettre quelque chose comme ça en place, de prendre le temps avec chaque patient de s'asseoir et d'expliquer, de rencontrer la famille... parce que ce sont quand même des gens qui travaillent très fort, ils travaillent très, très fort et ils se font tirer dans toutes les directions différentes. Alors, dans un monde parfait, ça [le partenariat], ce serait génial, mais je ne sais pas si les hôpitaux ont les ressources pour faire quelque chose comme ça. (D4f, 480-481)*

De plus, les personnes âgées et les proches aidants pensent que l'environnement physique de l'unité peut avoir une influence sur leur engagement. Un environnement chargé en bruits et en déplacements ne leur paraît pas aidant pour réaliser les interventions. À titre d'exemple, la fille de Mme Rosa trouve que ces conditions nuisent à la promotion du sommeil de sa mère, tel que mentionné dans cet extrait : « *Mais encore une fois, c'est difficile dans un hôpital, parce qu'il y a tellement de bruit, il y a tellement de choses qui se passent que c'est difficile de dormir bien* » (D4f, 335-337). Ils désirent plutôt être dans un environnement calme. Mme Bussière était donc très satisfaite de se retrouver dans une chambre individuelle à la suite de son transfert dans un centre de réadaptation. Voici comment elle l'a exprimé : « *Ah! Je suis contente. Je suis contente parce que j'aime le calme, la tranquillité* » (D3p, 185). Ensuite, pour quelques proches aidants et personnes âgées, la propreté des lieux et le bon état du matériel sont des conditions essentielles pour se sentir bien et effectuer les interventions de prévention d'une façon sécuritaire. À l'opposé, Mme Rosa et sa fille témoignent de leur insatisfaction quant à un environnement qu'elles ont perçu comme étant malpropre :

*Fille : Il y a des fois où est-ce qu'ils lui donnaient des piqûres, et elle avait des problèmes pour s'exprimer, elle avait mal partout, elle disait : « j'ai mal, j'ai mal ». On regardait et il y avait des morceaux de plastique des aiguilles qui étaient laissés dans son lit qui poussait dans sa jambe, la jambe qu'elle a fait opérer. Il y avait des choses qui tombaient à terre et ils ne les ramassaient pas, alors s'il fallait qu'elle se lève pour aller à la salle de bain, il y avait des choses à terre, alors c'était un peu...*

*Intervieweuse : C'est des choses qui vous ont agacées ?*

*Fille : Oui, oui ! Des choses qui maintenant n'arrivent jamais, c'est propre, propre, propre [en parlant de son centre de réadaptation].*

*Intervieweuse : La propreté c'est quelque chose d'important ?*

*Fille : Très.*

*Mme Rosa : Surtout quand on est vieille, vraiment là. (D4f et D4p, 83-88)*

Par rapport aux règlements de l'unité, les heures de visite permises peuvent avoir également une influence. Les proches aidants souhaitent pouvoir visiter la personne âgée en tout temps selon leur disponibilité. La fille de Mme Rosa aimerait même que les chambres soient adaptées pour que les proches aidants puissent rester au chevet pendant la nuit, par exemple, en installant un petit lit pour dormir. Bref, les proches aidants apprécient la flexibilité des infirmières leur permettant d'être présents au chevet de la personne âgée en dehors des heures de visite permises. C'est ce que le fils de Mme Asselin rapporte dans l'extrait suivant :

*Fils : Moi, je n'ai pas respecté les heures de visite. Je suis venu au moment où j'étais libre dans ma journée.*

*Intervieweuse : Est-ce qu'ils vous ont déjà accroché sur les heures de visite?*

*Fils : Non, il n'y a pas de problèmes. Je suis venu quelques fois entre sept et neuf [heure], mais la plupart du temps c'est dans le jour que je viens. Mais, je n'ai pas senti que c'était un problème. (D1f, 244-249)*

Finalement, le roulement du personnel soignant est perçu comme une condition pouvant nuire à la création d'un partenariat de soins avec les infirmières. Selon la fille de Mme Rosa, il serait plutôt facilitant que la personne âgée ait la même

infirmière afin de se référer à une personne dont elle est habituée. Voici comment elle l'explique dans l'extrait ci-dessous :

*Fille : Parce qu'au moins il y aurait eu quelque chose de familier chaque fois qu'elle se réveillait. Parce que toutes les fois, elle regardait la nouvelle infirmière et elle disait pourquoi il y a tous ces étrangers ? Alors au moins, s'il y avait quelque chose de familier, continuel, autre que moi ou [nom de sa sœur], peut-être que ça l'aurait aidé un peu et ça l'aurait calmé un peu plus [...].*

*Intervieweuse : C'est vrai qu'il y a un bon roulement de personnel à l'hôpital.*

*Fille : Oui, oui, un bon roulement de personnel. [...] Il y a les infirmiers, les préposés, il y a plein de gens qui rentrent, qui sortent, qui rentrent, qui sortent, et quand quelqu'un est confus, il voit tous ces gens entrer et sortir et ne comprend plus rien. (D4f et D4p, 127-135).*

En résumé, selon ce troisième et dernier thème, l'engagement des personnes âgées et des proches aidants dans un partenariat est influencé par des conditions personnelles et organisationnelles. Parmi ces conditions, certaines sont facilitantes et d'autres contraignantes.

Pour conclure ce chapitre, tous les résultats présentés permettent de mieux comprendre les perceptions des personnes âgées et des proches aidants quant au partenariat de soins avec l'infirmière pour la prévention de l'EC postopératoire. Plus précisément, ils ont permis de faire ressortir leur volonté variable à s'engager dans ce partenariat, le rôle souhaité de l'infirmière pour créer et maintenir un tel partenariat, ainsi que les conditions qui peuvent faciliter ou nuire à leur engagement. Dans le prochain chapitre, ces résultats seront discutés et confrontés aux savoirs existants.

## **Chapitre 5 : Discussion**

Ce présent chapitre sert à discuter des résultats en lien avec le but de l'étude et les questions de recherche. Premièrement, les thèmes et les sous-thèmes provenant de l'analyse sont confrontés à des écrits empiriques et théoriques afin de faire ressortir les contributions de l'étude. Deuxièmement, les considérations méthodologiques et théoriques sont présentées. Troisièmement, les principales limites de l'étude sont exposées. Finalement, des implications de l'étude pour la recherche, la pratique, la formation, la gestion et le politique sont formulées.

### **Discussion des principaux résultats**

Cette présente étude a comme principale contribution d'offrir une meilleure compréhension des perceptions de personnes âgées et de proches aidants quant au partenariat de soins avec les infirmières pour la prévention de l'EC postopératoire. Dans cette section, les principaux éléments de chacun des trois thèmes qui ont émergé de l'analyse des données sont discutés et mis en contexte par rapport aux savoirs empiriques ou théoriques existants.

### **Nous n'avons pas tous la même volonté à s'engager dans cette nouvelle approche**

Les résultats de ce thème, découlant de la première question de recherche, ont permis de mieux comprendre les perceptions des personnes âgées et des proches aidants quant à s'engager dans un partenariat de soins. Tout d'abord, ces derniers n'ont pas été témoins de cette approche à l'hôpital. Ceci laisse croire que l'approche du partenariat est difficilement mise en œuvre à l'hôpital bien qu'elle puisse être recommandée par l'établissement et par les résultats probants. Les approches de soins qui sont basées sur une perspective de partenariat ne semblent pas encore intégrées de manière visible dans la pratique actuelle des infirmières en raison des défis que cela représente et du besoin d'adapter leur environnement de travail à cette approche (Duhamel, Dupuis, Turcotte, Martinez et Goudreau, 2015).

Même si les personnes âgées et les proches aidants ne sont pas habitués à l'approche du partenariat de soins, ils peuvent quand même décrire ce que le terme signifie pour eux et ce qu'ils attendent de leurs soins. Ceci est également rapporté



dans l'étude phénoménologique de Marshall et al. (2012) dont le but était d'explorer la compréhension et la conceptualisation de l'approche de soins centrée sur le patient à partir de la perspective des patients sur une unité de chirurgie. Ces auteurs se sont appuyés sur le fait que les approches de soins sont surtout définies par des professionnels et des chercheurs en mettant l'accent sur la prise de décisions partagée d'un point de vue médical et de la sécurité des patients d'un point de vue organisationnel. Les participants de leur étude pensaient plutôt à l'approche de soins centrée sur le patient en matière de relation avec les soignants (Marshall et al., 2012). Ces résultats rejoignent la façon dont les personnes âgées et les proches aidants de notre étude ont défini l'approche du partenariat de soins pour la prévention de l'EC postopératoire. De façon générale, ils la perçoivent comme une relation d'entraide avec les infirmières, c'est-à-dire d'agir en commun. De plus, les objectifs d'un partenariat décrits par les professionnels et les chercheurs paraissent souvent plus complexes que ce que les personnes âgées et les proches aidants veulent retirer d'un partenariat. Par exemple, le RUIS mentionne que le partenariat de soins et de services « favorise l'autodétermination du patient, une prise de décisions libres et l'atteinte de résultats de santé optimaux » (p.11) (Comité sur les pratiques collaboratives et la formation interprofessionnelle, 2014). En comparaison, les personnes âgées et les proches aidants se réfèrent plutôt à des principes fondamentaux, tels que la perception d'un bien-être physique et psychologique. Ceci démontre bien l'importance de tenir compte de leur langage et de leur perspective pour définir des approches de soins qui les concernent directement.

Ensuite, le partenariat de soins a été perçu par les personnes âgées et les proches aidants de notre étude comme étant une approche pertinente pour faciliter la mise en œuvre des interventions de prévention de l'EC. Dans les écrits, la pertinence des interventions de partenariat a surtout été évaluée de façon quantitative et en termes d'efficacité clinique pour réduire l'incidence de l'EC chez les personnes âgées dans différents contextes de soins (Black, Boore et Parahoo, 2011; Boltz, Resnick, Chippendale et Galvin, 2014; Martinez et al., 2012). Pour leur part, Rosenbloom-Brunton et al. (2010) ont intégré un volet qualitatif à leur étude pilote visant à évaluer

la faisabilité d'impliquer des proches aidants dans un programme d'interventions de prévention de l'EC. Selon leurs résultats, le partenariat de soins était perçu par les familles comme un processus relationnel facilitant leur participation à des interventions non pharmacologiques. En plus des perceptions de proches, notre étude a aussi permis d'intégrer les perceptions de personnes âgées quant à la pertinence de l'approche. Ces dernières trouvent que les interventions de prévention sont importantes à mettre en place pour leur bon rétablissement après une chirurgie, telles que la bonne hydratation et la mobilisation précoce, et qu'un partenariat leur permettrait de ne pas oublier de les faire.

Cependant, est-ce que les personnes âgées et les proches aidants ont réellement la volonté de s'engager dans un partenariat de soins en contexte de soins aigus ? Notre étude apporte une contribution nouvelle en présentant une volonté variable à s'engager dans un tel partenariat chez les personnes âgées, en comparaison avec les proches aidants qui étaient tous intéressés. Dans la littérature, les écrits sur le partenariat sont essentiellement de nature théorique et conceptuelle en décrivant les facteurs pouvant influencer la volonté des patients et des proches aidants à s'engager (Carman et al., 2013; Comité sur les pratiques collaboratives et la formation interprofessionnelle, 2014; Hill et al., 2014). Toutefois, ces écrits ne permettent pas de mieux comprendre leur volonté en tant que telle, ce que notre étude a permis de faire ressortir. Ces différentes volontés sont discutées plus en détail dans les paragraphes qui suivent.

Notre étude a permis d'établir que les proches aidants souhaitent grandement participer à la prévention de l'EC en partenariat avec les infirmières. Cet intérêt a également été démontré dans d'autres études qualitatives, telles que celle de Smithburger, Korenoski, Alexander et Kane-Gill (2017). Ces auteurs ont étudié les attitudes et les perceptions de proches aidants à l'égard de leur participation à la prévention de l'EC sur une unité de soins intensifs. Leurs résultats mettent en évidence leur désir d'être présents au chevet pour participer à des interventions non pharmacologiques et pour soutenir émotionnellement la personne âgée. Cependant, notre étude a permis d'obtenir plus de résultats sur les bénéfices qui motivent les

proches aidant à participer aux interventions de prévention, soit d'éviter les lourdes conséquences de l'EC chez la personne âgée, de se sentir plus soutenu en tant que proche aidant et de pouvoir aider les infirmières.

Les personnes âgées n'ont pas toutes la même volonté à s'engager dans un partenariat de soins. Elles peuvent être intéressées, ambivalentes ou indifférentes. Dans les écrits, les chercheurs ont surtout documenté les préférences variables des patients en matière de participation aux prises de décisions cliniques (Doherty et Doherty, 2005; Levinson, Kao, Kuby et Thisted, 2005; Murray, Pollack, White et Lo, 2007; Say, Murtagh et Thomson, 2006), dont certains visaient spécifiquement les personnes âgées (Ekdahl, Andersson et Friedrichsen, 2010; Lechner et al., 2016). Toutefois, dans ces écrits, le concept de *participation aux prises de décisions cliniques* a surtout été étudié par des médecins et ne définit pas l'approche du partenariat dans sa globalité. En fait, selon Hill et al. (2014), la participation aux prises de décisions cliniques est une étape, parmi d'autres, pour opérationnaliser un partenariat. Ainsi, notre étude permet de mieux comprendre la volonté des personnes âgées à s'engager dans un partenariat de façon plus globale. La majorité d'entre elles n'ont pas exprimé la volonté d'avoir un rôle actif, mais ont clairement manifesté le désir d'établir une bonne relation et communication avec les infirmières. Ceci rejoint étroitement les constats de Bastiaens, Van Royen, Pavlic, Raposo et Baker (2007). Ces auteurs ont exploré de façon qualitative les perceptions de 406 personnes âgées quant à leur participation aux soins. Ces dernières souhaitent être impliquées, mais pas de la façon correspondant à la définition conventionnelle de leur *participation aux soins* selon laquelle le rôle actif, l'autonomie et les prises de décisions sont centraux. Elles veulent plutôt s'impliquer dans une relation de confiance où les soignants leur consacrent du temps pour discuter et leur communiquent des informations essentielles pour mieux comprendre leur situation de santé (Bastiaens et al., 2007).

Par ailleurs, les résultats de notre étude peuvent laisser croire que les personnes âgées, en comparaison avec leurs proches aidants, maintiennent une vision plus paternaliste des soins où les professionnels de la santé sont des experts.

Certaines doutent de leur capacité cognitive et de leurs compétences personnelles à prendre part à une telle approche. Les personnes âgées de l'étude menée par Ekdahl et al. (2010) semblaient même percevoir l'hôpital comme une sorte d'*institut de pouvoir* en matière de compétences et de hiérarchie. Pour elles, il n'était pas possible de discuter ni d'être en désaccord avec les professionnels de la santé en qui elles ont grandement confiance. Ces perceptions peuvent découler du fait que les personnes âgées ont fait partie d'une société où le modèle médical était très paternaliste en comparaison avec les soins centrés sur le patient qui sont actuellement encouragés (Doherty et Doherty, 2005). L'âgisme pourrait également être responsable de ces perceptions contraignantes. Ce processus social est défini comme un stéréotype et une discrimination à l'égard des personnes âgées en raison de leur vieillissement (Wilson et al., 2017). Parfois, les personnes âgées peuvent internaliser cet âgisme, ce qui semble être le cas chez les personnes âgées de notre étude qui ont une perception d'elles-mêmes plutôt négative quant à leurs capacités à s'impliquer dans les soins en partenariat avec les infirmières. Cela rejoint également une des conséquences de l'âgisme, soit le développement d'une impuissance acquise chez les personnes âgées (Bourbonnais et Ducharme, 2010).

Somme toute, les personnes âgées et les proches aidants perçoivent le partenariat de soins comme une approche pertinente pour améliorer la prévention de l'EC et leur bien-être. Cependant, ils ne souhaitent pas tous s'impliquer de la façon décrite dans les écrits, soit en adoptant un rôle actif et autonome. Ils pensent plutôt à l'approche du partenariat sur le plan d'une relation d'entraide.

### **L'infirmière doit créer précocement un contexte favorable au partenariat par des interactions répétées et humanistes**

Les résultats de ce thème découlent de la deuxième question de recherche. Ils ont mis en évidence l'importance du rôle de l'infirmière pour créer un contexte qui favorise l'engagement des personnes âgées et des proches aidants dans un partenariat de soins pour la prévention de l'EC. Il s'agit d'un processus continu qui doit être amorcé précocement par l'infirmière et qui doit être maintenu par des interactions répétées et une approche empreinte d'humanisme. Les proches aidants

souhaitent même que ce processus soit enclenché avant la chirurgie lorsque la situation de santé de la personne âgée le permet. Les prochains paragraphes discutent à quoi les personnes âgées et les proches aidants s'attendent concrètement des infirmières pour créer un contexte favorable au partenariat.

Notre étude apporte une contribution nouvelle aux connaissances en expliquant comment les personnes âgées et les proches aidants souhaitent que l'infirmière amorce un partenariat de soins avec eux à l'hôpital. Dans la littérature, les écrits sur le partenariat de soins portent surtout sur la conceptualisation de l'approche (Carman et al., 2013; Hill et al., 2014), les compétences clés à développer chez les professionnels (Comité sur les pratiques collaboratives et la formation interprofessionnelle, 2014) et les stratégies pour favoriser l'engagement des proches aidants (Rosenbloom et Fick, 2014). Les connaissances provenant de ces écrits sont pertinentes, mais ne guident pas les infirmières sur la façon concrète d'établir un partenariat de soins. Les résultats de notre étude permettent d'enrichir les connaissances à ce sujet. Lors d'une rencontre initiale, les personnes âgées et les proches aidants souhaitent que l'infirmière démontre de l'intérêt à mieux comprendre leur expérience de santé et les difficultés qu'ils rencontrent. Ensuite, au moment opportun, elle peut leur offrir la possibilité d'un partenariat et évaluer la volonté de chacun d'en prendre part ou non. Si ce partenariat est souhaité, elle peut poursuivre en évaluant la disponibilité des proches aidants à partir de la fréquence et du temps de leurs visites au chevet de la personne âgée. Ces préalables sont nécessaires avant d'opérationnaliser le partenariat.

Après avoir amorcé un partenariat, l'infirmière doit continuer de prendre le temps d'échanger de l'information avec les personnes âgées et leurs proches aidants en ouvrant le dialogue et en proposant des sujets de discussion. Toutefois, selon nos résultats, il semble exister un manque de communication prééminent avec les infirmières. Ceci représente une grande source d'insatisfaction pour les personnes âgées et les proches aidants. Pourtant, une communication réciproque est définie dans plusieurs écrits comme une composante clé pour favoriser l'implication des personnes âgées (Bastiaens et al., 2007; Ekdahl et al., 2010) et des proches aidants

dans les soins (Clissett, Porock, Harwood et Gladman, 2013; Rosenbloom-Brunton et al., 2010; Rosenbloom et Fick, 2014; Smithburger, Korenoski, Alexander, et al., 2017). Notre étude a permis de définir clairement ce qu'ils souhaitent recevoir comme informations de la part de l'infirmière et ce qu'ils souhaitent à leur tour lui communiquer (voir Tableau 14 dans les résultats).

Les résultats de notre étude révèlent un manque de connaissances sur l'EC tant chez les personnes âgées que chez les proches aidants. Comme rapporté dans d'autres écrits, ils souhaitent donc recevoir de l'information sur l'EC (Partridge et al., 2013; Toye et al., 2014), tel que sur sa nature réversible, les facteurs de risques et les interventions de prévention et de gestion de ce problème. Ensuite, les proches aidants veulent échanger différents types d'information avec les infirmières. Clissett et al. (2013) expliquent que ce besoin est en fait une stratégie pour assurer leur rôle d'*advocacy* et mieux comprendre comment s'impliquer dans les soins de la personne âgée en partenariat avec les infirmières. De surcroît, les proches aidants de notre étude ont exprimé un besoin peu abordé dans les écrits, soit celui de mieux comprendre comment interagir avec une personne âgée plus fragile sur le plan cognitif. Plus spécifiquement, ils souhaitent que l'infirmière leur explique comment parler avec une personne âgée manifestant des symptômes de confusion et comment la recadrer lors de comportements risqués. Quant aux personnes âgées, elles semblent avoir un besoin moins important de recevoir de l'information de la part des infirmières. Elles désirent surtout avoir la chance d'exprimer leurs besoins et leurs sentiments à l'égard de leur expérience de santé à l'hôpital, ce qui concorde avec les résultats de l'étude qualitative d'Ekdahl et al. (2010).

Ensuite, les résultats montrent un nouvel aspect, soit le souhait de proches aidants et de personnes âgées à *faire avec* l'infirmière et se sentir plus en confiance pour collaborer aux interventions de prévention de l'EC. Pour ce faire, l'infirmière doit mettre de l'avant sa compétence de *coaching* et devenir un modèle de rôle pour eux. Selon Bennett, Coleman, Parry, Bodenheimer et Chen (2010) le *coaching* est une façon d'aider les patients à acquérir les connaissances, les habiletés, les outils et la confiance nécessaires pour devenir des participants actifs dans leurs soins. Pour ce

faire, Lenzen, Daniels, van Bokhoven, van der Weijden et Beurskens (2018) précisent que l'infirmière doit, entre autres, formuler avec les patients des objectifs et des actions à l'égard d'un problème de santé, les documenter, adapter la planification des actions à leur situation et les ajuster, au besoin, selon les progrès ou les difficultés rencontrées. Ces différents éléments du *coaching* étaient souhaités par les personnes âgées et les proches aidants de notre étude afin de développer leurs habiletés à s'impliquer dans la prévention de l'EC. Plus concrètement, ils souhaitent bénéficier des éléments suivants avec l'infirmière : 1) création d'un plan d'interventions commun et personnalisé à la personne âgée avec la formulation d'objectifs précis; 2) recevoir des outils pour les aider à participer aux interventions (par exemple, aide-mémoires, matériel de prévention); 3) être impliqués lors d'une intervention au chevet en recevant des encouragements; et 4) effectuer des « rapports de collaboration » pour faire un suivi des évaluations et des interventions effectuées. Dans la littérature, Mailhot et al. (2017) se sont intéressés à une approche ressemblant à celle du *coaching* auprès de proches aidants pour la gestion de l'EC postopératoire à la suite d'une chirurgie cardiaque. Dans leur intervention, une infirmière agissait à titre de mentor en fournissant aux proches aidants des informations et des conseils sur la gestion de l'EC. Les résultats de leur étude pilote randomisée ont permis de démontrer la faisabilité de leur approche et des effets préliminaires, tels qu'une diminution de l'anxiété et une amélioration du sentiment d'auto-efficacité chez les proches aidants. Ces résultats ressemblent étroitement aux effets souhaités par les personnes âgées et les proches aidants de notre étude en lien avec le travail en partenariat. L'intervention de Mailhot et al. (2017) s'appliquait à la gestion de l'EC, tandis que notre étude ciblait la prévention de ce problème. Ainsi, les stratégies de partenariat pourraient possiblement être pertinentes même dans les situations où l'EC ne pourrait être prévenu.

Néanmoins, à travers toutes ces manières de favoriser leur engagement dans un partenariat de soins, les personnes âgées et les proches aidants accordent essentiellement de l'importance à l'approche humaniste de l'infirmière. Cet élément représente pour eux une base essentielle à la création et au maintien d'un partenariat

de soins en cours d'hospitalisation. Les personnes âgées et les proches aidants perçoivent cette approche lorsque l'infirmière fait preuve de savoir-être (par exemple, gentillesse, patience, douceur, respect, politesse), de dévouement et de compassion. De plus, ils apprécient grandement son écoute active et sa réactivité face à leurs besoins exprimés. Dans l'étude de Rosenbloom-Brunton et al. (2010), des proches aidants perçoivent que ces habiletés sont nécessaires pour établir une relation thérapeutique avec eux, laquelle facilite leur engagement dans un partenariat de soins pour la prévention de l'EC. Les résultats de notre étude révèlent que cette relation thérapeutique est d'autant plus importante pour les personnes âgées qui côtoient les infirmières plus régulièrement que les proches. Malheureusement, les personnes âgées et les proches de notre étude ont été témoins d'une pratique déshumanisante à certains moments durant leur séjour à l'hôpital. La déshumanisation en contexte de soins de santé peut avoir plusieurs conséquences importantes telles qu'un sentiment de vulnérabilité, une diminution de la satisfaction envers les soins reçus, une diminution du bien-être et de la passivité (Avoine, 2012). Ainsi, une pratique déshumanisante chez les infirmières ne favoriserait pas la création d'un partenariat de soins avec les personnes âgées et les proches aidants.

Compte tenu de ce qui précède, un des apports importants de notre étude est d'appuyer l'importance d'intégrer une perspective relationnelle et humaniste aux modèles théoriques qui guident les professionnels de la santé, dont les infirmières, dans la création de partenariat de soins avec les patients et leurs proches aidants. La plupart des modèles existants dans la littérature n'intègrent pas cette perspective de façon claire et distincte (Carman et al., 2013; Comité sur les pratiques collaboratives et la formation interprofessionnelle, 2014; Hill et al., 2014). Cette conclusion est alignée avec la vision des soins infirmiers en gérontologie de Nolan, Davies, Brown, Keady et Nolan (2004). Ces auteurs soulignent l'importance des relations entre les personnes âgées plus vulnérables, les proches aidants et les soignants pour offrir des soins humains et ainsi mieux répondre à leurs besoins individuels.



## **Certaines conditions personnelles et organisationnelles peuvent influencer notre engagement dans un partenariat**

Les résultats de ce thème découlent de la troisième question de recherche. Ils permettent de constater qu'il n'existe pas de portrait « typique » de personnes âgées et de proches aidants qui désirent assurément s'engager dans un partenariat de soins pour la prévention de l'EC postopératoire. C'est plutôt le résultat d'une relation complexe entre différentes conditions personnelles, relationnelles et organisationnelles, dont certaines sont facilitantes et d'autres contraignantes. Selon Carman et al. (2013), ces différentes conditions peuvent influencer la motivation, la volonté et la capacité des patients et des proches à s'engager dans les soins. Dans la littérature, les chercheurs ont surtout eu l'intérêt de mieux comprendre les barrières et les éléments facilitant l'implication des patients dans les prises de décisions cliniques (Bastiaens et al., 2007; Ekdahl et al., 2010; Joseph-Williams, Elwyn et Edwards, 2014; Say et al., 2006). Dans ces écrits, on y retrouve des caractéristiques de patients (par exemple, l'état de santé) et des facteurs organisationnels (par exemple, la charge de travail) qui rejoignent les perceptions des participants de notre étude quant aux conditions pouvant influencer leur engagement dans un partenariat. Toutefois, notre étude permet de faire ressortir ce que les personnes âgées et les proches aidants perçoivent de plus influent.

Pour les conditions personnelles, les proches aidants ont mis beaucoup d'accent sur leur disponibilité. Par exemple, être à la retraite et habiter à proximité de l'hôpital leur permet d'être plus disponibles pour travailler en partenariat avec les infirmières. Pour les personnes âgées, l'état de santé de base est considéré comme une importante condition pouvant influencer leur engagement. À cet égard, Lechner et al. (2016) indiquent que les personnes âgées avec plusieurs comorbidités préfèrent souvent avoir un rôle plus passif en comparaison avec celles n'en ayant aucune. Les résultats de notre étude révèlent que ce n'est pas toujours le cas, car la personne âgée qui ne désirait pas travailler en partenariat avec les infirmières n'avait aucun problème de santé chronique connu. L'état de santé semble plutôt avoir une influence sur le niveau de difficulté à s'impliquer dans les soins. Par exemple, la

personne âgée ayant des séquelles d'un AVC désirait grandement s'impliquer dans les soins, mais disait avoir davantage besoin d'aide pour certaines interventions. Notre étude a permis de constater que l'état de santé des proches aidants peut également être précaire et influencer leur engagement. Ils peuvent eux aussi être des personnes âgées plus fragiles, par exemple, lorsque c'est un conjoint ou une amie.

Puisque la dyade était l'unité d'analyse, l'étude a permis de considérer l'influence de certaines conditions relationnelles entre les personnes âgées et leurs proches aidants. Cet aspect est peu abordé dans les écrits, c'est-à-dire qu'ils s'intéressent surtout aux conditions perçues par des patients ou des proches aidants de façon individuelle. En plus, selon plusieurs études, l'adaptation d'un individu à un problème de santé ne résulte pas seulement de ses traits personnels, mais aussi de ses interactions familiales (Duhamel, 2015). Dans notre étude, la qualité de la relation entre les personnes âgées et les proches aidants semblait avoir une influence, ce qui rejoint les propos de Hill et al. (2014). Par exemple, une dyade en particulier dégagait une grande relation de réciprocité et de complicité où l'on sentait qu'un partenariat de soins était déjà établi entre eux pour assurer le bien-être de la personne âgée. Cette condition relationnelle semblait influencer positivement leur volonté à s'engager ensemble dans un partenariat avec les infirmières.

Ensuite, les perceptions quant aux conditions environnementales du milieu ont été peu documentées dans les écrits, mais nos résultats rejoignent ceux de l'étude de Rosenbloom-Brunton et al. (2010). Selon ces auteurs, un environnement calme dans lequel il y a suffisamment d'espace et d'intimité est considéré comme un élément facilitant l'implication des proches aidants dans les interventions de prévention de l'EC. Les résultats de notre étude révèlent que cet aspect est aussi important pour que les personnes âgées se sentent bien. À l'opposé, Park et Song (2005) rapportent que les personnes âgées perçoivent qu'un environnement bruyant, un mauvais éclairage et une température inconfortable peuvent nuire à une bonne communication avec les infirmières. Les personnes âgées de notre étude ont également accordé beaucoup d'importance à la propreté de leur chambre et à l'état du matériel pour se sentir bien et en sécurité lors d'interventions de prévention.

Cependant, autant les personnes âgées que les proches aidants perçoivent que les conditions actuelles dans les hôpitaux ne favorisent pas la création de partenariat. Comme certains écrits le rapportent, les heures de visites restreintes (Hill et al., 2014) et le roulement de personnel (Doherty et Doherty, 2005; Ekdahl et al., 2010) font partie de ces conditions. Toutefois, la condition que les personnes âgées et les proches aidants perçoivent comme étant la plus contraignante est le manque de disponibilité chez les infirmières relié à leur charge de travail importante. Une ambivalence est présente quant au fait que les infirmières aient réellement le temps de discuter avec eux de façon significative. La surcharge de travail chez les infirmières et ses conséquences sur la qualité des soins auprès des patients hospitalisés sont bien documentées dans les écrits (Ball, Murrells, Rafferty, Morrow et Griffiths, 2014; Duffield et al., 2011; MacPhee, Dahinten et Havaei, 2017; Weissman et al., 2007). Toutefois, notre étude contribue à dénoncer ces conditions de travail à partir du regard des personnes âgées et des proches aidants. Ces derniers s'imaginent difficilement l'application de l'approche du partenariat de soins qui aurait le potentiel d'améliorer la qualité et la sécurité des soins en période postopératoire. Tout compte fait, plusieurs conditions personnelles et organisationnelles hors du contrôle des personnes âgées et des proches aidants peuvent entraîner des défis à leur engagement dans un partenariat avec les infirmières.

Pour conclure, cette discussion des thèmes fait ressortir les principales contributions de l'étude qui enrichissent les savoirs existants dans les écrits. Les résultats ont permis de mieux comprendre les volontés variables des personnes âgées et des proches aidants à s'engager dans un partenariat, lesquelles ne font pas toujours référence à un rôle actif et autonome. Il est particulièrement pertinent de constater que leurs attentes envers les infirmières pour créer un partenariat se rattachent surtout à des actions simples et humanistes, telles que prendre le temps de se présenter, interagir en douceur et faire preuve d'écoute active pour répondre à leurs besoins. Le *coaching* demeure aussi une compétence essentielle à mettre de l'avant chez l'infirmière pour développer les habiletés et la confiance des personnes âgées et des proches aidants à s'impliquer dans les soins selon leur volonté.

Néanmoins, ces derniers ne sont pas indifférents à la charge de travail importante des infirmières à l'hôpital qui rend plus difficile la création de partenariat de soins.

### **Considérations méthodologiques**

Plusieurs composantes méthodologiques de notre étude méritent d'être considérées, soit la pertinence du devis de recherche, l'échantillonnage, ainsi que les méthodes de collecte et d'analyse des données. Leur pertinence pour atteindre le but de l'étude et répondre aux questions de recherche est discutée.

#### **Pertinence du devis de recherche**

Jusqu'à ce jour, très peu d'études semblent avoir tenu compte de la perspective des personnes âgées et des proches aidants pour étudier le phénomène du partenariat de soins, et encore moins pour la prévention de l'EC postopératoire. L'étude de cas multiples, comme méthode de recherche qualitative, a permis d'obtenir une meilleure compréhension de ce phénomène peu connu à partir des perceptions de dyades, incluant chacune une personne âgée et son proche aidant. Il a été très pertinent de définir chaque cas comme une dyade plutôt qu'un seul individu afin d'augmenter la richesse et la cohérence des données. Dans un éditorial récent, Neupert et Carr (2018) mentionnent que les recherches qui s'intéressent aux expériences d'individus au sein d'une dyade, plutôt que centrées sur un seul individu, sont considérées comme une innovation méthodologique en gérontologie et une avancée en recherche psychosociale. Chamahian, Balard et Caradec (2016) précisent que de réaliser des entretiens avec des personnes âgées, en parallèle avec leurs proches aidants, permet de « croiser les regards portés sur la situation et de l'appréhender dans sa globalité et sa complexité » (p.242). En effet, les perceptions des personnes âgées quant au phénomène à l'étude permettaient de comprendre de façon complémentaire celles des proches aidants, et vice-versa. D'autant plus que les relations familiales ont une influence importante sur les croyances, les attitudes et les comportements de chacun liés à la gestion d'une problématique de santé (Duhamel, 2015). Ensuite, en se fondant sur l'approche constructiviste de Stake (1995), il a été possible de considérer l'influence du contexte dans lequel se

trouvaient les dyades au moyen de l'évaluation d'artéfacts physiques, de conversations informelles et de notes de terrain. La considération de ce contexte a été pertinente, entre autres, pour mieux comprendre les conditions pouvant faciliter ou nuire à l'engagement des personnes âgées et proches dans un partenariat.

Comme autre considération méthodologique, cette étude a permis de donner une voix à des personnes plus vulnérables de notre société, soit des personnes âgées plus fragiles sur le plan cognitif. Cette population est souvent exclue des projets de recherche qui les touchent à cause des défis méthodologiques que leur participation implique (Liamputtong, 2011) et à cause de croyances contraignantes selon lesquelles les personnes pouvant avoir des atteintes cognitives sont automatiquement inaptes et incapables d'exprimer un point de vue sur leur expérience (Chamahian et al., 2016). Pourtant, il est important de les inclure davantage et de leur offrir la possibilité de s'exprimer sur les problèmes qui les affectent, au même titre que les personnes vivant d'autres situations de santé complexes (Digby, Lee et Williams, 2016). Pour pallier, les chercheurs ont tendance à se référer seulement aux proches aidants de ces personnes (Lloyd, Gatherer et Kalsy, 2006). Le devis de recherche de cette étude a permis d'inclure quatre personnes âgées fragiles sur le plan cognitif, en plus de leur proche aidant. Parmi celles-ci, une personne âgée était atteinte d'un trouble neurocognitif léger et une autre avait des difficultés à s'exprimer et à maintenir son attention à cause des séquelles d'un AVC. En incluant ces personnes âgées, l'étude a respecté un principe éthique important en recherche, soit celui de la justice et de l'équité. En effet, dans l'énoncé de politique des trois conseils, l'article 4.7 indique que : « Les personnes ou les groupes qui peuvent se retrouver en situation de vulnérabilité dans le contexte d'un projet de recherche ne devraient être ni intégrés indûment au projet ni automatiquement exclus en raison de leur situation » (Conseil de recherches en sciences humaines du Canada et al. 2014, p.58). De cette façon, il est nécessaire de considérer la personne âgée plus fragile sur le plan cognitif comme une *informatrice* pouvant témoigner de son expérience plutôt qu'une *malade* à soigner ou accompagner (Chamahian et al., 2016). Pour cette étude, les personnes âgées ayant

vécu un EC postopératoire ont été des informatrices essentielles pour mieux comprendre le phénomène du partenariat de soins, en dyade avec leur proche.

## Échantillonnage

La stratégie d'échantillonnage intentionnelle par critères de Patton (2002) a permis de recruter des personnes âgées et des proches aidants qui ont partagé des perceptions pertinentes pour atteindre le but de l'étude. Toutefois, il a été difficile d'identifier des personnes âgées et des proches aidants répondant à tous les critères de sélection. Pour plusieurs personnes âgées, les épisodes d'EC persistaient, accompagnés d'un trouble neurocognitif sévère. Pour les proches aidants, leur disponibilité pouvait être limitée à cause de leurs responsabilités familiales et professionnelles. Ainsi, la période de recrutement s'est avérée plus longue que prévu, mais a donné du temps à l'étudiante-chercheuse pour respecter le processus circulaire et itératif entre l'échantillonnage, la collecte et l'analyse des données. Malgré les difficultés rencontrées, la stratégie d'échantillonnage était faisable et pertinente. Les efforts déployés ont permis d'inclure une population vulnérable rarement incluse dans les études. Les prochains paragraphes critiquent de façon plus précise certains critères de sélection des personnes âgées et des proches.

Le critère de sélection indiquant que les personnes âgées devaient *avoir vécu un épisode d'EC postopératoire* s'est avéré aidant. En effet, les personnes âgées semblaient avoir plus de facilité à partager leurs perceptions à partir d'une expérience vécue et à mieux comprendre la pertinence d'un partenariat de soins. Il a aussi été convenable de spécifier qu'elles devaient *être hospitalisées ou avoir été hospitalisés dans le dernier mois* afin qu'elles puissent se remémorer plus facilement de la période d'hospitalisation avant, pendant et après leur épisode d'EC. Par exemple, l'une des personnes âgées a été rencontrée une vingtaine de jours après la résolution de son EC et était dans un centre de réadaptation. Elle avait parfois de la difficulté à se souvenir de son épisode d'EC et des événements qui s'étaient déroulés à l'hôpital. Cette situation laisse croire qu'après un mois, il serait difficile pour les personnes âgées de partager leurs perceptions d'une façon claire et valide.

De plus, il a été pertinent de faire appel au jugement clinique de l'étudiante-chercheuse et à celui des infirmières pour s'assurer de la résolution de l'EC chez les personnes âgées et de leur capacité à participer à l'étude. Le choix de ne pas utiliser un outil clinique pour évaluer leur capacité cognitive, tel que le *Mini-Mental State Examination* (MMSE), a été juste. Cela aurait pu contribuer à exclure des personnes âgées ayant la capacité de consentir à l'étude et de partager leurs perceptions malgré un score défavorable. Chamahian et al. (2016) dénoncent bien cette tendance en recherche auprès de personnes ayant la maladie d'Alzheimer. Dans la citation suivante, leurs constats peuvent aussi se transposer aux personnes âgées ayant développé un EC postopératoire, puisque leur état cognitif est également fragile :

De nombreuses recherches en santé continuent d'appliquer le « filtre » d'un test cognitif pour juger de l'inclusion d'un participant. Pourtant, lorsqu'il s'agit de comprendre le sens de ce que signifie vivre « avec » une maladie d'Alzheimer, orienter la recherche vers les personnes malades devient essentiel afin de dépasser les stéréotypes sociaux. (p. 232)

Quant aux critères de sélection pour les proches aidants, il a été pertinent d'inclure ceux qui *fournissent le soutien physique et affectif à la personne âgée*, en ne se limitant pas seulement aux liens familiaux. En fin de compte, ce sont tous des enfants de la personne âgée qui ont été recrutés, mais l'amie d'une personne âgée faisait partie d'autres participants potentiels. Ensuite, le critère qui précisait que les proches devaient *avoir été présents lors de l'EC de leur proche âgé* a été plutôt restreignant, puisqu'il réduisait le bassin de participants potentiels. Dans le contexte réel, il est possible que les proches aidants ne soient pas toujours présents au moment même de l'épisode d'EC, ce qui ne veut pas dire qu'ils ne sont pas au courant ou impliqués. Enfin, une ambivalence est présente quant à la pertinence du critère qui visait à exclure les *proches aidants dont l'état de santé était précaire*. D'un côté, un état de santé précaire aurait augmenté la complexité de leur collaboration à l'étude, comme cela a été le cas avec le conjoint de Mme Bussière qui a dû se retirer de l'étude en raison d'une maladie. D'un autre côté, ce critère a pu contribuer à exclure des proches aidants souhaitant participer à l'étude malgré leur problème de

santé. Certes, il aurait été pertinent de préciser davantage la nature de la précarité qui devait mener à exclure un proche aidant de l'étude.

### **Méthode de collecte des données**

L'utilisation de diverses méthodes de collecte de données a été pertinente pour mieux comprendre les perceptions des personnes âgées et des proches aidants quant au phénomène à l'étude. Pour l'entrevue semi-dirigée, il a été approprié de laisser le choix aux personnes âgées et aux proches aidants de la réaliser individuellement ou en dyade. En effet, une personne âgée a préféré réaliser l'entrevue avec son proche pour la rassurer et l'aider à répondre aux questions. En plus, cette entrevue en dyade a fait émerger des données pertinentes quant à la réciprocité de leur relation, ce qui peut avoir une influence sur leurs perceptions à s'engager dans un partenariat. Puis, la réponse de chacune semblait enrichir la réponse de l'autre et donner des idées auxquelles elles n'avaient peut-être pas pensé. À l'opposé, un proche aidant a préféré réaliser l'entrevue individuellement, car selon lui, son proche âgé aurait limité son discours par peur de l'inquiéter.

Les entrevues semi-dirigées ont été une méthode particulièrement flexible pour inclure la perspective des personnes âgées. Toutefois, plusieurs enjeux et défis méthodologiques ont été rencontrés. Premièrement, il a été essentiel d'obtenir le consentement de la personne âgée en tenant compte de sa capacité à prendre la décision de participer ou pas à la recherche (Lloyd et al., 2006). Cela a demandé d'effectuer une rencontre préliminaire avec la personne âgée pour discuter de sa situation en général et pour lui présenter l'ensemble des informations du formulaire de consentement. En discutant avec la personne âgée, cela a été un moment opportun pour évaluer sa capacité à comprendre, retenir l'information, tenir une discussion, tout en commençant tranquillement à construire un lien de confiance. Deuxièmement, après avoir obtenu le consentement, il a été souvent difficile de trouver le bon moment pour réaliser véritablement l'entrevue. Pour y arriver, il a été nécessaire d'être patient et d'attendre le moment le plus favorable pour obtenir une collaboration suffisante, et ce, dans le but de s'assurer de l'aptitude de la personne âgée et pour lui permettre de participer confortablement. Cette vigilance est



importante pour s'assurer de recueillir des données valables (Poupart, 1997). Troisièmement, chez les personnes âgées, divers facteurs ont eu le potentiel d'influencer la crédibilité des données obtenues, dont la mémoire des événements parfois limitée ou incohérente, des difficultés avec l'orientation temporelle, une difficulté à comprendre des concepts plus abstraits ou reliés à des situations non familières. Selon Lloyd et al. (2006), lorsque les personnes âgées ont davantage de la difficulté à bien exprimer leurs points de vue d'une façon réfléchie, claire et articulée, la personne intervieweuse peut influencer les réponses de la personne par ses propres perceptions ou interprétations. Ainsi, l'étudiante-chercheuse a porté particulièrement attention à sa façon d'interagir avec la personne âgée et à poser ses questions. Comme Chamahian et al. (2016) le recommandent, il a été essentiel d'adopter une *posture compréhensive* afin de favoriser chez la personne âgée un discours riche et valide. Tout en adoptant cette posture, plusieurs stratégies ont été utilisées par l'étudiante-chercheuse pour garantir la scientificité des résultats obtenus. Ces dernières sont présentées plus en détail dans la section sur les implications de l'étude pour la recherche puisqu'elles pourront également guider d'autres chercheurs.

Parmi ces stratégies, on y retrouve celle d'utiliser un outil de mise en contexte pendant les entrevues. Ce choix a été très utile pour rendre moins abstraits les concepts de *prévention* de l'EC postopératoire et de *partenariat* de soins. Ces derniers semblaient plus difficiles à comprendre pour les proches aidants et surtout pour les personnes âgées. L'outil a été présenté au participant au début de l'entrevue et illustre les interventions de prévention non pharmacologiques pouvant être effectuées en partenariat avec les infirmières et leur proche (voir Annexe G). Ce dernier semble avoir été aidant, puisque les personnes âgées et les proches aidants s'y reportaient à plusieurs reprises pour réfléchir et donner des exemples représentant leurs perceptions. Il est même possible de croire que cet outil pourrait avoir une utilité clinique pour aider les infirmières à expliquer aux personnes âgées et à leurs proches le concept du partenariat pour la prévention de l'EC postopératoire.

Ensuite, la collecte de données à partir de l'évaluation d'artefacts physiques et de conversations informelles a été pertinente pour mettre en contexte les perceptions

des personnes âgées et des proches aidants. De plus, cette triangulation des données a permis de faire ressortir des différences entre la réalité du contexte et ce qui était souhaité par l'organisation. Par exemple, selon l'évaluation des artéfacts physiques, l'approche de soins encouragée par le milieu est celle du partenariat de soins. Toutefois, lors d'une conversation informelle, une infirmière gestionnaire ne connaissait pas exactement le modèle de soins guidant les évaluations et les interventions des infirmières, ce qui représente un élément contextuel pouvant influencer la création de partenariat de soins. Il est donc difficile de savoir à quel point l'approche de partenariat était encouragée sur l'unité de soins. De plus, les conversations informelles ont permis de mieux comprendre plusieurs aspects du contexte dans lequel les dyades ont été recrutées, tels que la culture du milieu, l'organisation des soins et les pratiques professionnelles. Bref, toutes les méthodes utilisées ont permis d'obtenir des données diversifiées, complémentaires et de qualité pour répondre au but de l'étude.

### **Méthode d'analyse des données**

La méthode d'analyse utilisée s'appuyait sur les trois étapes d'analyse de contenu décrites par Miles et al. (2014). Cette méthode a été pertinente pour faire ressortir des thèmes et des sous-thèmes qui représentent les perceptions des personnes âgées et des proches aidants. Plus spécifiquement, il a été très aidant pour l'étudiante-chercheuse d'effectuer la représentation des similarités et des différences en deux phases. La première phase consistait à analyser les perceptions au sein de chaque dyade (intracas). Ceci a permis de dresser plus facilement un portrait authentique de chaque dyade et de dégager le contexte de leur expérience et de leur relation. Ensuite, pour la deuxième phase, les perceptions étaient comparées entre les dyades (intercas), ce qui a permis de dégager une logique d'ensemble pour la représentation thématique.

Ensuite, selon Chamahian et al. (2006), les entrevues avec des personnes âgées plus fragiles sur le plan cognitif peuvent être parsemées de propos répétitifs, de phrases inachevées ou de discours parfois incohérents. Ces mêmes auteurs mentionnent que cette difficulté demande alors d'adopter une *analyse compréhensive*

et de ne pas considérer ces entrevues comme inintelligibles et impossibles à analyser bien qu'à première vue, il peut être facile d'avoir l'impression que plusieurs données ne sont pas pertinentes pour répondre au but de l'étude. Toutefois, en prenant le temps de les analyser en profondeur, il est possible de reconstituer leur cohérence (Chamahian et al., 2016). L'étudiante-chercheuse a effectivement rencontré cette difficulté en analysant les données provenant des entrevues avec les personnes âgées de son échantillon et a dû adopter une approche compréhensive. Par exemple, les personnes âgées ne partageaient pas toujours des perceptions qui semblaient cohérentes en lien avec le concept de partenariat de soins, mais elles communiquaient tout même des données pertinentes à analyser, telles que l'importance accordée au savoir-être de l'infirmière. En somme, une analyse rigoureuse et compréhensive des données a permis de répondre au but de l'étude avec des résultats crédibles qui ont donné une voix à des personnes âgées plus fragiles sur le plan cognitif. Les considérations théoriques qui ont contribué à l'étude sont maintenant discutées.

### **Considérations théoriques**

L'étude s'est appuyée sur la théorie de niveau intermédiaire de Hill et al. (2014) qui guide les infirmières à créer un partenariat de soins avec les patients et les proches aidants afin d'améliorer la qualité et la sécurité des soins. Leur modèle d'engagement des partenariats de soins (*Model of care partner engagement*) soutient l'importance de travailler avec les patients et leurs proches plutôt que *pour* eux. Ainsi, il a grandement orienté l'étudiante-chercheuse à concevoir le soin comme un partenariat entre les infirmières, les personnes âgées et les proches aidants afin d'optimiser la prévention de l'EC postopératoire. Cette conception du soin a même influencé un important choix méthodologique, soit celui d'intégrer la perspective des personnes âgées et des proches aidants pour mieux comprendre le phénomène du partenariat de soins. Ce choix est tout à fait cohérent avec cette approche.

Le modèle de Hill et al. (2014) s'est aussi avéré pertinent pour guider la réalisation des différentes étapes de l'étude. Toute d'abord, les questions de recherche ont été formulées de façon à mieux comprendre les structures individuelles

et les facteurs contextuels qui peuvent influencer la création d'un partenariat de soins et qui sont décrites dans le modèle. Ces grandes dimensions du modèle de Hill et al. (2014) ont aussi servi de point de départ pour déterminer et construire les outils de collecte de données. Par exemple, le questionnaire sociodémographique et le guide d'entretien semi-structuré ont intégré des concepts de la structure individuelle des patients et des proches aidants (par exemple, état de santé, volonté, besoins, connaissances). Puis, l'évaluation des artéfacts physiques et les conversations informelles ont servi à explorer différents facteurs contextuels (par exemple, politique des heures de visite, modèles de soins).

Les structures individuelles du modèle étaient particulièrement pertinentes pour tenir compte de la volonté des personnes âgées et des proches aidants à s'engager dans un partenariat de soins. Cet aspect a permis d'avoir une analyse plus riche de leur volonté variable et d'identifier le fait que ce n'est pas toutes les personnes âgées qui souhaitent s'engager dans une telle approche. Parmi les éléments associés à la structure individuelle du patient et du proche aidant se trouvent des facteurs pouvant influencer la création de partenariat de soins. Pour le patient, ce sont des caractéristiques qui sont décrites dans le modèle (état de santé, valeurs, besoins, préférences). Puis, pour le proche aidant, ces facteurs concernent plutôt sa volonté, ses connaissances et ses habiletés (Hill et al., 2014). Les résultats de notre étude appuient l'influence de ces facteurs individuels. Toutefois, les facteurs de la structure individuelle des proches aidants semblent aussi s'appliquer à la structure individuelle des personnes âgées, et vice-versa. Par exemple, nos résultats démontrent que l'état de santé est une caractéristique individuelle qui peut influencer tant l'engagement des personnes âgées que des proches aidants dans un partenariat. De cette manière, peut-être serait-il plus représentatif de fusionner la structure individuelle du patient et du proche aidant afin d'en faire une seule structure dyadique. Quant à l'infirmière, elle se trouve représentée dans la troisième structure individuelle du modèle, soit celle de l'équipe de soins. Cette dimension fait référence à leur volonté et à leur capacité à s'engager dans un partenariat de soins. L'étude n'a pas permis d'évaluer la volonté des infirmières à partir de leur propre perspective,

puisqu'elle ciblait plus spécifiquement la perspective de la dyade qui est moins souvent étudiée. Toutefois, les résultats de l'étude donnent un aperçu des conditions qui peuvent nuire à leur capacité à s'engager, tel que leur manque de connaissances sur la prévention de l'EC et leur charge de travail importante.

Bien que les structures individuelles soient pertinentes, elles ne permettent pas de bien saisir la complexité des relations entre chaque partenaire. Les résultats de notre étude démontrent bien que la qualité de la relation entre la personne âgée et son proche aidant peut avoir une influence sur la création d'un partenariat de soins, de même que celle entre la dyade et l'infirmière. Ces aspects relationnels mériteraient d'être intégrés davantage au modèle de Hill et al. (2014) en illustrant, par exemple, une interrelation entre les structures individuelles. Notamment, la qualité de la relation entre la dyade et les infirmières serait importante à faire ressortir pour favoriser la mise en œuvre des cinq étapes d'opérationnalisation d'un partenariat décrite par les auteurs du modèle. Pour ce faire, nos résultats indiquent que l'infirmière doit prendre l'initiative et le temps d'échanger de l'information avec eux, de les impliquer dans les différentes étapes par le *coaching*, puis d'avoir une approche empreinte d'humaniste. Il serait probablement pertinent d'intégrer de façon plus claire ces aspects relationnels au modèle pour augmenter sa validité.

Par ailleurs, il est pertinent de remettre en question l'utilisation et la définition du concept d'*engagement du patient et de la famille* dans les soins de santé de Carman et al. (2013) sur lequel s'appuie le modèle. Il se caractérise par un partage de pouvoir et de responsabilités où les patients et les proches aidants sont des partenaires actifs dans les prises de décisions. Cette définition laisse croire qu'il existe un seul niveau d'engagement possible dans un partenariat, soit celui d'un rôle actif. Cette impression peut découler du fait que les auteurs placent le partenariat à la fin d'un continuum d'engagement. Nos résultats révèlent que certaines personnes âgées veulent adopter un rôle plus passif qui ressemble à un engagement prenant la forme de l'implication ou de la consultation, mais qu'ils considèrent malgré tout que cela est une forme de partenariat avec les infirmières. Ils souhaitent avant tout s'impliquer dans une relation d'entraide avec les infirmières où la communication est

efficace et empreinte d'humanisme. Carman et al. (2013) ont tout de même défini des facteurs individuels et organisationnels pertinents qui rejoignent les perceptions des personnes âgées et des proches aidants quant aux conditions pouvant influencer leur engagement dans un partenariat de soins au plan des soins directs.

Ensuite, Hill et al. (2014) proposent des effets attendus par la création d'un partenariat de soins entre les patients, les proches aidants et les infirmières. Ils ne sont pas expliqués en détail, car les effets du modèle n'ont pas encore été évalués de façon empirique dans la pratique. Néanmoins, les perceptions des personnes âgées et des proches aidants de notre étude quant aux effets souhaités par un partenariat rejoignent quelques effets attendus par les auteurs du modèle. Par exemple, les participants de notre étude perçoivent qu'un partenariat pourrait améliorer leurs connaissances, leurs habiletés et leur confiance à participer à la prévention de l'EC, ce qui est représenté par le concept de *mobilisation du proche-partenaire et du patient* dans le modèle. De plus, Hill et al. (2014) suggèrent des effets positifs sur la santé du patient, tels que la prévention de problèmes aigus. Nos résultats permettent d'enrichir cet effet attendu en précisant que même si le partenariat ne permet pas de prévenir l'EC, il pourrait permettre d'en atténuer les conséquences et d'améliorer le bien-être psychologique des personnes âgées et des proches aidants. Il pourrait donc être pertinent d'ajuster l'intitulé du concept « *effets sur le patient* » par « *effets sur le bien-être physique et psychologique du patient et du proche-aidant* ».

En somme, le modèle conceptuel de Hill et al. (2014) a été pertinent comme cadre de référence de l'étude. Il a guidé la conception de l'étude, la collecte et l'analyse des données. Notre étude a permis de valider de façon empirique la pertinence de certaines dimensions du modèle pour créer un partenariat de soins. Les résultats permettent également d'enrichir certains aspects qui pourraient être approfondis dans le modèle. En se basant sur les perceptions des personnes âgées et des proches aidants, il serait bénéfique que le modèle intègre des concepts humanistes et tienne compte des relations entre les partenaires. La figure 3 représente une schématisation du modèle de Hill et al. (2014) adaptée à partir des résultats de l'étude.

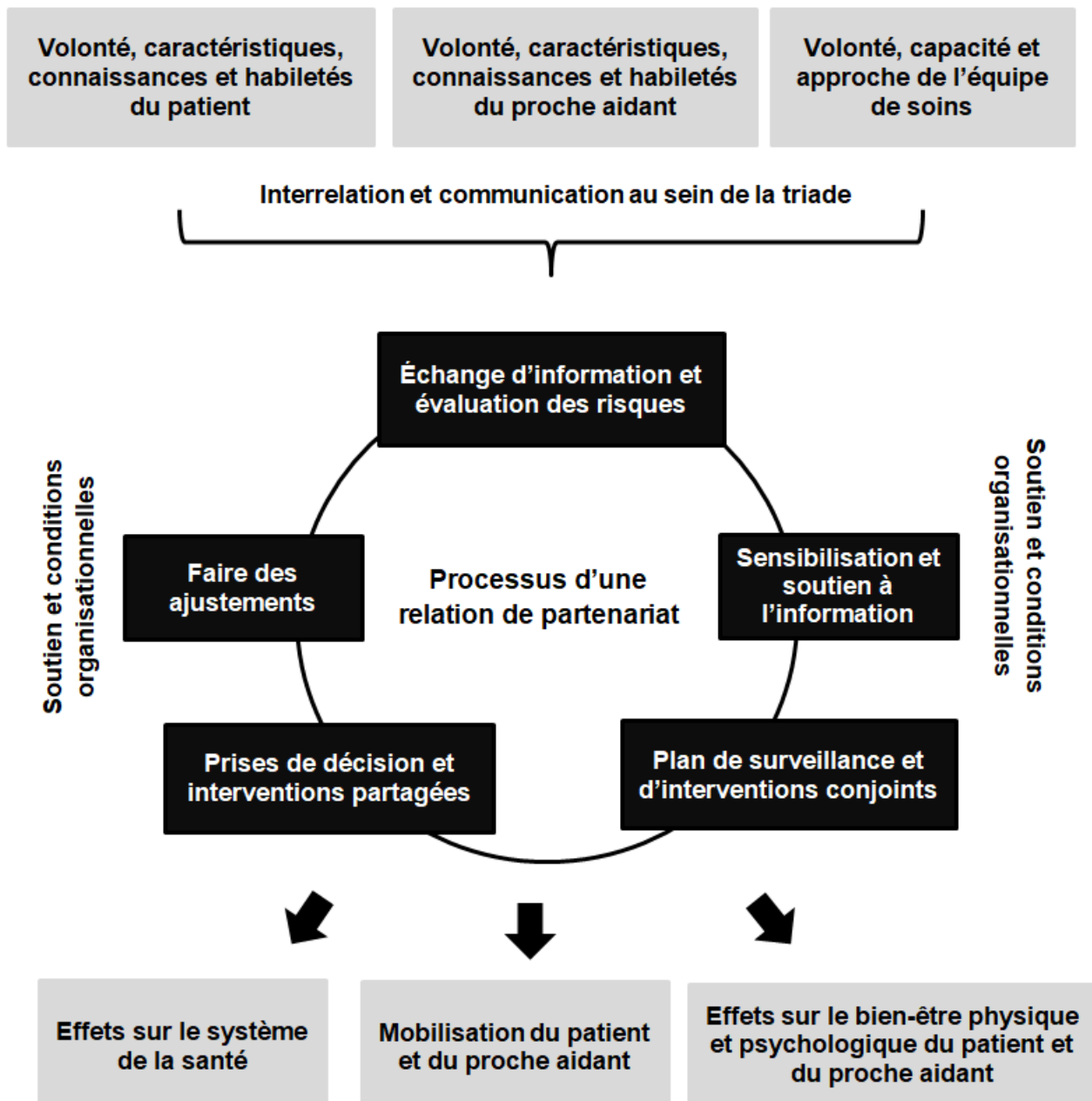


Figure 3. Adaptation du modèle d'engagement des partenaires de soins de Hill et al. (2014)

## Limites de l'étude

L'étude présente certaines limites qui peuvent avoir des effets sur la crédibilité et sur la transférabilité des résultats. Premièrement, l'échantillon de l'étude était de petite taille. Les quatre cas sélectionnés ne forment peut-être pas un échantillon représentatif d'une grande diversité de perspectives permettant d'assurer la transférabilité des résultats. Certes, ce n'est pas la redondance des données qui a déterminé la taille de l'échantillon, mais plutôt les contraintes liées au contexte de réalisation d'études de maîtrise. Une certaine saturation des données a tout de même été atteinte. De plus, pour inclure des personnes âgées plus fragiles sur le plan cognitif, il est préférable d'avoir un échantillon de petite taille afin d'optimiser la qualité des données. Cela permet de prendre le temps nécessaire pour comprendre les capacités de communication de chaque personne âgée et de veiller à développer des connaissances qui sont pertinentes avec le but de l'étude (Moore et Hollett, 2003).

Deuxièmement, une limite concerne la diversité dans l'échantillon quant aux caractéristiques des participants. Pour les personnes âgées, il a été possible de former un échantillon composé seulement de femmes. Il aurait été pertinent d'inclure aussi des hommes en sachant qu'ils sont plus à risque de développer des EC que les femmes (Inouye, 2006). De plus, les personnes âgées avaient toutes subi une chirurgie orthopédique à la hanche à la suite d'une chute accidentelle. Les perceptions auraient pu être davantage variées si les participants avaient subi d'autres types de chirurgie. Néanmoins, cela démontre bien l'incidence particulièrement élevée des EC à la suite d'une chirurgie à la hanche (Kalisvaart et al., 2006; O'Regan et al., 2013). En ce qui concerne les proches aidants, ils étaient tous des enfants de la personne âgée. Il aurait été enrichissant d'obtenir la perspective de proches aidants ayant un lien différent avec la personne âgée, tels qu'un conjoint ou une amie, ce qui aurait également augmenté la transférabilité.

Troisièmement, l'exclusion des personnes âgées avec un trouble neurocognitif sévère représente une autre limite en sachant qu'elles sont très à risque de développer un EC (Inouye, 2006). Ce critère de sélection limite les possibilités de transférer les résultats de l'étude à ces personnes âgées plus vulnérables. Toutefois,



leur état cognitif aurait rendu difficile leur participation à une entrevue semi-dirigée, même en envisageant des stratégies facilitantes, ce qui aurait probablement contribué à réduire la crédibilité des données. L'étude a tout de même permis d'inclure des personnes âgées plus fragiles sur le plan cognitif afin de représenter d'une certaine façon les autres personnes âgées n'ayant pas la capacité cognitive de le faire facilement. Il est possible de croire que certains résultats de l'étude peuvent être transférés aux personnes âgées avec une atteinte cognitive plus sévère, tels que l'importance d'une approche humaniste.

Quatrièmement, l'étude comporte une limite en ce qui a trait aux résultats obtenus pour répondre à la troisième question de recherche concernant les conditions pouvant faciliter ou nuire à l'engagement des personnes âgées et des proches aidants dans un partenariat de soins. Une saturation des données moindre a été obtenue pour cette question en comparaison avec la première et la deuxième question de recherche où il y avait davantage de données. Cette limite semble découler du fait que les personnes âgées et les proches aidants avaient moins de connaissances sur ces aspects qui concernent plus directement les infirmières, tels que le fonctionnement de l'unité et l'organisation des soins.

Une cinquième limite concerne le fait que l'étude s'est déroulée sur une seule unité de chirurgie d'un centre hospitalier, laquelle ne reflète peut-être pas l'ensemble des milieux hospitaliers du Québec. Il est possible que la culture de l'unité dans le milieu à l'étude ait influencé de différentes façons les perceptions des personnes âgées et des proches aidants. Afin d'augmenter cette transférabilité, il aurait été utile d'effectuer l'étude sur différentes unités de chirurgie et dans différents centres hospitaliers afin de comparer les perceptions selon les différentes cultures organisationnelles.

Malgré ces limites, l'étude a respecté les critères de scientificité présentés dans le chapitre sur la méthode, ce qui a permis de développer de nouvelles connaissances rigoureuses permettant de mieux comprendre les perceptions des personnes âgées et des proches aidants quant au partenariat de soins pour la

prévention de l'EC postopératoire. Dans la prochaine section, des implications pour les divers champs d'activité de l'infirmière sont émises.

### **Implications de l'étude**

À partir des résultats de cette étude, il est possible de proposer des implications pour le développement théorique et la recherche, la formation, la pratique clinique, la gestion et le politique. Elles visent à améliorer la qualité des soins et le bien-être des personnes âgées à risque de développer un EC postopératoire et des proches aidants. Certaines de ces implications peuvent aussi s'appliquer à d'autres professionnels de la santé qui souhaitent établir un partenariat de soins avec les patients et les proches aidants pour prévenir des problèmes aigus à l'hôpital.

#### **Pour le développement théorique et la recherche**

Le modèle théorique de Hill et al. (2014) et le modèle conceptuel de Carman et al. (2013) sont pertinents pour tenir compte des différents facteurs pouvant influencer la création d'un partenariat de soins avec les patients et les proches aidants. Toutefois, nos résultats mettent en évidence certains aspects de ces modèles qui mériteraient d'être davantage développés. Comme discuté précédemment, il serait nécessaire de rendre plus évident l'influence des relations entre les structures individuelles du patient, du proche aidant et de l'équipe de soins. Le modèle *Authentic Partnerships* de Dupuis et al. (2011) et le *Senses Framework* de Nolan et al. (2004) sont des exemples de théories ayant tenu compte d'aspects relationnels pour établir un partenariat de soins. Ces derniers décrivent cette approche comme une forme de relation entre les partenaires, plutôt qu'une forme d'engagement dans les soins. Ensuite, il serait pertinent d'approfondir la compréhension de l'influence de certaines caractéristiques individuelles sur l'engagement des personnes âgées et des proches aidants (par exemple, culture, traits de caractère). Par la suite, il serait profitable que d'autres études mettent à l'essai le modèle de Hill et al. (2014) dans la pratique afin d'évaluer la faisabilité des étapes d'opérationnalisation d'un partenariat de soins et d'évaluer les effets préliminaires sur la prévention de l'EC, ainsi que sur le bien-être des personnes âgées, des proches aidants et des infirmières.

Les résultats de notre étude démontrent bien l'importance d'intégrer la perspective des patients et des proches aidants pour définir les approches de soins qui les touchent, comme celle du partenariat de soins. En tenant compte de leur langage, leurs significations et leurs besoins, cela pourrait favoriser davantage leur engagement dans les soins (Marshall et al., 2012). Dans la littérature, il existe un manque de clarté théorique et conceptuel entre différents termes utilisés de façon interchangeable pour définir la participation des patients aux soins, tels que *patient empowerment*, *patient participation*, *patient-centeredness* (Castro, Van Regenmortel, Vanhaecht, Sermeus et Van Hecke, 2016), *patient engagement* et *patient activation* (Carman et al., 2013). Ceci peut nuire à la compréhension de ces concepts par les chercheurs et les professionnels, de même qu'à l'implication des patients dans les soins (Holmstrom et Roing, 2010). Il pourrait donc être bénéfique de faire participer les patients et les proches aidants à la clarification de ces différents concepts.

Ensuite, il est à souhaiter que davantage de connaissances concrètes soient développées sur la façon de mettre en œuvre un partenariat de soins avec les personnes âgées et les proches aidants. Bien que cette approche de soins soit considérée comme une nouvelle priorité pour la prévention et la gestion de l'EC, elle est très peu abordée dans la littérature. En revanche, il existe un important corpus de connaissances à cet égard dans la prise en charge des personnes âgées atteintes d'un trouble neurocognitif sévère (Eeles, McCrow, Teodorczuk et Caplan, 2017). Cette présente étude de cas multiples a contribué au développement des connaissances sur l'approche du partenariat de soins pour la prévention de l'EC postopératoire. Basées sur les perceptions des personnes âgées et des proches aidants, d'autres études pourraient développer des interventions de partenariat et les mettre à l'essai afin d'en assurer la pertinence et l'efficacité dans la pratique.

De plus, les résultats de notre étude et les écrits existants révèlent un manque de connaissances sur l'EC chez les personnes âgées et les proches aidants. Plusieurs d'entre eux ont manifesté de l'intérêt à améliorer leurs connaissances à ce sujet. Il serait donc pertinent que des études développent des interventions d'éducation infirmière ayant pour but d'augmenter les connaissances et les habiletés des

personnes âgées et des proches aidants pour la prévention de l'EC. Notamment, le guide clinique sur la prévention et la gestion de l'EC du National Institute for Health and Care Excellence (2010) émet la recommandation d'effectuer des recherches sur l'éducation aux personnes âgées et aux proches aidants, ainsi que d'évaluer si cette éducation peut diminuer l'incidence de l'EC. Puisque les proches aidants de notre étude désiraient que le partenariat soit amorcé avant la chirurgie, il pourrait être pertinent que des interventions d'éducation soient développées en contexte préopératoire, ce que très peu d'études ont fait. Des interventions de *coaching* pourraient également être développées et évaluées afin de favoriser l'application continue des interventions de prévention en période postopératoire. Dans les études, les interventions d'éducation semblent être effectuées qu'une seule fois sans assurer de suivi par la suite, comme dans l'étude de Martinez et al. (2012).

Ensuite, il serait intéressant que d'autres études évaluent les perceptions des infirmières quant à s'engager dans un partenariat de soins avec les personnes âgées et les proches aidants. Le phénomène du partenariat serait alors évalué sous un angle différent et les résultats pourraient être comparés avec les perceptions des personnes âgées et des proches. Dans la littérature, Smithburger, Korenoski, Kane-Gill et Alexander (2017) se sont intéressés aux perceptions des infirmières à l'égard de la participation des proches aidants à la prévention de l'EC sur une unité de soins intensifs. Toutes les infirmières de l'étude percevaient la faisabilité d'impliquer les proches aidants dans les activités de prévention, ainsi que les bénéfices pour réduire l'incidence de l'EC. Toutefois, comme barrière à l'implication des proches aidants, les infirmières croient qu'ils comprennent difficilement le problème de l'EC et le principe de prévention, puis qu'ils pourraient blesser le patient en faisant des interventions. Elles perçoivent aussi que les proches pourraient devenir anxieux et stressés à participer à la prévention de l'EC. Dans l'étude de Rosenbloom et Fick (2014), certaines infirmières doutent de la participation de certains proches aidants dans un contexte où la dynamique familiale est complexe. Bref, les infirmières semblent percevoir plusieurs barrières à la création d'un partenariat de soins. Il serait d'autant

plus pertinent d'approfondir les connaissances à ce sujet afin de proposer des stratégies pour faciliter l'intégration de l'approche du partenariat dans leur pratique.

Au niveau méthodologique, l'utilisation d'une étude de cas multiples a permis de considérer la dyade (personne âgée et proche aidant) comme l'unité d'analyse. Une entrevue sur quatre s'est réalisée en dyade. Malgré le fait que ce type d'entrevue soit plus complexe qu'individuellement, elle a généré des données riches et pertinentes pour mieux comprendre l'influence de conditions relationnelles. Dans la littérature, il existe peu de connaissances qui guident la réalisation optimale de ces entrevues qualitatives en dyade. Il serait donc gagnant que d'autres études effectuent ce type d'entrevue afin de partager leurs connaissances sur des stratégies facilitant leur bon déroulement. Pour leur part, Voltelen, Konradsen et Ostergaard (2017) se sont intéressés à recueillir et à partager des connaissances liées aux considérations éthiques lors de la réalisation d'entrevues conjointes à partir d'une revue intégrative des écrits. Voici quelques-unes de leurs stratégies sur lesquelles l'étudiante-chercheuse s'est basée pour la réalisation de l'entrevue en dyade :

- Offrir la possibilité aux participants d'effectuer l'entrevue en dyade ou individuellement selon leurs préférences et leurs besoins.
- Être à l'affût des désaccords entre les participants durant l'entrevue et tenter de les faire clarifier au besoin.
- Donner autant d'espace à chaque participant pour partager leurs perceptions.
- Éviter de prendre parti pour l'un des deux participants; rester neutre.

Puis, comme mentionné dans la politique des trois conseils, les chercheurs doivent inclure davantage les personnes âgées dans les projets de recherche et tenir compte de la meilleure façon de répondre à leurs besoins pour produire de nouvelles connaissances guidant l'évolution de politiques et de normes de soins pour les personnes âgées (Conseil de recherches en sciences humaines du Canada et al., 2014). Les entrevues qualitatives sont une méthode flexible et holistique pour permettre aux personnes âgées d'exprimer leurs perceptions et leurs besoins (Liamputtong, 2011; Lloyd et al., 2006). Puisqu'il existe peu de connaissances sur la façon de mener des entrevues auprès de personnes âgées plus fragiles sur le plan

cognitif, des recommandations générales sont émises ci-dessous à partir d'écrits scientifiques et de l'expérience de l'étudiante-chercheuse avec cette étude. Ces dernières sont regroupées dans les cinq modes de développement et d'utilisation du savoir infirmier de Chinn et Kramer (2018), puisqu'ils sont tous importants à mettre de l'avant de façon complémentaire :

#### *Mode personnel*

- Faire preuve de sensibilité et de flexibilité pour adapter l'entrevue aux besoins et aux capacités de chaque personne âgée (Digby et al., 2016).
- Avoir une attitude d'écoute attentive, de calme et de patience afin de créer un sentiment de confiance chez la personne âgée.
- Écouter les histoires de la personne âgée qui peuvent dévier du sujet de recherche; il ne faut pas la couper, mais plutôt tenter de la ramener délicatement vers le sujet de recherche (Digby et al., 2016).

#### *Mode esthétique*

- Effectuer une rencontre préliminaire avec la personne âgée afin de discuter et d'amorcer un lien de confiance avec elle (Hubbard, Downs et Tester, 2003).
- Utiliser des stratégies pour maintenir l'attention de la personne âgée et optimiser sa compréhension des sujets abordés lors de l'entrevue (par exemple, une figure, des photos, etc.) (Lloyd et al., 2006).
- Souligner par moment les forces de la personne âgée, surtout si elle semble avoir des difficultés pendant l'entrevue (par exemple, difficulté à s'exprimer).

#### *Mode éthique*

- Évaluer d'une façon continue le consentement et l'aptitude de la personne âgée à participer à l'entrevue (Murphy, Jordan, Hunter, Cooney et Casey, 2015).
- Avant de réaliser l'entrevue, évaluer la disposition émotionnelle de la personne âgée (Hubbard et al., 2003) et sa condition physique.

- Pendant l'entrevue, surveiller les inconforts physiques ou psychologiques, puis intervenir en conséquence (Lloyd et al., 2006). Il peut parfois être préférable de segmenter une entrevue en deux blocs de 30 minutes à la place d'une heure consécutive.

#### *Mode empirique*

- Utiliser et adapter les habiletés d'entretien recommandées dans les écrits pour aider la personne âgée à partager ses perceptions :
  - Bien expliquer et vulgariser certains termes ou concepts plus abstraits (Digby et al., 2016).
  - Formuler les questions de la façon la plus simple et claire possible, en ne contenant qu'une seule idée à la fois (Digby et al., 2016).
  - Au besoin, donner des exemples pour les aider à comprendre certaines questions.
  - Éviter les questions de type hypothétique; formuler le plus possible les questions dans le présent.
- Après chaque entrevue, faire preuve de réflexivité (Lloyd et al., 2006) avec l'usage d'un journal de bord afin d'évaluer l'influence de ses interventions sur le récit de la personne âgée et de les ajuster au besoin.

#### *Mode émancipatoire*

- Après avoir effectué une étude auprès de personnes âgées, utiliser divers moyens (par exemple, rédaction d'articles, communications orales) pour partager aux autres chercheurs ou aux futurs chercheurs les difficultés rencontrées et les stratégies utilisées pour les inclure dans l'étude.

Par ailleurs, Murphy et al. (2015) ont conçu un outil pour aider les chercheurs à maximiser la participation significative de personnes âgées atteintes d'un trouble neurocognitif dans les projets de recherche. Il s'agit d'un acronyme (*CORTE*) qui aide à se remémorer des quatre catégories de stratégies suivantes : **C**onsent, **M**aximizing **R**esponses, **T**elling the story et **E**nding on a high. Cet outil, qui regroupe plusieurs

des recommandations proposées ci-haut, pourrait être aidant pour les chercheurs qui souhaitent inclure des personnes âgées plus fragiles sur le plan cognitif.

### **Pour la pratique clinique**

Comme déjà mentionné, les infirmières ont le potentiel d'optimiser la prévention de l'EC en établissant un partenariat de soins avec les personnes âgées et les proches aidants (Hill et al., 2014; Lalonde et Bourbonnais, 2017; Rosenbloom-Brunton et al., 2010; Rosenbloom et Fick, 2014). À partir des perceptions qui ont émergé des résultats de cette étude, il est possible d'émettre des recommandations pour guider les infirmières à mettre en œuvre cette approche de soins novatrice. Ces recommandations ont été regroupées dans trois catégories inhérentes au processus pour établir un partenariat de soins. Elles ciblent plus particulièrement la prévention de l'EC postopératoire, mais certaines d'entre elles peuvent également s'appliquer à la prévention d'autres problèmes aigus rencontrés chez les personnes âgées hospitalisées. La première catégorie regroupe des recommandations pour amorcer un partenariat de soins selon la volonté des personnes âgées et des proches aidants. La deuxième catégorie comprend des interventions pour opérationnaliser le partenariat. Puis, la troisième catégorie regroupe des recommandations pour maintenir le partenariat de soins en cours d'hospitalisation. Ces trois catégories sont maintenant présentées plus en détail dans les paragraphes qui suivent.

**Amorcer un partenariat de soins.** Malgré l'importance accordée de plus en plus à l'approche du partenariat pour améliorer la qualité des soins à l'hôpital, notre étude met en lumière le fait qu'on ne peut pas prendre pour acquis l'intérêt de chaque personne d'en prendre part. Toutefois, cette évidence n'empêche pas l'infirmière d'établir un bon contact initial avec la personne âgée et son proche aidant afin de leur offrir la possibilité d'un partenariat de soins et de respecter leur volonté d'en prendre part ou non. Voici maintenant ce que l'infirmière pourrait faire pour l'amorcer :

- Prendre le temps de se présenter et mentionner son titre professionnel, puisque les personnes âgées et les proches aidants ont souvent de la difficulté à différencier l'infirmière des infirmières auxiliaires et des PAB.



- Démontrer de l'intérêt envers l'expérience de santé et les difficultés rencontrées par la personne âgée et de son proche aidant.
- Évaluer la possibilité d'un partenariat de soins en tenant compte des conditions individuelles de la personne âgée (par exemple, antécédents de santé, traits de caractère) et du proche aidant (par exemple, disponibilité, état de santé), ainsi que des conditions relationnelles (par exemple, qualité de la relation) pouvant influencer leur engagement dans les soins.
- Discuter de quelle façon la personne âgée et le proche aidant souhaitent prendre part à un partenariat de soins selon leur volonté.
- Prendre le temps et l'initiative d'échanger différents types d'informations avec eux, tels que ceux présentés dans le tableau 14 de la section sur les résultats. Il est important, entre autres, que l'infirmière clarifie son rôle dans le dépistage, la prévention et la gestion de l'EC, puisqu'il semblait y avoir une incompréhension quant à ces activités réservées.

**Opérationnaliser un partenariat de soins.** Pour opérationnaliser un partenariat de soins, nous recommandons que l'infirmière implique les personnes âgées et les proches aidants dans les interventions par le *coaching* en devenant un modèle de rôle. Pour Hamric, Hanson, Tracy et O'Grady (2014), il s'agit d'une compétence clé à développer chez les infirmières en pratique avancée. Ces auteurs la définissent comme un processus interpersonnel dynamique, collaboratif et holistique visant à soutenir et faciliter les expériences de santé des patients et des familles, de même que l'atteinte de leurs objectifs en matière de santé. Donc, si les personnes âgées et les proches aidants ont l'objectif de vouloir participer à la prévention de l'EC, voici comment l'infirmière peut les aider à le faire en mettant en pratique sa compétence de *coaching* :

- Rencontrer la dyade pour développer un plan d'interventions commun en discutant d'objectifs précis et de l'apport de chacun. Cette rencontre peut également permettre d'évaluer leurs besoins individuels (par exemple, les interventions pour lesquelles ils ont davantage besoin d'aide).

- Leur montrer comment faire une intervention directement au chevet. Par exemple, lorsque le proche aidant est présent et qu'il le souhaite, en profiter pour lui montrer comment mobiliser la personne âgée de façon sécuritaire, plutôt que d'aller chercher un autre soignant pour le faire.
- Encourager et stimuler la personne âgée et le proche aidant dans la réalisation des interventions de prévention. Il pourrait être également bénéfique de souligner les forces de la dyade, ce qui peut contribuer à leur offrir une nouvelle vision d'eux-mêmes et de leur capacité (Wright et Leahey, 2014).
- Remettre des outils simples pour aider la personne âgée et le proche aidant à mieux comprendre l'EC et contribuer à la prévention de ce problème. Par exemple, elle peut leur remettre un aide-mémoire papier avec des exemples concrets d'interventions de prévention à faire.
- Assurer une communication continue avec les personnes âgées et les proches afin d'effectuer de brefs suivis de leur participation à la prévention de l'EC.

**Maintenir un partenariat de soins.** Les personnes âgées et les proches aidants de notre étude considèrent la communication continue et l'approche humaniste chez les infirmières comme une structure de base au partenariat pour le créer, mais aussi pour le maintenir en cours d'hospitalisation. Pour ce faire, les infirmières peuvent utiliser les modèles de pratique qui s'inspirent des fondements philosophiques humanistes et de l'école de pensée du *caring*, tels que le Modèle Humaniste des soins infirmiers de l'UdeM. En plus des avantages perçus par les patients et les proches, l'infirmière peut se sentir plus valorisée au travers d'une relation humaniste, être satisfaite des soins prodigués et donner un sens à sa pratique (Cara et al., 2016). Plus concrètement, voici comment l'infirmière peut veiller à adopter une approche humaniste auprès des personnes âgées et des proches aidants pour maintenir un partenariat de soins :

- Démontrer de la compassion envers les difficultés rencontrées.
- Faire preuve de savoir-être par la gentillesse, le respect, la douceur et la patience. Dans la mesure du possible, l'infirmière doit éviter d'adopter une

attitude pour laquelle les personnes âgées et les proches aidants ressentent qu'elle est débordée et qu'ils la dérangent.

- Faire preuve d'écoute active et de réactivité lorsque les personnes âgées et les proches aidants veulent communiquer une information. Notamment, les personnes âgées aiment bien souvent raconter des souvenirs et des expériences de vie. Même si ce n'est pas toujours en lien avec leur situation de santé, ceci fait ressortir des façons d'être qui pourraient être importantes à respecter pour favoriser leur implication dans un partenariat de soins.
- Être transparente lorsqu'elle n'a pas le temps de répondre dans l'immédiat à un besoin de la personne âgée ou du proche aidant, plutôt que de l'ignorer.

### **Pour la formation**

Basé sur les résultats de notre étude, il est possible de proposer certains aspects qui pourraient être intégrés davantage dans les programmes de formation initiale et de formation continue pour les infirmières en pratique. Premièrement, il serait essentiel que les milieux d'éducation continuent de promouvoir une approche de soins humanistes auprès des étudiantes en réfléchissant à des manières concrètes de l'appliquer dans la pratique auprès des patients et des proches aidants, et ce, dans une perspective de partenariat de soins. Afin d'augmenter l'importance qu'on y attribue pour la pratique des futures infirmières, il pourrait être pertinent de donner une plus grande place aux critères d'évaluations basés sur des principes humanistes lors des stages. Il serait également important que les méthodes pédagogiques reflètent de tels principes, puisque les expériences relationnelles vécues entre l'enseignant et l'étudiante peuvent avoir une influence considérable sur l'apprentissage d'une pratique humaniste (Cara et al., 2016). En ce qui a trait aux soins aux personnes âgées, il serait primordial d'aborder le problème de l'âgisme auprès des étudiants le plus tôt possible dans leur cheminement académique. Selon une revue systématique des écrits, l'approche pédagogique la plus utile pour changer les attitudes et les connaissances des étudiants à cet égard consiste à combiner un cours plus informatif à des expériences directes auprès de personnes âgées dans différents contextes de soins (Chonody, 2015).

Ensuite, les résultats de notre étude laissent croire que l'approche du partenariat de soins est difficilement mise en œuvre à l'hôpital, puisque les personnes âgées et les proches aidants affirment ne pas avoir été témoins d'une telle approche. L'étude de Lenzen et al. (2018) démontre que les infirmières ont de la difficulté à intégrer dans leur routine de travail une approche basée sur des principes de partenariat auprès des patients et de leurs proches, comme d'explorer leurs expériences de santé d'un point de vue global et de formuler avec eux des objectifs explicites et un plan d'action. Selon ces mêmes auteurs, elles semblent avoir de la difficulté à dévier des protocoles médicaux et appliquer une approche plus flexible. Certaines d'entre elles ont l'impression de ne pas être suffisamment qualifiées et outillées pour mettre en pratique une telle approche de soins (Lenzen et al., 2018). L'étude pilote de Bourbonnais et al. (2017) a également fait ressortir le malaise chez les soignants, incluant des infirmières, à amorcer un partenariat avec les proches aidants de personnes âgées en contexte de soins de longue durée. Les soignants de leur étude avaient l'habitude, par exemple, de transmettre des renseignements sur l'état de santé de la personne âgée, mais ils étaient moins à l'aise de les approcher de façon proactive. Basé sur ces résultats, dont les nôtres, nous recommandons d'augmenter les connaissances des étudiantes et des infirmières sur la façon d'amorcer, d'opérationnaliser et de maintenir un partenariat de soins auprès des personnes âgées et des proches aidants dans différents contextes de soins. Notamment, il pourrait être bénéfique et cohérent avec cette approche d'inviter des dyades partenaires lors de certains cours afin qu'ils puissent partager leurs expériences et leurs besoins aux étudiants en lien avec une problématique de santé.

Dans les milieux de pratique, il pourrait également être bénéfique de développer des formations auprès des infirmières sur la prévention de l'EC en partenariat avec les personnes âgées et les proches aidants. La pratique réflexive pourrait être une approche à privilégier. Cette dernière favorise le changement et l'amélioration de la pratique par la description, l'analyse et l'évaluation d'expériences vécues (Rolfe, Jasper et Freshwater, 2011). Dans un projet de stage aux cycles supérieurs, Laughrea (2018) a mis en évidence les retombées positives de séances

de pratique réflexive sur la prévention de l'EC visant des infirmières sur une unité de chirurgie. Parmi ces retombées, on y retrouve une meilleure sensibilisation chez les infirmières à intégrer la famille aux soins dans le but de prévenir l'EC postopératoire.

### **Pour la gestion**

Plusieurs conditions organisationnelles semblent nuire à l'approche du partenariat entre les personnes âgées, les proches aidants et les infirmières. Il est donc possible d'émettre quelques recommandations pour l'organisation des milieux afin qu'elles favorisent une telle approche de soins. Il est d'autant plus important d'encourager des approches qui ont le potentiel d'améliorer la qualité et la sécurité des soins auprès des personnes âgées, puisqu'elles occupent plus de 45 % de toutes les journées d'hospitalisation au Québec (Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2011). Tout d'abord, l'engagement actif des chefs d'unité ou des conseillères en soins infirmiers est primordial pour promouvoir l'approche du partenariat auprès des équipes de soins. Selon Lenzen et al. (2018), les infirmières ont besoin du soutien de personnes-ressources pour les aider à passer d'une routine de travail basée sur des protocoles médicaux à une approche de soins plus holistique. Néanmoins, ces mêmes auteurs précisent qu'il ne faut pas seulement se préoccuper du changement de la vision de chaque infirmière, mais également de celle de l'ensemble de l'organisation des soins. En effet, la philosophie des soins dans un établissement a un impact significatif sur la mise en pratique d'une approche de soins basée sur une perspective de partenariat de soins (Duhamel et al., 2015).

Notamment, il pourrait être bénéfique que l'organisation des milieux encourage les cadres intermédiaires à adopter un style de gestion de type *coach* auprès des équipes de soins. En adoptant ce style, ils consultent les équipes de soins pour prendre des décisions les concernant, les soutiennent dans le développement de leurs compétences, leur démontrent de la confiance envers leur capacité et leur donnent le pouvoir d'agir (Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux, 2013). Ces compétences d'un gestionnaire-*coach* rejoignent certains principes de l'approche du partenariat de soins. De cette façon, les cadres

intermédiaires pourraient influencer indirectement les infirmières à travailler de même en partenariat avec les patients et les proches aidants en étant un modèle de rôle.

Comme déjà mentionné, les personnes âgées et les proches aidants perçoivent l'environnement physique de l'unité de soins comme une condition organisationnelle pouvant influencer leur engagement dans un partenariat de soins. Ainsi, nous recommandons que l'organisation des milieux accorde davantage d'importance à cet aspect pouvant être parfois négligé, par exemple, en favorisant la propreté des lieux et le bon état du matériel de soins. Les gestionnaires peuvent également encourager les équipes de soins à éviter d'encombrer les chambres et à réduire le bruit environnant. Quant à l'organisation des équipes de soins, nous recommandons que les chefs d'unité veillent à ce que les infirmières aient les mêmes patients sous leur charge pendant une certaine période de temps, puisque le roulement du personnel peut nuire à l'approche du partenariat de soins selon les perceptions des personnes âgées et des proches aidants de notre étude.

### **Pour le politique**

Pour ce dernier champ d'activité, nous recommandons aux infirmières d'utiliser leur leadership pour influencer les normes sociales afin que les personnes âgées et les proches aidants soient considérés comme des individus capables de contribuer à l'amélioration des soins. Comme l'indique Carman et al. (2013), des efforts doivent être faits pour sensibiliser les patients aux avantages d'un partenariat et les soutenir dans la façon dont ils souhaitent s'engager dans les soins. Il serait également important de promouvoir des stratégies pour diminuer l'âgisme véhiculé par la société. Il est possible que ce phénomène puisse contribuer à une approche de soins plus paternaliste auprès des personnes âgées, à leur exclusion des projets de recherche et à une perception d'elles-mêmes plutôt négative à s'impliquer dans les soins en partenariat avec les infirmières.

Depuis le début du 21<sup>e</sup> siècle, la société démontre un intérêt marqué à vouloir trouver des moyens pour réduire les pertes liées au vieillissement en utilisant certaines expressions, telles que « bien vieillir (*aging well*) ». Toutefois, il est quelque

peu paradoxal que de nombreuses politiques à cet égard demeurent définies et prescrites par d'autres, plutôt que par les personnes âgées en tant que participantes actives de leur propre expérience de vieillissement (Angus et Reeve, 2016). Ainsi, il pourrait être pertinent que les acteurs essentiels au déploiement de la pratique collaborative, comme le RUIS de l'UdeM, enrichissent la définition et les buts fondamentaux d'un partenariat de soins à partir de la perspective des patients, incluant des personnes âgées aux caractéristiques diversifiées, puisqu'elles représentent une grande partie de la population.

Pour la prévention de l'EC chez les personnes âgées, il serait pertinent d'intégrer de façon plus explicite l'approche du partenariat de soins dans les cadres de référence ministériels, tel celui de l'AAPA (Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2011). Dans ce document, les auteurs mentionnent qu'il est essentiel de travailler en partenariat avec les personnes âgées hospitalisées et les proches aidants afin de personnaliser les interventions, mais sans donner plus d'explications sur la façon de l'établir. Il serait donc aidant de proposer des stratégies concrètes pour amorcer, opérationnaliser et maintenir un tel partenariat. Il serait aussi pertinent d'intégrer l'approche du partenariat dans la future politique nationale pour les proches aidants (Ministère de la Santé et Services sociaux du Québec, 2018).

En somme, notre étude a démontré la faisabilité et la pertinence d'utiliser une étude de cas multiples et une approche dyadique pour mieux comprendre les perceptions des personnes âgées et des proches aidants quant au partenariat de soins pour la prévention de l'EC postopératoire. Malgré certaines limites, notre étude a fait émerger plusieurs contributions, dont celle de mieux comprendre leur volonté variable à s'engager dans les soins selon l'influence de conditions personnelles et organisationnelles. Quelques écrits se sont intéressés au partenariat, lesquels ont servi d'assises à cette présente étude. Toutefois, la définition de cette approche demeure encore à l'étape de la théorie et de la conceptualisation. Il serait maintenant avantageux de trouver une façon concrète de l'appliquer à la pratique selon les besoins des patients et des proches aidants, incluant ceux qui ne sont pas nécessairement aptes ou intéressés à s'impliquer activement dans les soins.

## **Conclusion**



À la suite d'une chirurgie, les personnes âgées sont particulièrement à risque de développer un EC postopératoire qui est associé à de lourdes conséquences pour leur santé physique et mentale. Les infirmières peuvent optimiser la prévention de ce problème en établissant un partenariat de soins avec les personnes âgées et leurs proches aidants. Toutefois, très peu de connaissances existent sur la façon de mettre en pratique cette nouvelle approche qui, selon les écrits, demande un engagement actif dans les soins de la part de chaque partenaire.

Notre étude de cas multiples a donné une voix aux personnes âgées et aux proches aidants afin qu'ils expriment leurs perceptions quant au partenariat de soins pour la prévention de l'EC postopératoire. Dans les écrits, l'engagement des patients dans les soins est surtout associé à un rôle actif et autonome. Notre étude démontre que ce n'est pas tous les patients qui souhaitent s'engager activement dans un partenariat. En évaluant et en respectant leur volonté à s'engager dans les soins, n'est-ce pas une façon en soi de travailler en partenariat ? Autant pour ceux qui souhaitent s'engager activement que ceux qui souhaitent le faire plus passivement, il est essentiel que l'infirmière prenne le temps d'établir une relation de confiance, d'interagir avec eux de façons répétées et surtout, d'adopter une approche humaniste. Ce sont des actions simples reliées au savoir-être et à l'attitude de l'infirmière qui semblent réellement faire une différence sur l'expérience de santé des personnes âgées et des proches aidants. Cependant, les milieux hospitaliers ne semblent pas échapper à l'influence de notre société actuelle centrée sur la performance et les innovations technologiques. Bien que ces aspects puissent être bénéfiques dans différents contextes, il est parfois nécessaire de revenir à des principes de base pour améliorer la qualité et la sécurité des soins, tels que les habiletés relationnelles des professionnels de la santé.

Pour conclure, nous espérons que les résultats de notre étude contribueront à promouvoir l'importance de travailler en partenariat avec les personnes âgées et les proches aidants à différents niveaux dans le système de la santé, que ce soit dans la pratique directe, la recherche ou le développement de politique de soins.

## Références

- Allen, S. R. et Frankel, H. L. (2012). Postoperative complications: Delirium. *Surgical Clinics of North America*, 92(2), 409-431, x. doi: 10.1016/j.suc.2012.01.012
- American Geriatrics Society. (2014). Clinical practice guideline for postoperative delirium in older adults. Repéré à <http://geriatricscareonline.org/ProductAbstract/american-geriatrics-society-clinical-practice-guideline-for-postoperative-delirium-in-older-adults/CL018>
- American Psychiatric Association (2015). *DSM-5 : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5<sup>e</sup> éd.). Repéré à <https://ebookcentral.proquest.com/lib/umontreal-ebooks/detail.action?docID=4337396>
- Angus, J. et Reeve, P. (2016). Ageism: A Threat to “Aging Well” in the 21st Century. *Journal of Applied Gerontology*, 25(2), 137-152. doi: 10.1177/0733464805285745
- Anthony, S. et Jack, S. (2009). Qualitative case study methodology in nursing research: An integrative review. *Journal of Advanced Nursing*, 65(6), 1171-1181. doi: 10.1111/j.1365-2648.2009.04998.x
- Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux. (2013). L'actualisation du rôle du cadre intermédiaire. Enjeu 1. Repéré à [http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2012/12-agesss\\_enjeu1.pdf](http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2012/12-agesss_enjeu1.pdf)
- Avoine, M. P. (2012). *La signification de pratiques déshumanisantes telles que vécues par des patients hospitalisés ou ayant été hospitalisés en centre de réadaptation* (Mémoire de maîtrise, Université de Sherbrooke, Sherbrooke, Québec, Canada). Repéré à <https://savoirs.usherbrooke.ca/handle/11143/6264>
- Ball, J. E., Murrells, T., Rafferty, A. M., Morrow, E. et Griffiths, P. (2014). 'Care left undone' during nursing shifts: associations with workload and perceived quality of care. *BMJ Quality & Safety*, 23(2), 116-125. doi: 10.1136/bmjqs-2012-001767
- Bastiaens, H., Van Royen, P., Pavlic, D. R., Raposo, V. et Baker, R. (2007). Older people's preferences for involvement in their own care: a qualitative study in primary health care in 11 European countries. *Patient Education and Counseling*, 68(1), 33-42. doi: 10.1016/j.pec.2007.03.025

- Bélanger, L. et Ducharme, F. (2011). Patients' and nurses' experiences of delirium: A review of qualitative studies. *Nursing in Critical Care*, 16(6), 303-315. doi: 10.1111/j.1478-5153.2011.00454.x
- Beliveau, M. M. et Multach, M. (2003). Perioperative care for the elderly patient. *Medical Clinics of North America*, 87(1), 273-289.
- Bennett, H. D., Coleman, E. A., Parry, C., Bodenheimer, T. et Chen, E. H. (2010). Health coaching for patients with chronic illness. *Family Practice Management*, 17(5), 24-29.
- Black, P., Boore, J. R. et Parahoo, K. (2011). The effect of nurse-facilitated family participation in the psychological care of the critically ill patient. *Journal of Advanced Nursing*, 67(5), 1091-1101. doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05558.x
- Boblin, S. L., Ireland, S., Kirkpatrick, H. et Robertson, K. (2013). Using Stake's qualitative case study approach to explore implementation of evidence-based practice. *Qualitative Health Research*, 23(9), 1267-1275. doi: 10.1177/1049732313502128
- Boltz, M., Resnick, B., Chippendale, T. et Galvin, J. (2014). Testing a family-centered intervention to promote functional and cognitive recovery in hospitalized older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 62(12), 2398-2407. doi: 10.1111/jgs.13139
- Bourbonnais, A. et Ducharme, F. (2010). Âgisme et professions d'aide...des paradoxes dans une société vieillissante ? Dans M. Lagacé (dir.), *L'âgisme : Comprendre et changer le regard social sur le vieillissement* (p. 155-174). Québec: Presses de l'Université de Laval.
- Bourbonnais, A., Ducharme, F., Landreville, P., Michaud, C., Lavallée, M.-H. et Gauthier, M.-A. (2017). Évaluation pilote d'une démarche d'interventions basée sur les sens des cris de personnes âgées vivant avec la maladie d'Alzheimer en centre de soins de longue durée. Repéré à [https://www.chairepersonneagee.umontreal.ca/fileadmin/documents/Rapport\\_de\\_recherche-Projet\\_cris\\_2013-2016-final\\_avec\\_ISBN.pdf](https://www.chairepersonneagee.umontreal.ca/fileadmin/documents/Rapport_de_recherche-Projet_cris_2013-2016-final_avec_ISBN.pdf)
- Brislin, R. W. (1970). Back-translation for cross-cultural research. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 1(3), 196-206.
- Brouwers, M. C., Kho, M. E., Browman, G. P., Burgers, J. S., Cluzeau, F., Feder, G., . . . Consortium, A. N. S. (2010). AGREE II: Advancing guideline development,

reporting and evaluation in health care. *Canadian Medical Association Journal*, 182(18), E839-842. doi: 10.1503/cmaj.090449

Bull, M. J., Boaz, L. et Jermé, M. (2016). Educating Family Caregivers for Older Adults About Delirium: A Systematic Review. *Evidence-Based Nursing*, 13(3), 232-240.

Cara, C., Gauvin-Lepage, J., Lefebvre, H., Létourneau, D., Alderson, M., Larue, C., . . . Mathieu, C. (2016). Le Modèle humaniste des soins infirmiers -UdeM : perspective novatrice et pragmatique. *Recherche en Soins Infirmiers*, 125(2). doi: 10.3917/rsi.125.0020

Carman, K. L., Dardess, P., Maurer, M., Sofaer, S., Adams, K., Bechtel, C. et Sweeney, J. (2013). Patient and family engagement: A framework for understanding the elements and developing interventions and policies. *Health Affairs*, 32(2), 223-231. doi: 10.1377/hlthaff.2012.1133

Castro, E. M., Van Regenmortel, T., Vanhaecht, K., Sermeus, W. et Van Hecke, A. (2016). Patient empowerment, patient participation and patient-centeredness in hospital care: A concept analysis based on a literature review. *Patient Education and Counseling*, 99(12), 1923-1939. doi: 10.1016/j.pec.2016.07.026

Chamahian, A., Ballard, F. et Caradec, V. (2016). Enquêter auprès de personnes malades d'Alzheimer. L'approche compréhensive. Dans J. Kivits, F. Ballard, C. Fournier & M. Winance (dir.), *Les recherches qualitatives en santé* (p. 229-244). Malakoff, France: Armand Colin.

Chen, C. C., Lin, M. T., Tien, Y. W., Yen, C. J., Huang, G. H. et Inouye, S. K. (2011). Modified hospital elder life program: effects on abdominal surgery patients. *Journal of the American College of Surgeons*, 213(2), 245-252. doi: 10.1016/j.jamcollsurg.2011.05.004

Chinn, P. L. et Kramer, M. K. (2018). *Knowledge development in nursing: Theory and process*. (10<sup>e</sup> éd.). St. Louis, Missouri: Elsevier, Inc.

Chonody, J. M. (2015). Addressing Ageism in Students: A Systematic Review of the Pedagogical Intervention Literature. *Educational Gerontology*, 41(12), 859-887. doi: 10.1080/03601277.2015.1059139

Clissett, P., Porock, D., Harwood, R. H. et Gladman, J. R. (2013). Experiences of family carers of older people with mental health problems in the acute general hospital: a qualitative study. *Journal of Advanced Nursing*, 69(12), 2707-2716. doi: 10.1111/jan.12159

- Cole, M. G., Ciampi, A., Belzile, E. et Zhong, L. (2009). Persistent delirium in older hospital patients: A systematic review of frequency and prognosis. *Age and Ageing*, 38(1), 19-26. doi: 10.1093/ageing/afn253
- Comité sur les pratiques collaboratives et la formation interprofessionnelle. (2014). Guide d'implantation du partenariat de soins et de services - Vers une pratique collaborative optimale entre intervenants et avec le patient. Repéré à [http://ena.ruis.umontreal.ca/pluginfile.php/256/coursecat/description/Guide\\_implantation1.1.pdf](http://ena.ruis.umontreal.ca/pluginfile.php/256/coursecat/description/Guide_implantation1.1.pdf)
- Conseil de recherches en sciences humaines du Canada, Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie du Canada et Instituts de recherche en santé du Canada. (2014). Énoncé de politique des trois conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains. Repéré à [http://www.ger.ethique.gc.ca/pdf/fra/eptc2-2014/EPTC\\_2\\_FINALE\\_Web.pdf](http://www.ger.ethique.gc.ca/pdf/fra/eptc2-2014/EPTC_2_FINALE_Web.pdf)
- Consortium pancanadien sur l'interprofessionnalisme en santé (2010). *Référentiel national de compétences en matière d'interprofessionnalisme*. Vancouver: College of Health Disciplines.
- Creswell, J. W. (2013). *Qualitative inquiry and research design : Choosing among five approaches*. Los Angeles: SAGE Publications.
- Dahlke, S. et Phinney, A. (2008). Caring for hospitalized older adults at risk for delirium. *Journal of Gerontological Nursing*, 34(6), 41-47. doi: 10.3928/00989134-20080601-03
- Dasgupta, M. et Brymer, C. (2014). Prognosis of delirium in hospitalized elderly: Worse than we thought. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 29(5), 497-505. doi: 10.1002/gps.4032
- Dasgupta, M. et Dumbrell, A. C. (2006). Preoperative risk assessment for delirium after noncardiac surgery: A systematic review. *Journal of the American Geriatrics Society*, 54(10), 1578-1589. doi: 10.1111/j.1532-5415.2006.00893.x
- Day, J. et Higgins, I. (2015). Adult family member experiences during an older loved one's delirium: A narrative literature review. *Journal of Clinical Nursing*, 24(11-12), 1447-1456. doi: 10.1111/jocn.12771
- Deschodt, M., Braes, T., Flamaing, J., Detroyer, E., Broos, P., Haentjens, P., . . . Milisen, K. (2012). Preventing delirium in older adults with recent hip fracture through multidisciplinary geriatric consultation. *Journal of the American Geriatrics Society*, 60(4), 733-739. doi: 10.1111/j.1532-5415.2012.03899.x

- Digby, R., Lee, S. et Williams, A. (2016). Interviewing people with dementia in hospital: recommendations for researchers. *Journal of Clinical Nursing*, 25(7-8), 1156-1165. doi: 10.1111/jocn.13141
- Doherty, C. et Doherty, W. (2005). Patients' preferences for involvement in clinical decision-making within secondary care and the factors that influence their preferences. *Journal of Nursing Management*, 13(2), 119-127.
- Duffield, C., Diers, D., O'Brien-Pallas, L., Aisbett, C., Roche, M., King, M. et Aisbett, K. (2011). Nursing staffing, nursing workload, the work environment and patient outcomes. *Applied Nursing Research*, 24(4), 244-255. doi: 10.1016/j.apnr.2009.12.004
- Duhamel, F. (2015). *La santé et la famille: une approche systémique en soins infirmiers*. (3<sup>e</sup> éd.). Montréal Gaëtan Morin, Chenelière Education.
- Duhamel, F., Dupuis, F., Turcotte, A., Martinez, A. M. et Goudreau, J. (2015). Integrating the Illness Beliefs Model in clinical practice: a Family Systems Nursing knowledge utilization model. *Journal of Family Nursing*, 21(2), 322-348. doi: 10.1177/1074840715579404
- Dupuis, S. L., Gillies, J., Carson, J. et Whyte, C. (2011). Moving beyond patient and client approaches: Mobilizing 'authentic partnerships' in dementia care, support and services. *Dementia*, 11(4), 427-452.
- Eeles, E., McCrow, J., Teodorczuk, A. et Caplan, G. A. (2017). Delirium care: Real-world solutions to real-world problems. *Australasian Journal on Ageing*, 36(4), E64-E69. doi: 10.1111/ajag.12461
- Ekdahl, A. W., Andersson, L. et Friedrichsen, M. (2010). "They do what they think is the best for me." Frail elderly patients' preferences for participation in their care during hospitalization. *Patient Education and Counseling*, 80(2), 233-240. doi: 10.1016/j.pec.2009.10.026
- Fuller, V. (2016). Delirium recall - an integrative review. *Journal of Clinical Nursing*, 25(11-12), 1515-1527. doi: 10.1111/jocn.13155
- Gavard-Perret, M., Gotteland, D., Haon, C. et Jolibert, A. (2012). *La méthodologie de la recherche en sciences de la gestion. Réussir son mémoire ou sa thèse* (2<sup>e</sup> éd.). Montreuil, France: Pearson.
- Halloway, S. (2014). A family approach to delirium: a review of the literature. *Aging and Mental Health*, 18(2), 129-139. doi: 10.1080/13607863.2013.814102

- Hamric, A. B., Hanson, C. M., Tracy, M. F. et O'Grady, E. T. (2014). *Advanced practice nursing. An integrative approach*. (5<sup>e</sup> éd.). St-Louis, Missouri: Elsevier
- Hill, N. L., Yevchak, A., Gilmore-Bykovskiy, A. et 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
- Holmstrom, I. et Roing, M. (2010). The relation between patient-centeredness and patient empowerment: a discussion on concepts. *Patient Education and Counseling*, 79(2), 167-172. doi: 10.1016/j.pec.2009.08.008
- Hubbard, G., Downs, M. G. et Tester, S. (2003). Including older people with dementia in research: challenges and strategies. *Aging and Mental Health*, 7(5), 351-362. doi: 10.1080/1360786031000150685
- Inouye, S. K. (2003). *The Confusion Assessment Method (CAM): Training Manual and Coding Guide*. Boston: Hospital Elder Life Program.
- Inouye, S. K. (2006). Delirium in older persons. *New England Journal of Medicine*, 354(11), 1157-1165.
- Inouye, S. K., Bogardus, S. T., Baker, D. I., Leo-Summers, L. et Cooney, L. M. (2000). The Hospital Elder Life Program: A model of care to prevent cognitive and functional decline in older hospitalized patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 48(12), 1697-1706.
- Inouye, S. K., Bogardus, S. T., Charpentier, P. A., Leo-Summers, L., Acampora, D., Holford, T. R. et Cooney, L. M. (1999). A multicomponent intervention to prevent delirium in hospitalized older patients. *New England Journal of Medicine*, 340(9), 669-676.
- Inouye, S. K., Westendorp, R. G. J. et Saczynski, J. S. (2014). Delirium in elderly people. *The Lancet*, 383(9920), 911-922. doi: 10.1016/s0140-6736(13)60688-1
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. (2015). R – AMSTAR\* – Évaluation de la qualité des revues systématiques. Repéré à [https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/DocuMetho/R\\_Amstar\\_FR\\_21\\_012015.pdf](https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/DocuMetho/R_Amstar_FR_21_012015.pdf)
- Joseph-Williams, N., Elwyn, G. et Edwards, A. (2014). Knowledge is not power for patients: a systematic review and thematic synthesis of patient-reported barriers and facilitators to shared decision making. *Patient Education and Counseling*, 94(3), 291-309. doi: 10.1016/j.pec.2013.10.031



- Jouet, E., Flora, L. et Las Vergnas, O. (2010). Construction et reconnaissance des savoirs expérientiels des patients : note de synthèse. *Pratiques de formation - Analyses*, 13-94.
- Kalisvaart, K. J., Vreeswijk, R., de Jonghe, J. F., van der Ploeg, T., van Gool, W. A. et Eikelenboom, P. (2006). Risk factors and prediction of postoperative delirium in elderly hip-surgery patients: Implementation and validation of a medical risk factor model. *Journal of the American Geriatrics Society*, 54(5), 817-822. doi: 10.1111/j.1532-5415.2006.00704.x
- Lalonde, M.-H. et Bourbonnais, A. (2017). Les interventions de prévention de l'état confusionnel postopératoire chez les personnes âgées hospitalisées : une revue descriptive des écrits. *La Gérontoise*, 28(1), 28-40.
- Laughrea, E. (2018). *Mise en œuvre d'une formation infirmière réflexive sur la prévention de l'état confusionnel aigu chez les personnes âgées dans les milieux de soins chirurgicaux* (Rapport de stage de maîtrise, Université de Montréal Faculté des sciences infirmières). Repéré à <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/20865>
- Lechner, S., Herzog, W., Boehlen, F., Maatouk, I., Saum, K. U., Brenner, H. et Wild, B. (2016). Control preferences in treatment decisions among older adults - Results of a large population-based study. *Journal of Psychosomatic Research*, 86, 28-33. doi: 10.1016/j.jpsychores.2016.05.004
- Lenzen, S. A., Daniels, R., van Bokhoven, M. A., van der Weijden, T. et Beurskens, A. (2018). What makes it so difficult for nurses to coach patients in shared decision making? A process evaluation. *International Journal of Nursing Studies*, 80, 1-11. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2017.12.005
- Leslie, D. L., Marcantonio, E. R., Zhang, Y., Leo-Summers, L. et Inouye, S. K. (2008). One-year health care costs associated with delirium in the elderly population. *Archives of Internal Medicine*, 168(1), 27-32.
- Levinson, W., Kao, A., Kuby, A. et Thisted, R. A. (2005). Not All Patients Want to Participate in Decision Making. A National Study of Public Preferences. *Journal of General Internal Medicine*, 20(6), 531-535. doi: 10.1111/j.1525-1497.2005.0088.x
- Liamputtong, P. (2011). *Researching the Vulnerable*. Los Angeles, CA: Sage.

- Lincoln, Y. S., Lynham, S. A. et Guba, E. G. (2011). Paradigmatic controversiess, contradictions, and emerging confluences, revisited. Dans N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (dir.), *Handbook of qualitative research* (p. 97-128). Londres: Sage.
- Lloyd, V., Gatherer, A. et Kalsy, S. (2006). Conducting qualitative interview research with people with expressive language difficulties. *Qualitative Health Research*, 16(10), 1386-1404. doi: 10.1177/1049732306293846
- Loiselle, C. G., Profetto-McGrath, J., Polit, D. F. et Beck, C. T. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières. Approches quantitatives et qualitatives*. . Adaptation française de Polit et Beck. Montréal, Québec ERPI.
- Luck, L., Jackson, D. et Usher, K. (2006). Case study: A bridge across the paradigms. *Nursing Inquiry*, 13(2), 103-109.
- Lundstrom, M., Olofsson, B., Stenwall, E., Karlsson, S., Nyberg, L., Undis, E., . . . Gustafson, Y. (2007). Postoperative delirium in old patients with femoral neck fracture: A randomized intervention study. *Aging Clinical and Experimental Research*, 19(3), 178-186.
- MacPhee, M., Dahinten, V. et Havaei, F. (2017). The Impact of Heavy Perceived Nurse Workloads on Patient and Nurse Outcomes. *Administrative Sciences*, 7(1), 7. doi: 10.3390/admsci7010007
- Mailhot, T., Cossette, S., Cote, J., Bourbonnais, A., Cote, M. C., Lamarche, Y. et Denault, A. (2017). A post cardiac surgery intervention to manage delirium involving families: a randomized pilot study. *Nursing in Critical Care*, 22(4), 221-228. doi: 10.1111/nicc.12288
- Marcantonio, E. R. (2012). Postoperative delirium. A 76-year-old woman with delirium following surgery. *Journal of the American Medical Association*, 308(1), 73-81.
- Marcantonio, E. R., Flacker, J. M., Michaels, M. et Resnick, N. M. (2000). Delirium is independently associated with poor functional recovery after hip fracture. *Journal of the American Geriatrics Society*, 48(6), 618-624.
- Marcantonio, E. R., Flacker, J. M., Wright, J. et Resnick, N. M. (2001). Reducing delirium after hip fracture: A randomized trial. *Journal of the American Geriatrics Society*, 49(5), 516-522.
- Marshall, A., Kitson, A. et Zeitz, K. (2012). Patients' views of patient-centred care: a phenomenological case study in one surgical unit. *Journal of Advanced Nursing*, 68(12), 2664-2673. doi: 10.1111/j.1365-2648.2012.05965.x

- Martinez, F., Tobar, C. et Hill, N. (2015). Preventing delirium: should non-pharmacological, multicomponent interventions be used? A systematic review and meta-analysis of the literature. *Age and Ageing*, 44(2), 196-204. doi: 10.1093/ageing/afu173
- Martinez, F. T., Tobar, C., Beddings, C. I., Vallejo, G. et Fuentes, P. (2012). Preventing delirium in an acute hospital using a non-pharmacological intervention. *Age and Ageing*, 41(5), 629-634. doi: 10.1093/ageing/afs060
- Mc Donnell, S. et Timmins, F. (2012). A quantitative exploration of the subjective burden experienced by nurses when caring for patients with delirium. *Journal of Clinical Nursing*, 21(17-18), 2488-2498. doi: 10.1111/j.1365-2702.2012.04130.x
- McCaffrey, R. et Locsin, R. (2004). The effect of music listening on acute confusion and delirium in elders undergoing elective hip and knee surgery. *Journal of Clinical Nursing*, 13(6b), 91-96.
- McCusker, J., Cole, M. G., Dendukuri, N. et Belzile, E. (2003). Does delirium increase hospital stay? *Journal of the American Geriatrics Society*, 51(11), 1539-1546.
- Meyer, D. Z. et Avery, L. M. (2008). Excel as a Qualitative Data Analysis Tool. *Field Methods*, 21(1), 91-112. doi: 10.1177/1525822x08323985
- Miles, M. B. et Huberman, A. M. (2003). *Analyse des données qualitatives*. (2<sup>e</sup> éd.). Paris, France: De Boeck.
- Miles, M. B., Huberman, A. M. et Saldana, J. (2014). *Qualitative data analysis: A methods sourcebook*. (3<sup>e</sup> éd.). Los Angeles, CA: Sage.
- Milisen, K., Foreman, M. D., Abraham, I. L., De Geest, S., Godderis, J., Vandermeulen, E., . . . Broos, P. L. (2001). A nurse-led interdisciplinary intervention program for delirium in elderly hip-fracture patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 49(5), 523-532.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (2011). Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2010/10-830-03.pdf>
- Ministère de la Santé et Services sociaux du Québec. (2018). Consultation - Politique nationale pour les proches aidants. Repéré à <http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/soins-et-services/consultation-politique-nationale-pour-les-proches-aidants/>

- Moore, T. F. et Hollett, J. (2003). Giving voice to persons living with dementia: the researcher's opportunities and challenges. *Nursing Science Quarterly*, 16(2), 163-167. doi: 10.1177/0894318403251793251793
- Morse, J. M. (2000). Determining sample size. *Qualitative Health Research*, 10(1), 3-5.
- Morse, J. M. (2011). What is qualitative health research? Dans N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (dir.), *The SAGE handbook of qualitative research* (4<sup>e</sup> éd., p. 401-414). Los Angeles, CA: SAGE.
- Moyce, Z., Rodseth, R. N. et Biccand, B. M. (2014). The efficacy of peri-operative interventions to decrease postoperative delirium in non-cardiac surgery: A systematic review and meta-analysis. *Anaesthesia*, 69(3), 259-269. doi: 10.1111/anae.12539
- Murphy, K., Jordan, F., Hunter, A., Cooney, A. et Casey, D. (2015). Articulating the strategies for maximising the inclusion of people with dementia in qualitative research studies. *Dementia (London)*, 14(6), 800-824. doi: 10.1177/1471301213512489
- Murray, E., Pollack, L., White, M. et Lo, B. (2007). Clinical decision-making: Patients' preferences and experiences. *Patient Education and Counseling*, 65(2), 189-196. doi: 10.1016/j.pec.2006.07.007
- National Institute for Health and Care Excellence. (2010). Delirium: Prevention, diagnosis and management Repéré à <https://www.nice.org.uk/guidance/cg103/resources/delirium-prevention-diagnosis-and-management-35109327290821>
- Neupert, S. D. et Carr, D. (2018). Methodological Innovations in Gerontology: Advances in Psychosocial Research. *Journals of Gerontology. Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 73(1), 1-4. doi: 10.1093/geronb/gbx132
- Nolan, M. R., Davies, S., Brown, J., Keady, J. et Nolan, J. (2004). Beyond 'person-centred' care: a new vision for gerontological nursing. *Journal of Clinical Nursing*, 13(3a), 45-53.
- O'Regan, N. A., Fitzgerald, J., Timmons, S., O'Connell, H. et Meagher, D. (2013). Delirium: A key challenge for perioperative care. *International Journal of Surgery (London, England)*, 11(2), 136-144. doi: 10.1016/j.ijsu.2012.12.015

- Pace, R., Pluye, P., Bartlett, G., Macaulay, A. C., Salsberg, J., Jagosh, J. et Seller, R. (2012). Testing the reliability and efficiency of the pilot Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT) for systematic mixed studies review. *International Journal of Nursing Studies*, 49(1), 47-53. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2011.07.002
- Park, E. K. et Song, M. (2005). Communication barriers perceived by older patients and nurses. *International Journal of Nursing Studies*, 42(2), 159-166. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2004.06.006
- Partridge, J. S., Martin, F. C., Harari, D. et Dhesi, J. K. (2013). The delirium experience: What is the effect on patients, relatives and staff and what can be done to modify this? *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 28(8), 804-812. doi: 10.1002/gps.3900
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative Research & Evaluation Methods*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Pollard, C., Fitzgerald, M. et Ford, K. (2015). Delirium: The lived experience of older people who are delirious post-orthopaedic surgery. *International Journal of Mental Health Nursing*, 24(3), 213-221. doi: 10.1111/inm.12132
- Poupart, J. (1997). L'entretien de type qualitatif : considérations épistémologiques, théoriques et méthodologiques. Dans J. Poupart, J.-P. Deslauriers, L.-H. Groulx, A. Laperrière, R. Mayer & A. P. Pires (dir.), *La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques* (p. 173-207). Montréal, QC: Gaëtan Morin.
- Registered Nurses Association of Ontario. (2010). Caregiving strategies for older adults with delirium, dementia and depression. Repéré à <http://rnao.ca/bpg/guidelines/caregiving-strategies-older-adults-delirium-dementia-and-depression>
- Robinson, T. N., Raeburn, C. D., Tran, Z. V., Angles, E. M., Brenner, L. A. et Moss, M. (2009). Postoperative delirium in the elderly: Risk factors and outcomes. *Annals of Surgery*, 249(1), 173-178. doi: 10.1097/SLA.0b013e31818e4776
- Rogers, A. C. et Gibson, C. H. (2002). Experiences of orthopaedic nurses caring for elderly patients with acute confusion. *Journal of Orthopaedic Nursing*, 6(1), 9-17. doi: 10.1054/joon.2001.0210
- Rolfe, G., Jasper, M. et Freshwater, D. (2011). *Critical reflection in practice generating knowledge for care*. New York: Macmillan.

- Rosenbloom-Brunton, D. A., Henneman, E. A. et Inouye, S. K. (2010). Feasibility of family participation in a delirium prevention program for hospitalized older adults. *Journal of Gerontological Nursing*, 36(9), 22-33; quiz 34-25. doi: 10.3928/00989134-20100330-02
- Rosenbloom, D. A. et Fick, D. M. (2014). Nurse/family caregiver intervention for delirium increases delirium knowledge and improves attitudes toward partnership. *Geriatric Nursing (New York, N.Y.)*, 35(3), 175-181. doi: 10.1016/j.gerinurse.2013.12.004
- Say, R., Murtagh, M. et Thomson, R. (2006). Patients' preference for involvement in medical decision making: a narrative review. *Patient Education and Counseling*, 60(2), 102-114. doi: 10.1016/j.pec.2005.02.003
- Schumacher, K. L., Stewart, B. J., Archbold, P. G., Dodd, M. J. et Dibble, S. L. (2000). Family caregiving skill: Development of the concept. *Research in Nursing and Health*, 23(3), 191-203.
- Siddiqi, N., Harrison, J. K., Clegg, A., Teale, E. A., Young, J., Taylor, J. et Simpkins, S. A. (2016). Interventions for preventing delirium in hospitalised non-ICU patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3, CD005563. doi: 10.1002/14651858.CD005563.pub3
- Siddiqi, N., House, A. O. et Holmes, J. D. (2006). Occurrence and outcome of delirium in medical in-patients: A systematic literature review. *Age and Ageing*, 35(4), 350-364. doi: 10.1093/ageing/afl005
- Smithburger, P. L., Korenoski, A. S., Alexander, S. A. et Kane-Gill, S. L. (2017). Perceptions of Families of Intensive Care Unit Patients Regarding Involvement in Delirium-Prevention Activities: A Qualitative Study. *Critical Care Nurse*, 37(6), e1-e9. doi: 10.4037/ccn2017485
- Smithburger, P. L., Korenoski, A. S., Kane-Gill, S. L. et Alexander, S. A. (2017). Perceptions of Family Members, Nurses, and Physicians on Involving Patients' Families in Delirium Prevention. *Critical Care Nurse*, 37(6), 48-57. doi: 10.4037/ccn2017901
- Stake, R. E. (1995). *The art of case study research*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Stake, R. E. (2006). *Multiple case study analysis*. New York : Guilford Press.
- Stenwall, E., Sandberg, J., Jonhagen, M. E. et Fagerberg, I. (2008). Relatives' experiences of encountering the older person with acute confusional state:

Experiencing unfamiliarity in a familiar person. *International Journal of Older People Nursing*, 3(4), 243-251.

Stoecker, R. (1991). Evaluating and rethinking the case study. *The Sociological Review*, 39(1), 88-112. doi: 10.1111/j.1467-954X.1991.tb02970.x

Thomas, E., Smith, J. E., Forrester, D. A., Heider, G., Jadotte, Y. T. et Holly, C. (2014). The effectiveness of non-pharmacological multi-component interventions for the prevention of delirium in non-intensive care unit older adult hospitalized patients: A systematic review. *JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 12(4), 180-232. doi: 10.11124/jbisrir-2014-1446

Toye, C., Matthews, A., Hill, A. et Maher, S. (2014). Experiences, understandings and support needs of family carers of older patients with delirium: A descriptive mixed methods study in a hospital delirium unit. *International Journal of Older People Nursing*, 9(3), 200-208. doi: 10.1111/opn.12019

Université de Montréal-Faculté de médecine. (2017). Le partenariat de soins et services. Repéré à <https://medecine.umontreal.ca/faculte/direction-collaboration-partenariat-patient/le-partenariat-de-soins-et-services/>

Valéau, P. et Gardody, J. (2016). La communication du journal de bord : Un complément d'information pour prouver la vraisemblance et la fiabilité des recherches qualitatives. *Recherches qualitatives*, 35(1), 76-100.

van Meenen, L. C., van Meenen, D. M., de Rooij, S. E. et ter Riet, G. (2014). Risk prediction models for postoperative delirium: a systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Geriatrics Society*, 62(12), 2383-2390. doi: 10.1111/jgs.13138

Voltelen, B., Konradsen, H. et Ostergaard, B. (2017). Ethical considerations when conducting joint interviews with close relatives or family: an integrative review. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. doi: 10.1111/scs.12535

Voyer, P., Champoux, N., Desrosiers, J., Landreville, P., McCusker, J., Monette, J., . . . Richard, S. (2016). RADAR: A Measure of the Sixth Vital Sign? *Clinical Nursing Research*, 25(1), 9-29. doi: 10.1177/1054773815603346

Voyer, P., McCusker, J., Cole, M. G., St-Jacques, S. et Khomenko, L. (2007). Factors associated with delirium severity among older patients. *Journal of Clinical Nursing*, 16(5), 819-831. doi: 10.1111/j.1365-2702.2006.01808.x

- Weissman, J. S., Rothschild, J., Bendavid, E., Sprivulis, P., Fachi, F., Cook, F., . . . Bates, D. W. (2007). Hospital Workload and Adverse Events. *Medical Care*, 45(5), 448-455.
- Wilson, D. M., Nam, M. A., Murphy, J., Victorino, J. P., Gondim, E. C. et Low, G. (2017). A critical review of published research literature reviews on nursing and healthcare ageism. *Journal of Clinical Nursing*, 26(23-24), 3881-3892. doi: 10.1111/jocn.13803
- Witlox, J., Eurelings, L. S. M., de Jonghe, J. F. M., Kalisvaart, K. K., Eikelenboom, P. et van Gool, W., A. (2010). Delirium in elderly patients and the risk of postdischarge mortality, institutionalization, and dementia. A meta-analysis. *Journal of the American Medical Association*, 304(4), 443-451.
- World Health Organization (2010). *Framework for Action on interprofessional education and collaborative practice*. Geneva: WHO Press.
- Wright, L. M. et Leahey, M. (2014). *L'infirmière et la famille. Guide d'évaluation et d'intervention*. (4<sup>e</sup> éd.). Montréal, Canada: Éditions du nouveau pédagogique Inc (ERPI).
- Yin, R. K. (2014). *Case study research : Design and methods*. Thousand Oaks, California: Sage Publications.



## **Annexe A : Lignes directrices pour la rédaction de l'article**



Association québécoise  
des infirmières et infirmiers  
en gérontologie

## ***La Gérontoise* — Directives aux auteurs**

*La Gérontoise* est la publication officielle de l'Association québécoise des infirmières et infirmiers en gérontologie (AQiiG). Elle est diffusée en [version électronique](#) deux fois par année et est destinée aux membres ainsi qu'à toute personne intéressée par les développements cliniques et scientifiques, susceptibles de contribuer à la pratique en soins infirmiers géronto-gériatriques.

*La Gérontoise* publie des articles clinique, des revues des écrits ou des articles de recherche portant sur les soins aux personnes âgées. Ils ne doivent pas avoir été soumis à un autre périodique. Ils seront soumis à une évaluation scientifique.

### **Format des articles**

- L'article doit être rédigé en français dans un document Word (format .doc ou .docx) ;
- Il doit être accompagné d'une lettre de présentation qui présente sommairement l'article, explique le choix de *La Gérontoise* pour le publier, atteste que l'article n'a pas été soumis à un autre périodique et que tous les auteurs sont d'accord pour sa publication ;
- Il doit contenir une page titre présentant le titre de l'article, le nom des auteurs, les coordonnées de l'auteur principal, une déclaration quant aux conflits d'intérêts, les sources de financement si applicable et, si souhaité, des remerciements ;
- Un résumé d'au maximum 250 mots doit accompagner l'article, ainsi que cinq (5) mots clés ;
- Le nombre de pages doit être d'au maximum 16 pages, en police *Arial* 12, à un interligne et demi (1½) avec des marges à 2,5 cm, incluant les tableaux, les figures et les références ;
- L'article doit adopter un style scientifique cohérent avec la nature de l'article soumis (p.ex. un article qui témoigne d'une expérience clinique pourrait utiliser le « je », alors qu'une revue des écrits adopterait un style plus neutre) ;
- Les titres doivent être indiqués par le soulignement ;
- Les numéros de page doivent être indiqués dans le coin supérieur droit ;
- Les tableaux et les figures doivent être mis en page en utilisant un interligne de 1½. Ils doivent être numérotés et accompagnés d'un titre ;
- L'utilisation de photos couleur et de figures est possible. Cependant, il est primordial qu'elles soient en haute définition. Elles doivent être soumises dans un fichier à part en

précisant dans le texte où les insérer. Il est de la responsabilité des auteurs de s'assurer d'avoir les droits pour vos images ou photos ;

- Une demande de consentement et de cession des droits est adressée à chaque auteur pour l'utilisation de documents écrits et de photos ;
- Pour mettre une partie de texte en encadré ou en exergue, l'indiquer au début du paragraphe en question ;
- Les références doivent être complètes et présentées selon les normes de l'APA disponibles en français sur le site suivant : <http://guides.bib.umontreal.ca/disciplines/20-Citer-selon-les-normes-de-l-APA>. Ces normes utilisent le nom des auteurs dans le texte, par exemple (Thibeault, 2015), et non un numéro. Vérifier que toutes les références indiquées dans le texte se retrouvent dans la liste et que, à l'inverse, qu'il n'y ait pas de références indiquées dans la liste qui soient absentes dans le texte ;
- L'utilisation de logiciel de gestion bibliographique, par exemple Endnote ou Zotero, est possible. Le style de l'APA en français pour ces logiciels est disponible à l'adresse suivante : <http://guides.bib.umontreal.ca/disciplines/20-Citer-selon-les-normes-de-l-APA?tab=110> ;
- Dans *La Gérotoise*, l'utilisation du féminin pour le titre d'« infirmière » est de rigueur pour ne pas alourdir le texte ;
- Il est préférable d'utiliser le terme « les proches » au lieu de « la famille » lorsque cela est possible, et ce afin de ne pas discriminer les personnes non membres de famille qui sont auprès de la personne âgée.

### Processus de soumission

- Les dates de tombée sont : 14 septembre et 14 février ;
- La lettre de présentation, l'article et, si applicables, les photos/figures doivent être transmis par courriel (taille maximale de 10 Mo) aux deux rédactrices en chef aux coordonnées ci-dessous ;
- Un accusé de réception sera transmis ;
- À la suite de l'évaluation de l'article, ce dernier pourra être accepté avec des révisions mineures ou majeures ou il pourrait être refusé ;

Pour toutes questions, n'hésitez pas à communiquer avec la rédactrice en chef :

Olivette Soucy  
[Soucy.olivette@gmail.com](mailto:Soucy.olivette@gmail.com)

Site web de *La Gérotoise* : <https://www.aqiig.org/page/la-gerontoise/gerontoise>

**Annexe B : Affiche à l'intention des infirmières**

## **Aux infirmières** **Projet de recherche en** **cours sur l'unité**

**« Les perceptions des personnes âgées et de leurs proches quant au partenariat de soins pour la prévention de l'état confusionnel postopératoire (délirium) : une étude de cas »**

**But de l'étude :** Explorer les perceptions (impressions, pensées, besoins) des personnes âgées et des proches aidants sur le partenariat de soins avec les infirmières pour faciliter la mise en pratique des interventions de prévention de l'état confusionnel postopératoire.

**Comment? :** Je souhaite recruter 4 à 5 personnes âgées de 65 ans et plus ayant vécu un état confusionnel postopératoire résolu et leur principal proche aidant.

**Si vous connaissez des personnes âgées qui pourraient répondre aux critères,** veuillez consulter l'agente administrative de l'unité pour plus de détails.

Merci pour votre attention et n'hésitez pas à me contacter pour plus d'informations sur le projet de recherche!

**Marie-Hélène Lalonde, inf., B. Sc.**

Candidate à la maîtrise, option expertise-conseil

Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal

[Adresse courriel et numéro de téléphone]

**Annexe C : Lettre à l'unité de chirurgie**



### Projet de recherche

#### « Les perceptions de personnes âgées et de leurs proches quant au partenariat de soins pour la prévention de l'état confusionnel postopératoire : une étude de cas »

Un projet de recherche est présentement en cours sur l'unité en lien avec l'état confusionnel postopératoire chez les personnes âgées. Cette étude vise à explorer les perceptions des personnes âgées et de leurs proches aidants quant au partenariat de soins avec les infirmières pour mettre en pratique des interventions de prévention. Avec les résultats de cette étude, j'aimerais mieux comprendre comment développer et maintenir un tel partenariat, afin de maximiser l'effet des interventions de prévention et d'éviter les conséquences d'un état confusionnel postopératoire.

Pour réaliser cette étude, je souhaite recruter des dyades, incluant chacune une **personne âgée de 65 ans et plus ayant vécu un état confusionnel postopératoire résolu** et **son principal proche aidant**. À la suite d'un consentement libre et éclairé, les participants devront répondre à un court questionnaire et participer à une entrevue d'environ 60 minutes.



Si vous souhaitez participer à l'étude ou collaborer au recrutement, c'est avec plaisir que je vous donnerai plus de détails sur la recherche. Vous n'avez qu'à communiquer avec moi aux coordonnées mentionnées ici-bas.

Merci pour votre attention et au plaisir de vous côtoyer!

Marie-Hélène Lalonde, inf., B. Sc.  
Ét. M. Sc. inf., option expertise-conseil  
Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal  
[Adresse courriel et numéro de téléphone]

**Annexe D : Script à l'intention des infirmières pour informer les participants potentiels**



### **Titre du projet de recherche**

« Les perceptions de personnes âgées et de leurs proches quant au partenariat de soins pour la prévention de l'état confusionnel postopératoire : une étude de cas »

#### **① Est-ce que la personne âgée répond aux critères de sélection?**

- être âgée de 65 ans et plus
- être hospitalisée ou avoir été hospitalisé dans le dernier mois;
- avoir vécu un épisode résolu d'EC postopératoire qui a été rapporté ou documenté par l'équipe soignante durant la plus récente hospitalisation;
- avoir la capacité de comprendre et de retenir l'information;
- avoir la capacité de suivre des consignes et de répondre à des questions pendant environ 30 à 60 minutes consécutives;
- avoir la capacité de se remémorer de la période d'hospitalisation avant l'EC;
- avoir la capacité de s'exprimer oralement en français.

\*Critère d'exclusion : souffrir d'une démence modérée à sévère

#### **Est-ce que son proche aidant répond aux critères de sélection?**

- être le proche principal (soutien physique et affectif à la personne âgée);
- avoir été présent lors de l'EC de leur proche âgé.
- avoir la capacité de s'exprimer oralement en français.

\*Critère d'exclusion : avoir un état de santé précaire

#### **② Quoi dire à la personne âgée qui pourrait participer à l'étude :**

*Un projet de recherche a présentement lieu. Il vise à explorer vos perceptions et celles de votre proche aidant sur le partenariat de soins avec les infirmières pour réaliser des interventions de prévention de l'état confusionnel postopératoire. Comme vous avez vécu un état confusionnel à la suite de votre chirurgie, nous avons pensé que ce projet pourrait vous intéresser. Seriez-vous d'accord à ce que l'étudiante-chercheuse du projet, Marie-Hélène Lalonde, vous appelle afin de vous présenter plus en détail le projet? Vous serez alors libre d'accepter ou de refuser d'y participer. Oui  Non*

**3** Si la personne âgée accepte d'être contactée, lui dire :

*Je vais donc transmettre vos coordonnées à Mme Lalonde. Quel est le meilleur moment pour qu'elle puisse vous rejoindre? \_\_\_\_\_.*

*Je l'informerai de votre intérêt et elle vous appellera ou visitera dans les jours qui suivent.*

**Si la personne âgée refuse d'être contactée, lui dire :**

*Merci d'avoir écouté ma demande et soyez assuré que ceci n'affectera d'aucune façon la qualité des soins prodigués ou la relation que vous avez avec les soignants.*

**4** Quoi faire après avoir parlé à la personne âgée :

Laisser un message téléphonique à Marie-Hélène Lalonde au [numéro de téléphone] ou en écrivant un courriel à [adresse courriel], en mentionnant :

- Le nom de la personne âgée
- Sa réponse (accepte ou refuse d'être contacté)

**Si la personne âgée accepte d'être contactée, fournir aussi les renseignements suivants :**

- Ses coordonnées
- Le meilleur moment pour la rejoindre
- La date à laquelle vous lui avez parlé du projet de recherche

Merci énormément pour votre collaboration!

Marie-Hélène Lalonde, inf., B. Sc.  
Ét. M. Sc. inf., option expertise-conseil  
Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal  
[Adresse courriel et numéro de téléphone]

## **Annexe E : Questionnaires sociodémographiques**

Numéro de la dyade : \_\_\_\_

### Version personnes âgées

#### Structure individuelle : données sociodémographiques du patient

1. Quel est votre âge ? \_\_\_\_\_
2. Genre :  Féminin  Masculin
3. Quel est votre état civil?  
 Célibataire  Veuf/veuve  
 Marié(e)  Divorcée  Union de fait
4. Quel est votre niveau de scolarité?  
 Primaire  Collégial  
 Secondaire  Universitaire
5. Quel est / était votre emploi ? : \_\_\_\_\_

#### Structure individuelle : données sur la relation avec le proche-partenaire

6. Par rapport à votre proche, vous êtes le ou la...?  
 Conjoint(e)  Père / Mère  
 Frère / Soeur  Oncle / Tante  Autre : \_\_\_\_\_
7. Comment qualifieriez-vous la qualité de votre relation avec votre proche?  
 Excellente  Bonne  Mauvaise  
 Très bonne  Passable

#### Structure individuelle : données sur l'histoire de santé du patient

8. Quel type de chirurgie avait-vous eue?  
 Orthopédique : \_\_\_\_\_  
 Abdominale : \_\_\_\_\_  
 Autres : \_\_\_\_\_
9. Avant votre hospitalisation, aviez-vous d'autres problèmes de santé?  
Si oui, lesquels? \_\_\_\_\_
10. Depuis votre hospitalisation, avez-vous développé de nouveaux problèmes de santé? Si oui, lesquels? \_\_\_\_\_

Structure individuelle : données sur les connaissances du patient

11. Avant l'apparition de votre état confusionnel, saviez-vous que c'était une complication postopératoire possible?  Oui  Non

Si oui, comment en avez-vous été informé?

- Expérience déjà vécue (quand)? : \_\_\_\_\_
- Professionnel de la santé (lequel)? : \_\_\_\_\_
- Autres : \_\_\_\_\_

Numéro de la dyade : \_\_\_\_

**Version proches aidants**

Structure individuelle : données sociodémographiques du proche-partenaire

1. Quel est votre âge ? \_\_\_\_\_
2. Genre :  Féminin  Masculin
3. Quel est votre état civil?  
 Célibataire  Veuf / Veuve  
 Marié (e)  Divorcée  Union de fait
4. Quel est votre niveau de scolarité?  
 Primaire  Collégial  
 Secondaire  Universitaire
5. Quel est / était votre emploi : \_\_\_\_\_

Structure individuelle : données sur la relation avec le patient

6. Par rapport à votre proche âgé, vous êtes le ou la?  
 Conjoint(e)  Fils / Fille  
 Frère / Soeur  Neveu / Nièce  Autre : \_\_\_\_\_
7. Comment qualifieriez-vous la qualité de votre relation avec votre proche?  
 Excellente  Bonne  Mauvaise  
 Très bonne  Passable

8. À quelle fréquence visitez-vous votre proche âgé à l'hôpital?
- À chaque jour       2 fois/semaine       Autre : \_\_\_\_\_
- À tous les 2 jours       1 fois/semaine
9. Lors de vos visites, combien de temps environ restez-vous au chevet ?
- Moins de 30 minutes       Demi-journée       Toute la journée (incluant la nuit)
- 1 à 3 heures       Toute la journée (excluant la nuit)

Structure individuelle : données sur les connaissances du proche-partenaire

10. Avant l'apparition de l'état confusionnel de votre proche âgé, saviez-vous que c'était une complication postopératoire possible?       Oui       Non
- Si oui, comment en aviez-vous été informé?
- Expérience déjà vécue (quand)? : \_\_\_\_\_
- Professionnel de la santé (lequel)? : \_\_\_\_\_
- Autres : \_\_\_\_\_

## **Annexe F : Guide d'entrevue semi-structurée**

Nous allons discuter de l'approche du partenariat de soins pour la prévention de l'état confusionnel. L'état confusionnel est un état soudain de confusion mentale qui est fréquent chez les personnes âgées à la suite d'une chirurgie. Chez la personne atteinte, il se manifeste par des changements de comportement et un désordre de la pensée. Dans la plupart des cas, cette confusion est temporaire et ne laisse pas de séquelles. Mais, pour certaines personnes âgées, il peut retarder la guérison et le retour à la maison.

- Pourriez-vous m'expliquer comment s'est déroulé l'état confusionnel à la suite de votre chirurgie / de la chirurgie de votre proche?
- Si je vous dis que l'on veut établir un partenariat de soins entre vous, votre proche et les infirmières, à quoi cela ressemblerait selon vous?

Dans un partenariat de soins, les personnes âgées, les proches aidants et les infirmières travaillent ensemble pour arriver à un but commun. Cette relation d'entraide peut favoriser une bonne guérison après l'opération, sans complication. Pour vous mettre en contexte, voici des activités qui peuvent prévenir l'état confusionnel postopératoire et qui pourraient être faites en partenariat de soins [explication de l'illustration (voir Annexe F)]. Je vais maintenant vous poser des questions afin de mieux comprendre ce que vous pensez de ce possible partenariat.

### **Perceptions quant à s'engager dans un partenariat**

→ *Structure individuelle : volonté, capacité, croyances quant aux rôles et préférences*

- Que pensez-vous d'un tel partenariat entre vous, votre proche et les infirmières?
- Qu'est-ce que vous pourriez faire pour aider les infirmières à mieux vous soigner / à mieux soigner votre proche pour guérir rapidement et sans complication? Qu'est-ce que votre proche pourrait faire?
- Imaginez-vous, si pendant votre dernière hospitalisation, une infirmière s'était assise avec vous et votre proche pendant une heure pour organiser un plan d'action afin de guérir rapidement et prévenir l'état confusionnel :
  - Comment auriez-vous réagi?



- Auriez-vous aimé prendre part aux discussions? Si oui, comment?
- Après la rencontre, qui voyez-vous mettre en place votre plan d'action et comment?

### **Perceptions quant au rôle de l'infirmière dans un partenariat**

→ *Processus de soins engagés : rôle et comportement de l'infirmière*

- Comment aimeriez-vous que les infirmières vous aident à accomplir ces activités de prévention de l'état confusionnel?
- Décrivez-moi le meilleur comportement qu'une infirmière pourrait avoir avec vous pour favoriser le partenariat? Avec votre proche?
- Décrivez-moi le pire comportement qu'une infirmière pourrait avoir avec vous qui nuirait au partenariat? Avec votre proche?

### **Perceptions quant aux conditions influençant leur engagement**

→ *Soutien du système*

- Sur l'unité de soins, qu'est-ce qui vous aurait aidé à accomplir ces activités de prévention en partenariat avec votre proche et l'infirmière?
- À l'opposé, qu'est-ce qui aurait été un obstacle?
- Selon vous, comment pourrait-on surmonter ces obstacles au partenariat?

### **Pour conclure, à partir de ce que nous avons discuté**

→ *Effets d'un processus de soins engagé*

- Si vous deviez subir une autre chirurgie / votre proche devait subir une autre chirurgie, quel serait pour vous un partenariat idéal entre vous, votre proche et les infirmières pour prévenir un second état confusionnel? Qu'est-ce que cela donnerait?
- Est-ce qu'il y a autre chose que vous aimeriez me dire à propos du partenariat de soins ou de l'état confusionnel?

**Annexe G : Outil de mise en contexte sur le partenariat**

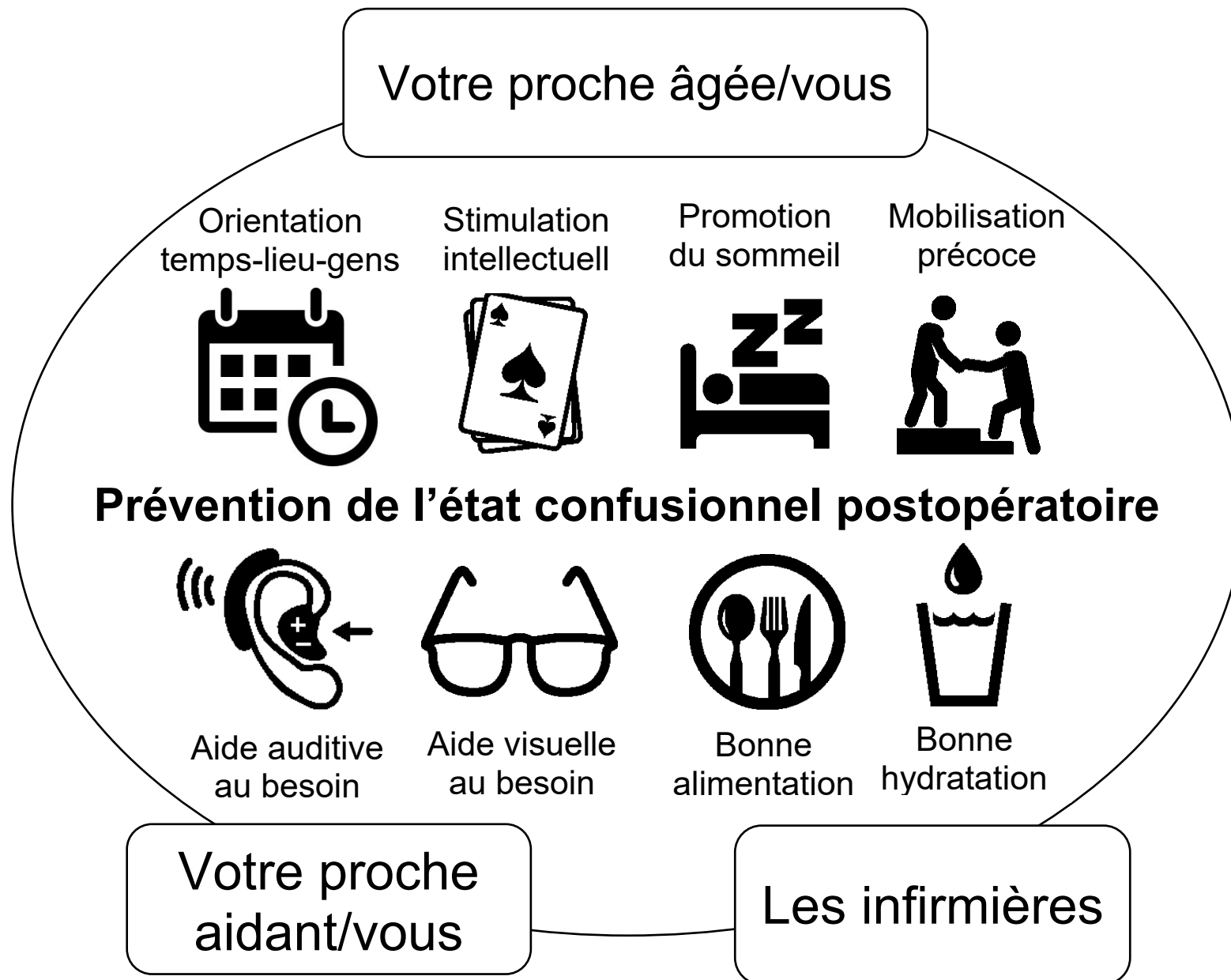


Figure 4. Outil de mise en contexte sur le partenariat

## **Annexe H : Grille d'évaluation des artéfacts physiques**

Tableau 15. Grille d'évaluation des artéfacts physiques

Artéfact physique	Type d'information	Stratégie pour y accéder	Disponible?
Documents sur la philosophie de soins de l'hôpital ou de l'unité	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Les valeurs de l'hôpital?</li> <li>▪ Leur conception du patient et du soin?</li> <li>▪ Code de déontologie et d'éthique?</li> </ul>	Demander à l'infirmière-chef ou à une CSI de consulter les documents	
Documents sur le modèle de soins qui guide les évaluations et les interventions dans l'hôpital	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Approche de soins centrés sur patient et la famille?</li> </ul>		
Documents sur le programme périopératoire de l'hôpital	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sensibilisation et information sur l'EC et l'implication des proches?</li> <li>▪ Programme de Récupération Rapide Après Chirurgie (RRAC)?</li> </ul>		
Documents d'information sur l'EC pour les infirmières et les patients	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sensibilisation et information sur l'EC et l'implication des proches?</li> </ul>		
Documents sur les programmes offerts à l'équipe soignante	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Approche adaptée à la personne âgée (AAPA)?</li> <li>▪ Projet interdisciplinaire d'optimisation des soins aux personnes âgées à l'hôpital (OPTIMAH)?</li> <li>▪ Programme de marche et de prévention des chutes?</li> </ul>		

Formulaires d'évaluation des signes AINÉES	▪ Éléments à surveiller pouvant augmenter le risque de délirium?	Demander à l'infirmière-chef ou aux infirmières de l'unité de consulter les documents	
Plan thérapeutique infirmier (PTI)	▪ Comment les infirmières peuvent y documenter les interventions de prévention ou de gestion de l'EC?		
Plan d'intervention interdisciplinaire			
Formulaire d'évaluation initiale	▪ Évaluation du risque d'EC ou autres complications pouvant y être associées?	Demander à l'infirmière-chef ou aux infirmières de l'unité de consulter les documents	
Outil de dépistage de l'EC	▪ Implication des familles dans l'évaluation?		
Dépliants ou brochures d'informations et d'enseignement sur l'unité pour les patients et les proches	▪ Informations pouvant être reliées à la prévention de l'EC? ▪ Information sur l'implication des proches aidants dans les soins?		
Affiche d'information sur l'unité			
Pictogramme au chevet des patients (si applicable)	▪ Inscription d'information pouvant contribuer à la prévention de l'EC (directives de mobilisation? Port de prothèses dentaires, visuelles ou auditives? Culotte d'incontinence?)	Observations de la chambre des cas à l'étude	
Objets pouvant contribuer à la prévention de l'EC	▪ Horloge/calendrier dans les chambres? ▪ Objets personnels au chevet? Etc.	Observations de l'unité et des chambres des cas à l'étude	

## **Annexe I : Canevas du journal de bord**

## **1) Description des évènements, des relations et des entrevues avec les participants**

Extrait du journal : *J'ai réalisé l'entrevue avec la personne âgée (dyade 1) dans une petite salle familiale de l'unité où nous étions seules : porte fermée, fenêtres et bon éclairage. J'étais assise juste en face de la patiente (sans table entre nous).*

## **2) Expériences et réflexions personnelles de l'étudiante-chercheuse**

Extrait du journal : *À partir du questionnaire sociodémographique, je constate qu'il y a un manque de connaissances sur l'EC chez les personnes âgées et les proches aidants de mon échantillon.*

## **3) Tentatives d'interprétation des données**

Extrait du journal : *Les personnes âgées ne semblent pas avoir la même volonté à s'engager dans un partenariat de soins en comparaison avec les proches aidants.*

## **4) Indications et rappels pour les prochaines entrevues**

Extrait du journal : *Je dois éviter les questions hypothétiques pendant l'entrevue, car elles semblent plus difficiles à comprendre pour les personnes âgées.*

## **5) Sentiments de l'étudiante-chercheuse**

Extrait du journal : *Pendant l'entrevue, j'avais le sentiment que la personne âgée n'était pas très ouverte à discuter : elle répondait souvent par oui ou non, sans vouloir donner plus de détails; elle évitait mon regard à plusieurs reprises.*



**Annexe J : Formulaire d'information et de consentement**

## FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

<b>Titre du projet de recherche :</b>	Les perceptions de personnes âgées et de leurs proches quant au partenariat de soins pour la prévention de l'état confusionnel postopératoire : une étude de cas.
<b>Chercheur responsable du projet de recherche :</b>	Anne Bourbonnais, inf., Ph. D., professeure agrégée, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal. Chercheure au Centre de recherche de l'IUGM. Titulaire de la Chaire de recherche en soins infirmiers à la personne âgée et à la famille.
<b>Étudiante :</b>	Marie-Hélène Lalonde, inf., B. Sc., étudiante à la maîtrise, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal.
<b>Bourses d'étude :</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Bourse du Ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur (MÉES), 2016-2017.</li><li>• Bourse Familles Gagnon-Thibaudeau de la Chaire de recherche en soins infirmiers à la personne âgée et à la famille, 2016.</li></ul>

### 1. Introduction

Nous vous invitons à participer à un projet de recherche. Cependant, avant d'accepter de participer à ce projet et de signer ce formulaire d'information et de consentement, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent.

Ce formulaire peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles au chercheur responsable de ce projet ou à un membre de son personnel de recherche et à leur demander de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair.

### 2. Nature et objectifs du projet de recherche

L'état confusionnel est une complication postopératoire fréquente chez les personnes âgées à la suite d'une chirurgie. Il s'agit d'un état soudain de confusion mentale pouvant modifier les comportements et la manière de penser. Pour la plupart des cas, il se développe sur une courte période de temps, tout en étant réversible (qui reviendra à la normale). La prévention demeure la stratégie la plus efficace pour éviter ce problème et ses conséquences possibles. Plus précisément, des interventions de prévention sans médication devraient être réalisées le plus tôt possible auprès des personnes âgées hospitalisées.

Un partenariat de soins entre une personne âgée, ses proches et les infirmières pourrait faciliter la prévention de l'état confusionnel. Cette approche est définie comme un travail d'équipe dans lequel chaque partenaire est encouragé à réfléchir, discuter, décider, planifier et intervenir ensemble vers un but commun soit, dans le cadre de cette étude, la prévention de l'état confusionnel. Toutefois, les perceptions des personnes âgées et de leurs proches quant au partenariat de soins avec les infirmières pour réaliser des interventions de prévention de l'état confusionnel postopératoire sont peu connues.

Ainsi, le but de l'étude est de découvrir vos impressions, vos pensées et vos idées sur le partenariat de soins qui est possible entre vous, votre proche et les infirmières pour la prévention de l'état confusionnel postopératoire. Par exemple, nous souhaitons mieux comprendre votre intérêt à en faire partie, vos attentes envers l'infirmière et ce que vous pensez qui pourrait aider ou nuire à la création d'un tel partenariat.

Pour la réalisation de ce projet de recherche, nous comptons recruter de 4 à 5 personnes âgées de 65 ans et plus ayant vécu un état confusionnel postopératoire à la suite d'une chirurgie et son proche aidant. Donc, de 8 à 10 participants seront recrutés au total sur une unité de chirurgie à [nom de l'hôpital] du [nom du Centre intégré universitaire de santé et services sociaux (CIUSSS)].

### 3. Déroulement du projet de recherche

Vous serez invité à rencontrer en personne un membre de l'équipe de recherche à l'endroit que vous souhaitez en fonction de la trajectoire de soins (par exemple, salle fermée à l'hôpital, domicile, centre de réadaptation, etc.). Votre participation à cette rencontre impliquera les éléments suivants :

### 3.1. Questionnaire

Vous devrez répondre à un court questionnaire permettant de recueillir des renseignements, par exemple, sur votre âge et votre expérience avec l'état confusionnel.

### 3.2. Entrevue individuelle

Ensuite, nous vous demanderons de participer à une entrevue individuelle d'environ 60 minutes. Il sera aussi possible d'y participer accompagné de votre proche si vous le souhaitez.

Cette entrevue ressemblera à une conversation au cours de laquelle on vous posera des questions simples afin que vous nous parliez de vos perceptions quant au partenariat de soins avec les infirmières pour réaliser des interventions de prévention de l'état confusionnel postopératoire.

L'entrevue sera enregistrée sur bande audio afin de nous permettre de vous réécouter pleinement et que nous puissions, par la suite, analyser de manière rigoureuse les informations que vous nous avez transmises.

## **4. Avantages associés au projet de recherche**

Il se peut que vous retiriez un bénéfice personnel de votre participation à ce projet de recherche, mais nous ne pouvons vous l'assurer. Par ailleurs, les résultats obtenus contribueront à l'avancement des connaissances scientifiques dans ce domaine des soins infirmiers.

## **5. Inconvénients associés au projet de recherche**

Outre le temps consacré à la participation à ce projet de recherche et le déplacement pour les proches aidants, vous pourriez possiblement ressentir de la gêne, du stress ou de la fatigue reliés à l'entrevue individuelle. Dans ces situations, l'entrevue pourra être suspendue ou poursuivie à un autre moment.

## **6. Participation volontaire et possibilité de retrait**

Votre participation à ce projet de recherche est volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer. Vous pouvez également vous retirer de ce projet à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons, en faisant connaître votre décision au chercheur responsable de ce projet ou à l'un des membres de son personnel de recherche.

Votre décision de ne pas participer à ce projet de recherche ou de vous en retirer n'aura aucune conséquence sur la qualité des soins et des services auxquels vous avez droit, sur votre relation avec le chercheur responsable de ce projet et les autres intervenants.

Le chercheur responsable de ce projet et le [nom du comité d'éthique] peuvent mettre fin à votre participation, sans votre consentement, si vous ne respectez pas les consignes du projet de recherche ou s'il existe des raisons administratives d'abandonner le projet.

Si vous vous retirez ou êtes retiré du projet, l'information déjà obtenue dans le cadre de ce projet sera conservée aussi longtemps que nécessaire pour se conformer aux exigences réglementaires.

Toute nouvelle connaissance acquise durant le déroulement du projet qui pourrait affecter votre décision de continuer à participer à ce projet vous sera communiquée sans délai verbalement et par écrit.

## **7. Confidentialité**

Durant votre participation à ce projet de recherche, le chercheur responsable de ce projet ainsi que les membres de son personnel de recherche recueilleront, dans un dossier de recherche, les renseignements vous concernant. Seuls les renseignements nécessaires pour répondre aux objectifs scientifiques de ce projet seront recueillis.

Ces renseignements comprendront l'enregistrement sur bande audio de l'entrevue individuelle et les informations que vous aurez fournies dans le questionnaire sociodémographique. Votre dossier peut aussi comprendre d'autres renseignements tels que votre nom, votre sexe, votre date de naissance et votre origine ethnique.

Tous les renseignements recueillis demeureront confidentiels dans les limites prévues par la loi. Afin de préserver votre identité et la confidentialité de ces renseignements, vous ne serez identifié que par un numéro de code. La clé du code reliant votre nom à votre dossier de recherche sera conservée par le chercheur responsable de ce projet de recherche.

Les renseignements recueillis, à titre de données de recherche, seront utilisés par le chercheur responsable de ce projet dans le but de répondre aux objectifs scientifiques du projet décrits dans le formulaire d'information et de consentement.

Les résultats de la recherche pourront être publiés dans des revues spécialisées ou faire l'objet de discussions scientifiques, mais il ne sera pas possible de vous identifier. Également, les données de recherche pourraient servir pour d'autres analyses de données reliées au projet ou pour l'élaboration de projets de recherches futurs. Par ailleurs, vos renseignements personnels, tels que votre nom ou vos coordonnées, seront conservés pendant 5 ans après la fin du projet par le chercheur responsable de ce projet de recherche et seront détruits par la suite.

À des fins de surveillance et de contrôle, votre dossier de recherche pourra être consulté par une personne mandatée par le [nom du comité d'éthique] ou par l'établissement ou par une personne mandatée par des organismes publics autorisés. Toutes ces personnes et ces organismes adhèrent à une politique de confidentialité.

Vous avez le droit de consulter votre dossier de recherche pour vérifier les renseignements recueillis et les faire rectifier au besoin, et ce, aussi longtemps que le chercheur responsable de ce projet de recherche détient ces informations.

## **8. Études ultérieures**

Acceptez-vous que vos données de recherche soient utilisées par le chercheur responsable pour réaliser d'autres projets de recherche soit dans le domaine de la neuroscience du vieillissement ou soit dans le domaine de la promotion de la santé, des soins et des interventions.

Ces projets de recherche seront évalués et approuvés par [nom du comité d'éthique] avant leur réalisation. Vos données de recherche seront conservées de façon sécuritaire dans les serveurs informatiques du Centre de recherche de l'IUGM. Afin de préserver votre identité et la confidentialité de vos données de recherche, vous ne serez identifié que par un numéro de code.

Vos données de recherche seront conservées aussi longtemps qu'elles peuvent avoir une utilité pour l'avancement des connaissances scientifiques. Lorsqu'elles n'auront plus d'utilité, vos données de recherche seront détruites. Par ailleurs, notez qu'en tout temps, vous pouvez demander la non-utilisation de vos données de recherche en vous adressant au chercheur responsable de ce projet de recherche.

Acceptez-vous que vos données de recherche soient utilisées à ces conditions pour réaliser d'autres projets de recherche?  **Oui**  **Non**

## **9. Participation à des études ultérieures**

Acceptez-vous que le chercheur responsable de ce projet de recherche ou un membre de son personnel de recherche reprenne contact avec vous pour vous proposer de participer à d'autres projets de recherche? Bien sûr, lors de cet appel, vous serez libre d'accepter ou de refuser de participer aux projets de recherche proposés.  **Oui**  **Non**

## **10. Financement du projet de recherche**

L'étudiante de ce projet de recherche a reçu un financement d'organismes pour mener à bien ce projet de recherche.

## **11. Compensation**

Aucune compensation financière n'est prévue pour votre participation à ce projet de recherche.

## **12. En cas de préjudice et droits du participant à la recherche**

Si vous deviez subir quelque préjudice que ce soit dû à votre participation au projet de recherche, vous recevrez tous les soins et services requis par votre état de santé, sans frais de votre part.

En acceptant de participer à ce projet de recherche, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez le chercheur responsable de ce projet de recherche, l'organisme subventionnaire et l'établissement de leur responsabilité civile et professionnelle.

### **13. Identification des personnes-ressources**

Si vous avez des questions ou si la personne que vous représentez éprouve des problèmes en lien avec le projet de recherche ou si vous souhaitez la retirer, vous pouvez communiquer avec le chercheur responsable de ce projet de recherche ou avec une personne de l'équipe de recherche au numéro suivant : [numéro de téléphone de l'étudiante-chercheuse]

Pour toute question concernant ses droits en tant que participant à ce projet de recherche ou si vous avez des plaintes ou des commentaires à formuler, vous pouvez communiquer avec le commissaire aux plaintes et à la qualité des services du [nom du CIUSSS], au [numéro de téléphone] .

### **14. Surveillance des aspects éthiques du projet de recherche**

Le [nom du comité d'éthique] a approuvé le projet de recherche et en assurera le suivi. Pour toute information, vous pouvez joindre le Comité, par téléphone au [numéro de téléphone et extension] ou par courriel à l'adresse suivante: [adresse courriel de la coordonnatrice du comité d'éthique]

## Consentement

**Titre du projet de recherche :** Les perceptions des personnes âgées et de leurs proches quant au partenariat de soins pour la prévention de l'état confusionnel postopératoire : une étude de cas

### I. Consentement du participant

J'ai pris connaissance du formulaire d'information et de consentement. Je reconnais qu'on m'a expliqué le projet, qu'on a répondu à mes questions et qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre une décision.

Après réflexion, je consens à participer à ce projet de recherche aux conditions qui y sont énoncées.

---

Signature du participant

Date

### II. Signature de la personne qui a obtenu le consentement si différent du chercheur responsable du projet de recherche.

J'ai expliqué au participant les termes du présent formulaire d'information et de consentement et j'ai répondu aux questions qu'il m'a posées.

---

Signature de la personne qui obtient le consentement

Date

### III. Signature et engagement du chercheur responsable de ce projet de recherche

Je certifie qu'on a expliqué au participant les termes du présent formulaire d'information et de consentement, que l'on a répondu aux questions qu'il avait à cet égard et qu'on lui a clairement indiqué qu'il demeure libre de mettre un terme à sa participation, et ce, sans préjudice.

Je m'engage, avec l'équipe de recherche, à respecter ce qui a été convenu au formulaire d'information et de consentement et à en remettre une copie signée et datée au participant.

---

Signature du chercheur responsable du projet de recherche

Date