

Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier

Cadre de référence



Québec 

Édition :

La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

Le présent document est disponible uniquement en version électronique à l'adresse :

www.msss.gouv.qc.ca section **Documentation, rubrique **Publications**.**

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2011

Bibliothèque et Archives Canada, 2011

ISBN : 978-2-550-60945-2 (version PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, mais non commerciales, sont permises à condition d'en mentionner la source.

GROUPE DE TRAVAIL

Responsable : Marie-Jeanne Kergoat, M.D., CCFP, FCFP, CSPQ
Géiatre
Chef du département de médecine spécialisée
Institut universitaire de gériatrie de Montréal
Directrice du programme réseau de résidence en gériatrie
Professeur agrégé, Faculté de médecine, Université de Montréal

Coordonnatrice : Diane Boyer, M.Sc. (Ps-éd), MAP
Projet « Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier »
Adjointe administrative, Centre d'expertise sur la santé des personnes âgées et des aidants (CESPA)
Institut universitaire de gériatrie de Montréal

Documentaliste : Valérie Verdier, Bsc.
Diplôme de l'Institut national des sciences et techniques de la documentation (INTD) en ressources documentaires et bases de données; spécialité : documentation d'entreprise
Institut universitaire de gériatrie de Montréal

COMITÉ DE RÉDACTION ET DE RÉVISION

Marie-Jeanne Kergoat, M.D., CCFP, FCFP, CSPQ
Géiatre
Chef du département de médecine spécialisée
Institut universitaire de gériatrie de Montréal
Directrice du programme réseau de résidence en gériatrie
Professeur agrégé, Faculté de médecine, Université de Montréal

Annik Dupras, M.D., FRCPC, CSPQ
Interniste-géiatre
Membre du service de gériatrie, Centre hospitalier universitaire de Montréal
Professeure adjointe de clinique, Faculté de médecine, Université de Montréal
Coresponsable, projet OPTIMAH du CHUM (OPTIM isation des soins aux personnes Â gées à l' H ôpital)

Lucille Juneau, Inf., M.Sc.
Adjointe, Direction générale adjointe aux affaires cliniques
Volet qualité et gestion des risques – bonnes pratiques – liens réseau
Centre hospitalier *affilié* universitaire de Québec

Monique Bourque, Inf., M.A.
Conseillère clinicienne en soins infirmiers, Centre de santé et de services sociaux
Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke
Conseillère clinicienne en soins infirmiers gériatriques, Centre d'expertise en santé de Sherbrooke
Professeure associée, École des Sciences infirmières, Faculté des Sciences de la Santé
Université de Sherbrooke

Diane Boyer, M.Sc. (Ps-éd), MAP
Coordonnatrice, projet « Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier »
Adjointe administrative, Centre d'expertise sur la santé des personnes âgées et des aidants (CESPA)
Institut universitaire de gériatrie de Montréal

AUTRES COLLABORATEURS À LA RÉDACTION ET À LA RÉVISION

Serge Brazeau, M.D., FRCPC, CSPQ
Interniste-gériatre
Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, Centre de santé et de services sociaux
Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke
Professeur agrégé, Faculté de médecine, Université de Sherbrooke

Céline Crowe, M.D.
Directrice des services professionnels et hospitaliers
Institut universitaire de gériatrie de Montréal
Chargée d'enseignement de clinique, Faculté de médecine, Université de Montréal

Clémence Dallaire, Inf., Ph.D.
Professeur agrégée, Faculté des sciences infirmières, Université Laval

Suzanne Gilbert, B.Pharm., M.Sc., MAP
Chef du département de pharmacie, Institut universitaire de gériatrie de Montréal
Clinicienne associée, Faculté de pharmacie, Université de Montréal

Lucie Grenier Inf., MAP
Directrice générale adjointe aux affaires cliniques
Centre hospitalier *affilié* universitaire de Québec

Michel Lévesque, Inf., M.Sc., D.S.A.
Directeur des soins infirmiers
Centre de santé et de services sociaux
Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke

Louise Talbot, Inf., Bsc., DAP
Coordonnatrice du Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec
Coordonnatrice du programme vieillissement et gériatrie
Centre hospitalier *affilié* universitaire de Québec

Linda Thibeault, Inf., M.Sc.
Diplôme de deuxième cycle en études interdisciplinaires sur la mort
Conseillère en soins spécialisés en gérontopsychiatrie
Institut universitaire de gériatrie de Montréal

Thien Tuong Minh Vu, M.D., FRCPC, CSPQ
Gériatre
Membre du service de gériatrie, Centre hospitalier universitaire de Montréal (CHUM)
Membre associé, Institut universitaire de gériatrie de Montréal
Professeur adjoint de clinique, Faculté de médecine, Université de Montréal
Coresponsable du projet SAGe (Systématisation de l'Approche Gériatrique) du service de gériatrie du CHUM

SOUTIEN TECHNIQUE

Secrétaire : Johanne Le Sage – Institut universitaire de gériatrie de Montréal
Secrétaire : Catherine Vien - Institut universitaire de gériatrie de Montréal
Secrétaire : Danielle Lefèvre - Institut universitaire de gériatrie de Montréal
Secrétaire : Nicole Boyer - Institut universitaire de gériatrie de Montréal
Révisseuse : Luce Andrée Gosselin - Institut universitaire de gériatrie de Montréal
Bénévole : Claire Deguire

**MOT DU MINISTRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX ET DE LA MINISTRE DÉLÉGUÉE
AUX SERVICES SOCIAUX**

Le système de santé québécois, conçu pour une population active et relativement jeune, doit s'adapter à l'évolution du profil de sa clientèle. Elle est composée d'une population vieillissante présentant un nombre beaucoup plus élevé de problèmes chroniques. Nous assistons donc à une transition démographique qui oblige le passage du modèle de soins épisodiques et de courte durée à un modèle de soins et services continus et de longue durée.

L'importance d'agir est de plus en plus manifeste devant la hausse marquée de la fréquentation des urgences québécoises depuis plusieurs années. En effet, le pourcentage de personnes âgées de 65 ans et plus au Québec va presque doubler d'ici 25 ans, pour passer de 14 % à plus de 25 %. Actuellement, environ 45 % de toutes les journées d'hospitalisation au Québec sont utilisées par les personnes âgées de 65 ans et plus, lesquelles ne représentent que 14 % de la population. Considérant les projections démographiques, cette situation ne peut aller qu'en augmentant au cours des prochaines années.

La littérature scientifique et l'expérience démontrent que l'hospitalisation est un facteur de risque du déclin des capacités fonctionnelles chez les personnes âgées, ce qui peut faire la différence entre le recours à l'institutionnalisation ou non. À ce jour, dans la majorité des hôpitaux du Québec, force est de constater que des améliorations importantes doivent être apportées afin d'offrir des services adaptés aux particularités du vieillissement qui soient axés sur la préservation de l'autonomie fonctionnelle des personnes âgées.

La Direction générale des services sociaux a donc confié aux Instituts universitaires de gériatrie de Montréal (IUGM) et de Sherbrooke (CSSS-IUGS) le mandat de définir les fondements d'une approche adaptée à la personne âgée, et plus spécifiquement en contexte de soins de courte durée.

Nous souhaitons remercier le docteur Marie-Jeanne Kergoat et son comité pour l'excellent travail. Nous sommes convaincus que ce cadre de référence sur l'approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier saura soutenir les changements qui doivent s'opérer non seulement dans les hôpitaux, mais également à l'ensemble des services du continuum pour les personnes âgées.

***C'est maintenant qu'il faut agir !
C'est l'affaire de tous et chacun...***

Le ministre,


Yves Bolduc

La ministre déléguée,


Dominique Vien

**MOT DE LA RESPONSABLE DU COMITÉ DE TRAVAIL SUR LE DOCUMENT :
APPROCHE ADAPTÉE À LA PERSONNE ÂGÉE EN MILIEU HOSPITALIER**

Cher lecteur, chère lectrice,

C'est avec une immense joie et une réelle conviction qu'il est nécessaire et possible d'améliorer l'accueil et le séjour de la personne âgée en milieu hospitalier que j'ai accepté le mandat de diriger un comité de travail sur le sujet. Le comité a été formé de cliniciens et de gestionnaires cliniciens rattachés aux deux instituts universitaires de gériatrie (Montréal et Sherbrooke) et au Centre d'expertise sur le vieillissement de Québec, dont les missions sont dédiées à la clientèle âgée ainsi que d'experts en soins gériatriques qui exercent dans des hôpitaux universitaires de soins généraux et spécialisés.

C'est avec fierté et une anticipation positive que je vous invite à parcourir et utiliser le contenu de ce document. Notre comité a d'abord fait un constat de la situation vécue par les personnes âgées dans nos hôpitaux. Il a ensuite analysé les écrits scientifiques sur l'impact de l'hospitalisation à l'âge avancé et sur différents modèles d'organisation émergents qui ont été démontrés plus efficaces et mieux adaptés. Nous avons également mis en commun l'expérience de plusieurs projets de transformation déjà amorcés pour des hôpitaux dans la province. C'est ainsi que le document expose d'abord la problématique vécue par les personnes âgées, puis les défis à surmonter et finalement, les pratiques cliniques et organisationnelles à mettre en place pour bien desservir les personnes âgées vulnérables. En substance, notre propos suggère qu'une approche centrée sur la personne âgée et ses besoins, invite à réhumaniser les soins de façon générale pour tous les patients. Nous mettons l'emphase sur la responsabilisation individuelle et la participation collective et continue : patient, famille, intervenant, administrateur, direction générale.

Ce travail représente en lui-même une collaboration exceptionnelle entre des experts qui ont à cœur un meilleur traitement des personnes âgées au Québec. Tout au long de l'avancée de nos travaux, bénévolement, Mme Claire Deguire, légitimée par un intérêt authentique et ses 80 ans, nous a patiemment relus. Ses commentaires constructifs ont permis d'assurer la clarté du texte et de le maintenir centré sur la personne âgée hospitalisée. La coordination effectuée par Mme Diane Boyer a été réalisée avec beaucoup de doigté, d'efficacité et de détermination. Notre démarche a été soutenue par les Dres Céline Crowe et Suzanne Gosselin, directrices des services professionnels et hospitaliers des instituts de gériatrie et Mme Linda Rivard, professionnelle du MSSS, qui se sont montrées respectueuses et confiantes. Je les remercie pour la liberté d'action qu'elles nous ont donnée.

Puisse l'Approche adaptée à la personne âgée hospitalisée rendre compte de la motivation du comité de travail et de la très grande qualité de son contenu.

*Marie-Jeanne Kergoat, M.D. gériatre, IUGM
Responsable du comité de travail*

Préambule

Les personnes âgées sont d'actualité! Partout, on commente leurs conditions de vie, leurs aspirations, leur isolement, leurs besoins. Et qui plus est, dans le monde occidental, la question des soins et services à apporter à la population âgée est débattue, discutée, scrutée. Le nombre grandissant de gens âgés et le développement des connaissances à leur sujet exigent une révision et une réorientation de nos façons de voir, de traiter, de soigner et d'accompagner les aînés.

Être âgé, c'est être vulnérable...

Cette affirmation frôle presque l'hérésie dans un monde où la jeunesse est glorifiée, où certains scientifiques promettent la vie éternelle pour la fin du siècle¹ où les *Body Extreme Makeovers* sont de plus en plus à la mode, où le *Botox* et les implants sont monnaie courante. En effet, certains voudraient laisser croire que vieillir ne changera rien à nos forces, à nos habitudes, à notre train de vie, à notre apparence. Et pourtant...

Les personnes âgées, même les plus en forme, sont plus vulnérables que les personnes d'âge moyen en bonne condition physique. En conséquence, lorsqu'elles arrivent à l'hôpital, elles sont plus susceptibles, surtout en présence de maladies chroniques, d'être affectées rapidement par des pratiques en établissement qui ne sont pas adaptées à leur condition.

Ce guide se veut un outil de référence pour la communauté hospitalière du Québec : médecins, gestionnaires, professionnels et employés de tous les services. Jusqu'à présent, beaucoup de travaux ont été menés dans les programmes de soutien à domicile et dans le milieu de l'hébergement, mais plus rarement nous sommes-nous penchés sur le rôle de l'hôpital, comme endroit stratégique dans le continuum des soins offerts aux personnes âgées.

Les aînés qui se trouvent actuellement dans les hôpitaux québécois sont nos parents, nos grands-parents ou ceux de nos voisins, de nos collègues. Un jour, nous les y remplacerons...

Pour elles, pour nous...

Bonne lecture et... Bonnes pratiques...

Sommaire

L'approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier : un cadre de référence

Ce cadre de référence a été conçu pour sensibiliser et outiller les professionnels, les gestionnaires et le personnel des centres hospitaliers au phénomène du déclin fonctionnel iatrogène, afin de le prévenir ou de l'atténuer. Après une revue de littérature exhaustive, une équipe de médecins et de professionnels de la santé s'est penchée sur ce phénomène et propose des façons d'améliorer sensiblement la qualité du séjour et des soins offerts aux personnes âgées en milieu hospitalier. Tout d'abord, les différences entre le vieillissement normal et pathologique sont clarifiées. Deux grands syndromes, le delirium et le syndrome d'immobilisation sont présentés, et un algorithme des soins cliniques est proposé, qui tient compte de ces deux problèmes que rencontrent les personnes âgées à l'hôpital. Ce cheminement tient compte de l'état de santé de base des personnes qui arrivent à l'hôpital et propose des interventions en trois paliers (1-2-3 ci-dessous), déterminés par la condition initiale, c'est-à-dire les facteurs prédisposants et la fragilité face au système hospitalier, c'est-à-dire les facteurs précipitants.

Ainsi, au premier palier, les interventions systématiques (1) s'adressent à toute personne âgée se présentant à l'hôpital ou étant admise dans une unité de soins. Elles mettent l'emphase sur des activités de base (boire, marcher, manger, s'orienter dans le temps et dans l'espace) qui tiennent compte de la fragilité des personnes âgées. Au second palier, les interventions spécifiques (2), débutent lorsque l'évaluation du premier palier d'intervention démontre que la personne se détériore ou est plus vulnérable. En plus de l'équipe soignante régulière, une équipe multiprofessionnelle de base vient ajouter à l'expertise. Finalement, si ces interventions ne sont pas suffisantes, on passera au troisième palier, soit à des interventions spécialisées (3), où une infirmière, formée pour intervenir auprès de la personne âgée, viendra supporter l'équipe et pourra à son tour faire appel à une équipe spécialisée en gériatrie et gérontologie clinique.

Cette stratification des interventions permet non seulement d'individualiser l'approche, mais aussi de recentrer les interventions en tenant compte de l'état de santé global de la personne âgée (approche globale) et non pas uniquement de son poumon malade ou de sa hanche fracturée par exemple (approche biomédicale conventionnelle). Pour cibler les éléments d'intervention spécifiques et déceler précocement les signes d'installation ou la présence de conditions à risque, l'utilité de l'outil des signes vitaux gériatriques est soulignée. Cet outil, qui porte l'acronyme **AÎNÉES**, est issu du Projet interdisciplinaire d'**OPT**imisation des soins aux personnes **Â**gées à l'**H**ôpital (**OPTIMAH**) du Centre hospitalier universitaire de Montréal. De plus, il permet d'obtenir une vue d'ensemble de la réponse du patient âgé aux soins et traitements dispensés.

Le système de santé, en grande réorganisation pour soutenir les personnes désirant rester à domicile, peine à s'adapter aux nombreux changements nécessaires pour ajuster son approche aux besoins fort diversifiés des personnes âgées hospitalisées. En effet, les pénuries de personnel, les débordements aux urgences, les nombreux préjugés dont sont victimes les personnes âgées rendent ces changements difficiles.

Ce cadre de référence propose donc également des principes directeurs pour les organisations hospitalières qui veulent prendre ce virage. En effet, les changements de pratique proposés doivent être soutenus, non seulement par une équipe de professionnels, mais par l'organisation tout entière. Un changement de culture important s'impose; il doit tenir compte des ajustements à faire, à tous les niveaux et dans tous les services de l'organisation. La collaboration interprofessionnelle, le rôle clé de l'équipe soignante de base, comprenant le médecin et les membres de l'équipe de soins infirmiers, l'importance de soutenir cette équipe dans une transformation qui dure dans le temps, sont mis en lumière dans le cadre de référence. Toutes ces transformations sont nécessaires pour tenir compte de la sensibilité particulière des personnes âgées à la dimension de la continuité. En effet, l'hôpital ne fait pas cavalier

seul dans le système de santé : il faut tenir compte de l'avant et de l'après où les proches aidants et la famille sont des acteurs de premier plan, dans le mieux-être de leur parent.

Enfin, le cadre de référence insiste sur la nécessité de s'évaluer, de mesurer, pour s'améliorer : comparer la situation de départ à la situation souhaitée. Ainsi, des indicateurs de qualité (de résultats, de processus et de structure) sont proposés, afin d'aider les gestionnaires et les professionnels à choisir et à cibler leurs interventions d'amélioration dans l'approche aux personnes âgées.

Quelques données

Saviez-vous que...

- L'âge médian de la population canadienne québécoise est de 42 ans alors qu'il était de 25 ans en 1970 et qu'il sera de 50 ans en 2050 ?
- Le pourcentage de personnes âgées de 65 ans et plus au Québec va presque doubler d'ici 25 ans, pour passer de 14 % à plus de 25 % ?
- Quelque 45 % de toutes les journées d'hospitalisation au Québec sont utilisées par les personnes âgées de 65 ans et plus, lesquelles ne représentent que 14 % de la population ?
- Depuis 1987, le nombre d'hospitalisations de personnes âgées de 75 ans et plus a doublé ?
- Une seule journée d'alitement se traduira par 3 jours d'hospitalisation chez une personne de 75 ans ou plus ?
- Les personnes âgées de 75 ans et plus perdent de 5 à 10 % de leur masse musculaire par semaine d'alitement et risquent de requérir plusieurs semaines de réadaptation pour récupérer leur autonomie à la marche ?
- La déshydratation ou certains médicaments peuvent entraîner un *delirium* en quelques heures ?

Vous êtes surpris ? Continuez votre lecture !
D'autres données fort intéressantes vous attendent...

TABLE DES MATIÈRES

PRÉAMBULE.....	VI
SOMMAIRE	VII
QUELQUES DONNÉES.....	IX
INTRODUCTION.....	1
1. UN CADRE DE RÉFÉRENCE.....	2
2. CONTEXTE.....	4
2.1. Contexte démographique.....	4
2.2. Contexte psychosocial.....	4
2.3. Contexte épidémiologique.....	5
2.3.1. Particularités de la clientèle âgée.....	6
2.3.2. Risques associés à l'hospitalisation.....	10
2.4. Contexte organisationnel.....	14
2.4.1. Contexte de soins actuels.....	14
2.4.2. Le réseau de la santé au Québec.....	17
3. PRÉVENIR LE DÉCLIN FONCTIONNEL : AGIR SUR LE <i>DELIRIUM</i> ET LE SYNDROME D'IMMOBILISATION.....	19
3.1. Le delirium.....	20
3.1.1. Épidémiologie.....	20
3.1.2. Facteurs de risque.....	21
3.1.3. Présentation clinique du delirium, diagnostic et dépistage.....	23
3.1.4. Pronostic et suivi.....	26
3.2. Le syndrome d'immobilisation.....	27
3.2.1. Épidémiologie.....	27
3.2.2. Facteurs de risque.....	28
3.2.3. Pronostic et suivi.....	28
3.3. La médication.....	33

4.	L'APPROCHE ADAPTÉE	36
4.1.	Principes généraux.....	38
4.2.	Algorithme de soins cliniques à la personne âgée en CHSGS.....	39
4.3.	Stratégies d'interventions cliniques	44
4.3.1.	Palier 1 : Interventions préventives systématiques	45
4.3.2.	Palier 2 : Interventions spécifiques de prévention et de traitement précoce.....	49
4.3.3.	Palier 3 : Interventions spécialisées de traitement.....	51
4.4.	Stratégies pour gérer la médication : le bilan comparatif	52
4.5.	Environnement physique et équipement : interventions et stratégies simples à promouvoir	53
5.	STRATÉGIES D'INTERVENTIONS ORGANISATIONNELLES	64
5.1.	Les défis à relever	64
5.2.	Les principes directeurs de la transformation des pratiques.....	67
PRINCIPE 1	L'ORGANISATION FAVORISE UNE TRANSFORMATION SOUTENUE DES PRATIQUES DE SOINS ET SERVICES ADAPTÉES À LA PERSONNE ÂGÉE EN CENTRE HOSPITALIER	68
PRINCIPE 2	L'ORGANISATION APPUIE LE DÉVELOPPEMENT D'UNE CULTURE ADAPTÉE À LA PERSONNE ÂGÉE	69
PRINCIPE 3	L'ORGANISATION RECONNAÎT L'IMPORTANCE DE L'ÉQUIPE SOIGNANTE ET INVESTIT DANS CELLE-CI POUR LA SOUTENIR DANS LE CHANGEMENT	75
PRINCIPE 4	L'ORGANISATION INTÈGRE UNE PRATIQUE DE COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE ADAPTÉE À LA PERSONNE ÂGÉE	81
PRINCIPE 5	L'ORGANISATION TIENT COMPTE DE LA SENSIBILITÉ PARTICULIÈRE DES PERSONNES ÂGÉES À LA CONTINUITÉ DES SOINS	86
6.	LES INDICATEURS	94
6.1.	Introduction.....	94
6.2.	Définition	94
	TABLEAU DES INDICATEURS.....	97
7.	CONCLUSION : L'URGENCE D'AGIR ENSEMBLE.....	108

8. ANNEXES	110
ANNEXE A : MEMBRES DU COMITÉ ET GROUPES DE TRAVAIL.....	110
ANNEXE B : PROGRAMMES ET ÉTUDES PRÉSENTANT DES INTERVENTIONS PRÉVENTIVES EN MILIEU HOSPITALIER	112
ANNEXE C : MÉDICAMENTS POTENTIELLEMENT INAPPROPRIÉS EN GÉRIATRIE.....	119
ANNEXE D : NORMES DE CONSTRUCTION BONIFIÉES POUR LA CLIENTÈLE ÂGÉE	124
ANNEXE E : LISTE DE SIGLES ET ABRÉVIATIONS	133
APPENDICE	134
RÉFÉRENCES	142
BIBLIOGRAPHIE	158

Introduction

Plusieurs pays industrialisés ont commencé à étudier de plus près le fonctionnement de leurs hôpitaux au regard des services offerts à une population âgée de plus en plus nombreuse. En effet, plusieurs études démontrent que si l'on modifie certains processus de soins auprès d'une clientèle âgée vulnérable, les complications iatrogéniques diminuent. Il serait inconcevable de traiter un enfant de la même façon qu'un adulte; de même il devient de plus en plus évident que les personnes âgées ont besoin d'approches et de traitements différents de ceux prodigués à l'ensemble de la population adulte, compte tenu de leurs caractéristiques propres.

En dépit de tels constats, force est de constater que, « au regard des services de courte durée (médicaux, hospitaliers et autres), les personnes âgées reçoivent les mêmes services que la population en général²».

L'adaptation des soins et services à une clientèle de plus en plus vulnérable est nécessaire pour mieux répondre à ses besoins. Nous devons donc rajuster notre philosophie de soins en passant d'un modèle biomédical, ciblant l'amélioration de l'organe ou du système malade, vers un **modèle intégrateur biopsychosocial** centré sur la personne et ses objectifs de vie, visant autant la récupération fonctionnelle, que le traitement approprié de la maladie. Ceci passe inévitablement par la mise en place d'une approche de soins multiprofessionnelle généralisée et par une adaptation de l'environnement physique, supportées par des organisations motivées. Ainsi seulement, pourrons-nous réaliser un véritable « *Hôpital accueillant pour la personne âgée*^{a,3}».

C'est dans cette perspective que s'inscrit le présent document. Il présente les changements à apporter aux pratiques quotidiennes des intervenants et les moyens d'y parvenir pour les organisations. En effet, en utilisant les données probantes et les guides de consensus, il est clair que les pratiques professionnelles ne peuvent s'actualiser que si les organisations ont la volonté de mettre en place les conditions d'implantation nécessaires.

Ci-après, nous présentons les données factuelles et cliniques sur la clientèle. Suivent les stratégies d'interventions cliniques et organisationnelles à mettre en œuvre.

Nous souhaitons que cette présentation des transformations à mettre en place dresse un portrait clair, réaliste et concret des changements à apporter à nos pratiques hospitalières et qu'elle contribuera à soutenir le virage souhaité.

^a Titre du colloque organisé en mai 2008, par le Centre d'Expertise sur la santé des personnes âgées et des aidants (CESPA) de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal (IUGM). Ce colloque présentait les résultats d'une vaste recherche sur la qualité des soins dans les unités de courte durée gériatriques (UCDG) du Québec. De plus, on pouvait y prendre connaissance de projets mis en place par des établissements de santé qui tentent d'adapter l'hôpital d'aujourd'hui aux besoins des personnes âgées en modifiant les pratiques professionnelles et l'environnement physique.

1. Un cadre de référence

Ce guide de bonnes pratiques vise la mise en place de pratiques professionnelles, fondées sur les données probantes, pour l'amélioration de la qualité des soins et services auprès de la personne âgée, dans le contexte du centre hospitalier. Il suggère d'articuler les bonnes pratiques à l'aide d'un cadre de référence, conçu à partir de modèles d'évaluation de la qualité des soins et services⁴⁻⁸. Une telle approche permet d'identifier différentes dimensions de la qualité et de les relier entre elles. De plus, elle contribue à donner de la cohérence aux décisions et aux actions posées et de les remettre en question dans un contexte d'amélioration continue de la qualité, maintenant imposé par le nouveau processus d'agrément exigé au Québec.

Ce cadre de référence multiprofessionnel propose une démarche d'évaluation et d'amélioration de la qualité, qui inclut les dimensions suivantes :

- Les caractéristiques de la clientèle;
- Les caractéristiques structurelles;
- Les processus de soins;
- Les résultats attendus;
- Les liens entre ces dimensions (figure 1).

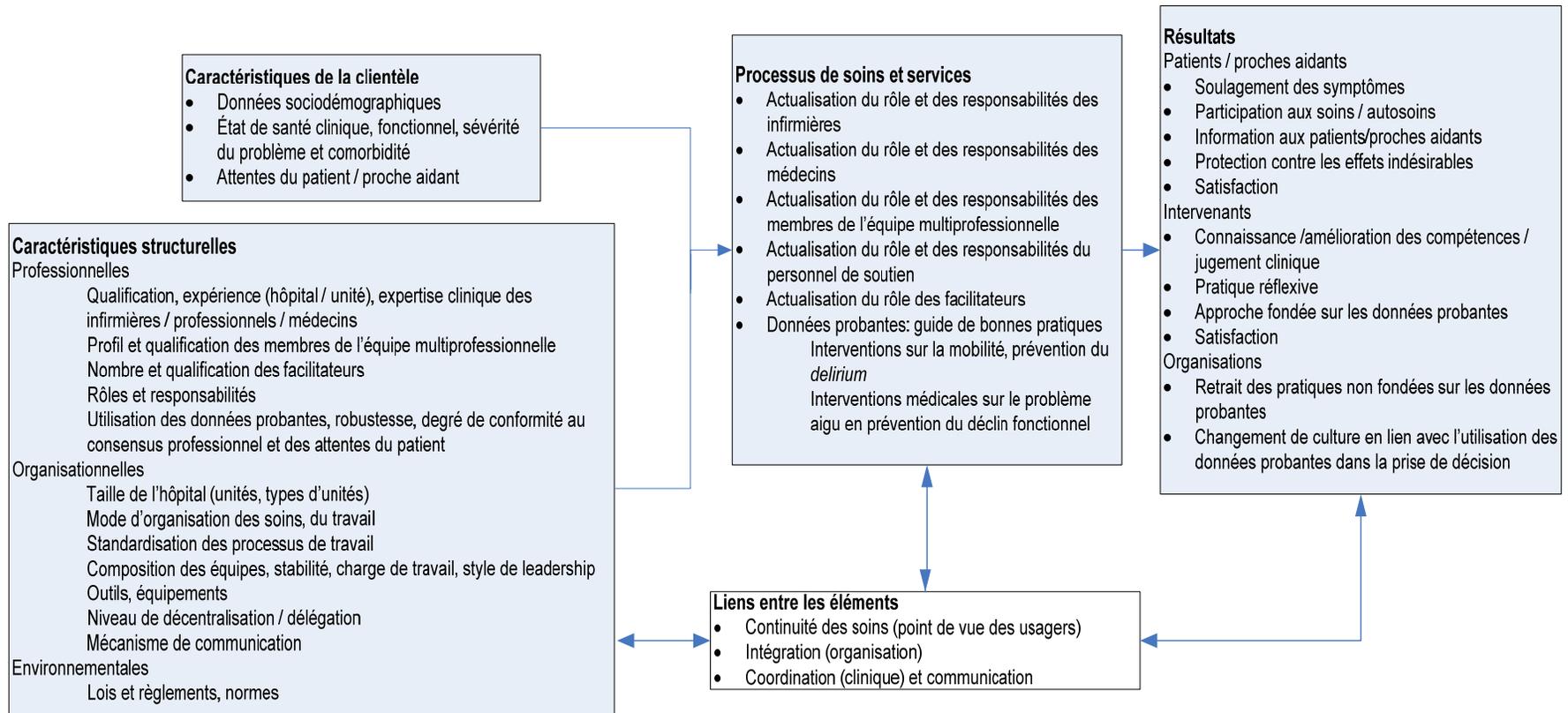
Dans ce guide, de manière plus spécifique, les **caractéristiques de la clientèle** portent sur les particularités de l'utilisateur pouvant influencer sa santé et l'utilisation des services de santé. Il s'agit, entre autres, des données sociodémographiques, de l'état de santé clinique et fonctionnel, de la sévérité du problème de santé, des comorbidités et des attentes de la personne et de ses proches aidants.

Les **caractéristiques structurelles** réfèrent aux prérequis relativement stables pour la mise en place des bonnes pratiques : les composantes professionnelles, organisationnelles et environnementales de nos établissements de santé. Les **processus de soins** font appel aux comportements normatifs issus initialement des sciences médicales, de l'éthique et des valeurs de la société. Plus spécifiquement, les normes proviennent des connaissances sur lesquelles s'appuient les interventions, de l'expertise clinique et des pratiques généralement acceptées dans le milieu. Les **résultats attendus** renvoient aux résultats découlant des interventions, tant pour le patient et les professionnels que pour les gestionnaires.

Les **liens entre ces dimensions**, (*continuité des soins, coordination et intégration*) traduisent les perspectives différentes d'un même phénomène. Par exemple, du point de vue de l'utilisateur, la *continuité des soins* est « la façon dont les soins sont vécus par un patient comme cohérents et reliés dans le temps; cet aspect des soins est le résultat d'un bon transfert continu de l'information, de bonnes relations interpersonnelles et d'une coordination efficace des soins⁹ ». Par contre, du point de vue du soignant, la *continuité des soins* consiste à recueillir suffisamment d'information sur le patient pour appliquer au mieux ses compétences professionnelles. Par ailleurs, la *coordination des soins* exige d'assembler et de synchroniser les efforts à tous les niveaux, afin d'atteindre les objectifs de l'organisation. Elle exige une communication significative et efficace entre les intervenants. Enfin, *l'intégration des soins et services* dans un établissement de santé réfère à un réseau de services interdépendants et coordonnés sur les plans fonctionnel, clinique et financier, dans le but de fournir un *continuum* de services adaptés aux besoins de la clientèle¹⁰.

Dans ce guide, l'emphase est mise sur les processus de soins adaptés aux personnes âgées, par l'identification de bonnes pratiques fondées sur les données probantes (les sections 2, 3 et 4). Par ailleurs, la mise en place de ces pratiques professionnelles doit s'ancrer dans une structure organisationnelle facilitant le changement. Elle doit aussi mettre de l'avant une évaluation des résultats de processus de soins implantés, afin de rajuster et d'améliorer les pratiques. En ce sens, la section 5 propose des stratégies d'implantation et d'interventions face au changement et la section 6 présente des indicateurs de résultats qui permettront de suivre l'implantation des bonnes pratiques dans chaque établissement.

FIGURE 1
QUALITÉ DES SOINS ET SERVICES : CADRE DE RÉFÉRENCE



Sources :

- Donabedian, A. (1980). *The definition of quality and approaches to its assessment* (Vol. 1). Ann Arbor: Health Administration Press, 163 p.
- Donabedian, A. (1985). *The methods and findings of quality assessment and monitoring* (Vol. 3). Ann Arbor: Health Administration Press, 528 p.
- Hall, L. M., & O'Brien-Pallas, L. (2000). Redesigning nursing work in long-term care environments. *Nursing Economics*, 18(2), 79-87.
- Rycroft-Malone, J. (2004). Research implementation : evidence, context and facilitation : the PARISH framework. In B. McCormack, K. Manley & R. Garbett (Eds.), *Practice development in nursing* (p. 118-147). Oxford: Blackwell.

2. Contexte

2.1. Contexte démographique

Le vieillissement démographique est un phénomène essentiellement vécu par les pays industrialisés, expliqué en grande partie par le faible taux de natalité et l'allongement de l'espérance de vie à la naissance et après 65 ans. Les pays industrialisés affichent des proportions de personnes âgées, encore inégalées. Des États-Unis (12 %) au Japon (21 %), le pourcentage des gens âgés va en s'accroissant indéniablement¹¹.

Le Canada vieillit plus vite que la plupart de ces pays. Le Québec n'échappe pas à cette tendance; de 14,4 % en 2007¹², la proportion des personnes âgées passera à 24 % en 2026¹². L'augmentation sera particulièrement rapide à compter de 2011, lorsque la cohorte des *baby boomers* atteindra l'âge de 65 ans. Le vieillissement de la population québécoise sera également caractérisé par une augmentation importante des personnes très âgées. Puisque les personnes de plus de 85 ans seront alors plus nombreuses en raison de l'importante cohorte de départ et de l'allongement de l'espérance de vie, la proportion de personnes qui consommeront le plus de soins et de services de santé croîtra de façon considérable¹³.

2.2. Contexte psychosocial

Règle générale, les femmes vivent plus longtemps, sont plus souvent seules et sont moins fortunées que les hommes. Elles sont aussi plus nombreuses (ratio de 2 pour 1 chez les 80 ans et plus) avec l'avancée en âge. Les personnes âgées sont généralement bien entourées : ainsi, 80 % des aînés déclarent bénéficier d'un niveau élevé de soutien social. Au Québec, 88 % des personnes âgées vivent à domicile, alors que 12 % d'entre elles sont dans un milieu de vie substitut, lequel regroupe des gens très âgés, majoritairement aux prises avec des atteintes cognitives sévères et des dépendances fonctionnelles.

Comme toutes les autres étapes de la vie, la sénescence constitue un processus normal de développement avec ses possibilités de croissance propres. En effet, la personne âgée est riche d'une vie chargée d'histoires et d'expériences qui lui ont permis de trouver ses repères, de s'adapter au vieillissement, de mettre au point des manières de se soigner à la maison, d'utiliser et de maintenir ses capacités dans son environnement. Pourtant, c'est souvent une image négative du vieillissement qui nous est projetée et qui est renforcée par les médias¹⁴. Les stéréotypes et les préjugés, dont sont victimes les personnes âgées, sont nombreux : l'âgisme, la gérontophobie ou l'infantilisation en sont des exemples. Les personnes âgées elles-mêmes y sont sujettes : « Ah non, je n'en ai pas parlé, c'est normal à mon âge ».

Dans le réseau social des personnes âgées, les proches aidants jouent un rôle déterminant. Ils procurent de 70 % à 85 % de l'aide nécessaire aux aînés à domicile. Les dirigeants reconnaissent partout leur rôle primordial et la double position dans laquelle ils se trouvent : comme client, ayant des besoins propres, et comme partenaire, avec un rôle souvent déterminant dans le maintien à domicile de la personne âgée qu'ils accompagnent. Cependant, encore peu de programmes offrent un réel soutien aux proches aidants. Et dans les hôpitaux, ces derniers sont souvent perçus comme dérangeants.

2.3. Contexte épidémiologique

De façon universelle, la sénescence s'accompagne d'une diminution des réserves physiologiques et des capacités fonctionnelles. On observe cette diminution de résilience plus particulièrement au moment d'une sollicitation accrue, comme lors d'une maladie aiguë, qui peut induire rapidement des incapacités graves. Les capacités fonctionnelles s'appauvrissent encore davantage sous l'influence de la sédentarité et en présence de maladies chroniques.

On constate que malgré l'accroissement de l'espérance de vie, le début de l'apparition des maladies chroniques ne survient pas plus tard dans la vie. Les incapacités physiques résultent principalement des maladies chroniques : de ce fait, plusieurs années de vie seront vécues avec des difficultés importantes. Ce phénomène est plus marqué dans le groupe des 85 ans et plus qui démontre la plus forte croissance démographique et, aussi, les plus grands besoins en matière de soutien social et de soins de santé. Ces maladies chroniques accroissent à leur tour les risques individuels de contracter des maladies aiguës ou d'entraîner des épisodes de décompensation (ex. : œdème aigu du poumon, de l'insuffisance cardiaque ou surinfection du diabétique). Les conséquences de ces maladies, autant que les traitements qu'elles nécessitent, interagissent de façon à complexifier la situation et à vulnérabiliser encore davantage les personnes âgées.

L'enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2003 met en relation les problèmes de santé chroniques et la dépendance dans les activités de la vie quotidienne (AVQ). Les démences, dont la maladie d'Alzheimer, les séquelles des accidents vasculaires cérébraux, les broncho-pneumopathies chroniques, le cancer, l'incontinence urinaire, les troubles intestinaux, la maladie mentale, l'arthrite et les maladies rhumatismales, ainsi que le diabète sont les problèmes de santé les plus fortement associés à des incapacités. De plus, les études rapportent une augmentation des incapacités et du besoin d'aide avec le très grand âge, et notent que ce besoin d'aide est alors nettement supérieur au taux d'incapacité.

Dans l'enquête québécoise sur les limitations d'activités de 1998 (EQLA)¹⁵ qui concerne la population des 65 ans et plus vivant à domicile, 55 % des personnes âgées de 75 ans et plus vivant en ménage privé présentent des incapacités à long terme, dont 24 % de gravité légère, 18 % modérée et 14 % sévère.

Les personnes âgées, proportionnellement à leur poids démographique, sont plus fréquemment hospitalisées, et cette proportion augmente avec l'âge. En effet, si entre 60 et 65 ans, une personne sur dix est hospitalisée dans l'année, ce taux triple pour la clientèle de 80 ans (2006-2007). On observe que les personnes de 75 ans et plus, qui représentent 6,4 % de la population, comptent pour 23,2 % des hospitalisations et pour 37 % des journées d'hospitalisations au Québec en soins physiques de courte durée (2006-2007)¹⁶. De plus, si pour la population générale, le nombre d'hospitalisations a diminué depuis 1987, il augmente sans cesse pour les 75 ans et plus (respectivement 80 824 en 1987-88 à 139 300 en 2006-2007). Ce phénomène s'explique non seulement par le vieillissement de la population, mais aussi par la vulnérabilité de cette clientèle qui ne peut souvent bénéficier des interventions ambulatoires possibles chez une clientèle plus jeune. Ainsi, cela se traduit par une augmentation de la morbidité de la clientèle hospitalisée et, donc, du risque de complications.

Dans ce contexte et avec l'alourdissement de la clientèle hospitalisée consécutif à la réorganisation de la distribution des soins dans notre réseau, une forte proportion des aînés nécessitant une hospitalisation est porteuse de maladies chroniques. Nous devons donc rajuster notre façon de prodiguer des soins et services au regard des besoins de cette population en croissance.

2.3.1. Particularités de la clientèle âgée

Les personnes âgées constituent une population très hétérogène, dont les besoins de soins et de services diffèrent de façon significative. Un groupe de travail représentant des experts des quatre Réseaux Universitaires Intégrés de Santé (RUIS) québécois, réunis pour rédiger les composantes des services spécialisés en gériatrie, décrivait ainsi cette composition du groupe des aînés québécois :

« De façon générale, la plupart des personnes âgées sont en bonne santé ou touchées par une ou quelques maladies chroniques (hypertension artérielle, ostéoporose) qui ne leur occasionnent pas d'incapacités. Ces personnes nécessitent toutefois une gestion optimale de leurs facteurs de risque et de leur condition chronique pour prévenir le développement d'incidents cliniques aigus et de limitations fonctionnelles.

« Un deuxième groupe est constitué de personnes âgées moins bien portantes. Elles sont touchées par des maladies plus morbides qui accélèrent les pertes physiologiques et occasionnent une certaine instabilité clinique (diabète, insuffisance cardiaque, maladie pulmonaire chronique). Elles ont un risque augmenté de développer des incapacités fonctionnelles, d'être hospitalisées de façon répétée, d'être institutionnalisées ou de décéder.

« Un troisième groupe se compose de personnes ayant des incapacités fonctionnelles qui ont besoin non seulement de services médicaux, mais aussi de services professionnels et de soutien communautaire. Elles sont généralement âgées de 75 ans et plus, avec des maladies chroniques multiples et plusieurs épisodes de maladies aiguës ou elles présentent un trouble cognitif significatif. Elles ont des incapacités et des dépendances fonctionnelles. Leur réseau de soutien social est souvent épuisé ou incapable d'assumer une surveillance de tout instant. Ces personnes sont de grandes utilisatrices des services de santé, avec des épisodes de transition fréquentes à travers toutes les composantes du système de santé, incluant les centres hospitaliers universitaires et instituts de gériatrie. Ce groupe représente tout un défi, car il requiert une combinaison complexe de services médicaux, de services sociaux et des services de soutien¹⁷. »

La connaissance est sans aucun doute un antidote aux mythes reliés à la personne âgée. L'information fondée sur les données probantes permet aux intervenants de la santé de différencier les changements physiologiques normaux inévitables des facteurs de risques à identifier afin d'intervenir précocement et de prévenir une détérioration évitable. Ces différenciations permettent de faire ressortir le potentiel de la personne âgée tout en mettant en évidence des pratiques qui peuvent devenir sources de défis professionnels.

Dans le tableau qui suit (tableau 1) figurent les principaux changements physiologiques liés au vieillissement normal et leurs conséquences, ainsi que des pathologies fréquentes qui peuvent altérer l'autonomie fonctionnelle ou cognitive de la personne âgée.

TABEAU 1
VIEILLISSEMENT NORMAL ET PATHOLOGIQUE

DIMENSIONS	CHANGEMENTS PHYSIOLOGIQUES NORMAUX	CONSÉQUENCES	PATHOLOGIES FRÉQUENTES	CONSÉQUENCES
Cognition	<ul style="list-style-type: none"> - Oublis bénins - Diminution légère de la mémoire de travail et de la mémoire épisodique - Diminution légère des fonctions exécutives - Diminution de l'intelligence fluide - Diminution de l'attention divisée - Ralentissement psychomoteur (temps de réaction) - Mémoires sémantique, implicite et procédurale) intactes - Les changements modestes ont lieu sur plusieurs décennies 	<ul style="list-style-type: none"> - Pas de répercussions fonctionnelles - Léger oubli de l'emplacement de certains objets - Léger oubli des noms propres - Légères difficultés à apprendre de nouvelles tâches et de nouvelles informations - Légère difficulté à s'accommoder à de nouveaux événements - Légère diminution des capacités d'abstraction - Ralentissement du traitement de l'information 	<ul style="list-style-type: none"> - Troubles cognitifs légers (4 %) - Maladie d'Alzheimer (8 %) - Démence vasculaire - Autres syndromes démentiels 	<ul style="list-style-type: none"> - Atteintes neurocomportementales - Dépendance fonctionnelle - Trouble de la communication - Risque concernant la sécurité personnelle - Risque de <i>delirium</i> - Risque de dénutrition
Audition	<ul style="list-style-type: none"> - Baisse de la perception des sons aigus surtout en présence de bruits ambiants (presbyacousie) - Difficulté à distinguer les différentes tonalités 	<ul style="list-style-type: none"> - Altération de la capacité à entendre - Difficulté à comprendre une conversation dans un milieu bruyant - Risque de <i>delirium</i> lors de stress aigus 	<ul style="list-style-type: none"> - Acouphènes - Surdité de conduction ou neurosensorielle (30 %) 	<ul style="list-style-type: none"> - Trouble de la communication - Isolement, solitude et dépression - Risque concernant la sécurité personnelle
Cardio-vasculaire	<ul style="list-style-type: none"> - Diminution de la fréquence cardiaque au repos et à l'effort maximal - Diminution de la compliance diastolique - Diminution de la compliance, surtout des vaisseaux proximaux - Infiltration du tissu de conduction par le collagène - Hypertrophie concentrique du ventricule gauche - Calcification des valves - Perte de myocytes cardiaques 	<ul style="list-style-type: none"> - Augmentation de la tension artérielle systolique - Débit cardiaque maintenu par une plus grande dépendance sur la contraction de l'oreillette gauche - Performance au repos peu affectée alors qu'on observe une limitation de l'adaptation au stress et à l'effort 	<ul style="list-style-type: none"> - Hypertension artérielle (40 %) - Maladie coronarienne (20 %) - Maladie vasculaire périphérique (14 %) - Accidents vasculaires cérébraux (1 %) - Fibrillation auriculaire (8 %) - Maladies valvulaires - Insuffisance cardiaque 	<ul style="list-style-type: none"> - Risque de décompensation cardiaque aiguë - Polymédication - Risque d'hospitalisation - Mortalité - Limitations et incapacités fonctionnelles
Endocrinien et métabolique	<ul style="list-style-type: none"> - Diminution des hormones : rénine, aldostérone, testostérone, GH, IGF-1, DHEA - Augmentation de l'ADH - Diminution de l'activation de la vitamine D - Balance calcique négative 	<ul style="list-style-type: none"> - Augmentation des risques d'hyperkaliémie - Prédisposition à la perte de sodium rénale - Diminution de la libido et des fonctions sexuelles - Perte d'énergie - Résistance à l'insuline - Ostéopénie 	<ul style="list-style-type: none"> - Diabète de type 2 (20 %) - Dysthyroïdie (5 %) - Ostéoporose 	<ul style="list-style-type: none"> - Vieillesse prématurée - Maladies artérioscléreuses accélérées - Risque fracturaire - Fatigabilité plus *

Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier

DIMENSIONS	CHANGEMENTS PHYSIOLOGIQUES NORMAUX	CONSÉQUENCES	PATHOLOGIES FRÉQUENTES	CONSÉQUENCES
Gastro-intestinal	<ul style="list-style-type: none"> - Augmentation du péristaltisme tertiaire - Diminution des facteurs de protection gastrique - Diminution de la vidange gastrique - Diminution de l'absorption de certaines substances - Ralentissement du transit colique - Diminution de l'immunité digestive - Diminution du métabolisme hépatique des médicaments 	<ul style="list-style-type: none"> - Augmentation du risque d'ulcères - Tendance à la constipation - Sensibilité aux infections digestives - Diminution de l'appétit - Modification des aspects pharmacocinétiques des médicaments 	<ul style="list-style-type: none"> - Dysphagie (6-10 %) - Cancer colorectal (1 %) - Hémorragie digestive - Colite à <i>c. difficile</i> 	<ul style="list-style-type: none"> - Dénutrition - Déconditionnement - Sensibilité accrue à la toxicité médicamenteuse - Limitations et incapacités fonctionnelles*
Musculo-squelettique	<ul style="list-style-type: none"> - Diminution des fibres musculaires de 30 à 40 % - Diminution de la masse musculaire - Infiltration graisseuse du tissu musculaire - Diminution de la force musculaire de 40 à 60 % - Diminution de la flexibilité - Diminution de l'hydratation du cartilage et des disques intervertébraux - Diminution de la force des tendons et ligaments - Diminution de la densité minérale osseuse 	<ul style="list-style-type: none"> - Diminution de l'endurance - Diminution de l'amplitude articulaire de 20 à 25 % - Augmentation de la fatigue musculaire, même après un court exercice - Changement de la posture (légère cyphose) - Douleurs - Risque augmenté de chutes, de sédentarité 	<ul style="list-style-type: none"> - Ostéoporose (25 %) - Arthrose (80 %) - Fractures de la hanche - Tendinopathie - Sténose spinale 	<ul style="list-style-type: none"> - Cyphose, syndrome pulmonaire restrictif - Trouble postural - Douleurs osseuses - Chutes - Syndrome d'immobilisation - Limitations et incapacités fonctionnelles
Pulmonaire	<ul style="list-style-type: none"> - Diminution de la compliance de la paroi thoracique - Augmentation de la compliance du tissu pulmonaire - Augmentation de la réactivité bronchique - Diminution de la <i>drive</i> respiratoire - Diminution de la force et de l'endurance des muscles respiratoires 	<ul style="list-style-type: none"> - Augmentation du volume résiduel - Fragilité respiratoire en cas de pathologie des voies aériennes - Diminution de la tolérance à l'effort 	<ul style="list-style-type: none"> - Maladies pulmonaires obstructives chroniques - Asthme 	<ul style="list-style-type: none"> - Surinfections pulmonaires - Diminution de la tolérance à l'effort - Limitations fonctionnelles - Mortalité prématurée
Néphrologique	<ul style="list-style-type: none"> - Diminution de la masse rénale de 25 % - Diminution de la filtration glomérulaire - Diminution de la capacité de concentrer et diluer les urines - Diminution de la perfusion rénale - Augmentation du volume résiduel d'urine dans la vessie 	<ul style="list-style-type: none"> - Modification des aspects pharmacocinétiques des médicaments - Vulnérabilité accrue à l'insuffisance rénale et aux désordres électrolytiques - Difficulté du rein à s'adapter dans les situations de privation d'eau - Bactériurie asymptomatique 	<ul style="list-style-type: none"> - Insuffisance rénale aiguë et chronique - Incontinence urinaire (10 à 30 %) - Néphrite 	<ul style="list-style-type: none"> - Risque d'interactions, de surdosage et de toxicité médicamenteuse - Hémodialyse - Limitations et incapacités fonctionnelles

Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier

DIMENSIONS	CHANGEMENTS PHYSIOLOGIQUES NORMAUX	CONSÉQUENCES	PATHOLOGIES FRÉQUENTES	CONSÉQUENCES
Neurologique	<ul style="list-style-type: none"> - Atrophie cérébrale - Perte neuronale - Diminution de la synthèse des neurotransmetteurs - Diminution de la sensibilité profonde (vibration, sens postural) - Diminution des réactions réflexes - Diminution des réflexes ostéotendineux - Diminution de la motricité fine - Diminution de la dextérité 	<ul style="list-style-type: none"> - Perte d'équilibre - Sensation d'étourdissement - Diminution de la coordination motrice - Changement dans la démarche (plus lente, à petits pas et moins harmonieuse) - Ralentissement du temps de réaction 	<ul style="list-style-type: none"> - Maladie de Parkinson (1 %) - Polyneuropathies - Myopathies 	<ul style="list-style-type: none"> - Troubles de la posture et de l'équilibre - Chutes - Mortalité prématurée - Limitations et incapacités fonctionnelles
Nutritionnel	<ul style="list-style-type: none"> - Changements de la composition corporelle : diminution de la masse musculaire maigre (30 à 40 %); augmentation de la masse grasse (35-50 % du poids total); redistribution des graisses (viscérale > périphérique) - Diminution de la perception des saveurs et des odeurs 	<ul style="list-style-type: none"> - Diminution du métabolisme basal et des besoins énergétiques - Perte d'appétit - Perte de poids - Asthénie 	<ul style="list-style-type: none"> - Dénutrition protéino-énergétique 	<ul style="list-style-type: none"> - Diminution des capacités fonctionnelles et immunitaires - Risque de chutes, de désordres infectieux, de plaies de <i>décubitus</i>, de déshydratation et de <i>delirium</i> en situation de stress biologique - Immobilisation
Vision	<ul style="list-style-type: none"> - Diminution de la stabilité du film lacrymal - Changements dans la structure du cristallin - Réduction du diamètre pupillaire - Diminution de la transparence du cristallin - Perte cellulaire et altération des circuits neuronaux 	<ul style="list-style-type: none"> - Fluctuations de la vision et inconfort oculaire - Diminution de la capacité à accommoder et, donc, diminution de la capacité à bien voir de près (presbytie) - Diminution de l'illumination rétinienne; difficulté accrue à s'adapter et à fonctionner dans un environnement où l'éclairage est réduit; besoin de plus de lumière pour mieux fonctionner - Diminution de la sensibilité aux contrastes et, donc, de la capacité à discriminer les objets offrant peu de contraste - Augmentation de l'éblouissement et du temps de recouvrement à l'éblouissement - Difficulté à discriminer les couleurs, surtout lorsqu'elles sont désaturées et dans les tonalités bleu-vert - Diminution du champ visuel statique et cinétique : peut entraîner une faible perte d'acuité visuelle, même en l'absence de pathologie oculaire 	<ul style="list-style-type: none"> - Cataracte - Glaucome - Dégénérescence maculaire (1,6 %) 	<ul style="list-style-type: none"> - Dépendance fonctionnelle - Risque de chutes et de traumatismes - Risque concernant la sécurité personnelle - Anxiété - Dépression - <i>Delirium</i>

Sources : (2009) Judith Latour, M.D.; Marie-Pierre Thibodeau, M.D.; Hélène Kergoat, O.D., Ph.D.

En plus des changements physiologiques, de la prévalence de pluripathologies et des incapacités associées, on doit retenir que les personnes âgées évaluées ou traitées dans les services hospitaliers présentent, de façon plus marquée que la clientèle adulte d'âge moyen, les caractéristiques suivantes :

- Une sous-déclaration des problèmes de santé faussement assimilés par elles-mêmes, leurs proches et les professionnels en général, au phénomène du vieillissement normal.
- Une présentation clinique de leur maladie très souvent syndromique (*delirium*, immobilisme, chute, incontinence, douleur, perte de poids, etc.) avec risque de retard diagnostique et mise en péril de la réversibilité des problèmes par manque ou délai d'intervention.
- Une prévalence plus marquée de maladies cognitives et d'atteintes sensorielles, affectant la communication, la sécurité et les capacités d'adaptation.
- Une sensibilité médicamenteuse accrue aux effets indésirables, particulièrement ceux agissant sur le système nerveux central.
- Une plus grande consommation de médicaments, augmentant le risque d'interactions médicamenteuses.
- Une récupération fonctionnelle, à la suite d'une maladie aiguë, plus longue que celle des adultes d'âge moyen.
- Un risque plus élevé de déclin fonctionnel si l'on est alité ou maintenu non mobile (pouvant même survenir dans les 24 heures).
- Une insécurité liée à la maladie et à l'hospitalisation laissant planer un risque imminent et concret de mort, de dépendance ou d'hébergement, source d'angoisse et d'anxiété.
- Une confiance et une image de soi fragiles, dépendant en partie de la qualité de la relation d'aide et de l'image que le soignant lui-même donne au vieillissement et qu'il renvoie à la personne âgée.
- Une volonté de continuer à s'investir dans les décisions thérapeutiques qui les concernent et dans leur propre processus de guérison (autogestion, déplacements sécuritaires, rééducation/réadaptation, mise en confiance, etc.), avec le soutien de leurs proches.
- Une grande diversité ethnique et socioculturelle, plus particulièrement dans les régions métropolitaines, qui distingue les personnes âgées selon les régions géographiques. On doit tenir compte de cet élément dans la prestation des soins et services de santé.
- Un effritement du réseau social, une vulnérabilité psychosociale, avec risque de rupture du réseau formel lors de l'hospitalisation par épuisement, désengagement ou démotivation des proches.
- Une priorité placée sur la qualité de vie restante et l'autonomie fonctionnelle plutôt que sur la survie à tout prix, où entre en jeu la notion de soins proportionnés.

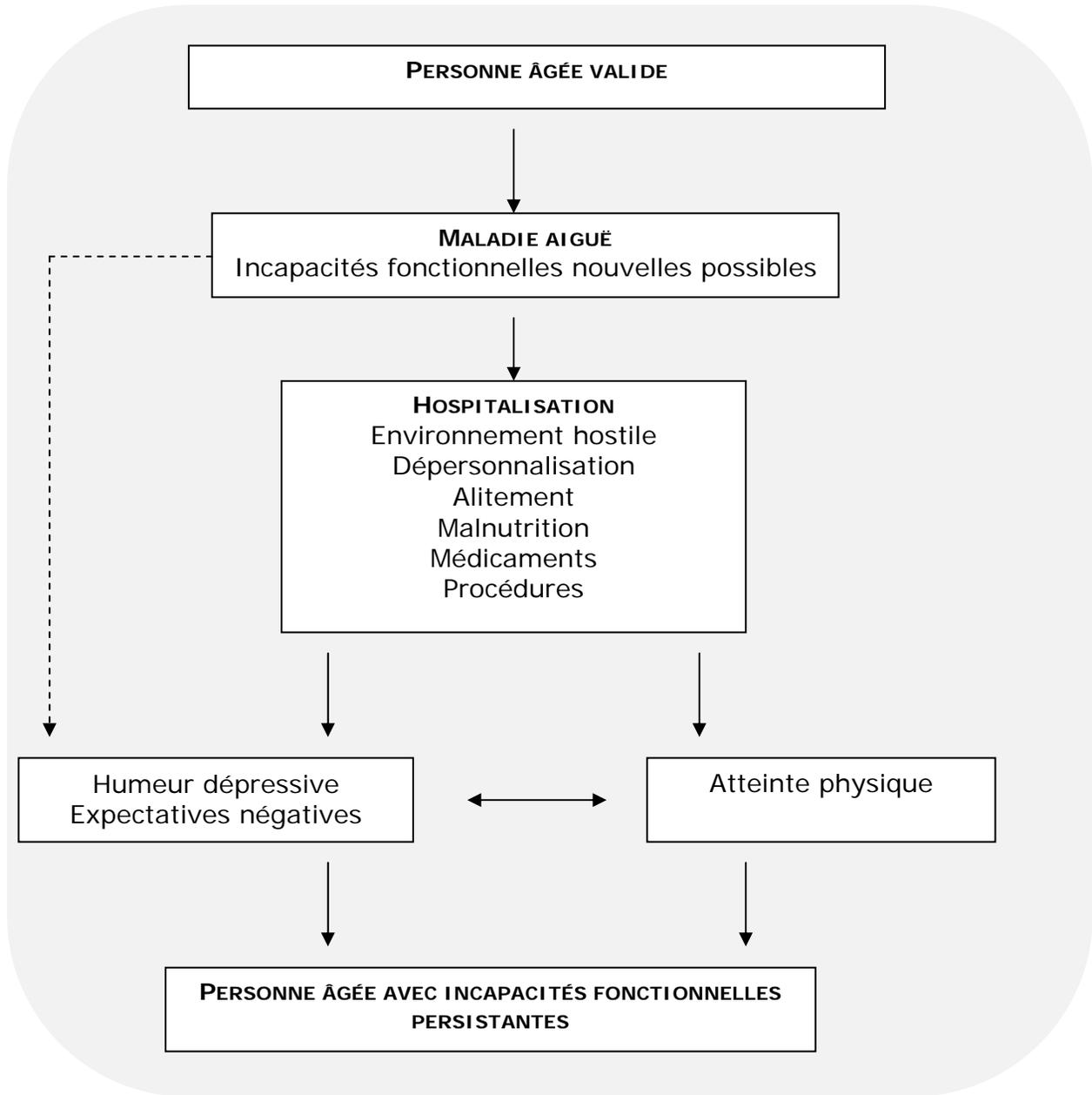
2.3.2. Risques associés à l'hospitalisation

L'association entre le déclin fonctionnel et l'hospitalisation chez la personne âgée est un phénomène iatrogène reconnu. En effet, on évalue que près du tiers des patients âgés hospitalisés en soins aigus subissent un déclin fonctionnel et qu'environ 40 % d'entre eux présentent une atteinte dans plus de trois activités de la vie quotidienne (se laver, s'habiller, réaliser ses transferts, marcher, se

nourrir). Cela représente une perte d'autonomie significative. Pour près de la moitié de ces personnes la situation persistera au-delà de trois mois et deviendra souvent le déclencheur d'un déclin fonctionnel, progressif et irréversible, associé à une mortalité accrue, ainsi qu'à une augmentation des taux de ré-hospitalisation et d'hébergement¹⁸.

Les causes du déclin fonctionnel sont multiples, cumulatives et synergiques. La maladie aiguë, particulièrement si elle est sévère, peut jouer un rôle dans cette perte d'autonomie, mais n'en est pas la seule explication. On constate un déclin fonctionnel alors même qu'on peut observer une amélioration de la condition physique ayant précipité l'hospitalisation. D'autres auteurs nomment ce phénomène : le syndrome dysfonctionnel¹⁹.

FIGURE 2
INDUCTION DU DÉCLIN FONCTIONNEL IATROGÈNE



Source : Cette figure a été reproduite et traduite de l'anglais avec la permission de l'éditeur Elsevier Inc. à partir de l'article publié dans *Clinics in Geriatric Medicine*, 14(4), Palmer, R. M., Counsell, S., & Landefeld, C. S., Clinical intervention trials : the ACE unit, 831-849, Copyright Elsevier (1998).

Le déclin fonctionnel est en grande partie attribuable à des processus de soins et à un environnement mal adaptés aux besoins de la personne âgée hospitalisée. Ces facteurs contribuent au développement de plusieurs complications ayant des répercussions fonctionnelles et cognitives délétères, à court et long termes :

- **L'alitement ou la réduction de la mobilisation** entraînent des conséquences directes sur l'indépendance fonctionnelle de la personne âgée et amènent rapidement des conséquences à retentissement multisystémique (psychologique, cardio-pulmonaire, neuromusculaire, intestinal, vésical, métabolique, etc.). Ces conséquences peuvent engendrer d'autres complications chez la personne âgée à risque : *delirium*, déconditionnement, chutes, incontinence, perte d'autonomie fonctionnelle, constipation, déshydratation et syndrome d'immobilisation. Bien que l'alitement soit pratique courante dans nos hôpitaux, rarement la mobilisation est-elle contre-indiquée. Or, le mythe du bénéfice du repos au lit est encore très présent, particulièrement pour l'aîné. D'ailleurs, on observe fréquemment chez une clientèle présentant un trouble léger de la mobilité de base, qu'un alitement aussi court que 24 heures, peut entraîner une perte de la mobilité autonome et sécuritaire. Les études et les statistiques convergent pour indiquer des pertes fonctionnelles diverses chez 30 à 50 % des personnes âgées hospitalisées.
- **La malnutrition** engendrée par un apport alimentaire insuffisant ou par un accroissement des besoins nutritionnels en raison de la maladie est fréquente. À l'admission, la prévalence de la malnutrition est estimée à 35 % environ ; au congé, elle passe à 50 %. La malnutrition et son corollaire, la perte de poids, sont associés, chez la personne âgée, à une augmentation de la mortalité, qui peut s'étendre de 9 % à 38 % de un an à deux ans et demi après la perte initiale. Les personnes âgées frêles, celles qui accusent un petit poids de base et celles récemment admises à l'hôpital sont particulièrement à risque. La malnutrition est aussi associée à un risque accru de complications (*delirium*, infections, désordres métaboliques, mauvaise cicatrisation des plaies, perte de masse musculaire, hypo-albuminémie, etc.), à un déclin dans les activités de la vie courante, à une perte des capacités physiques, à un taux plus élevé d'hébergement et à une qualité de vie pauvre. Il existe de nombreuses études pour appuyer que l'apport alimentaire, un facteur modifiable, est un des principaux déterminants de l'état nutritionnel de la personne âgée hospitalisée²⁰.
- **Les réactions indésirables aux médicaments** comptent parmi les complications iatrogéniques les plus fréquentes. Elles peuvent affecter près du quart des patients âgés hospitalisés. On estime que le quart des complications aurait pu être évité¹⁸. Ces réactions indésirables ont un impact non seulement sur l'autonomie fonctionnelle du patient, mais aussi sur les coûts de l'épisode de soins, sur l'incidence de la polymédication, sur le *delirium* et sur la durée de séjour.
- **Le *delirium*** constitue une autre complication très fréquente, affectant de 30 à 50 % des patients âgés hospitalisés et près de 10 % des patients qui se présentent aux urgences^{21; 22}. Il interfère avec le succès des traitements en augmentant le risque de déclin fonctionnel. Il conduit aussi à une augmentation de la durée de séjour et du taux d'hébergement. Enfin, il entraîne parfois des séquelles cognitives et physiques permanentes. En tenant compte des caractéristiques cliniques et démographiques, les coûts moyens par jour d'hospitalisation sont deux fois et demie supérieurs chez les patients en *delirium* à ceux observés chez les patients sans *delirium* : d'où l'importance de prévenir ce problème²³.
- Finalement, les personnes âgées hospitalisées se trouvent dans un **environnement physique** qui facilite le travail des professionnels auprès de clientèles plus jeunes, dont la durée d'hospitalisation est courte, sans problème majeur de mobilité et exemptes d'atteintes cognitives. Un tel environnement répond peu aux besoins et aux caractéristiques des aînés. Étant donné que le vieillissement normal entraîne des changements physiologiques et que ceux-ci interagissent avec l'environnement, la personne âgée éprouvera davantage de difficultés à évoluer dans un milieu de soins peu adapté à ses nouveaux besoins.

Plusieurs auteurs démontrent que la relation entre l'environnement physique et la personne âgée est fort importante. Lorsque l'environnement devient un obstacle ou représente un risque quelconque, on observe de l'insécurité, du découragement, et un désinvestissement généralisés (refus de sortir, de se lever, de marcher), chez la personne âgée. En contrepartie, plus l'environnement physique compense les difficultés ou les déficits de la personne âgée, plus celle-ci cherchera à conserver ses capacités et son autonomie fonctionnelle^{24, 25}.

Depuis quelques années, un nouveau courant thérapeutique prend de l'essor : les espaces guérissants. Il examine plus précisément les effets de l'environnement sur le traitement et la santé des personnes. Non seulement le virage « vert » et le développement durable ont-ils influencé cette tendance, mais plusieurs chercheurs se sont demandé jusqu'à quel point la luminosité, la présence ou l'absence de fenêtres, le type de revêtement de sol, les couleurs, les bruits, les odeurs, etc., avaient une incidence sur la santé ou la récupération des personnes hospitalisées²⁶⁻³¹.

Les résultats de la grande majorité des études sur le sujet ne sont pas concluants³², en raison de l'hétérogénéité des devis de recherche, ou parce qu'ils sont contradictoires. Il s'en dégage tout de même une impression générale selon laquelle l'environnement physique influence le bien-être des patients, sans qu'on puisse encore en tirer des lignes directrices.

2.4. Contexte organisationnel

2.4.1. Contexte de soins actuels

L'hôpital de courte durée est la structure du réseau de soins et services de santé qui regroupe l'expertise des professionnels spécialisés et un plateau technique complet et de pointe. L'hôpital est un lieu de soins de deuxième et troisième ligne pour la personne âgée. En effet, il n'existe pas de solution ambulatoire pour certaines clientèles qui, lorsqu'elles sont malades de façon aiguë, deviennent incapables de subvenir à leurs besoins et requièrent une évaluation diagnostique approfondie et des interventions spécialisées. Malgré leur développement et leur consolidation, les services à domicile mis en place pour répondre aux besoins des personnes âgées ne peuvent complètement les dispenser des visites à l'hôpital.

Au Canada, les congés donnés aux personnes âgées de 65 ans et plus à l'hôpital, représentent 35 % des congés qui sont donnés dans l'ensemble des hôpitaux canadiens. Les 65 ans et plus sont trois fois plus susceptibles d'être hospitalisés que les 45-64 ans, et la durée moyenne de leur séjour à l'hôpital est de 14 jours comparée à 10 jours pour la population adulte plus jeune³³. Ces chiffres sont encore plus éloquentes avec l'avance en âge : en effet, les durées de séjour vont jusqu'à doubler quand on compare la durée de séjour des 65-69 ans (8,3 jours), à celle des 90 ans et plus (16,7 jours)^{34, 35}.

Au Québec, le taux d'hospitalisation des patients sur civière s'élève à 50 % chez les personnes âgées de 75 ans et plus! Près de 50 % des admissions et des coûts hospitaliers sont occasionnés par des patients âgés de 65 ans et plus. Les hospitalisations des aînés sont nécessaires et fréquentes et en croissance chez les plus de 75 ans. À titre indicatif, la banque de données clinico-administratives, Med Écho montre une augmentation de 88 000 journées d'hospitalisation de courte durée pour les 90 ans et plus entre 1987 et 2005. Ces journées sont passées de 209 000 à 308 000 chez les 85-89 ans alors qu'une réduction considérable a été constatée dans les tranches d'âge de moins de 65 ans. Parallèlement, alors que les durées de séjour sont réduites dans les autres groupes d'âge, leur augmentation chez les 75 ans et plus démontre une certaine incompressibilité. Toutes ces hospitalisations ne peuvent être injustifiées et peu de ces épisodes auraient pu être remplacés par des soins non hospitaliers.

L'urgence est la porte d'entrée de la majorité des admissions en centre hospitalier. Les services d'urgence sont actuellement dans une boucle négative qui a des répercussions sur les unités de soins. En effet, le cheminement du patient qui se présente à l'urgence, les processus de travail et l'ensemble des composantes systémiques du réseau de la santé et des services sociaux ne fonctionnent pas de manière optimale :

- Avant l'admission à l'unité d'urgence;
- À l'intérieur des unités d'urgence;
- De l'admission vers les autres unités de l'hôpital;
- Lors d'un transfert vers d'autres établissements du réseau de la santé et des services sociaux.

La clientèle est de plus en plus âgée (1 patient sur 2 ou 3 > 75 ans) et nécessite une complexité des soins plus grande. Le risque de perte d'autonomie et de réadmission pour la clientèle âgée est bien documenté. Cette clientèle demeure plus longtemps à l'urgence, en attente de lits, et elle est donc à risque de déclin fonctionnel, même après un séjour de 24 heures seulement à l'urgence³⁶.

Une fois à l'hôpital, la personne âgée fait face à une organisation qui n'a pas encore su ajuster ses pratiques quotidiennes à ses besoins en tant que clientèle vulnérable. En effet, une approche de soins par organe, une philosophie peu individualisée d'immédiateté et de vitesse vont à l'encontre des besoins des aînés et peuvent contribuer à la survenue de complications (*delirium*, syndrome d'immobilisation). Souvent par manque d'information et de connaissances, par souci d'efficacité et en pensant bien faire, ces organisations mettent en place des pratiques par défaut qui nuisent à la santé de la personne âgée.

Par exemple :

- Maintien au lit : on veut que la personne se repose pour récupérer, mais elle deviendra ainsi plus sujette au *delirium* et au syndrome d'immobilisation.
- Installation d'une culotte d'incontinence : la personne âgée a présenté une première incontinence ou on n'a pas le temps ou pas suffisamment de personnel disponible pour aider la personne à se rendre à la toilette. En plus d'entraîner de l'incontinence fonctionnelle, ceci contribue également au déconditionnement en favorisant l'immobilisation.
- Aide systématique dans les AVQ sans prendre le temps d'évaluer ses capacités : il est plus rapide de compenser l'incapacité de la personne que d'instaurer un processus de réadaptation ou de reconditionnement.
- Tolérance ou induction de la malnutrition affectant les réserves fonctionnelles et immunitaires et contribuant à la perte de masse musculaire : (jeûne avant un examen, non-respect des habitudes alimentaires ou du temps nécessaire pour s'alimenter, apports alimentaires non rajustés en fonction de besoins nutritionnels accrus).
- Utilisation prématurée des contentions (incluant les ridelles) par souci de sécurité (surprotection), ce qui accélère le déconditionnement et augmente le risque de chutes et de blessures : jusqu'à tout récemment, le personnel soignant était formé à monter les ridelles pour éviter les chutes et les blessures.
- Certaines techniques deviennent des contentions iatrogéniques : soluté pour maintenir un accès veineux, sonde urinaire pour limiter les transferts et déplacements, tubulure d'O2 trop courte, etc.
- Imposition de routines rigides et non familières qui peuvent altérer le cycle éveil/sommeil et prédisposer au *delirium* (horaires inusités de réveils, de couchers, de repas; interventions répétées la nuit, etc.).

- Utilisation d'une médication non adaptée aux changements physiologiques ou aux maladies associées à l'âge (type et dosage).
- Interventions diagnostiques et thérapeutiques non adaptées ou inutilement répétées.

De plus, on constate trop souvent un manque de communication, d'écoute, de soutien psychologique et spirituel, un malaise perceptible des équipes soignantes envers la personne âgée fragile et malade et envers ses proches, le non-respect de l'autonomie de la personne à décider et l'omission de vérifier ses valeurs et ses objectifs de vie personnels dans les décisions thérapeutiques, entraînant des attitudes extrêmes d'abandon ou de surprotection.

Sur le plan organisationnel, tous les hôpitaux sont confrontés quotidiennement au manque de personnel qualifié, à l'épuisement professionnel des intervenants, aux déficiences importantes dans la continuité et la communication. Plus particulièrement en ce qui concerne l'organisation des soins, on observe des pratiques de gestion qui témoignent d'une perception erronée des besoins des personnes âgées.

Par exemple :

- Assignation d'effectifs peu formés (infirmières auxiliaires, préposés aux bénéficiaires) et infirmières sans formation en gériatrie ou en nombre réduit, dans les unités d'un grand nombre de personnes âgées.
- Ressources spécialisées réduites pour répondre à la complexité des besoins des aînés et pour assurer un *continuum* de soins.
- Absence d'équipe multiprofessionnelle (ergothérapeute, physiothérapeute, nutritionniste, travailleur social, pharmacien, etc.) en dehors des unités spécialisées (comme les UCDG).
- Absence de travail d'équipe, fragmentation des soins (rotation des équipes, du personnel, etc.).

Plusieurs facteurs rendent l'organisation des hôpitaux difficile à concilier avec les besoins d'une clientèle pour laquelle on doit prendre le temps et qui tolère très mal les changements et les incertitudes :

- La pression constante sur le personnel d'encadrement pour la gestion de cas (avoir les « bons » patients, aux « bons » endroits).
- Un financement sectorisé, limité et souvent axé sur les priorités technologiques (par exemple, la « super pilule » ou le « super équipement », mais pas d'employé pour aider les personnes âgées à marcher).
- Des horaires de travail et de visites qui ne sont pas toujours compatibles avec le contexte de vie des patients et des visiteurs.

Finalement, à cela s'ajoute un environnement parfois hostile mettant en péril la sécurité et le bien-être du patient âgé :

- Des chambres et des salles de toilette et de bain non adaptées et parfois exigües.
- Des civières et des lits souvent trop hauts.
- Des corridors encombrés, sans mains courantes.
- Des fauteuils et du matériel de déambulation insuffisants et non adaptés.

- Des repères temporels inexistants (calendrier, horloge).
- Peu ou pas d'espace réservé aux proches aidants où pourrait se faire le transfert des compétences de soins, leur permettant une participation plus active auprès de leur proche, etc.

L'hôpital peut donc constituer un environnement aussi propice pour créer des problèmes que pour en régler.

2.4.2. Le réseau de la santé au Québec

Les dernières années ont vu l'organisation des soins et services de santé se transformer de façon importante. Ainsi, plusieurs mesures mises en place dernièrement par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), de concert avec les Agences de la santé et des services sociaux (ASSS) et les Départements régionaux de médecine générale (DRMG), constituent des jalons importants dans la création de réseaux de services intégrés et dans la gestion des maladies chroniques avec épisodes de décompensation aiguë, en particulier chez les personnes âgées :

- La fusion d'établissements en Centre de santé et de services sociaux (CSSS) avec l'introduction d'une responsabilité populationnelle et d'une prise en charge des clientèles vulnérables.
- L'avènement des Réseaux Universitaires Intégrés de Santé (RUIS) avec la hiérarchisation des soins.
- L'établissement de suivis systématiques pour des maladies chroniques avec la désignation d'intervenants pivots dédiés, par exemple dans le domaine du cancer.
- L'implantation des Groupes de médecine familiale (GMF), des cliniques réseau ou des cliniques réseau intégrées.
- La formulation de plans d'action Personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement (PPALV), par territoire de CSSS, et leur mise en œuvre.
- Le soutien au développement d'équipes avec des pratiques de collaboration interprofessionnelle.
- La tenue de projets pilotes sur le dossier clinique informatisé (Outil d'évaluation multientière (OÉMC) et outils associés).
- La mise à l'essai de nouvelles formules de coordination entre les salles d'urgence et les équipes de Soutien à domicile (SAD) des CSSS (intervenants liaison du SAD qui partage son temps entre la salle d'urgence de l'hôpital et le programme de SAD, par exemple).

Par ailleurs, ces avancées se font lentement et touchent de façon inégale les régions du Québec :

- La dispersion des gestionnaires et des professionnels d'un même CSSS sur plusieurs sites ne facilite pas le travail d'équipe, du moins dans l'attente d'un dossier clinique informatisé partagé.
- La pénurie de ressources humaines spécialisées en gériatrie demeure inquiétante, dans le contexte démographique actuel et à venir.
- Le manque de formation de l'ensemble des professionnels de la santé, en ce qui a trait au vieillissement normal et pathologique, aux besoins de la clientèle âgée et à l'application d'interventions efficaces, n'a pas été résolu par les modifications nécessaires aux programmes de formation initiale ou continue.

- Les budgets sectorisés en santé et services sociaux ne facilitent pas l'intégration des interventions, car même s'ils sont distribués par programme/clientèle, ils demeurent insuffisants pour une clientèle transversale.
- L'application du cadre conceptuel de la gestion des maladies chroniques n'est pas adaptée aux comorbidités que présentent les personnes âgées vulnérables.
- La maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées ne sont pas encore gérées à titre de maladies chroniques, comme le sont le cancer, l'insuffisance cardiaque, la maladie pulmonaire obstructive chronique.
- L'utilisation non homogène d'outils d'évaluation et de suivi, comme l'OÉMC, par les équipes hospitalières et par les équipes œuvrant dans la collectivité.

Ainsi, le réseau québécois de la santé peine à coordonner ses efforts pour prendre en charge les besoins de la clientèle âgée. Ce guide, qui s'adresse spécifiquement aux hôpitaux, ne perd jamais de vue que le centre hospitalier fait partie d'un réseau très vaste dont les composantes doivent se coordonner pour pouvoir offrir des services de santé en continuité aux aînés de la société.

EN RÉSUMÉ

- Le vieillissement de la population continue de s'accroître.
- Les personnes âgées forment un groupe hétérogène.
- Il faut ajuster les pratiques professionnelles en tenant compte de la vulnérabilité des personnes âgées.
- Lors de l'hospitalisation d'une personne âgée, le risque de déclin fonctionnel peut s'accroître indépendamment du contrôle de la maladie qui l'amène à l'hôpital.
- L'hôpital : pour régler des problèmes et non pas pour en causer.

3. Prévenir le déclin fonctionnel : agir sur le *delirium* et le syndrome d'immobilisation

Le *delirium* et l'immobilisation constituent les deux principaux syndromes cliniques rencontrés chez les personnes âgées hospitalisées. Ces dernières sont plus susceptibles d'en souffrir, en raison de l'action combinée des changements physiologiques associés au vieillissement et à la maladie. Ces syndromes sont entretenus à l'hôpital par des processus de soins et un environnement non adaptés aux besoins des aînés. Les facteurs de risque et les éléments déclenchant de ces syndromes sont similaires. Il existe une relation bidirectionnelle étroite entre les causes et les conséquences de ces syndromes, comme le montre la figure 3. De plus, des interactions synergiques ou en cascade peuvent en découler.

FIGURE 3
FACTEURS DE RISQUE, CAUSES OU
CONSÉQUENCES DU DÉCLIN FONCTIONNEL



Pour illustrer ces interactions, prenons l'exemple d'un octogénaire atteint de la maladie de Parkinson. L'homme se présente à l'urgence plus de 48 heures après une chute, pour une douleur à la jambe : ne voulait pas déranger, attendait de voir si la douleur allait s'estomper avec du repos, trouvait normal de tomber à son âge et surtout avec cette maladie. Il vit à domicile avec son épouse du même âge, qui n'a pas été en mesure de l'accompagner. Une évaluation initiale et un bilan biologique et radiologique de base sont effectués. On identifie un important hématome à la cuisse gauche, sans fracture de hanche, et un début de pneumonie à la base pulmonaire droite. La collecte de données est difficile à compléter : le patient est lucide, mais sa voix est faible et il parle très lentement. On conclut que sa chute est vraisemblablement d'origine multifactorielle : trouble postural, hypotension orthostatique majorée par le traitement d'une hypertension de *décubitus*, temps de réaction prolongé par la bradykinésie. De toute évidence, ce patient n'est pas en mesure de marcher sans assistance, car il est très instable et souffrant. Un traitement aux antibiotiques par voie intraveineuse et un narcotique sont débutés. Par défaut, le patient est maintenu alité sur civière en attendant son admission, prévue en neurologie ou en médecine générale. Après 12 heures d'attente, tard dans la nuit, il est admis au service de pneumologie. Il a des propos incompréhensibles, il est agité et semble halluciné; le soluté est détaché, et ses draps sont souillés.

Dans le cas énoncé, un problème de douleur traitée de façon sous-optimale, sans pharmacovigilance a aggravé l'alitement et induit un *delirium*, une déshydratation et une rétention urinaire. Si la situation n'est pas reconnue, ceci mènera inévitablement à l'ajout d'un psychotrope ou d'une contention physique pour contrer l'agitation. Ainsi s'enclenche une spirale d'événements et d'interventions iatrogéniques où la condition du patient se détériore parce que les facteurs de risque n'ont pas été identifiés, les mesures de prévention n'ont pas été initiées suffisamment tôt et le traitement initial n'était pas bien adapté.

Pour dispenser des soins de qualité à la population âgée, les professionnels de la santé doivent bien maîtriser les notions cliniques entourant le *delirium* et le syndrome d'immobilisation en prévention du déclin fonctionnel. Ils doivent les garder à l'esprit dans leur pratique quotidienne comme étant deux situations à prévenir, à rechercher et à traiter de façon précoce lorsqu'ils interviennent auprès de patients âgés. Les mesures générales et spécifiques pour contrer ou atténuer ces syndromes se trouvent dans des mesures de soins générales simples. Pour être efficaces, elles doivent être appliquées de façon systématique et le plus précocement possible **par tous les membres du personnel qui interviennent auprès du patient.**

3.1. Le delirium

3.1.1. Épidémiologie

Le *delirium* est un syndrome organique d'installation aiguë ou subaiguë, habituellement transitoire et réversible, qui peut se présenter à tout âge, mais qui est particulièrement fréquent chez la personne âgée. C'est un mode de présentation d'une maladie aiguë, d'un post-opératoire chirurgical, d'une intoxication, de l'effet secondaire d'un médicament ou d'un ensemble d'événements combinés suffisamment intenses pour perturber l'état mental d'une personne âgée fragile. C'est la manifestation d'une « souffrance » cérébrale qui se présente par un dysfonctionnement cérébral global. Bien qu'il puisse présenter des symptômes similaires à une démence, comme la maladie d'Alzheimer, **le delirium n'est pas une démence.**

Selon les études, il existe une grande variation dans la prévalence et l'incidence du *delirium*, attribuable à des méthodologies de recherche différentes (tableau 2). Dans un hôpital de la région de Montréal, jusqu'à 10 % des personnes âgées à l'urgence se présentaient en *delirium*²². Par ailleurs, chez la personne âgée admise à l'hôpital, la prévalence du *delirium* à l'admission peut varier entre 10 et 31 %; et son incidence durant une hospitalisation en soins généraux se situerait entre 3 et 29 %³⁷. En post-chirurgie, sa fréquence peut atteindre 74 %³⁸, et, aux soins intensifs, s'élever jusqu'à 87 %³⁹. Malgré ces données, le *delirium* demeure souvent sous-évalué et sous-diagnostiqué⁴⁰⁻⁴⁵.

TABLEAU 2
TABLEAU ÉPIDÉMIOLOGIQUE D'INCIDENCE DU *DELIRIUM*
SELON LES DIFFÉRENTES SPÉCIALITÉS MÉDICALES

Population	Fréquence moyenne
Médicale hospitalisée	Incidence : 3 – 29 % ³⁷
Atteinte de démence	Prévalence : 22 – 89 % ⁴⁶
Post-opératoire	Incidence : 36,8% (0 – 73,5%) ³⁸
Chirurgie orthopédique	Incidence 4 – 53% ⁴⁷

Sources :

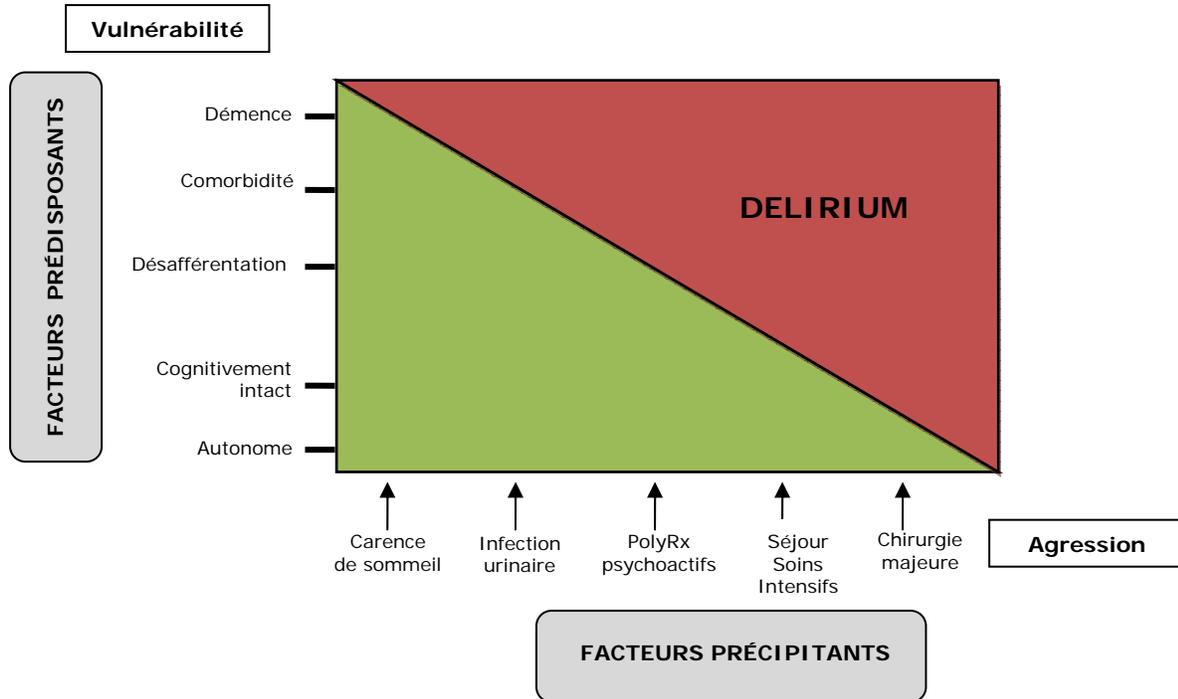
- Bruce, A. J., Ritchie, C. W., Blizard, R., Lai, R., & Raven, P. (2007). The incidence of delirium associated with orthopedic surgery : a meta-analytic review. *International Psychogeriatrics*, 19(2), 197-214.
- Dyer, C. B., Ashton, C. M., & Teasdale, T. A. (1995). Postoperative delirium. A review of 80 primary data-collection studies. *Archives of Internal Medicine*, 155(5), 461-465.
- Fick, D. M., Agostini, J. V., & Inouye, S. K. (2002). Delirium superimposed on dementia : a systematic review. *Journal of the American Geriatrics Society*, 50(10), 1723-1732.
- Siddiqi, N., House, A. O., & Holmes, J. D. (2006). Occurrence and outcome of delirium in medical in-patients : a systematic literature review. *Age & Ageing*, 35(4), 350-364.

3.1.2. Facteurs de risque

Le *delirium* s'inscrit dans un contexte multifactoriel où il existe une relation complexe entre la vulnérabilité de base (facteurs prédisposants) de la personne à son admission et les facteurs précipitants qui surviennent durant son hospitalisation.

Ainsi, une personne âgée vulnérable présentant plusieurs facteurs prédisposants pourra développer un *delirium* suite à une atteinte physique, psychologique ou une situation médicamenteuse ou environnementale plutôt bénigne. À l'opposé, une personne âgée robuste ne développera un *delirium* que si elle est exposée à un facteur précipitant plus agressif, tel qu'une chirurgie cardiaque. La figure 4 illustre bien cette dynamique.

FIGURE 4
MODÈLE MULTIFACTORIEL



Source : Cette figure a été reproduite, adaptée et traduite de l'anglais par le Dr F. Massoud, avec la permission de l'éditeur American Medical Association, à partir du modèle situé en page 853 de l'article publié dans *JAMA*, 275 (11), Inouye, S. K. and Charpentier, P.A., Precipitating factors for delirium in hospitalized elderly persons. Predictive model and interrelationship with baseline vulnerability, 852-857, Copyright © (1996) American Medical Association. Tous droits réservés. Toute reproduction ultérieure est interdite sans la permission de l'American Medical Association.

Lors d'une consultation de la personne âgée à l'urgence ou dès son admission à l'hôpital, la reconnaissance rapide et systématique de ces facteurs de risque est essentielle pour assurer un dépistage précoce du risque de *delirium*, prévenir son apparition ou en réduire la durée ou la sévérité.

TABLEAU 3
PRINCIPAUX FACTEURS PRÉDISPOSANTS ET PRÉCIPITANTS

FACTEURS PRÉDISPOSANTS	FACTEURS PRÉCIPITANTS
Déficit cognitif	Contention
Maladie grave (comorbidité importante)	Dénutrition
Abus d'alcool	Ajout de 3 médicaments et plus
Déshydratation, dénutrition	Cathéter urinaire
Atteinte sensorielle (déficit auditif, déficit visuel)	Événement iatrogénique
Histoire antérieure de maladie vasculaire cérébrale	Infection
Dépression	Perturbation métabolique, électrolytique et endocrinienne
Antécédents de delirium	Accident vasculaire cérébral, hémorragie intracérébrale
Âge	Sevrage alcoolique ou médicamenteux
Incapacité fonctionnelle	Douleur
Homme	Chirurgie

Sources :

Elie, M., Cole, M. G., Primeau, F. J., & Bellavance, F. (1998). Delirium risk

factors in elderly hospitalized patients. *Journal of General Internal Medicine*, 13(3), 204-212.

Inouye, S. K. (1999). Predisposing and precipitating factors for delirium in hospitalized older patients. *Dementia & Geriatric Cognitive Disorders*, 10(5), 393-400.

Inouye, S. K. (2006). Delirium in older persons. [erratum appears in N Engl J Med. 2006 Apr 13;354(15):1655]. *New England journal of Medicine*, 354(11), 1157-1165.

3.1.3. Présentation clinique du delirium, diagnostic et dépistage

La personne âgée en *delirium* peut présenter plusieurs symptômes, dont :

- Une **perturbation de l'état de conscience** qui peut se manifester par une hypersensibilité aux stimuli environnants ou, au contraire, par un état léthargique, stuporeux pouvant même atteindre un état comateux.
- Une **atteinte de l'attention**.
- Une **perturbation du fonctionnement cognitif**, telle qu'une désorientation spatiale, temporelle ou à la personne, des déficits au niveau de la mémoire à court et à long termes, des difficultés sur le plan des habiletés visuo-spatiales, des anomalies dans le processus de la pensée, comme un discours incohérent ou illogique.
- Des **troubles perceptuels** comme des hallucinations ou des illusions.
- Des **manifestations comportementales** telles que des idées délirantes, de l'agitation ou, au contraire, un retard psychomoteur, une labilité émotionnelle, ou des perturbations du cycle éveil-sommeil comme de l'insomnie ou une somnolence diurne.

Les symptômes d'une personne en *delirium* ont tendance à fluctuer au cours d'une même journée : on retrouve des alternances de périodes où les symptômes sont très légers, ou même absents, et de périodes où ils sont plus prononcés.

Le tableau clinique d'une personne âgée en *delirium* peut prendre la forme d'un *delirium* hyperactif, hypo-actif ou mixte⁴⁸⁻⁵⁰ (figure 5). Le *delirium* hyperactif se caractérise davantage par une agitation et une hypervigilance alors que la forme hypo-active se manifeste plutôt par une léthargie et un ralentissement significatif des activités motrices. Le *delirium* hypo-actif est moins reconnu par le personnel soignant, incluant les médecins⁴³ et le personnel infirmier⁵¹, car la personne manifeste moins d'agitation et de résistance aux soins. Il est pourtant tout aussi redoutable et présente, de fait, un moins bon pronostic⁴⁸. Il n'y a pas de consensus établi pour définir les sous-types de *delirium*. La figure 5 énonce l'une des classifications possibles.

FIGURE 5 SOUS-TYPES DE DELIRIUM

A. Hyperactif : ≥ 3 critères suivants :

Hypervigilance, agitation psychomotrice, discours logorrhéique ou cris, colère ou irritabilité, combativité, impatience, absence de collaboration, chants, rires, euphorie, errance, distractivité, cauchemars, pensées persistantes.

B. Hypo actif : ≥ 4 critères suivants :

Diminution de l'état de conscience, diminution de l'état d'éveil, diminution du débit verbal, léthargie, ralentissement moteur, regard fixe, apathie.

C. Mixte: critères (A) et (B)

Sources :

- de Rooij, S. E., Schuurmans, M. J., van der Mast, R. C., & Levi, M. (2005). Clinical subtypes of delirium and their relevance for daily clinical practice : a systematic review. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20(7), 609-615.
- Liptzin, B., & Levkoff, S. E. (1992). An empirical study of delirium subtypes. *British Journal of Psychiatry*, 161, 843-845.
- O'Keefe, S. T. (1999). Clinical subtypes of delirium in the elderly. *Dementia & Geriatric Cognitive Disorders*, 10(5), 380-385.

Il existe un sous-groupe de personnes âgées hospitalisées qui peuvent développer des symptômes de *delirium*, mais sans jamais répondre entièrement aux critères qui définissent le *delirium*. Le **delirium subclinique** s'inscrit dans un continuum entre l'absence de symptôme et le *delirium*, selon la définition du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM)⁵². Des symptômes transitoires, tels que la fatigue, une baisse de la concentration, l'irritabilité, une certaine fièvre, l'anxiété, la dépression, une légère atteinte cognitive, des perturbations sensorielles ou une hypersensibilité à la lumière ou aux bruits peuvent aussi y être associés. Une somnolence plus importante le jour et des troubles du sommeil seraient plus communs. Les facteurs de risque du *delirium* subclinique demeurent similaires aux facteurs de risque du *delirium* (par exemple, l'âge avancé, la démence, la sévérité des comorbidités). Son pronostic semble intermédiaire entre les patients qui n'ont pas de *delirium* subclinique et ceux qui présentent un *delirium*, tel que défini par le DSM⁵³.

Les critères du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision* (DSM-IV-TR), présentés ci-dessous (figure 6), devraient être utilisés pour établir le diagnostic de *delirium* suite à l'évaluation clinique de la personne âgée.

FIGURE 6
CRITÈRES DIAGNOSTIQUES DU *DELIRIUM* (DSM-IV-TR)

- A. *Perturbation de la conscience (c'est-à-dire baisse d'une prise de conscience claire de l'environnement) avec diminution de la capacité de mobiliser, focaliser, soutenir ou déplacer l'attention.*
- B. *Modification du fonctionnement cognitif (telle qu'un déficit de la mémoire, une désorientation, une perturbation du langage) ou survenue d'une perturbation des perceptions qui n'est pas, par ailleurs, expliquée par une démence existante, stabilisée ou en évolution.*
- C. *La perturbation s'installe en un court laps de temps (habituellement quelques heures ou quelques jours) et tend à évoluer de façon fluctuante tout au long de la journée.*
- D. *Mise en évidence, d'après l'histoire de la maladie, l'examen physique ou les examens complémentaires, que la perturbation est due aux conséquences physiologiques directes d'une affection générale, à l'intoxication par une substance, au sevrage d'une substance, à des étiologies multiples.*

Source :

American Psychiatric Association. (2003). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-IV TR* (4 ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.

Plusieurs échelles de dépistage sont disponibles pour faciliter la reconnaissance du *delirium*. Par exemple, le *Confusion Assessment Method* (CAM)⁵⁴ présente une sensibilité de 94 % et une spécificité de 89 %⁵⁵. Cette échelle est fondée sur la définition du *delirium* selon le DSM-III-R⁵⁶ pour proposer neuf critères opérationnels, incluant quatre critères diagnostiques :

- Un début aigu et une évolution fluctuante;
- De l'inattention;
- Une pensée désorganisée;
- Une altération de l'état de conscience.

Le diagnostic de *delirium* nécessite la présence des deux premiers critères associés au troisième ou au quatrième critère. Par ailleurs, le CAM a été traduit dans une dizaine de langues et a également été adapté pour le contexte des soins intensifs, de la salle d'urgence, des soins de longue durée, pour mesurer la sévérité du *delirium* ou du *delirium* subclinique (*Subsyndromal delirium*).

D'autres échelles sont également disponibles, telles que le *Neecham*⁵⁷, le *NU-DESC*⁵⁸, développés à l'intention du personnel infirmier, ou le *CAM-ICU*³⁹ et le *Intensive Care Delirium Screening Checklist*⁵⁹, développés pour le contexte des soins intensifs.

Ci-après, un tableau comparatif permet de distinguer le *delirium* d'une démence ou d'une dépression.

TABLEAU 4
PRINCIPALES DIFFÉRENCES ENTRE
DELIRIUM, DÉMENCE ET DÉPRESSION

Caractéristiques	<i>Delirium</i>	Démence	Dépression
Début	Aigu / subaigu	Insidieux	Insidieux/subaigu
Évolution à court terme	Fluctuante	Stable	Parfois variation diurne (pire le matin, mieux en après-midi)
Évolution à long terme	Résolution habituelle après quelques jours / semaines	Détérioration progressive	Variable
Niveau de conscience	Altéré, fluctuant	Normal (sauf stades tardifs)	Normal
Attention	Altérée	Normale (sauf stades tardifs)	Diminuée
Mémoire	Altérée	Altérée	Normale ou peu altérée (mais difficulté de concentration, motivation diminuée)
Humeur	Variable	Variable	Dépressive, perte d'intérêt et de plaisir

Sources :

Hazzard, W. R., & Halter, J. B. (2009). *Hazzard's geriatric medicine and gerontology* (6 ed.). New York: McGraw-Hill Medical, 1634 p.

Hogan, D. B., McCabe, L., & et al. (2006). *Évaluation et prise en charge du délirium*. Toronto: Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées, 72 p.

3.1.4. Pronostic et suivi

Il est possible de diminuer l'incidence du *delirium* à l'hôpital par l'application d'un ensemble d'interventions interprofessionnelles⁶⁰⁻⁶². L'identification de la personne âgée à risque de *delirium* et de ses facteurs de risque constitue la première étape.

L'identification et le traitement des causes sous-jacentes demeurent la pierre angulaire de la prise en charge du *delirium*. Les interventions de soins répondant aux besoins de base (boire, manger, se mobiliser, communiquer efficacement), bien que souvent jugées banales et peu prioritaires, demeurent une composante importante de la prévention du *delirium* ou de son aggravation et de plusieurs complications. Soulignons que les interventions à visée préventive demeurent plus efficaces que les interventions plus tardives pour réduire les complications du *delirium*.

La section 4 du présent cadre de référence traite des principales interventions à implanter dans la prévention du *delirium* ou à poursuivre dans son traitement lorsque la prévention n'aura pas suffi.

Si, dans la plupart des cas, les épisodes de *delirium* finissent par se résoudre, on observe un *delirium* persistant, pouvant atteindre 45 %, 33 %, 26 % et 21 % des cas au congé, à 1 mois, 3 mois et 6 mois respectivement⁶³. Par ailleurs, certains symptômes peuvent persister jusqu'à 12 mois après le début de l'épisode de *delirium*.^{52; 64}

Le *delirium* est souvent le reflet d'un mauvais pronostic. Il est associé à une augmentation des durées de séjour ainsi que du taux de complications ou de décès^{43; 65-68}. Y sont également associés une perte fonctionnelle^{65; 66; 69; 70}, une perte cognitive^{65; 68; 69; 71} et un risque accru d'hébergement⁷². Parmi les personnes ayant développé un *delirium* durant l'année, jusqu'à 18.1 % développeront une démence au cours des 3 années suivantes⁶⁸.

Les personnes qui présentent un *delirium* persistant au congé ont un plus mauvais pronostic que celles chez qui le *delirium* est résolu avant le congé. Ainsi, on relève chez les clients qui accusent des signes de *delirium* au congé⁷³ un taux d'hébergement pouvant atteindre 62,5 %.

En raison des détériorations potentielles sur les plans cognitif et fonctionnel à moyen et long termes, il importe d'assurer un suivi auprès de la personne âgée ayant présenté un *delirium* pour confirmer la résolution de l'épisode de *delirium*, ainsi que de l'absence de déclin sur ces plans.

3.2. Le syndrome d'immobilisation

3.2.1. Épidémiologie

La prescription du repos au lit serait un archaïsme clinique, attribuable à John Hilton, chirurgien britannique (1804-1878). En fait, « prendre le lit » représente une des réponses à la maladie. Cette croyance est encore bien ancrée, tant chez les personnes âgées que chez les intervenants du réseau de la santé. En effet, le paradigme du « lit » se traduit dans le langage de plusieurs façons : le patient est admis à l'hôpital et se voit attribuer un « lit » ce qui témoigne du type de maladie et de sa gravité (lit de médecine, ou de chirurgie, ou de soins intensifs, de longue durée, de courte durée, de réadaptation), le nombre de « lits » par 1 000 habitants; le patient est désigné par un numéro de « lit »; il demeure hospitalisé tant qu'il occupe ou nécessite un « lit ».

Le repos au lit, ainsi que toutes les modalités réduisant l'activité des patients dans le *continuum* de soins et de services sont néfastes pour toutes les personnes âgées hospitalisées. **Le syndrome d'immobilisation, conjugué à des troubles cognitifs, constitue un des plus grands problèmes menant à la perte d'autonomie chez la clientèle vieillissante.**

Les complications reliées à l'alitement ont été décrites dans la période qui a suivi la Seconde Guerre mondiale et ont fait l'objet d'un recueil par Browse⁷⁴. En 1998, Sager⁷⁵ souligne que 50 % des patients subissent une perte de mobilité suite à une hospitalisation. Pour sa part, Hirsch⁷⁶ démontre, en 1990, que les deux tiers des patients admis à l'hôpital subissent une diminution de leur mobilité et que 77 % d'entre eux accusent une perte fonctionnelle, et ce, dès le deuxième jour d'hospitalisation. Quant à Mahoney,⁷⁷ en 1998, ses travaux font ressortir que 17 % plus de patients auront besoin d'une assistance à la marche après leur hospitalisation.

Les complications de l'alitement, sa prévention et son traitement ont été décrits par la docteure Marjory Warren (1943-1946)^{78; 79}, médecin chirurgien britannique à l'origine de la discipline de gériatrie. Le terme « syndrome d'immobilisation » a été créé par Grumbach dès 1973. Il se définit comme suit : « Ses symptômes sont physiques, psychiques et métaboliques. Il résulte de la décompensation de l'équilibre physiologique précaire du vieillard par le seul fait de l'interruption ou de la diminution des activités quotidiennes habituelles. »⁸⁰ Les connaissances sur la physiopathologie du syndrome d'immobilisation se sont enrichies des résultats d'expériences en situation d'apesanteur. Le syndrome d'immobilisation est le plus souvent tributaire de l'alitement et de la faible mobilité de la personne âgée pendant un séjour hospitalier.

3.2.2. Facteurs de risque

Trois études ont tenté de présenter un portrait type des patients qui sont le plus à risque de subir le syndrome d'immobilisation ou une perte d'autonomie liée à l'hospitalisation. Lamont⁸¹ y associe le grand âge (85 ans et plus) et la présence d'une atteinte cognitive. Pour sa part, Sager⁷⁵ y relie le grand âge, le genre (femme), la présence de difficultés dans les AVQ avant l'hospitalisation, un long séjour à l'hôpital et la présence d'un cancer. Les résultats des travaux de Mahoney⁷⁷ ciblent, quant à eux, les patients âgés de plus de 85 ans, de race blanche, avec des atteintes fonctionnelles antérieures à l'hospitalisation, se déplaçant à l'aide d'une marchette ou en fauteuil roulant, présentant plus de quatre comorbidités et souffrant d'un cancer.

Bien qu'ils ne soient pas infaillibles, ces critères de prédiction, lorsqu'ils sont présents, augmentent le risque d'induire un syndrome d'immobilisation chez les personnes âgées. En ce sens, il serait souhaitable de cibler prioritairement les patients chez qui on rencontre ces critères.

3.2.3. Pronostic et suivi

Le repos au lit, la position déclive, l'immobilisation de certaines parties du corps, la perte de la mise en charge, la perte de mouvement, la diminution de l'activité physique et le confinement au lit ou à la chambre sont autant d'éléments pouvant contribuer au syndrome d'immobilisation. Ce syndrome affecte simultanément plusieurs systèmes où la physiopathologie s'adapte rapidement à la position déclive ou à l'absence de mouvement. De prime abord, tant pour les patients que pour les professionnels, les complications seront perçues comme étant limitées au système neuro-locomoteur. Mais, en fait, à ces complications pourront s'ajouter des atteintes multisystémiques insidieuses peu connues en pratique par les intervenants moins aguerris: cardiaque, pulmonaire, immunitaire, endocrinienne, digestive, rénale, cutanée et neurologique.

Enfin, la perte d'autonomie globale, qui résulte de ces complications, est plus lourde de conséquences sur le plan pronostique que ne le sont les atteintes segmentaires ou par organe.

Le tableau 5 résume les conséquences subies par les systèmes engagés dans le syndrome d'immobilisation.⁸²

TABLEAU 5
CONSÉQUENCES DU SYNDROME D'IMMOBILISATION SUR LES DIFFÉRENTS SYSTÈMES

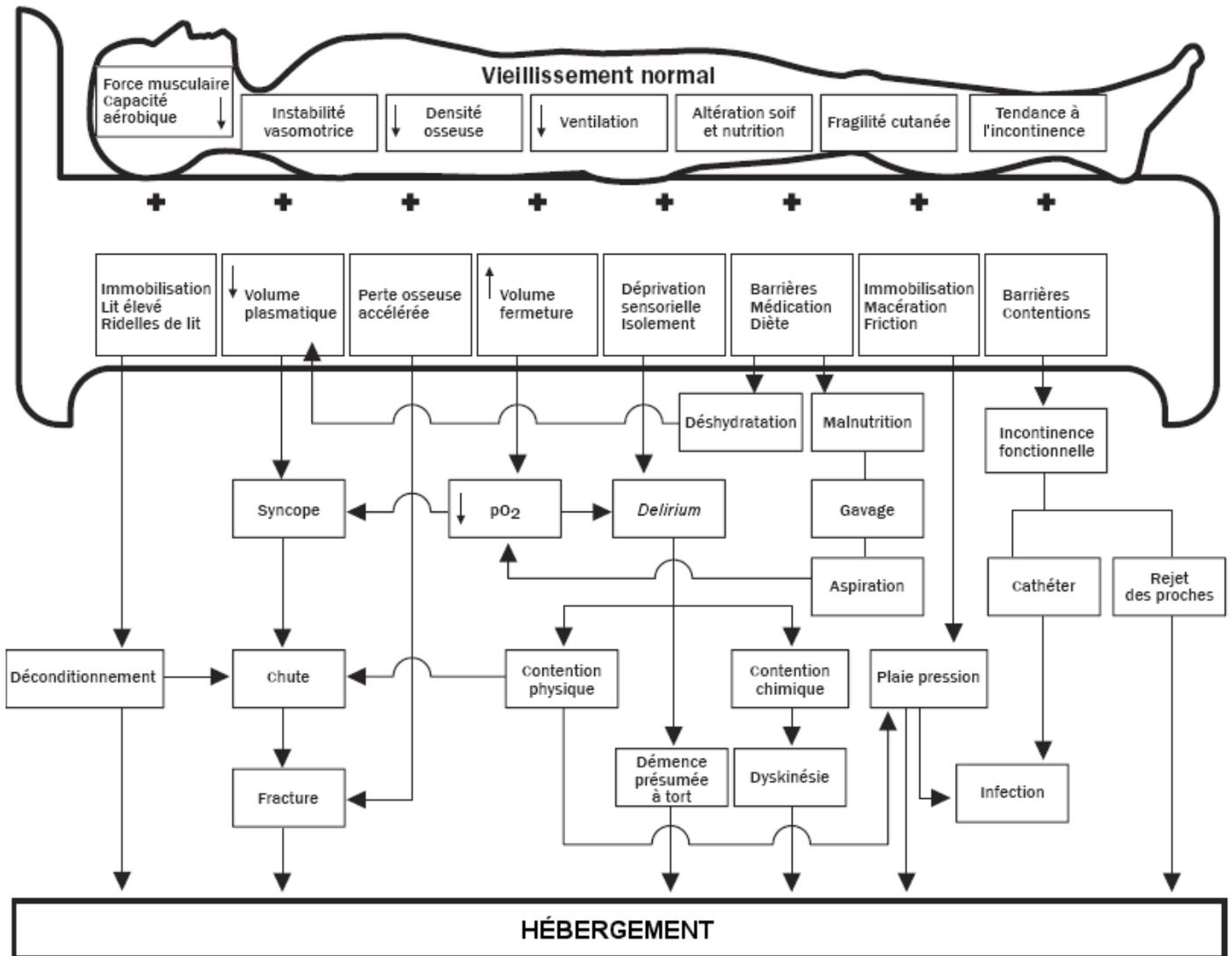
SYSTÈMES	PATHOPHYSIOLOGIE DE L'ALITEMENT	RETENTISSEMENT CLINIQUE
1. Musculo-squelettique	<p>a) Muscles Perte de la masse musculaire de l'ordre de 5 à 10 % par semaine; atrophie prédominante aux membres inférieurs et aux muscles antigravitaires; diminution de la synthèse protéique (augmentée si contexte de dénutrition) et catabolisme protéique; mène à une sarcopénie (perte des fibres musculaires); diminution de l'endurance par perte de la taille et raccourcissement des fibres et des muscles; transformation des types de fibres musculaires par réduction du débit capillaire et du flot sanguin.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Diminution de la force de 10 à 15 % par semaine en situation d'alitement strict - Difficulté aux transferts ou à la marche - Fatigabilité
	<p>b) Contractures Myogéniques avec raccourcissement des muscles du dos, des ischiojambiers, des iliopsoas, des droits antérieurs, des tenseurs et gastronémiens, du fascia lata, ainsi que des rotateurs internes de l'épaule. Arthrogéniques avec rétraction tendineuse, puis aponévrotique, ensuite ligamentaire et, finalement, capsulaire; transformation du collagène qui devient plus dense, ankylose articulaire.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Perte de l'amplitude articulaire des membres - Posture en flexion des hanches, des genoux; plantiflexion des pieds qui provoque des difficultés par la suite lors de la marche ou au positionnement au lit - Difficulté d'atteindre les objets ou de participer à ses AVQ
	<p>c) Ostéopénie, ostéoporose Par perte de mise en charge, levée de l'impact articulaire dont dépend le maintien de la masse squelettique et hypercalciurie d'immobilisation, les vertèbres et les os des membres inférieurs sont plus atteints que ceux des membres supérieurs, pertes 50 fois plus accélérées que la normale et significatives, à l'intérieur de 10 jours; la récupération demandera de 4 à 6 mois.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Risque de fracture - Risque de néphrolithiases et d'infections urinaires - Chutes et peur de tomber - Risque d'hypercalcémie

SYSTÈMES	PATHOPHYSIOLOGIE DE L'ALIMENT	RETENTISSEMENT CLINIQUE
<p>2. Appareil circulatoire</p>	<p>Diminution du VO₂ max de 25 % à 3 semaines, 10 jours d'aliment équivalent à une perte d'une décade; ajout de 0,5 battement minute par jour et augmentation de la fréquence en orthostation ou à l'exercice; augmentation du travail cardiaque jusqu'à 30 % et diminution de la masse musculaire cardiaque; perte progressive du volume sanguin de 11 % ou de 300 à 600 cc (dès la première semaine d'aliment) et du volume d'éjection; diminution de la volémie et diminution du volume diastolique par remodelage cardiaque; perte de sensibilité des barorécepteurs; augmentation de la viscosité sanguine et stase veineuse.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Fatigabilité - Tachycardie au repos et à l'effort léger - Hypotension orthostatique, syncope, chutes - Décompensation d'insuffisance cardiaque - Risque de thrombophlébite
<p>3. Appareil respiratoire</p>	<p>Altération de la ventilation-perfusion et <i>shunt</i>; diminution des volumes fonctionnels, dont la capacité vitale, la capacité résiduelle fonctionnelle avec volume de fermeture (qui augmente avec l'âge) qui peut devenir excessif et mener à de l'atélectasie; accumulation des sécrétions dans les zones déclives (lobes postérieurs); dysfonctionnement ciliaire, atrophie et faiblesse musculaire et risque d'atélectasie.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Diminution de l'efficacité de la toux - Hypoxie - Risque de syncope, de <i>delirium</i> - Augmentation du risque de pneumonie
<p>4. Appareil digestif et urinaire</p>	<p>Diminution du transit haut de l'œsophage et de l'estomac; diminution de l'absorption; augmentation de l'activité adrénergique et inhibition du péristaltisme.</p> <p>Hyper-calciurie.</p> <p>Vidange vésicale incomplète.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Déshydratation, inconfort, mauvais positionnement, constipation et fécalome - Lithiases urinaires, risque d'infection - Contribution à la rétention urinaire - Aboutissement en incontinence et/ou <i>delirium</i>
<p>5. Système hématologique</p>	<p>À long terme, diminution de masse érythrocytaire.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Anémie
<p>6. Système endocrinien</p>	<p>Hypercalcémie, hypercalciurie, intolérance aux hydrates de carbone, diminution de la captation du glucose, résistance insulinique; augmentation de la T3 et diminution du métabolisme basal; augmentation du cholestérol et des LDL; augmentation du cortisol; natriurèse augmentée et dysfonction de la balance hydrosodée.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Intolérance au glucose, hyperglycémie - Désordres métaboliques : hypercalcémie, hyponatrémie, dyslipidémie - <i>Delirium</i>, chute

SYSTÈMES	PATHOPHYSIOLOGIE DE L'ALIMENT	RETENTISSEMENT CLINIQUE
7. Système immunitaire	Présence de cytokines cataboliques et inflammatoires, dont TNF et alpha IL-6; atteintes nutritionnelles.	<ul style="list-style-type: none"> - Risques infectieux accrus - Dénutrition protéino-énergétique - Contribution à la fonte musculaire, faiblesse musculaire
8. Système cutanéomuqueux	Ischémie de pression, macération ou friction des plans cutanés lors des soins; sensibilité accentuée par la diminution du tissu adipeux sous-cutané.	<ul style="list-style-type: none"> - Plaies ou lésions de pression, surtout à la région sacrée et aux talons
9. Système neurologique	Carence neurosensorielle ou surstimulation. Compressions des racines nerveuses, dont le sciatique poplité externe, et pieds tombants (vs contractures équines). Perte des automatismes posturaux.	<ul style="list-style-type: none"> - Apathie, irritabilité, découragement, sentiment d'abandon, anxiété, dépression - Désorientation temporelle et perturbation du cycle éveil-sommeil : <i>delirium</i> - Perte de coordination motrice, difficultés posturales et à la marche - Chute, peur de tomber

Les changements physiologiques associés à l'âge, les pathologies aiguës et les comorbidités amplifient le retentissement clinique de la pathophysiologie de l'alitement. La figure 7 illustre les interactions synergiques néfastes activées par la mise en relation de ces trois facteurs. Elle laisse planer une trajectoire finale qui s'oriente vers l'état de dépendance. En effet, les chutes, les fractures, l'incontinence, la malnutrition, le *delirium*, les plaies de pression et autres sont des conditions qui conduisent à une orientation en milieu d'hébergement. Le seul moyen de prévenir le déclin fonctionnel latent⁸³ est de prévenir et d'agir sur le syndrome d'immobilisation de façon précoce, continue, pertinente et coordonnée dès l'entrée en soins aigus.

FIGURE 7
INTERACTIONS ENTRE L'ÂGE,
LES PATHOLOGIES AIGÜES ET LES COMORBIDITÉS



Source : Cette figure a été reproduite et traduite de l'anglais avec la permission de l'éditeur American College of Physicians, à partir de l'article publié dans *Annals of Internal Medicine*, 118(3), Creditor, M. C., Hazards of hospitalization of the elderly, 219-223, Copyright American College of Physicians (1993). Toute reproduction ultérieure est interdite sans la permission de l'American College of physicians.

3.3. La médication

La médication est le principal outil d'intervention thérapeutique utilisé chez les personnes âgées. La bonne utilisation des médicaments chez cette clientèle constitue un enjeu majeur pour l'ensemble des professionnels de la santé. Les médicaments comptent également parmi les facteurs de risque identifiés en présence du *delirium* et du syndrome d'immobilisation. Il est donc pertinent d'y consacrer une section distincte.

La plupart des médicaments d'ordonnance, lorsqu'ils sont bien utilisés, peuvent réduire significativement la morbidité et la mortalité et améliorer la qualité de vie de la personne. La posologie (dose et intervalle entre les doses), les bénéfices par rapport aux risques et la façon de prendre ces mêmes médicaments représentent quelques-uns des éléments dont on doit tenir compte pour obtenir un effet optimal.

Cependant, plusieurs problèmes sont aussi associés à l'utilisation de la médication, plus particulièrement chez la clientèle âgée : les effets indésirables reliés aux médicaments et les erreurs de médicaments. L'ensemble de ces événements peut conduire à accroître la morbidité (apparition de syndromes gériatriques), à des hospitalisations, voire à des décès. Les effets indésirables reliés aux médicaments peuvent découler de leur effet pharmacologique, mais ils peuvent aussi être associés à la présence de médicaments non appropriés ou inutiles (sans indication valable, dépourvus d'efficacité, duplication thérapeutique) ou d'interactions médicamenteuses et à la non-observance à la thérapie médicamenteuse prescrite. Les événements indésirables reliés aux médicaments représentent une charge financière non négligeable quand on pense à la prolongation des durées d'hospitalisation et aux visites à l'urgence.

Voici quelques chiffres pour illustrer les problèmes rencontrés :

- Quelque 27 à 54 % des patients subissent une erreur de médicaments lors de l'admission en soins aigus, et de 11 à 59 % de ces erreurs sont jugées cliniquement importantes⁸⁴.
- Une proportion de 31,1 % des hospitalisations de personnes âgées fragiles est reliée à un problème associé à la pharmacothérapie, et 57,1 % de ces problèmes sont jugés évitables⁸⁵.
- Une étude réalisée auprès de personnes âgées a révélé qu'après leur congé de l'hôpital :
 - 57 % d'entre elles ne prennent pas un médicament inscrit sur leur liste d'ordonnances au départ/congé⁸⁴ alors que;
 - 41 % d'entre elles prennent un médicament qui n'est pas sur leur liste d'ordonnances au départ/congé.
- Depuis 1987, le pourcentage de personnes âgées déclarant avoir pris plus de trois médicaments sur une période de deux jours est passé de 29 à 52 %¹⁴.
- Les personnes âgées participant au programme de la Régie de l'assurance maladie du Québec ont reçu un remboursement pour une moyenne de 77,6 ordonnances par personne en 2006, soit environ 6,5 médicaments prescrits par personne et par mois⁸⁶. Ces chiffres excluent les médicaments en vente libre et les produits naturels.
- Quelque 61 % des personnes âgées de plus de 65 ans prennent au moins un médicament sur ordonnance et la majorité d'entre elles prennent de 3 à 5 médicaments en moyenne. Ces chiffres excluent les médicaments en vente libre et les produits naturels⁸⁷.

- Le taux d'observance aux médicaments est inférieur à 50 % chez 25 % des personnes âgées.
- L'utilisation de 2 médicaments révèle un risque de 13 % d'évènements indésirables. Ce risque augmente à 58 % avec l'utilisation de 5 médicaments et il grimpe à 82 % si 7 médicaments ou plus sont utilisés⁸⁸.
- Chez environ 50 % des personnes âgées, on retrace un médicament inutile à leur profil pharmacologique⁸⁶.

Les personnes âgées sont parmi les plus susceptibles d'être atteintes de plus d'une maladie ou d'une condition chronique, ce qui augmente les risques reliés à la polymédication. Cette dernière se définit comme l'utilisation de plusieurs médicaments et l'usage non nécessaire ou inutile de médicaments sur ordonnance et en vente libre. De plus, les médicaments en vente libre (sans ordonnance, tels que les produits naturels et homéopathiques qui représentent des thérapies dites alternatives), souvent oubliés, peuvent interagir avec les médicaments prescrits ou avec les maladies présentes.

Outre la **polymédication**⁸⁹, un autre problème entoure la médication chez les personnes âgées. En effet, il est souvent difficile d'**avoir accès à l'utilisation « réelle »** de la médication avant l'arrivée à l'hôpital. Bien qu'on observe une plus grande précision dans l'information recueillie auprès des patients lorsque l'inventaire en est fait par un pharmacien, d'autres facteurs rendent cet exercice difficile.

Par exemple :

- Les employés d'Urgence Santé n'apportent pas toujours les médicaments à l'hôpital.
- Les pharmacies ne sont pas toutes en réseau et leurs heures d'ouverture sont fort variables.
- Les patients peuvent traiter avec plusieurs pharmacies.
- Les visites à l'urgence et les séjours répétés en centre hospitalier.
- Les difficultés de collaboration et de communication possibles en raison de : déficit cognitif aigu ou chronique, barrière linguistique, aphasie, sévérité de la condition médicale du patient, méconnaissance de la médication par le patient ou ses proches, auxquelles s'ajoutent des contraintes de temps.

Outre une liste de médicaments souvent déficiente, mentionnons qu'on observe fréquemment chez les personnes âgées un traitement sous-optimal des maladies à l'aide de la médication.

La **prescription de médicaments non appropriés**⁹⁰ est un problème qui a été bien décrit dans plusieurs pays européens, aux États-Unis et en Australie. Les événements indésirables reliés aux médicaments peuvent être associés à des médicaments inappropriés et résultent en morbidité et en mortalité, ainsi qu'une augmentation de l'utilisation des ressources en santé⁹¹. Une catégorie de médicaments est particulièrement préoccupante pour les personnes âgées; les médicaments ayant des **propriétés anticholinergiques** ont été fréquemment cités dans la littérature⁹² comme causant une augmentation des événements indésirables. Des taux plus élevés de perturbation ou de dysfonctionnement cognitif et de *delirium* sont identifiés chez les patients qui subissent une charge anticholinergique plus élevée.

Une étude québécoise tenue en 1999-2000 a observé que l'utilisation d'un médicament inapproprié était associée à 6,8 % des problèmes reliés à la pharmacothérapie et avait été cause d'hospitalisation chez la personne âgée⁸⁵.

Enfin, une autre difficulté entoure la médication; il s'agit de l'utilisation de critères clairs pour identifier les médicaments inappropriés. **Les critères De Beers**, les plus fréquemment utilisés, demeurent **un outil qui a ses limites**. O'Mahony⁹³ a souligné le besoin de développer un nouvel outil permettant de dépister l'utilisation de médicaments inappropriés. En effet, il montre les limites de l'outil De Beers et identifie de nouveaux critères, plus à jour, permettant d'identifier les médicaments inappropriés chez les personnes âgées, à partir d'un système facilement applicable dans un contexte clinique quotidien. Ce nouvel outil devrait être:

- Organisé sur la base des systèmes physiologiques et être applicable rapidement, c'est-à-dire en 5 minutes.
- Aidant pour la compréhension des erreurs de commission et d'omission les plus fréquentes rencontrées lors de la prescription chez les personnes âgées.
- Généralisable à l'ensemble de la communauté médicale et pharmaceutique.
- Aisément relié aux maladies courantes et aux listes de médicaments dans les dossiers médicaux informatisés.
- Testé pour sa capacité à réduire de manière significative la prévalence des médicaments inappropriés dans une variété de populations de personnes âgées et dans une variété d'environnements.
- Aidant pour réduire l'incidence des effets iatrogéniques liés aux médicaments et leurs conséquences, c'est-à-dire les hospitalisations et l'utilisation des ressources en santé.

D'autres travaux seront nécessaires pour créer un outil qui sera véritablement une aide pour les médecins et pharmaciens dans le choix des médicaments à prescrire à une clientèle âgée plus sensible aux interactions médicamenteuses. En attendant la création de cet outil, nous proposons en annexe (tableau 8), une liste de médicaments potentiellement inappropriés pour les personnes âgées. On y indique le médicament, le motif et la sévérité du risque auquel il est associé, ainsi que des substitutions suggérées.

Dans les sections qui suivent, vous trouverez les pratiques à changer (chapitre 4) et la façon dont les organisations peuvent mettre en place des stratégies qui vont contribuer à l'implantation de ces changements (la section 5). Voyons maintenant quelles sont les interventions à privilégier, en commençant par une courte révision de programmes déjà existant qui ont les mêmes objectifs que ceux que nous poursuivons : réduire le déclin fonctionnel relié à l'hospitalisation.

EN RÉSUMÉ

- Syndrome d'immobilisation et *delirium* : deux cibles d'intervention pour contrer le déclin fonctionnel iatrogène
- Médicaments : attention, il y a là un défi de taille !

4. L'approche adaptée

Avec ce qui précède, il n'est pas étonnant que l'étude de l'approche à la personne âgée soit devenue une priorité pour plusieurs pays industrialisés. En effet, l'approche de soins aux personnes âgées prend sa source en Angleterre au début des années 40. À l'époque, la docteure Marjorie Warren, médecin chirurgien et gestionnaire à l'Hôpital West Middlesex, se voit confier l'annexion d'un hospice (*Poor Law Infirmary*) pour indigents. Elle et son équipe constatent que l'établissement de santé héberge principalement des personnes âgées, alitées et porteuses de maladies chroniques. Elle démontre que leur mauvaise condition est principalement due à l'absence de diagnostics, de supervision médicale, de traitements appropriés, de travail multidisciplinaire et de soins de réadaptation. Elle met sur pied un système d'évaluation global, médical et psychosocial, suivi d'un plan thérapeutique et d'une réadaptation adaptés. Elle est à l'origine de la spécialité de médecine gériatrique en Grande-Bretagne. À la suite de son œuvre, naissent des structures de soins spécialisés aux personnes âgées avec du personnel formé. Ce modèle de prise en charge s'est répandu progressivement à l'échelle internationale. Il a inspiré le développement des unités d'évaluation et de prise en charge gériatriques (*GEMU*), dans les années '70 en Grande-Bretagne et aux États-Unis et des UCDG (Unités de courte durée gériatriques) au Québec à partir de 1978. Plusieurs études randomisées menées dans ces programmes de soins spécialisés pour le patient gériatrique ont montré qu'au congé, en comparaison avec les soins habituels, il y avait une augmentation de la précision des diagnostics, une diminution de la polymédication, une amélioration de l'état fonctionnel et une diminution de la durée de séjour et du taux d'hébergement.

Depuis une quinzaine d'années, devant l'accroissement de la population vieillissante dans les milieux de soins aigus, il devient clair pour les gestionnaires et cliniciens américains que les *Geriatric Assessment Unit* ou *Geriatric Assessment and Management Unit* (UCDG au Québec), ne peuvent suffire comme seul programme d'accueil à l'hôpital pour traiter les personnes âgées. Aux États-Unis, plusieurs programmes ont donc été développés pour améliorer les soins à cette clientèle directement dans des unités de médecine, en modifiant la philosophie d'intervention de façon à prévenir les complications iatrogéniques et le déclin fonctionnel qui en découle.

Ainsi, le *Yale Geriatric Care Program* (1993)⁹⁴ développe et intègre l'expertise gériatrique en soins infirmiers standard et supporte les infirmières ressources en clientèle âgée des unités de médecine. À l'aide des signes vitaux gériatriques (les *SPICES*^b), les membres de l'équipe soignante dépistent les personnes à risque de déclin fonctionnel. Les patients qui sont détectés comme étant plus vulnérables sont immédiatement soumis à des protocoles précis pour prévenir le *delirium*, les plaies, l'incontinence, etc. Cette approche est appliquée de façon systématique pour tous les patients âgés de 70 ans et plus. De plus, une infirmière ressource en clientèle âgée, soutient l'équipe traitante pour la mise en place des interventions nécessaires à la prévention du déclin fonctionnel. Enfin, une équipe de consultation en gériatrie, présente deux fois par semaine, revoit l'ensemble des patients et suggère des interventions appropriées, selon chaque situation. Cette approche a permis une amélioration fonctionnelle de 36 % au congé, par comparaison avec une cohorte recevant les soins habituels⁹⁵.

Pour sa part, le *Hospital Elder Life Program* (*HELP*, 1999-2000) s'intéresse au dépistage précoce des facteurs de risque de déclin cognitif et fonctionnel, avec la mise en place d'interventions systématiques adaptées chez les personnes identifiées comme étant à risque modéré ou élevé dès leur arrivée à l'hôpital. L'objectif est de maintenir les fonctions cognitives et physiques durant l'hospitalisation et de maximiser l'autonomie au congé en favorisant les liens avec la communauté, pour assurer une meilleure transition de l'hôpital au domicile et une diminution des réadmissions non planifiées. La mise en place de ces interventions a diminué l'incidence du *delirium* de 40 % chez les patients à risque modéré et a aussi diminué l'usage de sédatifs⁶⁰. Cependant, cette intervention repose en grande partie sur une implication importante d'une équipe de bénévoles. Une autre expérimentation a donc reproduit l'étude en

^b Signes vitaux gériatriques (*SPICES*); intégrité de la peau; malnutrition; incontinence; atteinte cognitive; chute, trouble de mobilité, atteinte fonctionnelle (AVQ); troubles du sommeil⁶⁵.

adaptant quelque peu les protocoles pour qu'ils soient applicables par le personnel soignant habituel; elle a démontré une réduction du *delirium* de 70 %, et ce, même en incluant les personnes âgées avec démence établie⁹⁶.

Les *Acute Care for Elder Units* (1994), appelées les unités ACE, se fondent sur le modèle conceptuel du développement du syndrome dysfonctionnel, c'est-à-dire la perte d'autonomie fonctionnelle, associée au contexte de l'hospitalisation. Ce modèle combine les principes d'évaluation gériatrique et l'amélioration de la qualité. Il est appliqué dans les unités de médecine standard qui n'ont pas développé de compétence particulière en gériatrie tant sur le plan médical qu'infirmier. Il porte une attention particulière aux aspects suivants :

- L'environnement (par des modifications simples : horloges, calendriers, tapis plutôt que planchers brillants et glissants, rampes de sécurité, éclairage tamisé, disponibilité d'aires de repas et salles pour les visiteurs).
- La collaboration interprofessionnelle dans les soins centrés sur le patient (évaluation quotidienne, application de protocoles avec les signes vitaux gériatriques, tournées quotidiennes multiprofessionnelles brèves).
- La préparation en équipe du congé.
- La révision quotidienne des soins médicaux (médication, contentions, prévention de la malnutrition, etc.).

Une infirmière spécialisée en clientèle âgée forme le personnel aux syndromes gériatriques et à des protocoles de soins spécifiques. Elle est présente quotidiennement à l'unité pour réviser l'état des patients et offrir de la consultation sur place, au chevet du patient, aux infirmières soignantes. En regard des patients des unités de soins habituels, ceux des unités ACE présentent un meilleur état fonctionnel au congé et un taux d'hébergement de 8 % moindre^{97; 98}.

Au Canada, l'*Elder Friendly Hospital*⁹⁹ ou l'hôpital accueillant pour les aînés s'appuie, lui aussi, sur le principe qu'il est nécessaire d'avoir un modèle qui tienne compte des particularités des personnes âgées, aux prises avec des maladies chroniques et avec une maladie aiguë. Ainsi, on se base sur dix facteurs de risque d'iatrogénie (indicateurs). Aussitôt qu'un facteur est identifié, on met en action l'*Elder Alert* (alerte-aîné), qui est reliée à une intervention précise à effectuer dans le plan de soins. Par exemple, on suggère des substitutions médicamenteuses en postchirurgie orthopédique pour tenir compte des changements pharmacocinétiques et pharmacodynamiques liés à l'âge. On met aussi en branle le *delirium watch* (surveillance des signes de *delirium*) avec un repérage trois fois par jour, pour intervenir précocement advenant la survenue d'un *delirium*.

Tous ces programmes ont en commun une approche « globale » de la personne âgée, plutôt qu'une vision par « organe », avec la mise en place d'interventions préventives ou de prise en charge précoce des complications, telles que le *delirium* et le déclin fonctionnel. Les coûts globaux associés à ces programmes sont comparables à ceux des programmes traditionnels. De plus, la satisfaction de la clientèle est améliorée et toutes les clientèles, quel que soit leur âge, en bénéficient, puisque cette approche de soins est davantage personnalisée. À l'annexe B, vous trouverez un tableau résumant ces programmes.

Au Québec, la première UCDG a vu le jour en 1978¹⁰⁰. On en dénombre actuellement 71 dans la province avec des missions différentes selon les ressources des milieux, s'étendant de la prise en charge en soins aigus jusqu'aux soins de réadaptation. On se rend compte, cependant, que ces unités sont nettement insuffisantes en nombre et ressources spécialisées pour répondre aux besoins de l'ensemble de notre population âgée et vulnérable.

Ainsi, dernièrement, lors du colloque *Un hôpital accueillant pour les personnes âgées*, plusieurs hôpitaux ont présenté des programmes visant à modifier les pratiques quotidiennes des intervenants dans différentes unités de soins, dans le but de diminuer les effets néfastes de l'hospitalisation chez cette clientèle³.

Ces réalisations ne pourront s'accomplir que dans la mesure où se produiront des modifications dans la philosophie qui anime les intervenants. Voyons maintenant les principes généraux qui sous-tendent ce changement de pratique.

4.1. Principes généraux

L'hôpital est un lieu de soins et, en ce sens, il doit viser à améliorer la condition de santé des personnes qui s'y présentent. Dans le cas des personnes âgées, particulièrement vulnérables, toutes les actions des intervenants doivent converger vers la prévention des complications iatrogéniques et du déclin fonctionnel en assurant un environnement humain favorable. Plusieurs modèles d'adaptation de la philosophie de soins à une clientèle spécifique existent déjà dans le milieu hospitalier : centre mère-enfant, soins palliatifs, salle des naissances, programmes d'intervention pour polytraumatisés, etc. Les changements démographiques actuels nous obligent à revoir nos pratiques à l'hôpital afin d'assurer des soins mieux adaptés et une utilisation optimale des ressources. En effet, les soins conventionnels dispensés aux personnes âgées doivent subir une reconfiguration reposant sur les cinq principes énoncés par Covinsky¹⁰¹ dans l'implantation des unités ACE.

1 : L'approche de soins se transforme, pour passer d'un modèle biomédical conventionnel à un modèle biopsychosocial global mieux adapté à la complexité du patient âgé aux prises avec un problème de santé aigu.

2 : Une considération particulière doit être portée à l'égard de l'environnement physique et social afin qu'il puisse favoriser l'autonomie fonctionnelle et le bien-être de la personne âgée fragilisée.

3 : Les soins doivent être centrés sur l'amélioration fonctionnelle plutôt que sur le traitement des organes atteints uniquement, puisque l'objectif ultime est d'assurer la meilleure qualité de vie possible. À titre d'exemple, il est fréquent d'entendre les médecins commenter le fait qu'un patient est médicalement prêt à quitter l'hôpital lorsque son problème aigu est contrôlé (ex. : pneumonie), alors qu'il n'a pas récupéré sa mobilité. Cet exemple illustre bien l'approche par organe qui oublie qu'un patient n'est remis de son épisode de soins que lorsqu'il a récupéré sa fonctionnalité : « On donne congé à l'organe et non au patient ». De même, il est de pratique courante d'installer une sonde vésicale pour surveiller le volume urinaire d'un insuffisant cardiaque. Cette mesure est certes efficace pour le suivi médical. Cependant, chez le patient âgé, non seulement causera-t-elle de l'inconfort, mais elle entravera sa mobilité, augmentera les risques d'infection et de *delirium* et précipitera un déconditionnement. Le cœur s'en portera mieux, mais ce sera au détriment d'une perte d'autonomie à la marche et aux autres activités. D'autres paramètres de suivi sont aussi valables cliniquement et moins nuisibles : par exemple, ausculter, peser quotidiennement, etc.

4 : Le modèle de soins passe d'une gestion médicale à celle d'une équipe. La responsabilité du maintien ou de la récupération fonctionnelle devient interprofessionnelle avec un rehaussement particulier du rôle du personnel infirmier dans le suivi et la réadaptation fonctionnelle. Le médecin doit donc collaborer activement et tenir compte d'un ensemble d'information pour rajuster le plan d'intervention vers une optimisation de l'autonomie fonctionnelle.

5 : Dès l'admission, il faut envisager l'épisode de soins comme une étape de transition dans un *continuum*. On doit identifier les problèmes susceptibles d'affecter le fonctionnement à long terme et amorcer les traitements et recommandations qui pourront être poursuivis dans la communauté (ex. : dépression). D'autre part, le plan thérapeutique doit tenir compte des habitudes individuelles et du milieu de vie au congé (ex. : traitement du diabète, anticoagulation prolongée). En d'autres mots, il faut commencer à planifier le congé dès l'admission.

De plus, ajoutons qu'il est essentiel d'intervenir en partenariat avec la personne âgée (et ses proches ou son représentant légal, lorsque nécessaire). Les interventions et les traitements doivent être :

- Individualisés et effectués dans le respect de l'autonomie et des valeurs de la personne.
- Proportionnels aux résultats escomptés, compte tenu de l'état de santé de la personne, de ses ressources physiques et psychoaffectives et de la thérapeutique envisagée (but, complexité, risques et bénéfices associés).
- Fondés sur les données probantes ou, lorsqu'elles font défaut, sur les consensus d'experts.

La prise en compte de la trajectoire de vie et de santé de la personne âgée laisse plus de place à sa participation dans la prise de décision, notamment en favorisant le travail sur l'autonomisation (*empowerment*) des patients et, plus spécifiquement, sur l'exercice d'un contrôle sur leur vie.

Les interventions visant à prévenir le déclin fonctionnel ne seront efficaces que si elles considèrent **l'ensemble** des composantes du fonctionnement qui peuvent être affectées par l'hospitalisation : il serait, par exemple, peu approprié d'intervenir au plan nutritionnel et d'omettre le contrôle de la douleur ou la perte de mobilité.

Comment la personne âgée chemine-t-elle à l'intérieur de l'hôpital ? Comment l'accompagne-t-on pendant son séjour ? Voici une proposition de cheminement et d'accompagnement en fonction du degré d'atteinte de la personne qui se présente à l'hôpital.

4.2. Algorithme de soins cliniques à la personne âgée en CHSGS

Ci-après (figure 8), un algorithme de soins cliniques pour la personne âgée, de son arrivée à l'hôpital jusqu'à son départ. Voici, en quelques lignes, les explications de chacune de ces étapes. À la section 4.3, les interventions à privilégier pour chaque palier de soins.

0. Interventions préventives systématiques

Pour toute personne âgée de 75 ans et plus^c : se trouvent ici, les interventions préventives systématiques (par défaut) à privilégier dans le milieu hospitalier accueillant des personnes âgées.

1. Dépistage/Repérage

Lors d'une visite à l'urgence ou d'une admission hospitalière, une personne âgée doit être évaluée à des fins d'identification de ses facteurs de risque de déclin fonctionnel. L'utilisation d'outils peut faciliter la stratification du risque de base d'une personne. Plusieurs outils existent, mais ils visent des contextes de soins et des objectifs différents. Ainsi, **ISAR** (Identification systémique des aînés à risque) est un outil de **dépistage** utilisé à la salle d'urgence pour prédire un risque accru de résultats de santé défavorables incluant la mort, l'hébergement, l'augmentation de la dépendance fonctionnelle au cours des six mois

^c L'âge de 75 ans et plus reflète une prévalence plus marquée de fragilité. Toute personne plus jeune présentant une condition physique équivalente devra être incluse dans ces mesures.

suivant la visite à l'urgence¹⁰². ISAR est précis et permet d'identifier, à l'urgence, les personnes âgées qui présentent une altération de leur autonomie fonctionnelle. Il permet aussi d'identifier les aînés qui deviendront de grands consommateurs de services de santé dans le futur¹⁰³. **PRISMA-7** (Programme de recherche sur l'intégration des services de maintien de l'autonomie) est un outil de **repérage** des personnes âgées présentant déjà des incapacités et qui pourraient bénéficier d'une évaluation gériatrique globale¹⁰⁴. Ces deux outils ont été élaborés et validés au Québec, auprès de personnes âgées québécoises.

Il existe d'autres instruments dont le **HARP**¹⁰⁵ (*Hospital Admission Risk Profile*) qui identifie à l'admission les patients à risque de déclin fonctionnel durant et après l'hospitalisation en soins aigus. Mentionnons aussi le **SHERPA** (Score Hospitalier d'Évaluation du Risque de Perte d'Autonomie) qui permet d'identifier, dès l'admission, les patients à risque de déclin fonctionnel 3 mois après le congé hospitalier¹⁰⁶. Cet outil a la particularité de stratifier le niveau de risque de déclin fonctionnel :

- Risque faible;
- Risque moyen;
- Risque élevé.

Certains patients peuvent d'emblée être considérés à risque de déclin fonctionnel : par exemple, les patients dont le diagnostic de démence est connu, les patients admis pour chute ou traumatisme et ceux qui demeurent dans un milieu de structure équivalente au CHSLD¹⁰⁶.

La D^{re} Inouye,⁹⁴ quant à elle, a suggéré la notion des signes vitaux gériatriques dérivés du cadre de référence pour l'évaluation des personnes âgées de Terry Fulmer. Ce cadre consiste en l'identification et le suivi quotidien de six conditions (*SPICES*)^d dites « marqueurs » de déclin fonctionnel chez les personnes âgées durant l'épisode de soins. La présence d'une ou de plusieurs de ces conditions est également associée à un accroissement de la mortalité, de la durée de séjour et des coûts d'hospitalisation et elle doit mener à la mise en place de mesures préventives. La détection précoce permet l'évaluation des causes et la modification du plan d'intervention pour éviter ou limiter les conséquences de la spirale de détérioration clinique et fonctionnelle qui s'ensuit. Dans le cadre du développement et de l'implantation du projet **OPTIMAH**^e (**OPTIM**isation des soins aux personnes **Â**gées à l'**H**ôpital) du CHUM (Centre hospitalier universitaire de Montréal), des cliniciennes se sont inspirées du concept des signes vitaux gériatriques (Inouye) et des conditions *SPICES* (Fulmer) pour élaborer un outil identifiant les aspects de la santé à surveiller. Une détérioration d'un de ces aspects est prédictive de complications et d'un déclin fonctionnel durant le séjour hospitalier¹⁰⁸. Cet outil porte l'acronyme **AINÉES** (voir appendice) qui réfère à :

- **A**utonomie et mobilité;
- **I**ntégrité de la peau;
- **N**utrition/Hydratation;
- **É**limination;
- **É**tat cognitif et comportement;
- **S**ommeil.

L'outil AINÉES a été développé pour être utilisé tant dans l'évaluation initiale, (identification de facteurs de risque de déclin fonctionnel), que pour le suivi quotidien (surveillance) des patients âgés hospitalisés. Ainsi, l'identification précoce de complications en installation permet d'intervenir rapidement, d'où l'allusion au terme « signes vitaux ».

L'évaluation du risque de déclin fonctionnel intra-hospitalier s'effectue à l'admission lors de l'évaluation initiale réalisée par le médecin ou par l'infirmière.

^d S=Sleep disorders, P= poor nutrition, I=Incontinence, C= confusion, E=Evidence of fall or functional impairment S= Skin breakdown¹⁰⁷.

^e Sylvie Lafrenière, inf., M.Sc., conseillère en soins spécialisés (géronto-gériatrie), et Dre Annik Dupras, MD, FRCPC, interniste-gériatre, co-responsables du projet OPTIMAH, Centre Hospitalier Universitaire de Montréal.

2. Évaluation et surveillance

Cette étape permet de rassembler systématiquement les données pour mieux connaître la personne âgée du point de vue de sa condition de santé et de son état fonctionnel habituel et actuel. Selon le niveau de risque, l'évaluation devient de plus en plus spécifique. Ainsi, cette évaluation identifie les conséquences des comorbidités et les facteurs de risque de déclin fonctionnel permettant de repérer les patients qui auront besoin d'une attention particulière durant leur séjour hospitalier. Elle permettra aussi de mieux définir les objectifs de soins s'y rattachant.

Les éléments clés de l'évaluation sont compris dans l'outil **AINÉES**, et donnent lieu à un plan thérapeutique infirmier (PTI) et à un niveau de surveillance appropriée, via un plan d'intervention interdisciplinaire (PII). Les questions suivantes guident l'équipe soignante dans l'utilisation pratique des signes vitaux gériatriques **AINÉES** pour l'évaluation et la détermination du plan d'intervention :

- 1) Quel était l'**AINÉES** de ce patient avant sa venue à l'hôpital ? (évaluation initiale)
- 2) Que puis-je faire pour maintenir ses acquis **AINÉES** durant son séjour ? (mesures systématiques de prévention) ?
- 3) Est-ce que j'observe une détérioration ou un problème de l'**AINÉES** chez ce patient ? (dépistage quotidien)
- 4) Que puis-je faire pour traiter les problèmes de cet **AINÉES** ? (intervention)
- 5) Le plan de traitement actuel est-il le meilleur pour favoriser l'**AINÉES** de ce patient ?
- 6) Comment faire en sorte que le patient et ses proches deviennent des partenaires pour maintenir cet **AINÉES** ?
- 7) Que dois-je communiquer et documenter pour assurer la continuité de l'**AINÉES** de ce patient ?

3. Interventions

Selon l'évaluation effectuée et le niveau de risque de déclin fonctionnel identifié, les membres de l'équipe soignante déterminent et assurent la mise en œuvre du PTI. Au besoin, ils feront appel aux différents professionnels de l'équipe multiprofessionnelle de base rattachée à l'unité (ergothérapeute, physiothérapeute, nutritionniste, travailleur social, pharmacien, médecin consultant, etc.). Chez les patients à risque modéré ou élevé ou chez les patients qui ont une évolution défavorable, une intervention par une infirmière ressource en clientèle âgée est souhaitable pour guider l'équipe soignante dans l'établissement du PII. Au besoin cette dernière sollicitera l'intervention de l'équipe de consultation multiprofessionnelle spécialisée en gériatrie.

4. Évaluation des résultats

L'évaluation se fera en mesurant l'écart obtenu entre les résultats atteints et ceux prévus afin de rencontrer les objectifs identifiés au PTI et au PII. Ces objectifs se basent sur l'identification des besoins biopsychosociaux du patient âgé et sur les interventions mises en œuvre pour y répondre. Ceci doit être fait dans un délai approprié par les professionnels, en concertation avec le patient et ses proches aidants.

5. Départ

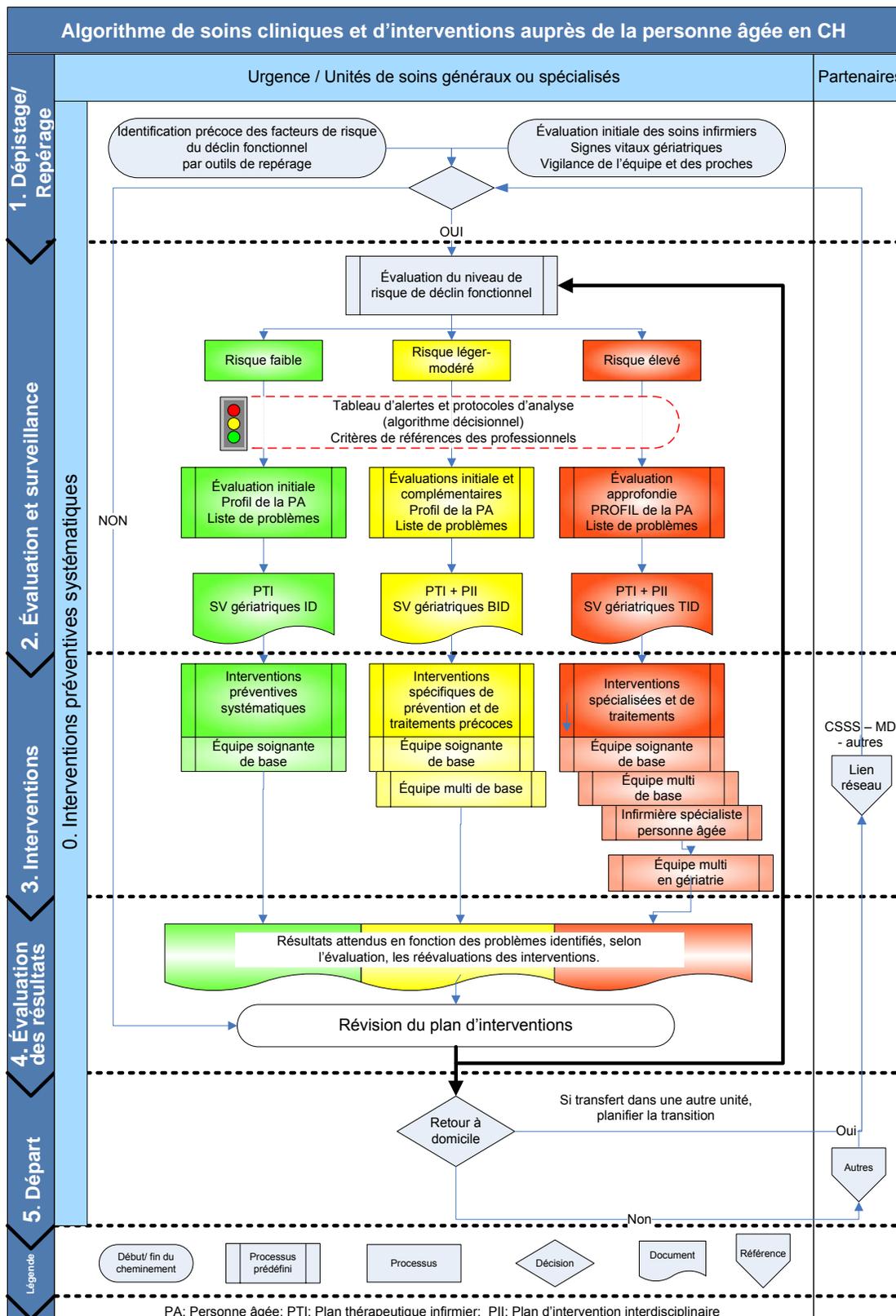
Le départ vers un autre lieu (changement de lit, de chambre, vers une autre unité de soins, ressource intermédiaire, relogement, etc.) est une transition qui rend la personne âgée particulièrement vulnérable (perte de repères, risque de *delirium*, problème relié à la gestion médicamenteuse, etc.). Cette étape doit être planifiée et bien encadrée avec des interventions favorisant la continuité des soins, le maintien ou l'amélioration de l'autonomie et un plan de service de soutien à domicile. Ceci doit être fait avec la collaboration du personnel de l'unité de soins d'arrivée ou du CSSS et celle des proches aidants.

Toute l'information concernant les événements pertinents survenus pendant l'hospitalisation, de même que le PTI et le PII, devrait être transmise à l'équipe qui assurera le suivi du patient.

En particulier, une personne ayant présenté un *delirium* devrait bénéficier d'un suivi cognitif et fonctionnel à long terme, puisque ce syndrome est souvent précurseur d'une atteinte cognitive évolutive. De plus, la famille devrait être avisée du risque de *delirium* subséquent et des conséquences cognitives possibles à long terme.

Des étapes de transition peuvent également être nécessaires tout au long du séjour hospitalier du patient. Il faudra être sensible à la continuité tant sur le plan informationnel et relationnel que sur le plan de l'approche, dans ces moments charnières (changements d'unité, de chambre, de programme, etc.).

FIGURE 8
ALGORITHME DE SOINS CLINIQUES ET D'INTERVENTIONS
AUPRÈS DE LA PERSONNE ÂGÉE EN MILIEU HOSPITALIER



4.3. Stratégies d'interventions cliniques

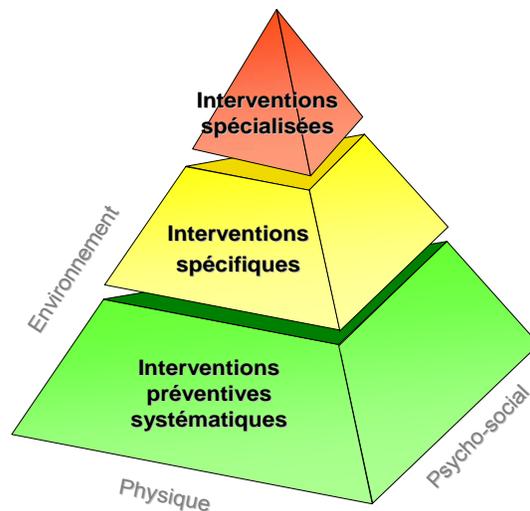
Les interventions cliniques comportent trois paliers (figure 9) :

- **Palier 1 – Interventions préventives systématiques** : mesures appliquées à **toutes** les personnes âgées hospitalisées durant **toute** la durée de leur séjour.
- **Palier 2 – Interventions spécifiques de prévention et de traitement précoce** : mesures appliquées aux personnes âgées présentant des facteurs de risque modérés à sévères de déclin fonctionnel, en plus des mesures du palier 1.
- **Palier 3 – Interventions spécialisées de traitement** : mesures appliquées aux personnes âgées qui présentent un *delirium* ou un syndrome d'immobilisation sans amélioration, malgré l'application des interventions systématiques et spécifiques, qui continue.

À chaque palier, les stratégies d'interventions couvrent trois dimensions :

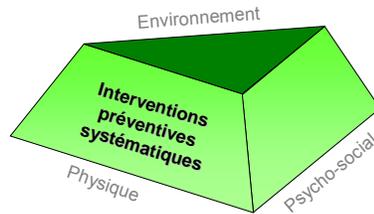
- **Physiques;**
- **Psychosociales;**
- **Environnementales.**

FIGURE 9
PALIERS D'INTERVENTIONS CLINIQUES^f



^f Des fiches cliniques sont disponibles. Le contenu de ces fiches présente des interventions précises pour l'équipe soignante de base et pour les équipes de professionnels, pour chaque palier d'intervention.

4.3.1. Palier 1 : Interventions préventives systématiques



En plus des processus de soins diagnostiques liés à chaque situation :

QUESTIONNER À L'ARRIVÉE SUR LES POINTS SUIVANTS :

- Usage de prothèses auditives, visuelles et dentaires.
- Orientation dans le temps et l'espace.
- État cognitif, psychologique et fonctionnel (AVQ-AVD) et mobilité de base.
- Habitudes de vie (incluant l'alimentation) en lien avec AVQ-AVD.
- Changement récent du niveau d'autonomie fonctionnelle.
- Milieu de vie.
- Réseau social.
- Profil médicamenteux exact, dont l'usage de sédatifs-hypnotiques à domicile.
- Chute durant les 6 derniers mois.
- Perte de poids durant les 6 derniers mois.
- Confirmation de la validité des renseignements recueillis à l'entrevue, auprès d'un proche aidant.

ÉVALUER ET DÉPISTER :

- Rechercher les facteurs prédisposants et précipitants à la situation clinique en étant conscient que ***perte d'autonomie et confusion ne constituent pas des diagnostics cliniques, mais bien des symptômes.***
- Vérifier l'attention et la compréhension.
- Vérifier l'orientation dans les 3 sphères (temps, espace, personnes).
- Effectuer le dépistage initial du *delirium* en utilisant une méthode de dépistage valide et fiable (ex. : CAM). Tout dépistage positif devrait être rapporté au médecin traitant sans retard.
- Vérifier la capacité de se transférer et de se mobiliser.
- Vérifier l'autonomie aux soins personnels de base, à l'alimentation et à l'hydratation, et s'assurer de l'absence de dysphagie.
- Évaluer la continence et ses prérequis (ex. : mobilité).
- Peser à l'admission et une fois par semaine.
- Vérifier l'intégrité cutanée.
- Dépister la douleur aiguë et chronique.

INTERVENIR : AINÉES

(A) Mesures favorisant l'autonomie fonctionnelle

S'assurer, le cas échéant, que la personne porte ses prothèses auditives, visuelles et dentaires. Utiliser, au besoin, des aides visuelles et auditives.

Fournir l'aide technique habituelle à la mobilité.

Encourager une mobilisation précoce. ***Le confinement au lit ou au fauteuil, ou la restriction d'activités, doivent découler d'une ordonnance médicale écrite de contre-indication stricte au mouvement ou à la mise en charge. Cette ordonnance doit s'accompagner de mesures de positionnement pour la prévention des plaies et d'exercices au lit.***

- Faire prendre les repas au fauteuil plutôt qu'au lit ou sur la civière.
- Si la personne est autonome à la marche, l'encourager à marcher dans le corridor.
- S'abstenir d'utiliser des contentions physiques ou chimiques, puisqu'elles peuvent précipiter et exacerber un *delirium* ou un syndrome d'immobilisation. L'utilisation de telles contentions ne devrait se faire que dans des circonstances exceptionnelles et en dernier recours. Si tel est le cas, adapter le plan d'intervention pour compenser la limitation imposée (mobilisation aux 2 heures : changement de position, exercices au lit, marche, etc.)
- Pour une personne en isolement, inscrire prioritairement au plan thérapeutique infirmier la mobilisation sous surveillance pour compenser la limitation imposée par l'isolement.
- Limiter la mise en place de cathéters au strict minimum nécessaire afin de ne pas interférer avec la mobilité ou créer des complications iatrogéniques. Envisager les gavages de soutien la nuit plutôt que le jour.
- Évaluer et traiter la douleur tout en prévoyant et limitant les effets secondaires associés à la médication.
- Stimuler le patient à maintenir ou renforcer son autonomie fonctionnelle, dans toutes les AVQ, y compris l'hygiène, l'habillement, les soins d'entretien ou autres, tout en tenant compte de ses capacités et incapacités cognitives et physiques.
- Sensibiliser le personnel, la personne âgée et ses proches à l'importance d'une mobilisation précoce. Encourager la famille à faire marcher la personne lors des visites. Informer et intéresser le patient et ses proches aux soins généraux (AVQ), de façon à encourager l'autonomisation des personnes.
- Adapter l'environnement de façon à favoriser l'autonomie fonctionnelle et à assurer des déplacements sécuritaires (ex. : ajustement de la hauteur du fauteuil, du lit et du siège de toilette, retrait des obstacles au passage de la marchette, accès aux objets personnels de toilette et aux vêtements, usage des deux ridelles limité, etc.).

(I) Mesures favorisant l'intégrité cutanée

- Assurer un positionnement au lit et au fauteuil adéquat.
- Alternier le positionnement aux deux heures, si la personne est alitée.
- Adapter, au besoin, les surfaces de contact.
- Encourager la mobilité dans les AVQ.
- Éviter le port de culottes d'incontinence.

(N) Mesures favorisant la santé nutritionnelle

- Assurer le port des prothèses dentaires.
- Veiller à une hygiène buccodentaire adéquate et régulière.
- Fournir l'aide nécessaire à l'alimentation.
- Stimuler la personne à boire et à s'alimenter adéquatement. Encourager les proches à participer à ces activités (ex. : préférences alimentaires).
- Rendre l'eau accessible et à portée de la main.
- Assurer un menu adapté aux besoins physiopathologiques, surtout en ce qui concerne les apports protéino-énergétiques.
- Adapter les textures des solides et la consistance des liquides selon les besoins.

(É) Mesures favorisant l'élimination

- Vérifier régulièrement les fonctions d'élimination et intervenir précocement dans l'évaluation et le traitement de la constipation ou de l'incontinence.
- Instaurer un horaire mictionnel pour éviter l'incontinence fonctionnelle.
- Mobiliser en amenant la personne à la toilette pour éviter la culotte d'incontinence. Règle d'or : s'abstenir d'installer ou de garder en place une sonde urinaire, à moins d'une indication stricte; le cas échéant, installer un sac jambier le jour.
- Assurer, lors de la miction, un positionnement propice à une meilleure vidange vésicale (éviter le décubitus).
- Assurer un environnement sécuritaire : accessibilité à la toilette, adaptation de la hauteur du siège de toilette, des barres d'appui, etc.

(E) Mesures favorisant le maintien de l'état cognitif et affectif

- Assurer le port des lunettes et des prothèses auditives ou utiliser des aides auditives ou visuelles pour communiquer avec le patient (amplificateurs, loupes, pictogrammes, etc.). S'assurer que le personnel soignant est au courant de tout déficit visuel ou auditif (inscription au PTI ou autre modalité). Pourvoir les chambres d'objets facilitant l'orientation, tels qu'une horloge et un calendrier visibles ainsi que des objets familiers (photos personnelles, réveil-matin).
- Assurer un éclairage adéquat.
- Orienter dans les trois sphères (temps, espace, personnes) quotidiennement ou à plusieurs reprises, selon le cas.
- Orienter dans l'environnement : décrire tout ce qui est différent de la maison, aider la personne à trouver des repères dans ce nouvel environnement.
- Évaluer le profil médicamenteux, sa pertinence et éviter d'utiliser des médicaments potentiellement non appropriés.
- Informer les proches aidants du risque potentiel de *delirium* et les encourager à agir de façon à prévenir son apparition (activités de stimulation cognitive). Les aviser de tout changement cognitif observé et de l'importance, pour la personne âgée, de retrouver la présence de visages familiers.
- Évaluer et surveiller le risque ou la présence de *delirium* de façon périodique au cours de l'hospitalisation en utilisant une méthode de dépistage valide et fiable (ex. : CAM). Tout dépistage positif sera rapporté au médecin traitant.
- Favoriser un environnement de soins stable et sécuritaire en évitant l'isolement (chambre sans fenêtre, chambre individuelle), la surstimulation neurosensorielle (environnement bruyant, activités trop exigeantes), les changements fréquents de chambre ou de personnel soignant, et en encourageant la présence au chevet de la famille ou de proches aidants.

(S) Mesures favorisant le sommeil

- Favoriser un sommeil réparateur (une bonne hygiène du sommeil) par des moyens non pharmacologiques. L'utilisation d'anxiolytiques, de sédatifs ou d'hypnotiques est à éviter dans la mesure du possible. À tout le moins, elle devra être minimisée étant donné le risque potentiel d'engendrer ou d'exacerber un *delirium* et d'altérer la vigilance, facteur de risque subséquent d'immobilisation ou de chute.
- Favoriser un environnement propice au sommeil.
- Discuter avec la personne âgée ou son représentant légal du niveau d'intervention thérapeutique souhaité (interventions, traitements, valeurs personnelles, souhaits) et l'inscrire au dossier.
- Informer le patient et ses proches de la situation clinique, des options thérapeutiques et des interventions à venir.

- Déterminer la priorité des interventions afin d'éviter de déstabiliser l'état clinique global ou d'entraîner un phénomène de complications en cascade.

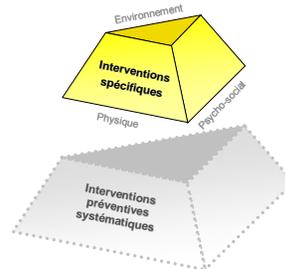
SURVEILLER (Signes vitaux gériatriques) **AINÉES**

- **A**utonomie et mobilité
 - Changement dans la mobilité et l'autonomie aux autres activités courantes de la vie quotidienne
 - Douleur
 - Chutes
- Intégrité de la peau
- **N**utrition/Hydratation
 - Carence d'apport hydrique et alimentaire, perte de poids, perte d'appétit
- **É**limination
 - Rétention urinaire ou fécale, incontinence *de novo*
- **É**tat cognitif et comportement
 - Changements sur les plans de la cognition, de la vigilance, des fonctions perceptuelles, de l'humeur : agitation, apathie
- **S**ommeil
 - Inversion du cycle éveil/sommeil
 - Hyper somnolence
 - Apnée

ALERTER

- Mettre aussitôt en place des mesures d'évaluation diagnostique et d'intervention thérapeutique lorsqu'une détérioration des signes vitaux gériatriques est identifiée.

4.3.2. Palier 2 : Interventions spécifiques de prévention et de traitement précoce



S'associer de façon précoce aux compétences d'une équipe multiprofessionnelle pour évaluer et intervenir avec efficacité et justesse sur les diverses dimensions qui affectent l'autonomie et la récupération fonctionnelles.

(A) Autonomie et mobilité

Effectuer une évaluation physique et fonctionnelle et prévoir une prise en charge interprofessionnelle, incluant un suivi en physiothérapie si la personne présente un risque d'immobilisation ou une perte de mobilité.

En cas de douleur aiguë, en évaluer la cause, assurer un traitement et une analgésie appropriée tout en surveillant les effets secondaires, et considérer administrer les analgésiques PRN ou en entredose avant de mobiliser la personne; vérifier l'efficacité de la médication et en discuter avec le médecin; regrouper les interventions en tenant compte des heures d'administration de la médication et de sa pharmacocinétique.

Chez les patients ayant peu d'initiative, rechercher la présence de troubles cognitifs ou affectifs.

(I) Intégrité cutanée

- En présence de plaie : en évaluer la cause et administrer un traitement; adapter les surfaces thérapeutiques; assurer des apports nutritionnels adéquats. Veiller à ce que le patient se mobilise ou soit changé de position toutes les deux heures.

(N) Nutrition/Hydratation

Effectuer une évaluation nutritionnelle et prévoir une prise en charge interprofessionnelle lorsque la personne présente un risque de dénutrition ou de déshydratation.

(É) Élimination

- En présence d'incontinence urinaire ou fécale, ou de fécalome, en évaluer la cause et administrer un traitement. Pour l'incontinence urinaire, instaurer, selon le cas, un horaire mictionnel, un rappel programmé ou autre.
- Si constipation, évaluer la cause et administrer un traitement.

(E) État cognitif et comportement

Chez les patients avec atteinte cognitive ou à risque de *delirium* modéré à élevé :

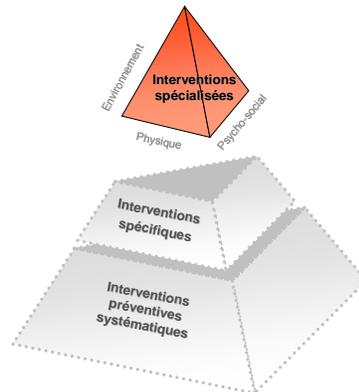
- Appliquer un protocole d'orientation plusieurs fois par jour et des activités de stimulation cognitive.
- Planifier en priorité le transfert à l'unité de soins pour éviter un séjour prolongé à l'urgence.
- Favoriser une stabilité du personnel soignant et éviter les changements de chambre fréquents.
- Intensifier l'application des mesures systématiques de prévention.

Pour toute personne qui développe un *delirium*, effectuer un bilan d'investigation pour déterminer les causes potentielles sous-jacentes, les traiter et appliquer une approche cognitivo-comportementale. Un suivi doit être fait pour s'assurer de l'efficacité du traitement des causes sous-jacentes, du maintien de l'homéostasie et de la résolution du *delirium*. La famille doit être informée de la condition de la personne et encouragée à poser des actions susceptibles de l'aider.

(S) Sommeil

- Éviter le sommeil diurne en présence d'inversion du cycle éveil/sommeil.
- Rechercher le *delirium* ou la présence de douleur chez les patients insomniaques.

4.3.3. Palier 3 : Interventions spécialisées de traitement



EN CAS D'ALIMENT OBLIGATOIRE :

- Instaurer des mesures pour en limiter au maximum les conséquences

EN CAS DE DELIRIUM :

- Réserver le traitement pharmacologique pour les détresses associées à l'agitation, aux symptômes psychotiques, pour permettre d'entreprendre un examen essentiel ou pour prévenir un risque de dangerosité pour la personne envers elle-même ou envers autrui.
- Éviter les extrêmes : isolement ou surcharge sensorielle.
- Préconiser la mise en place d'un accompagnement individualisé continu à l'aide d'un plan de travail spécifique avec des directives de soins détaillées au lieu de la contention, qui peut exacerber les symptômes et entraîner un déconditionnement en plus des complications traumatiques. Favoriser aussi la présence des proches pour rassurer le patient. En dernier recours, utiliser la contention physique la moins restrictive, et ce, le moins longtemps possible.

L'utilisation de la contention n'est pas justifiée pour contrôler l'errance, l'agitation ou le risque de chute d'une personne âgée.

EN CAS DE DÉNUTRITION qui persiste malgré une investigation et des interventions appropriées.

- Envisager rapidement une alimentation artificielle (gavage par duotube ou stomie, HAIV si voie digestive impossible) temporaire, en tenant compte du niveau de soins proportionnés.

4.4. Stratégies pour gérer la médication : le bilan comparatif

Puisque la polymédication est souvent « un fait accompli » chez la clientèle âgée, il faut s'assurer, dans le cadre de bonnes pratiques, de l'utilisation adéquate de ces médicaments. Les prescripteurs jouent un rôle primordial dans cette dynamique; ils doivent éviter les pièges de la polymédication et appliquer les principes de base suivants :

- Éviter la « cascade médicamenteuse » : faire en sorte de ne pas traiter la complication d'un médicament à l'aide d'un autre médicament.
- Connaître les principes gériatriques : les personnes âgées ont moins de réserve et sont incapables de compenser. De plus, plusieurs états pathologiques, particulièrement la dysfonction hépatique, réduisent la vitesse de métabolisme de certains médicaments.
- Se rappeler que la polymédication augmente les interactions médicament-médicament, médicament-maladie et médicament-âge.
- Comprendre la pharmacocinétique et la pharmacodynamique : commencer avec de faibles doses et augmenter lentement.
- Surveiller l'apparition d'effets indésirables.
- Considérer un essai de sevrage ou d'arrêt de certaines médications.
- Revoir le fardeau financier de la polymédication.
- Travailler avec le pharmacien de l'équipe multiprofessionnelle.
- Les constituants de la nourriture (ex. : jus de pamplemousse) et les produits naturels (ex. : millepertuis) peuvent inhiber, aussi bien qu'induire, le métabolisme des médicaments. Les équipes de soins doivent en être informées.

Un outil peut aider à réduire les erreurs médicamenteuses⁸⁴ et les événements iatrogéniques liés aux médicaments¹⁰⁹. Le **bilan comparatif des médicaments**, encore appelé **réconciliation médicamenteuse**, permet d'identifier et de rectifier les erreurs médicamenteuses à l'interface des soins, c'est-à-dire lors de l'admission, du transfert d'unité de soins ou d'établissement de santé, et lors du congé. La réconciliation est une méthode systématique de double vérification du régime médicamenteux lors des transitions : tout professionnel de la santé qualifié peut entreprendre le processus de réconciliation médicamenteuse; les pharmaciens cliniciens et les infirmières sont plus fréquemment visés.

Dans ses pratiques organisationnelles requises (POR), le Conseil canadien d'agrément des services de santé exige d'établir un bilan comparatif des médicaments du patient à l'admission, et ce, avec la participation de ce dernier. De la même manière, il exige d'établir un bilan comparatif des médicaments avec le patient lors de tout transfert interne ou externe^{110, 111}.

Voici les étapes à suivre pour réduire les erreurs médicamenteuses lors des transitions :

- **Étape 1** : Être conscient du problème à l'interface des soins (admission, transferts, congé).
- **Étape 2** : S'efforcer d'obtenir une histoire médicamenteuse⁸⁷ (médicaments prescrits et en vente libre) le plus tôt possible lors de l'admission par :
 - Une entrevue avec le patient ou le proche aidant (corroborer l'information auprès d'un proche aidant, si la personne est en situation de grande fragilité physique et psychologique, ou avec son consentement.)

Et par au moins l'une des trois actions suivantes :

- Revue de la liste personnalisée des médicaments;
 - Inspection visuelle des fioles de médicaments;
 - Discussion avec le pharmacien communautaire.
- **Étape 3** : S'assurer d'avoir une documentation claire sur les changements de médication lors des transitions incluant les médicaments cessés, remplacés ou modifiés, afin de réduire la confusion lors des transitions subséquentes. Par exemple, il est aidant d'inscrire tous les changements de médication sur l'ordonnance de congé/départ. Ainsi, le pharmacien communautaire saura si les médicaments ont été intentionnellement modifiés. Les résumés de congé devraient inclure les 4 éléments suivants :
 - Médicaments modifiés ou remplacés;
 - Médicaments à poursuivre;
 - Médicaments cessés.

Ainsi, le bilan comparatif des médicaments peut grandement contribuer à assurer une continuité de soins optimaux dans le système de santé¹¹².

En conclusion, l'amélioration de la sécurité relative aux médicaments nécessite que les habitudes de prescription dangereuses soient détectées rapidement. Des systèmes informatiques en ligne peuvent être utiles en ce sens (Outils d'aide à la prescription), de même que de meilleures connaissances chez les médecins et les pharmaciens.

4.5. Environnement physique et équipement : interventions et stratégies simples à promouvoir

Le fait d'adapter l'environnement physique permet, en grande partie, de compenser les difficultés ou les incapacités des personnes âgées. Une approche préventive, qui tient compte des besoins et caractéristiques de la clientèle âgée, peut s'avérer très efficace et elle est indispensable si l'on veut :

- Promouvoir l'autonomie fonctionnelle des personnes âgées dans un milieu de soins sécuritaire et stimulant, tout en préservant leur dignité.
- Compenser les difficultés ou incapacités sensorielles, cognitives, motrices et affectives de la personne âgée.
- Favoriser le maintien des fonctions cognitives.

Une telle approche entraînera pour la clientèle âgée de nombreux bénéfices, notamment :

- Accroître la sécurité physique et émotive.
- Favoriser l'autonomie dans l'exécution des activités de la vie quotidienne (ce qui aura d'ailleurs pour effet de réduire la charge de travail des intervenants).
- Diminuer les risques de chutes, de blessures et de pertes fonctionnelles liées au séjour hospitalier.
- Maintenir la force physique, la mobilité (marche), etc.
- Conserver l'autonomie à l'utilisation des toilettes : favoriser le maintien de la continence urinaire et fécale.
- Diminuer les risques de sous-stimulation ou de surstimulation sensorielle.
- Favoriser l'orientation dans les trois sphères (temps, espace, personnes).

Ci-après, au tableau 6, vous trouverez une série d'interventions résumant les changements à apporter afin de rendre l'environnement plus convivial pour les personnes âgées. Soulignons qu'il s'agit d'interventions simples, n'impliquant souvent aucune dépense ou, à l'occasion, que des coûts minimes.

De plus, l'annexe D présente un tableau destiné aux organisations disposant d'un budget appréciable pour des modifications à l'environnement, comme une construction nouvelle ou des rénovations majeures. En grande partie inspiré du code du bâtiment, ce tableau tient compte des besoins particuliers de la clientèle âgée.

TABLEAU 6 INTERVENTIONS ET STRATÉGIES SIMPLES À PROMOUVOIR

INTERVENTIONS ET STRATÉGIES SIMPLES À PROMOUVOIR

Signalisation

Étant donné les changements physiologiques normaux observés chez la personne âgée sur les plans de la vision et de la cognition, voici les principales interventions à considérer dans la mise en place d'une signalisation efficace.

- Prévoir des panneaux indicateurs à chaque intersection importante; toujours les localiser aux mêmes endroits et à la hauteur des yeux pour en faciliter le repérage.
- Bien éclairer ces panneaux.
- Installer aux endroits stratégiques (ex. : hall d'entrée, aire d'attente des ascenseurs à la réception) un plan de l'étage comportant l'indication « Vous êtes ici » afin de faciliter l'orientation dans l'espace.
- Placer les panneaux indicateurs dans des endroits stratégiques afin d'éviter que les aires de circulation ne soient encombrées.
- Utiliser des combinaisons de couleurs contrastantes, **de préférence des lettres noires sur fond jaune** avec un fini mat, pour favoriser le repérage, et éviter les reflets. Voici les combinaisons à éviter, car les personnes âgées ont de la difficulté à les différencier :
 - lettrage jaune sur fond noir ;
 - lettrage jaune sur fond vert ;
 - lettrage vert sur fond bleu ;
 - lettrage rouge sur fond vert.
- Éviter les lettres en italique ou toutes en majuscules afin de faciliter la lecture.
- Utiliser des mots-clés compris de tous.
- Prévoir, près des comptoirs d'information ou près des bureaux, un calendrier à date unique indiquant la journée, la date, le mois et l'année afin de faciliter l'orientation dans le temps.

INTERVENTIONS ET STRATÉGIES SIMPLES À PROMOUVOIR

Corridors

- o Apposer des affiches ou des tableaux sur les murs des corridors très longs pour les raccourcir visuellement et minimiser ainsi les découragements attribuables à la distance à parcourir.
- o Installer des bancs à intervalles réguliers pour permettre des pauses (aire de repos à tous les 30 m).
- o Ranger au fur et à mesure tout matériel non nécessaire afin de désencombrer les corridors et de diminuer les risques de chutes.
- o Laisser toujours un côté du corridor dégagé (soit le côté avec main courante) afin de permettre une circulation sécuritaire et fluide.
- o Installer des veilleuses, à environ 30 cm du sol, dans les prises de courant près des toilettes pour faciliter l'orientation, surtout la nuit.
- o Utiliser toujours la même couleur pour indiquer les issues de secours.
- o Corriger toute dénivellation ou fissure dans le plancher afin de diminuer les risques de trébucher.
- o Éviter de polir les planchers avec une cire conventionnelle qui rendrait les surfaces glissantes afin de réduire les risques de chutes et l'éblouissement.
- o Prévoir des téléphones à volume réglable.
- o Installer des sièges près des téléphones afin de permettre aux personnes à mobilité réduite (ex. : celles qui utilisent une marchette) de s'asseoir pour composer le numéro et converser.

Toilettes publiques

Considérant les nombreux changements du système neuro-musculo-squelettique liés au vieillissement, voici des interventions pour faciliter l'accessibilité aux toilettes.

INTERVENTIONS ET STRATÉGIES SIMPLES À PROMOUVOIR

- Personne à mobilité réduite
 - Placer une chaise près du lavabo pour que la personne utilisant une marchette puisse s'asseoir lorsqu'elle se lave les mains.
- Personne ayant une bonne mobilité
 - Prévoir des robinets à longs manches installés sur le côté du lavabo pour en faciliter l'utilisation.
 - Installer des miroirs pivotants ou placés plus bas, qui seront utilisables par toutes les clientèles, assises ou debout.

Hall d'entrée

Les personnes âgées ont besoin d'une intensité lumineuse jusqu'à 30 % plus forte pour voir normalement et jusqu'à 5 fois plus forte dans les pièces où elles lisent et accomplissent des tâches. Plusieurs autres interventions simples peuvent aider la clientèle âgée. Par exemple :

- Demander à la réceptionniste de renseigner les personnes qui le demandent, en traçant le trajet désiré sur un petit plan d'orientation avec la mention (« Vous êtes ici ») afin d'optimiser l'information et la compréhension.
- Prévoir près des comptoirs d'information un calendrier à date unique indiquant la journée, la date, le mois et l'année afin de faciliter l'orientation dans le temps.
- Rendre disponible aux personnes à mobilité réduite des fauteuils roulants et autres aides techniques.
- Installer des sièges près des téléphones à volume réglable pour permettre aux personnes à mobilité réduite (ex. : celles qui utilisent une marchette) de s'asseoir pour composer le numéro et converser.

Escaliers

- Délimiter le départ et le pied de l'escalier en y collant une bande jaune ou contrastante.

INTERVENTIONS ET STRATÉGIES SIMPLES À PROMOUVOIR

Ascenseurs

- Désencombrer l'aire d'attente devant chaque ascenseur afin de ne pas gêner la circulation.

Salle d'urgence

Les personnes âgées ont besoin d'un environnement plus calme, car elles ont de la difficulté à gérer plusieurs stimuli à la fois. Selon des études faites aux urgences, l'intensité du bruit, le manque d'intimité, la présence de stress sont tous des facteurs qui influencent le comportement des personnes âgées. De plus, compte tenu du grand achalandage de cette clientèle à la salle d'urgence, il est important d'y trouver le **matériel nécessaire en quantité suffisante** afin de prévenir le déclin fonctionnel dès le premier contact avec l'hôpital (civière à hauteur variable, aides techniques, fauteuils, tables, etc.).

- Diminuer les stimuli dans la salle d'attente de l'urgence pour éviter la surcharge sensorielle et l'agitation (radio, téléviseur, va-et-vient des soignants, conversations à voix forte, etc.).
- Disposer le mobilier de la salle d'attente de manière à faciliter les manœuvres avec un fauteuil roulant ou une marchette.
- Se procurer des petits bancs larges et stables, servant de marchepied pour monter sur les tables de traitement afin d'éviter les chutes, à moins d'avoir des tables de traitement à hauteur réglable.
- Installer le téléviseur plus bas que la hauteur des yeux lorsque la personne âgée est assise afin de faciliter la vision. Prévoir également un mécanisme externe pour régler le son du téléviseur afin de diminuer les surcharges sensorielles.
- Réduire le plus possible toutes les sources de bruit dans la salle d'attente, les salles d'observation, le poste infirmier, etc. :
 - Installer des mécanismes aux principales portes pour ralentir la fermeture et diminuer le claquement de la porte.
 - Ajouter des bandes de caoutchouc aux tiroirs pour amortir le bruit.
 - Rappeler régulièrement au personnel soignant de parler à voix basse ou de chuchoter.
 - Baisser le volume de la sonnerie des téléphones.
 - Éviter de laisser fonctionner inutilement les divers appareils.
 - Choisir les équipements les plus silencieux (par exemple, pour les chariots à médicaments ou à traitements).

INTERVENTIONS ET STRATÉGIES SIMPLES À PROMOUVOIR

- S'assurer de bien tirer les rideaux autour du lit d'observation. Garder à l'esprit que les rideaux ne font pas écran à tous les bruits (confidentialité et intimité).
- Acheter des rideaux épais faits d'un matériau qui absorbe le bruit.
- Augmenter l'espace entre les lits afin de limiter les stimuli et d'offrir une plus grande intimité.
- Prévoir quelques lits d'observation entourés de murs plutôt que de rideaux pour la clientèle agitée ou confuse.
- Acheter quelques fauteuils inclinables (style Lazy-boy) à réglages électriques pour la clientèle agitée afin de favoriser la position semi-assise qui permet un meilleur contact avec la réalité que la position couchée. Ces fauteuils contribuent également à réduire la douleur grâce à un meilleur positionnement.
- Installer des horloges et calendriers à date unique ayant de gros caractères visibles du lit.
- Prévoir des salles d'observation avec fenêtres donnant sur l'extérieur pour une meilleure orientation.

Chambres des unités de soins

Voici plusieurs interventions qui favorisent l'autonomie et pallient les déficits ou difficultés.

- Prévoir un plan d'organisation des chambres de l'hôpital détaillant leur localisation, leur vocation et leur aménagement, incluant les caractéristiques suivantes : le nombre de lits dans la chambre, la présence et l'emplacement de la salle de bain, les espaces réservés pour les fauteuils roulants, etc. À l'arrivée du patient, remettre une copie de ce plan à la personne et à sa famille.
- Réduire le plus possible toutes les sources de bruit dans la salle d'attente, les salles d'observation, le poste infirmier, etc. (Voir les stratégies proposées précédemment).
- Favoriser les chambres individuelles ou doubles pour la personne âgée présentant un état confusionnel afin d'éviter d'exacerber la confusion ou le delirium.
- Offrir des téléphones personnels noirs à gros boutons poussoirs blancs avec chiffres contrastants et à volume sonore réglable.
- Offrir aux personnes alitées la possibilité d'utiliser des téléphones à long fil.

INTERVENTIONS ET STRATÉGIES SIMPLES À PROMOUVOIR

- Favoriser l'utilisation des écouteurs pour le téléviseur afin de diminuer le bruit ambiant.
- Installer une veilleuse à 30 cm du sol, à l'intérieur comme à l'extérieur de la toilette, et prévoir un interrupteur lumineux dans la salle de bain.
- Acheter, en nombre suffisant, des lits à réglages électriques avec commande à technologie simple et à gros boutons. Ces lits doivent s'abaisser au moins à 18 pouces ou 45 cm du sol pour permettre aux personnes âgées de se mettre au lit et d'en sortir de façon sécuritaire. S'assurer également que ces lits peuvent être munis au besoin de 4 demi-ridelles, ce qui permet plus de liberté et minimise la contention physique.
- Acheter pour tous les lits des matelas qui diminuent les risques de plaies (matelas préventifs).
- Se procurer et utiliser des leviers avec pivot pour favoriser le regain d'autonomie de la personne très déconditionnée, plutôt que des leviers standards.
- Assurer l'adaptation adéquate de la salle de bain pour favoriser l'autonomie : barres d'appui bien positionnées, siège de toilette à la bonne hauteur, miroir inclinable, chaise au lavabo, espace suffisant pour permettre l'emploi d'aides techniques à la marche, etc..
- Acheter des tables roulantes mobiles à hauteur variable qui peuvent être utilisées soit au lit, au fauteuil régulier ou au fauteuil roulant (dégagement en demi-cercle pour les repose-pieds du fauteuil roulant : tables avec pieds en U).
- Acheter des chaises et fauteuils plus bas, que l'on peut surélever avec des blocs ou dont les pattes sont réglables, selon la grandeur de la personne. Faire les ajustements nécessaires lorsqu'il y a changement de chambre. Prévoir aussi des fauteuils avec sièges réglables en hauteur et en profondeur.
- Désencombrer les chambres afin d'avoir assez d'espace pour utiliser l'équipement d'urgence, de physiothérapie ou autre.
- Placer une chaise d'aisance dans la salle de bain et, au besoin, l'installer au-dessus de la toilette, en ayant préalablement enlevé la baignoire.
- Utiliser des chaises d'aisance à sièges mous, rembourrés et légèrement inclinés vers l'arrière pour éviter les chutes. Les appui-bras doivent être rembourrés et amovibles pour faciliter les transferts. Ces chaises doivent également avoir des freins que l'on peut manœuvrer avec les pieds. Enfin, la hauteur de la chaise d'aisance doit permettre à la personne de poser les pieds par terre pour faciliter l'élimination.
- Utiliser des sièges d'aisance surélevés pour aider les personnes à s'asseoir et à se relever (favoriser l'autonomie et la sécurité).
- Installer dans chaque douche un banc rétractable ou escamotable et fixer des barres d'appui au mur afin de permettre à la personne de s'asseoir en cas de fatigue.

INTERVENTIONS ET STRATÉGIES SIMPLES À PROMOUVOIR

- Installer dans toutes les chambres des horloges et calendriers de grandes dimensions et facilement visibles pour une personne alitée.
- Acheter quelques sonnettes d'appel activées à distance par la voix. Disposer de moniteurs de mobilité pour le lit et pour le fauteuil afin de prévenir les levers sans surveillance chez les personnes à risques de chute.
- Installer un mécanisme permettant d'ouvrir les portes des salles de bain de l'extérieur en cas d'urgence ou si la personne n'est plus capable de le faire.
- Dans une chambre à plusieurs lits, installer le plus près possible de la porte les personnes qui ont besoin d'une aide à la marche, pour limiter les obstacles à franchir et les risques de chute.

Espaces extérieurs

Les espaces extérieurs doivent également faire partie de nos préoccupations, car les personnes âgées se trouvant loin du centre hospitalier et souvent sans possibilité d'aide rapide, peuvent éprouver de grandes difficultés. Voici quelques suggestions relevées dans la documentation.

- S'assurer que les fentes des grilles recouvrant les bouches d'égout ne dépassent pas 2 cm pour éviter que les pattes des marchettes ou des cannes ne s'y coincent.
- Prévoir un éclairage suffisant dans les stationnements afin d'augmenter la sécurité et d'éviter les chutes.
- Numérotter, au besoin, les stationnements et placer des points de repère avec des chiffres ou lettres à l'intérieur des stationnements.
- Prévoir dans les stationnements une signalisation comportant les mêmes règles que celles utilisées à l'intérieur du bâtiment et s'assurer que cette signalisation soit éclairée la nuit.
- Installer aux pourtours des stationnements ou près des horodateurs, des bancs publics pour permettre aux personnes fatiguées de se reposer.
- Numérotter les différentes portes d'entrée pour faciliter l'orientation au retour dans le stationnement.

Sources :

- Alexander, N. B., Koester, D. J., & Grunawalt, J. A. (1996). Chair design affects how older adults rise from a chair. *Journal of the American Geriatrics Society*, 44(4), 356-362.
- Barnes, S. (2002). The design of caring environments and the quality of life of older people. *Ageing and society*, 22(6), 775-789.
- Barrick, C., Karuza, J., & Levitt, J. (1999). Impacting quality : assessment of a hospital-based geriatric acute care unit. *American Journal of Medical Quality*, 14(3), 133-137.
- Brawley, E. C. (2001). Environmental design for Alzheimer's disease : a quality of life issue. *Aging & Mental Health*, 5 (Suppl 1), S79-83.
- Culter, L. J. (2004). Assessment of physical environments of older adults. In R. L. Kane & R. A. Kane (Eds.), *Assessing older persons : measures, meaning, and practical applications* (p. 360-379). New York: Oxford University Press.
- Douglas, C. H., & Douglas, M. R. (2004). Patient-friendly hospital environments : exploring the patients' perspective. *Health Expectations*, 7(1), 61-73.
- Dvorsky, T., & Pettipas, J. (2005). Elder-Friendly design interventions : acute care hospitals can learn from long-term care residences. *Implications*, 2(7), 1-5. En ligne. http://www.informedesign.umn.edu/_news/aug_v02-p.pdf (Consulté le 22 juin 2009)
- Fottler, M. D., Ford, R. C., Roberts, V., & Ford, E. W. (2000). Creating a healing environment : the importance of the service setting in the new consumer-oriented healthcare system. *Journal of Healthcare Management*, 45(2), 91-106; discussion 106-107.
- Horsburgh, C. R., Jr. (1995). Healing by design. *New England journal of Medicine*, 333(11), 735-740.
- Judge, F., & McClusky, J. (1996). Bathing and toileting equipment for the elderly. *British Journal of Therapy and Rehabilitation*, 3(3), 128-134.
- Malassigne, P., Sanford, J., Cors, M., Kartes, S., La Favor, K., & Bostrom, J. (2003). From the drawing board. *Rehab Management*, 16(8), 34-41.
- O'Keeffe, J. (2004). Creating a senior-friendly physical environment in our hospitals. *Geriatrics Today : Journal of the Canadian Geriatrics Society*, 7(2), 49-52.
- Palmer, R. M. (1995). Acute hospital care of the elderly : minimizing the risk of functional decline. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, 62(2), 117-128.
- Panno, J. M., Kolcaba, K., & Holder, C. (2000). Acute care for elders (ACE) : a holistic model for geriatric orthopaedic nursing care. *Orthopaedic Nursing*, 19(6), 53-60.
- Parke, B., & Brand, P. (2004). An Elder-Friendly Hospital : translating a dream into reality. *Canadian Journal of Nursing Leadership*, 17(1), 62-76.
- Parke, B., & Friesen, K. (2007). *Code plus : physical design components for an elder friendly hospital*. En ligne. Surrey: Fraser Health Authority, 63 p. <http://www.fraserhealth.ca/media/CodePlus%20-%20Physical%20Design%20Components%20for%20an%20Elder%20Friendly%20Hospital.pdf> (Consulté le 22 juin 2009)
- Rader, J., & Tornquist, E. M. (1995). *Individualized dementia care : creative, compassionate approaches*. New York: Springer, 298 p.
- Reid, E. (2001). Factors affecting how patients sleep in the hospital environment. *British Journal of Nursing*, 10(14), 912-915.
- Shumaker, S.A., & Reizenstein, J.E. (1982). Environmental factors affecting inpatient stress in acute care hospitals. In G. W. Evans (Ed.), *Environmental Stress* (p. 179-223). New York: Cambridge University Press.
- Tijunelis, M. A., Fitzsullivan, E., & Henderson, S. O. (2005). Noise in the ED. *American Journal of Emergency Medicine*, 23(3), 332-335.
- Topf, M. (2000). Hospital noise pollution : an environmental stress model to guide research and clinical interventions. *Journal of Advanced Nursing*, 31(3), 520-528.
- Tsomides, C. L. (1990). Facility design with the elderly in mind. *Journal of Ambulatory Care Management*, 13(2), 59-67.
- Watson, W. T., Marshall, E. S., & Fosbinder, D. (1999). Elderly patients' perceptions of care in the emergency department. *Journal of Emergency Nursing*, 25(2), 88-92.
- Wilber, S. T., Burger, B., Gerson, L. W., & Blanda, M. (2005). Reclining chairs reduce pain from gurneys in older emergency department patients : a randomized controlled trial. *Academic Emergency Medicine*, 12(2), 119-123.
- Williams, M. A. (1989). Physical environment of the intensive care unit and elderly patients. *Critical Care Nursing Quarterly*, 12(1), 52-60.

EN RÉSUMÉ

- Adapter nos pratiques à la clientèle âgée.
- Dépister et repérer la clientèle âgée vulnérable.
- Intervenir systématiquement de manière préventive pour toute la clientèle âgée.
- Adapter les interventions selon les besoins des personnes âgées.
- Gérer la médication : le bilan comparatif, un outil essentiel.
- Des ajustements mineurs de l'environnement physique peuvent jouer un rôle déterminant sur la santé des personnes âgées à l'hôpital.

5. Stratégies d'interventions organisationnelles

Comme nous l'avons mentionné dans les premiers chapitres du présent cadre de référence, la composante organisationnelle est une des dimensions essentielles à considérer dans l'évaluation de la qualité des soins et services¹¹³⁻¹¹⁶. En effet, plusieurs conditions organisationnelles^{8; 117} influencent l'efficacité et l'efficience d'un établissement qui se préoccupe d'optimiser la qualité des soins et services dispensés aux personnes âgées en milieu hospitalier. Par exemple, lorsqu'une organisation décide de la mise en place d'activités encourageant les comportements d'autogestion de la santé chez des personnes âgées, tout en tenant compte de leurs capacités individuelles, il en résulte des impacts positifs pour les patients, leurs proches, les intervenants et le système de santé. Mentionnons les suivants :

- Diminution des risques de complications;
- Diminution des taux de réadmissions;
- Augmentation de la satisfaction des patients;
- Diminution des coûts de santé et
- Augmentation de la responsabilité, du contrôle, de l'indépendance, ainsi que de l'autonomie du patient^{118; 119}.

Ce chapitre, qui s'adresse aux décideurs et aux gestionnaires, explore certains leviers d'actions organisationnelles dans l'implantation de pratiques fondées sur les données probantes. Une première partie examine les défis à relever dans une perspective de transformation des pratiques. La seconde partie présente des principes directeurs fondés sur les données scientifiques, favorisant la mise en place de conditions propices à la réussite du changement organisationnel que représente l'implantation de l'approche adaptée des soins et services aux personnes âgées en milieu hospitalier.

5.1. Les défis à relever

Une gestion intégrée de l'implantation d'une approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier pose un certain nombre de défis. Voici les plus importants à relever collectivement.

1. Combattre les préjugés

Les décideurs, les gestionnaires, les cliniciens, le personnel en général, les personnes âgées elles-mêmes et leurs proches doivent combattre les préjugés. En effet, les préjugés reliés à la personne âgée qui sont véhiculés dans la société sont insidieux et persuasifs. Ils forment les points d'ancrage des stéréotypes et de l'âgisme, d'où leurs effets négatifs et concrets sur les aînés. Les intervenants de la santé, et plus particulièrement ceux des hôpitaux, sont influencés par ces préjugés sociétaux. Leurs expériences auprès de certains aînés admis dans les hôpitaux renforcent leur perception qu'en général, les personnes âgées sont fragiles, confuses et dépendantes. Ils oublient que la très grande majorité des aînés vit à domicile (88 %), est satisfaite de sa qualité de vie et de son état de santé. La croyance populaire, quant à elle, véhicule l'idée que les personnes âgées sont souvent abandonnées ou que leurs familles les déposent à la salle d'urgence pour des prétextes futiles. En réalité, la majorité des aînés a un réseau social de soutien et se rend à l'hôpital pour des soins de santé essentiels.

De plus, il est reconnu que la valorisation du travail auprès des personnes âgées est peu présente dans les hôpitaux, et ce, même chez les professionnels. Dans le passé, les personnes âgées étaient moins nombreuses. On avait tendance à regrouper la clientèle âgée plus dépendante dans des unités de soins de longue durée de transition. On y affectait le personnel jugé moins compétent, moins formé, de même que les médecins en fin de carrière. On croyait, en effet, qu'on n'y effectuait qu'un travail physique éreintant et qu'aucune compétence clinique particulière n'était requise. En fait, on continue de croire que le travail auprès des personnes âgées représente une médecine ou des soins de second ordre, car moins technologiques et donc moins intéressants. De toute évidence, il est grand temps de se défaire de ces

idées archaïques^{120; 121} et de reconnaître les défis professionnels complexes et très stimulants présentés par la clientèle âgée. De même, on doit reconnaître l'importance de disposer d'un personnel compétent et de le soutenir.

Cette sous-évaluation de l'importance et de la complexité des problèmes de santé associés au vieillissement ne commence pas à l'hôpital. En effet, il est étonnant de constater qu'encore aujourd'hui, les formations collégiales et universitaires pour les futurs professionnels des services de santé offrent peu de cours obligatoires sur les compétences à acquérir dans les soins aux personnes âgées, alors qu'une bonne proportion du travail de ces professionnels sera dédiée à cette clientèle. De plus, peu d'établissements d'enseignement obligent leurs étudiants à effectuer des stages dans des milieux spécialisés en soins aux personnes âgées. Lorsqu'ils le font, les étudiants n'y consacrent habituellement qu'une faible proportion de l'ensemble de leurs stages cliniques. De plus, ces stages ont souvent lieu au début de la formation, à une étape où l'expérience clinique est encore peu développée et ne permet pas l'intégration solide des notions complexes. Cette situation fait croire qu'il n'y aurait, en pratique, aucune différence entre traiter une personne âgée de 85 ans et un adulte de 40 ans. Et si certains reconnaissent la nécessité d'adapter les soins aux besoins cliniques propres aux personnes âgées, rares sont ceux qui accordent aux soins gériatriques le statut de soins spécialisés. En 2009, cette façon de faire représente un anachronisme puisqu'elle ne tient pas compte des changements importants survenus dans la clientèle de nos hôpitaux.

Ces multiples préjugés engendrent divers problèmes d'attitude. Ainsi on observe, chez les intervenants du réseau de la santé, des comportements infantilisans et de surprotection qui nuisent au respect et au maintien de l'autonomie de la personne âgée. Aussi, des tabous affectent le comportement du personnel, influencé par sa propre peur de la mort et du vieillissement. Ces craintes, souvent non résolues et inconscientes, peuvent conduire à des difficultés relationnelles avec la personne âgée et influencer, de façon non appropriée, son opinion sur le niveau de soins à lui offrir (abandon ou, à l'inverse, acharnement thérapeutique).

2. Intervenir de façon précoce et différente à l'urgence

L'engorgement à l'urgence est connu et bien documenté¹²². Le risque de vivre un séjour prolongé à l'urgence et d'en subir les conséquences est plus élevé chez certains patients, notamment les personnes âgées fragiles (risque élevé de syndrome d'immobilisation, de *delirium*, de déclin fonctionnel).

Ces personnes sont à risque en raison de la complexité de leurs problèmes de santé et des comorbidités qui les affectent. Pour ces patients, l'investigation demandée à l'urgence se prolongera et la décision d'hospitaliser tardera. Qui admettra le patient âgé souffrant d'une pneumonie et atteint d'un cancer, qui présente aussi un problème de mobilité et une démence légère ? Le processus traditionnel d'admission par sous-spécialité médicale est certainement à revoir, car il est souvent délétère pour cette clientèle.

De plus, les difficultés de communication sont multiples. La notion de temps prend toute sa signification à l'urgence. On doit et on veut intervenir rapidement; on est généralement débordé; on manque souvent de personnel, on est fatigué, tendu. Toutes ces raisons font en sorte que la communication avec les personnes âgées sera souvent expéditive, fractionnée et peu informative. Il en est d'ailleurs de même entre les intervenants. Il importe d'avoir un « temps de proximité »^{123; 124} c'est-à-dire de s'assurer, à travers des contacts répétés, de créer un lien de confiance et un climat propice pour établir un diagnostic précis, avec la pleine participation de la personne et de ses proches.

L'ensemble des intervenants, le personnel infirmier en particulier, doit donc faire preuve d'une vigilance constante auprès des personnes âgées qui sont plus à risque afin de prévenir, de détecter et, au besoin, de composer avec la détérioration fonctionnelle et cognitive. De plus, il faudra innover pour éviter aux personnes âgées des séjours prolongés à l'urgence.

3. Recruter et retenir la main-d'œuvre

La pénurie de personnel de toutes les professions de la santé et le poids de l'efficacité en fonction du nombre de patients vus, exercent une pression constante sur les ressources humaines. Ils engendrent des conséquences négatives, tant sur la performance globale des intervenants que sur l'ambiance de travail. Ils affectent également la qualité des soins donnés aux patients : pour entrer en relation et communiquer efficacement avec la personne âgée et bien évaluer son état de façon à dresser un plan thérapeutique adapté à ses besoins, il faut disposer d'un minimum de temps et offrir une certaine continuité, et ce, pour tous les intervenants gravitant autour de la personne âgée. Plus la situation de pénurie perdure, plus il se développe à moyen et à long termes des sentiments d'impuissance, de résignation et d'inquiétude face à cette réalité. Cette situation exige de la part des gestionnaires la vigilance et le soutien nécessaires à la révision des processus et de l'organisation du travail.

À titre d'exemple, les *Magnet Hospitals*¹²⁵ ont démontré de meilleurs résultats de santé chez les patients, incluant un taux de mortalité inférieur, en favorisant des stratégies de gestion qui leur permettent d'attirer les infirmières, mais surtout de les retenir. Parmi les 14 critères d'admissibilité au statut de *Magnet Hospital*, on trouve notamment, une gestion participative à tous les niveaux de l'organisation, un leadership infirmier de haut niveau, le soutien, la qualité et la diversité du développement professionnel¹²⁶ (formation continue, en cours d'emploi, orientation, opportunités de carrière, etc.), ainsi que l'importance apportée à la qualité des soins offerts.

4. Utiliser les données probantes

Les organisations qui décident d'appuyer les changements de pratiques fondées sur les données probantes en matière de soins de santé optimaux pour les personnes âgées devront surmonter plusieurs obstacles. Pour les gestionnaires, le manque de temps, le manque de ressources, la résistance au changement, la difficulté d'établir des priorités lors de l'implantation de ce type de pratique et le manque de modèles locaux ou de *leaders*, sont des freins importants à l'utilisation des données probantes. Chez les infirmières, les principaux facteurs rapportés dans la documentation qui font obstacle à l'utilisation des données probantes¹²⁷⁻¹³¹ sont : la perception de ne pas avoir suffisamment d'autorité pour changer les procédures de soins et la pratique, l'impression que les gestionnaires ne supportent pas l'implantation des données probantes, le manque d'appui et d'engagement de la part des médecins, le manque de formation, d'autonomie et de soutien dans l'action.

5. Gérer les changements incessants

Le besoin de changement est omniprésent dans les établissements de santé en raison des progrès scientifiques et technologiques, de la pénurie des ressources, des compressions budgétaires, de la gestion serrée des listes d'attente, de l'engorgement dans les urgences et des changements de clientèle. Retenons toutefois que plus de 70 % des initiatives de changement n'obtiennent pas les résultats escomptés ou échouent¹³².

Aussi, les lignes directrices guidant un changement de pratique doivent-elles tenir compte d'obstacles réels. De surcroît, il importe que tous les niveaux de l'organisation adhèrent et collaborent au changement afin de créer des liens forts et cohérents sur les plans stratégique, tactique, financier et clinique et de permettre ainsi une gestion intégrée d'une approche adaptée pour la personne âgée en milieu hospitalier¹³³.

Examinons maintenant les principes directeurs favorisant la gestion intégrée de ce changement des pratiques.

5.2. Les principes directeurs de la transformation des pratiques

Les principes directeurs suivants prennent en compte les facteurs organisationnels⁸ et favorisent la mise en place de conditions propices au changement organisationnel induit par l'implantation de l'approche adaptée des soins et services aux personnes âgées en centre hospitalier. Ils mettent en lumière des conditions permettant l'efficacité et l'efficience du milieu hospitalier et mettent l'emphase sur d'autres éléments de la qualité des soins importants à considérer pour les personnes âgées, soit :

- L'accessibilité;
- La sécurité;
- La globalité de l'évaluation et des traitements;
- La justesse des interventions;
- Les soins centrés sur la personne âgée (et ses proches) et adaptés à ses besoins;
- La continuité.

Ces principes directeurs sont des recommandations générales qui s'actualiseront de façon différente dans chaque établissement en fonction de sa mission, de sa culture et des particularités de son milieu. Cinq principes directeurs sont présentés dans ce chapitre.

PRINCIPE 1 L'ORGANISATION FAVORISE UNE TRANSFORMATION SOUTENUE DES PRATIQUES DE SOINS ET SERVICES ADAPTÉES À LA PERSONNE ÂGÉE EN CENTRE HOSPITALIER

L'intégration d'une approche adaptée à la personne âgée dans tous les départements et services d'un centre hospitalier nécessite un changement important de culture avec des façons de faire différentes et une organisation du travail renouvelée. Comme pour tous les changements majeurs, cette transformation exige du temps, des ressources, de la coordination et de la concertation. Elle doit être soutenue sur plusieurs années par une planification rigoureuse et un plan d'action suffisamment précis qui prennent en compte les incontournables et permettent une adaptation aux contraintes organisationnelles. La transformation soutenue nécessite aussi une volonté ferme du conseil d'administration, du comité de direction, des gestionnaires et du corps médical de maintenir les orientations choisies et de favoriser l'amélioration continue des pratiques.

Cette transformation des pratiques s'inscrit dans une démarche d'amélioration continue de la qualité, telle que celle préconisée par Agrément Canada, envers laquelle les établissements de santé québécois ont une obligation de résultats. Cette approche centrée sur la qualité des soins et services offerts permet de questionner les processus mis en place, les décisions et leur cohérence dans une perspective de gestion intégrée de la qualité.⁹ Ce questionnement représente non seulement une façon concrète de suivre l'implantation du changement des pratiques dans l'organisation, mais aussi un moyen de faciliter la démarche d'Agrément Canada. C'est pourquoi, à la fin de chacun des principes suivants, des questions sont soulevées. Elles peuvent aider à préciser, valider, mesurer comment se fait, dans chaque organisation, l'implantation du cadre de référence sur l'approche adaptée des soins et services aux personnes âgées en centre hospitalier.

Quelques exemples...

- Quels sont les facteurs organisationnels à instaurer dans votre établissement ?
- Quelles stratégies organisationnelles, d'équipe et individuelles, utiliserez-vous afin de mettre en place de meilleures pratiques basées sur les données probantes en matière de soins et services à la personne âgée ?
- Quels indicateurs de structure, de processus et de résultats serez-vous en mesure de suivre dans votre établissement ?

⁹ « La gestion intégrée de la qualité permet la mise en place de processus continu, proactif et systématique pour comprendre et gérer la qualité en vue de transmettre des valeurs qui y sont liées dans l'ensemble du système et de susciter réflexion et discussion sur le sujet »¹³⁴.

PRINCIPE 2 L'ORGANISATION APPUIE LE DÉVELOPPEMENT D'UNE CULTURE ADAPTÉE À LA PERSONNE ÂGÉE

Le terme « culture » réfère aux valeurs, au savoir, au savoir-faire et au savoir-être d'une organisation. Dans ce cadre de référence, le changement de culture est considéré comme un processus qui soutient le développement d'une approche intégrée et adaptée des soins et services à la personne âgée en milieu hospitalier. S'il va à l'encontre de la culture organisationnelle en place, le changement se heurtera à des résistances importantes de la part des employés. De telles résistances traduiront plutôt leurs préoccupations et leur incompréhension que le refus de changer leurs façons de faire.

Ce changement de culture, qui constitue un grand défi, interpelle l'ensemble des acteurs. En effet, la personne âgée est omniprésente dans le système de santé et la réponse à ses besoins concerne tous les acteurs qui y travaillent. Les gestionnaires ne font pas exception, et leur implication est essentielle pour une adaptation réussie des services aux personnes âgées. Cette transformation doit être considérée comme une priorité organisationnelle et nécessite la collaboration de toutes les directions, tant cliniques que de soutien (technique, financier ou en ressources humaines). Il s'agit donc d'une approche transversale dans l'organisation.

Or, depuis des décennies, l'hôpital a été structuré verticalement en départements médicaux et en directions administratives. Cette structure de type bureaucratie professionnelle¹³⁵ était bien adaptée au fonctionnement classique de l'hôpital qui traitait souvent une maladie ou un « organe ». Cependant, les dernières années ont permis de constater que dans ce type d'organisation, on avait une vision fragmentée du patient à qui on demandait de s'adapter à l'organisation plutôt que l'inverse. Ces structures ont évolué vers une approche programme/clientèle où la programmation des services doit s'organiser autour de la personne et lui offrir la compétence de plusieurs spécialistes, peu importe qu'ils soient rattachés à différentes divisions, services ou départements. Cette nouvelle façon transversale d'organiser les services veut optimiser les soins et l'utilisation des ressources matérielles et humaines, pour mieux répondre aux besoins de la clientèle. Par exemple, les programmes de lutte au cancer, de traumatologie, de santé mentale ou les centres mère-enfant, pour ne nommer que ceux-là, tiennent compte des particularités de leurs clientèles pour adapter les pratiques des acteurs impliqués. Ainsi, l'accueil, la centrale de rendez-vous, le fonctionnement à l'urgence, les modalités de traitements, les explications des soins, l'accompagnement, l'entretien ménager, le service alimentaire, les services de stationnement, la planification de départ, le suivi seront tous organisés en fonction des besoins particuliers de la clientèle.

Les soins aux personnes âgées ne doivent pas faire exception à cette tendance. Puisque ces personnes se retrouvent dans presque tous les services de soins et forment un pourcentage significatif de la clientèle, leurs particularités doivent être prises en compte de manière transversale dans toute organisation axée sur une approche adaptée aux personnes âgées. La mise en place d'une transversalité exige, de la part des différents acteurs, une remise en question sérieuse des façons de faire et présuppose une très forte culture de qualité et un langage commun. Dans cette perspective, ce changement des pratiques n'est pas seulement un changement structurel, mais une modification profonde et essentielle du mode de fonctionnement des acteurs impliqués. Ce changement ne peut se faire qu'avec le temps, sous l'impulsion de certains hôpitaux et dans la foulée d'unités de soins qui ont emboîté le pas et qui fonctionnent bien.

1. L'implantation d'un changement

Le succès de l'implantation d'un changement d'envergure dépend de trois éléments en interrelation : les **données probantes**, la **nature du contexte** et les **éléments facilitateurs**.

- **Les données probantes** : les organisations, par des processus de délibération^{136; 137} de négociation¹³⁸ et de transaction⁹⁹, doivent accorder la priorité aux résultats scientifiques (données probantes), tout en intégrant les données informelles (fondées sur l'expérience). Dans le présent cadre de référence, il s'agit de réduire l'écart entre d'une part, les besoins de la personne âgée, majoritairement associés au traitement à long terme des maladies chroniques, et d'autre part, l'offre de services dans l'environnement

hospitalier, centré sur la maladie aiguë, sur l'identification et le traitement de maladies rares, sur la valorisation de la technologie de pointe et de la surspécialisation.^{120; 121}

- **La nature du contexte** : l'implantation de nouvelles pratiques s'inscrit dans une dynamique complexe qui requiert un examen attentif de la nature du contexte. La documentation et les leçons apprises de différents projets¹³⁹ mettent en perspective l'importance de combiner un certain nombre de caractéristiques favorables pour que les résultats escomptés d'un changement puissent se concrétiser. Parmi les conditions contribuant à définir le contexte d'une organisation, plusieurs favorisent la réussite de l'implantation d'un changement. Nous retenons les suivantes :

- L'engagement du conseil d'administration et de la direction

Une démonstration claire d'un engagement de la part du conseil d'administration et du comité de direction de l'établissement est essentielle¹⁴⁰. Une priorité d'implantation d'une approche adaptée à la personne âgée doit être inscrite dans la planification stratégique de l'établissement. Elle doit se traduire dans le quotidien par :

- L'implication de ses gestionnaires dans le processus de changement;
- L'élaboration d'objectifs et d'un plan d'actions spécifiques;
- Des budgets permettant de réaliser le plan d'action, de former et de libérer des agents facilitateurs;
- L'adoption des politiques et procédures qui découlent des actions à entreprendre.

- L'implication de tous les acteurs

Les données probantes concernant les meilleures pratiques cliniques et organisationnelles à appliquer pour le mieux-être des patients âgés s'inscrivent dans un environnement où plusieurs professionnels et médecins interagissent. En dépit du pluralisme des cultures professionnelles, les valeurs de la profession médicale (groupe souvent dominant) tendent à conserver une approche conventionnelle en milieu hospitalier. Par conséquent, les intervenants et les médecins ne statuent pas de manière identique sur la nature de ces données probantes, ni même sur leur portée dans la pratique quotidienne. Une bonne communication doit s'établir entre ces groupes professionnels afin d'harmoniser les pratiques. Aussi, l'adhésion au projet de la part des médecins, de même que leur implication active au sein des équipes multiprofessionnelles est essentielle et doit être acquise. Enfin, un minimum de stabilité des équipes d'intervention (médecins, personnel infirmier, autres professionnels) est nécessaire pour intégrer et assurer la durabilité des changements de pratiques interprofessionnelles^{99; 138}. Le changement s'implantera plus facilement s'il provient des intervenants sur le terrain, répond à leurs besoins et à leurs préoccupations, est piloté par eux et qu'il sollicite leur engagement et la participation de l'ensemble de la communauté touchée¹⁴¹. Bref, on doit les impliquer dès le début de la démarche.

- La décentralisation des décisions

L'emphase doit être mise sur la relation gestionnaire-professionnel et, donc, sur une gestion plus participative que directive. La décentralisation permet l'émergence d'une variété d'initiatives qui nécessitent l'appui des gestionnaires afin d'encourager les innovations fondées sur les données probantes et de faire appel aux personnes créatives. À part l'attitude, la probabilité qu'un intervenant se serve des données probantes n'est reliée à aucune autre caractéristique personnelle, d'où l'importance, pour les gestionnaires, d'encourager ces attitudes d'ouverture et de créativité. L'utilisation des données probantes est de plus en plus reconnue comme étant un processus relié à la culture de l'organisation et au temps disponible des intervenants⁸.

o Le leadership de type transformationnel

Le leadership transformationnel¹⁴² met l'emphase sur la relation d'échange et le développement. Il stimule le comportement citoyen (dont la collaboration, le travail d'équipe et la conscience de soi et des autres) à l'intérieur de l'organisation ainsi que l'innovation. Il a un impact sur l'adhésion à la vision. Le gestionnaire exerçant ce type de leadership a un impact sur l'efficacité organisationnelle car il :

- Est conscient de la réalité;
- Gère mieux son stress;
- Valorise les initiatives qui viennent des autres;
- Soutient l'innovation et l'amélioration continue ;
- Gère la proximité et l'intimité suscitées par une gestion apprenante. (Il connaît les craintes et besoins des intervenants, est ouvert aux difficultés vécues.)

Ce type de leadership est reconnu comme le plus efficace dans un contexte de changement, puisque les gestionnaires sont souvent la pierre angulaire de l'équipe de travail. Un leadership transformationnel et mobilisateur compte sur des gestionnaires positifs face aux changements et qui mettent l'accent sur la communication et le soutien. Une attention spéciale doit être portée aux cadres intermédiaires. En effet, la réaffirmation de leur engagement dans la transformation organisationnelle est importante. En plus d'exercer un leadership fort, ces cadres doivent être présents quotidiennement auprès de leur équipe afin d'éviter une fragmentation des soins. On doit reconnaître leur autorité et s'assurer qu'ils puissent soutenir les professionnels dans leur autonomie à questionner les procédures et les pratiques. Cette façon de faire peut impliquer une modification des rôles et requiert alors une ouverture de la part de tous les membres de l'équipe. Des rencontres permettant des clarifications en toute transparence peuvent s'avérer bénéfiques. Les commentaires et recommandations des équipes en place, s'ils sont écoutés attentivement par les gestionnaires, peuvent aider à favoriser ce changement de culture.

- **Les éléments facilitateurs** : ces éléments joueront un rôle clé dans l'implantation d'un changement. Ils réfèrent à un processus visant à faciliter le changement et à mieux comprendre sa pertinence. Dans les changements de pratiques, les lignes directrices sont insuffisantes en elles-mêmes. En effet, la documentation converge de plus en plus vers la nécessité d'agents facilitateurs¹⁴³. La réussite de la mise en place d'une pratique fondée sur les données probantes s'appuie en grande partie sur des facteurs de facilitation qui, en fait, peuvent même pallier des éléments de contexte peu prometteurs^{129; 130; 144-149}. Voici quelques éléments facilitateurs à considérer dans l'implantation d'un changement de pratique :

o La présence d'un mentor sur le terrain

Les ressources professionnelles doivent être disponibles comme support-conseil en appui aux équipes. Il s'agit d'un choix stratégique soutenu par diverses études, montrant que pour être efficaces, les initiatives de promotion des bonnes pratiques requièrent que des infirmières, telles que les infirmières ressources en clientèle âgée, agissent comme facilitateurs et leaders¹³⁰. De plus, malgré des contextes différents, la présence de ces facilitateurs apparaît comme le facteur ayant le plus d'influence pour vaincre les barrières à l'utilisation des données probantes¹⁴⁵. Ainsi, cette experte qui agit comme agent facilitateur ou mentor¹⁵⁰ travaille avec les professionnels et aide à intégrer les différentes lignes directrices et les meilleures pratiques dans leur pratique quotidienne. Elle accompagne donc l'équipe soignante et les autres professionnels dans la transformation des pratiques. Elle fournit une rétroaction et encourage la pensée critique, et ce, à travers l'analyse d'une situation clinique problématique et réelle. Cet apprentissage dans l'action confirme à l'équipe soignante et aux professionnels qu'il est possible et aidant d'intégrer les données probantes dans la pratique quotidienne. Ainsi, on vise non seulement un rehaussement des compétences et des connaissances individuelles, mais aussi le développement d'une compétence collective au sein de l'organisation.

- La mise en place d'une équipe de gestion de projet représentative de tous les groupes impliqués

Cette équipe se voit confier formellement la responsabilité de mener le projet à terme, et son mandat doit être diffusé largement auprès du personnel¹⁵¹⁻¹⁵³. Un chargé de projet anime cette équipe et coordonne les travaux. Le pilotage du changement mené par cette équipe, à l'aide d'un tableau de bord de gestion, par exemple, est un des éléments de succès de la démarche. Les outils de suivi doivent être complétés par des instruments qualitatifs afin d'évaluer le processus de changement de culture. Il est important que le personnel soit informé régulièrement de l'évolution du projet et que la direction rétroagisse rapidement pour trouver une solution aux problèmes qui se posent en cours d'implantation. Pour ce faire, il est utile qu'un directeur soit désigné responsable du projet. Il aura, entre autres, la responsabilité de tenir le comité de direction régulièrement informé de l'évolution du projet et d'aider à identifier et à mettre rapidement en place des solutions au fur et à mesure que surviendront les difficultés. Le projet doit être réalisé à une échelle permettant d'anticiper des résultats généralisables à un ensemble d'unités et de services.

- Un plan de communication sensible aux intérêts et aux préoccupations des acteurs¹⁵⁴

Un plan de communication est essentiel pour maintenir l'intérêt et la participation de tous les acteurs. Il y a cependant avantage à le personnaliser selon la clientèle à rejoindre. Par exemple, les cliniciens sont soucieux de l'efficacité des stratégies de traitements; les médecins et les administrateurs s'intéressent en plus aux impacts sur la durée moyenne de séjour, au rapport coûts-bénéfices et à la sécurité. La famille et les personnes âgées, quant à elles, se préoccupent essentiellement de la qualité des soins, du maintien ou de l'amélioration de l'autonomie fonctionnelle. Un plan de communication ainsi adapté devient un outil précieux de mobilisation.

En somme, des stratégies d'implantation à multiples facettes sont nécessaires afin d'assurer un changement réussi de culture et de pratique. Elles doivent être considérées comme une priorité d'action¹⁵⁴. De telles stratégies tiendront compte des facteurs individuels, d'équipe et organisationnels¹⁵⁵. Dans une perspective organisationnelle, les stratégies d'implantation doivent inclure des systèmes de formation et d'évaluation et doivent être supportées par des leaders facilitateurs qui possèdent les connaissances et les habiletés nécessaires pour encourager le changement. Les stratégies organisationnelles doivent également considérer la manière dont les guides cliniques sont diffusés aux groupes cibles. Une diffusion active, incluant des activités éducatives, est particulièrement importante¹⁵⁶.

Transformation soutenue... POUR UNE CULTURE ADAPTÉE À LA PERSONNE ÂGÉE

1) ÉTAT DE SITUATION

- Le comité de direction connaît-il les caractéristiques de sa clientèle (âge, profil de consommation de soins et services) ? Suit-il certains indicateurs ? ^h Est-il capable de prédire l'impact de l'évolution démographique de son bassin de population sur la consommation de soins et services offerts par son organisation ?

^h Le chapitre 6 porte précisément sur les indicateurs. Des informations importantes s'y trouvent pour une bonne compréhension de leur détermination et de leur utilisation.

- Le comité de direction voit-il l'approche adaptée à la personne âgée dans le CH comme un besoin, un changement nécessaire et un défi organisationnel dans l'établissement ? Le conseil d'administration est-il sensibilisé à cette réalité ? Y voit-il une opportunité de recherche ?
- Le comité des usagers est-il mis à contribution dans le développement d'une culture adaptée à la personne âgée ?
- La direction favorise-t-elle l'accès à ses gestionnaires cliniques, aux données de la recherche par l'intermédiaire d'une documentation écrite ou d'une personne ressource ?
- Au moment de l'embauche de ses gestionnaires, la direction valide-t-elle les habiletés de ceux-ci à l'utilisation des données probantes ?
- La direction connaît-elle les facteurs structurants et environnementaux pouvant menacer la sécurité des personnes âgées qui circulent autour ou dans son établissement ?
- L'aménagement physique des locaux favorise-t-il la participation des proches aux soins de leurs aînés ?
- Avant toute construction ou rénovation, implique-t-on les experts pour s'assurer que les changements prévus respecteront les besoins des personnes âgées ?
- La direction des services techniques connaît-elle et applique-t-elle les concepts architecturaux en fonction des caractéristiques des personnes âgées ?
- La direction a-t-elle une structure officielle d'amélioration continue de la qualité ? Quelles ressources y consacre-t-elle annuellement ?
- La direction favorise-t-elle une approche intégrée en gestion de la qualité et des risques ?
- La direction des ressources humaines supporte-t-elle la gestion du changement ?
- La direction a-t-elle réservé dans sa mission et ses valeurs une place privilégiée à la personne âgée ?

2) IMPLANTATION

- Comment le comité de direction va-t-il traduire le changement, le défi ? Dans la planification stratégique ou dans les priorités d'action ? Si non, comment aborderez-vous la situation ?
- De quelle façon la direction communiquera-t-elle le message de la nécessité d'implanter l'approche adaptée à la personne âgée dans votre milieu ? Le message est-il différent selon les personnes rencontrées : médecins généralistes, médecins spécialistes, personnel des soins infirmiers, professionnels de la réadaptation, services de soutien (secrétariat, réception, centrale de rendez-vous, services techniques, informatiques, financiers, bénévoles, etc.) ? Si vous avez des résidents en médecine, sont-ils des intervenants précieux et comment les intégrez-vous ?
- Comment s'assure-t-on que le message est transmis et compris tout au long du processus de changement ?
- Qui fait quoi dans ce changement ? Les rôles et responsabilités sont-ils clairement définis ?
- Quel est le plan opérationnel adopté pour l'implantation de ce cadre de référence ? Quels sont les objectifs à court terme, à moyen terme ? Quels sont les mécanismes d'assurance-qualité dans votre établissement ?
- La direction des services techniques sera-t-elle interpellée ? Comment impliquerez-vous les professionnels dans ce changement ?

- A-t-on un comité de pilotage ? Quelles sont les ressources allouées pour ce changement ? Comment fera-t-on le suivi de ce changement ? Comment développerez-vous des alliances au fur et à mesure de la réalisation de ce changement ?
- Comment le comité des usagers est-il mis à contribution dans le développement d'une culture adaptée à la personne âgée ?
- Comment validez-vous l'adhésion des gestionnaires, des médecins, des professionnels à une approche adaptée aux personnes âgées en CH ?
- Comment les différentes instances (comité de gestion des espaces, comité de vigilance, comité de prévention des infections, conseils professionnels, commissaire aux plaintes, etc.) sont-elles mises à contribution dans les efforts d'amélioration continue de la sécurité des personnes âgées ?
- Avant d'acheter du nouveau matériel, comment vérifie-t-on avec les experts que ces achats respectent les caractéristiques des personnes âgées ?
- Fait-on les achats en fonction des recommandations faites ?
- Comment favorise-t-on la participation des proches aux soins de leurs aînés ?
- Avant toute construction ou rénovation, comment implique-t-on les experts pour s'assurer que les changements prévus respecteront les besoins des personnes âgées ? Comment tient-on compte des recommandations faites par les experts ?
- Quels indicateurs choisissez-vous pour suivre le changement de culture que vous voulez implanter ? Qui est responsable de la collecte de données ?

3) ÉVALUATION, REMANIEMENTS, PÉRENNITÉ

- Est-ce que les moyens mis en place pour changer la culture dans l'organisation donnent les résultats escomptés ?
- Quels sont les résultats des questionnaires de satisfaction ? Qui les analyse et comment ? Comment se sert-on des résultats pour s'améliorer ?
- Quels sont les résultats des indicateurs ? Qui analyse les résultats ? Comment les interprétez-vous ? Quelles conclusions en tirez-vous ? Selon ces résultats, des mesures ou des actions sont-elles ciblées ? Lesquelles ? Quelles en sont les retombées ?
- Qu'est-ce que ces résultats vous apprennent sur votre organisation ?
- Compte tenu des résultats, quels remaniements devez-vous apporter à votre stratégie d'implantation d'une culture axée sur les soins et services aux personnes âgées ?
- Comment partagez-vous les résultats, l'analyse et les remaniements à faire ? Avec qui ? Les personnes âgées, les proches ?

PRINCIPE 3 L'ORGANISATION RECONNAÎT L'IMPORTANCE DE L'ÉQUIPE SOIGNANTE ET INVESTIT DANS CELLE-CI POUR LA SOUTENIR DANS LE CHANGEMENT

L'équipe soignante est au cœur de la prestation des soins et services. En ce sens, elle doit être une préoccupation importante de toute l'organisation dans la mise en œuvre de soins et services adaptés aux personnes âgées en milieu de courte durée. Par équipe soignante, nous entendons ici le médecin traitant et l'équipe de soins infirmiers (infirmières, infirmières auxiliaires, préposés aux bénéficiaires).

L'équipe soignante assure un suivi continu qui devrait permettre le dépistage de situations de santé à risque pour intervenir rapidement lorsque l'état d'un patient se détériore. Ce rôle à la fois de dépistage et d'évaluation requiert des connaissances spécifiques pour des soins destinés aux personnes âgées.

En 2002, la loi modifiant le code des professions¹⁵⁷ a amené une modification importante du champ d'exercice de l'infirmière en confirmant les compétences et les responsabilités des infirmières en matière d'évaluation clinique. Depuis avril 2006¹⁵⁸, le bureau de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) a adopté le plan thérapeutique infirmier (PTI) comme outil de documentation légal et obligatoire à partir du 1^{er} avril 2009. L'évaluation des besoins, l'ajustement du plan thérapeutique infirmier et la surveillance des personnes présentant des problèmes de santé complexes¹⁵⁹ sont maintenant une responsabilité assignée aux infirmières diplômées, les infirmières auxiliaires *contribuant* à l'évaluation des besoins des personnes âgées¹⁶⁰. Cette obligation ajoute aux connaissances et habiletés que l'infirmière doit développer dans ses nouveaux rôles¹⁶¹ et pour lesquels l'établissement doit notamment dispenser la formation et le soutien requis.

L'*American Association of Colleges of Nursing* et le *John A. Hartford Foundation Institute for Geriatric Nursing*¹⁶² se sont prononcés sur le profil de compétence requis en soins infirmiers pour tous les milieux cliniques. Parmi les quelque 30 compétences à maîtriser pour prodiguer des soins de qualité aux personnes âgées, soulignons les suivantes :

- Reconnaître l'interaction complexe qui existe entre les comorbidités aiguës et chroniques, fréquentes chez les personnes âgées.
- Reconnaître ses propres attitudes, valeurs, attentes et celles des autres au sujet du vieillissement et leur impact sur les soins donnés à la personne âgée et à ses proches.
- Adopter le concept de soins individualisés comme étant la norme de pratique envers les personnes âgées.
- Communiquer avec les personnes âgées et leurs proches de façon efficace, respectueuse et avec compassion.
- Introduire dans sa pratique quotidienne des outils valides et fiables pour évaluer l'état physique, fonctionnel, cognitif, psychologique, social et spirituel des personnes âgées.
- Reconnaître les bénéfices de la collaboration interprofessionnelle dans les soins aux personnes âgées.
- Assurer une qualité de soins proportionnés tenant compte du but thérapeutique visé, de la volonté et de la vulnérabilité des personnes âgées, menant à une adaptation de la fréquence et de l'intensité des soins requis.

Jusqu'à tout récemment, la formation en soins aux personnes âgées était complètement absente des *curricula* et elle n'en est encore qu'à ses balbutiements. Les programmes des maisons d'enseignement québécoises, dans toutes les professions des sciences de la santé, incluant la médecine, doivent continuer d'être modifiés pour accorder une plus grande place à la formation sur le vieillissement normal, pathologique et les soins adaptés à la personne âgée. Chacune des spécialités médicales doit inclure dans son programme de résidence un contenu gériatrique adapté à son champ d'expertise. Ces formations doivent avoir un caractère obligatoire pour les médecins et professionnels de la santé souhaitant travailler auprès des populations adultes, puisque les personnes âgées forment un pourcentage important de leur pratique. Enfin, un perfectionnement professionnel continu doit être encadré par une politique d'établissement^{163; 164} et par les ordres professionnels.

Dans une situation de pénurie des ressources, la formation requise à l'embauche et la formation en cours d'emploi des professionnels sont souvent affectées. On demande au personnel soignant auprès des personnes âgées d'être efficace dès son arrivée, sans s'assurer qu'il ait les connaissances nécessaires et sans le soutenir dans l'acquisition des compétences requises.

Enfin, on ne peut passer sous silence la pénurie de médecins gériatres. En 2009, on dénombre au Québec une cinquantaine de médecins gériatres en pratique clinique active dont la moyenne d'âge est de 45 ans. Selon l'Association des médecins gériatres du Québec, on estimait qu'en 2000, les effectifs pour répondre aux besoins de la population âgée au Québec auraient déjà dû s'élever à environ 130 gériatres. Cependant, seulement quelques résidents par année, dans l'ensemble du Québec, s'inscrivent à ce programme de spécialité. Le manque criant de gériatres compromet, non seulement les soins et services aux personnes âgées, mais aussi l'enseignement, la recherche et la diffusion de l'expertise en soins aux personnes âgées. De même, annuellement, un très faible nombre de résidents en médecine de famille suivent une formation optionnelle d'une année supplémentaire en soins à la personne âgée.

Au-delà de la formation, des efforts de valorisation et de recrutement doivent être rapidement déployés pour attirer et encourager l'intérêt et la formation par rapport aux soins et services aux personnes âgées, particulièrement en ce qui concerne les soins infirmiers, la médecine générale et spécialisée et auprès des autres professions des sciences de la santé. Il en va de même pour l'organisation des soins de première ligne auprès de cette clientèle pour laquelle les médecins de famille démontrent peu d'intérêt compte tenu de la complexité du suivi, du manque de support interprofessionnel en communauté et de la rémunération qui ne tient pas compte de la lourdeur de la clientèle. Le développement de ressources, telles que les GMF, est essentiel au suivi de cette clientèle présentant une prévalence élevée de maladies chroniques. Une meilleure performance sur le plan de la collaboration interprofessionnelle et de la continuité des soins pourrait diminuer le nombre de visites des aînés à l'hôpital et, ainsi, réduire les conséquences négatives d'un séjour hospitalier sur leur santé, particulièrement lors d'une visite à l'urgence.

Vers de meilleures pratiques

La pratique fondée sur l'utilisation des données probantes en soins aux personnes âgées doit être une priorité dans les politiques organisationnelles à tous les paliers¹⁶⁵. D'ailleurs, dans le processus d'agrément des établissements de santé¹⁶⁶, la gestion intégrée de la qualité est un des processus prioritaires. On y trouve, notamment, des normes soulignant l'utilisation des données probantes et l'actualisation des bonnes pratiques. Certaines de ces normes sont très explicites en matière de soutien par du mentorat¹⁶⁷, par la formation en cours d'emploi¹⁶⁸ et par l'utilisation des données probantes¹⁶⁹. L'atteinte de ces normes constitue une des conditions à l'obtention de l'accréditation d'un établissement de santé.

Plusieurs modèles de programmes cliniques ont démontré l'efficacité d'une approche de soins adaptée à la clientèle âgée : le *Yale Geriatric Care Program*⁹⁴, le *Hospital Elder Life Program (HELP)*^{170; 171} et le *Acute Care for Elders model (ACE unit)*⁹⁷. (Annexe B)

L'intégration de telles pratiques cliniques tarde à s'implanter au Québec, possiblement parce que les gestionnaires et cliniciens ont cru que la présence des UCDG dans les hôpitaux répondrait à l'ensemble des besoins particuliers des personnes âgées vulnérables en milieu hospitalier. **Or, la poussée démographique dans nos hôpitaux nous conduit à étendre cette approche de soins à l'ensemble de l'hôpital.**

Ces programmes présentent plusieurs points communs. Plus particulièrement en ce qui concerne l'équipe soignante, tous ces programmes prônent la présence d'une infirmière ressource en clientèle âgée qui offre un soutien clinique^{171; 172}, contribue à former les intervenants, à identifier les personnes âgées à haut risque et à adapter les plans d'intervention à leurs besoins, améliorant ainsi la qualité des soins aux personnes âgées en soins aigus¹⁷³. Cette infirmière ressource exerce donc un fort leadership clinique. En effet, la formation continue donnée isolément est insuffisante; elle doit être associée à des mesures de soutien et de suivi pour assurer la pérennité du changement. Il est, en effet, reconnu que la formation continue sera plus efficace si elle a lieu au sein même des milieux cliniques¹⁷⁴ puisque le transfert des apprentissages est ainsi grandement facilité.

La présence d'infirmières ressources en clientèle âgée est à généraliser, mais non pour assumer d'autres mandats. Cette personne doit disposer du temps et des ressources requises pour bien jouer son rôle de soutien, de formatrice et de mentor auprès des infirmières aux prises avec des problèmes complexes¹⁷⁵. Considérant spécialement les effets négatifs potentiels de l'hospitalisation chez les personnes âgées (déclin fonctionnel, *delirium* et syndrome d'immobilisation), une expertise particulière¹⁷⁶, utilisant la recherche et les données probantes, est requise pour dispenser des soins adéquats et améliorer la satisfaction et les résultats de soins chez cette clientèle¹⁷⁷. Le rôle de cette infirmière ressource doit être éminemment « terrain » et valoriser une pratique fondée sur l'utilisation des données probantes. Cette personne doit être présente dans les unités de soins, être curieuse, identifier avec les équipes les problèmes qui leur donnent le plus de difficultés et les aider dans la recherche de solutions. Ci-dessous, les principales responsabilités rattachées à cette ressource experte en soins infirmiers aux personnes âgées :

- Agir comme consultante experte en soins infirmiers auprès de la clientèle âgée, auprès des équipes de soins infirmiers et de l'équipe multiprofessionnelle.
- Superviser les membres de l'équipe de soins infirmiers dans l'acquisition des nouvelles compétences et dans l'intégration des bonnes pratiques.
- Agir comme modèle de rôle auprès de l'équipe de soins infirmiers.
- Exercer un soutien professionnel (mentorat, *coaching*, formation) par une présence continue dans les unités de soins accueillant des personnes âgées.

D'autres actions peuvent favoriser un environnement propice à l'acquisition et à l'utilisation des données probantes dans la pratique professionnelle des intervenants. Par exemple :

- Le développement de communautés de pratiques comme le *Acute Care Geriatric Nurse Network* de Colombie-Britannique.
- L'accès à une bibliothèque spécialisée, à des ressources cliniques informatisées, à un club de lecture dirigée.
- L'accès à de la formation en ligne.
- La possibilité de consulter les données de recherche (documentation écrite ou personne ressource dédiée).
- La participation à des colloques et conférences scientifiques.

Pour leur part, les préposés aux bénéficiaires, membres des équipes soignantes œuvrant dans les hôpitaux, doivent comprendre les besoins de cette clientèle et l'importance de leurs interventions. En effet, leur rôle auprès du patient âgé est incontournable, particulièrement à la lumière du présent cadre de référence qui met l'accent sur les activités quotidiennes (boire, manger, marcher, s'orienter), souvent accomplies avec l'aide des préposés aux bénéficiaires, pour la prévention du déclin fonctionnel iatrogène.

Parallèlement, il est primordial que les équipes soignantes soient outillées pour pouvoir appliquer les mesures préventives. Pour ce faire, elles doivent être impliquées dès le début dans les actions suivantes :

- Analyser leurs pratiques.
- Identifier les modifications à y apporter.
- Cerner les obstacles à l'implantation de ces pratiques adaptées : organisation du travail, répartition des responsabilités, modalités de communication de l'information au sujet du patient.
- Identifier les contraintes environnementales ou de ressources matérielles.

Par exemple, il est impensable d'encourager la mobilité des personnes âgées à l'urgence s'il n'y a pas de fauteuils accessibles et que la hauteur des civières est mal adaptée pour l'autonomie aux transferts. De même, l'implication familiale dans la prévention et l'approche comportementale du *delirium* ne peut être favorisée si les heures autorisées de visites sont contraignantes.

Transformation soutenue... POUR RECONNAÎTRE L'IMPORTANCE DE L'ÉQUIPE SOIGNANTE

1) ÉTAT DE SITUATION

- A-t-on un programme de formation en assurance qualité : formation de vérificateurs dédiés à l'évaluation de la qualité ?
- Assure-t-on une adéquation entre les besoins des personnes âgées, les connaissances du personnel et la structure de poste des unités ?
- Mesure-t-on les compétences des intervenants avant de leur assigner une clientèle particulière ?
- La direction met-elle à la disposition du personnel des équipes soignantes, des facilités d'accès aux données probantes (ordinateurs, liens avec universitaires, participation à des projets de recherche, etc.) ? Y a-t-il des personnes ressources qui facilitent cet accès ?
- L'équipe multiprofessionnelle est-elle complète et est-elle disponible pour les équipes soignantes ? Le cas échéant, selon quels critères ?
- Les préposés aux bénéficiaires participent-ils aux réunions d'équipes multiprofessionnelles ?
- Existe-t-il une personne ressource en soins aux personnes âgées ? Quelle est sa formation ?
- Offre-t-on un soutien au quotidien, sur le terrain, aux équipes soignantes ? Des formations sont-elles offertes aux équipes soignantes de base ?

- Lors de l'orientation des nouveaux employés, présente-t-on l'approche adaptée des soins et services aux personnes âgées ?
- La direction prône-t-elle l'embauche d'infirmières ressources en clientèle âgée ?
- Lors de l'embauche des infirmières ressources en clientèle âgée, la direction valide-t-elle leurs habiletés à l'utilisation des données probantes ?
- La direction a-t-elle adapté ses stratégies de gestion aux besoins des nouvelles recrues des équipes soignantes en ce qui concerne l'accompagnement, l'encadrement ?
- La direction et les gestionnaires mettent-ils en place des mécanismes de soutien visant à faciliter l'intégration pratique des connaissances reçues par son personnel et leur suivi au quotidien ?
- Les gestionnaires disposent-ils des leviers nécessaires pour assurer une certaine continuité de soins et services dans leurs unités, quant aux ressources qui leurs sont affectées ?
- Les directions des soins infirmiers et des ressources humaines travaillent-elles de pair en poursuivant des objectifs communs ?

2) IMPLANTATION

- Comment le comité de direction traduira-t-il le changement, le défi ? Dans la planification stratégique ou dans les priorités d'action ? Comment aborderez-vous la situation ?
- Comment la direction s'assure-t-elle que les décisions sont fondées sur des données probantes ?
- Comment communiquez-vous à toute l'organisation l'importance de l'équipe soignante et la nécessité de la soutenir ? Le message est-il différent selon les groupes rencontrés : médecins généralistes, médecins spécialistes, résidents en médecine, personnel des soins infirmiers, professionnels de la réadaptation, employés des services de soutien (secrétariat, réception, centrale de rendez-vous, services techniques, informatiques, financiers, bénévoles), etc. ?
- Comment validez-vous l'adhésion des gestionnaires, des médecins et des professionnels à la reconnaissance de l'importance de l'équipe soignante et à la nécessité de la soutenir dans les changements ?
- Comment s'assure-t-on que le message est transmis et compris tout au long du processus de changement ?
- A-t-on un comité de pilotage ? Qui en fait partie ? Quelles sont les ressources allouées pour ce changement ? Comment fera-t-on le suivi de ce changement ? Comment développerez-vous des alliances au fur et à mesure de la réalisation de ce changement ?
- Qui fait quoi dans ce changement ? Les rôles et responsabilités sont-ils clairement définis ?
- Comment implique-t-on les médecins au quotidien ?
- Quels indicateurs choisissez-vous pour suivre ce changement ?
- Qui est responsable de la collecte de données ?

3) ÉVALUATION, REMANIEMENTS, PÉRENNITÉ

- Est-ce que les moyens mis en place pour reconnaître l'importance de l'équipe soignante dans l'organisation donnent les résultats escomptés ?
- Quels sont les résultats des indicateurs ? Qui analyse les résultats ? Comment les interprétez-vous ? Quelles conclusions en tirez-vous ?
- Que vous apprennent ces résultats sur votre organisation ?
- Compte tenu des résultats, quels remaniements devez-vous apporter à votre stratégie visant à mettre l'emphase sur l'importance de l'équipe soignante et sur la nécessité de la soutenir ?
- Comment partagez-vous les résultats, l'analyse et les remaniements à faire ? Avec qui ? Les personnes âgées, les proches ?
- Comment évalue-t-on les changements accomplis ? Qui participe à cette évaluation ?
- Prend-on en compte les résultats des sondages sur la satisfaction ?
- Comment s'assure-t-on de faire les remaniements nécessaires ? Qui en est responsable ?
- Comment s'assure-t-on de la pérennité des actions qui ont produit des résultats positifs ?
- Communique-t-on aux intervenants les réactions positives aux actions posées ?

PRINCIPE 4 L'ORGANISATION INTÈGRE UNE PRATIQUE DE COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE ADAPTÉE À LA PERSONNE ÂGÉE

La collaboration interprofessionnelle est particulièrement utile et pertinente dans les domaines complexes de l'évaluation, du diagnostic, des interventions, des soins et du suivi reliés aux personnes âgées. Lorsque leur condition médicale et fonctionnelle présente un certain niveau de complexité, les patients âgés hospitalisés doivent pouvoir compter sur l'apport de ressources professionnelles complémentaires à l'équipe soignante de base. L'ensemble des intervenants impliqués auprès du patient se doit alors d'adopter une pratique collaborative dans l'intérêt du patient.

Comme suite aux travaux de la commission Romanov,¹⁷⁸ qui ont mis en évidence l'importance des ressources humaines dans le secteur de la santé, un comité de travail composé de chercheurs a été mis en place et a produit un rapport de recherche : « *Formation interprofessionnelle pour une pratique en collaboration centrée sur le patient* ». Ce rapport¹⁷⁹ s'inspire d'un modèle qui présente les postulats d'une bonne collaboration :

- plusieurs domaines de compétences sont nécessaires face à un problème complexe, et un professionnel ne peut posséder à lui seul des compétences aussi diversifiées.
- toutes les personnes impliquées sont d'importance égale.
- toutes les personnes travaillent dans un but commun et sont prêtes à faire certains compromis.

Bien qu'on s'entende généralement pour dire que la collaboration interprofessionnelle est essentielle à un meilleur suivi des clientèles et permet d'assurer une meilleure qualité des soins, on constate étonnamment que peu de recherches se sont attardées à son impact sur les résultats de soins. En effet, malgré une recension de plusieurs centaines d'articles¹⁸⁰, quelques-uns seulement offrent des résultats tendant à relier la collaboration interprofessionnelle à une réduction de la durée de séjour, à une plus grande satisfaction de la clientèle et des employés ou à un meilleur contrôle de certains problèmes de santé, comme le diabète.^{181; 182}

Par contre, le concept même de collaboration interprofessionnelle a été plus étudié. Les éléments suivants en constituent les éléments clés¹⁸³⁻¹⁸⁶ :

- Connaissance de son propre rôle et de celui de chacun des membres de l'équipe.
- Confiance en ses propres compétences et en celles des autres.
- Capacité à bien communiquer et habiletés de négociation (collaboration et attitude face à la résolution de conflits).
- Volonté de travailler ensemble.
- Respect mutuel basé sur la reconnaissance des compétences des membres de l'équipe et de leur apport au traitement du patient.
- Participation pleine et entière du patient.

Ce dernier élément mérite qu'on s'y attarde. Lorsqu'on souligne l'importance de la participation pleine et entière du patient comme membre actif de l'équipe multiprofessionnelle, on ne parle pas seulement d'informer le patient des interventions prévues, mais bien de lui demander son opinion et, surtout, d'en tenir compte. Ainsi, on peut mettre à profit son expertise personnelle face à ses maladies :

- Connaissance de ses symptômes et de leur évolution.
- Connaissance des effets de traitements tentés antérieurement sur l'évolution de ses maladies.
- Apparition d'effets indésirables.
- Stratégies qui lui sont plus utiles pour modifier ses habitudes de vie, etc.

De plus, on respectera son autonomie et on favorisera l'autogestion.

La collaboration est faite de processus influencés par les relations humaines et les contraintes organisationnelles qui interagissent entre elles. Une étude réalisée en 2005¹⁸⁷ met en évidence les éléments interpersonnels mentionnés ci-dessus et aussi, des déterminants organisationnels et systémiques tels que le système de formation, le système professionnel, les politiques gouvernementales, les valeurs sociales et culturelles.

Bien qu'on mentionne souvent le temps prévu pour travailler **en** équipe, on parle très rarement du temps nécessaire pour travailler **sur** l'équipe elle-même. On doit s'attendre à des frictions entre les professionnels des différentes disciplines travaillant ensemble au quotidien : corporatisme, méconnaissance des rôles, confusion possible (secondaire aux zones de travail inévitablement partagées), compétition entre professionnels de différentes formations et hégémonie d'un groupe plus déterminé, par exemple. C'est en apprenant à composer avec ces problèmes et à les résoudre que s'actualise la collaboration interprofessionnelle. Les notions de pouvoir et de hiérarchie prennent ici toute leur signification et c'est ainsi que le leadership devient un élément essentiel au bon fonctionnement de l'équipe multiprofessionnelle pour :

- Faire circuler l'information;
- Orchestrer et représenter l'équipe;
- S'assurer des résultats.

En raison de la place que les médecins occupent dans la hiérarchisation des soins, leur adhésion à un projet organisationnel est un facteur de succès déterminant. Ainsi, leur participation est essentielle aux équipes multiprofessionnelles dans un projet de changement de pratiques pour une approche adaptée des soins et services aux personnes âgées en milieu hospitalier. D'ailleurs, dès 1996, le Collège Royal canadien des médecins et chirurgiens du Canada¹⁸⁸ a obtenu un consensus des 16 facultés de médecine sur le choix de 7 rôles clés du médecin parmi lesquels figure le rôle de collaborateur. Le Collège souligne qu'il est essentiel que le médecin puisse collaborer efficacement avec les patients et avec l'équipe multiprofessionnelle pour offrir les meilleurs soins aux patients.

Il convient alors de regarder comment il est possible d'obtenir leur adhésion dans ces changements de pratique prônés par l'hôpital. Les préoccupations différentes des médecins (considérations cliniques, de gestion du temps et des listes d'attente) et des gestionnaires (considérations organisationnelles, budgétaires et de gestion du temps) peuvent être réconciliées lorsque les deux groupes se centrent sur le mieux-être des patients, en concertant les approches clinique, organisationnelle et financière. Seuls un lien de confiance¹⁸⁹, des objectifs de résultats partagés et des discussions franches entre médecins et gestionnaires peuvent permettre cette collaboration primordiale.

Plusieurs professionnels sont sollicités pour le travail de collaboration auprès des aînés. Les rôles de ces ressources professionnelles peuvent être regroupés en deux catégories, selon qu'elles s'adressent aux patients ou à l'équipe de soins :

- Les interventions directes auprès des patients comme l'évaluation, le traitement, l'information et l'enseignement aux patients et à leur famille; il s'agit ici du palier d'interventions systématiques.
- Les activités de soutien auprès des équipes soignantes où les ressources professionnelles sont appelées à jouer le rôle de conseiller expert. Elles donnent des avis, formulent des recommandations, font de l'enseignement dans une optique de transfert d'expertise et collaborent à l'élaboration, à la réalisation et au suivi du PII. Elles interviennent plus particulièrement au palier spécifique et spécialisé, c'est-à-dire dans des situations plus complexes de santé.

Nous sommes unanimes à proposer que l'équipe multiprofessionnelle de base doit inclure les professionnels suivants : ergothérapeute, nutritionniste, pharmacien, physiothérapeute et travailleur social, qui doivent travailler en étroite collaboration avec l'équipe soignante de base, laquelle est composée du médecin et de l'équipe de soins infirmiers (infirmières, infirmières auxiliaires et préposés aux bénéficiaires).

Dans un contexte de pénurie de main-d'œuvre comme celui que connaît actuellement le réseau de la santé, les organisations ont avantage à mieux cerner les critères de demandes de consultations professionnelles afin d'utiliser ces ressources de façon efficiente et optimale pour le bénéfice des patients. La rareté des effectifs devrait inciter les intervenants à valoriser davantage le rôle d'expert conseil parmi les disciplines plus spécialisées. Ainsi, les médecins gériatres ou les infirmières ressources en clientèle âgée, encore rares au Québec, doivent plutôt jouer ce rôle d'expert-conseil pour les problèmes plus complexes, sans quoi il leur sera impossible de suffire à la tâche. Par ailleurs, ces ressources spécialisées pourront être mises à profit de façon optimale à titre de conseillères des membres clés des équipes cliniques hospitalières ou de formatrices de ces équipes. Elles participeront au développement progressif et pyramidal des compétences dans le domaine des soins aux personnes âgées, selon les trois paliers d'intervention vus précédemment.

Transformation soutenue...

POUR UNE APPROCHE DE COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE

1) ÉTAT DE SITUATION

- Quelles sont les stratégies organisationnelles à mettre en place pour développer des pratiques de collaboration interprofessionnelle ?
- La direction crée-t-elle des liens avec des universitaires ?
- La direction favorise-t-elle des stratégies de rapprochement entre la recherche et le secteur clinique ?
- Est-ce que les préposés aux bénéficiaires sont intégrés dans les rencontres d'équipes multiprofessionnelles ?
- Est-ce que les préposés aux bénéficiaires sont informés de la raison de telle ou telle intervention ?
- La direction favorise-t-elle les rapprochements entre les différents professionnels des établissements? Entre établissements partenaires ?
- La direction et les gestionnaires favorisent-ils le travail en équipe multiprofessionnelle et mettent-ils le soutien nécessaire en place pour assurer une meilleure collaboration ?
- La direction favorise-t-elle la présence d'équipes d'interventions plus spécialisées pour supporter les équipes soignantes dans une optique de transfert d'expertise ?
- Existe-t-il des mécanismes de soutien à l'équipe multiprofessionnelle face aux différents problèmes qu'elle rencontre ?
- Les médecins généralistes impliqués en soins aux personnes âgées et les gériatres font-ils partie des équipes multiprofessionnelles et les décisions se prennent-elles en concertation ?
- Existe-t-il des mécanismes permettant de clarifier les rôles et responsabilités des membres de l'équipe multiprofessionnelle ?
- Est-ce que les équipes multiprofessionnelles ont accès à des compétences en gériatrie, à des infirmières ressources en clientèle âgée et à des gériatres ?
- Si vous n'avez pas de gériatre ou d'infirmière ressource en clientèle âgée dans votre établissement, disposez-vous de mécanismes de consultations interétablissements ?

- La référence en consultation aux gériatres ou aux infirmières ressources en clientèle âgée pour des problèmes complexes chez la personne âgée fait-elle partie de la culture de l'organisation?
- Est-ce que les gériatres et les infirmières ressources en clientèle âgée sont utilisés de façon optimale ?
- Quels sont les mécanismes mis en place pour assurer une présence active de la personne âgée dans les rencontres multidisciplinaires ?

2) IMPLANTATION

- Compte tenu des changements à apporter, quelles sont les premières actions que l'organisation compte prendre pour mettre en place ou améliorer la collaboration interprofessionnelle ?
- Comment l'organisation implique-t-elle activement tous les collaborateurs dans ces changements ? Les médecins? Comment le comité de direction traduira-t-il le changement, le défi ? Dans la planification stratégique ou dans les priorités d'action ? Autrement, comment aborderez-vous la situation ?
- Comment communiquez-vous l'importance de la collaboration interprofessionnelle à toute l'organisation ? Le message est-il différent selon les groupes rencontrés : médecins généralistes, médecins spécialistes, résidents en médecine, personnel des soins infirmiers, professionnels de la réadaptation, employés des services de soutien (secrétariat, réception, centrale de rendez-vous, services techniques, informatiques, financiers, bénévoles), etc. ?
- Comment s'assure-t-on que le message est transmis et compris tout au long du processus de changement ?
- Comment validez-vous l'adhésion des gestionnaires, des médecins, des professionnels à la reconnaissance de la collaboration interprofessionnelle ?
- A-t-on un comité de pilotage pour gérer l'implantation de la collaboration interprofessionnelle ? Qui en fait partie ? Quelles sont les ressources allouées pour ce changement ? Comment fera-t-on le suivi de ce changement ? Comment développerez-vous des alliances au fur et à mesure de la réalisation de ce changement ?
- Qui fait quoi dans ce changement ? Les rôles et responsabilités sont-ils clairement définis ?
- Comment implique-t-on les médecins au quotidien ?
- Quels indicateurs choisissez-vous pour suivre ce changement ?
- Qui est responsable de la collecte de données ?

3) ÉVALUATION, REMANIEMENTS, PÉRENNITÉ

- Comment évalue-t-on les changements accomplis? Qui participe à cette évaluation ?
- Est-ce que les moyens mis en place pour intégrer la collaboration interprofessionnelle dans l'organisation donnent les résultats escomptés ?
- Quels sont les résultats des indicateurs? Qui analyse les résultats? Comment les interprétez-vous ? Quelles conclusions en tirez-vous ?
- Que vous apprennent ces résultats sur votre organisation ?

- Compte tenu des résultats, quels remaniements devez-vous apporter à votre stratégie d'implantation de la collaboration interprofessionnelle ?
- Comment partagez-vous les résultats, l'analyse et les remaniements à faire ? Avec qui ? Les personnes âgées, les proches ?
- Comment évalue-t-on les changements accomplis ? Qui participe à cette évaluation ?
- Prend-on en compte les résultats des sondages sur la satisfaction ?
- Comment s'assure-t-on de faire les remaniements nécessaires ? Qui en est responsable ?
- Comment s'assure-t-on de la pérennité des actions qui ont eu des résultats positifs ?
- Communique-t-on aux intervenants les réactions positives aux actions posées ?

PRINCIPE 5 L'ORGANISATION TIEN COMPTE DE LA SENSIBILITÉ PARTICULIÈRE DES PERSONNES ÂGÉES À LA CONTINUITÉ DES SOINS

Plusieurs études¹⁹⁰⁻¹⁹⁵ mettent en évidence la difficulté de mettre en place des critères bien définis pour décrire la continuité des soins : absence ou ambiguïté de définition, méthodes fort diversifiées d'opérationnaliser la continuité, manque de rigueur scientifique, pénurie de modèles théoriques, inadéquation des instruments de mesure, etc. Par ailleurs, l'amélioration de la continuité peut aussi entraîner des résultats pervers; par exemple, vouloir consulter le même professionnel pour plus de continuité peut aussi signifier des délais plus longs, non souhaitables dans certaines situations.

Il semble clair, par contre, que même si des mesures concrètes sont difficiles à établir pour évaluer l'impact de la continuité sur la qualité des soins, la satisfaction des patients et de leur famille est accrue lorsque la continuité des soins est présente. La définition suivante de la continuité des soins nous semble la plus complète : « C'est la façon dont les soins sont vécus par un patient comme cohérents et reliés dans le temps : cet aspect des soins est le résultat de l'information, de bonnes relations interpersonnelles et d'une coordination des soins »⁹. Ainsi sont mis en lumière deux éléments essentiels de la continuité¹⁴⁵ : la manière dont les soins sont vécus par le patient (relation entre soignant et patient) et la période pendant laquelle les soins sont administrés.

On distingue trois types de continuité :

- Continuité informationnelle : transfert de l'information et des connaissances accumulées;
- Continuité relationnelle : relation patient-soignant fondée sur la constance du personnel;
- Continuité de l'approche : cohérence et souplesse des soins donnés.

Déjà en 2003, le MSSS indiquait : « Il n'appartient pas aux usagers ni à leurs proches de porter la complexité du réseau de services; c'est au système et à ses artisans qu'il revient de la gérer »¹⁹⁶. On soulignait alors toute la complexité du réseau de la santé, particulièrement pour la personne âgée qui se trouve à l'hôpital. Un séjour en milieu hospitalier représente, le plus souvent, un moment bref, mais intense pour la personne atteinte de maladies chroniques, et ce, au regard de l'ensemble des soins qui lui sont dispensés.

Ce séjour, crucial, doit s'avérer optimal en offrant des interventions en continuité avec les soins offerts dans la collectivité et dans le respect des désirs de la personne âgée. Cela nécessite un transfert rapide des informations pertinentes, à l'entrée, pendant l'hospitalisation, ainsi qu'à la sortie de l'hôpital, afin d'éviter :

- Une duplication des évaluations et des investigations.
- Des traitements non appropriés, qui pourraient causer préjudice à l'intégrité de la personne âgée, déjà en état d'instabilité clinique.
- L'utilisation non efficiente des ressources humaines, dont le nombre est déjà limité pour répondre aux besoins de la clientèle.
- Des délais induits dans les processus de soins.

L'offre de services des CSSS, auxquels incombe maintenant la responsabilité populationnelle de leur territoire, doit être claire et connue de tous, avec des mécanismes d'accès simples et rapides et des mécanismes de suivi et de révision. Ainsi prendrait tout son sens l'alternance entre des soins médicaux et non médicaux, offerts à l'hôpital ou à l'extérieur de l'hôpital¹⁹⁷. On assurerait une plus grande fluidité des services, offerts de façon harmonieuse et adaptée aux besoins des aînés, selon l'évolution de leur état. Cette façon de voir et de faire nécessite une bonne coordination et des mécanismes de liaison efficaces entre les établissements d'un même réseau.

Une étude réalisée sur 103 hôpitaux du Québec¹⁹⁸ en 2006 dont le rapport a été publié en 2008, conclut que les plus gros hôpitaux reçoivent aussi la clientèle la plus malade, la plus âgée et présentant les moins bons résultats de santé. Cette étude fait ressortir que la plupart des services des urgences des

grands hôpitaux, qui reçoivent la clientèle âgée la plus « lourde », ne font pas de dépistage systématique de la clientèle vulnérable et n'ont pas de protocole standard de congé. Les auteurs concluent que les ressources humaines doivent être révisées (à la hausse) pour cibler principalement :

- Une approche systématique afin d'identifier et de suivre les personnes âgées à risque élevé de détérioration de leur état de santé dans la collectivité.
- Une meilleure accessibilité pour les personnes âgées à des lits de soins aigus de courte durée à l'hôpital.
- Une meilleure accessibilité aux services à domicile, à l'évaluation gériatrique et aux soins médicaux de base dans la collectivité.

On distingue trois moments clés où la continuité des soins peut être mise à l'épreuve : la préhospitalisation, l'hospitalisation et la posthospitalisation.

Avant l'hospitalisation : prévenir et voir venir

On relève dans la documentation scientifique que la continuité est plus appréciée chez les personnes âgées présentant des problèmes de santé chroniques¹⁹⁹. De plus, la continuité avec le médecin de famille est un facteur important pour les personnes âgées aux prises avec des problèmes chroniques. Une étude parue en 2007 montre clairement le lien entre la continuité des soins et le suivi du médecin, et une moins grande fréquentation à l'urgence, plus particulièrement en milieu urbain²⁰⁰.

Le rôle des médecins de famille avant l'hospitalisation est crucial. Ces derniers peuvent aider à anticiper la détérioration et permettre la planification de l'hospitalisation lorsque nécessaire. De plus, un professionnel du suivi à domicile (particulièrement pour les personnes n'ayant pas de médecin de famille), en collaboration étroite avec l'intervenant de liaison à l'hôpital, peut travailler à la prévention et préparer ou organiser des hospitalisations directes, avec une meilleure planification du moment de la visite à l'hôpital. On peut ainsi éviter d'attendre les situations catastrophiques et les heures d'attente à la salle d'urgence, avec tous les problèmes que cela suscite.

Déjà, l'expérience de PRISMA dans les Bois-Francs²⁰¹ a montré combien le réseau intégré (concertation, guichet unique, gestion de cas, plan de services individualisé, outil unique d'évaluation et dossier clinique informatisé) peut aider à une meilleure coordination des soins et services à la personne âgée.

De telles mesures pourraient permettre aux hôpitaux d'avoir rapidement accès à de l'information importante sur l'état de santé de la personne âgée qui s'y présente. Ainsi, parmi les personnes les plus vulnérables, plusieurs seraient déjà « identifiées ».

Pendant l'hospitalisation : suivre

Certaines mesures concrètes pourraient aider les professionnels de l'hôpital à cerner rapidement la situation de la personne âgée qui est admise :

- Travailler avec le réseau du patient, inclure les proches aidants, pour une information la plus complète possible sur la situation de la personne âgée et sur ce qui l'amène à consulter.
- Mettre en réseau les pharmacies et, ainsi, avoir accès à la liste des médicaments prescrits à l'aide du numéro d'assurance-maladie.

- Avoir accès à un système d'information comme Info-Santé (clientèles vulnérables) en attendant le dossier partageable. L'infirmière de la salle d'urgence peut ainsi savoir si la personne devant elle est déjà suivie par le Centre local de services communautaires (CLSC) et avoir un minimum d'information. De plus, elle peut aussitôt entrer en contact avec le gestionnaire de cas et commencer à planifier le congé... dès l'admission.
- Établir des ententes simples entre le Centre hospitalier de soins de longue durée (CHSLD), les ressources intermédiaires (RI) et l'hôpital d'un même CSSS (ou avec l'hôpital de référence) qui permettent de convenir des informations nécessaires au personnel hospitalier dans les cas de transferts à l'hôpital. Cette pratique peut s'étendre aux résidences privées conventionnées et aux résidences privées sur le territoire du CSSS.
- Favoriser une connaissance inter-milieux (encourager des stages d'échanges entre professionnels d'un centre hospitalier et ceux de la collectivité) pour permettre à chaque groupe de professionnels de bien saisir les tâches et les dynamiques particulières de chaque réalité, ainsi que le potentiel et les limites des différents milieux.

La continuité des soins n'intervient pas qu'à l'entrée et à la sortie de l'hôpital. À l'intérieur même de l'hôpital, la continuité est souvent déficiente. Ainsi, une étude a examiné les sentiments de patients à leur congé des soins intensifs²⁰². On y relate que les personnes, autant les patients que leurs proches, ont ressenti de l'abandon, de la vulnérabilité, de l'ambivalence et une impression de déshumanisation. Ces réactions, normales chez des gens fragilisés après un séjour aux soins intensifs, découlent de l'impact du changement, parfois brusque et rapide sur les plans suivants :

- Relations interpersonnelles avec les intervenants;
- Environnement;
- Niveau de soins;
- Quantité de l'information reçue.

Cela met en évidence le besoin non seulement d'information et de préparation lors d'un transfert d'une unité à l'autre, mais aussi de support émotif lors de ces transitions. Ainsi le départ de l'hôpital vers la maison peut engendrer un tel désarroi, puisque ces mêmes facteurs se présentent à ce moment crucial du départ. Toujours selon cette étude, les infirmières, qui sont parmi les mieux placées pour offrir ce genre de support, ont tendance à juger ce suivi comme secondaire par rapport aux soins physiques.

Plusieurs expériences ont été menées afin d'améliorer la continuité à l'intérieur même de l'hôpital²⁰³⁻²⁰⁵. Ces expériences ont en commun de favoriser une meilleure communication entre le service des urgences, les unités de soins et le milieu communautaire, un support particulier aux infirmières dans les situations complexes, et l'établissement d'une relation privilégiée entre **un** professionnel de l'hôpital et le patient et sa famille. Ces mesures favorisent un meilleur suivi, un retour plus facile dans la collectivité et une satisfaction accrue chez la clientèle et les intervenants.

À l'intérieur même d'une unité de soins, la continuité peut aussi poser problème. Des tournées médicales qui pourraient gagner en efficacité²⁰⁶, aux rapports interservices peu centrés sur les besoins quotidiens des patients²⁰⁷, les communications entre les médecins, l'équipe des soins infirmiers et les professionnels doivent être améliorées. Des outils comme AINÉES et le PTI centrés sur les besoins du patient contribuent à un séjour de qualité pour la personne âgée. Il est donc essentiel que chaque organisation puisse compter sur des outils et des personnes responsables de la continuité, pour faire les liens et la coordination des interventions autant à l'intérieur de l'hôpital qu'avec le milieu où se dirigera la personne âgée après son hospitalisation.

Posthospitalisation : poursuivre

En raison des pressions exercées sur la gestion des épisodes de soins, les congés rapides sont devenus une pratique courante. Les personnes âgées reçoivent leur congé sans y être préparées, avec une information incomplète et avec peu ou pas de soutien à domicile. De plus, selon une étude, lorsqu'elles reçoivent ce soutien à domicile, seulement 75 % de l'information essentielle est envoyée aux cliniciens des résidences de personnes âgées et seulement 50 % aux intervenants de la première ligne lors du retour à la maison²⁰⁸. Les personnes âgées qui requièrent une continuité de soins sans la recevoir sont ainsi à risque de réadmission²⁰⁹. Malgré le fait qu'il ne soit pas encore bien établi que la planification de congé donne des résultats positifs sur les plans des réadmissions à l'hôpital, des durées de séjour et de l'amélioration de la santé¹⁹³, on s'entend de plus en plus pour envisager le congé des personnes âgées fragiles²¹⁰ comme un processus de « transfert des soins » au réseau de première ligne. Ce congé requiert une planification rigoureuse, dans un lieu adéquat, avec des ressources suffisantes. Plus particulièrement, les infirmières de liaison à l'hôpital jouent un rôle déterminant pour contribuer au suivi de l'information et à la continuité des soins après l'hospitalisation.

Quelques principes garantissent une bonne continuité des soins²¹¹ après le séjour à l'hôpital :

- Respect des choix du patient;
- Évaluation et prise en compte des besoins des proches;
- Haute qualité des soins et services sociaux (suivi psycho-social);
- Recommandations fondées sur une évaluation interprofessionnelle centrée sur la personne;
- Début de la planification du congé dès l'admission;
- Promotion de l'autogestion;
- Plan de services au congé élaboré en équipe, incluant le travailleur social, le patient, l'aidant, le personnel de l'hôpital et celui de la première ligne.

En particulier, il importe de repérer les personnes âgées isolées pour préparer soigneusement un retour à domicile suite à une hospitalisation, puisque ces personnes sont parmi les plus fragiles et les plus susceptibles de se retrouver à l'urgence rapidement si le suivi est inadéquat. En utilisant un outil de dépistage²¹², on peut ensuite évaluer les personnes âgées à risque et orienter plus rapidement vers le CSSS. Soulignons que les services dans la communauté doivent avoir les ressources nécessaires pour assurer le relais de ces dépistages précoces faits à l'hôpital.

L'information et les recommandations qui seront générées durant l'hospitalisation serviront à orienter le suivi du médecin de famille et des intervenants de la première ligne, lorsque la personne âgée regagnera son domicile ou sera transférée vers un autre milieu de soins. Ces informations peuvent être de diverses natures, mais devraient inclure :

- Les nouveaux diagnostics;
- Les ajouts ou les modifications aux traitements pharmacologiques et non pharmacologiques;
- Le suivi post-chirurgical lorsque indiqué;
- Le type et la fréquence de contrôle d'examen paracliniques;
- Le dépistage de problèmes, tels que des troubles cognitifs ou une malnutrition, qui devront être évalués et suivis par les équipes de première instance;

- Les conclusions de l'évaluation gériatrique globale, incluant les capacités fonctionnelles au congé et les besoins à combler;
- Les recommandations spécifiques.

La qualité de l'information transmise (continuité informationnelle) dans le résumé de dossier médical ou tout autre document (formulaire de demande de services interétablissements (DSIE), liste des médicaments), ainsi que la rapidité de transmission de cette information aux professionnels de la collectivité (médecin de famille, intervenant pivot du SAD, par exemple) constituent des éléments clés de la continuité des soins.

Enfin, on ne saurait trop insister sur l'importance de bien vérifier ce que le patient a compris²¹³. En effet, une étude a démontré chez des patients un taux de compréhension de 57 % seulement alors que leurs médecins croyaient que 89 % d'entre eux connaissaient les effets secondaires de leur médication et que 95 % savaient à quel moment ils pouvaient reprendre leurs activités normales !

Communication, communication, communication

Les problèmes de communication peuvent survenir à bien des niveaux²¹⁴ :

- Entre les intervenants et les patients;
- Entre les intervenants et les proches aidants;
- Entre les professionnels de l'hôpital et ceux de la communauté.

Ce dernier aspect, plus particulièrement, concerne les organisations²¹⁵. Plusieurs suggestions peuvent améliorer la situation :

- S'informer mutuellement de TOUTES les admissions à l'hôpital et de TOUS les congés de l'hôpital des personnes âgées de 75 ans ou plus, en particulier pour les personnes âgées vivant seules.
- Utiliser de façon plus optimale les technologies de l'information comme le télécopieur ou le courrier électronique en attendant la généralisation du dossier clinique informatisé.
- Informer l'infirmière de liaison de l'hôpital de la détérioration de l'état de santé d'une personne et collaborer à un plan d'action où on fait intervenir le service des urgences.
- Recevoir les résultats de laboratoire et plans ultérieurs pour un bon suivi thérapeutique.
- Mettre en place des groupes liaison hôpital-médecins de famille.
- Standardiser les feuilles de résumé d'hospitalisation au congé.
- Envoyer une feuille de suivi au CLSC pour toute personne âgée de 75 ans ou plus dans les 24 heures suivant le congé de l'hôpital.

Bref, les bonnes informations, aux bonnes personnes, au bon moment.

Transformation soutenue... POUR UNE CONTINUITÉ DES SOINS

1) ÉTAT DE SITUATION

- Les communications écrites et orales permettent-elles d'informer les personnes âgées et leur famille du rôle qu'elles jouent dans le maintien de leur autonomie ?
- Le personnel est-il au courant des moyens utilisés par l'établissement pour informer et former la personne âgée ?
- Quels types de rapports interservices s'effectuent dans votre établissement ? Questions précises, centrées sur des points précis : nutrition, hydratation, mobilisation, etc. ?
- Est-ce que le bilan comparatif des médicaments est effectué pour toutes les personnes âgées ? Quand ? Par qui ? Avec qui ?
- Est-ce que l'information sur l'état de santé habituel du patient est recherchée (autonomie, mobilité, cognition) et consignée (par qui, où) ?
- Le rôle de l'agent de liaison est-il défini clairement, suivi et réajusté au besoin ?
- Quel type de partenariat existe-t-il entre les ressources intra- et extra- hospitalières ?
- Le gestionnaire possède-t-il des leviers lui permettant d'assurer une certaine stabilité au niveau du personnel soignant ?
- Existe-t-il des mécanismes permettant d'assurer le transfert de l'information entre le personnel soignant ?
- Lors de la visite ou de l'hospitalisation d'une personne âgée, votre établissement a-t-il mis en place des mécanismes de communication efficaces afin de recevoir le profil médicamenteux de la personne âgée provenant de la pharmacie communautaire, de l'information du médecin de famille et du CSSS ?
- Existe-t-il des comités de concertation des directions internes pour se pencher sur la continuité des soins et des ressources ?
- Existe-t-il des mécanismes à l'interne et à l'externe (comité de partenaires) afin d'évaluer l'efficacité des moyens de communication utilisés pour la transmission de l'information au CSSS (CLSC) en vue de la prise en charge ?
- Par quel moyen vérifie-t-on cet aspect ? Qui est responsable de cette information ? Où peut-on se la procurer ?
- Les mécanismes de communication sont-ils les mêmes le jour, le soir et la nuit, les fins de semaine ou lors des congés fériés ?
- Est-ce que l'infirmière de liaison est en contact avec le CLSC pour chaque congé de l'hôpital de toute personne âgée de 75 ans ou plus ?
- Est-ce que l'hôpital a accès à l'information lui permettant de savoir si une personne est déjà suivie par le CLSC ?
- Est-ce que la présence de la famille et des proches de la personne âgée est valorisée à l'intérieur de l'établissement, pendant l'épisode de soins ?

2) IMPLANTATION

- Quels moyens sont mis en place par la direction pour assurer la cohérence et la continuité des soins avant, pendant et après l'hospitalisation ?
- Compte tenu des changements à apporter, quelles sont les premières actions que l'organisation compte prendre pour améliorer la continuité ?
- Comment l'organisation implique-t-elle activement tous les collaborateurs dans les changements à apporter ? Les médecins ? Comment le comité de direction traduira-t-il le changement, le défi ? Dans la planification stratégique ou dans les priorités d'action ? Autrement, comment aborderez-vous la situation ?
- Comment communiquez-vous l'importance de la continuité à toute l'organisation ? Le message est-il différent selon les groupes rencontrés : médecins généralistes, médecins spécialistes, résidents en médecine, personnel des soins infirmiers, professionnels de la réadaptation, employés des services de soutien (secrétariat, réception, centrale de rendez-vous, services techniques, informatiques, financiers, bénévoles), etc. ?
- Comment s'assure-t-on que le message est transmis et compris au fur et à mesure du processus de changement ?
- Comment validez-vous l'adhésion des gestionnaires, des médecins, des professionnels à l'importance de la communication et de la continuité ?
- Comment vous assurez-vous de la présence de la famille et des proches de la personne âgée ?
- Comment le comité des usagers est-il mis à contribution dans l'amélioration des communications et de la continuité ?
- Un comité de pilotage a-t-il été mis en place pour gérer l'implantation des changements identifiés et nécessaires à une meilleure communication ? Qui en fait partie ? Quelles sont les ressources allouées pour ce projet ?
- Quels sont les indicateurs dont s'est dotée l'organisation pour vérifier que la continuité s'améliore dans l'établissement et avec les partenaires du réseau ?
- Qui est responsable de la collecte de données ?

3) ÉVALUATION, REMANIEMENTS, PÉRENNITÉ

- Les moyens mis en place pour la transmission de l'information entre les quarts de travail donnent-ils les résultats escomptés sur le plan de la continuité dans les soins et services ?
- Quels sont les résultats des questionnaires de satisfaction ? Qui les analyse et comment ? Comment se sert-on des résultats pour s'améliorer ?
- Comment évalue-t-on les changements accomplis ? Qui participe à cette évaluation ?
- Quels sont les résultats des indicateurs ? Qui analyse les résultats ? Comment les interprétez-vous ? Quelles conclusions en tirez-vous ?
- Que vous apprennent ces résultats sur votre organisation ?
- Compte tenu des résultats, quels remaniements devez-vous apporter à votre stratégie d'amélioration des communications et de la continuité ?

- Comment partagez-vous les résultats, l'analyse et les remaniements à faire ? Avec qui ? Les personnes âgées, les proches ?
- Comment évalue-t-on les changements accomplis ? Qui participe à cette évaluation ?
- Prend-on en compte les résultats des sondages sur la satisfaction ?
- Comment s'assure-t-on de faire les remaniements nécessaires ? Qui en est responsable ?
- Comment assure-t-on la pérennité des actions qui ont produit des résultats positifs ?
- Communique-t-on aux intervenants les réactions positives aux actions posées ?

EN RÉSUMÉ

- Implanter de nouvelles pratiques : un défi pour tous !
- Transformer les pratiques : un processus qui prend du temps et qui touche autant l'organisation que la clientèle.
- Changer une culture : une démarche propre à chaque organisation.

6. Les indicateurs

6.1. Introduction

Après avoir proposé de nouvelles pratiques cliniques et organisationnelles, nous arrivons à l'étape de l'évaluation et de la mesure de l'implantation de ces bonnes pratiques.

La qualité est un concept multidimensionnel qui se traduit différemment selon la perspective étudiée²¹⁶⁻²²⁰. Plus d'une centaine de définitions ont été répertoriées par l'*Institute of Medicine (IOM)* des États-Unis (IOM)²²¹, qui lui-même, a proposé une définition s'énonçant comme suit : « Une qualité élevée de soins est la mesure par laquelle les services de santé offerts aux individus et à la population augmentent la probabilité d'atteindre les résultats de santé désirés, conformément à l'état des connaissances professionnelles actuelles ».

Le modèle d'évaluation de la qualité le plus cité et utilisé est sans contredit celui de Donabedian^{4; 115; 222; 223}. Ce modèle, qui propose une démarche d'amélioration continue, nous a inspiré tout au long de ce document et sera mis à profit dans ce chapitre. Selon cet auteur et plusieurs autres^{218; 224; 225}, la qualité peut être évaluée en fonction de trois composantes interreliées : la structure, les processus, les résultats des soins et les résultats de santé.

La **structure** décrit le type, la quantité et l'allocation des ressources utilisées pour offrir des programmes ou des services (personnel, clients, lits, budgets, fourniture, matériel, immeubles). Les **processus** reflètent les activités ou les tâches requises qui sont entreprises pour atteindre les objectifs du programme ou du service et portent sur l'utilisation des ressources. Les **résultats** mesurent les changements observés dans l'état de santé du client et s'intéressent à ceux qui sont attribuables aux soins et services offerts.

Afin d'évaluer ces relations, on doit identifier et suivre des indicateurs. Nous y avons d'ailleurs fait largement référence dans le chapitre précédent. Nous allons maintenant approfondir notre connaissance des indicateurs.

6.2. Définition

Selon Agrément Canada²²⁶, un indicateur est une donnée numérique, fondée sur la collecte et le regroupement de données quantitatives et qualitatives, qui peut être présentée sous différentes formes (ratio, moyennes, proportions). Les indicateurs servent principalement à faire le suivi des activités d'amélioration de la qualité et à comparer le rendement à une norme préétablie.

Un indicateur doit se rapporter aux buts et objectifs de l'organisation; pertinent, il doit être utile et mesurable. Il sert à suivre les dimensions de la qualité qu'on veut évaluer :

- Sécurité : les soins et services sont donnés de façon à minimiser les effets indésirables sur les personnes âgées et les proches.
- Accessibilité : des services équitables, en temps opportun, au bon endroit, adaptés à l'état de santé des personnes âgées et de leurs proches (disponibilité).
- Efficacité : faire ce qu'il faut pour atteindre les meilleurs résultats possible et dispenser des soins appropriés. Les services sont fondés sur des connaissances scientifiques à jour, ce qui en assure la meilleure efficacité.

- Soins centrés sur le client : une collaboration étroite entre les professionnels de la santé, les patients et leurs familles quant aux prises de décisions, à l'organisation et à la prestation des soins et services; la satisfaction des personnes âgées et de leurs proches.
- Continuité : des soins et services coordonnés, intégrés et dispensés sans interruption; la manière dont les soins sont vécus par le patient et leurs proches.

Ainsi, nous devons nous doter d'indicateurs capables d'évaluer les processus, les structures, les résultats selon les dimensions de la qualité choisies. Il s'agit, en effet, de la meilleure façon d'évaluer l'efficacité des mesures mises en place pour améliorer les soins offerts aux personnes âgées hospitalisées.

Les indicateurs mesurent différents aspects de l'organisation et de la pratique, et leur analyse permet de cibler des activités d'amélioration. Ils facilitent le travail en fournissant des données objectives, diminuant ainsi les risques de porter des jugements reposant sur des impressions, des généralisations, des mythes ou des préjugés.

Dans ce chapitre, nous présentons une « banque » d'indicateurs. Les organisations pourront choisir ceux qui leur conviennent le mieux, en fonction de leurs objectifs et de leurs priorités. Elles devront aussi se préoccuper de la faisabilité de la collecte de données qui devra être mise en place :

- Quelles sont les personnes chargées de la collecte des données et de la production des rapports ?
- Quelles sont les sources et la disponibilité des données ? Quelle est la fiabilité des données ?
- Quelles sont les échéances et les exigences liées aux ressources nécessaires pour la collecte des données ?
- Quelles sont les disponibilités du personnel des services des archives, de l'informatique et des unités pour la collecte des données ?

Les indicateurs permettent de suivre l'évolution des performances d'un même établissement. L'objectif majeur n'est pas de comparer les établissements entre eux, puisque les bases de données interétablissements sont souvent peu compatibles et que les cadres normatifs ne sont pas appliqués uniformément. Les indicateurs permettent la rétroaction. Il est donc sage de n'en gérer que quelques-uns à la fois, de les choisir avec soin selon les priorités de chaque établissement.

En choisissant ses indicateurs, l'organisation se centre sur des cibles précises et peut ainsi mesurer dans le temps (le même indicateur appliqué longitudinalement) ses progrès et ses zones d'amélioration (le ratio tend vers 1 ou 100 %). De plus, il faut se rappeler qu'un échantillon minimal (au moins 200 sujets) est nécessaire avant de tirer des conclusions sur l'efficacité des actions entreprises²²⁷.

Finalement, le choix des indicateurs doit découler d'une approche organisationnelle réflexive impliquant la clientèle, les professionnels, les gestionnaires et la gouvernance. Non seulement l'implication de tous les acteurs permettra-t-elle une interprétation plus complète des résultats, mais elle facilitera grandement la mise en place du plan d'action qui en découlera.

Les indicateurs proposés dans les pages qui suivent ont été classés en fonction de certaines dimensions de la qualité et des étapes du processus clinique, en s'inspirant des travaux de Tourigny et coll. qui ont traduit et adapté pour les personnes âgées une version publiée du cadre conceptuel de l'évaluation de la qualité de l'*Institute of Medicine*²²⁸. La grille proposée consiste en une matrice formée de cinq dimensions de la qualité (sécurité, accès, efficacité, soins centrés sur le patient et continuité), de quatre étapes du processus clinique (dépistage, évaluation, traitement, préparation du congé) qui concerne des activités effectuées au besoin par des gestionnaires, des professionnels, des patients et leurs proches. Nous avons, de plus, précisé si l'indicateur concernait des éléments de structure (S), de

processus de soins (P) ou de résultat (R). Ajoutons finalement qu'un indicateur pourrait figurer dans une autre dimension de la qualité que celle retenue ici, selon la perspective de l'utilisateur (celle de l'administrateur, du gestionnaire, du professionnel, ou de la personne âgée ou de ses proches).

EN RÉSUMÉ

- Choisir des indicateurs selon les points à améliorer au sein de l'organisation.
- Cibler quelques indicateurs seulement : peu et mieux.

TABLEAU 7
TABLEAU DES INDICATEURS

Domaines	Dimensions				
	Sécurité	Accès	Efficacité	Soins centrés sur patients/proches	Continuité
DÉPISTAGE					
			Nombre de dépistages ou repérages personnes âgées effectués / nombre total de personnes âgées vues à l'urgence (P)	Nombre de personnes allophones / nombre de personnes âgées à l'urgence (R)	Nombre de personnes âgées accompagnées ⁱ / nombre de personnes âgées à l'urgence (R)
				Nombre de dossiers pour lesquels on a sollicité de l'aide / nombre de dossiers de personnes âgées allophones (P)	Nombre de dossiers personnes âgées pour lesquels on a vérifié qu'un dossier est ouvert au CLSC / nombre total de personnes âgées (P)
ÉVALUATION					
Générale	Nombre de questionnaires AINÉES remplis à l'admission / nombre de personnes âgées admises (P)		Nombre de dossiers où AINÉES noté une fois / quart de travail / nombre de personnes âgées à l'unité (P)		Nombre de proches personnes âgées impliqués / nombre total de personnes âgées avec proches (R)

ⁱ Souligner le rôle crucial des familles auprès des personnes âgées, lors des visites de celles-ci à l'hôpital (distinction entre « faire le travail des employés » et accompagner et soutenir la personne âgée; expliquer pourquoi le faire : vulnérabilité, fragilité...). Information à transmettre dans la collectivité, via les intervenants, aux personnes âgées elles-mêmes et aux proches.

Domaines	Dimensions				
	Sécurité	Accès	Efficacité	Soins centrés sur patients/proches	Continuité
			Nombre de dossiers avec échelle d'évaluation de la douleur complétée / nombre total de personnes âgées (P)		
Syndrome d'immobilisation A INÉES	Nombre de personnes âgées mobiles avant l'hospitalisation / nombre de personnes âgées admises (R)		Nombre de personnes âgées mobiles (seules ou avec assistance) / nombre total de personnes âgées sur l'unité (R) + (P)		Nombre de personnes âgées avec proches impliqués pour la marche / nombre de personnes âgées à l'unité (R)
	Nombre de personnes âgées avec problèmes de mobilisation identifiés par A INÉES / nombre de personnes âgées admises (P)		Délai entre arrivée à l'hôpital et première verticalisation (P)		
	Nombre de dossiers où figure le type d'aide à la marche / nombre de personnes âgées nécessitant aide à la marche (P)		Délai entre chirurgie et première verticalisation selon type de chirurgie (P)		
Intégrité de la peau A I NÉES	Nombre de personnes âgées avec plaies de pression / nombre total de personnes âgées (R)		Nombre de dossiers avec échelle de risque de plaies complétée / nombre total de personnes âgées avec problème identifié par A I NÉES (P)		

Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier

Domaines	Dimensions				
	Sécurité	Accès	Efficacité	Soins centrés sur patients/proches	Continuité
Nutrition Hydratation AI N ÉES	Nombre de personnes âgées avec problèmes de nutrition identifiés par AI N ÉES / nombre total de personnes âgées (P)		Nombre de dossiers avec échelle de risque de dénutrition complétée / nombre total de personnes âgées avec problème identifié via AI N ÉES (P)		
	Nombre de personnes âgées avec problèmes de déshydratation identifiés par AI N ÉES / nombre total de personnes âgées (P)		Nombre de dossiers avec programme d'hydratation / nombre total de personnes âgées avec problème de déshydratation		
	Nombre de dossiers où quantité de nourriture et de liquide est consignée au dossier / nombre de personnes âgées avec problèmes de nutrition, d'hydratation				
Élimination (constipation) AIN É ES	Nombre de personnes âgées avec problèmes d'élimination identifiés par AIN É ES / nombre total de personnes âgées (P)		Nombre de personnes âgées prenant narcotiques de type opiacés / nombre total de personnes âgées prenant laxatifs (R)		
	Nombre de personnes âgées prenant laxatifs / nombre total de personnes âgées (P)				

Domaines	Dimensions				
	Sécurité	Accès	Efficacité	Soins centrés sur patients/proches	Continuité
Élimination (incontinence) AIN É ES	Nombre de personnes âgées avec problèmes d'incontinence urinaire identifiés par AIN É ES / nombre total de personnes âgées (P)		Nombre de dossiers personnes âgées où type d'incontinence est identifié / nombre total de personnes âgées avec problème d'incontinence (P)		
	Nombre de culottes d'incontinence / personnes âgées / jour / service (S)				
État cognitif / Comportement AINÉ E S	Nombre de personnes âgées avec problème de delirium identifié par AINÉ E S / nombre de personnes âgées, à l'unité (P)		Nombre de personnes âgées avec échelle de dépistage de delirium complétée / nombre total de personnes âgées avec problème identifié par AINÉ E S (P)		
	Nombre de plans de soins où figure information sur prothèses - auditives, - visuelles, - dentaires / nombre total de personnes âgées (P)		Nombre de dossiers avec causes de delirium identifiées / nombre de dossiers avec diagnostic de delirium (P)		

Domaines	Dimensions				
	Sécurité	Accès	Efficacité	Soins centrés sur patients/proches	Continuité
Sommeil AINÉE S	Nombre de personnes âgées avec problèmes d'insomnie identifiés par AINÉE S / nombre total de personnes âgées (P)		Nombre de dossiers avec causes d'insomnie identifiées / nombre total de personnes âgées avec problème identifié par AINÉE S (P)		
	Nombre de personnes âgées avec ordonnance de somnifères / nombre total de personnes âgées (P)				
	Nombre de personnes âgées recevant somnifères après 23 h (P) / nombre total de personnes âgées à l'unité				

Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier

Domaines	Dimensions				
	Sécurité	Accès	Efficacité	Soins centrés sur patients/proches	Continuité
Médication	Nombre de BCM faits à l'admission de personnes âgées / nombre total de personnes âgées admises (P)	Nombre de pharmaciens / volume d'occupation de personnes âgées par service (S)	Nombre de BCM faits lors de transferts intra-hospitaliers des personnes âgées / nombre total des personnes âgées transférées à l'interne (P)	Nombre d'évaluation de la capacité à auto-administration des médicaments chez personnes âgées / nombre total de personnes âgées (P)	Nombre de BCM faits au congé de personnes âgées / nombre total de personnes âgées obtenant leur congé (P)
			Nombre de personnes âgées avec ordonnance de médicaments potentiellement inappropriés / nombre total de personnes âgées ^j (P)		
Équipes multi professionnelles		Nombre de consultations pour personnes âgées en ergo, physio, ts, nutri pharm / nombre total de personnes âgées par service (S)		Nombre de communications ou rencontres avec proches / nombre de personnes âgées (R)	

^j Voir tableau des médicaments potentiellement inappropriés, annexe C

Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier

Domaines	Dimensions				
	Sécurité	Accès	Efficacité	Soins centrés sur patients/proches	Continuité
		Délai moyen de réponse à demande de consultation pour ergo, physio, ts, nutri pharm (S)			Nombre de dossiers personnes âgées avec contact CLSC < 24 heures après l'admission / nombre de personnes âgées avec dossiers ouverts CLSC (P)
Transformation soutenue	Nombre d'infirmières ressources personnes âgées / volume d'occupation personnes âgées par service (S)		Nombre de formations professionnelles sur thème personnes âgées / nombre total de formations offertes (S) Comparer avec le % de personnes âgées dans l'hôpital	Nombre d'heures d'orientation sur thème personnes âgées / nombre total d'heures d'orientation selon catégories de personnel (S)	Nombre d'infirmières différentes dans dossier personnes âgées sur période de 2 semaines, par service. (S)
TRAITEMENT					
Syndrome d'immobilisation A INÉES	Nombre de personnes âgées avec programme de marche inscrit au dossier ≤ 24 heures après l'admission / nombre de personnes âgées ambulantes avant l'hospitalisation / (P)	Nombre de personnes âgées levées ou aidées pour aller à la toilette / nombre total de personnes âgées (R)	Nombre de personnes âgées qui circulent dans le corridor / nombre de personnes âgées (P)		

Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier

Domaines	Dimensions				
	Sécurité	Accès	Efficacité	Soins centrés sur patients/proches	Continuité
	Nombre de personnes âgées levées au fauteuil ≤ 24 heures après l'admission / nombre total de personnes âgées (P)	Nombre de personnes âgées habillées (seules ou avec aide) ≤ 72 heures / nombre total de personnes âgées par unité (R)	Nombre de personnes âgées qui mangent assises au fauteuil / nombre total de personnes âgées par unité (R)		
Intégrité de la peau A I N ÉES	Nombre de personnes âgées avec programme de mobilisation / nombre de personnes âgées avec plaies (R)		Nombre de personnes âgées avec diète spécifique / nombre de personnes âgées avec plaies (R)		
Nutrition Hydratation A I N ÉES	Nombre de personnes âgées qui mangent assises au fauteuil / nombre total de personnes âgées par unité (R)		Nombre de dossiers avec plan nutritionnel / nombre de personnes âgées avec échelle d'évaluation appliquée (P)	Nombre de familles qui apportent repas, collations de la maison / nombre de personnes âgées par unité (R))	
	Nombre de dossiers personnes âgées où 2 prises de poids sont consignées pour séjour de 7 jours et + / nombre de personnes âgées avec séjour de 7 jours et + (P)		Nombre de dossiers où bilan alimentaire est consigné / nombre de personnes âgées avec problème de nutrition, déshydratation (P)		

Domaines	Dimensions				
	Sécurité	Accès	Efficacité	Soins centrés sur patients/proches	Continuité
Élimination (constipation) AIN É ES			Nombre de personnes âgées avec protocole d'élimination mis en place / nombre de personnes âgées avec problème de constipation (P)		
Élimination (incontinence) AIN É ES			Nombre de personnes âgées avec programme d'élimination / nombre de personnes âgées avec problème d'incontinence (P)		
État cognitif / Comportement AINÉ E S			Durée moyenne des delirium / nombre total de delirium (R)	Nombre de familles personnes âgées impliquées / nombre personnes âgées avec diagnostic de delirium (R)	
Sommeil AINÉE S	Révisions des plans de travail des employés de nuit pour éviter le réveil la nuit (S)		Durée de la sieste de jour / nombre de personnes âgées avec problèmes d'insomnie (R)	Nombre de personnes âgées qui reçoivent médication après 23 h / nombre total de personnes âgées (R)	
Médication			Nombre de dossiers personnes âgées avec ordonnance de médicaments potentiellement inappropriés / nombre personnes âgées avec chirurgie (P)	Nombre de personnes âgées avec auto-administration médicaments ≥ 72 heures avant le congé / nombre total de personnes âgées avec congé (R)	

Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier

Domaines	Dimensions				
	Sécurité	Accès	Efficacité	Soins centrés sur patients/proches	Continuité
Équipes multi professionnelles		Nombre de personnes âgées orientées vers un professionnel autre que médecin ou infirmière / nombre total de personnes âgées admises (P)	Nombre de rencontres d'équipes multi / nombre total de personnes âgées (P)	Nombre de rencontres d'équipes multi incluant le patient/proches / nombre total de personnes âgées (P)	
		Nombre de dossiers avec contact CLSC < 24 heures après l'admission / nombre de personnes âgées avec dossier ouvert au CLSC (P)		Nombre de dossiers où est inscrit niveau d'intervention thérapeutique / nombre total de personnes âgées (P)	
				Nombre de dossiers où est inscrit communication d'informations ou de formation clinique pertinente à personnes âgées/proches / nombre total de personnes âgées par unité (R)	
Transformation soutenue	Nombre de dossiers avec PTI / nombre total de dossiers personnes âgées (P)			Nombre de questionnaires (satisfaction clientèle) remis aux personnes âgées/proches / nombre total de personnes âgées hospitalisées (P)	

Domaines	Dimensions				
	Sécurité	Accès	Efficacité	Soins centrés sur patients/proches	Continuité
PRÉPARATION AU CONGÉ					
	Nombre de personnes âgées orientées au CLSC au congé / nombre total de personnes âgées (P)		Nombre de personnes âgées ambulantes avant l'hospitalisation / nombre de personnes âgées ambulantes au congé (R)		
					Nombre de personnes âgées orientées au CLSC après congé (DSIE complétée) / nombre de personnes âgées suivies par CLSC avant admission / (P)
		Délai moyen de transmission du résumé de dossier (S)			Nombre de résumés de dossiers d'hospitalisation de personnes âgées faits / nombre total de congés de personnes âgées (P)

7. Conclusion : L'urgence d'agir ensemble

Les personnes âgées constituent une proportion significative de la clientèle hospitalisée en soins aigus, et ce pourcentage s'accroîtra de façon constante dans les prochaines décennies. En effet, malgré la réorganisation du réseau vers le virage ambulatoire, ces personnes, en raison de leur vulnérabilité, nécessitent plus souvent d'être hospitalisées lorsqu'elles présentent une maladie aiguë (ou décompensation de leurs problèmes chroniques).

L'hospitalisation est un événement déterminant dans la trajectoire de santé et de vie d'une personne âgée. Le lien entre la perte d'autonomie fonctionnelle, la détérioration de l'état de santé et l'hospitalisation est bien établi dans cette population. Bien souvent, les complications résultent non pas de la maladie qui affecte la personne, mais de la façon dont les soins lui sont dispensés. L'expérience des unités de courte durée gériatriques nous démontre qu'une approche de soins adaptée diminue les conséquences néfastes d'un séjour hospitalier. Cette approche, transposée dans des unités de soins régulières, a été démontrée efficace. Il est maintenant temps de l'implanter dans l'ensemble de l'hôpital **afin d'éviter d'aggraver l'état de santé des aînés qui y transitent.**

Le document présente un cadre de référence fondé sur les données probantes et l'expertise en gériatrie à l'échelle internationale. Il identifie les interventions multidimensionnelles à intégrer dans la pratique quotidienne pour prévenir, détecter précocement et traiter le delirium, le syndrome d'immobilisation et les complications liées à une pharmacothérapie non appropriée, principales causes du déclin fonctionnel. Ces interventions ciblent le maintien des fonctions cognitives et affectives, de la mobilité et de l'autonomie, de la continence, de l'état nutritionnel, de l'intégrité cutanée et du sommeil parallèlement au traitement de l'affection qui a nécessité l'hospitalisation. Ces interventions s'appliquent à l'échelle de l'hôpital, de la salle d'urgence aux unités et services de soins.

Elles se situent sur trois paliers, soit :

- 1) des interventions systématiques simples et efficaces de prévention et de détection précoce de complications chez toute personne âgée hospitalisée;
- 2) des interventions spécifiques, pour les personnes âgées présentant des facteurs de risque de détérioration importants;
- 3) des interventions spécialisées, dans les situations complexes de santé, où sont installés le syndrome d'immobilisation, le delirium ou la dénutrition afin d'en limiter les répercussions.

Pour cibler les éléments d'intervention spécifiques et détecter rapidement les signes d'installation ou la présence de conditions à risque, nous proposons l'outil des signes vitaux gériatriques. Cet outil qui porte l'acronyme **AINÉES**, est issu du Projet interdisciplinaire d'**OPTIM**isation des soins aux personnes **Âgées à l'Hôpital (OPTIMAH)** du Centre hospitalier universitaire de Montréal. Il permet de fournir une vue d'ensemble de la réponse du patient âgé aux soins et traitements dispensés.

La mise en place d'une approche adaptée à la personne âgée hospitalisée représente un grand défi organisationnel car elle nécessite un changement de culture. Il s'agit d'un changement de paradigme où il faut passer d'une approche biomédicale conventionnelle des soins centrée sur l'organe atteint vers une approche centrée sur la personne et orientée sur le maintien de son autonomie fonctionnelle, mesure réelle du succès de notre médecine de pointe.

Les préalables à ce changement de pratique sont nombreux. Mentionnons les suivants :

- Briser les mythes liés à la santé des personnes âgées, tant chez les intervenants et les proches aidants que dans la population générale.
- Compter sur une volonté ferme de la direction et des gestionnaires d'implanter cette transformation et d'en assurer la pérennité par des actions concrètes dans les unités de soins pour soutenir les équipes.
- Valoriser le travail du personnel auprès des personnes âgées.
- Assurer un minimum d'adaptation de l'environnement de soins et de disponibilité d'équipements.
- Mettre à niveau les connaissances des intervenants en santé sur les besoins de la personne âgée hospitalisée, au moyen de la formation continue en cours d'exercice et de l'adaptation des programmes des différentes écoles d'enseignement et facultés formant les professionnels de la santé.
- Développer et rendre accessible du personnel infirmier ressource en soins à la clientèle âgée, comme conseiller expert aux équipes soignantes de base et, ainsi, assurer le transfert des connaissances dans la pratique quotidienne.
- Développer des mesures incitatives pour attirer les résidents en médecine vers la spécialité de gériatrie actuellement en grande pénurie et pour valoriser l'implication de l'ensemble des médecins en faveur d'une bonne prise en charge des personnes âgées hospitalisées.
- Favoriser la collaboration interprofessionnelle dans l'ensemble des services hospitaliers en rendant disponibles les ressources professionnelles qui jouent un rôle important dans l'approche adaptée à cette clientèle.
- Développer un langage commun et des outils de communication efficaces entre tous les acteurs du réseau afin d'assurer une continuité optimale des soins.
- Impliquer les personnes âgées elles-mêmes et leurs proches aidants dans le plan d'intervention individualisé.
- Consolider la continuité des soins et l'intégration des pratiques entre l'hôpital et le réseau de première ligne pour cette clientèle fragile.

De plus, il est impératif d'inclure dans les normes d'agrément des établissements de santé des indicateurs reflétant la qualité des soins aux aînés. Ce document en propose plusieurs qui sont rattachés au cadre de référence.

L'implantation d'une approche adaptée des soins et services à la personne âgée est l'affaire de tous, cliniciens autant que gestionnaires. C'est là une condition essentielle pour rendre nos hôpitaux véritablement accueillants pour les aînés et, ainsi, contribuer au maintien du bien-être de notre population âgée.

8. ANNEXES

ANNEXE A : MEMBRES DU COMITÉ ET GROUPES DE TRAVAIL

Marie-Jeanne Kergoat, M.D., CCFP, FCFP, CSPQ

Géiatre

Chef du département de médecine spécialisée

Institut universitaire de gériatrie de Montréal

Directrice du programme réseau de résidence en gériatrie

Professeur agrégé, Faculté de médecine, Université de Montréal

Monique Bourque, Inf., M.A.

Conseillère clinicienne en soins infirmiers, Centre de santé et de services sociaux

Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke

Conseillère clinicienne en soins infirmiers gériatriques, Centre d'expertise en santé de Sherbrooke

Professeure associée, École des Sciences infirmières, Faculté des Sciences de la Santé

Université de Sherbrooke

Diane Boyer, M.Sc. (Ps-éd), MAP

Coordonnatrice, projet « Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier »

Adjointe administrative, Centre d'expertise sur la santé des personnes âgées et des aidants (CESPA)

Institut universitaire de gériatrie de Montréal

Serge Brazeau, M.D., FRCPC, CSPQ

Interniste-géiatre

Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, Centre de santé et de services sociaux

Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke

Professeur agrégé, Faculté de médecine, Université de Sherbrooke

Céline Crowe, M.D.

Directrice des services professionnels et hospitaliers

Institut universitaire de gériatrie de Montréal

Chargée d'enseignement de clinique, Faculté de médecine, Université de Montréal

Clémence Dallaire, Inf., Ph.D.

Professeur agrégé, Faculté des sciences infirmières, Université Laval

Annik Dupras, M.D., FRCPC, CSPQ

Interniste-géiatre

Membre du service de gériatrie, Centre hospitalier universitaire de Montréal

Professeure adjointe de clinique, Faculté de médecine, Université de Montréal

Coresponsable, projet OPTIMAH du CHUM (OPTIMisation des soins aux personnes Âgées à l'Hôpital)

Suzanne Gilbert, B.Pharm., M.Sc., MAP

Chef du département de pharmacie, Institut universitaire de gériatrie de Montréal

Clinicienne associée, Faculté de pharmacie, Université de Montréal

Lucie Grenier Inf., MAP
Directrice générale adjointe aux affaires cliniques
Centre hospitalier *affilié* universitaire de Québec

Lucille Juneau, Inf., M.Sc.
Adjointe, Direction générale adjointe aux affaires cliniques
Volet qualité et gestion des risques – bonnes pratiques – liens réseau
Centre hospitalier *affilié* universitaire de Québec

Michel Lévesque, Inf., M.Sc., D.S.A.
Directeur des soins infirmiers
Centre de santé et de services sociaux
Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke

Louise Talbot, Inf., Bsc., DAP
Coordonnatrice du Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec
Coordonnatrice du programme vieillissement et gériatrie
Centre hospitalier *affilié* universitaire de Québec

Linda Thibeault, Inf., M.Sc.
Diplôme de deuxième cycle en études interdisciplinaires sur la mort
Conseillère en soins spécialisés en gériopsychiatrie
Institut universitaire de gériatrie de Montréal

Valérie Verdier, Bsc.
Documentaliste
Diplôme de l'Institut national des sciences et techniques de la documentation (INTD) en ressources documentaires et bases de données; spécialité : documentation d'entreprise
Institut universitaire de gériatrie de Montréal

Thien Tuong Minh Vu, M.D., FRCPC, CSPQ
Géiatre
Membre du service de gériatrie, Centre hospitalier universitaire de Montréal (CHUM)
Membre associé, Institut universitaire de gériatrie de Montréal
Professeur adjoint de clinique, Faculté de médecine, Université de Montréal
Coresponsable du projet SAGe (Systématisation de l'Approche Gériatrique) du service de gériatrie du CHUM

ANNEXE B : PROGRAMMES ET ÉTUDES PRÉSENTANT DES INTERVENTIONS PRÉVENTIVES EN MILIEU HOSPITALIER

Études/ Programmes	Type d'unités Nombre de patients	Interventions/Intervenants	Résultats
Yale Geriatric Care Program (1993)	Unités de médecine générale et spécialisée 216 patients âgés de 70 ans ou plus Développer et intégrer une expertise en soins adaptés à la personne âgée dans les soins infirmiers standard	<p>Interventions : Dépistage quotidien : <i>SPICES</i></p> <p>Évaluation et intervention chez les patients présentant une ou plusieurs conditions identifiées par les signes vitaux gériatriques ou étant à risque élevé; en particulier, protocole d'intervention sur : incontinence, delirium, constipation et plaies de pression.</p> <p>Intervenants : Équipe médicale et de soins infirmiers traitante, dont une infirmière ressource en clientèle âgée, issue de cette équipe et formée auprès de la clientèle âgée. Formation longitudinale de ces infirmières ressources en clientèle âgée.</p> <p>L'infirmière ressource en clientèle âgée est présente dans chaque unité avec le mandat d'assurer la mise en place des interventions nécessaires pour prévenir le déclin fonctionnel.</p> <p>Interventions multiprofessionnelles au besoin.</p> <p>L'équipe de consultation spécialisée en gériatrie (gériatre et infirmière clinicienne spécialisée en clientèle âgée, plus autres intervenants au besoin) fait une tournée 2 fois par semaine pour une discussion des cas présentant un problème actif ou à risque de détérioration sur le plan des signes vitaux gériatriques. Cette équipe offre aussi de l'enseignement, du soutien et des recommandations d'interventions à l'équipe soignante de base.</p>	<p>Diminution du déclin fonctionnel de 35 % au congé par rapport au groupe contrôle</p> <p>Implication plus fréquente d'une équipe multiprofessionnelle</p> <p>Interventions plus fréquentes pour des soins cutanés</p> <p>Retrait plus rapide des sondes urinaires</p> <p>Prévention des complications gériatriques contribuant à la prévention du déclin fonctionnel</p> <p>Aucune différence de coûts</p>
HELP Hospital Elder Life Program (1999-2000)	Unités de médecine Personne âgée de 70 ans ou plus, sans <i>delirium</i> à l'admission, présentant au moins un des facteurs de risque de <i>delirium</i>	<p>Interventions : Dépistage : Évaluation initiale et au jour 5 des facteurs de risque de déclin cognitif et fonctionnel et évaluation cognitive quotidienne.</p> <p>Interventions sur au moins 3 des 6 facteurs de risque du <i>delirium</i>. Exemples d'interventions : orientation cognitive et activités de stimulation cognitive, mobilisation précoce, correction de la vision et de l'audition, hydratation et assistance à l'alimentation, sommeil favorisé par moyens non pharmacologiques.</p>	<p>Baisse de l'incidence du <i>delirium</i> se situant entre 35 et 73 % selon les études</p> <p>Réduction de la durée du <i>delirium</i></p> <p>Réduction du nombre d'épisodes de <i>delirium</i></p>

Études/ Programmes	Type d'unités Nombre de patients	Interventions/Intervenants	Résultats
	3 études dans des contextes de soins et d'application différents	<p>Incorporer les interventions adaptées aux personnes âgées aux soins standards, à travers l'hôpital pour maintenir les fonctions cognitives et physiques durant l'hospitalisation, maximiser l'autonomie au congé, aider à la transition de l'hôpital au domicile, prévenir les réadmissions non planifiées.</p> <p>Intervenants : Équipe multiprofessionnelle spécialisée en gériatrie ou équipe traitante de base avec équipe consultante spécialisée en gériatrie ou équipe traitante dans unité de gériatrie (selon l'étude).</p> <p>Bénévoles formés</p>	<p>Sommeil : réduction de l'usage de sédatifs/hypnotiques de 43 %</p> <p>Coûts comparables ou moindres selon les études Durée de séjour comparable</p> <p>Diminution de l'usage des contentions physiques et chimiques</p> <p>Satisfaction élevée du personnel soignant et des patients</p>
Use of Acute Confusion Protocole (dérivé du programme HELP)	<p>Tous les patients de 70 ans ou plus admis pendant plus de 24 heures sans barrière linguistique ou signe de sevrage d'alcool</p> <p>Unité de médecine-chirurgie</p> <p>Durée d'observation de 3 ans</p>	<p>Interventions : Application d'un protocole d'intervention sur le maintien de l'orientation et du sommeil par des moyens non pharmacologiques et par une mobilisation précoce.</p> <p>Intervenants : Collaboration interprofessionnelle dans l'application des protocoles (pharmacien, ergothérapeute, physiothérapeute, infirmière, infirmière auxiliaire (<i>nurse aide</i>). Le pharmacien assure une surveillance des médicaments pour éviter l'usage de médicaments inappropriés ou le dosage inadéquat.</p>	<p>Diminution de 25 % du taux de chute (4,8 à 3,6 par 1 000 patients)</p> <p>Diminution de l'usage des contentions de 90 % (8,7 à 0,9 par 1 000 patients)</p> <p>Diminution de plus de 50 % de l'usage de médicaments sédatifs</p> <p>Diminution de 100 % des situations de surveillance continue</p> <p>Effet positif apparu dès la première année et persistant à 3 ans</p>
ACE Acute Care for Elder unit	<p>Unités de médecine standard Personnes âgées de 70 ans ou plus</p> <p>2 études</p>	<p>Interventions : Exporter la philosophie de soins des UCDG vers les soins aigus aux aînés (éviter syndrome dysfonctionnel). Principes d'évaluation gériatrique et amélioration de la qualité</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) environnement adapté; 2) soins multiprofessionnels centrés sur le patient : <ul style="list-style-type: none"> - Évaluation et plan d'intervention interdisciplinaire quotidien : état physique, cognitif et psychosocial - Application des protocoles d'évaluation et d'intervention selon l'état quotidien (orienté sur signes vitaux gériatriques) - préparation précoce du congé en collaboration interprofessionnelle. 	<p>Plus grande amélioration ou stabilisation de l'autonomie aux AVQ durant l'hospitalisation dans le groupe intervention par rapport au groupe contrôle (p=0.0009) surtout sur les plans suivants : hygiène, habillage et mobilité</p> <p>Tendance en faveur de l'amélioration des activités de la vie domestique</p>

Études/ Programmes	Type d'unités Nombre de patients	Interventions/Intervenants	Résultats
		<p>Intervenants : Ratio infirmière et budget idem à unité de médecine régulière.</p> <p>Médecin traitant habituel et équipe de soins infirmiers régulière sans compétence particulière en gériatrie.</p> <p>Infirmière spécialisée en clientèle âgée. Assure la formation du personnel sur les grands syndromes gériatriques; est présente quotidiennement pour revoir l'état fonctionnel des personnes âgées; offre de la consultation au chevet pour les infirmières soignantes (modèle de rôle); participe à la tournée médicale.</p> <p>Gériatre en consultation et en collaboration pour le développement des protocoles de soins.</p>	<p>Diminution du nombre d'orientations en hébergement au congé et à 3 mois</p> <p>Tendance à la baisse de la durée moyenne de séjour</p> <p>Diminution de l'usage des contentions de 66 % et augmentation des interventions en physiothérapie</p> <p>Coûts comparables</p> <p>Les meilleurs résultats sont dus à la différence dans le degré de « spécialisation » des intervenants (formation spécifique en clientèle âgée), et non au nombre d'employés.</p>
Programmes d'exercices en soins aigus			
<p><i>Exercising Body and Mind : An Integrated Approach to Functional Independence in Hospitalized Older People</i></p>	<p>124 patients âgés de 65 ans ou plus admis pour plus de 72 heures</p> <p>Unité de médecine interne</p> <p>Patients exclus si déjà dépendants avant l'hospitalisation ou si trop instables médicalement</p> <p>Durée : 10 semaines</p>	<p>3 composantes à l'intervention</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Programme d'exercices gradué donné par physiothérapeute; 2) Stimulation du patient par toute l'équipe multiprofessionnelle à se mobiliser et à maintenir son autonomie fonctionnelle; implication de la famille; 3) Stimulation cognitive donnée en groupe par une psychologue. <p>Formation donnée au personnel soignant sur l'importance de cette stimulation.</p>	<p>Plus grande amélioration de l'état fonctionnel au congé dans le groupe intervention par rapport au groupe contrôle</p> <p>Diminution de l'incidence du delirium de 45 % (35,5 % à 19,4 %)</p> <p>Diminution du temps passé au lit et augmentation du temps assis et à marcher</p> <p>Tendance non significative en faveur d'une diminution des chutes</p> <p>Aucune différence dans l'orientation au congé ni dans la durée de séjour</p>

Études/ Programmes	Type d'unités Nombre de patients	Interventions/Intervenants	Résultats
<p>Effect of exercise on outcome for older acute medical inpatients compared with control or alternative treatments: a systematic review of randomized controlled trials</p>	<p>Recension des études prospectives aléatoires ou pseudo-aléatoires, contrôlées, comparant exercices à intervention standard, publiées jusqu'en février 2006</p> <p>9 études retenues</p> <p>Patients de 65 ans ou plus, admis aux unités de médecine</p>	<p>3 138 articles revus par 2 réviseurs indépendants. Analyse de qualité.</p> <p>9 études retenues selon critères établis au départ.</p> <p>Méta-analyse selon 2 sous-types d'études : intervention multiprofessionnelle et intervention exercices seulement.</p>	<p>Intervention multiprofessionnelle : Augmentation de la proportion de patients avec congé vers domicile (RR 1,08, NNT 16) Diminution de la durée de séjour de 1,08 jour Diminution des coûts d'hospitalisation (-278,65 \$ US) Pas d'effet significatif sur l'état fonctionnel au congé</p> <p>Intervention exercices Tendance non significative en faveur d'une amélioration fonctionnelle</p> <p>Certains résultats ont été influencés négativement par la grande hétérogénéité des études</p>
<p>Effect of extra walking on the mobility, independence and exercise self-efficacy of elderly hospital in-patients : a pilot study</p>	<p>Patients répartis entre le groupe intervention et le groupe contrôle, selon l'ordre d'admission</p> <p>55 patients âgés de 70 ans ou plus admis dans une unité de médecine</p> <p>Patients évalués à l'admission et au jour 7</p>	<p>Intervention : Supervision ou assistance par l'infirmière pendant la marche, deux fois par jour, 7 jours sur 7; Distance : selon la tolérance du patient, le personnel encourage chaque fois ce dernier à augmenter progressivement la distance parcourue.</p>	<p>Amélioration significative de l'autonomie (<i>Barthel Index</i>) dans le groupe intervention vs le groupe contrôle</p> <p>Amélioration significative de la distance de marche entre le moment de l'admission et le jour 7 dans le groupe intervention comparé au groupe contrôle</p> <p>Distance de marche plus longue de 31,58m dans le groupe intervention par rapport au groupe contrôle au jour 7</p>

Études/ Programmes	Type d'unités Nombre de patients	Interventions/Intervenants	Résultats
Autres programmes			
<p>Outcomes of acutely ill older hospitalized patients following implementation of tailored models of care : A repeated measures (pre- and post-intervention) design <i>Orem self-care model, basé sur ACE et NICHE</i></p>	<p>Étude de cohortes à mesures répétées (<i>Repeated measures design</i>) Patients âgés de 65 ans ou plus admis en soins aigus pour plus de 2 jours</p> <p>Les patients avec démence modérée à sévère sont exclus</p> <p>232 patients avant implantation 56 patients en UCDG et 60 patients en médecine après implantation</p> <p>Unité de courte durée gériatrique et unité de médecine</p>	<p>Intervention : Modèle de soins centrés sur le patient : Interventions éducatives et de soutien auprès des infirmières pour accroître les capacités d'auto-soins du patient.</p> <p>Intervenants : Infirmières permanentes des unités concernées. Agent facilitateur. Équipe locale (<i>Key reference group</i>) en collaboration avec les chercheurs a développé le modèle de soins. Équipe multiprofessionnelle incluant gériatre, présente du lundi au vendredi à l'UCDG. À l'unité de médecine, les professionnels de l'équipe multiprofessionnelle sont disponibles sur demande.</p>	<p>Amélioration fonctionnelle (<i>Barthel</i>) durant l'hospitalisation et au congé. Amélioration plus marquée dans l'unité de médecine qu'à l'UCDG</p> <p>Amélioration de la satisfaction des patients et des soignants dans 4 sphères : soins physiques, soins psychosociaux, ordonnances des médecins, plans de congé. Amélioration plus marquée dans l'unité de médecine qu'à l'UCDG</p> <p>Amélioration des connaissances des patients sur la médication. Amélioration plus marquée dans l'unité de médecine qu'à l'UCDG</p> <p>Tendance non significative en faveur d'une diminution des réadmissions</p>
<p>A multifactorial intervention to reduce prevalence of delirium and shorten length of stay</p>	<p>374 patients âgés de 75 ans ou plus, admis pour plus de 4 jours, présentant des troubles cognitifs connus ou avec une prévalence de <i>delirium</i> à l'admission</p> <p>Les patients pouvaient être transférés physiquement à l'unité de courte durée gériatrique, ou demeurer dans les lits de médecine</p>	<p>Intervention : Amélioration du dépistage, de la prévention et de la prise en charge du <i>delirium</i> : protocole développé avec formation des médecins et infirmières. Identification faite par l'équipe de l'urgence. Implication du triage également.</p> <p>Intervenants : Médecin et équipe de soins infirmiers traitante de l'urgence et des unités. Le médecin initial demeurait le médecin traitant; par conséquent, le gériatre ne s'impliquait pas d'office dans les dossiers.</p>	<p>Baisse du taux de delirium de 21,8% en 9 mois (taux de 40 % préimplantation, 22,7 % à 4 mois, 19,1 % à 9 mois)</p> <p>Baisse de l'usage d'antihistaminiques, de benzodiazépine et d'opiacés</p> <p>Chaque épisode de <i>delirium</i> évité a diminué la durée de séjour de 3,3 jours</p>

Études/ Programmes	Type d'unités Nombre de patients	Interventions/Intervenants	Résultats
	Exclus : les patients déjà en hébergement, les patients admis aux soins intensifs		
<p>Impact of a nurse-driven mobility protocol on functional decline in hospitalized older adults</p> <p>Issu du programme GENESIS (<i>Geriatric friendly Environment through Nursing Evaluation and Specific Intervention for Successful healing</i>)</p>	<p>Étude de cas-contrôle</p> <p>50 patients de 60 ans ou plus, admis en médecine pour plus de 3 jours, sans atteinte physique importante pouvant interférer avec la mobilité, et MMSE≥24</p> <p>Âge moyen de 80,4 ans (62-97 ans) 62 % utilisaient une aide à la marche avant l'admission</p>	<p>Intervention : Protocole de mobilisation par les infirmières qui devaient, pour chaque patient :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Questionner la pertinence du repos au lit; - Évaluer et trouver des solutions aux obstacles à la mobilisation; - S'assurer que les patients marchaient 3 à 4 fois par jour (fait par infirmière auxiliaire) et que le patient était mobilisé au fauteuil pour les repas et pour aller à la toilette. <p>Intervenants : Équipe de soins infirmiers traitante.</p>	<p>Meilleur score d'autonomie fonctionnelle au congé dans le groupe traité (Index de <i>Barthel</i> modifié)</p> <p>Amélioration de la durée de séjour dans le groupe traité (4,96j vs 8,72j)</p> <p>Le groupe avec intervention circulait plus souvent dans le corridor et plus tôt durant le séjour hospitalier (à 2,7j vs 4,9 j)</p>

Sources : Adapté du Tableau résumé des interventions tiré de Dupras, A., & Lafrenière, S. (2007). *Cadre de référence du projet OPTIMAH du Centre hospitalier universitaire de Montréal, 2008-2009*. Montréal : document interne en cours de rédaction.

Ce tableau a été librement inspiré à partir de:

- Chang, E., Hancock, K., Hickman, L., Glasson, J., & Davidson, P. (2007). Outcomes of acutely ill hospitalized patients following implementation of tailored models of care : a repeated measures (pre- and post-intervention) design. *International Journal of Nursing Studies*, 44(7), 1079-1092.
- Counsell, S. R., Holder, C. M., Liebenauer, L. L., Palmer, R. M., Fortinsky, R. H., Kresevic, D. M., et al. (2000). Effects of a multicomponent intervention on functional outcomes and process of care in hospitalized older patients : a randomized controlled trial of Acute Care for Elders (ACE) in a community hospital. *Journal of the American Geriatrics Society*, 48(12), 1572-1581.
- Covinsky, K. E., King, J. T., Jr., Quinn, L. M., Siddique, R., Palmer, R., Kresevic, D. M., et al. (1997). Do acute care for elders units increase hospital costs ? A cost analysis using the hospital perspective. *Journal of the American Geriatrics Society*, 45(6), 729-734.
- de Morton, N., Keating, J. L., & Jeffs, K. (2007). The effect of exercise on outcomes for older acute medical inpatients compared with control or alternative treatments : a systematic review of randomized controlled trials. *Clinical Rehabilitation*, 21(1), 3-16.
- de Morton, N., Keating, J. L., & Jeffs, K. (2007). Exercise for acutely hospitalised older medical patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 1. Art. No.: CD005955. DOI : 10.1002/14651858.CD005955.pub2.
- Gentric, A., Le Deun, P., & S., Estivin. (2007). Prévention du syndrome confusionnel dans un service de médecine interne gériatrique. *Revue de Médecine Interne*, 28(9), 589-593.
- Inouye, S. K., Acampora, D., Miller, R. L., Fulmer, T., Hurst, L. D., & Cooney, L. M., Jr. (1993). The Yale Geriatric Care Program : a model of care to prevent functional decline in hospitalized elderly patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 41(12), 1345-1352.

- Inouye, S. K., Bogardus, S. T., Jr., Baker, D. I., Leo-Summers, L., & Cooney, L. M., Jr. (2000). The Hospital Elder Life Program : a model of care to prevent cognitive and functional decline in older hospitalized patients. Hospital Elder Life Program. *Journal of the American Geriatrics Society*, 48(12), 1697-1706.
- Inouye, S. K., Bogardus, S. T., Jr., Charpentier, P. A., Leo-Summers, L., Acampora, D., Holford, T. R., et al. (1999). A multicomponent intervention to prevent delirium in hospitalized older patients. *New England journal of Medicine*, 340(9), 669-676.
- Inouye, S. K., Wagner, D. R., Acampora, D., Horwitz, R. I., Cooney, L. M., Jr., & Tinetti, M. E. (1993). A controlled trial of a nursing-centered intervention in hospitalized elderly medical patients : the Yale Geriatric Care Program. *Journal of the American Geriatrics Society*, 41(12), 1353-1360.
- Killey, B., & Watt, E. (2006). The effect of extra walking on the mobility, independence and exercise self-efficacy of elderly hospital in-patients : a pilot study. *Contemporary Nurse*, 22(1), 120-133.
- Kratz, A. (2008). Use of the acute confusion protocol : a research utilization project. *Journal of Nursing Care Quality*, 23(4), 331-337.
- Landefeld, C. S., Palmer, R. M., Kresevic, D. M., Fortinsky, R. H., & Kowal, J. (1995). A randomized trial of care in a hospital medical unit especially designed to improve the functional outcomes of acutely ill older patients. *New England journal of Medicine*, 332(20), 1338-1344.
- Mahoney, F. I., & Barthel, D. W. (1965). Functional evaluation : the BARTHEL index. *Maryland State Medical Journal*, 14, 61-65.
- McDowell, J. A., Mion, L. C., Lydon, T. J., & Inouye, S. K. (1998). A nonpharmacologic sleep protocol for hospitalized older patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 46(6), 700-705.
- Mudge, A. M., Giebel, A. J., & Cutler, A. J. (2008). Exercising body and mind : an integrated approach to functional independence in hospitalized older people. *Journal of the American Geriatrics Society*, 56(4), 630-635.
- Naughton, B. J., Saltzman, S., Ramadan, F., Chadha, N., Priore, R., & Mylotte, J. M. (2005). A multifactorial intervention to reduce prevalence of delirium and shorten hospital length of stay. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53(1), 18-23.
- Padula, C. A., Hughes, C., & Baumhover, L. (2009). Impact of a nurse-driven mobility protocol on functional decline in hospitalized older adults. *Journal of Nursing Care Quality*, 24(4), 325-331.
- Palmer, R. M., Landefeld, C. S., Kresevic, D., & Kowal, J. (1994). A medical unit for the acute care of the elderly. *Journal of the American Geriatrics Society*, 42(5), 545-552.
- Rizzo, J. A., Bogardus, S. T., Jr., Leo-Summers, L., Williams, C. S., Acampora, D., & Inouye, S. K. (2001). Multicomponent targeted intervention to prevent delirium in hospitalized older patients : what is the economic value ? *Medical Care*, 39(7), 740-752.
- Rubin, F. H., Williams, J. T., Lescisin, D. A., Mook, W. J., Hassan, S., & Inouye, S. K. (2006). Replicating the Hospital Elder Life Program in a community hospital and demonstrating effectiveness using quality improvement methodology. *Journal of the American Geriatrics Society*, 54(6), 969-974.
- Shah, S., Vanclay, F., & Cooper, B. (1989). Improving the sensitivity of the Barthel Index for stroke rehabilitation. *Journal of Clinical Epidemiology*, 42(8), 703-709.

ANNEXE C : MÉDICAMENTS POTENTIELLEMENT INAPPROPRIÉS EN GÉRIATRIE

MÉDICAMENTS POTENTIELLEMENT INAPPROPRIÉS EN GÉRIATRIE : INDÉPENDAMMENT DES DIAGNOSTICS OU DES CONDITIONS MÉDICALES

Médicament	Motif	Sévérité du risque	Substitutions suggérées
Hypoglycémiant <ul style="list-style-type: none"> Chlorpropamide (Diabinese®) 	Demi-vie longue, accumulation et risque d'hypoglycémie prolongée. Seul agent hypoglycémiant causant SIADH.	élevée	Glyburide (Diabeta®) ou glyclazide (Diamicon®)
Analgésiques opiacés <ul style="list-style-type: none"> Mépidrine (Démérol®) 	N'est pas efficace aux doses communément utilisées. Peut provoquer de la confusion.	élevée	Morphine, codéine ou hydromorphone
<ul style="list-style-type: none"> Pentazocine (Talwin®) 	Analgésique narcotique qui cause le plus d'effets secondaires sur le SNC, incluant confusion, hallucinations. De plus, est un agoniste antagoniste.	élevée	Morphine, codéine ou hydromorphone
<ul style="list-style-type: none"> Propoxyphène (Darvon-N®, 642®) 	Offre peu d'avantages sur l'acétaminophène en ayant les effets secondaires des autres opiacés.	faible	Acétaminophène
Sédatifs – hypnotiques <ul style="list-style-type: none"> Flurazépam (Dalmane®) 	Demi-vie extrêmement longue (souvent en jours), produisant une sédation prolongée et augmentant l'incidence de chutes et de fractures.	élevée	Benzodiazépines à action courte ou intermédiaire Lodazepam (Serax®, Ativan®)
<ul style="list-style-type: none"> Benzodiazépines à longue action : Chlordiazépoxyde (Librium®), diazépam (Valium®), Chlorazépate (Tranxene®) 	Demi-vie extrêmement longue (souvent en jours), produisant une sédation prolongée et augmentant l'incidence de chutes et de fractures.	élevée	Benzodiazépines à action courte ou intermédiaire
<ul style="list-style-type: none"> Doses maximales de bzd : lorazépam (Ativan®) 3 mg; oxazépam (Serax®) 60 mg; Alprazolam (Xanax®) 2 mg; Temazépam (Restoril®) 15 mg et Triazolam (Halcion®) 0,25 mg. 	En raison de la sensibilité élevée des personnes âgées aux benzodiazépines, des doses plus faibles peuvent être efficaces et plus sécuritaires. Les doses quotidiennes totales devraient rarement excéder ces doses maximales suggérées.	élevée	Utiliser des doses inférieures à celles précisées

Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier

Médicament	Motif	Sévérité du risque	Substitutions suggérées
<ul style="list-style-type: none"> Tous les barbituriques (excepté phénobarbital), sauf pour usage dans épilepsie 	Créent une forte dépendance et provoquent plus d'effets secondaires que la plupart des sédatifs ou des hypnotiques chez les patients âgés.	élevée	
Antidépresseurs <ul style="list-style-type: none"> Amitriptyline (Élavail®) Doxépine (Sinéquan®) 	Propriétés anticholinergiques et sédatives sévères.	élevée	ISRS
<ul style="list-style-type: none"> Fluoxétine die (Prozac®) 	Demi-vie longue et risque de produire une stimulation excessive du SNC, troubles du sommeil, augmentation de l'agitation.	élevée	Autres ISRS
<ul style="list-style-type: none"> Amphétamines (excluant méthylphénidate et anorexigènes) 	Effets stimulants sur le SNC. Méthylphénidate (Ritalin®) peut être utile en début de réadaptation.	élevée	
Antihypertenseurs <ul style="list-style-type: none"> Méthyl dopa (Aldomet®) 	Peut causer bradycardie et exacerber la dépression.	élevée	
<ul style="list-style-type: none"> Réserpine doses > 0,25 mg 	Peut induire dépression, impuissance, sédation et hypotension orthostatique.	faible	
<ul style="list-style-type: none"> Clonidine (Catapress®) 	Potentiel de provoquer hypotension orthostatique et effets secondaires sur SNC.	faible	
<ul style="list-style-type: none"> Nifédipine courte action (Adalat®) 	Potentiel d'hypotension et de constipation.	élevée	
Anticholinergiques et antihistaminiques <ul style="list-style-type: none"> Chlorphéniramine (Chlortripon®); Diphenhydramine (Bénadryl®); Hydroxyzine (Atarax®); Cyproheptadine (Periactin®); Prométhazine (Phénergan®); 	Les antihistaminiques peuvent avoir de puissantes propriétés anticholinergiques.	élevée	Antihistaminiques de nouvelle génération Loratadine (Claritin®), Desloratadine (Aerius®) etc...
<ul style="list-style-type: none"> Diphenhydramine (Bénadryl®). 	Peut causer confusion et sédation. Ne devrait pas être utilisé comme hypnotique; pour traiter une réaction allergique urgente, utiliser la plus faible dose possible.	élevée	
AINS non sélectif sur COX avec longue demi-vie et utilisés à long terme		élevée	Celecoxib (Celebrex®) Courte période

Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier

Médicament	Motif	Sévérité du risque	Substitutions suggérées
<ul style="list-style-type: none"> Naprosyn (Naproxen®), Piroxicam (Feldene®) 	Ont le potentiel de produire des saignements GI, insuffisance rénale, pression artérielle élevée et insuffisance cardiaque.		
<ul style="list-style-type: none"> Kétorolac (Toradol) 	Utilisation à court et long termes devrait être évitée car un nombre significatif de personnes âgées ont des conditions pathologiques GI asymptomatiques.	élevée	
<ul style="list-style-type: none"> Indométhacine (Indocid et Indocid SR®) 	De tous les AINS disponibles, ce médicament produit le plus d'effets secondaires sur le SNC.	élevée	
Antiarythmiques <ul style="list-style-type: none"> Disopyramide (Rythmodan et Rythmodan LA®) 	De tous les antiarythmiques, il s'agit du plus puissant inotrope négatif et, par conséquent, il peut induire une insuffisance cardiaque. Il est également fortement anticholinergique.	élevée	
<ul style="list-style-type: none"> Amiodarone (Cordarone®) 	Associé à des problèmes de l'intervalle QT et risque de provoquer des torsades de pointe. Manque d'efficacité chez les personnes âgées.	élevée	
Antispasmodiques GI <ul style="list-style-type: none"> Dicyclomine (Bentylol®), belladone, clidinium (dans Librax, Chlorax®), hyoscyamine (Cystospaz® Levsin®), propanthéline 	Ces médicaments antispasmodiques sont hautement anticholinergiques et ont une efficacité incertaine. Devraient être évités, spécialement pour un usage prolongé.	élevée	
Antispasmodiques génito-urinaire <ul style="list-style-type: none"> Oxybutinine courte action (Ditropan®) 	Activité anticholinergique,	élevée	Toltérodine LA (Détrol LA®), Oxybutinine longue action (Ditropan XL®) Oxybutinine timbre (Oxytrol®) Trospium (Trosec®) Solifenacine (Vesicare®)
Relaxants musculaires <ul style="list-style-type: none"> Orphénadrine (Norflex®) 	Provoque plus de sédation et d'effets anticholinergiques que des solutions de remplacement plus sécuritaires.	élevée	Méthocarbamol (Robaxin®), un peu plus sécuritaire

Médicament	Motif	Sévérité du risque	Substitutions suggérées
<ul style="list-style-type: none"> Cyclobenzaprine (Flexeril®), 	Somnolence, étourdissements, effets anticholinergiques.	élevée	Méthocarbamol (Robaxin®), un peu plus sécuritaire
Autres <ul style="list-style-type: none"> Laxatifs stimulants en usage prolongé : bisacodyl (Dulcolax®), cascara sagrada, sauf si usage concomitant d'opiacés 	Peuvent exacerber le dysfonctionnement intestinal.	élevée	
<ul style="list-style-type: none"> Nitrofurantoin (Macrochantin®) 	Potentiel d'insuffisance rénale. Des solutions de remplacement plus sécuritaires sont disponibles.	élevée	
<ul style="list-style-type: none"> Doxazosin (Cardura®) 	Potentiel d'hypotension orthostatique, sécheresse buccale et problèmes urinaires.	faible	
<ul style="list-style-type: none"> Métyltestostérone (Android®) 	Potentiel d'hypertrophie prostatique et de problèmes cardiaques.	élevée	
<ul style="list-style-type: none"> Thioridazine (Mellaril®) 	Plus grand potentiel d'effets secondaires sur le SNC et d'effets extrapyramidaux	élevée	
<ul style="list-style-type: none"> Huile minérale 	Potentiel d'aspiration et effets secondaires. Des solutions de remplacement plus sécuritaires sont disponibles.	élevée	
<ul style="list-style-type: none"> Cimétidine (Tagamet®) 	Effets secondaires sur le SNC, incluant confusion.	faible	
<ul style="list-style-type: none"> Acide éthacrynique (Edecrin®) 	Potentiel d'hypertension et de débalancement liquidien. Des solutions de remplacement plus sécuritaires sont disponibles.	faible	
<ul style="list-style-type: none"> Thyroides dessiqués 	Effets cardiaques possibles. Des solutions de remplacement plus sécuritaires sont disponibles.	élevée	
<ul style="list-style-type: none"> Estrogène seul 	Évidence de potentiel cancérogène (cancer du sein et de l'endomètre) et manque d'effet cardioprotecteur chez les femmes âgées.	faible	

Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier

Médicament	Motif	Sévérité du risque	Substitutions suggérées
<ul style="list-style-type: none"> Guanethidine (Ismelin®) 	Peut causer l'hypotension orthostatique. Des solutions de remplacement plus sécuritaires sont disponibles.	élevée	
<ul style="list-style-type: none"> Guandrel (Hylorel®) 	Peut causer hypotension orthostatique.	élevée	
<ul style="list-style-type: none"> Isoxuprine (Vasodilan®) 	Manque d'efficacité.	faible	
<ul style="list-style-type: none"> Triméthobenzamide (Tigan®) 	Un des meilleurs médicaments antiémétiques, il peut causer des effets secondaires extrapyramidaux.	élevée	
<ul style="list-style-type: none"> Meprobamate (Équanil®) 	Médicament sédatif anxiolytique à potentiel de dépendance élevé. Ceux qui l'utilisent à long terme peuvent devenir dépendants et nécessiter un sevrage lent.	élevée	
<ul style="list-style-type: none"> Digoxin (Lanoxin®) ne devrait pas excéder une dose > 0,125 mg / jour sauf dans le traitement des arythmies auriculaires 	Une clairance rénale diminuée peut augmenter le risque d'effets toxiques.	faible	
<ul style="list-style-type: none"> Dipyridamole à courte action (Persantin®). Ne pas considérer dipyridamole à longue action (il a de meilleures propriétés que la courte action chez les adultes âgés) excepté chez les patients avec valves cardiaques artificielles 	Peut causer de l'hypotension orthostatique.	faible	
<ul style="list-style-type: none"> Mésylates d'ergoloïdes (Hydergine®) et cyclandelate (Cyclospasmo®) 	N'ont pas démontré d'efficacité aux doses étudiées.	faible	
<ul style="list-style-type: none"> Sulfate ferreux > 325 mg / jour 	Doses inférieures à 325 mg / jour n'augmentent pas suffisamment la quantité absorbée mais augmentent grandement l'incidence de constipation.	élevée	

Source : Ce tableau a été reproduit, adapté et traduit de l'anglais avec la permission de l'éditeur American Medical Association à partir des tableaux 1 et 3 situés aux pages 2719-2720 et 2722 de l'article publié dans Archives of Internal Medicine, 163 (22), Fick, D. M., Cooper, J. W., Wade, W. E., Waller, J. L., & Maclean, J. R., Updating the Beers criteria for potentially inappropriate medication use in older adults : results of a US consensus panel of experts, 2716-2724, Copyright © (2004) American Medical Association. Tous droits réservés. Toute reproduction ultérieure est interdite sans la permission de l'American Medical Association.

ANNEXE D : NORMES DE CONSTRUCTION BONIFIÉES POUR LA CLIENTÈLE ÂGÉE

NORMES DE CONSTRUCTION BONIFIÉES POUR LA CLIENTÈLE ÂGÉE

Signalisation

- Toujours installer les panneaux indicateurs, à une hauteur de 90 à 140 cm du sol, car les personnes âgées, souvent courbées, ont de la difficulté à diriger leur regard vers le haut.
- Recourir aux symboles universels pour indiquer les toilettes, par exemple (Se référer au *The International Symbol of Access*).
- Toujours utiliser les mêmes couleurs et les mêmes formes dans les panneaux indicateurs pour faciliter la compréhension.
- Utiliser une taille de caractères d'au moins 16 mm sur les petites affiches et d'au moins 4 cm sur les grosses affiches. Le type de police recommandé est *Helvetica*. Selon les milieux, un taux élevé de personnes âgées ont des difficultés à comprendre la signalisation en raison d'une faible scolarité, de différences culturelles et, parfois, de difficultés cognitives.
- Installer les comptoirs d'information à une hauteur d'environ 84 cm du sol afin de faciliter l'accès aux personnes âgées qui utilisent une marchette ou un fauteuil roulant.

Corridors

- Aménager davantage de salles de rangement pour le matériel (fauteuils roulants, lève-personnes, marchettes...) afin de désencombrer les corridors et de faciliter la circulation.
- Installer des interrupteurs lumineux pour favoriser le repérage.
- Peindre les murs avec des couleurs chaudes et mates, qui sont plus faciles à discerner et réduisent les éblouissements et les reflets.
- Éviter les papiers peints imprimés qui peuvent causer des problèmes de perception, d'illusion.
- Choisir des couleurs contrastantes pour le mur et le plancher afin de bien délimiter les surfaces.
- Utiliser des couleurs contrastantes pour les mains courantes et le mur afin de bien délimiter les surfaces.

NORMES DE CONSTRUCTION BONIFIÉES POUR LA CLIENTÈLE ÂGÉE

- Installer, sur les deux côtés du corridor, des mains courantes à une hauteur de 85 cm du sol. Les mains courantes devraient avoir un diamètre de 4 à 5 cm avec une texture antidérapante et supporter une pression de 2 kN.
- Utiliser des poignées de porte de type "bec de cane" de préférence aux poignées rondes traditionnelles. (Requièrent moins de force, ne nécessitent pas de rotation du poignet et peuvent s'ouvrir d'une seule main).
- Choisir des revêtements de plancher qui absorbe le bruit et qui sont peu glissants. (Ex. : revêtement de vinyle)
- Prévoir les aménagements suivants :
 - Largeur de corridor de 1 m 50 à 1 m 80 pour permettre à 2 fauteuils roulants de se croiser.
 - Éclairage naturel pour éviter les éblouissements ou reflets. Éviter les éclairages dirigés et les zones d'ombres.
 - Éclairage de nuit dans tous les corridors et, surtout, près des salles de toilette pour faciliter l'orientation et diminuer les risques de chute.
 - Fenêtres coulissantes (requièrent moins de force), plutôt que des fenêtres à guillotine ou à manivelle.
 - Portes insonorisantes dont le mécanisme de fermeture retient la porte pendant 4 à 6 secondes, ce qui laisse suffisamment de temps aux personnes à mobilité réduite pour la franchir.
 - Portes faciles à ouvrir : au plus 3,6 kg lorsqu'on doit tirer et 6,3 kg lorsqu'on doit les pousser.
 - Mains courantes qui se rattachent au mur lorsqu'elles se terminent ou lorsqu'elles arrivent à l'intersection d'une porte.

Les toilettes publiques

PERSONNES À MOBILITÉ RÉDUITE (AVEC FAUTEUIL ROULANT OU MARCHETTE) :

- Installer des crochets pour manteaux à l'intérieur de la cabine de toilette à une hauteur maximale de 1,4 mètre du sol.
- Placer le lavabo à une hauteur de 80 à 86 cm du sol. S'assurer de la présence d'un dégagement sous le lavabo de 68 cm de hauteur sur 27 cm de profondeur.

NORMES DE CONSTRUCTION BONIFIÉES POUR LA CLIENTÈLE ÂGÉE

- Choisir un revêtement de plancher non glissant et sans reflet. Éviter la céramique.
- Prévoir les aménagements suivants :
 - Toilette réservée aux personnes en fauteuil roulant ou utilisant une marchette. S'assurer que cette toilette ait une dimension de 1,5 m sur 1,5 m pour permettre à un fauteuil roulant et à une personne aidante d'y entrer facilement. La porte de la toilette doit avoir une largeur d'au moins 81 cm et s'ouvrir vers l'extérieur.
 - Déclenchement automatique de la chasse d'eau ou installation d'une longue poignée dépassant le réservoir d'eau. S'assurer de l'accès facile au papier hygiénique.
 - Installation d'un distributeur de serviettes en papier et autres commodités à une hauteur maximale de 1,2 m du sol, accessible pour une personne en fauteuil roulant.
 - Sèche-mains avec un mécanisme de marche-arrêt automatique.
 - Éclairage en permanence, même la nuit.

PERSONNE AYANT UNE BONNE MOBILITÉ :

- S'assurer que les cabines de toilettes soient d'une dimension de 94 cm à 1,2 m et que leurs portes s'ouvrent vers l'extérieur pour être plus accessibles.
- S'assurer que la hauteur de la toilette se situe entre 43 et 45 cm du sol, pour diminuer les difficultés à s'asseoir. S'assurer également que le centre de la toilette soit à 45 cm du mur où la barre d'appui est installée.
- Placer les urinoirs pour hommes à une hauteur de 45 cm du sol (sans palier ou marche à monter) afin de faciliter l'accès et de réduire les risques de chute.
- Prévoir l'installation de barres d'appui qui peuvent supporter une force de 2 kN, afin de faciliter les transferts sécuritaires à la toilette. Voir les suggestions ci-dessus :
 - Utiliser une barre d'appui de 60 cm de longueur, fixée au mur diagonalement : l'extrémité la plus basse étant la plus près de la toilette. Il doit y avoir un espace de 10 cm entre la toilette et la barre d'appui.

NORMES DE CONSTRUCTION BONIFIÉES POUR LA CLIENTÈLE ÂGÉE

- Installer une barre d'appui de 90 cm de longueur en forme de « L », adjacente à la toilette.
- En l'absence de mur adjacent, utiliser des barres d'appui escamotables (que l'on peut baisser ou lever à volonté, fixées sur le mur arrière).
- Prévoir aussi les aménagements suivants :
 - Poignée en forme de « D » installée horizontalement à l'intérieur de la porte; ce type de poignée est plus facile à manipuler pour les personnes dont la dextérité est diminuée.
 - Support dorsal pour les toilettes n'ayant pas de réservoir d'eau afin d'éviter les bascules.
 - Robinets à longs manches pour faciliter la manipulation, dans toutes les salles de toilette.

Le hall d'entrée

- Créer un changement graduel de la luminosité pour les personnes arrivant de l'extérieur dans le but de diminuer l'éblouissement.
- Installer des auvents et des abris à chaque entrée.
- Installer un éclairage plus intense dans chaque entrée.
- Installer des comptoirs d'information à une hauteur de 85 cm du sol afin de faciliter l'accès aux personnes âgées qui utilisent une marchette ou un fauteuil roulant.
- Prévoir les aménagements suivants :
 - Dans les entrées principales, un espace spécifique pour entreposer des fauteuils roulants ou autres aides à la marche afin d'en faciliter l'accessibilité tout en diminuant l'encombrement.
 - Ascenseur près des entrées accessible aux personnes en fauteuil roulant ou à mobilité réduite.
 - Téléphones publics à chaque entrée avec au moins un téléphone accessible pour les personnes en fauteuil roulant ou à mobilité réduite. Ce téléphone doit être installé à une hauteur de 1.4 m du sol, à une distance de 80 cm ou moins du téléphone voisin; le fil relié au combiné aura une longueur d'au moins 1 m.

NORMES DE CONSTRUCTION BONIFIÉES POUR LA CLIENTÈLE ÂGÉE

- Sièges pour permettre de s'asseoir et d'adapter sa vision au changement de lumière.

Les escaliers

- Éviter les longs escaliers; prévoir environ 10 marches par palier et un banc escamotable à chaque palier.
- Rallonger de 30 cm les mains courantes à chaque extrémité des escaliers pour offrir plus de stabilité.

Les ascenseurs

- Installer des ascenseurs parlants qui annoncent chaque étage avant l'ouverture des portes.
- Sur les trois murs de l'ascenseur, prévoir des mains courantes installées à une hauteur de 85 cm à 1 m du sol.
- Prévoir les aménagements suivants :
 - Une aire d'attente (de 1,6m sur 1,6m) devant chaque ascenseur de manière à ne pas gêner la circulation. L'ouverture des portes devraient mesurer au moins 81 cm. La réouverture automatique devrait être assurée par un œil magique.
 - À l'**extérieur** de l'ascenseur, un bouton d'appel, installé à une hauteur de 1,2 mètre du sol, d'une dimension de 18 mm sur 16 mm. Les caractères ou symboles seront surélevés de 1 mm, et ce, toujours avec une combinaison de couleur contrastante.
 - À l'**intérieur** de l'ascenseur, deux panneaux de boutons d'appel (un de chaque côté des portes), installé à une hauteur de 90 cm à 1,5 m du sol. Les boutons d'appel doivent avoir une hauteur de 4 cm, des caractères ou symboles surélevés de 1 mm, et ce, toujours avec une combinaison de couleur contrastante.

NORMES DE CONSTRUCTION BONIFIÉES POUR LA CLIENTÈLE ÂGÉE

Salle d'urgence

- Créer une démarcation claire entre les différentes zones fonctionnelles au moyen de couleurs, ou d'aménagement physique afin de faciliter l'orientation.
- Aménager un espace plus sécuritaire dans la salle d'urgence (près du poste de triage) pour les personnes désorientées. Installer un système antifugue que l'on peut activer au besoin à l'aide d'un bracelet magnétique.
- Prévoir les aménagements suivants :
 - Panneaux électroniques à gros chiffres pour appeler les patients.
 - Fauteuils fixes ou des chaises de 45 à 47 cm de hauteur et de 45 à 50 cm de profondeur. Opter pour des modèles à coussins fermes et à support lombaire avec appuie-bras aussi long que le siège. Idéalement, le siège sera légèrement incliné vers l'avant pour faciliter le passage de la position assise à debout.
 - Tables solides, à quatre pattes, aux coins arrondis, à surface mate avec rebords de couleur contrastante.
 - Tables de traitements à hauteur réglable et pouvant s'abaisser jusqu'à 45 cm du sol au moins.

Chambres des unités de soins :

- Prévoir les aménagements suivants :
 - Interphone que l'on peut éteindre à volonté, relié à un système de téléavertisseur, afin de diminuer les bruits et d'informer plus rapidement le personnel soignant.
 - Sur l'unité, des bains et douches accessibles pour les personnes utilisant une marchette ou un fauteuil roulant. Le fond des bains et douches doit avoir un recouvrement antidérapant pour éviter les chutes. La robinetterie de la douche et du bain doit être accessible et manipulable d'une seule main.
 - Dans l'unité de soins, des douches plain-pied dont les trois côtés intérieurs sont munis de barres d'appui. Idéalement, la douche sera assez grande pour recevoir une chaise de baignoire. (Éviter la céramique.)
 - Barres d'appui dans chaque salle de bain afin de favoriser l'autonomie et les transferts sécuritaires. Voir les suggestions ci-dessus.

NORMES DE CONSTRUCTION BONIFIÉES POUR LA CLIENTÈLE ÂGÉE

- Porte rouleau facile d'accès (à une hauteur de 48 cm du sol), légèrement devant la toilette, sur le mur adjacent.
- Dans quelques chambres de l'unité et dans toutes les chambres des soins intensifs, des lève-personnes sur rail pour faciliter les transferts sécuritaires des personnes alitées.
- Autour du lit, assez d'espace pour qu'une personne en fauteuil roulant puisse y circuler (au minimum 1,5 m).
- La possibilité d'aménager de petits postes infirmiers satellites près de la clientèle confuse et agitée.

Espaces extérieurs

RAMPES D'ACCÈS ET TROTTOIRS :

- S'assurer que les surfaces des trottoirs et les rampes d'accès soient fermes et résistantes pour faciliter la marche et la circulation en fauteuil roulant.
- S'assurer que les trottoirs dont la pente est de 5 % ou plus, soient munis d'une main-courante sur un côté pour augmenter la sécurité des personnes âgées.
- Prévoir les aménagements suivants :
 - Trottoirs d'au moins 1,62 mètre de largeur afin de permettre à deux personnes en fauteuil roulant de pouvoir se croiser.
 - Davantage d'espace dans les courbes des trottoirs pour permettre aux personnes circulant en fauteuil roulant ou avec une marchette de tourner plus facilement.
 - Des rampes d'accès ayant la même largeur que les paliers auxquels elles sont reliées.

NORMES DE CONSTRUCTION BONIFIÉES POUR LA CLIENTÈLE ÂGÉE

STATIONNEMENTS :

- S'assurer que l'inclinaison des pentes n'excède pas le ratio de 1 : 20 (1 m d'inclinaison pour 20 m de longueur) afin de diminuer les pertes d'équilibre, les risques de chute et faciliter l'utilisation d'un fauteuil roulant.
- Aménager des trottoirs couverts qui relient les stationnements aux entrées principales pour protéger la personne âgée des mauvaises conditions climatiques.
- S'assurer que la surface de la chaussée soit plane avec peu de dénivellation. Elle doit être asphaltée pour faciliter la marche et l'utilisation d'un fauteuil roulant.
- Prévoir les aménagements suivants :
 - Près de chaque entrée, des espaces de stationnement réservés aux détenteurs de vignette pour personne handicapée avec symbole international d'accessibilité. Chaque espace doit avoir une largeur de 3,9 m et être situé sur une surface plane afin de faciliter les transferts du véhicule au fauteuil roulant et vice-versa.
 - À proximité des entrées principales et de la salle d'urgence, une aire d'arrivée couverte pour les automobiles, taxis, autobus.
 - Des guichets de paiement automatisé, faciles à utiliser (en un minimum d'étapes) et parlants.

Sources :

- Alexander, N. B., Koester, D. J., & Grunawalt, J. A. (1996). Chair design affects how older adults rise from a chair. *Journal of the American Geriatrics Society*, 44(4), 356-362.
- Barrick, C., Karuza, J., & Levitt, J. (1999). Impacting quality : assessment of a hospital-based geriatric acute care unit. *American Journal of Medical Quality*, 14(3), 133-137.
- Brawley, E. C. (2001). Environmental design for Alzheimer's disease : a quality of life issue. *Aging & Mental Health*, 5 (Suppl 1), S79-83.
- Douglas, C. H., & Douglas, M. R. (2004). Patient-friendly hospital environments : exploring the patients' perspective. *Health Expectations*, 7(1), 61-73.
- Dvorsky, T., & Pettipas, J. (2005). Elder-Friendly design interventions : acute care hospitals can learn from long-term care residences. *Implications*, 2(7), 1-5. En ligne. http://www.informedesign.umn.edu/_news/aug_v02-p.pdf (Consulté le 22 juin 2009)
- Horsburgh, C. R., Jr. (1995). Healing by design. *New England Journal of Medicine*, 333(11), 735-740.
- Judge, F., & McClusky, J. (1996). Bathing and toileting equipment for the elderly. *British Journal of Therapy and Rehabilitation*, 3(3), 128-134.
- Malassigne, P., Sanford, J., Cors, M., Kartes, S., La Favor, K., & Bostrom, J. (2003). From the drawing board. *Rehab Management*, 16(8), 34-41.
- O'Keefe, J. (2004). Creating a senior-friendly physical environment in our hospitals. *Geriatrics Today : Journal of the Canadian Geriatrics Society*, 7(2), 49-52.
- Palmer, R. M. (1995). Acute hospital care of the elderly : minimizing the risk of functional decline. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, 62(2), 117-128.
- Parke, B., & Brand, P. (2004). An Elder-Friendly Hospital : translating a dream into reality. *Canadian Journal of Nursing Leadership*, 17(1), 62-76.
- Parke, B., & Friesen, K. (2007). *Code plus : physical design components for an elder friendly hospital*. En ligne. Surrey: Fraser Health Authority, 63 p. <http://www.fraserhealth.ca/media/CodePlus%20-%20Physical%20Design%20Components%20for%20an%20Elder%20Friendly%20Hospital.pdf> (Consulté le 22 juin 2009)
- Tijunelis, M. A., Fitzsullivan, E., & Henderson, S. O. (2005). Noise in the ED. *American Journal of Emergency Medicine*, 23(3), 332-335.
- Topf, M. (2000). Hospital noise pollution : an environmental stress model to guide research and clinical interventions. *Journal of Advanced Nursing*, 31(3), 520-528.
- Tsomides, C. L. (1990). Facility design with the elderly in mind. *Journal of Ambulatory Care Management*, 13(2), 59-67.
- Watson, W. T., Marshall, E. S., & Fosbinder, D. (1999). Elderly patients' perceptions of care in the emergency department. *Journal of Emergency Nursing*, 25(2), 88-92.
- Wilber, S. T., Burger, B., Gerson, L. W., & Blanda, M. (2005). Reclining chairs reduce pain from gurneys in older emergency department patients : a randomized controlled trial. *Academic Emergency Medicine*, 12(2), 119-123.
- Williams, M. A. (1989). Physical environment of the intensive care unit and elderly patients. *Critical Care Nursing Quarterly*, 12(1), 52-60.

ANNEXE E : LISTE DE SIGLES ET ABRÉVIATIONS

AVQ : Activités de la vie quotidienne

AVQ-AVD : Activités de la vie quotidienne et de la vie domestique

ACE: Acute Care for Elder Units

ASSS : Agence de la santé et des services sociaux

CESPA : Centre d'expertise sur la santé des personnes âgées et des aidants

CSSS : Centre de santé et de services sociaux

CHSLD : Centre hospitalier de soins de longue durée

CHUM : Centre hospitalier universitaire de Montréal

CLSC : Centre local de services communautaires

CAM : Confusion Assessment Method

DRMG : Département régional de médecine générale

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

EQLA : Enquête québécoise sur les limitations d'activités

DSIE : Demande de services interétablissement

GMF : Groupes de médecine familiale

HARP : Hospital Admission Risk Profile

HELP : Hospital Elder Life Program

ISAR : Identification systémique des aînés à risque

IUGM : Institut universitaire de gériatrie de Montréal

IOM : Institute of Medicine

OÉMC : Outil d'évaluation multiclientèle

MSSS : ministère de la Santé et des Services sociaux

OPTIMAH : OPTIMisation des soins aux personnes Âgées à l'Hôpital

OIIQ : Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

PPALV : Personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement

PII : Plan d'Intervention interdisciplinaire

PTI : Plan thérapeutique infirmier

POR : Pratiques organisationnelles requises

PRISMA : Programme de recherche sur l'intégration des services de maintien de l'autonomie

RUIS : Réseau universitaire intégré de santé

SHERPA : Score hospitalier d'évaluation du risque de perte d'autonomie

UCDG : Unités de courte durée gériatriques

APPENDICE

Les signes vitaux gériatriquesⁱ

(Lafrenière S.ⁱⁱ, Dupras A.ⁱⁱⁱ)

Approche **OPTIMAH**

(**OPTIM**isation des soins aux personnes **Â**gées à l'**H**ôpital)

Centre hospitalier universitaire de Montréal

1. CONTEXTE DE DÉVELOPPEMENT

L'amélioration et la systématisation de l'approche de soins aux personnes âgées est une préoccupation du CHUM depuis de nombreuses années. En août 2007, la direction du CHUM a mandaté un médecin gériatre et une conseillère en soins infirmiers spécialisés pour définir et implanter, en partenariat avec les directions concernées, les mesures pour améliorer les soins de la clientèle âgée fragile à l'urgence et dans les unités de soins aigus. L'objectif ultime de ces mesures est de prévenir chez cette clientèle le déclin fonctionnel relié aux complications gériatriques et iatrogéniques^{iv}.

Les objectifs spécifiques du projet OPTIMAH sont les suivants :

- a) favoriser l'application systématique de mesures de prévention primaire du déclin fonctionnel;
- b) favoriser l'identification et le traitement précoces des conditions de santé dites *marqueurs* de déclin fonctionnel (*delirium*, dénutrition/malnutrition, diminution de la mobilité, ...);
- c) améliorer le processus d'évaluation et d'intervention interprofessionnelles et interservices des facteurs de risque et des syndromes et complications gériatriques apparus durant l'épisode de soins au CHUM.

Le modèle d'intervention de l'approche OPTIMAH s'appuie, entre autres, sur le cadre de référence pour la prévention du déclin fonctionnel de l'*Australian Health Ministers' Advisory Council* (AHMAC, 2004^v, 2007^{vi}), sur les études associées aux projets ACE (*Acute Care for Elders*)^{vii} et HELP (*Hospital Elder Life Program*)^{viii}, sur le programme GENI (*Geriatric Emergency Network Initiative*)^{ix} et sur l'approche *Elder Friendly Hospital*^x.

Dans le cadre de cette approche, le CHUM déploie depuis novembre 2008 des mesures à l'urgence et dans les unités de soins notamment pour :

- améliorer les connaissances des équipes multiprofessionnelles de soins en matière de vieillissement normal et pathologique, de risques liés à une approche de soins mal adaptée à la clientèle âgée fragile et d'approches préventives et curatives visant les syndromes gériatriques et les complications iatrogéniques;

- valoriser les soins infirmiers généraux qui favorisent la mobilité, l'hydratation, la nutrition, la continence, le sommeil, les autosoins, etc.;
- réexaminer certaines pratiques médicales et paramédicales *par défaut*;
- promouvoir et consolider l'utilisation de l'outil d'évaluation initiale en soins infirmiers;
- introduire, pour cette clientèle, l'évaluation quotidienne des signes vitaux gériatriques principalement par l'équipe médicale et de soins infirmiers;
- mettre en place des moyens pour favoriser la participation des patients âgés et des proches pour prévenir le déclin fonctionnel lors d'un épisode de maladie aiguë ou d'une chirurgie électorale;
- sensibiliser les gestionnaires à l'utilisation de matériel adapté et à la mise en place d'environnements physiques qui favorisent le maintien de l'autonomie fonctionnelle.

Le concept des signes vitaux gériatriques (SVG) AINÉES a été développé dans le cadre des travaux de deux instances : le groupe tactique OPTIMAH, composé de gestionnaires des principales directions, formé en décembre 2007, et le comité des pratiques cliniques interdisciplinaires OPTIMAH. L'approche OPTIMAH est en déploiement progressif depuis novembre 2008.

2. REVUE DES ÉCRITS

Les signes vitaux gériatriques

En 1988, Fulmer a développé un cadre de référence pour l'évaluation infirmière de la clientèle âgée. Ainsi l'outil *SPICES* (*Sleep disturbances, Poor nutrition, Incontinence, Confusion, Evidence of falls or functional impairment, Skin impairment*), fut élaboré pour aider les infirmières à mettre l'emphase sur l'état de santé global du patient âgé plutôt que sur la maladie uniquement ou sur la cause ayant mené à l'hospitalisation (Fulmer 1991)^{xi}. L'approche par organe défavorise la personne âgée, car la maladie aiguë, ainsi que les soins et les traitements hospitaliers mènent souvent au développement de conditions ou syndromes gériatriques amenant des complications importantes et un déclin fonctionnel temporaire, voire permanent.

Le terme *signes vitaux gériatriques* a été utilisé pour la première fois par Inouye^{vii} en 1993, pour identifier ces conditions et aider les infirmières à cibler, dans leur évaluation initiale et continue, six conditions dites « marqueurs » de faibles résultats chez les patients âgés hospitalisés. Ces conditions ont été choisies par Fulmer et Inouye parce qu'on les rencontre souvent chez les patients âgés à l'hôpital et qu'elles sont associées à un accroissement de la mortalité, de la durée de séjour, du besoin de services à domicile et d'hébergement. Pour Inouye, le développement des conditions ciblées par *SPICES* pourrait même être plus déterminant pour le pronostic que le diagnostic médical ou la procédure chirurgicale.

Fulmer (2007)^{xii} précise que *SPICES* ne prétend pas couvrir toutes les principales complications pouvant survenir chez la personne âgée à l'hôpital. Ainsi, la constipation, la dépression, la douleur ne sont pas nommées. L'intention de *SPICES* est de fournir une vue d'ensemble de la réponse du patient âgé aux soins dispensés et d'identifier, si requis, le besoin d'une évaluation plus détaillée, au moyen d'outils plus spécifiques. Par exemple, si le patient présente un problème de sommeil, d'appétit ou de mobilité depuis son arrivée à l'hôpital, une évaluation plus poussée peut nous amener à découvrir que ce problème est relié à une douleur mal soulagée.

SPICES est une représentation mnémotechnique des signes vitaux gériatriques déterminés par Inouye. Les propriétés psychométriques de l'outil sont peu documentées (deux études de validité avec petits échantillons; l'effet de la race et de la culture sur son utilisation n'a pas été testé) et Fulmer (2007) invite les chercheurs à poursuivre les études de validation. *SPICES* a été utilisé par Inouye et son équipe (1993) dans le cadre du *Yale Geriatric Care Program* lequel visait à évaluer un modèle où les soins infirmiers gériatriques sont intégrés aux soins infirmiers réguliers des unités de soins aigus. Les résultats de cette étude ont démontré l'efficacité clinique de ce programme en milieu hospitalier.

De nombreux établissements aux Etats-Unis utilisent actuellement *SPICES*. Certains ont modifié l'acronyme en y ajoutant les éléments *Elder abuse* et *Pain (SPPICEES)*^{xii}. Fulmer invite d'ailleurs les utilisateurs à l'adapter selon les besoins et spécificités de leur milieu.

Application clinique

Dans le projet *Yale Geriatric Care Program* (1993), l'infirmière soignante faisait appel à une infirmière spécialisée en gériatrie lorsque le *SPICES* indiquait la présence ou un risque important de développer une des conditions ciblées.

Quatorze ans plus tard et à la lumière de plusieurs expériences d'implantation, Fulmer (2007) propose le cheminement suivant :

- Réaliser l'évaluation *SPICES* à l'admission et à chaque jour d'hospitalisation des patients âgés de 65 ans et plus;
- Consigner au dossier les éléments présents (présence de l'élément ou du risque qu'il se développe) et procéder à une évaluation plus approfondie si nécessaire. Déterminer les interventions en lien avec le problème et référer au besoin;
- Appliquer les interventions pour prévenir l'apparition ou le développement des conditions qui sont absentes lors de l'évaluation *SPICES*.

3. DÉVELOPPEMENT DE L'OUTIL DES SIGNES VITAUX GÉRIATRIQUES-AINÉES

Le comité des pratiques cliniques interprofessionnelles était à la recherche d'un outil clinique compatible avec le cadre de référence retenu par le groupe tactique OPTIMAH, soit celui de l'AHMAC (2004)2997). Les lignes directrices du cadre de référence ont été déterminées suite à une revue exhaustive des écrits scientifiques. Elles proposent cinq cibles d'intervention : la cognition et la santé émotionnelle, la mobilité, la vigueur et les autosoins, la continence, la nutrition, l'intégrité de la peau. Le comité y a ajouté un sixième élément, le sommeil.

Le cadre de référence de l'AHMAC, le concept des signes vitaux gériatriques de Inouye, ainsi que l'idée d'un acronyme aide-mémoire ont inspiré la création de l'outil clinique AINÉES par le groupe de travail du CHUM. Contrairement à l'outil *SPICES* qui identifie d'emblée des conditions anormales (ex. : chutes, perturbation du sommeil, incontinence), l'outil AINÉES cible les aspects de la santé à surveiller, dont la détérioration est indicative ou prédictive de complications et de déclin fonctionnel durant le séjour hospitalier.

Acronyme : **AINÉES**

A AUTONOMIE et MOBILITÉ
I INTÉGRITÉ DE LA PEAU
N NUTRITION et HYDRATATION
É ÉLIMINATION
E ÉTAT COGNITIF ET COMPORTEMENT
S SOMMEIL

4. APPLICATION DES SVG-AINÉES

Clientèle cible

Utiliser pour tous les patients âgés de 75 ans et plus.

Utiliser pour les patients âgés de 65-75 ans qui sont plus vulnérables en raison de :

- difficulté à accomplir au moins une AVQ;
- atteinte de la mobilité;
- troubles cognitifs.

Objectifs

- Mettre l'emphase sur l'état de santé global du patient âgé plutôt que sur la maladie uniquement ou sur le motif de la venue à l'hôpital, et ce, compte tenu de la sensibilité des personnes âgées à un séjour à l'urgence et à l'hospitalisation;
- Cibler, dans l'évaluation initiale et continue des équipes de soins, six aspects de la santé dont la détérioration constitue un signe indicatif ou prédictif de complications et de déclin fonctionnel chez la personne âgée hospitalisée;
- Fournir une vue d'ensemble de la réponse du patient âgé aux soins et traitements dispensés et, si requis, favoriser l'identification du besoin d'une évaluation plus détaillée;
- Structurer l'évaluation et le suivi des patients âgés de 75 ans et plus pour identifier, de façon précoce, les signes d'installation ou de présence de conditions à risque et déclencher un état d'alerte menant à une évaluation plus poussée et à la modification du plan d'intervention (intensification des actions préventives et de la surveillance clinique, instauration de soins et traitements curatifs).

Intégration au processus d'évaluation initiale, d'intervention et de suivi médical et infirmier

L'acronyme AINÉES aide à structurer et à analyser les résultats de l'évaluation initiale et quotidienne pour la traduire en plan d'intervention infirmier, médical et autre. Sept questions ont été développées pour guider les équipes dans l'utilisation pratique des signes vitaux gériatriques :

- Quels étaient l'**AINÉES** de mon patient avant sa venue à l'hôpital ?
- Que puis-je faire pour maintenir ses acquis **AINÉES** ?
- Observons-nous une détérioration ou un problème de l'**AINÉES** chez ce patient ?
- Que puis-je faire pour traiter les problèmes de cet **AINÉES** ?
- Le plan de traitement actuel est-il le meilleur pour favoriser l'**AINÉES** de ce patient ?
- Comment faire en sorte que le patient et ses proches deviennent des partenaires pour maintenir cet **AINÉES** ?
- Que dois-je communiquer et documenter pour assurer la continuité de l'**AINÉES** de ce patient ?

Pour toutes les personnes âgées ciblées par OPTIMAH, l'évaluation des SVG est réalisée à chaque quart de travail par les infirmières et quotidiennement par l'équipe médicale afin d'évaluer la réponse fonctionnelle du patient au traitement et de détecter précocement toute complication (ex. : *delirium*, malnutrition...). Au plan de soins infirmiers, à la rubrique **Surveillance**, on indique : SVG (AINÉES). Au besoin, l'infirmière précise au plan thérapeutique infirmier (PTI) et au plan de soins, le ou les aspects des SVG à surveiller plus particulièrement en raison d'un risque important ou d'une détérioration. Un outil complémentaire est en développement pour proposer des questions favorisant l'évaluation et la surveillance de chaque aspect des SVG.

L'utilisation des SVG a été adaptée pour la salle d'urgence et pour les unités de soins afin de tenir compte des réalités différentes de ces deux milieux.

Pour la salle d'urgence, l'emphase est mise sur les quatre SVG suivants : la mobilité, l'hydratation, la continence et la cognition. On vise aussi à intégrer à la routine d'évaluation de l'urgence, la connaissance de certains aspects de l'état habituel et actuel du patient afin de mettre rapidement en place des interventions de prévention du déconditionnement, de l'incontinence, de la déshydratation et du *delirium*. Les SVG sont également utilisés pour suivre l'évolution du patient et ainsi identifier de façon précoce toute détérioration nécessitant une réévaluation au plan d'intervention.

Dans les unités de soins, l'outil est pour l'instant intégré à l'évaluation initiale des soins infirmiers et aux notes de suivi déjà utilisées par les équipes de soins qui contiennent déjà ces éléments d'évaluation. La formation du personnel est axée sur l'importance de recueillir et d'analyser l'information à l'arrivée du patient et sur le suivi de ces six aspects durant le séjour hospitalier.

Une affiche a été créée et un outil de poche est en voie de réalisation afin d'aider les équipes multiprofessionnelles à intégrer les SVG-AINÉES dans leurs évaluations.

5. INTERVENIR EN FONCTION DES SVG (L'ALERTE OPTIMAH)

Comme nous l'avons mentionné ci-dessus, l'évaluation du patient en fonction des SVG peut mener à :

- L'identification précoce d'une complication entraînant un besoin d'évaluation plus détaillée;
- La planification d'une intervention de prévention ou de traitement spécifiques chez les personnes âgées à risque élevé de complications.

Dans cette perspective, un guide d'intervention est en élaboration pour chacun des SVG, proposant des pistes pour l'évaluation plus approfondie, l'intensification de la surveillance clinique et l'adaptation des plans d'interventions disciplinaire et interdisciplinaire.

Un des aspects critiques de l'approche OPTIMAH est la communication rapide des renseignements reliés à une détérioration des SVG. En ce sens, les membres de l'équipe multiprofessionnelle de chaque unité ou service sont appelés à discuter des moyens de favoriser une communication optimale de ces données cliniques.

ⁱ Le contenu de cet appendice sur les Signes Vitaux Gériatriques est extrait du document : Dupras, A., & Lafrenière, S. (2007). *Cadre de référence du projet OPTIMAH du Centre hospitalier universitaire de Montréal, 2008-2009*. Montréal : document interne en cours de rédaction.

ii Sylvie Lafrenière, inf. M. Sc., conseillère en soins spécialisés, CHUM, Coresponsable du projet OPTIMAH

iii Annik Dupras, MD, FRCPC, Interniste-Gériatre, CHUM, Coresponsable du projet OPTIMAH

iv Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. Direction des ressources humaines, de l'information et de la planification, Bernier, L., Bérubé, M., & Jodoin, Y. (2008). *Approche gériatrique transhospitalière*. En ligne. Montréal : Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 46 p. <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/bs1763986> (Consulté le 11 septembre 2009)

v Melbourne Health. Clinical Epidemiology and Health Service Evaluation Unit. (2004). *Best practice approaches to minimise functional decline in the older person across the acute, sub-acute and residential aged care settings*. En ligne. Victoria : Victorian Government, Department of Human Services, 140 p. <http://www.health.vic.gov.au/acute-agedcare/functional-decline-manual.pdf> (Consulté le 1^{er} juin 2009)

vi Melbourne Health. Clinical Epidemiology and Health Service Evaluation Unit. (2007). *Best practice approaches to minimise functional decline in the older person across the acute, sub-acute and residential aged care settings : update 2007*. En ligne. Victoria : Victorian Government, Department of Human Services, 22 p. <http://www.health.vic.gov.au/acute-agedcare/functional-decline-update.pdf> (Consulté le 10 juin 2009)

vii Inouye, S. K., Acampora, D., Miller, R. L., Fulmer, T., Hurst, L. D., & Cooney, L. M., Jr. (1993). The Yale Geriatric Care Program : a model of care to prevent functional decline in hospitalized elderly patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 41(12), 1345-1352.

viii Inouye, S. K., Bogardus, S. T., Jr., Baker, D. I., Leo-Summers, L., & Cooney, L. M., Jr. (2000). The Hospital Elder Life Program : a model of care to prevent cognitive and functional decline in older hospitalized patients. Hospital Elder Life Program. *Journal of the American Geriatrics Society*, 48(12), 1697-1706.

ix Acute Care Geriatric Nurse Network. (2009, 25 mai). GENI - Geriatric Emergency Nurse Initiative. In *Acute Care Geriatric Nurse Network*. En ligne. http://www.acgnn.ca/geriatric_emergency_nurse_initiative.html (Consulté le 15 décembre 2009)

- x Parke, B., & Brand, P. (2004). An Elder-Friendly Hospital : translating a dream into reality. *Canadian Journal of Nursing Leadership*, 17(1), 62-76.
- xi Fulmer, T. T. (1991). The geriatric nurse specialist role : a new model. *Nursing Management*, 22(3), 91-93.
- xii Fulmer, T. (2007). How to try this : Fulmer SPICES. *American Journal of Nursing*, 107(10), 40-48; quiz 48-49.
- xiii Kleinpell, R. (2007). Supporting independence in hospitalized elders in acute care. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 19(3), 247-252.

RÉFÉRENCES

Ces références sont numérotées par ordre d'apparition dans le texte.

1. Trudel, J. (2008). Vivre sans vieillir. *L'actualité*, 33(11), 22-29.
2. Québec (Province). Ministère de la Santé et des Services sociaux. Direction des communications. (2005). *Un défi de solidarité : les services aux aînés en perte d'autonomie : plan d'action 2005-2010*. En ligne. Québec : ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction des communications, 51 p. <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2005/05-830-01.pdf> (Consulté le 2 juin 2009)
3. Institut universitaire de gériatrie de Montréal. Centre d'expertise sur la santé des personnes âgées et des aidants de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal. (2008). *Un hôpital accueillant pour les personnes âgées : cahier du participant : colloque sur la qualité des soins et des services : l'une des clés de la réussite ! (Montréal, 1^{er}-2 mai 2008)*. Montréal : CESP de l'IUGM, 210 p.
4. Donabedian, A. (1980). *The definition of quality and approaches to its assessment* (Vol. 1). Ann Arbor : Health Administration Press, 163 p.
5. Donabedian, A. (1985). *The methods and findings of quality assessment and monitoring* (Vol. 3). Ann Arbor : Health Administration Press, 528 p.
6. Doran, D., & Almost, J. (2003). *Nursing-sensitive outcomes : the state of the science*. Boston : Jones and Bartlett Publishers, 363 p.
7. Irvine, D., Sidani, S., & Hall, L. M. (1998). Linking outcomes to nurses' roles in health care. *Nursing Economics*, 16(2), 58-64, 87.
8. Rycroft-Malone, J. (2004). The PARIHS framework--a framework for guiding the implementation of evidence-based practice. *Journal of Nursing Care Quality*, 19(4), 297-304.
9. Reid, R. J., Haggerty, J., & McKendry, R. (2002). *Dissiper la confusion : concepts et mesures de la continuité des soins : rapport final*. En ligne. Ottawa : Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, 54 p. http://www.chsrf.org/final_research/commissioned_research/programs/pdf/cr_contcare_f.pdf (Consulté le 3 juin 2009)
10. Shortell, S. M. (2000). *Remaking health care in America : the evolution of organized delivery systems* (2 ed.). San Francisco : Jossey-Bass Publishers, 338 p.
11. Paris, A. (2001). *Les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie dans six pays de l'OCDE : Allemagne, Angleterre, Australie, Danemark, France, Suède*. En ligne. Québec : ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale de la planification stratégique et de l'évaluation, 143 p. <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2002/02-702-01.pdf> (Consulté le 2 juin 2009)
12. Girard, C. (2007). *Le bilan démographique du Québec*. Québec : Institut de la statistique du Québec, 68 p. <http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/demograp/pdf2007/Bilan2007.pdf> (Consulté le 22 juin 2009)

13. Arcand, M., & Hébert, R. (2007). *Précis pratique de gériatrie* (3 ed.). Paris : Edisem; Maloine, 1270 p.
14. Conseil des aînés, Des Rivières, M., & Michaud, A. (2007). *La réalité des aînés québécois* (3 ed.). Québec : Publications du Québec, 201 p.
15. Aubin, J., Audet, N., Beauvais, B., Camirand, J., Courtemanche, R., Fournier, C., Remblay, R., et al. (2001). *Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998*. En ligne. Québec : Institut de la statistique du Québec, 457 p. http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/sante/enq-qla98_pdf.htm (Consulté le 20 juin 2009)
16. Institut de la statistique du Québec, André, D., Payeur, F. F., Lachance, J.-F., & Thibault, N. (2009). *Perspectives démographiques du Québec et des régions, 2006-2056*. En ligne. Québec : Institut de la statistique du Québec, 132 p. http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/demograp/pdf2009/perspectives2006_2056.pdf (Consulté le 17 novembre 2009)
17. Bergman, H., Crowe, C., Inglis, G., Kergoat, M.-J., Lebel, P., Morin, J., & Tessier, D. (2007). *Les services spécialisés en gériatrie*, (document non publié), 9 p.
18. Sager, M. A., & Rudberg, M. A. (1998). Functional decline associated with hospitalization for acute illness. *Clinics in Geriatric Medicine*, 14(4), 669-679.
19. Margitic, S. E., Inouye, S. K., Thomas, J. L., Cassel, C. K., Regenstreif, D. I., & Kowal, J. (1993). Hospital Outcomes Project for the Elderly (HOPE) : rationale and design for a prospective pooled analysis. *Journal of the American Geriatrics Society*, 41(3), 258-267.
20. Sandström, B., Alhaug, J., Einarsdottir, K., Simpura, E. M., & Isaksson, B. (1985). Nutritional status, energy and protein intake in general medical patients in three Nordic hospitals. *Human Nutrition - Applied Nutrition*, 39(2), 87-94.
21. Canadian Coalition for Senior's Mental Health. (2006). *The assessment and treatment of delirium*. Toronto: Canadian Coalition for Senior's Mental Health, 78 p.
22. Elie, M., Rousseau, F., Cole, M., Primeau, F., McCusker, J., & Bellavance, F. (2000). Prevalence and detection of delirium in elderly emergency department patients. *CMAJ Canadian Medical Association Journal*, 163(8), 977-981.
23. Leslie, D. L., Marcantonio, E. R., Zhang, Y., Leo-Summers, L., & Inouye, S. K. (2008). One-year health care costs associated with delirium in the elderly population. *Archives of Internal Medicine*, 168(1), 27-32.
24. Miller, C. A. (2007). *L'essentiel en soins infirmiers gériatologiques / Carol A. Miller; traduit de l'anglais par Johanne Roy*. Montréal : Beauchemin, 258 p.
25. Monat, A. (2006). L'approche prothétique élargie. In P. Voyer (Ed.), *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie : une approche adaptée aux CHSLD* (p. 495-505). Saint-Laurent : Éditions du renouveau pédagogique.
26. Baughan-Young, K. (2001). Healing power of color as cheap as coat of paint. *Managed Care*, 10(11), 40-41.
27. Drahota, A., Stores, R., Ward, D., Galloway, E., Higgins, B., & Dean, T. P. (2004). Sensory environment on health-related outcomes of hospital patients (Protocol). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 4 . Art. No.: CD005315. DOI : 10.1002/14651858.CD005315.

28. Mitrione, S. (2008). Therapeutic responses to natural environments : using gardens to improve health care. *Minnesota Medicine*, 91(3), 31-34.
29. Pease, N. J., Finlay, I. G., & Pease, N. J. F. (2002). Do patients and their relatives prefer single cubicles or shared wards ? *Palliative Medicine*, 16(5), 445-446.
30. Singer, A. J., Sanders, B. T., Kowalska, A., Stark, M. J., Mohammad, M., & Brogan, G. X. (2000). The effect of introducing bedside TV sets on patient satisfaction in the ED. *American Journal of Emergency Medicine*, 18(1), 119-120.
31. Hobbs, S. E., & Sodomka, P. F. (2000). Developing partnerships among patients, families, and staff at the Medical College of Georgia Hospital and Clinics. *Joint Commission Journal on Quality Improvement*, 26(5), 268-276.
32. Dijkstra, K., Pieterse, M., & Pruyn, A. (2006). Physical environmental stimuli that turn healthcare facilities into healing environments through psychologically mediated effects : systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 56(2), 166-181.
33. Division du vieillissement et des aînés. (2004, 9 juillet). Les aînés au Canada : no 35 : L'hospitalisation des aînés. In *Agence de la santé publique du Canada*. En ligne. www.phac-aspc.gc.ca/seniors-aines/pubs/factoids/2001/no35_f.htm (Consulté le 21 avril 2008)
34. Institut canadien d'information sur la santé. (2006). Hospitalisations au Canada, 1995-1996 à 2006-2007. In *Base de données sur les congés des patients (BDGP)*. En ligne. Ottawa : ICIS. <http://www.icis.ca> (Consulté le 6 janvier 2010)
35. Institut canadien d'information sur la santé. (2006). Hospitalisations au Canada, 1995-1996 à 2006-2007. In *Base de données sur la morbidité hospitalière (BDMH)*. En ligne. Ottawa : ICIS. <http://www.icis.ca> (Consulté le 6 janvier 2010)
36. Hwang, U., & Morrison, R. S. (2007). The geriatric emergency department. *Journal of the American Geriatrics Society*, 55(11), 1873-1876.
37. Siddiqi, N., House, A. O., & Holmes, J. D. (2006). Occurrence and outcome of delirium in medical in-patients : a systematic literature review. *Age & Ageing*, 35(4), 350-364.
38. Dyer, C. B., Ashton, C. M., & Teasdale, T. A. (1995). Postoperative delirium. A review of 80 primary data-collection studies. *Archives of Internal Medicine*, 155(5), 461-465.
39. Ely, E. W., Margolin, R., Francis, J., May, L., Truman, B., Dittus, R., Speroff, T., et al. (2001). Evaluation of delirium in critically ill patients : validation of the Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU). *Critical Care Medicine*, 29(7), 1370-1379.
40. Voyer, P., Richard, S., Doucet, L., & et al. (2008). Detection of delirium by nurses among long-term care residents with dementia. *BMC Nursing*, en ligne, 7, 4. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2277396/pdf/1472-6955-7-4.pdf> (Consulté le 14 décembre 2009)
41. Farrell, K. R., & Ganzini, L. (1995). Misdiagnosing delirium as depression in medically ill elderly patients. *Archives of Internal Medicine*, 155(22), 2459-2464.
42. Inouye, S. K., Foreman, M. D., Mion, L. C., Katz, K. H., & Cooney, L. M., Jr. (2001). Nurses' recognition of delirium and its symptoms : comparison of nurse and researcher ratings. *Archives of Internal Medicine*, 161(20), 2467-2473.

43. Kakuma, R., du Fort, G. G., Arsenault, L., Perrault, A., Platt, R. W., Monette, J., Moride, Y., et al. (2003). Delirium in older emergency department patients discharged home : effect on survival. *Journal of the American Geriatrics Society*, 51(4), 443-450.
44. Lemiengre, J., Nelis, T., Joosten, E., Braes, T., Foreman, M., Gastmans, C., & Milisen, K. (2006). Detection of delirium by bedside nurses using the confusion assessment method. *Journal of the American Geriatrics Society*, 54(4), 685-689.
45. Waszynski, C. M. (2007). How to try this : detecting delirium. *American Journal of Nursing*, 107(12), 50-59; quiz 59-60.
46. Fick, D. M., Agostini, J. V., & Inouye, S. K. (2002). Delirium superimposed on dementia : a systematic review. *Journal of the American Geriatrics Society*, 50(10), 1723-1732.
47. Bruce, A. J., Ritchie, C. W., Blizard, R., Lai, R., & Raven, P. (2007). The incidence of delirium associated with orthopedic surgery : a meta-analytic review. *International Psychogeriatrics*, 19(2), 197-214.
48. Liptzin, B., & Levkoff, S. E. (1992). An empirical study of delirium subtypes. *British Journal of Psychiatry*, 161, 843-845.
49. de Rooij, S. E., Schuurmans, M. J., van der Mast, R. C., & Levi, M. (2005). Clinical subtypes of delirium and their relevance for daily clinical practice : a systematic review. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20(7), 609-615.
50. O'Keeffe, S. T. (1999). Clinical subtypes of delirium in the elderly. *Dementia & Geriatric Cognitive Disorders*, 10(5), 380-385.
51. Inouye, S. K. (2001). Delirium after hip fracture : to be or not to be ? *Journal of the American Geriatrics Society*, 49(5), 678-679.
52. Cole, M. G. (2004). Delirium in elderly patients. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 12(1), 7-21.
53. Cole, M., McCusker, J., Dendukuri, N., & Han, L. (2003). The prognostic significance of subsyndromal delirium in elderly medical inpatients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 51(6), 754-760.
54. Inouye, S. K., van Dyck, C. H., Alessi, C. A., Balkin, S., Siegel, A. P., & Horwitz, R. I. (1990). Clarifying confusion : the confusion assessment method. A new method for detection of delirium. *Annals of Internal Medicine*, 113(12), 941-948.
55. Wei, L. A., Fearing, M. A., Sternberg, E. J., & Inouye, S. K. (2008). The Confusion Assessment Method : a systematic review of current usage. *Journal of the American Geriatrics Society*, 56(5), 823-830.
56. American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-III-R* (3 ed.). Washington, DC : American Psychiatric Association.
57. Neelon, V. J., Champagne, M. T., Carlson, J. R., & Funk, S. G. (1996). The NEECHAM Confusion Scale : construction, validation, and clinical testing. *Nursing Research*, 45(6), 324-330.
58. Gaudreau, J. D., Gagnon, P., Harel, F., Tremblay, A., & Roy, M. A. (2005). Fast, systematic, and continuous delirium assessment in hospitalized patients : the nursing delirium screening scale. *Journal of Pain & Symptom Management*, 29(4), 368-375.

59. Bergeron, N., Dubois, M. J., Dumont, M., Dial, S., & Skrobik, Y. (2001). Intensive Care Delirium Screening Checklist : evaluation of a new screening tool. *Intensive Care Medicine*, 27(5), 859-864.
60. Inouye, S. K., Bogardus, S. T., Jr., Charpentier, P. A., Leo-Summers, L., Acampora, D., Holford, T. R., & Cooney, L. M., Jr. (1999). A multicomponent intervention to prevent delirium in hospitalized older patients. *New England Journal of Medicine*, 340(9), 669-676.
61. Marcantonio, E. R., Flacker, J. M., Wright, R. J., & Resnick, N. M. (2001). Reducing delirium after hip fracture : a randomized trial. *Journal of the American Geriatrics Society*, 49(5), 516-522.
62. Vidán, M. T., Sánchez, E., Alonso, M., Montero, B., Ortiz, J., & Serra, J. A. (2009). An intervention integrated into daily clinical practice reduces the incidence of delirium during hospitalization in elderly patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 57(11), 2029-2036.
63. Cole, M. G., Ciampi, A., Belzile, E., & Zhong, L. (2009). Persistent delirium in older hospital patients : a systematic review of frequency and prognosis. *Age & Ageing*, 38(1), 19-26.
64. McCusker, J., Cole, M., Dendukuri, N., Han, L., & Belzile, E. (2003). The course of delirium in older medical inpatients : a prospective study. *Journal of General Internal Medicine*, 18(9), 696-704.
65. Francis, J., & Kapoor, W. N. (1992). Prognosis after hospital discharge of older medical patients with delirium. *Journal of the American Geriatrics Society*, 40(6), 601-606.
66. Inouye, S. K., Rushing, J. T., Foreman, M. D., Palmer, R. M., & Pompei, P. (1998). Does delirium contribute to poor hospital outcomes ? A three-site epidemiologic study. *Journal of General Internal Medicine*, 13(4), 234-242.
67. McCusker, J., Cole, M., Abrahamowicz, M., Primeau, F., & Belzile, E. (2002). Delirium predicts 12-month mortality. *Archives of Internal Medicine*, 162(4), 457-463.
68. Rockwood, K., Cosway, S., Carver, D., Jarrett, P., Stadnyk, K., & Fisk, J. (1999). The risk of dementia and death after delirium. *Age & Ageing*, 28(6), 551-556.
69. McCusker, J., Cole, M., Dendukuri, N., Belzile, E., & Primeau, F. (2001). Delirium in older medical inpatients and subsequent cognitive and functional status : a prospective study. *CMAJ Canadian Medical Association Journal*, 165(5), 575-583.
70. Murray, A. M., Levkoff, S. E., Wetle, T. T., Beckett, L., Cleary, P. D., Schor, J. D., Lipsitz, L. A., et al. (1993). Acute delirium and functional decline in the hospitalized elderly patient. *Journal of Gerontology*, 48(5), M181-186.
71. O'Keeffe, S., & Lavan, J. (1997). The prognostic significance of delirium in older hospital patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 45(2), 174-178.
72. Inouye, S. K. (1994). The dilemma of delirium : clinical and research controversies regarding diagnosis and evaluation of delirium in hospitalized elderly medical patients. *American Journal of Medicine*, 97(3), 278-288.
73. McAvay, G. J., Van Ness, P. H., Bogardus, S. T., Jr., Zhang, Y., Leslie, D. L., Leo-Summers, L. S., & Inouye, S. K. (2006). Older adults discharged from the hospital with delirium : 1-year outcomes. *Journal of the American Geriatrics Society*, 54(8), 1245-1250.
74. Browse, N. L. (1965). *The physiology and pathology of bed rest*. Springfield, Ill.: C. C. Thomas, 221 p.

75. Sager, M. A., Franke, T., Inouye, S. K., Landefeld, C. S., Morgan, T. M., Rudberg, M. A., Sebels, H., et al. (1996). Functional outcomes of acute medical illness and hospitalization in older persons. *Archives of Internal Medicine*, 156(6), 645-652.
76. Hirsch, C. H., Sommers, L., Olsen, A., Mullen, L., & Winograd, C. H. (1990). The natural history of functional morbidity in hospitalized older patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 38(12), 1296-1303.
77. Mahoney, J. E., Sager, M. A., & Jalaluddin, M. (1998). New walking dependence associated with hospitalization for acute medical illness : incidence and significance. *Journals of Gerontology Series A-Biological Sciences & Medical Sciences*, 53(4), M307-312.
78. Matthews, D. A. (1984). Dr. Marjory Warren and the origin of British geriatrics. *Journal of the American Geriatrics Society*, 32(4), 253-258.
79. Warren, M. W. (1943). Care of chronic sick : a case for treating chronic sick in blocks in a general hospital. *BMJ*, 2, 822-823.
80. Grumbach, R., & Blanc, A. (1973). Le syndrome d'immobilisation du vieillard. *Nouvelle Presse Medicale*, 2(30), 1989-1991.
81. Lamont, C. T., Sampson, S., Matthias, R., & Kane, R. (1983). The outcome of hospitalization for acute illness in the elderly. *Journal of the American Geriatrics Society*, 31(5), 282-288.
82. Kortebein, P., Symons, T. B., Ferrando, A., Paddon-Jones, D., Ronsen, O., Protas, E., Conger, S., et al. (2008). Functional impact of 10 days of bed rest in healthy older adults. *The journals of gerontology. Series A, Biological sciences and medical sciences*, 63(10), 1076-1081.
83. Creditor, M. C. (1993). Hazards of hospitalization of the elderly. *Annals of Internal Medicine*, 118(3), 219-223.
84. Etchells, E., Vira, T., & Tam, V. C. (2006). Lost in transition : medication errors at the time of hospital admission, transfer, and discharge. *Geriatrics and Aging*, 9(9), 646-648.
85. Payot, I., Monette, J., Béland, F., & et al. (2006). Problèmes reliés à la pharmacothérapie comme cause d'hospitalisation chez la personne âgée fragile. *La Revue de Gériatrie*, 31(10), 785-794.
86. Grenier-Gosselin, L. (2008). Portrait de la population gériatrique et médicaments problématiques chez cette clientèle. *Pharmactuel*, 41(Suppl 1), 6-10.
87. Agrawal, A., Wu, W., & Khachewatsky, I. (2007). Evaluation of an electronic medication reconciliation system in inpatient setting in an acute care hospital. *Studies in Health Technology & Informatics*, 129(Pt 2), 1027-1031.
88. Fulton, M. M., & Allen, E. R. (2005). Polypharmacy in the elderly : a literature review. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 17(4), 123-132.
89. Herrlinger, C., & Klotz, U. (2001). Drug metabolism and drug interactions in the elderly. *Best Practice & Research in Clinical Gastroenterology*, 15(6), 897-918.
90. Barry, P. J., O'Keefe, N., O'Connor, K. A., & O'Mahony, D. (2006). Inappropriate prescribing in the elderly : a comparison of the Beers criteria and the improved prescribing in the elderly tool (IPET) in acutely ill elderly hospitalized patients. *Journal of Clinical Pharmacy & Therapeutics*, 31(6), 617-626.

91. Gallagher, P. F., Barry, P. J., Ryan, C., Hartigan, I., & O'Mahony, D. (2008). Inappropriate prescribing in an acutely ill population of elderly patients as determined by Beers' Criteria. *Age & Ageing*, 37(1), 96-101.
92. Rudolph, J. L., Salow, M. J., Angelini, M. C., & McGlinchey, R. E. (2008). The anticholinergic risk scale and anticholinergic adverse effects in older persons. *Archives of Internal Medicine*, 168(5), 508-513.
93. O'Mahony, D., & Gallagher, P. F. (2008). Inappropriate prescribing in the older population : need for new criteria. *Age and Ageing*, 37(2), 138-141.
94. Inouye, S. K., Acampora, D., Miller, R. L., Fulmer, T., Hurst, L. D., & Cooney, L. M., Jr. (1993). The Yale Geriatric Care Program : a model of care to prevent functional decline in hospitalized elderly patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 41(12), 1345-1352.
95. Inouye, S. K., Wagner, D. R., Acampora, D., Horwitz, R. I., Cooney, L. M., Jr., & Tinetti, M. E. (1993). A controlled trial of a nursing-centered intervention in hospitalized elderly medical patients : the Yale Geriatric Care Program. *Journal of the American Geriatrics Society*, 41(12), 1353-1360.
96. Gentric, A., Le Deun, P., & S., Estivin. (2007). Prévention du syndrome confusionnel dans un service de médecine interne gériatrique. *Revue de Médecine Interne*, 28(9), 589-593.
97. Counsell, S. R., Holder, C. M., Liebenauer, L. L., Palmer, R. M., Fortinsky, R. H., Kresevic, D. M., Quinn, L. M., et al. (2000). Effects of a multicomponent intervention on functional outcomes and process of care in hospitalized older patients : a randomized controlled trial of Acute Care for Elders (ACE) in a community hospital. *Journal of the American Geriatrics Society*, 48(12), 1572-1581.
98. Landefeld, C. S., Palmer, R. M., Kresevic, D. M., Fortinsky, R. H., & Kowal, J. (1995). A randomized trial of care in a hospital medical unit especially designed to improve the functional outcomes of acutely ill older patients. *New England Journal of Medicine*, 332(20), 1338-1344.
99. Parke, B., & Brand, P. (2004). An Elder-Friendly Hospital : translating a dream into reality. *Canadian Journal of Nursing Leadership*, 17(1), 62-76.
100. Québec (Province). Ministère de la Santé et des Services sociaux. (1986). *Courte durée gériatrique : éléments de réflexion et d'orientations*. Québec : ministère de la Santé et des Services sociaux, 57 p.
101. Covinsky, K. E., Palmer, R. M., Kresevic, D. M., Kahana, E., Counsell, S. R., Fortinsky, R. H., & Landefeld, C. S. (1998). Improving functional outcomes in older patients : lessons from an acute care for elders unit. *Joint Commission Journal on Quality Improvement*, 24(2), 63-76.
102. McCusker, J., Bellavance, F., Cardin, S., Trepanier, S., Verdon, J., & Ardman, O. (1999). Detection of older people at increased risk of adverse health outcomes after an emergency visit : the ISAR screening tool. *Journal of the American Geriatrics Society*, 47(10), 1229-1237.
103. Dendukuri, N., McCusker, J., & Belzile, E. (2004). The identification of seniors at risk screening tool : further evidence of concurrent and predictive validity. *Journal of the American Geriatrics Society*, 52(2), 290-296.
104. Raiche, M., Hebert, R., & Dubois, M.-F. (2008). PRISMA-7 : a case-finding tool to identify older adults with moderate to severe disabilities. *Archives of Gerontology & Geriatrics*, 47(1), 9-18.

105. Sager, M. A., Rudberg, M. A., Jalaluddin, M., Franke, T., Inouye, S. K., Landefeld, C. S., Siebens, H., et al. (1996). Hospital admission risk profile (HARP) : identifying older patients at risk for functional decline following acute medical illness and hospitalization. *Journal of the American Geriatrics Society*, 44(3), 251-257.
106. Cornette, P., Swine, C., Malhomme, B., Gillet, J. B., Meert, P., & D'Hoore, W. (2006). Early evaluation of the risk of functional decline following hospitalization of older patients : development of a predictive tool. *European Journal of Public Health*, 16(2), 203-208.
107. Fulmer, T. T. (1991). The geriatric nurse specialist role : a new model. *Nursing Management*, 22(3), 91-93.
108. Lafrenière, S., & Dupras, A. (2008). OPTIMAH : ou comment mieux soigner les aînés à l'urgence et dans les unités de soins aigus. *L'Avant-Garde*, 8(3), 1-16.
109. Poole, D. L., Chainakul, J. N., Pearson, M., & Graham, L. (2006). Medication reconciliation : a necessity in promoting a safe hospital discharge. *Journal for Healthcare Quality*, 28(3), 12-19.
110. Agrément Canada. (2008). Normes : normes de gestion des médicaments. In Agrément Canada (Ed.), *Programme d'agrément du Conseil canadien d'agrément des services de santé 2009*. Ottawa : Conseil canadien d'agrément des services de santé.
111. Agrément Canada. (2008). Normes : services de soins de longue durée. In Agrément Canada (Ed.), *Programme Qmentum 2010*. Ottawa : Agrément Canada.
112. Glanville, R. (2004). Impact of the built environment. *Practice Development in Health Care*, 3(3), 182-185.
113. Donabedian, A. (1985). Twenty years of research on the quality of medical care : 1964-1984. *Evaluation & the Health Professions*, 8(3), 243-265.
114. Donabedian, A. (1985). The epidemiology of quality. *Inquiry*, 22(3), 282-292.
115. Donabedian, A. (1988). The quality of care. How can it be assessed ? *JAMA*, 260(12), 1743-1748.
116. Donabedian, A. (1988). Quality assessment and assurance : unity of purpose, diversity of means. *Inquiry*, 25(1), 173-192.
117. Rycroft-Malone, J. (2004). Research implementation : evidence, context and facilitation : the PARISH framework. In B. McCormack, K. Manley & R. Garbett (Eds.), *Practice development in nursing* (p. 118-147). Oxford : Blackwell.
118. Picker Institute Europe, Coulter, A., & Ellins, J. (2006). *Patient-focused interventions : a review of the evidence*. En ligne. London : The Health Foundation, 277 p.
http://www.pickereurope.org/Filestore/PIE_reports/project_reports/QEI_Review_AB.pdf
(Consulté le 10 novembre 2009)
119. Sidani, S. (2003). Symptom management. In D. M. Doran (Ed.), *Nursing-sensitive outcomes : state of the science* (p. 115-139). Sudbury : Jones and Barthlett.
120. Kergoat, M.-J. (2009). La personne âgée admise à l'hôpital est-elle victime d'âgisme ? *Vie et vieillissement*, 7(2), 41-48.
121. Oliver, D. (2008). 'Acopia' and 'social admission' are not diagnoses : why older people deserve better. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 101(4), 168-174.

122. Demers, L., & Lemieux, V. (1998). La politique québécoise de désengorgement des urgences. *Canadian Public Administration*, 41(4), 501-528.
123. Brooten, D., & Youngblut, J. M. (2006). Nurse dose as a concept. *Journal of Nursing Scholarship*, 38(1), 94-99.
124. Dallaire, C., & Dallaire, M. (2008). Le savoir infirmier dans les fonctions infirmières. In *Le savoir infirmier : au coeur de la discipline et de la profession infirmière* (p. 265-312). Montréal: Gaëtan Morin.
125. American Nurses Credentialing Center. (2005). *The magnet recognition program : recognizing excellence in nursing service : application manual 2005*. Silver Spring : American Nurses Credentialing Center, 130 p.
126. Kramer, M., & Schalenberg, C. (2004). Essentials of a magnetic work environment, part 1. *Nursing*, 34(6), 50-54.
127. Funk, S. G., Tornquist, E. M., & Champagne, M. T. (1995). Barriers and facilitators of research utilization. An integrative review. *Nursing Clinics of North America*, 30(3), 395-407.
128. Nilsson Kajermo, K., Nordstrom, G., Krusebrant, A., & Bjorvell, H. (1998). Barriers to and facilitators of research utilization, as perceived by a group of registered nurses in Sweden. *Journal of Advanced Nursing*, 27(4), 798-807.
129. Parahoo, K., & McCaughan, E. M. (2001). Research utilization among medical and surgical nurses : a comparison of their self reports and perceptions of barriers and facilitators. *Journal of Nursing Management*, 9(1), 21-30.
130. Ring, N., Malcolm, C., Coull, A., Murphy-Black, T., & Watterson, A. (2005). Nursing best practice statements : an exploration of their implementation in clinical practice. *Journal of Clinical Nursing*, 14(9), 1048-1058.
131. Walsh, M. (1997). Perceptions of barriers to implementing research. *Nursing Standard*, 11(19), 34-37.
132. Higgs, M., & Rowland, D. (2005). All changes great and small : exploring approaches to change and its leadership. *Journal of Change Management*, 5(2), 121-151.
133. Shortell, S. M., Anderson, D. A., Gillies, R. R., Mitchell, J. B., & Morgan, K. L. (1993). Building integrated systems--the holographic organization. *Healthcare Forum Journal*, 36(2), 20-26.
134. Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux. (2008). *Guide de la gestion intégrée de la qualité*. Montréal : AQESSS, 106 p.
135. Mintzberg, H. (1998). *Structure et dynamique des organisations / Henry Mintzberg; traduit de l'anglais par Pierre Romelaer* (12 ed.). Paris : Montréal : Éditions d'organisation : Éditions Agence d'Arc, 434 p.
136. Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé. (2006). *Les données probantes dans la balance : pour un pilotage éclairé par les données probantes précis, réalisable et acceptable*. En ligne. Ottawa : Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, 18 p. http://www.chsrf.ca/other_documents/pdf/weighing_up_the_evidence_f.pdf (Consulté le 1^{er} juin 2009)

137. Lomas, J., Culyer, T., McCutcheon, C., McAuley, L., & Law, S. (2005). *Conceptualiser et regrouper les données probantes pour guider le système de santé*. En ligne. Ottawa : Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, 48 p.
http://www.chsrf.ca/other_documents/pdf/evidence_f.pdf (Consulté le 1er juin 2009)
138. Denis, J.-L., Beaulieu, M.-D., Hébert, Y., Langley, A., Lozeau, D., Pineault, R., & Trottier, L.-H. (2001). *L'innovation clinico-organisationnelle dans les organisations de santé*. En ligne. Ottawa : Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, 22 p.
http://fcrss.org/final_research/ogc/pdf/denis_final.pdf (Consulté le 1er avril 2009)
139. Desbiens, F., Dagenais, C., & Joubert, P. (2001). *De l'innovation au changement : les leçons tirées des projets québécois financés par le Fonds pour l'adaptation des services de santé (FASS)*. Québec : ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction des communications, 277 p.
140. Gaunt, N. (2000). Practical approaches to creating a security culture. *International Journal of Medical Informatics*, 60(2), 151-157.
141. Friedberg, E. (1993). *Le pouvoir et la règle : dynamiques de l'action organisée*. Paris : Éditions du Seuil, 405 p.
142. Tickle, E. L., Brownlee, J., & Nailon, D. (2005). Personal epistemological beliefs and transformational leadership behaviours. *Journal of Management Development*, 24(8), 706-719.
143. Profetto-McGrath, J., Smith, K. B., Hugo, K., Taylor, M., & El-Hajj, H. (2007). Clinical nurse specialists' use of evidence in practice : a pilot study. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 4(2), 86-96.
144. Carbett, R., & McCormack, B. (2002). A concept analysis of practice development. *Nursing Times Research*, 7(2), 87-100.
145. Ellis, I., Howard, P., Larson, A., & Robertson, J. (2005). From workshop to work practice : an exploration of context and facilitation in the development of evidence-based practice. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 2(2), 84-93.
146. Ervin, N. E. (2002). Evidence-based nursing practice : are we there yet ? *Journal of the New York State Nurses Association*, 33(2), 11-16.
147. Kitson, A., Harvey, G., & McCormack, B. (1998). Enabling the implementation of evidence based practice : a conceptual framework. *Quality in Health Care*, 7(3), 149-158.
148. Wallin, L., Bostrom, A. M., Wikblad, K., & Ewald, U. (2003). Sustainability in changing clinical practice promotes evidence-based nursing care. *Journal of Advanced Nursing*, 41(5), 509-518.
149. Yana, R., & Jo, R. M. (2004). Getting guidelines into practice : a literature review. *Nursing Standard*, 18(50), 33-40.
150. Melnyk, B. M. (2007). The evidence-based practice mentor : a promising strategy for implementing and sustaining EBP in healthcare systems. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 4(3), 123-125.
151. Hyväri, I. (2006). Project management effectiveness in project-oriented business organizations. *International Journal of Project Management*, 24(3), 216-225.

152. O'Brochta, M. (2006). *Getting executives to act for project success*. Paper presented at the PMI Global Congress--Asia Pacific, Bangkok.
153. Project Management Institute. (2004). *Guide du corpus des connaissances en management de projet : guide PMBOK* (3 ed.). Newtown Square : Project Management Institute, 388 p.
154. Defever, M. (2004). Cultural change. In H. Nies & P. C. Berman (Eds.), *Integrating services for older people : a resource book for managers* (p. 143-154). Dublin: European Health Management Association.
155. Grol, R., & Grimshaw, J. (2003). From best evidence to best practice : effective implementation of change in patients' care. *Lancet*, 362(9391), 1225-1230.
156. Cheater, F. M., & Closs, S. J. (1997). The effectiveness of methods of dissemination and implementation of clinical guidelines for nursing practice : a selective review. *Clinical Effectiveness in Nursing*, 1(1), 4-15.
157. Gouvernement du Québec. (2002). Loi no 90 : loi modifiant le code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé. In *Lois du Québec (L.Q.)*, c. 33. Québec.
158. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, Leprohon, J., & Thériault, G. (2006). *L'implantation du plan thérapeutique infirmier : plan d'action triennal 2006-2009 : application de la loi 90*. En ligne. Montréal : OIIQ, 25 p.
http://www.oiiq.org/uploads/publications/autres_publications/PlanTriennal.pdf (Consulté le 27 octobre 2009)
159. Gouvernement du Québec. Exercice de la profession, article 36, alinéas 1, 2, 10. In *Lois refondues du Québec (L.R.Q.)*, chapitre 1-8 : loi sur les infirmières et les infirmiers. En ligne. Québec.
http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/l_8/18.html (Consulté le 17 novembre 2009)
160. Gouvernement du Québec. Les ordres professionnels : professions à titre réservé : article 37, alinéa p. In *Lois refondues du Québec (L.R.Q.)*, chapitre C-26 : code des professions. En ligne. Québec.
http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/C_26/C26.html (Consulté le 17 novembre 2009)
161. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, Leprohon, J., & Lessard, L.-M. (2006). *Le plan thérapeutique infirmier : la trace des décisions cliniques de l'infirmière : application de la loi 90*. En ligne. Montréal : OIIQ, 26 p.
http://www.oiiq.org/uploads/publications/autres_publications/PTI_fr.pdf
(Consulté le 27 octobre 2009)
162. American Association of Colleges of Nursing, & The John A. Hartford Foundation Institute for Geriatric Nursing. (2000). *Older adults : recommended baccalaureate competencies and curricular guidelines for geriatric nursing care*. En ligne. Washington, DC : New York : American Association of Colleges of Nursing : The John A. Hartford Foundation Institute for Geriatric Nursing, 22 p.
<http://www.aacn.nche.edu/Education/pdf/Gercomp.pdf> (Consulté le 12 août 2009)
163. Lysaght, R. M., Altschuld, J. W., Grant, H. K., & Henderson, J. L. (2001). Variables affecting the competency maintenance behaviors of occupational therapists. *American Journal of Occupational Therapy*, 55(1), 28-35.

164. Townsend, E., Sheffield, S. L., Stadnyk, R., & Beagan, B. (2006). Effects of workplace policy on continuing professional development : the case of occupational therapy in Nova Scotia, Canada. *Canadian Journal of Occupational Therapy = Revue Canadienne d'Ergothérapie*, 73(2), 98-108.
165. Royle, J., Blythe, J., Ciliska, D., & Ing, D. (2000). The organizational environment and evidence-based nursing. *Canadian Journal of Nursing Leadership*, 13(1), 31-37.
166. Gouvernement du Québec. Fonctions, article 107.1. In *Lois refondues du Québec (L.R.Q.), chapitre S-4.2 : Loi sur les services de santé et les services sociaux*. En ligne. Québec. http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/S_4_2/S4_2.html (Consulté le 14 décembre 2009)
167. Agrément Canada. (2008). *L'organisme offre encadrement et mentorat au personnel, aux bénévoles et aux stagiaires en matière d'amélioration de la qualité : un organisme proactif et attentionné, norme 9.3*. Ottawa : Agrément Canada.
168. Agrément Canada. (2008). *L'organisme favorise l'apprentissage au sein de l'organisme, la prise de décisions fondées sur la recherche et les éléments de preuve et l'amélioration de la qualité : un organisme proactif et attentionné, norme 9.4*. Ottawa : Agrément Canada.
169. Agrément Canada. (2008). *L'organisme détermine les possibilités d'amélioration en se fondant sur les renseignements qui découlent des données, de la recherche et des meilleures pratiques : un organisme proactif et attentionné, norme 16.8*. Ottawa : Agrément Canada.
170. Bradley, E. H., Webster, T. R., Schlesinger, M., Baker, D., & Inouye, S. K. (2006). The roles of senior management in improving hospital experiences for frail older adults. *Journal of Healthcare Management*, 51(5), 323-336; discussion 336-337.
171. Inouye, S. K., Bogardus, S. T., Jr., Baker, D. I., Leo-Summers, L., & Cooney, L. M., Jr. (2000). The Hospital Elder Life Program : a model of care to prevent cognitive and functional decline in older hospitalized patients. Hospital Elder Life Program. *Journal of the American Geriatrics Society*, 48(12), 1697-1706.
172. Inouye, S. K., Baker, D. I., Fugal, P., Bradley, E. H., & Help Dissemination Project. (2006). Dissemination of the hospital elder life program : implementation, adaptation, and successes. *Journal of the American Geriatrics Society*, 54(10), 1492-1499.
173. Turner, J. T., Lee, V., Fletcher, K., Hudson, K., & Barton, D. (2001). Measuring quality of care with an inpatient elderly population. The geriatric resource nurse model. *Journal of Gerontological Nursing*, 27(3), 8-18.
174. Mallett, J. (1997). Forging new roles. *Nursing Times*, 93(18), 38-39.
175. Benedict, L., Robinson, K., & Holder, C. (2006). Clinical nurse specialist practice within the Acute Care for Elders interdisciplinary team model. *Clinical Nurse Specialist*, 20(5), 248-251.
176. Callahan, E. H., Thomas, D. C., Goldhirsch, S. L., & Leipzig, R. M. (2002). Geriatric hospital medicine. *Medical Clinics of North America*, 86(4), 707-729.
177. Chang, E., Hancock, K., Hickman, L., Glasson, J., & Davidson, P. (2007). Outcomes of acutely ill older hospitalized patients following implementation of tailored models of care : a repeated measures (pre- and post-intervention) design. *International Journal of Nursing Studies*, 44(7), 1079-1092.

178. Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, & Romanow, R. J. (2002). *Guidé par nos valeurs : l'avenir des soins de santé au Canada*. En ligne. Saskatoon : Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, 387 p. <http://dsp-psd.communication.gc.ca/Collection/CP32-85-2002F.pdf> (Consulté le 17 novembre 2009)
179. Santé Canada. Direction générale de la politique de la santé. Division des stratégies en matière de ressources humaines en santé. (2007, 28 mars). Formation interprofessionnelle pour une pratique en collaboration centrée sur le patient. In *Santé Canada*. En ligne. <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/hhr-rhs/strateg/interprof/index-fra.php> (Consulté le 22 juin 2009)
180. Zwarenstein, M., & Bryant, W. (2009). Interventions to promote collaboration between nurses and doctors. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 2. Art. No. : CD000072. DOI : 10.1002/14651858.CD000072.
181. Mudge, A., Laracy, S., Richter, K., & Denaro, C. (2006). Controlled trial of multidisciplinary care teams for acutely ill medical inpatients : enhanced multidisciplinary care. *Internal Medicine Journal*, 36(9), 558-563.
182. Shojania, K. G., Ranji, S. R., McDonald, K. M., Grimshaw, J. M., Sundaram, V., Rushakoff, R. J., & Owens, D. K. (2006). Effects of quality improvement strategies for type 2 diabetes on glycemic control : a meta-regression analysis. *JAMA*, 296(4), 427-440.
183. D'Amour, D., & Oandasan, I. (2005). Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education : an emerging concept. *Journal of Interprofessional Care*, 19(Suppl 1), 8-20.
184. Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé. (2006). *Le travail en équipe dans les services de santé : promouvoir un travail en équipe efficace dans les services de santé au Canada : recommandations et synthèse pour politiques*. En ligne. Ottawa : Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, 35 p. http://www.fcrss.ca/research_themes/pdf/teamwork-synthesis-report_f.pdf (Consulté le 8 juin 2009)
185. Oandasan, I., & Reeves, S. (2005). Key elements for interprofessional education. Part 1 : The learner, the educator and the learning context. *Journal of Interprofessional Care*, 19(Suppl 1), 21-38.
186. Pethybridge, J. (2004). How team working influences discharge planning from hospital : a study of four multi-disciplinary teams in an acute hospital in England. *Journal of Interprofessional Care*, 18(1), 29-41.
187. San Martin-Rodriguez, L., Beaulieu, M. D., D'Amour, D., & Ferrada-Videla, M. (2005). The determinants of successful collaboration : a review of theoretical and empirical studies. *Journal of Interprofessional Care*, 19(Suppl 1), 132-147.
188. Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. (1996). *Compétences pour le nouveau millénaire : rapport du groupe sur les besoins sociétaux : ProMEDS 2000*. En ligne. Ottawa : Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, 21 p. http://www.medbev.umontreal.ca/gtea/CRoyal_ProMEDS_2000.pdf (Consulté le 24 juin 2009)
189. Côté, A. (2007). L'art de faire participer les médecins spécialistes aux stratégies de changement en milieu hospitalier. *Gestion*, 31(1), 11-18.

190. Freeman, G., Shepperd, S., Robinson, I., Ehrich, K., & Richards, S. (2001). *Continuity of care : report of a scoping exercise for the National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organization. R & D (NCCSDO)*. En ligne. London : NCCSDO, 141 p.
<http://www.sdo.nihr.ac.uk/files/project/2-final-report.pdf> (Consulté le 30 juin 2009)
191. Helleso, R., & Lorensen, M. (2005). Inter-organizational continuity of care and the electronic patient record : a concept development. *International Journal of Nursing Studies*, 42(7), 807-822.
192. Saultz, J. W., & Lochner, J. (2005). Interpersonal continuity of care and care outcomes : a critical review. *Annals of Family Medicine*, 3(2), 159-166.
193. Shepperd, S., Parkes, J., McClaren, J. J. M., & Phillips, C. (2004). Discharge planning from hospital to home. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 1. Art. No. : CD000313. DOI : 10.1002/14651858.CD000313.pub2.
194. Sparbel, K. J., & Anderson, M. A. (2000). Integrated literature review of continuity of care : part 1, conceptual issues. *Journal of Nursing Scholarship*, 32(1), 17-24.
195. Sparbel, K. J., & Anderson, M. A. (2000). A continuity of care integrated literature review, part 2 : methodological issues. *Journal of Nursing Scholarship*, 32(2), 131-135.
196. Québec (Province). Ministère de la Santé et des Services sociaux. Direction des communications. (2003). *Chez soi : le premier choix : la politique de soutien à domicile*. En ligne. Québec : ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction des communications, 43 p.
<http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/LienParId/A71804248795CB7C85256CD3000EC44F?opendocument> (Consulté le 2 juin 2009)
197. Palley, H. A. (2003). Long-term care policy for older Americans : building a continuum of care. *Journal of Health & Social Policy*, 16(3), 7-18.
198. McCusker, J., Roberge, D., & et al. (2008). *Sûreté des congés des aînés des services d'urgence à la collectivité*. En ligne. Montréal : St. Mary's Hospital Center, Department of Clinical Epidemiology and Community Studies, 28 p.
<http://www.patientsafetyinstitute.ca/French/research/cpsiResearchCompetitions/2005/Documents/McCusker/Report/Rapport%20complet.pdf> (Consulté le 22 juin 2009)
199. Nutting, P. A., Goodwin, M. A., Flocke, S. A., Zyzanski, S. J., & Stange, K. C. (2003). Continuity of primary care : to whom does it matter and when ? *Annals of Family Medicine*, 1(3), 149-155.
200. Ionescu-Iltu, R., McCusker, J., Ciampi, A., Vadeboncoeur, A. M., Roberge, D., Larouche, D., Verdon, J., et al. (2007). Continuity of primary care and emergency department utilization among elderly people. *CMAJ Canadian Medical Association Journal*, 177(11), 1362-1368.
201. Unité de recherche en gériatrie de l'Université Laval, & Centre de recherche sur le vieillissement de l'Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke. (2009, octobre). *PRISMA*. En ligne.
<http://www.prisma-qc.ca/cgi-cs/cs.waframe.index?lang=1> (Consulté le 3 décembre 2009)
202. Chaboyer, W., Kendall, E., Kendall, M., & Foster, M. (2005). Transfer out of intensive care : a qualitative exploration of patient and family perceptions. *Australian Critical Care*, 18(4), 138-141.
203. Clark, J. S. (2004). An aging population with chronic disease compels new delivery systems focused on new structures and practices. *Nursing Administration Quarterly*, 28(2), 105-115.

204. Corbett, H. M., Lim, W. K., Davis, S. J., & Elkins, A. M. (2005). Care coordination in the Emergency Department : improving outcomes for older patients. *Australian Health Review*, 29(1), 43-50.
205. Rangan, A. (2006). Mary Naylor, pioneer in 'transitional care' for elders. *Nursing Spectrum -- Philadelphia Tri -- State Edition*, 15(9), 13-13.
206. Van Eaton, E. G., Horvath, K. D., Lober, W. B., Rossini, A. J., & Pellegrini, C. A. (2005). A randomized, controlled trial evaluating the impact of a computerized rounding and sign-out system on continuity of care and resident work hours. *Journal of the American College of Surgeons*, 200(4), 538-545.
207. Fenton, W. (2006). Developing a guide to improve the quality of nurses' handover. *Nursing Older People*, 18(11), 32-36; quiz 37.
208. Fitzpatrick, J. J., Archbold, P. G., & Stewart, B. A. (2002). *Geriatric nursing research* (Vol. 20). New York : Annual review of nursing research, 427 p.
209. Palmisano-Mills, C. (2007). Common problems in hospitalized older adults. *Journal of Gerontological Nursing*, 33(1), 48-54.
210. British Geriatrics Society. (2006). *The discharge or transfer of care of frail older people for community health and social support*. En ligne. London : British Geriatrics Society http://www.bgs.org.uk/Publications/Compendium/compend_3-3.htm (Consulté le 1^{er} avril 2009)
211. Salmoni, A., & Pong, R. (2003). *Continuity of care for community-dwelling seniors*. En ligne. Ottawa : Canadian health services research foundation, 16 p. http://www.chsrf.ca/final_research/ogc/pdf/salmoni_report.pdf (Consulté le 1er avril 2009)
212. McCusker, J., Dendukuri, N., Tousignant, P., Verdon, J., Poulin de Courval, L., & Belzile, E. (2003). Rapid two-stage emergency department intervention for seniors : impact on continuity of care. *Academic Emergency Medicine*, 10(3), 233-243.
213. Flacker, J., Park, W., & Sims, A. (2007). Hospital discharge information and older patients : do they get what they need ? *Journal of Hospital Medicine (Online)*, 2(5), 291-296.
214. Bull, M. J., & Roberts, J. (2001). Components of a proper hospital discharge for elders. *Journal of Advanced Nursing*, 35(4), 571-581.
215. Dunnion, M. E., & Kelly, B. (2005). From the emergency department to home. *Journal of Clinical Nursing*, 14(6), 776-785.
216. Berg, K., Mor, V., Morris, J., Murphy, K. M., Moore, T., & Harris, Y. (2002). Identification and evaluation of existing nursing homes quality indicators. *Health Care Financing Review*, 23(4), 19-36.
217. Blumenthal, D. (1996). Part 1 : quality of care--what is it ? *New England Journal of Medicine*, 335(12), 891-894.
218. Ellis, R., & Whittington, D. (1993). *Quality assurance in health care : a handbook*. London: E. Arnold, 278 p.
219. Haddad, S., Roberge, D., & Pineault, R. (1997). Comprendre la qualité : en reconnaître la complexité. *Ruptures. Revue transdisciplinaire en santé*, 4(1), 59-78.

220. McGlynn, E. A. (1997). Six challenges in measuring the quality of health care. *Health Affairs*, 16(3), 7-21.
221. Lohr, K. N., & Harris-Wehling, J. (1991). Medicare : a strategy for quality assurance, I : a recapitulation of the study and a definition of quality of care. *QRB Quality Review Bulletin*, 17(1), 6-9.
222. Donabedian, A. (1990). The seven pillars of quality. *Archives of Pathology & Laboratory Medicine*, 114(11), 1115-1118.
223. Donabedian, A. (2003). *An introduction to quality assurance in health care*. Toronto : Oxford University Press, 200 p.
224. Brook, R. H., McGlynn, E. A., & Cleary, P. D. (1996). Quality of health care. Part 2 : measuring quality of care. *New England Journal of Medicine*, 335(13), 966-970.
225. Kane, R. L. (1995). Improving the quality of long-term care. *JAMA*, 273(17), 1376-1380.
226. Agrément Canada. (2008). Mieux comprendre les indicateurs : cahier du participant. In Agrément Canada (Ed.), *Formation*. Ottawa : Agrément Canada.
227. Wenger, N. S., & Shekelle, P. G. (2001). Assessing care of vulnerable elders : ACOVE project overview. *Annals of Internal Medicine*, 135(8 Pt 2), 642-646.
228. Kroger, E., Tourigny, A., Morin, D., Cote, L., Kergoat, M.-J., Lebel, P., Robichaud, L., et al. (2007). Selecting process quality indicators for the integrated care of vulnerable older adults affected by cognitive impairment or dementia. *BMC Health Services Research*, 7, 195.

BIBLIOGRAPHIE

Cette bibliographie est classée par ordre alphabétique d'auteurs. Elle comprend les références citées dans le texte et plus largement tous les documents qui ont inspiré la réflexion des membres du groupe.

La bibliographie a été réalisée à partir d'une sélection d'ouvrages, d'articles, de rapports (résultats d'études d'instituts de recherche, d'organismes gouvernementaux...), de comptes rendus de congrès, de banques de données statistiques.

La recherche de données probantes a été privilégiée.

 **Auteurs déterminants pour les membres du groupe**

- Acute Care Geriatric Nurse Network. (2007, 30 avril). Delirium. In *Acute Care Geriatric Nurse Network*. En ligne. <http://www.acggn.ca/delirium> (Consulté le 24 juin 2009)
- Acute Care Geriatric Nurse Network. (2009, 25 mai). GENI - Geriatric Emergency Nurse Initiative. In *Acute Care Geriatric Nurse Network*. En ligne. http://www.acggn.ca/geriatric_emergency_nurse_initiative.html (Consulté le 15 décembre 2009)
- Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. Direction des ressources humaines, de l'information et de la planification, Bernier, L., Bérubé, M., & Jodoin, Y. (2008). *Approche gériatrique transhospitalière*. En ligne. Montréal : Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 46 p. <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/bs1763986> (Consulté le 11 septembre 2009)
- Agrawal, A., Wu, W., & Khachewatsky, I. (2007). Evaluation of an electronic medication reconciliation system in inpatient setting in an acute care hospital. *Studies in Health Technology & Informatics*, 129(Pt 2), 1027-1031.
- Agrawal, A., Wu, W., & Khachewatsky, I. (2007). *Evaluation of an electronic medication reconciliation system in inpatient setting in an acute care hospital*. Paper presented at the Medinfo 2007 : proceedings of the 12th World Congress on Health (Medical) Informatics : building sustainable health systems, Brisbane.
- Agrément Canada. (2008). *L'organisme offre encadrement et mentorat au personnel, aux bénévoles et aux stagiaires en matière d'amélioration de la qualité : un organisme proactif et attentionné, norme 9.3*. Ottawa : Agrément Canada.
- Agrément Canada. (2008). *L'organisme favorise l'apprentissage au sein de l'organisme, la prise de décisions fondées sur la recherche et les éléments de preuve et l'amélioration de la qualité : un organisme proactif et attentionné, norme 9.4*. Ottawa : Agrément Canada.
- Agrément Canada. (2008). *L'organisme détermine les possibilités d'amélioration en se fondant sur les renseignements qui découlent des données, de la recherche et des meilleures pratiques : un organisme proactif et attentionné, norme 16.8*. Ottawa : Agrément Canada.
- Agrément Canada. (2008). Normes : normes de gestion des médicaments. In Agrément Canada (Ed.), *Programme d'agrément du Conseil canadien d'agrément des services de santé 2009*. Ottawa : Conseil canadien d'agrément des services de santé.
- Agrément Canada. (2008). Normes : services de soins de longue durée. In Agrément Canada (Ed.), *Programme Qmentum 2010*. Ottawa : Agrément Canada.
- Agrément Canada. (2008). Mieux comprendre les indicateurs : cahier du participant. In Agrément Canada (Ed.), *Formation*. Ottawa : Agrément Canada.
- Agrément Canada. (2009, avril). *Agrément Canada*. En ligne. <http://www.accreditation-canada.ca/default.aspx> (Consulté le 1^{er} avril 2009)
- Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., & International Hospital Outcomes Research, Consortium. (2002). Hospital staffing, organization, and quality of care : cross-national findings. *International Journal for Quality in Health Care*, 14(1), 5-13.

- Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Sochalski, J., & Silber, J. H. (2002). Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *JAMA*, 288(16), 1987-1993.
- Aiken, L. H., Smith, H. L., & Lake, E. T. (2002). Lower Medicare mortality among a set of hospitals known for good nursing care. In A. M. Rafferty & M. Traynor (Eds.), *Exemplary Research for Nursing and Midwifery* (p. 330-351). London and New York : Routledge.
- Alexander, N. B., Koester, D. J., & Grunawalt, J. A. (1996). Chair design affects how older adults rise from a chair. *Journal of the American Geriatrics Society*, 44(4), 356-362.
- Alleyne, J., & Jumaa, M. O. (2007). Building the capacity for evidence-based clinical nursing leadership : the role of executive co-coaching and group clinical supervision for quality patient services. *Journal of Nursing Management*, 15(2), 230-243.
- American Association of Colleges of Nursing, & The John A. Hartford Foundation Institute for Geriatric Nursing. (2000). *Older adults : recommended baccalaureate competencies and curricular guidelines for geriatric nursing care*. En ligne. Washington, DC : New York : American Association of Colleges of Nursing : The John A. Hartford Foundation Institute for Geriatric Nursing, 22 p. <http://www.aacn.nche.edu/Education/pdf/Gercomp.pdf> (Consulté le 12 août 2009)
- American Nurses Credentialing Center. (2005). *The magnet recognition program : recognizing excellence in nursing service : application manual 2005*. Silver Spring : American Nurses Credentialing Center, 130 p.
- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-III-R* (3 ed.). Washington, DC : American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2003). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-IV-TR* (4 ed.). Washington, DC : American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association Practice Guidelines. (1999). Treatment principles and alternatives. In American Psychiatric Association Practice Guidelines (Ed.), *Treatment of patients with delirium*. En ligne. Arlington : APA. <http://www.psychiatryonline.com/content.aspx?aID=42693> (Consulté le 22 juin 2009)
- Arcand, M., & Hébert, R. (2007). *Précis pratique de gériatrie* (3 ed.). Acton Vale ; Paris : Edisem; Maloine, 1270 p.
- Armstrong, K. J., & Laschinger, H. (2006). Structural empowerment, Magnet hospital characteristics, and patient safety culture : making the link. *Journal of Nursing Care Quality*, 21(2), 124-132.
- Assemblée nationale du Québec. (2002). *Projet de loi no 90, 2^e session, 36^e législature : loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé*. En ligne. Québec. <http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=5&file=2002C33F.PDF> (Consulté le 17 novembre 2009)
- Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux. (2008). *Guide de la gestion intégrée de la qualité*. Montréal : AQESSS, 106 p.
- Aubin, J., Audet, N., Beauvais, B., Camirand, J., Courtemanche, R., Fournier, C., et al. (2001). *Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998*. En ligne. Québec : Institut de la statistique du Québec, 457 p. http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/sante/enq-qla98_pdf.htm (Consulté le 20 juin 2009)

- Baker, F. M., Wiley, C., Kokmen, E., Chandra, V., & Schoenberg, B. S. (1999). Delirium episodes during the course of clinically diagnosed Alzheimer's disease. *Journal of the National Medical Association*, 91(11), 625-630.
- Barlas, D., Sama, A. E., Ward, M. F., & Lesser, M. L. (2001). Comparison of the auditory and visual privacy of emergency department treatment areas with curtains versus those with solid walls. *Annals of Emergency Medicine*, 38(2), 135-139.
- Barnes, S. (2002). The design of caring environments and the quality of life of older people. *Ageing and society*, 22(6), 775-789.
- Barrick, C., Karuza, J., & Levitt, J. (1999). Impacting quality : assessment of a hospital-based geriatric acute care unit. *American Journal of Medical Quality*, 14(3), 133-137.
- Barry, P. J., O'Keefe, N., O'Connor, K. A., & O'Mahony, D. (2006). Inappropriate prescribing in the elderly : a comparison of the Beers criteria and the improved prescribing in the elderly tool (IPET) in acutely ill elderly hospitalized patients. *Journal of Clinical Pharmacy & Therapeutics*, 31(6), 617-626.
- Baughan-Young, K. (2001). Healing power of color as cheap as coat of paint. *Managed Care*, 10(11), 40-41.
- Baztan, J. J., Suarez-Garcia, F. M., Lopez-Arrieta, J., Rodriguez-Manas, L., & Rodriguez-Artalejo, F. (2009). Effectiveness of acute geriatric units on functional decline, living at home, and case fatality among older patients admitted to hospital for acute medical disorders : meta-analysis. *BMJ*, 338, b50.
- Bélanger, L. (2007). *Programme de soins pour les personnes à risque ou présentant un état de confusion aigu : ÉCA*. En ligne. Montréal : Hôpital Sacré-Coeur de Montréal, 49 p.
http://www.hscm.ca/fileadmin/contenu/pdf/Confusion_aigue.pdf (Consulté le 20 juin 2009)
- Benedict, L., Robinson, K., & Holder, C. (2006). Clinical nurse specialist practice within the Acute Care for Elders interdisciplinary team model. *Clinical Nurse Specialist*, 20(5), 248-251.
- Berg, K., Mor, V., Morris, J., Murphy, K. M., Moore, T., & Harris, Y. (2002). Identification and evaluation of existing nursing homes quality indicators. *Health Care Financing Review*, 23(4), 19-36.
- Bergeron, N., Dubois, M. J., Dumont, M., Dial, S., & Skrobik, Y. (2001). Intensive Care Delirium Screening Checklist : evaluation of a new screening tool. *Intensive Care Medicine*, 27(5), 859-864.
- Bergman, H., Crowe, C., Inglis, G., Kergoat, M.-J., Lebel, P., Morin, J., Tessier, D. (2007). *Les services spécialisés en gériatrie* (document non publié), 9 p.
- Bloomfield, S. A. (1997). Changes in musculoskeletal structure and function with prolonged bed rest. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 29(2), 197-206.
- Blumenthal, D. (1996). Part 1 : quality of care--what is it ? *New England Journal of Medicine*, 335(12), 891-894.
- Boltz, M., Harrington, C., & Kluger, M. (2005). Nurses Improving Care for Health System Elders (NICHE). *American Journal of Nursing*, 105(5), 101-102.
- Boockvar, K. S., Carlson LaCorte, H., Giambanco, V., Fridman, B., & Siu, A. (2006). Medication reconciliation for reducing drug-discrepancy adverse events. *American Journal Geriatric Pharmacotherapy*, 4(3), 236-243.

- Bortz, W. M., 2nd. (1984). The disuse syndrome. *Western Journal of Medicine*, 141(5), 691-694.
- Bourdel-Marchasson, I., Vincent, S., Germain, C., Salles, N., Jenn, J., Rasoamanarivo, E., et al. (2004). Delirium symptoms and low dietary intake in older inpatients are independent predictors of institutionalization : a 1-year prospective population-based study. *Journals of Gerontology Series A-Biological Sciences & Medical Sciences*, 59(4), 350-354.
- Bowman, A. M. (1997). Sleep satisfaction, perceived pain and acute confusion in elderly clients undergoing orthopaedic procedures. *Journal of Advanced Nursing*, 26(3), 550-564.
- Bradley, E. H., Webster, T. R., Baker, D., Schlesinger, M., & Inouye, S. K. (2005). After adoption : sustaining the innovation. A case study of disseminating the hospital elder life program. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53(9), 1455-1461.
- Bradley, E. H., Webster, T. R., Schlesinger, M., Baker, D., & Inouye, S. K. (2006). The roles of senior management in improving hospital experiences for frail older adults. *Journal of Healthcare Management*, 51(5), 323-336; discussion 336-337.
- Brannstrom, B., Gustafson, Y., Norberg, A., & Winblad, B. (1991). ADL performance and dependency on nursing care in patients with hip fractures and acute confusion in a task allocation care system. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 5(1), 3-11.
- Brauer, C., Morrison, R. S., Silberzweig, S. B., & Siu, A. L. (2000). The cause of delirium in patients with hip fracture. *Archives of Internal Medicine*, 160(12), 1856-1860.
- Brawley, E. C. (2001). Environmental design for Alzheimer's disease : a quality of life issue. *Aging & Mental Health*, 5 (Suppl 1), S79-83.
- British Geriatrics Society. (2006). *Guidelines for the prevention, diagnosis and management of delirium in older people in hospital*. En ligne. London : British Geriatrics Society, 14 p.
http://www.bgs.org.uk/Publications/Clinical%20Guidelines/clinical_1-2_fulldelirium.htm#top
(Consulté le 8 avril 2009)
- British Geriatrics Society. (2006). *The discharge or transfer of care of frail older people for community health and social support*. En ligne. London : British Geriatrics Society
http://www.bgs.org.uk/Publications/Compendium/compend_3-3.htm (Consulté le 1^{er} avril 2009)
- Brook, R. H., McGlynn, E. A., & Cleary, P. D. (1996). Quality of health care. Part 2 : measuring quality of care. *New England Journal of Medicine*, 335(13), 966-970.
- Brooten, D., & Youngblut, J. M. (2006). Nurse dose as a concept. *Journal of Nursing Scholarship*, 38(1), 94-99.
- Brown, C. J., Friedkin, R. J., & Inouye, S. K. (2004). Prevalence and outcomes of low mobility in hospitalized older patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 52(8), 1263-1270.
- Brown, C. J., Williams, B. R., Woodby, L. L., Davis, L. L., & Allman, R. M. (2007). Barriers to mobility during hospitalization from the perspectives of older patients and their nurses and physicians. *Journal of Hospital Medicine*, 2(5), 305-313.
-  **Browse, N. L.** (1965). *The physiology and pathology of bed rest*. Springfield, Ill. : C. C. Thomas, 221 p.

- Bull, M. J., & Roberts, J. (2001). Components of a proper hospital discharge for elders. *Journal of Advanced Nursing*, 35(4), 571-581.
- Callahan, E. H., Thomas, D. C., Goldhirsch, S. L., & Leipzig, R. M. (2002). Geriatric hospital medicine. *Medical Clinics of North America*, 86(4), 707-729.
- Cameron, D. J., Thomas, R. I., Mulvihill, M., & Bronheim, H. (1987). Delirium : a test of the Diagnostic and Statistical Manual III criteria on medical inpatients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 35(11), 1007-1010.
- Canadian Coalition for Senior's Mental Health. (2006). *The assessment and treatment of delirium*. Toronto : Canadian Coalition for Senior's Mental Health, 78 p.
- Caplan, G. A., & Harper, E. L. (2007). Recruitment of volunteers to improve vitality in the elderly : the REVIVE study. *Internal Medicine Journal*, 37(2), 95-100.
- Carbett, R., & McCormack, B. (2002). A concept analysis of practice development. *Nursing Times Research*, 7(2), 87-100.
- Caris, P. (2001). *Orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie*. En ligne. Québec : ministère de la Santé et des Services sociaux, 47 p.
<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2000/00-702.pdf>
(Consulté le 20 juin 2009)
- Carr, M., Blais, D., Hunt, P., Kline, K., Lett, J., Macdonald, V., et al. (2006). *Geriatrics giants : quick reference to common conditions and syndromes observed in older adults*. Burnaby : British Columbia Acute Care Geriatric Nurse Network.
- Chaboyer, W., Kendall, E., Kendall, M., & Foster, M. (2005). Transfer out of intensive care : a qualitative exploration of patient and family perceptions. *Australian Critical Care*, 18(4), 138-141.
- Chang, E., Hancock, K., Hickman, L., Glasson, J., & Davidson, P. (2007). Outcomes of acutely ill older hospitalized patients following implementation of tailored models of care : a repeated measures (pre- and post-intervention) design. *International Journal of Nursing Studies*, 44(7), 1079-1092.
- Cheater, F. M., & Closs, S. J. (1997). The effectiveness of methods of dissemination and implementation of clinical guidelines for nursing practice : a selective review. *Clinical Effectiveness in Nursing*, 1(1), 4-15.
- Clark, J. S. (2004). An aging population with chronic disease compels new delivery systems focused on new structures and practices. *Nursing Administration Quarterly*, 28(2), 105-115.
- Cole, M., McCusker, J., Dendukuri, N., & Han, L. (2003). The prognostic significance of subsyndromal delirium in elderly medical inpatients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 51(6), 754-760.
- Cole, M. G. (2004). Delirium in elderly patients. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 12(1), 7-21.
- Cole, M. G., Ciampi, A., Belzile, E., & Zhong, L. (2009). Persistent delirium in older hospital patients : a systematic review of frequency and prognosis. *Age & Ageing*, 38(1), 19-26.
- Cole, M. G., McCusker, J., Bellavance, F., Primeau, F. J., Bailey, R. F., Bonnycastle, M. J., et al. (2002). Systematic detection and multidisciplinary care of delirium in older medical inpatients : a randomized trial. *CMAJ Canadian Medical Association Journal*, 167(7), 753-759.

- Cole, M. G., McCusker, J., Dendukuri, N., & Han, L. (2002). Symptoms of delirium among elderly medical inpatients with or without dementia. *Journal of Neuropsychiatry & Clinical Neurosciences*, 14(2), 167-175.
- Cole, M. G., Primeau, F. J., Bailey, R. F., Bonnycastle, M. J., Masciarelli, F., Engelsmann, F., et al. (1994). Systematic intervention for elderly inpatients with delirium : a randomized trial. *CMAJ Canadian Medical Association Journal*, 151(7), 965-970.
- Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. (1996). *Compétences pour le nouveau millénaire : rapport du groupe sur les besoins sociétaux : ProMEDS 2000*. En ligne. Ottawa : Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, 21 p.
http://www.medbev.umontreal.ca/gtea/CRoyal_ProMEDS_2000.pdf (Consulté le 24 juin 2009)
- Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, & Romanow, R. J. (2002). *Guidé par nos valeurs : l'avenir des soins de santé au Canada*. En ligne. Saskatoon : Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, 387 p. <http://dsp-psd.communication.gc.ca/Collection/CP32-85-2002F.pdf> (Consulté le 17 novembre 2009)
- Congdon, N., O'Colmain, B., Klaver, C. C., Klein, R., Munoz, B., Friedman, D. S., et al. (2004). Causes and prevalence of visual impairment among adults in the United States. *Archives of Ophthalmology*, 122(4), 477-485.
- Conseil canadien d'agrément des services de santé. (2007). *Renforcement du programme d'agrément : un aperçu des améliorations prévues* (4 ed.). En ligne. Ottawa : Conseil canadien d'agrément des services de santé, 1-2 p.
[http://www.accreditation-canada.ca/upload/files/pdf/New%20Accreditation%20Program/Strengthening%20Accred%20Program%20\(01-11-07\)-fr.pdf](http://www.accreditation-canada.ca/upload/files/pdf/New%20Accreditation%20Program/Strengthening%20Accred%20Program%20(01-11-07)-fr.pdf) (Consulté le 8 juin 2009)
- Conseil des aînés, Des Rivières, M., & Michaud, A. (2007). *La réalité des aînés québécois* (3 ed.). Québec : Publications du Québec, 201 p.
- Cook, I. A. (2004). *Guideline watch : practice guideline for the treatment of patients with delirium*. En ligne. Arlington : American Psychiatric Association Practice Guidelines.
<http://www.psychiatryonline.com/content.aspx?aid=147844> (Consulté le 24 juin 2009)
- Corbett, H. M., Lim, W. K., Davis, S. J., & Elkins, A. M. (2005). Care coordination in the Emergency Department : improving outcomes for older patients. *Australian Health Review*, 29(1), 43-50.
- Cormack, C., Hillier, L. M., Anderson, K., Cheeseman, A., Clift, J., Fisher, M. J., et al. (2007). Practice change : the process of developing and implementing a nursing care delivery model for geriatric rehabilitation. *Journal of Nursing Administration*, 37(6), 279-286.
- Cornette, P., Schoevaerdt, D., & Swine, C. (2004). Évaluation de la fragilité de la personne âgée. *Louvain médical*, 123, S228-S230.
- Cornette, P., Swine, C., Malhomme, B., Gillet, J. B., Meert, P., & D'Hoore, W. (2006). Early evaluation of the risk of functional decline following hospitalization of older patients : development of a predictive tool. *European Journal of Public Health*, 16(2), 203-208.
- Côté, A. (2007). L'art de faire participer les médecins spécialistes aux stratégies de changement en milieu hospitalier. *Gestion*, 31(1), 11-18.
- Coulter, A., & Ellins, J. (2006). Improving self-care. In A. Coulter & J. Ellins (Eds.), *Patient-focused interventions : a review of the evidence*. En ligne. London : The Health Foundation.
http://www.health.org.uk/publications/research_reports/patientfocused.html
(Consulté le 6 mai 2009)

- Counsell, S. R., Holder, C. M., Liebenauer, L. L., Palmer, R. M., Fortinsky, R. H., Kresevic, D. M., et al. (2000). Effects of a multicomponent intervention on functional outcomes and process of care in hospitalized older patients : a randomized controlled trial of Acute Care for Elders (ACE) in a community hospital. *Journal of the American Geriatrics Society*, 48(12), 1572-1581.
- ✚ **Covinsky, K. E.**, King, J. T., Jr., Quinn, L. M., Siddique, R., Palmer, R., Kresevic, D. M., et al. (1997). Do acute care for elders units increase hospital costs ? A cost analysis using the hospital perspective. *Journal of the American Geriatrics Society*, 45(6), 729-734.
- ✚ **Covinsky, K. E.**, Palmer, R. M., Kresevic, D. M., Kahana, E., Counsell, S. R., Fortinsky, R. H., et al. (1998). Improving functional outcomes in older patients : lessons from an acute care for elders unit. *Joint Commission Journal on Quality Improvement*, 24(2), 63-76.
- ✚ **Creditor, M. C.** (1993). Hazards of hospitalization of the elderly. *Annals of Internal Medicine*, 118(3), 219-223.
- Culp, K., Menten, J. C., & McConnell, E. S. (2001). Studying acute confusion in long-term care : clinical investigation or secondary data analysis using the minimum data set ? *Journal of Gerontological Nursing*, 27(4), 41-48.
- Culter, L. J. (2004). Assessment of physical environments of older adults. In R. L. Kane & R. A. Kane (Eds.), *Assessing older persons : measures, meaning, and practical applications* (p. 360-379). New York : Oxford University Press.
- Curtis, L. H., Ostbye, T., Sendersky, V., Hutchison, S., Dans, P. E., Wright, A., et al. (2004). Inappropriate prescribing for elderly Americans in a large outpatient population. *Archives of Internal Medicine*, 164(15), 1621-1625.
- Dallaire, C., & Dallaire, M. (2008). Le savoir infirmier dans les fonctions infirmières. In *Le savoir infirmier : au coeur de la discipline et de la profession infirmière* (p. 265-312). Montréal : Gaëtan Morin.
- D'Amour, D., & Oandasan, I. (2005). Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education : an emerging concept. *Journal of Interprofessional Care*, 19(Suppl 1), 8-20.
- de Morton, N., Keating, J. L., & Jeffs, K. (2007). The effect of exercise on outcomes for older acute medical inpatients compared with control or alternative treatments : a systematic review of randomized controlled trials. *Clinical Rehabilitation*, 21(1), 3-16.
- de Morton, N., Keating, J. L., & Jeffs, K. (2007). Exercise for acutely hospitalised older medical patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 1. Art. No. : CD005955. DOI : 10.1002/14651858.CD005955.pub2.
- de Rooij, S. E., Schuurmans, M. J., van der Mast, R. C., & Levi, M. (2005). Clinical subtypes of delirium and their relevance for daily clinical practice : a systematic review. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20(7), 609-615.
- Defever, M. (2004). Cultural change. In H. Nies & P. C. Berman (Eds.), *Integrated services for older people : a resource book for managers* (p. 143-154). Dublin: European Health Management Association.
- Degens, H., & Alway, S. E. (2006). Control of muscle size during disuse, disease, and aging. *International Journal of Sports Medicine*, 27(2), 94-99.

- Del Mar, C. B., & Mitchell, G. K. (2004). Feedback of evidence into practice. *Medical Journal of Australia*, 180(Suppl 6), S63-65.
- Demers, L., & Lemieux, V. (1998). La politique québécoise de désengorgement des urgences. *Canadian Public Administration*, 41(4), 501-528.
- Dendukuri, N., McCusker, J., & Belzile, E. (2004). The identification of seniors at risk screening tool : further evidence of concurrent and predictive validity. *Journal of the American Geriatrics Society*, 52(2), 290-296.
- Denis, J.-L., Beaulieu, M.-D., Hébert, Y., Langley, A., Lozeau, D., Pineault, R., et al. (2001). *L'innovation clinico-organisationnelle dans les organisations de santé*. En ligne. Ottawa : Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, 22 p.
http://fcrss.org/final_research/ogc/pdf/denis_final.pdf (Consulté le 1^{er} avril 2009)
- Denis, J.-L., & Langley, A. (2002). Faut-il changer nos façons de changer ? *Gestion*, 27(3), 151-152.
- Desbiens, F., Dagenais, C., & Joubert, P. (2001). *De l'innovation au changement : les leçons tirées des projets québécois financés par le Fonds pour l'adaptation des services de santé (FASS)*. Québec : ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction des communications, 277 p.
- Dijkstra, K., Pieterse, M., & Pruyn, A. (2006). Physical environmental stimuli that turn healthcare facilities into healing environments through psychologically mediated effects : systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 56(2), 166-181.
- Division du vieillissement et des aînés. (2004, 9 juillet). Les aînés au Canada : no 35 : L'hospitalisation des aînés. In *Agence de la santé publique du Canada*. En ligne. www.phac-aspc.gc.ca/seniors-aines/pubs/factoids/2001/no35_f.htm (Consulté le 21 avril 2008)
- Dolan, M. M., Hawkes, W. G., Zimmerman, S. I., Morrison, R. S., Gruber-Baldini, A. L., Hebel, J. R., et al. (2000). Delirium on hospital admission in aged hip fracture patients : prediction of mortality and 2-year functional outcomes. *Journals of Gerontology Series A-Biological Sciences & Medical Sciences*, 55(9), M527-534.
- ✚ **Donabedian, A.** (1980). *The definition of quality and approaches to its assessment* (Vol. 1). Ann Arbor : Health Administration Press, 163 p.
- ✚ **Donabedian, A.** (1982). *The criteria and standards of quality* (Vol. 2). Ann Arbor : Health Administration Press, 504 p.
- ✚ **Donabedian, A.** (1985). Twenty years of research on the quality of medical care : 1964-1984. *Evaluation & the Health Professions*, 8(3), 243-265.
- ✚ **Donabedian, A.** (1985). The epidemiology of quality. *Inquiry*, 22(3), 282-292.
- ✚ **Donabedian, A.** (1985). *The methods and findings of quality assessment and monitoring* (Vol. 3). Ann Arbor : Health Administration Press, 528 p.
- ✚ **Donabedian, A.** (1988). The quality of care. How can it be assessed ? *JAMA*, 260(12), 1743-1748.
- ✚ **Donabedian, A.** (1988). Quality assessment and assurance : unity of purpose, diversity of means. *Inquiry*, 25(1), 173-192.
- ✚ **Donabedian, A.** (1990). The seven pillars of quality. *Archives of Pathology & Laboratory Medicine*, 114(11), 1115-1118.

- 🇩🇪 **Donabedian, A.** (2003). *An introduction to quality assurance in health care*. Toronto : Oxford University Press, 200 p.
- Doran, D., & Almost, J. (2003). *Nursing-sensitive outcomes : the state of the science*. Boston : Jones and Bartlett Publishers, 363 p.
- Douglas, C. H., & Douglas, M. R. (2004). Patient-friendly hospital environments : exploring the patients' perspective. *Health Expectations*, 7(1), 61-73.
- Doumit, G., Gattellari, M., Grimshaw, J., & O'Brien, M.A. (2007). Local opinion leaders : effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue1. Art. No. : CD000125. DOI : 10.1002/14651858.CD000125.pub.3.
- Drahota, A., Stores, R., Ward, D., Galloway, E., Higgins, B., & Dean, T. P. (2004). Sensory environment on health-related outcomes of hospital patients (Protocol). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 4 . Art. No. : CD005315. DOI : 10.1002/14651858.CD005315.
- Ducharme, F., Lebel, P., & Bergman, H. (2001). Vieillesse et soins, l'urgence d'offrir des services de santé intégrés aux familles du XXI^{ème} siècle. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, 8(2), 110-121.
- Ducharme, F., Pérodeau, G., Paquet, M., Legault, A., & Trudeau, D. (2003). *Virage ambulatoire : perceptions et attentes envers les services destinés aux aidants familiaux de personnes âgées*. En ligne. Montréal : Université de Montréal, Chaire Desjardins en soins infirmiers à la personne âgée et à la famille, 69 p.
<http://www.chairedesjardins.umontreal.ca/fr-bibliotheque/documents/VIRAGERapportfinal.pdf>
(Consulté le 1^{er} juin 2009)
- Dunnion, M. E., & Kelly, B. (2005). From the emergency department to home. *Journal of Clinical Nursing*, 14(6), 776-785.
- Dupras, A., & Lafrenière, S. (2007). *Cadre de référence du projet OPTIMAH du Centre hospitalier universitaire de Montréal, 2008-2009*. Montréal : document interne en cours de rédaction.
- Duquette, A., Ducharme, F., Pepin, J., & Kérouac, S. (1992). *Attraction et maintien du personnel en soins infirmiers, une recension des écrits*. Montréal : Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal, 142 p.
- Dvorsky, T., & Pettipas, J. (2005). Elder-Friendly design interventions : acute care hospitals can learn from long-term care residences. *Implications*, 2(7), 1-5. En ligne.
http://www.informedesign.umn.edu/news/aug_v02-p.pdf (Consulté le 22 juin 2009)
- Dyer, C. B., Ashton, C. M., & Teasdale, T. A. (1995). Postoperative delirium. A review of 80 primary data-collection studies. *Archives of Internal Medicine*, 155(5), 461-465.
- Ebersole, P., Hess, P., & Luggen, A.S. (2004). *Toward healthy aging : human needs and nursing response*. St. Louis : Mosby, 789 p.
- Edlund, A., Lundstrom, M., Brannstrom, B., Bucht, G., & Gustafson, Y. (2001). Delirium before and after operation for femoral neck fracture. *Journal of the American Geriatrics Society*, 49(10), 1335-1340.
- Edlund, A., Lundstrom, M., Lundstrom, G., Hedqvist, B., & Gustafson, Y. (1999). Clinical profile of delirium in patients treated for femoral neck fractures. *Dementia & Geriatric Cognitive Disorders*, 10(5), 325-329.

- Eisenbach, R., Watson, K., & Pillai, R. (1999). Transformational leadership in the context of organizational change. *Journal of Organizational Change Management*, 12(2), 80-88.
- Elie, M., Cole, M. G., Primeau, F. J., & Bellavance, F. (1998). Delirium risk factors in elderly hospitalized patients. *Journal of General Internal Medicine*, 13(3), 204-212.
- Elie, M., Rousseau, F., Cole, M., Primeau, F., McCusker, J., & Bellavance, F. (2000). Prevalence and detection of delirium in elderly emergency department patients. *CMAJ Canadian Medical Association Journal*, 163(8), 977-981.
- Ellis, I., Howard, P., Larson, A., & Robertson, J. (2005). From workshop to work practice : an exploration of context and facilitation in the development of evidence-based practice. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 2(2), 84-93.
- Ellis, R., & Whittington, D. (1993). *Quality assurance in health care : a handbook*. London : E. Arnold, 278 p.
- Ely, E. W., Margolin, R., Francis, J., May, L., Truman, B., Dittus, R., et al. (2001). Evaluation of delirium in critically ill patients : validation of the Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU). *Critical Care Medicine*, 29(7), 1370-1379.
- Ervin, N. E. (2002). Evidence-based nursing practice : are we there yet ? *Journal of the New York State Nurses Association*, 33(2), 11-16.
- Etchells, E., Vira, T., & Tam, V. C. (2006). Lost in transition : medication errors at the time of hospital admission, transfer, and discharge. *Geriatrics and Aging*, 9(9), 646-648.
- Farrell, K. R., & Ganzini, L. (1995). Misdiagnosing delirium as depression in medically ill elderly patients. *Archives of Internal Medicine*, 155(22), 2459-2464.
- Fenton, W. (2006). Developing a guide to improve the quality of nurses' handover. *Nursing Older People*, 18(11), 32-36; quiz 37.
- Fick, D., & Foreman, M. (2000). Consequences of not recognizing delirium superimposed on dementia in hospitalized elderly individuals. *Journal of Gerontological Nursing*, 26(1), 30-40.
- Fick, D. M., Agostini, J. V., & Inouye, S. K. (2002). Delirium superimposed on dementia : a systematic review. *Journal of the American Geriatrics Society*, 50(10), 1723-1732.
- Fick, D. M., Cooper, J. W., Wade, W. E., Waller, J. L., & Maclean, J. R. (2003). Updating the Beers criteria for potentially inappropriate medication use in older adults : results of a US consensus panel of experts.[erratum appears in Arch Intern Med. 2004 Feb 9;164(3):298]. *Archives of Internal Medicine*, 163(22), 2716-2724.
- Fick, D. M., & Mion, L. C. (2008). How to try this : delirium superimposed on dementia. *American Journal of Nursing*, 108(1), 52-60; quiz 61.
- Fitzpatrick, J. J., Archbold, P. G., & Stewart, B. A. (2002). *Geriatric nursing research* (Vol. 20). New York : Annual review of nursing research, 427 p.
- Flacker, J., Park, W., & Sims, A. (2007). Hospital discharge information and older patients : do they get what they need ? *Journal of Hospital Medicine (Online)*, 2(5), 291-296.

- Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé. (2006). *Le travail en équipe dans les services de santé : promouvoir un travail en équipe efficace dans les services de santé au Canada : recommandations et synthèse pour politiques*. En ligne. Ottawa : Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, 35 p.
http://www.fcrss.ca/research_themes/pdf/teamwork-synthesis-report_f.pdf
(Consulté le 8 juin 2009)
- Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé. (2006). *Les données probantes dans la balance : pour un pilotage éclairé par les données probantes précis, réalisable et acceptable*. En ligne. Ottawa : Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, 18 p.
http://www.chsrf.ca/other_documents/pdf/weighing_up_the_evidence_f.pdf
(Consulté le 1^{er} juin 2009)
- Foreman, M. D., Mion, L. C., Trygstad, L., & Fletcher, K. (2003). Delirium : strategies for assessing and treating. In M. D. Mezey, T. T. Fulmer & I. L. Abraham (Eds.), *Geriatric nursing protocols for best practice* (2 ed., p. 116-140). New York : Springer Pub. Co.
- Foreman, M. D., Wakefield, B., Culp, K., & Milisen, K. (2001). Delirium in elderly patients : an overview of the state of the science. *Journal of Gerontological Nursing*, 27(4), 12-20.
- Foreman, M. D., & Zane, D. (1996). Nursing strategies for acute confusion in elders. *American Journal of Nursing*, 96(4), 44-51; quiz 51-42.
- Fottler, M. D., Ford, R. C., Roberts, V., & Ford, E. W. (2000). Creating a healing environment : the importance of the service setting in the new consumer-oriented healthcare system. *Journal of Healthcare Management*, 45(2), 91-106; discussion 106-107.
- Francis, J., & Kapoor, W. N. (1992). Prognosis after hospital discharge of older medical patients with delirium. *Journal of the American Geriatrics Society*, 40(6), 601-606.
- Francis, J., Martin, D., & Kapoor, W. N. (1990). A prospective study of delirium in hospitalized elderly. *JAMA*, 263(8), 1097-1101.
- Fraser Health Authority. (2002). *Delirium : screening tool*. En ligne. Surrey : Fraser Health Authority, 2 p.
<http://www.acgnn.ca/Delirium%20-%20Appendix%201%20-%20Delirium%20-%20Screening%20Tool.pdf> (Consulté le 24 juin 2009)
- Freeman, G., Shepperd, S., Robinson, I., Ehrich, K., & Richards, S. (2001). *Continuity of care : report of a scoping exercise for the National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organization. R & D (NCCSDO)*. En ligne. London : NCCSDO, 141 p.
<http://www.sdo.nihr.ac.uk/files/project/2-final-report.pdf> (Consulté le 30 juin 2009)
- Fried, L. P., & Walston, J. (2003). Frailty and failure to thrive. In W. R. Hazzard (Ed.), *Principles of geriatric medicine and gerontology* (5 ed., p. 1487-1502). Toronto : McGraw-Hill Professional.
- Friedberg, E. (1993). *Le pouvoir et la règle : dynamiques de l'action organisée*. Paris : Éditions du Seuil, 405 p.
- Fulmer, T. (2007). How to try this : Fulmer SPICES. *American Journal of Nursing*, 107(10), 40-48; quiz 48-49.
- Fulmer, T. T. (1991). The geriatric nurse specialist role : a new model. *Nursing Management*, 22(3), 91-93.

- Fulton, M. M., & Allen, E. R. (2005). Polypharmacy in the elderly : a literature review. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 17(4), 123-132.
- Funk, S. G., Tornquist, E. M., & Champagne, M. T. (1995). Barriers and facilitators of research utilization. An integrative review. *Nursing Clinics of North America*, 30(3), 395-407.
- Gagnon, J. (2001). *Élaboration et validation d'indicateurs de la qualité des soins relatifs à l'empowerment dans un contexte de maladie complexe à caractère chronique*. Thèse de doctorat, Montréal, Université de Montréal, 329 p. En ligne.
<http://www.collectionscanada.gc.ca/obj/s4/f2/dsk3/ftp05/NQ65309.pdf> (Consulté le 22 juin 2009)
- Gagnon, L., & Savoie, A. (2008). *Préparons l'avenir avec nos aînés : rapport de la consultation publique sur les conditions de vie des aînés*. En ligne. Québec : ministère de la Famille et des Aînés, 161 p. http://www.mfa.gouv.qc.ca/fr/publication/Documents/rapport_consultation_aines.pdf (Consulté le 1^{er} juin 2009)
- Gallagher, P. F., Barry, P. J., Ryan, C., Hartigan, I., & O'Mahony, D. (2008). Inappropriate prescribing in an acutely ill population of elderly patients as determined by Beers' Criteria. *Age & Ageing*, 37(1), 96-101.
- Gaudet, M., Pfitzenmeyer, P., Tavernier-Vidal, B., & Lechenet, M. (1993). Les états confusionnels en milieu interniste gériatrique court séjour. *Psychologie médicale*, 25(7), 611-614.
- Gaudreau, J. D., Gagnon, P., Harel, F., Tremblay, A., & Roy, M. A. (2005). Fast, systematic, and continuous delirium assessment in hospitalized patients : the nursing delirium screening scale. *Journal of Pain & Symptom Management*, 29(4), 368-375.
- Gaunt, N. (2000). Practical approaches to creating a security culture. *International Journal of Medical Informatics*, 60(2), 151-157.
- Gemert van, L. A., & Schuurmans, M. J. (2007). The Neecham Confusion Scale and the Delirium Observation Screening Scale : capacity to discriminate and ease of use in clinical practice. *BMC Nursing*, en ligne, 6, 1-6. <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6955-6-3.pdf> (Consulté le 8 juin 2009)
- Gentric, A., Le Deun, P., & S., Estivin. (2007). Prévention du syndrome confusionnel dans un service de médecine interne gériatrique. *Revue de Médecine Interne*, 28(9), 589-593.
- Gifford, W., Davies, B., Edwards, N., Griffin, P., & Lybanon, V. (2007). Managerial leadership for nurses' use of research evidence : an integrative review of the literature. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 4(3), 126-145.
- Gill, S.S. (2006). An update on strategies to prevent and treat delirium. *Geriatrics & Aging*, 9(10), 697-701.
- Gill, T. M., Allore, H., & Guo, Z. (2004). The deleterious effects of bed rest among community-living older persons. *Journals of Gerontology Series A-Biological Sciences & Medical Sciences*, 59(7), 755-761.
- Gillick, M. R., Serrell, N. A., & Gillick, L. S. (1982). Adverse consequences of hospitalization in the elderly. *Social Science & Medicine*, 16(10), 1033-1038.
- Gillis, A. J., & MacDonald, B. (2006). Unmasking delirium : nurses can play a key role in the prevention, detection and treatment of delirium in older adults. *Canadian Nurse*, 102(9), 18-24.
- Gilmartin, J. (2004). Day surgery : patients' perceptions of a nurse-led preadmission clinic. *Journal of Clinical Nursing*, 13(2), 243-250.

- Girard, C. (2007). *Le bilan démographique du Québec*. En ligne. Québec : Institut de la statistique du Québec, 68 p. <http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/demograp/pdf2007/Bilan2007.pdf> (Consulté le 22 juin 2009)
- Glanville, R. (2004). Impact of the built environment. *Practice Development in Health Care*, 3(3), 182-185.
- Gouvernement du Québec. Exercice de la profession, article 36, alinéas 1, 2, 10. In *Lois refondues du Québec (L.R.Q.), chapitre 1-8 : loi sur les infirmières et les infirmiers*. En ligne. Québec. http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/I_8/I8.html (Consulté le 17 novembre 2009)
- Gouvernement du Québec. Les ordres professionnels : professions à titre réservé : article 37, alinéa p. In *Lois refondues du Québec (L.R.Q.), chapitre C-26 : code des professions*. En ligne. Québec. http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/C_26/C26.html (Consulté le 17 novembre 2009)
- Gouvernement du Québec. Fonctions, article 107.1. In *Lois refondues du Québec (L.R.Q.), chapitre S-4.2 : Loi sur les services de santé et les services sociaux*. En ligne. Québec. http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/S_4_2/S4_2.html (Consulté le 14 décembre 2009)
- Gouvernement du Québec. (2002). Loi no 90 : loi modifiant le code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé. In *Lois du Québec (L.Q.), c. 33*. Québec.
- Graf, C. (2006). Functional decline in hospitalized older adults. *American Journal of Nursing*, 106(1), 58-67.
- Grenier-Gosselin, L. (2008). Portrait de la population gériatrique et médicaments problématiques chez cette clientèle. *Pharmactuel*, 41(Suppl 1), 6-10.
- Grol, R., & Grimshaw, J. (2003). From best evidence to best practice : effective implementation of change in patients' care. *Lancet*, 362(9391), 1225-1230.
- ✚ **Grumbach, R., & Blanc, A. (1973).** Le syndrome d'immobilisation du vieillard. *Nouvelle Presse Médicale*, 2(30), 1989-1991.
- Gustafson, Y., Berggren, D., Brannstrom, B., Bucht, G., Norberg, A., Hansson, L. I., et al. (1988). Acute confusional states in elderly patients treated for femoral neck fracture. *Journal of the American Geriatrics Society*, 36(6), 525-530.
- Haddad, S., Roberge, D., & Pineault, R. (1997). Comprendre la qualité : en reconnaître la complexité. *Ruptures. Revue transdisciplinaire en santé*, 4(1), 59-78.
- Halar, E. M., & Bell, K. R. (2004). Immobility and inactivity : physiological and functional changes, prevention, and treatment. In J. A. DeLisa, B. M. Gans, N. E. Walsh & W. L. Bockenek (Eds.), *Physical medicine and rehabilitation : principles and practices* (4 ed., p. 1447-1467). Philadelphia: Lippincott, Williams and Wilkins.
- Hall, L. M., & O'Brien-Pallas, L. (2000). Redesigning nursing work in long-term care environments. *Nursing Economics*, 18(2), 79-87.
- Halpern, S. D., Ubel, P. A., & Asch, D. A. (2007). Harnessing the power of default options to improve health care. *New England journal of medicine*, 357(13), 1340-1344.

- Hamilton, D. K. (2003). The four levels of evidence-based practice. *Healthcare Design*, en ligne, 3(4), 18-26.
<http://www.healthcaredesignmagazine.com/ME2/dirmod.asp?sid=9B6FFC446FF7486981EA3C0C3CCE4943&nm=Articles&type=Publishing&mod=Publications%3A%3AArticle&mid=8F3A7027421841978F18BE895F87F791&tier=4&id=1B54B0E3F9DC421CB12B9D71FEDC3886>
(Consulté le 30 juin 2009)
- Hancock, T. (2003). The healthy hospital. *Hospital Quarterly*, 6(4), 68-69.
- Harper, C. M., & Lyles, Y. M. (1988). Physiology and complications of bed rest. *Journal of the American Geriatrics Society*, 36(11), 1047-1054.
- Hazzard, W. R., & Halter, J. B. (2009). *Hazzard's geriatric medicine and gerontology* (6 ed.). New York : McGraw-Hill Medical, 1634 p.
- Hébert, R., & Roy, P. M. (2007). Syndrome d'immobilisation. In M. Arcand & R. Hébert (Eds.), *Précis pratique de gériatrie* (3 ed., p. 477-491). Paris : Edisem; Maloine.
- Helleso, R., & Lorensen, M. (2005). Inter-organizational continuity of care and the electronic patient record : a concept development. *International Journal of Nursing Studies*, 42(7), 807-822.
- Henry, M. (2002). Descending into delirium. *American Journal of Nursing*, 102(3), 49-56; quiz 57.
- Herrlinger, C., & Klotz, U. (2001). Drug metabolism and drug interactions in the elderly. *Best Practice & Research in Clinical Gastroenterology*, 15(6), 897-918.
- Hickman, L., Newton, P., Halcomb, E. J., Chang, E., & Davidson, P. (2007). Best practice interventions to improve the management of older people in acute care settings : a literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 60(2), 113-126.
- Higgs, M., & Rowland, D. (2005). All changes great and small : exploring approaches to change and its leadership. *Journal of Change Management*, 5(2), 121-151.
- ✚ **Hirsch, C. H.**, Sommers, L., Olsen, A., Mullen, L., & Winograd, C. H. (1990). The natural history of functional morbidity in hospitalized older patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 38(12), 1296-1303.
- Hobbs, S. E., & Sodomka, P. F. (2000). Developing partnerships among patients, families, and staff at the Medical College of Georgia Hospital and Clinics. *Joint Commission Journal on Quality Improvement*, 26(5), 268-276.
- Hoening, H. M., & Rubenstein, L. Z. (1991). Hospital-associated deconditioning and dysfunction. *Journal of the American Geriatrics Society*, 39(2), 220-222.
- Hogan, D. B., McCabe, L., & et al. (2006). *Évaluation et prise en charge du délirium*. Toronto : Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées, 72 p.
- Horsburgh, C. R., Jr. (1995). Healing by design. *New England journal of Medicine*, 333(11), 735-740.
- Hwang, U., & Morrison, R. S. (2007). The geriatric emergency department. *Journal of the American Geriatrics Society*, 55(11), 1873-1876.
- Hyväri, I. (2006). Project management effectiveness in project-oriented business organizations. *International Journal of Project Management*, 24(3), 216-225.

Ignatavicius, D. (1999). Resolving the delirium dilemma. *Nursing*, 29(10), 41-46; quiz N289.

- ✚ **Inouye, S. K.** (1994). The dilemma of delirium : clinical and research controversies regarding diagnosis and evaluation of delirium in hospitalized elderly medical patients. *American Journal of Medicine*, 97(3), 278-288.
- ✚ **Inouye, S. K.** (1999). Predisposing and precipitating factors for delirium in hospitalized older patients. *Dementia & Geriatric Cognitive Disorders*, 10(5), 393-400.
- ✚ **Inouye, S. K.** (2000). Prevention of delirium in hospitalized older patients : risk factors and targeted intervention strategies. *Annals of Medicine*, 32(4), 257-263.
- ✚ **Inouye, S. K.** (2001). Delirium after hip fracture : to be or not to be ? *Journal of the American Geriatrics Society*, 49(5), 678-679.
- ✚ **Inouye, S. K.** (2006). Delirium in older persons.[erratum appears in N Engl J Med. 2006 Apr 13;354(15):1655]. *New England journal of Medicine*, 354(11), 1157-1165.
- ✚ **Inouye, S. K.,** Acampora, D., Miller, R. L., Fulmer, T., Hurst, L. D., & Cooney, L. M., Jr. (1993). The Yale Geriatric Care Program : a model of care to prevent functional decline in hospitalized elderly patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 41(12), 1345-1352.
- ✚ **Inouye, S. K.,** Baker, D. I., Fugal, P., Bradley, E. H., & Help Dissemination Project. (2006). Dissemination of the hospital elder life program : implementation, adaptation, and successes. *Journal of the American Geriatrics Society*, 54(10), 1492-1499.
- ✚ **Inouye, S. K.,** Bogardus, S. T., Jr., Baker, D. I., Leo-Summers, L., & Cooney, L. M., Jr. (2000). The Hospital Elder Life Program : a model of care to prevent cognitive and functional decline in older hospitalized patients. Hospital Elder Life Program. *Journal of the American Geriatrics Society*, 48(12), 1697-1706.
- ✚ **Inouye, S. K.,** Bogardus, S. T., Jr., Charpentier, P. A., Leo-Summers, L., Acampora, D., Holford, T. R., et al. (1999). A multicomponent intervention to prevent delirium in hospitalized older patients. *New England journal of Medicine*, 340(9), 669-676.
- ✚ **Inouye, S. K.,** Bogardus, S. T., Jr., Williams, C. S., Leo-Summers, L., & Agostini, J. V. (2003). The role of adherence on the effectiveness of nonpharmacologic interventions : evidence from the delirium prevention trial. *Archives of Internal Medicine*, 163(8), 958-964.
- ✚ **Inouye, S. K.,** & Charpentier, P. A. (1996). Precipitating factors for delirium in hospitalized elderly persons. Predictive model and interrelationship with baseline vulnerability. *JAMA*, 275(11), 852-857.
- ✚ **Inouye, S. K.,** Foreman, M. D., Mion, L. C., Katz, K. H., & Cooney, L. M., Jr. (2001). Nurses' recognition of delirium and its symptoms : comparison of nurse and researcher ratings. *Archives of Internal Medicine*, 161(20), 2467-2473.
- ✚ **Inouye, S. K.,** Rushing, J. T., Foreman, M. D., Palmer, R. M., & Pompei, P. (1998). Does delirium contribute to poor hospital outcomes ? A three-site epidemiologic study. *Journal of General Internal Medicine*, 13(4), 234-242.

- ✚ **Inouye, S. K.**, van Dyck, C. H., Alessi, C. A., Balkin, S., Siegal, A. P., & Horwitz, R. I. (1990). Clarifying confusion : the confusion assessment method. A new method for detection of delirium. *Annals of Internal Medicine*, 113(12), 941-948.
- ✚ **Inouye, S. K.**, Viscoli, C. M., Horwitz, R. I., Hurst, L. D., & Tinetti, M. E. (1993). A predictive model for delirium in hospitalized elderly medical patients based on admission characteristics. *Annals of Internal Medicine*, 119(6), 474-481.
- ✚ **Inouye, S. K.**, Wagner, D. R., Acampora, D., Horwitz, R. I., Cooney, L. M., Jr., & Tinetti, M. E. (1993). A controlled trial of a nursing-centered intervention in hospitalized elderly medical patients : the Yale Geriatric Care Program. *Journal of the American Geriatrics Society*, 41(12), 1353-1360.
- Institut canadien d'information sur la santé. (2006). Hospitalisations au Canada, 1995-1996 à 2006-2007. In *Base de données sur les congés des patients (BDPCP)*. En ligne. Ottawa : ICIS. <http://www.icis.ca> (Consulté le 6 janvier 2010)
- Institut canadien d'information sur la santé. (2006). Hospitalisations au Canada, 1995-1996 à 2006-2007. In *Base de données sur la morbidité hospitalière (BDMH)*. En ligne. Ottawa : ICIS. <http://www.icis.ca> (Consulté le 6 janvier 2010)
- Institut de la statistique du Québec, André, D., Payeur, F. F., Lachance, J.-F., & Thibault, N. (2009). *Perspectives démographiques du Québec et des régions, 2006-2056*. En ligne. Québec : Institut de la statistique du Québec, 132 p. http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/demograp/pdf2009/perspectives2006_2056.pdf (Consulté le 17 novembre 2009)
- Institut de la statistique du Québec, Direction Santé Québec. (2003). *Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998 : cahiers techniques et méthodologiques*. En ligne. Montréal : Institut de la statistique du Québec, Direction Santé Québec, 384 p. http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/sante/cahiers_qia98_pdf.htm (Consulté le 17 novembre 2009)
- Institut universitaire de gériatrie de Montréal. Centre d'expertise sur la santé des personnes âgées et des aidants de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal. (2008). *Un hôpital accueillant pour les personnes âgées : cahier du participant : colloque sur la qualité des soins et des services : l'une des clés de la réussite ! (Montréal, 1^{er}-2 mai 2008)*. Montréal : CESP de l'UIGM, 210 p.
- Ionescu-Iltu, R., McCusker, J., Ciampi, A., Vadeboncoeur, A. M., Roberge, D., Larouche, D., et al. (2007). Continuity of primary care and emergency department utilization among elderly people. *CMAJ Canadian Medical Association Journal*, 177(11), 1362-1368.
- Irvine, D., Sidani, S., & Hall, L. M. (1998). Linking outcomes to nurses' roles in health care. *Nursing Economics*, 16(2), 58-64, 87.
- Irvine, D., Sidani, S., & McGillis Hall, L. (1998). Finding value in nursing care : a framework for quality improvement and clinical evaluation. *Nursing Economics*, 16(3), 110-116, 131.
- Juby, A. (1998). Delirium in the elderly. *The Canadian Journal of CME*, 10(10), 83-104.
- Judge, F., & McClusky, J. (1996). Bathing and toileting equipment for the elderly. *British Journal of Therapy and Rehabilitation*, 3(3), 128-134.
- Kakuma, R., du Fort, G. G., Arsenault, L., Perrault, A., Platt, R. W., Monette, J., et al. (2003). Delirium in older emergency department patients discharged home : effect on survival. *Journal of the American Geriatrics Society*, 51(4), 443-450.

- Kane, R. L. (1995). Improving the quality of long-term care. *JAMA*, 273(17), 1376-1380.
- Kergoat, M.-J. (2009). La personne âgée admise à l'hôpital est-elle victime d'âgisme ? *Vie et vieillissement*, 7(2), 41-48.
- Killewich, L. A. (2006). Strategies to minimize postoperative deconditioning in elderly surgical patients. *Journal of the American College of Surgeons*, 203(5), 735-745.
- Killey, B., & Watt, E. (2006). The effect of extra walking on the mobility, independence and exercise self-efficacy of elderly hospital in-patients : a pilot study. *Contemporary Nurse*, 22(1), 120-133.
- Kitson, A., Harvey, G., & McCormack, B. (1998). Enabling the implementation of evidence based practice : a conceptual framework. *Quality in Health Care*, 7(3), 149-158.
- Kleinpell, R. (2007). Supporting independence in hospitalized elders in acute care. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 19(3), 247-252.
- Kortebein, P., Symons, T. B., Ferrando, A., Paddon-Jones, D., Ronsen, O., Protas, E., et al. (2008). Functional impact of 10 days of bed rest in healthy older adults. *The journals of gerontology. Series A, Biological sciences and medical sciences*, 63(10), 1076-1081.
- Kramer, M., & Schalenberg, C. (2004). Essentials of a magnetic work environment, part 1. *Nursing*, 34(6), 50-54.
- Kratz, A. (2008). Use of the acute confusion protocol : a research utilization project. *Journal of Nursing Care Quality*, 23(4), 331-337.
- Kroger, E., Tourigny, A., Morin, D., Cote, L., Kergoat, M.-J., Lebel, P., et al. (2007). Selecting process quality indicators for the integrated care of vulnerable older adults affected by cognitive impairment or dementia. *BMC Health Services Research*, 7, 195.
- La faculté de médecine Pitié-Salpêtrière. (2000). Syndrome d'immobilisation. In La faculté de médecine Pitié-Salpêtrière (Ed.), *Corpus de gériatrie* (Vol. 1, p. 101-107). En ligne. http://www.chups.jussieu.fr/polys/geriatrie/tome1/09_syndrome_dimmobilisation.pdf (Consulté le 20 juin 2009)
- Lafrenière, S., & Dupras, A. (2008). OPTIMAH : ou comment mieux soigner les aînés à l'urgence et dans les unités de soins aigus. *L'Avant-Garde*, 8(3), 1-16.
- Lamont, C. T., Sampson, S., Matthias, R., & Kane, R. (1983). The outcome of hospitalization for acute illness in the elderly. *Journal of the American Geriatrics Society*, 31(5), 282-288.
- Landefeld, C. S., Palmer, R. M., Kresevic, D. M., Fortinsky, R. H., & Kowal, J. (1995). A randomized trial of care in a hospital medical unit especially designed to improve the functional outcomes of acutely ill older patients. *New England journal of Medicine*, 332(20), 1338-1344.
- Langley, A., & Denis, J.-L. (2002). Faut-il changer nos façons de changer ? *Gestion*, 27(3), 151-152.
- Latham, N. K., Anderson, C. S., Bennett, D. A., & Stretton, C. (2008). Progressive resistance strength training for physical disability in older people. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 2. Art. No. : CD002759. DOI : 10.1002/14651858.CD002759.
- Lemiengre, J., Nelis, T., Joosten, E., Braes, T., Foreman, M., Gastmans, C., et al. (2006). Detection of delirium by bedside nurses using the confusion assessment method. *Journal of the American Geriatrics Society*, 54(4), 685-689.

- Lerner, A. J., Hedera, P., Koss, E., Stuckey, J., & Friedland, R. P. (1997). Delirium in Alzheimer disease. *Alzheimer Disease & Associated Disorders*, 11(1), 16-20.
- Leslie, D. L., Marcantonio, E. R., Zhang, Y., Leo-Summers, L., & Inouye, S. K. (2008). One-year health care costs associated with delirium in the elderly population. *Archives of Internal Medicine*, 168(1), 27-32.
- Levkoff, S. E., Evans, D. A., Liptzin, B., Cleary, P. D., Lipsitz, L. A., Wetle, T. T., et al. (1992). Delirium. The occurrence and persistence of symptoms among elderly hospitalized patients. *Archives of Internal Medicine*, 152(2), 334-340.
- Liptzin, B., & Levkoff, S. E. (1992). An empirical study of delirium subtypes. *British Journal of Psychiatry*, 161, 843-845.
- Lohr, K. N., & Harris-Wehling, J. (1991). Medicare : a strategy for quality assurance, I : a recapitulation of the study and a definition of quality of care. *QRB Quality Review Bulletin*, 17(1), 6-9.
- Lomas, J., Culyer, T., McCutcheon, C., McAuley, L., & Law, S. (2005). *Conceptualiser et regrouper les données probantes pour guider le système de santé*. En ligne. Ottawa : Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, 48 p.
http://www.chsrf.ca/other_documents/pdf/evidence_f.pdf (Consulté le 1^{er} juin 2009)
- Lundstrom, M., Edlund, A., Karlsson, S., Brannstrom, B., Bucht, G., & Gustafson, Y. (2005). A multifactorial intervention program reduces the duration of delirium, length of hospitalization, and mortality in delirious patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53(4), 622-628.
- Lysaght, R. M., Altschuld, J. W., Grant, H. K., & Henderson, J. L. (2001). Variables affecting the competency maintenance behaviors of occupational therapists. *American Journal of Occupational Therapy*, 55(1), 28-35.
- Macleod, H., Bell, R. S., Deane, K., & Baker, C. (2008). Creating sustained improvements in patient access and flow : experiences from three Ontario healthcare institutions. *Healthcare Quarterly*, 11(3), 38-49.
- Mahoney, F. I., & Barthel, D. W. (1965). Functional evaluation : the BARTHEL index. *Maryland State Medical Journal*, 14, 61-65.
- Mahoney, J. E., Sager, M. A., & Jalaluddin, M. (1998). New walking dependence associated with hospitalization for acute medical illness : incidence and significance. *Journals of Gerontology Series A-Biological Sciences & Medical Sciences*, 53(4), M307-312.
- Malassigne, P., Sanford, J., Cors, M., Kartes, S., La Favor, K., & Bostrom, J. (2003). From the drawing board. *Rehab Management*, 16(8), 34-41.
- Mallett, J. (1997). Forging new roles. *Nursing Times*, 93(18), 38-39.
- Marcantonio, E. R. (2001). Restricted activity : key indicator of decline or "just having a bad day"? *Annals of Internal Medicine*, 135(5), 374-376.
- Marcantonio, E. R., Flacker, J. M., Michaels, M., & Resnick, N. M. (2000). Delirium is independently associated with poor functional recovery after hip fracture. *Journal of the American Geriatrics Society*, 48(6), 618-624.
- Marcantonio, E. R., Flacker, J. M., Wright, R. J., & Resnick, N. M. (2001). Reducing delirium after hip fracture : a randomized trial. *Journal of the American Geriatrics Society*, 49(5), 516-522.

- Margitic, S. E., Inouye, S. K., Thomas, J. L., Cassel, C. K., Regenstreif, D. I., & Kowal, J. (1993). Hospital Outcomes Project for the Elderly (HOPE) : rationale and design for a prospective pooled analysis. *Journal of the American Geriatrics Society*, 41(3), 258-267.
- Matthews, D. A. (1984). Dr. Marjory Warren and the origin of British geriatrics. *Journal of the American Geriatrics Society*, 32(4), 253-258.
- McAvay, G. J., Van Ness, P. H., Bogardus, S. T., Jr., Zhang, Y., Leslie, D. L., Leo-Summers, L. S., et al. (2006). Older adults discharged from the hospital with delirium : 1-year outcomes. *Journal of the American Geriatrics Society*, 54(8), 1245-1250.
- McConnell, E. A. (2000). Communication systems make a caring connection. *Nursing Management*, 31(2), 49, 52.
- McCusker, J., Bellavance, F., Cardin, S., Trepanier, S., Verdon, J., & Ardman, O. (1999). Detection of older people at increased risk of adverse health outcomes after an emergency visit : the ISAR screening tool. *Journal of the American Geriatrics Society*, 47(10), 1229-1237.
- McCusker, J., Cole, M., Abrahamowicz, M., Han, L., Podoba, J. E., & Ramman-Haddad, L. (2001). Environmental risk factors for delirium in hospitalized older people. *Journal of the American Geriatrics Society*, 49(10), 1327-1334.
- McCusker, J., Cole, M., Abrahamowicz, M., Primeau, F., & Belzile, E. (2002). Delirium predicts 12-month mortality. *Archives of Internal Medicine*, 162(4), 457-463.
- McCusker, J., Cole, M., Dendukuri, N., Belzile, E., & Primeau, F. (2001). Delirium in older medical inpatients and subsequent cognitive and functional status : a prospective study. *CMAJ Canadian Medical Association Journal*, 165(5), 575-583.
- McCusker, J., Cole, M., Dendukuri, N., Han, L., & Belzile, E. (2003). The course of delirium in older medical inpatients : a prospective study. *Journal of General Internal Medicine*, 18(9), 696-704.
- McCusker, J., Cole, M. G., Dendukuri, N., & Belzile, E. (2003). Does delirium increase hospital stay ? *Journal of the American Geriatrics Society*, 51(11), 1539-1546.
- McCusker, J., Dendukuri, N., Tousignant, P., Verdon, J., Poulin de Courval, L., & Belzile, E. (2003). Rapid two-stage emergency department intervention for seniors : impact on continuity of care. *Academic Emergency Medicine*, 10(3), 233-243.
- McCusker, J., Roberge, D., & et al. (2008). *Sûreté des congés des aînés des services d'urgence à la collectivité*. En ligne. Montréal : St. Mary's Hospital Center, Department of Clinical Epidemiology and Community Studies, 28 p.
<http://www.patientsafetyinstitute.ca/French/research/cpsiResearchCompetitions/2005/Documents/McCusker/Report/Rapport%20complet.pdf> (Consulté le 22 juin 2009)
- McDowell, J. A., Mion, L. C., Lydon, T. J., & Inouye, S. K. (1998). A nonpharmacologic sleep protocol for hospitalized older patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 46(6), 700-705.
- McGlynn, E. A. (1997). Six challenges in measuring the quality of health care. *Health Affairs*, 16(3), 7-21.
- Melbourne Health. Clinical Epidemiology and Health Service Evaluation Unit. (2004). *Best practice approaches to minimise functional decline in the older person across the acute, sub-acute and residential aged care settings*. En ligne. Victoria : Victorian Government, Department of Human Services, 140 p. <http://www.health.vic.gov.au/acute-agedcare/functional-decline-manual.pdf> (Consulté le 1er juin 2009)

- Melbourne Health. Clinical Epidemiology and Health Service Evaluation Unit. (2007). *Best practice approaches to minimise functional decline in the older person across the acute, sub-acute and residential aged care settings : update 2007 literature search*. En ligne. Victoria : Victorian Government, Department of Human Services, 99 p. <http://www.health.vic.gov.au/acute-agedcare/functional-decline-update-2007.pdf> (Consulté le 10 juin 2009)
- Melbourne Health. Clinical Epidemiology and Health Service Evaluation Unit. (2007). *Best practice approaches to minimise functional decline in the older person across the acute, sub-acute and residential aged care settings : update 2007*. En ligne. Victoria : Victorian Government, Department of Human Services, 22 p. <http://www.health.vic.gov.au/acute-agedcare/functional-decline-update.pdf> (Consulté le 10 juin 2009)
- Melnyk, B. M. (2007). The evidence-based practice mentor : a promising strategy for implementing and sustaining EBP in healthcare systems. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 4(3), 123-125.
- Mentes, J., Culp, K., Maas, M., & Rantz, M. (1999). Acute confusion indicators : risk factors and prevalence using MDS data. *Research in Nursing & Health*, 22(2), 95-105.
- Mezey, M., Kobayashi, M., Grossman, S., Firpo, A., Fulmer, T., & Mitty, E. (2004). Nurses Improving Care to Health System Elders (NICHE) : implementation of best practice models. *Journal of Nursing Administration*, 34(10), 451-457.
- Michaud, L., Bula, C., Berney, A., Camus, V., Voellinger, R., Stiefel, F., et al. (2007). Delirium : guidelines for general hospitals. *Journal of Psychosomatic Research*, 62(3), 371-383.
- Miller, C. A. (2007). *L'essentiel en soins infirmiers gériatriques / Carol A. Miller; traduit de l'anglais par Johanne Roy*. Montréal : Beauchemin, 258 p.
- Mintzberg, H. (1979). *The structuring of organizations : a synthesis of the research*. Englewood Cliffs : Prentice-Hall, 512 p.
- Mintzberg, H. (1998). *Structure et dynamique des organisations / Henry Mintzberg; traduit de l'anglais par Pierre Romelaer* (12 ed.). Paris : Montréal : Éditions d'organisation : Éditions Agence d'Arc, 434 p.
- Mitrione, S. (2008). Therapeutic responses to natural environments : using gardens to improve health care. *Minnesota Medicine*, 91(3), 31-34.
- Morin, J., & Leduc, Y. (2004). Lève-toi et marche ! : ou comment contrer la perte d'autonomie fonctionnelle au cours d'une hospitalisation. *Le Médecin du Québec*, en ligne, 39(6), 89-94. <http://www.fmq.org/Documents/MedecinDuQuebec/juin-2004/089-094Morin0604.pdf> (Consulté le 24 juin 2009)
- Mudge, A., Laracy, S., Richter, K., & Denaro, C. (2006). Controlled trial of multidisciplinary care teams for acutely ill medical inpatients : enhanced multidisciplinary care. *Internal Medicine Journal*, 36(9), 558-563.
- Mudge, A. M., Giebel, A. J., & Cutler, A. J. (2008). Exercising body and mind : an integrated approach to functional independence in hospitalized older people. *Journal of the American Geriatrics Society*, 56(4), 630-635.
- Muller, E. A. (1970). Influence of training and of inactivity on muscle strength. *Archives of Physical Medicine & Rehabilitation*, 51(8), 449-462.
- Murphy, E. (2000). The patient room of the future. *Nursing Management*, 31(3), 38-39.

- Murray, A. M., Levkoff, S. E., Wetle, T. T., Beckett, L., Cleary, P. D., Schor, J. D., et al. (1993). Acute delirium and functional decline in the hospitalized elderly patient. *Journal of Gerontology*, 48(5), M181-186.
- Mussi, C., Ferrari, R., Ascari, S., & Salvioli, G. (1999). Importance of serum anticholinergic activity in the assessment of elderly patients with delirium. *Journal of Geriatric Psychiatry & Neurology*, 12(2), 82-86.
- Naughton, B. J., Saltzman, S., Ramadan, F., Chadha, N., Priore, R., & Mylotte, J. M. (2005). A multifactorial intervention to reduce prevalence of delirium and shorten hospital length of stay. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53(1), 18-23.
- Neelon, V. J. (2003). Neecham confusion scale. In Registered Nurses Association of Ontario (Ed.), *Screening for delirium, dementia and depression in older adults* (p. 66-71). En ligne. Toronto : Registered Nurses Association of Ontario. http://www.rnao.org/bestpractices/PDF/BPG_DDD.pdf (Consulté le 1er juin 2009)
- Neelon, V. J., Champagne, M. T., Carlson, J. R., & Funk, S. G. (1996). The NEECHAM Confusion Scale : construction, validation, and clinical testing. *Nursing Research*, 45(6), 324-330.
- Neelon, V. J., Champagne, M. T., & McConnell, E. S. (1995). *The Neecham confusion scale*. Chapel Hill : University of North Carolina, 4 p.
- Neelon, V. J., & et al. (1992). Use of the NEECHAM Confusion Scale to assess acute confusional states of hospitalized older patients. In S. G. Funk (Ed.), *Key aspects of elder care : managing falls, incontinence, and cognitive impairment* (p. 278-289). New York : Springer.
- Nilsson Kajermo, K., Nordstrom, G., Krusebrant, A., & Bjorvell, H. (1998). Barriers to and facilitators of research utilization, as perceived by a group of registered nurses in Sweden. *Journal of Advanced Nursing*, 27(4), 798-807.
- North West Melbourne Division of General Practice. (2006). Clinical information sheets : delirium. In *General practice in residential aged care*. En ligne. http://www.nwmdgp.org.au/pages/after_hours/GPRAC-CIS-DEL.html (Consulté le 22 juin 2009)
- Nursing, American Association of Colleges of, & The John A. Hartford Foundation Institute For Geriatric Nursing. (2000). Older adults : recommended baccalaureate competencies and curricular guidelines for geriatric nursing care. In *American Association of Colleges of Nursing*. En ligne. <http://www.aacn.nche.edu/Education/gercomp.htm> (Consulté le 22 juin 2009)
- Nutting, P. A., Goodwin, M. A., Flocke, S. A., Zyzanski, S. J., & Stange, K. C. (2003). Continuity of primary care : to whom does it matter and when ? *Annals of Family Medicine*, 1(3), 149-155.
- Oandasan, I., & Reeves, S. (2005). Key elements for interprofessional education. Part 1 : the learner, the educator and the learning context. *Journal of Interprofessional Care*, 19(Suppl 1), 21-38.
- O'Brochta, M. (2006). *Getting executives to act for project success*. Paper presented at the PMI Global Congress--Asia Pacific, Bangkok.
- O'Keefe, J. (2004). Creating a senior-friendly physical environment in our hospitals. *Geriatrics Today : Journal of the Canadian Geriatrics Society*, 7(2), 49-52.
- O'Keefe, S., & Lavan, J. (1997). The prognostic significance of delirium in older hospital patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 45(2), 174-178.

- O'Keeffe, S. T. (1999). Clinical subtypes of delirium in the elderly. *Dementia & Geriatric Cognitive Disorders*, 10(5), 380-385.
- O'Keeffe, S. T., & Lavan, J. N. (1996). Predicting delirium in elderly patients : development and validation of a risk-stratification model. *Age & Ageing*, 25(4), 317-321.
- O'Keeffe, S. T., & Lavan, J. N. (1999). Clinical significance of delirium subtypes in older people. *Age & Ageing*, 28(2), 115-119.
- Oliver, D. (2008). 'Acopia' and 'social admission' are not diagnoses : why older people deserve better. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 101(4), 168-174.
- Oliver, D., Hopper, A., & Seed, P. (2000). Do hospital fall prevention programs work ? A systematic review. *Journal of the American Geriatrics Society*, 48(12), 1679-1689.
- O'Mahony, D., & Gallagher, P. F. (2008). Inappropriate prescribing in the older population : need for new criteria. *Age and Ageing*, 37(2), 138-141.
- Oman, K. S., Duran, C., & Fink, R. (2008). Evidence-based policy and procedures : an algorithm for success. *Journal of Nursing Administration*, 38(1), 47-51.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, Leprohon, J., & Lessard, L.-M. (2006). *Le plan thérapeutique infirmier : la trace des décisions cliniques de l'infirmière : application de la loi 90*. En ligne. Montréal : OIIQ, 26 p.
http://www.oiiq.org/uploads/publications/autres_publications/PTI_fr.pdf
(Consulté le 27 octobre 2009)
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, Leprohon, J., & Thériault, G. (2006). *L'implantation du plan thérapeutique infirmier : plan d'action triennal 2006-2009 : application de la loi 90*. En ligne. Montréal : OIIQ, 25 p.
http://www.oiiq.org/uploads/publications/autres_publications/PlanTriennal.pdf
(Consulté le 27 octobre 2009)
- Padula, C. A., Hughes, C., & Baumhover, L. (2009). Impact of a nurse-driven mobility protocol on functional decline in hospitalized older adults. *Journal of Nursing Care Quality*, 24(4), 325-331.
- Palley, H. A. (2003). Long-term care policy for older Americans : building a continuum of care. *Journal of Health & Social Policy*, 16(3), 7-18.
- ✚ **Palmer, R. M.** (1995). Acute hospital care of the elderly : minimizing the risk of functional decline. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, 62(2), 117-128.
- ✚ **Palmer, R. M.**, Counsell, S., & Landefeld, C. S. (1998). Clinical intervention trials : the ACE unit. *Clinics in Geriatric Medicine*, 14(4), 831-849.
- ✚ **Palmer, R. M.**, Counsell, Steven R., & Landefeld, C. S. (2003). Acute care for elders units : practical considerations for optimizing health outcomes. *Disease management and health outcomes*, 11(8), 507-517.
- ✚ **Palmer, R. M.**, Landefeld, C. S., Kresevic, D., & Kowal, J. (1994). A medical unit for the acute care of the elderly. *Journal of the American Geriatrics Society*, 42(5), 545-552.
- Palmisano-Mills, C. (2007). Common problems in hospitalized older adults. *Journal of Gerontological Nursing*, 33(1), 48-54.

- Panno, J. M., Kolcaba, K., & Holder, C. (2000). Acute care for elders (ACE) : a holistic model for geriatric orthopaedic nursing care. *Orthopaedic Nursing*, 19(6), 53-60.
- Parahoo, K., & McCaughan, E. M. (2001). Research utilization among medical and surgical nurses : a comparison of their self reports and perceptions of barriers and facilitators. *Journal of Nursing Management*, 9(1), 21-30.
- Paris, A. (2001). *Les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie dans six pays de l'OCDE : Allemagne, Angleterre, Australie, Danemark, France, Suède*. En ligne. Québec : ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale de la planification stratégique et de l'évaluation, 143 p. <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2002/02-702-01.pdf> (Consulté le 2 juin 2009)
- ✚ **Parke, B., & Brand, P.** (2004). An Elder-Friendly Hospital : translating a dream into reality. *Canadian Journal of Nursing Leadership*, 17(1), 62-76.
- ✚ **Parke, B., & Friesen, K.** (2007). *Code plus : physical design components for an elder friendly hospital*. En ligne. Surrey : Fraser Health Authority, 63 p. <http://www.fraserhealth.ca/media/CodePlus%20-%20Physical%20Design%20Components%20for%20an%20Elder%20Friendly%20Hospital.pdf> (Consulté le 22 juin 2009)
- Payot, I., Monette, J., Béland, F., & et al. (2006). Problèmes reliés à la pharmacothérapie comme cause d'hospitalisation chez la personne âgée fragile. *La Revue de Gériatrie*, 31(10), 785-794.
- Pease, N. J., Finlay, I. G., & Pease, N. J. F. (2002). Do patients and their relatives prefer single cubicles or shared wards ? *Palliative Medicine*, 16(5), 445-446.
- Perhonen, M. A., Zuckerman, J. H., & Levine, B. D. (2001). Deterioration of left ventricular chamber performance after bed rest : "cardiovascular deconditioning" or hypovolemia ? *Circulation*, 103(14), 1851-1857.
- Pethybridge, J. (2004). How team working influences discharge planning from hospital : a study of four multi-disciplinary teams in an acute hospital in England. *Journal of Interprofessional Care*, 18(1), 29-41.
- Phansalkar, S., Hoffman, J. M., Nebeker, J. R., & Hurdle, J. F. (2007). Pharmacists versus nonpharmacists in adverse drug event detection : a meta-analysis and systematic review. *American Journal of Health-System Pharmacy*, 64(8), 842-849.
- Picker Institute Europe, Coulter, A., & Ellins, J. (2006). *Patient-focused interventions : a review of the evidence*. En ligne. London: The Health Foundation, 277 p. http://www.pickereurope.org/Filestore/PIE_reports/project_reports/QEI_Review_AB.pdf (Consulté le 10 novembre 2009)
- Pinto, M. R., De Medici, S., Zlotnicki, A., Bianchi, A., Van Sant, C., & Napoli, C. (1997). Reduced visual acuity in elderly people : the role of ergonomics and gerontechnology. *Age & Ageing*, 26(5), 339-344.
- Pitkala, K. H., Laurila, J. V., Strandberg, T. E., & Tilvis, R. S. (2006). Multicomponent geriatric intervention for elderly inpatients with delirium : a randomized, controlled trial. *Journals of Gerontology Series A-Biological Sciences & Medical Sciences*, 61(2), 176-181.
- Poole, D. L., Chainakul, J. N., Pearson, M., & Graham, L. (2006). Medication reconciliation : a necessity in promoting a safe hospital discharge. *Journal for Healthcare Quality*, 28(3), 12-19.

- Profetto-McGrath, J., Smith, K. B., Hugo, K., Taylor, M., & El-Hajj, H. (2007). Clinical nurse specialists' use of evidence in practice : a pilot study. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 4(2), 86-96.
- Project Management Institute. (2004). *Guide du corpus des connaissances en management de projet : guide PMBOK* (3 ed.). Newtown Square : Project Management Institute, 388 p.
- Québec (Province). Ministère de la Santé et des Services sociaux. (1986). *Courte durée gériatrique : éléments de réflexion et d'orientations*. Québec : ministère de la Santé et des Services sociaux, 57 p.
- Québec (Province). Ministère de la Santé et des Services sociaux. Direction des communications. (2003). *Chez soi : le premier choix : la politique de soutien à domicile*. En ligne. Québec : ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction des communications, 43 p. <http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/LienParId/A71804248795CB7C85256CD3000EC44F?opendocument> (Consulté le 2 juin 2009)
- Québec (Province). Ministère de la Santé et des Services sociaux. Direction des communications. (2005). *Un défi de solidarité : les services aux aînés en perte d'autonomie : plan d'action 2005-2010*. En ligne. Québec : ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction des communications, 51 p. <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2005/05-830-01.pdf> (Consulté le 2 juin 2009)
- Rader, J., & Tornquist, E. M. (1995). *Individualized dementia care : creative, compassionate approaches*. New York : Springer, 298 p.
- Raiche, M., Hebert, R., & Dubois, M.-F. (2008). PRISMA-7 : a case-finding tool to identify older adults with moderate to severe disabilities. *Archives of Gerontology & Geriatrics*, 47(1), 9-18.
- Rangan, A. (2006). Mary Naylor, pioneer in 'transitional care' for elders. *Nursing Spectrum -- Philadelphia Tri -- State Edition*, 15(9), 13-13.
- Rapp, C. G., Mentes, J. C., & Titler, M. G. (2001). Acute confusion/delirium protocol. *Journal of Gerontological Nursing*, 27(4), 21-33; quiz 62-23.
- Regazzoni, C. J., Aduriz, M., & Recondo, M. (2000). Síndrome confusional agudo en el anciano internado [Titre traduit de l'espagnol en anglais dans Medline : Acute confusion syndrome in the hospitalized elderly]. *Medicina*, 60(3), 335-338.
- Registered Nurses Association of Ontario. (2003). *Screening for delirium, dementia and depression in older adults*. En ligne. Toronto : RNAO, 88 p. http://www.rnao.org/bestpractices/PDF/BPG_DDD.pdf (Consulté le 1^{er} juin 2009)
- Registered Nurses Association of Ontario. (2004). *Caregiving strategies for older adults with delirium, dementia and depression*. En ligne. Toronto : RNAO, 181 p. http://www.guidelines.gov/summary/summary.aspx?doc_id=5737 (Consulté le 3 juin 2009)
- Registered Nurses Association of Ontario. (2006). Reference card : NEECHAM confusion scale. In Registered Nurses Association of Ontario (Ed.), *Screening for delirium, dementia and depression in older adults* (p. 1-3). En ligne. Toronto : RNAO. http://www.nwmdgp.org.au/pages/after_hours/Downloads/GPRAC-CISRC-DEL-DOC2.doc (Consulté en ligne le 3 juin 2009)
- Reid, E. (2001). Factors affecting how patients sleep in the hospital environment. *British Journal of Nursing*, 10(14), 912-915.

- Reid, R. J., Haggerty, J., & McKendry, R. (2002). *Dissiper la confusion : concepts et mesures de la continuité des soins : rapport final*. En ligne. Ottawa : Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, 54 p. http://www.chsrf.org/final_research/commissioned_research/programs/pdf/cr_contcare_f.pdf (Consulté le 3 juin 2009)
- Rigney, T. S. (2006). Delirium in the hospitalized elder and recommendations for practice. *Geriatric Nursing*, 27(3), 151-157.
- Ring, N., Malcolm, C., Coull, A., Murphy-Black, T., & Watterson, A. (2005). Nursing best practice statements : an exploration of their implementation in clinical practice. *Journal of Clinical Nursing*, 14(9), 1048-1058.
- Rizzo, J. A., Bogardus, S. T., Jr., Leo-Summers, L., Williams, C. S., Acampora, D., & Inouye, S. K. (2001). Multicomponent targeted intervention to prevent delirium in hospitalized older patients : what is the economic value ? *Medical Care*, 39(7), 740-752.
- Roberge, D., Ducharme, F., Lebel, P., Pineault, R., & Loiselle, J. (2002). Qualité des soins dispensés en unités de courte durée gériatriques : la perspective des aidants familiaux. *Canadian journal on aging = La revue canadienne du vieillissement*, 21(3), 393-403.
- Roberge, D., Haddad, S., Ducharme, F., Lebel, P., Pineault, R., Loiselle, J., et al. (2001). Perception des aidants de la qualité de soins et des services en unités de courte durée gériatriques : développement et validation d'un outil de mesure. *Canadian journal on aging = La revue canadienne du vieillissement*, 20(2), 251-269.
- Roberge, D., Loiselle, J., Lebel, P., Ducharme, F., & Pineault, R. (1998). Qualité des soins dispensés en unités de courte durée gériatriques : la perspective des patients. *Canadian journal on aging = La revue canadienne du vieillissement*, 17(2), 123-142.
- Robertsson, B., Blennow, K., Gottfries, C. G., & Wallin, A. (1998). Delirium in dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 13(1), 49-56.
- Robinson, J. S., & Turnbull, D. A. (2004). Changing healthcare organisations to change clinical performance. *Medical Journal of Australia*, 180(Suppl 6), S61-62.
- Robinson, S., & Mercer, S. (2007). Older adult care in the emergency department : identifying strategies that foster best practice. *Journal of Gerontological Nursing*, 33(7), 40-47.
- Rockwood, K. (1989). Acute confusion in elderly medical patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 37(2), 150-154.
- Rockwood, K., Cosway, S., Carver, D., Jarrett, P., Stadnyk, K., & Fisk, J. (1999). The risk of dementia and death after delirium. *Age & Ageing*, 28(6), 551-556.
- Rockwood, K., Goodman, J., Flynn, M., & Stolee, P. (1996). Cross-validation of the Delirium Rating Scale in older patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 44(7), 839-842.
- Rosswurm, M. A., & Larrabee, J. H. (1999). A model for change to evidence-based practice. *Image - the Journal of Nursing Scholarship*, 31(4), 317-322.
- Royal College of Physicians, & British Geriatrics Society. (2006). *The prevention, diagnosis and management of delirium in older people : national guidelines*. En ligne. London : Royal College of Physicians; British Geriatrics Society., 18 p. <http://www.rcplondon.ac.uk/pubs/contents/e8b55299-11c0-4953-994b-e56f137a2215.pdf> (Consulté en ligne le 3 juin 2009)

- Royle, J., Blythe, J., Ciliska, D., & Ing, D. (2000). The organizational environment and evidence-based nursing. *Canadian Journal of Nursing Leadership*, 13(1), 31-37.
- Rubin, F. H., Williams, J. T., Lescisin, D. A., Mook, W. J., Hassan, S., & Inouye, S. K. (2006). Replicating the Hospital Elder Life Program in a community hospital and demonstrating effectiveness using quality improvement methodology. *Journal of the American Geriatrics Society*, 54(6), 969-974.
- Rudolph, J. L., Salow, M. J., Angelini, M. C., & McGlinchey, R. E. (2008). The anticholinergic risk scale and anticholinergic adverse effects in older persons. *Archives of Internal Medicine*, 168(5), 508-513.
- ✚ **Rycroft-Malone, J.** (2004). The PARIHS framework--a framework for guiding the implementation of evidence-based practice. *Journal of Nursing Care Quality*, 19(4), 297-304.
- ✚ **Rycroft-Malone, J.** (2004). Research implementation : evidence, context and facilitation : the PARISH framework. In B. McCormack, K. Manley & R. Garbett (Eds.), *Practice development in nursing* (p. 118-147). Oxford: Blackwell.
- ✚ **Rycroft-Malone, J., Kitson, A., Harvey, G., McCormack, B., Seers, K., Titchen, A., et al.** (2002). Ingredients for change : revisiting a conceptual framework. *Quality & Safety in Health Care*, 11(2), 174-180.
- ✚ **Sager, M. A., Franke, T., Inouye, S. K., Landefeld, C. S., Morgan, T. M., Rudberg, M. A., et al.** (1996). Functional outcomes of acute medical illness and hospitalization in older persons. *Archives of Internal Medicine*, 156(6), 645-652.
- ✚ **Sager, M. A., & Rudberg, M. A.** (1998). Functional decline associated with hospitalization for acute illness. *Clinics in Geriatric Medicine*, 14(4), 669-679.
- ✚ **Sager, M. A., Rudberg, M. A., Jalaluddin, M., Franke, T., Inouye, S. K., Landefeld, C. S., et al.** (1996). Hospital admission risk profile (HARP) : identifying older patients at risk for functional decline following acute medical illness and hospitalization. *Journal of the American Geriatrics Society*, 44(3), 251-257.
- Salmoni, A., & Pong, R. (2003). *Continuity of care for community-dwelling seniors*. En ligne. Ottawa : Canadian health services research foundation, 16 p.
http://www.chsrf.ca/final_research/ogc/pdf/salmoni_report.pdf (Consulté le 1^{er} avril 2009)
- San Martin-Rodriguez, L., Beaulieu, M. D., D'Amour, D., & Ferrada-Videla, M. (2005). The determinants of successful collaboration : a review of theoretical and empirical studies. *Journal of Interprofessional Care*, 19(Suppl 1), 132-147.
- Sandberg, O., Gustafson, Y., Brannstrom, B., & Bucht, G. (1999). Clinical profile of delirium in older patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 47(11), 1300-1306.
- Sandström, B., Alhaug, J., Einarsdottir, K., Simpura, E. M., & Isaksson, B. (1985). Nutritional status, energy and protein intake in general medical patients in three Nordic hospitals. *Human Nutrition - Applied Nutrition*, 39(2), 87-94.
- Santé Canada. Direction générale de la politique de la santé. Division des stratégies en matière de ressources humaines en santé. (2007, 28 mars). Formation interprofessionnelle pour une pratique en collaboration centrée sur le patient. In *Santé Canada*. En ligne. <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/hhr-rhs/strateg/interprof/index-fra.php> (Consulté le 22 juin 2009)
- Saultz, J. W., & Lochner, J. (2005). Interpersonal continuity of care and care outcomes : a critical review. *Annals of Family Medicine*, 3(2), 159-166.

- Shah, S., Vanclay, F., & Cooper, B. (1989). Improving the sensitivity of the Barthel Index for stroke rehabilitation. *Journal of Clinical Epidemiology*, 42(8), 703-709.
- Shepperd, S., Parkes, J., McClaren, J. J. M., & Phillips, C. (2004). Discharge planning from hospital to home. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 1. Art. No. : CD000313. DOI : 10.1002/14651858.CD000313.pub2.
- Shojania, K. G., Ranji, S. R., McDonald, K. M., Grimshaw, J. M., Sundaram, V., Rushakoff, R. J., et al. (2006). Effects of quality improvement strategies for type 2 diabetes on glycemic control : a meta-regression analysis. *JAMA*, 296(4), 427-440.
- Shortell, S. M. (2000). *Remaking health care in America : the evolution of organized delivery systems* (2 ed.). San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 338 p.
- Shortell, S. M., Anderson, D. A., Gillies, R. R., Mitchell, J. B., & Morgan, K. L. (1993). Building integrated systems--the holographic organization. *Healthcare Forum Journal*, 36(2), 20-26.
- Shortell, S. M., Gillies, R. R., Anderson, D. A., Erickson, K. M., & Mitchell, J. B. (2000). *Remaking health care in America : building organized delivery systems*. En ligne. San Francisco : Jossey-Bass Publishers, 370 p. <http://www.netLibrary.com/urlapi.asp?action=summary&v=1&bookid=41339> (Consulté le 3 juin 2009)
- Shumaker, S.A., & Reizenstein, J.E. (1982). Environmental factors affecting inpatient stress in acute care hospitals. In G. W. Evans (Ed.), *Environmental Stress* (p. 179-223). New York : Cambridge University Press.
- Sidani, S. (2003). Self-care. In D. M. Doran (Ed.), *Nursing-sensitive outcomes : state of the science* (p. 65-114). Sudbury : Jones and Barthlett.
- Sidani, S. (2003). Symptom management. In D. M. Doran (Ed.), *Nursing-sensitive outcomes : state of the science* (p. 115-139). Sudbury : Jones and Barthlett.
- Siddiqi, N., House, A. O., & Holmes, J. D. (2006). Occurrence and outcome of delirium in medical in-patients : a systematic literature review. *Age & Ageing*, 35(4), 350-364.
- Siegler, E. L., Glick, D., & Lee, J. (2002). Optimal staffing for Acute Care of the Elderly (ACE) units. *Geriatric Nursing*, 23(3), 152-155.
- Singer, A. J., Sanders, B. T., Kowalska, A., Stark, M. J., Mohammad, M., & Brogan, G. X. (2000). The effect of introducing bedside TV sets on patient satisfaction in the ED. *American Journal of Emergency Medicine*, 18(1), 119-120.
- Sparbel, K. J., & Anderson, M. A. (2000). Integrated literature review of continuity of care : part 1, conceptual issues. *Journal of Nursing Scholarship*, 32(1), 17-24.
- Sparbel, K. J., & Anderson, M. A. (2000). A continuity of care integrated literature review, part 2 : methodological issues. *Journal of Nursing Scholarship*, 32(2), 131-135.
- Stanga, Z., Immer, F. F., Allemann, P., Immer-Bansi, A. S., Rohrbach, E., Hagi, C., et al. (2002). États confusionnels aigus. *Forum Med Suisse*, 43, 1021-1028.
- Studenski, S. (2003). Mobility. In W. R. Hazzard (Ed.), *Principles of geriatric medicine and gerontology* (5 ed., p. 947-960). Toronto : McGraw-Hill Professional.

- Sylvestre, M. P., McCusker, J., Cole, M., Regeasse, A., Belzile, E., & Abrahamowicz, M. (2006). Classification of patterns of delirium severity scores over time in an elderly population. *International Psychogeriatrics*, 18(4), 667-680.
- Thibault, N., Létourneau, E., & Girard, C. (2004). *Si la tendance se maintient... : perspectives démographiques, Québec et régions, 2001-2051*. En ligne. Québec : Institut de la statistique du Québec, 38 p. http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/demograp/pdf/tendance2001_2051.pdf (Consulté le 3 juin 2009)
- Thibeault, L. (1997). *Traduction de l'instrument de mesure NEECHAM confusion scale de Neelon, V.J.* Laval : Cité de la santé de Laval, 4 p.
- Thomsen, L. A., Winterstein, A. G., Sondergaard, B., Haugbolle, L. S., & Melander, A. (2007). Systematic review of the incidence and characteristics of preventable adverse drug events in ambulatory care. *Annals of Pharmacotherapy*, 41(9), 1411-1426.
- Thomson, P. (2000). Implementing evidence-based health care : the nurse teachers' role in supporting the dissemination and implementation of SIGN clinical guidelines. *Nurse Education Today*, 20(3), 207-217.
- Tickle, E. L., Brownlee, J., & Nailon, D. (2005). Personal epistemological beliefs and transformational leadership behaviours. *Journal of Management Development*, 24(8), 706-719.
- Tijunelis, M. A., Fitzsullivan, E., & Henderson, S. O. (2005). Noise in the ED. *American Journal of Emergency Medicine*, 23(3), 332-335.
- Topf, M. (2000). Hospital noise pollution : an environmental stress model to guide research and clinical interventions. *Journal of Advanced Nursing*, 31(3), 520-528.
- Townsend, E., Sheffield, S. L., Stadnyk, R., & Beagan, B. (2006). Effects of workplace policy on continuing professional development : the case of occupational therapy in Nova Scotia, Canada. *Canadian Journal of Occupational Therapy = Revue Canadienne d'Ergothérapie*, 73(2), 98-108.
- Trudel, J. (2008). Vivre sans vieillir. *L'actualité*, 33(11), 22-29.
- Tsomides, C. L. (1990). Facility design with the elderly in mind. *Journal of Ambulatory Care Management*, 13(2), 59-67.
- Tullmann, D. F., & Dracup, K. (2000). Creating a healing environment for elders. *AACN Clinical Issues*, 11(1), 34-50; quiz 153-154.
- Turkel, M. C., Reidinger, G., Ferket, K., & Reno, K. (2005). An essential component of the Magnet journey : fostering an environment for evidence-based practice and nursing research. *Nursing Administration Quarterly*, 29(3), 254-262.
- Turner, J. T., Lee, V., Fletcher, K., Hudson, K., & Barton, D. (2001). Measuring quality of care with an inpatient elderly population. The geriatric resource nurse model. *Journal of Gerontological Nursing*, 27(3), 8-18.
- Unité de recherche en gériatrie de l'Université Laval, & Centre de recherche sur le vieillissement de l'Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke. (2009, octobre). *PRISMA*. En ligne. <http://www.prisma-qc.ca/cgi-cs/cs.waframe.index?lang=1> (Consulté le 3 décembre 2009)
- United Kingdom. Department of Health. (2001). *National service framework for older people*. En ligne. London : Department of Health, 194 p. http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4071283.pdf (Consulté le 3 juin 2009)

- Van Eaton, E. G., Horvath, K. D., Lober, W. B., Rossini, A. J., & Pellegrini, C. A. (2005). A randomized, controlled trial evaluating the impact of a computerized rounding and sign-out system on continuity of care and resident work hours. *Journal of the American College of Surgeons*, 200(4), 538-545.
- Vazquez, F., O'Flaherty, M., Michelangelo, H., Quiros, R., Garfi, L., Janson, J., et al. (2000). Epidemiologia del delirio en ancianos hospitalizados [Titre traduit de l'espagnol en anglais dans Medline : Epidemiology of delirium in elderly inpatients]. *Medicina*, 60(5 Pt 1), 555-560.
- Vidán, M. T., Sánchez, E., Alonso, M., Montero, B., Ortiz, J., & Serra, J. A. (2009). An intervention integrated into daily clinical practice reduces the incidence of delirium during hospitalization in elderly patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 57(11), 2029-2036.
- Villalpando-Berumen, J. M., Pineda-Colorado, A. M., Palacios, P., Reyes-Guerrero, J., Villa, A. R., & Gutierrez-Robledo, L. M. (2003). Incidence of delirium, risk factors, and long-term survival of elderly patients hospitalized in a medical specialty teaching hospital in Mexico City. *International Psychogeriatrics*, 15(4), 325-336.
- Voyer, P. (2006). *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie : une approche adaptée aux CHSLD*. Saint-Laurent : Éditions du renouveau pédagogique, 661 p.
- Voyer, P., Cole, M. G., McCusker, J., & Belzile, E. (2006). Prevalence and symptoms of delirium superimposed on dementia. *Clinical Nursing Research*, 15(1), 46-66.
- Voyer, P., McCusker, J., Cole, M. G., & Khomenko, L. (2006). Influence of prior cognitive impairment on the severity of delirium symptoms among older patients. *Journal of Neuroscience Nursing*, 38(2), 90-101.
- Voyer, P., McCusker, J., Cole, M. G., St-Jacques, S., & Khomenko, L. (2007). Factors associated with delirium severity among older patients. *Journal of Clinical Nursing*, 16(5), 819-831.
- Voyer, P., Richard, S., Doucet, L., & et al. (2008). Detection of delirium by nurses among long-term care residents with dementia. *BMC Nursing*, en ligne, 7, 4.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2277396/pdf/1472-6955-7-4.pdf>
(Consulté le 14 décembre 2009)
- Wallin, L., Bostrom, A. M., Wikblad, K., & Ewald, U. (2003). Sustainability in changing clinical practice promotes evidence-based nursing care. *Journal of Advanced Nursing*, 41(5), 509-518.
- Walsh, M. (1997). Perceptions of barriers to implementing research. *Nursing Standard*, 11(19), 34-37.
- Warburton, R. N., Parke, B., Church, W., & McCusker, J. (2004). Identification of seniors at risk : process evaluation of a screening and referral program for patients aged > or =75 in a community hospital emergency department. *International Journal of Health Care Quality Assurance Incorporating Leadership in Health Services*, 17(6), 339-348.
- ✚ **Warren, M. W.** (1943). Care of chronic sick : a case for treating chronic sick in blocks in a general hospital. *BMJ*, 2, 822-823.
- Waszynski, C. M. (2007). How to try this : detecting delirium. *American Journal of Nursing*, 107(12), 50-59; quiz 59-60.
- Watson, W. T., Marshall, E. S., & Fosbinder, D. (1999). Elderly patients' perceptions of care in the emergency department. *Journal of Emergency Nursing*, 25(2), 88-92.

- Wei, L. A., Fearing, M. A., Sternberg, E. J., & Inouye, S. K. (2008). The Confusion Assessment Method : a systematic review of current usage. *Journal of the American Geriatrics Society*, 56(5), 823-830.
- Wenger, N. S., & Rosenfeld, K. (2001). Quality indicators for end-of-life care in vulnerable elders. *Annals of Internal Medicine*, 135(8 Pt 2), 677-685.
- Wenger, N. S., & Shekelle, P. G. (2001). Assessing care of vulnerable elders : ACOVE project overview. *Annals of Internal Medicine*, 135(8 Pt 2), 642-646.
- Wilber, S. T., Burger, B., Gerson, L. W., & Blanda, M. (2005). Reclining chairs reduce pain from gurneys in older emergency department patients : a randomized controlled trial. *Academic Emergency Medicine*, 12(2), 119-123.
- Williams, M. A. (1989). Physical environment of the intensive care unit and elderly patients. *Critical Care Nursing Quarterly*, 12(1), 52-60.
- Yana, R., & Jo, R. M. (2004). Getting guidelines into practice : a literature review. *Nursing Standard*, 18(50), 33-40.
- Yoder-Wise, P. S. (2007). *Leading and managing in nursing*. St. Louis : Mosby Elsevier, 760 p.
- Zanocchi, M., Vallero, F., Norelli, L., Zaccagna, B., Spada, S., & Fabris, F. (1998). La confusione acuta nel paziente geriatrico [Titre traduit de l'italien en anglais dans Medline : Acute confusion in the geriatric patient]. *Recenti Progressi in Medicina*, 89(5), 229-234.
- Zwarenstein, M., & Bryant, W. (2009). Interventions to promote collaboration between nurses and doctors. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 2. Art. No. : CD000072. DOI : 10.1002/14651858.CD000072.

