

Université de Sherbrooke

**Le CHRDL et les meilleures pratiques : vers un programme de stimulation cognitive pour les personnes âgées en soins aigus**

Par  
Annie Legault  
Programme de Maîtrise professionnelle en pratiques de la réadaptation

Essai présenté à la Faculté de médecine et des sciences de la santé  
en vue de l'obtention du grade de maître en pratiques de la réadaptation (M. Réad.)

Maîtrise en pratiques de la réadaptation

Longueuil, Québec, Canada  
Juin 2016

Membres du jury d'évaluation  
Frédérique Poncet, Department of Psychology, Concordia University  
Chantal Sylvain, Programme de Maîtrise professionnelle en pratiques de la réadaptation

© Annie Legault, 2016

## RÉSUMÉ

**Problématique :** Au Centre hospitalier régional de Lanaudière (CHRDL), peu d'actions semblent entreprises pour prévenir ou diminuer le délirium auprès de la clientèle âgée hospitalisée et fragile au niveau cognitif. Pourtant, la littérature montre que les personnes âgées qui souffrent de démence ou de trouble cognitif léger (TCL), ou encore celles qui ont un antécédent de délirium, sont plus à risque de développer un délirium (Perese, 2012 ; Publications Québec, 2012b). Selon Foreman *et al.* (2001), l'approche à privilégier en cas de délirium est la prévention, tandis que les interventions contrant un délirium existant s'avèrent moins efficaces. Plusieurs interventions ont démontré leur efficacité pour prévenir le délirium ou améliorer le fonctionnement des personnes ayant des troubles de la cognition, dont la stimulation cognitive. Cependant, au CHRDL, il n'y a pas d'intervention spécifique de stimulation cognitive réalisée auprès des personnes âgées hospitalisées qui présentent un état cognitif fragile. C'est pourquoi il est nécessaire d'implanter un programme de stimulation cognitive pour cette clientèle.

**But :** Cet essai-synthèse a pour but de définir et planifier l'implantation d'un programme de stimulation cognitive, auprès de différents acteurs-clés du CHRDL, afin de prévenir ou diminuer le délirium chez les personnes âgées hospitalisées ayant un état cognitif fragile. Plus spécifiquement, les objectifs de ce projet sont de : 1) définir le contexte d'implantation d'un programme de stimulation cognitive au CHRDL en regard des pratiques actuelles ; 2) définir les composantes du programme de stimulation cognitive du CHRDL (PSC-CHRDL) pour les personnes âgées ayant un état cognitif fragile en soins aigus, en se basant sur les données probantes ; 3) définir les modalités de l'implantation du PSC-CHRDL ; 4) définir les modalités de l'évaluation de l'implantation du PSC-CHRDL.

**Méthode :** Plusieurs méthodes qualitatives ont été utilisées pour ce projet : recension des écrits sur les différents troubles de la cognition chez les personnes âgées et sur les modalités de stimulation cognitive ; entrevues auprès d'intervenants et de gestionnaires du CHRDL pour définir le contexte d'implantation du PSC-CHRDL ; recherche documentaire sur les éléments influençant l'implantation de programme ; utilisation d'un cadre de référence concernant l'élaboration de programme pour la réalisation des différentes étapes du projet.

**Résultats :** La réalisation de ce projet d'innovation a permis l'élaboration d'un programme de stimulation cognitive sur mesures pour le CHRDL, soit le PSC-CHRDL, de même que des plans d'implantation et d'évaluation d'implantation de ce nouveau programme. Les modèles logiques théorique et d'implantation du PSC-CHRDL ont été approuvés par la gestionnaire de la réadaptation et l'implantation devrait se réaliser dans la prochaine année par le biais d'un projet pilote, sur une unité ciblée.

**Mots-clés :** Stimulation cognitive, programme de stimulation cognitive, personnes âgées, délirium, confusion, trouble cognitif, démence, soins aigus, hôpital.

## TABLE DES MATIÈRES

<b>INTRODUCTION</b> .....	1
<b>CHAPITRE 1. DÉFINITION DE LA PROBLÉMATIQUE</b> .....	2
1.1 Description globale du problème .....	2
1.2 Facteurs contributifs à l'existence du problème .....	2
1.3 Question de recherche.....	4
<b>CHAPITRE 2. RECENSION DES ÉCRITS</b> .....	5
2.1 Définitions et données statistiques au sujet des principaux troubles associés au problème .....	5
2.2 État des connaissances sur la prise en charge du problème .....	6
2.3 Recension des écrits sur les interventions de stimulation cognitive spécifique.....	8
2.3.1 <i>Objectif</i> .....	8
2.3.2 <i>Méthodologie</i> .....	9
2.3.2.1 <i>Stratégie de recherche</i> .....	9
2.3.2.2 <i>Analyse de contenu des articles scientifiques</i> .....	9
2.3.3 <i>Résultats</i> .....	10
2.3.3.1 <i>Résultats de la recension des écrits sur les interventions de stimulation cognitive spécifique</i> .....	10
2.3.3.2 <i>Discussion sur les modalités de stimulation cognitive spécifique qui pourraient être applicables dans le programme de stimulation cognitive du CHRDL (PSC-CHRDL)</i> .....	12
<b>CHAPITRE 3. OBJECTIFS DU PROJET D'INNOVATION ET CADRE DE RÉFÉRENCE</b> .....	14
3.1 Objectifs du projet .....	14
3.2 Cadre de référence .....	14
<b>CHAPITRE 4. PREMIÈRE ÉTAPE : DÉFINIR LE CONTEXTE D'IMPLANTATION DU PSC-CHRDL (OBJECTIF 1)</b> .....	16

4.1 Méthodologie .....	16
4.1.1 Collectes de données .....	16
4.1.1.1 Extraction des données d'un document du CHRDL .....	16
4.1.1.2 Entrevues .....	16
4.1.2 Analyse des données .....	17
4.1.2.1 Analyse du document du CHRDL .....	17
4.1.2.2 Analyse des entrevues .....	17
4.2 Résultats .....	18
4.2.1 Résultats de l'analyse du document du CHRDL .....	18
4.2.2 Résultats des entrevues .....	19
4.2.2.1 Caractéristiques des participantes .....	19
4.2.2.2 Résultats et analyse des données d'entrevues .....	19
<b>CHAPITRE 5. DEUXIÈME ÉTAPE : DÉFINIR LES COMPOSANTES DU PSC-CHRDL (OBJECTIF 2)</b> .....	41
5.1 Méthodologie .....	41
5.2 Résultats .....	41
5.2.1 Définition des composantes du nouveau PSC-CHRDL .....	41
5.2.1.1 But du PSC-CHRDL .....	41
5.2.1.2 Objectifs du PSC-CHRDL .....	42
5.2.1.3 Théorie du PSC-CHRDL .....	42
5.2.1.4 Description des activités prévues dans le cadre du PSC-CHRDL .....	46
5.2.1.5 Résultats attendus .....	48
5.2.2 Approbation du PSC-CHRDL préliminaire avec la gestionnaire de la réadaptation .....	48
5.2.3 Approbation du PSC-CHRDL préliminaire par entrevue individuelle avec les intervenants .....	49
<b>CHAPITRE 6. TROISIÈME ÉTAPE : PLAN D'IMPLANTATION DU PSC-CHRDL (OBJECTIF 3)</b> .....	51
6.1 Méthodologie .....	52
6.1.1 Recherche documentaire sur les éléments influençant l'implantation d'un programme .....	52

6.1.1.1	<i>Collecte de données</i> .....	52
6.1.1.2	<i>Analyse des données</i> .....	52
6.1.2	<i>Plan d'implantation du PSC-CHRDL</i> .....	52
6.2	Résultats .....	53
6.2.1	<i>Recherche documentaire sur les éléments influençant l'implantation d'un programme</i> .....	53
6.2.2	<i>Plan d'implantation du PSC-CHRDL</i> .....	55
6.2.2.1	<i>Ressources</i> .....	58
6.2.2.2	<i>Processus et évaluation</i> .....	59
6.2.2.3	<i>Stratégies d'intervention</i> .....	59
6.2.3	<i>Présentation et recherche de consensus du plan d'implantation avec la gestionnaire de la réadaptation et les intervenants ciblés qui appliqueront le PSC-CHRDL</i> .....	60
<b>CHAPITRE 7. QUATRIÈME ÉTAPE : PLAN D'ÉVALUATION DE L'IMPLANTATION DU PSC-CHRDL (OBJECTIF 4)</b> .....		62
7.1	Méthodologie .....	62
7.2	Résultats.....	62
7.2.1	<i>Plan d'évaluation de l'implantation du PSC-CHRDL</i> .....	62
7.2.1.1	<i>Objectifs de l'évaluation</i> .....	62
7.2.1.2	<i>Indicateurs et critères d'évaluation</i> .....	62
7.2.1.3	<i>Ressources nécessaires à l'évaluation</i> .....	63
7.2.2	<i>Présentation du plan d'évaluation de l'implantation du PSC-CHRDL à la gestionnaire de la réadaptation</i> .....	63
<b>CHAPITRE 8. DISCUSSION</b> .....		65
8.1	Principaux constats .....	65
8.1.1	<i>Contexte d'implantation du PSC-CHRDL (objectif 1)</i> .....	65
8.1.2	<i>Composantes du PSC-CHRDL (objectif 2)</i> .....	66
8.1.3	<i>Implantation du PSC-CHRDL (objectif 3)</i> .....	66
8.1.4	<i>Évaluation de l'implantation du PSC-CHRDL (objectif 4)</i> .....	67
8.2	Forces et limites du projet.....	67
8.3	Retombées cliniques .....	69

<b>CONCLUSION</b> .....	70
<b>RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES</b> .....	71
<b>ANNEXES</b> .....	79
<b>ANNEXE 1.</b> Liste d'interventions recommandées par l'AAPA .....	80
<b>ANNEXE 2.</b> Grille sommaire d'analyse d'article .....	82
<b>ANNEXE 3.</b> Abrégé des résultats, de la clientèle et appréciation de la qualité des articles recensés au sujet de la stimulation cognitive .....	83
<b>ANNEXE 4.</b> Tableau résumé des articles recensés au sujet de la stimulation cognitive .....	86
<b>ANNEXE 5.</b> Évaluation des questions – Pré-test pour guides d'entrevue.....	93
<b>ANNEXE 6.</b> Guide d'entrevue pour les préposés aux bénéficiaires .....	94
<b>ANNEXE 7.</b> Guide d'entrevue pour les infirmiers(ères) .....	95
<b>ANNEXE 8.</b> Guide d'entrevue pour les gestionnaires .....	96
<b>ANNEXE 9.</b> Progression du canevas investigatif (questionnement analytique) .....	97
<b>ANNEXE 10.</b> Synthèse des données d'entrevues .....	101
<b>ANNEXE 11.</b> Composition des entrevues réalisées dans le cadre de l'objectif 1 du projet .....	109
<b>ANNEXE 12.</b> Caractéristiques des participantes aux entrevues (objectif 1 du projet)..	110
<b>ANNEXE 13.</b> Classification et description des résultats des entrevues.....	111
<b>ANNEXE 14.</b> Contenu du dépliant informatif sur le délirium et les limitations associées .....	113
<b>ANNEXE 15.</b> Caractéristiques des sources documentaires utilisées dans le cadre de l'objectif 3.....	121
<b>ANNEXE 16.</b> Outil de collecte de données pour l'évaluation d'implantation du PSC-CHRDL.....	123

**LISTE DES TABLEAUX**

Tableau 1. Critères d'évaluation du niveau de preuve d'une étude.....	9
Tableau 2. Données sur l'implantation de l'AAPA au CHRDL .....	18
Tableau 3. Synthèse des résultats d'entrevues concernant les connaissances .....	27
Tableau 4. Synthèse des résultats d'entrevues concernant le sentiment de compétence.....	32
Tableau 5. Synthèse des résultats d'entrevues concernant l'organisation des services.....	37
Tableau 6. Éléments influençant l'implantation d'un programme .....	53
Tableau 7. Ressources requises pour l'implantation du PSC-CHRDL .....	58
Tableau 8. Indicateurs et critères d'évaluation de l'implantation du PSC-CHRDL .....	63

**LISTE DES FIGURES**

Figure 1. Comparaison entre la stimulation cognitive de l’AAPA et la stimulation cognitive spécifique.....	8
Figure 2. Actions associées aux objectifs du PSC-CHRDL.....	43
Figure 3. Activités prévues dans le cadre du PSC-CHRDL.....	47
Figure 4. Modèle logique théorique du PSC-CHRDL .....	50
Figure 5. Modèle logique d’implantation du PSC-CHRDL.....	57

## LISTE DES ABRÉVIATIONS

AAPA : Approche adaptée à la personne âgée

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en santé

ASSSM : Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

C.-à-d. : C'est-à-dire

CAM : Confusion Assessment Method

CHRDL : Centre hospitalier régional de Lanaudière

CIUSSS : Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux

CIF : Classification internationale du Fonctionnement

ISQ : Institut de la statistique du Québec

MMSE : Mini-Mental State Examination

MSSS : Ministère de la santé et des services sociaux

OMS : Organisation mondiale de la Santé

PAB : Préposé aux bénéficiaires

PSC-CHRDL : Programme de stimulation cognitive du CHRDL

TCL : Trouble cognitif léger

## REMERCIEMENTS

J'adresse mes remerciements aux personnes qui m'ont aidée dans la réalisation de cet essai-synthèse.

En premier lieu, je tiens à remercier Mme Frédérique Poncet, pour son temps et son excellent support à titre de mentor tout au long de la réalisation de ce projet d'innovation. Sa rigueur et ses conseils judicieux m'ont permis de progresser favorablement. Son aide précieuse a fait en sorte que mon essai-synthèse atteigne un niveau que je n'aurais pu imaginer en début de parcours.

Merci à Mme Chantal Sylvain, professeure à l'Université de Sherbrooke, qui m'a guidée et rassurée pendant les différentes étapes du projet.

Merci à Mme Marie-Josée Durand, directrice de la Maîtrise professionnelle en Pratiques de la Réadaptation de l'Université de Sherbrooke, qui m'a aidée à clarifier mes idées au commencement de ce projet.

Je voudrais également remercier tous les intervenants et gestionnaires du CHRDL qui ont participé de près ou de loin à mes recherches pour l'élaboration de cet essai-synthèse. Et plus particulièrement Mme Audrey Lépine, gestionnaire de l'équipe de réadaptation, pour l'attention et l'intérêt qu'elle porte à ce projet. J'ai pleinement conscience que sans son appui, le PSC-CHRDL ne pourrait voir le jour.

Je souhaite remercier tous mes collègues du cours REA 106 – Essai synthèse, pour leurs encouragements et leurs rétroactions qui m'ont permis d'avancer.

Enfin, merci à Rosianne St-Louis, Line Robillard, Guy Legault, Jean Robillard et Marc-Olivier Robillard. Merci de m'avoir soutenue dans toutes les étapes du projet, et d'avoir pris le temps de commenter le produit final.

## INTRODUCTION

Selon les dernières données de l'Institut de la statistique du Québec (ISQ), en 2015, les personnes âgées de 65 ans et plus représentent 17,5 % de l'ensemble de la population (ISQ, 2015) et cette représentation devrait atteindre 23 % en 2026 (ISQ, 2009). Toujours selon l'ISQ (2013*b*), plus de la moitié des personnes âgées de 65 ans et plus souffrent d'une incapacité : taux qui augmente à plus de huit personnes sur 10 pour les personnes de 85 ans et plus (ISQ, 2013*b*). L'incapacité correspond à une « réduction (résultant d'une déficience), partielle ou totale, de la capacité d'accomplir une activité d'une façon ou dans les limites considérées comme normales pour un être humain » (Organisation Mondiale de la Santé (OMS), 1988). Depuis 2001, l'OMS favorise la terminologie de la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF) en matière de handicap, donc le terme incapacité est remplacé par limitation d'activité (OMS, 2001).

La démence, le trouble cognitif léger (TCL) et le délirium sont quelques exemples courants de déficiences entraînant diverses limitations d'activité chez les personnes âgées hospitalisées.

Quinze pour cent des personnes âgées de 65 ans et plus au Québec ont subi au moins une hospitalisation au cours d'une période de 12 mois (ISQ, 2013*c*). Ce taux est de 23,9 % chez les personnes de 85 ans et plus (ISQ, 2013*c*), et de 25,7 % chez les personnes âgées souffrant d'une incapacité (ISQ, 2013*a*).

Les statistiques présentées ci-dessus démontrent l'importance d'offrir des soins de santé adéquats pour la clientèle âgée vulnérable. Ce travail vise donc à décrire une situation problématique vécue par les personnes âgées qui sont hospitalisées et à proposer un projet d'innovation permettant de diminuer ce problème vécu par les aînés.

## CHAPITRE 1. DÉFINITION DE LA PROBLÉMATIQUE

Ce premier chapitre vise à présenter les différents éléments qui composent la situation problématique à la base de ce projet.

### 1.1 Description globale du problème

Depuis deux ans, je travaille comme ergothérapeute en soins aigus au Centre Hospitalier Régional de Lanaudière (CHRDL), à Joliette. Durant cette période, j'ai pu constater que mon établissement ne semble pas répondre de façon optimale aux besoins des personnes âgées hospitalisées qui présentent un état cognitif fragile. Par exemple, il peut arriver qu'un système de retenue au lit avec clé magnétique (contention physique) soit installé pour une personne âgée hospitalisée si elle est jugée trop confuse, et ce, même si cette personne est en mesure de se déplacer de façon autonome.

Le terme « état cognitif fragile » fait référence, dans cet écrit, à un diagnostic de démence, de TCL, ou encore à la présence (actuelle ou antérieure) de délirium.

### 1.2 Facteurs contributifs à l'existence du problème

Au CHRDL, peu d'actions semblent entreprises pour prévenir ou diminuer le délirium auprès de la clientèle âgée qui présente un état cognitif fragile. Pourtant, la littérature montre que les personnes âgées qui souffrent de démence ou de TCL, ou encore les personnes avec antécédent(s) de délirium, sont plus à risque de développer un délirium (Perese, 2012 ; Publications Québec, 2012*b*). Plusieurs facteurs pourraient contribuer à l'existence d'une prise en charge inadéquate du délirium chez la personne âgée.

Tout d'abord, l'application des principes de l'Approche Adaptée à la Personne Âgée (AAPA) (Publications Québec, 2011) semble arbitraire au CHRDL, ce qui ne permet pas de prévenir de façon efficace le délirium. L'AAPA permet d'offrir des soins et services adaptés pour une clientèle âgée vulnérable hospitalisée, en prenant davantage en considération les caractéristiques et besoins qui sont propres au vieillissement (Centre Intégré de Santé et de Services Sociaux de Laval, 2015). Cependant, même si la formation

sur l'AAPA était obligatoire en 2014 pour l'ensemble du personnel infirmier du CHRDL, il semble qu'il y ait eu peu de retombée sur la prise en charge du délirium au CHRDL.

D'autre part, dans un contexte de politiques gouvernementales d'austérité, les coupures budgétaires en santé ont un impact sur la qualité de vie des personnes vulnérables, particulièrement les aînés (Réseau FADOQ, 2015). Le rapport annuel du protecteur du citoyen (Le protecteur du citoyen, 2015) révèle de nombreuses lacunes au niveau de la qualité des services offerts pour le soutien à l'autonomie des personnes âgées, telles que la négligence au niveau de la réévaluation des personnes en salle d'attente à l'urgence, un défaut en matière de soins d'hygiène, de même que des délais et des multiplications au niveau des transferts chez les personnes âgées qui ne sont pas en mesure de retourner dans leur milieu de vie antérieur à l'hospitalisation. Ainsi, l'observation clinique du milieu montre qu'au CHRDL :

- Les préposés aux bénéficiaires (PAB's) manquent de temps pour offrir des soins de base à la clientèle ;
- Les infirmières ont une lourde charge de travail et ne peuvent offrir plus que les soins infirmiers prescrits ;
- Des usagers sont laissés au lit parce que le personnel de l'étage ne connaît pas leur niveau d'autonomie au niveau de la mobilité fonctionnelle.

Or, lorsque les soins de base sont difficilement offerts en soins aigus hospitaliers, les personnes âgées présentant un état cognitif fragile sont plus à risque de développer un délirium (Publications Québec, 2011 ; Inouye *et al.*, 2014).

Enfin, suite à la réalisation d'une recension des écrits (Legault, non publié), quelques activités de stimulation cognitive ont débuté au CHRDL. Cependant, ces modalités ne sont pas circonscrites à l'intérieur d'un programme défini et l'application par l'ensemble des intervenants est faible. L'efficacité de ces activités de stimulation cognitive est ainsi amoindrie.

Ces différents constats mettent en lumière l'importance de réfléchir à l'implantation d'un programme bien défini pour permettre de corriger la situation problématique présentée.

### 1.3 Question de recherche

Selon Foreman *et al.* (2001), l'approche à privilégier en cas de délirium est la prévention, tandis que les interventions contrant un délirium existant s'avèrent moins efficaces. Plusieurs interventions ont démontré leur efficacité pour prévenir le délirium ou améliorer le fonctionnement des personnes ayant un état cognitif fragile, dont la stimulation cognitive. Cependant, au CHRDL, il n'y a pas d'intervention spécifique de stimulation cognitive réalisée auprès des personnes âgées qui présentent un état cognitif fragile. C'est pourquoi il est nécessaire d'implanter un programme de stimulation cognitive pour cette clientèle.

Cet essai-synthèse a donc pour but de répondre à la question suivante : comment définir et implanter un programme, auprès de différents acteurs-clés du CHRDL, afin de prévenir ou diminuer le délirium chez les personnes âgées hospitalisées ayant un état cognitif fragile?

## CHAPITRE 2. RECENSION DES ÉCRITS

Ce chapitre présente une recension des écrits concernant les éléments associés à la situation problématique, dont les troubles associés au problème, la prise en charge de ce dernier, ainsi que les modalités de stimulation cognitive.

### **2.1 Définitions et données statistiques au sujet des principaux troubles associés au problème**

Cette section définit les trois troubles organiques (c.-à-d. délirium, démence, TCL) inclus dans la problématique, ainsi que leur prévalence et les conséquences associées à chacun de ces troubles.

Le délirium est un état confusionnel aigu qui se manifeste par un trouble de l'attention et un trouble des fonctions cognitives globales (Inouye *et al.*, 2014). L'altération de l'état de conscience est également un symptôme caractéristique significatif du délirium (Publications Québec, 2012b). Le délirium est habituellement transitoire et réversible et peut arriver à tout âge, mais il est particulièrement fréquent chez la personne âgée (Publications Québec, 2012b). Il se distingue de la démence puisqu'il peut être guéri si la cause est déterminée et corrigée précocement (Publications Québec, 2012b). Entre 29 et 64 % des personnes âgées hospitalisées souffrent de délirium (Inouye *et al.*, 2014) : celui-ci augmente de façon significative le risque de chute, le déclin fonctionnel, la prolongation d'hospitalisation, ainsi que la relocalisation en institution (Witlox *et al.*, 2010). Le taux de mortalité des personnes âgées souffrant de délirium est d'ailleurs de 30 % (Publications Québec, 2012b). Les conséquences du délirium sont donc éloquentes et représentent des coûts de soins de santé très importants (Inouye *et al.*, 2014 ; Leslie *et al.*, 2008). En effet, selon Leslie *et al.* (2008), les coûts moyens par jour d'hospitalisation sont deux fois et demi supérieurs chez les patients en délirium à ceux observés chez les patients sans délirium. Pourtant, de nombreux auteurs s'entendent pour dire que 30 à 40 % des déliriums pourraient être évités (Inouye *et al.*, 2014 ; Inouye *et al.*, 1999 ; Marcantonio *et al.*, 2008).

La démence regroupe les maladies dégénératives telles que la maladie d'Alzheimer. Elle se manifeste par une altération cognitive, incluant des troubles au niveau de la mémoire, la

concentration, la résolution des problèmes et au niveau du langage ; elle est de gravité suffisante pour affecter notre capacité à poursuivre nos activités quotidiennes (Société Alzheimer, 2015). La prévalence globale de la démence au Canada est de 8 % chez les personnes de plus de 65 ans, dont 2 % chez les personnes âgées entre 65 et 74 ans, 11 % chez les personnes de 75 à 84 ans et 33 % chez les personnes de 85 ans et plus (Groupe de travail de l'Étude canadienne sur la santé et le vieillissement, 2000). En 2009, 100 000 personnes sont atteintes au Québec, et ce nombre passera à 120 000 en 2015 et à 200 000 en 2030 (La Direction des communications du ministère de la santé et des services sociaux (MSSS) du Québec, 2009). Les conséquences de la démence comprennent la dépendance fonctionnelle, les complications de comorbidités, l'augmentation des coûts de soins de santé et le fardeau considérable pour les aidants (Bradford *et al.*, 2009).

Le TCL est un terme utilisé pour décrire une personne âgée atteinte de déficiences cognitives qui ne sont pas suffisamment sévères pour entraîner un diagnostic de démence (Petersen, 2004). Les déficiences cognitives dues au TCL ne sont pas assez sérieuses pour nuire à l'autonomie de la personne au quotidien (Fédération québécoise des sociétés Alzheimer, 2015). Le TCL peut constituer la phase prodromique de la démence (Petersen, 2004), ou la phase intermédiaire entre le vieillissement normal et la démence (Mariani *et al.*, 2007). Cependant, diverses études démontrent que 14 à 40 % des personnes ayant un TCL peuvent retrouver une fonction cognitive normale avec le temps (Ganguli *et al.*, 2004 ; Koepsell et Monsell, 2012 ; Larrieu *et al.*, 2002 ; Manly *et al.*, 2008 ; Tschanz *et al.*, 2006). La prévalence du TCL chez les personnes âgées a été estimée à 3-42 % (Ward *et al.*, 2012). Les personnes souffrant de TCL présentent une restriction de leur participation, une diminution de leur qualité de vie, ainsi que de leur fonctionnement psychologique (Albert *et al.*, 2011 ; Gold, 2012 ; Winblad *et al.*, 2004 ; Teng *et al.*, 2012).

Ces données démontrent que les personnes âgées hospitalisées ayant un état cognitif fragile ont des besoins importants qui nécessitent une prise en charge adaptée.

## **2.2 État des connaissances sur la prise en charge du problème**

Les interventions pharmacologiques telles que la plurimédication ou l'usage de certains médicaments en particulier (benzodiazépines, anticholinergiques, narcotiques) constituent

un facteur de risque pour le délirium (Meagher, 2001). De plus, selon Tabet et Howard (2009), il n'y a pas d'évidences démontrant l'efficacité d'interventions pharmacologiques pour prévenir le délirium, alors que plusieurs études ont montré l'efficacité des interventions non pharmacologiques. Ainsi, plusieurs revues systématiques et guides de pratique démontrent l'efficacité ou recommandent des stratégies d'intervention non pharmacologiques et à composantes multiples pour la prévention du délirium (O'Mahony *et al.*, 2011 ; Greer *et al.*, 2011 ; Reston et Schoelles, 2013 ; Hshieh, 2015). Ces stratégies peuvent comprendre la mobilisation précoce des usagers aînés, l'hydratation, la gestion de la douleur, l'amélioration du sommeil, la surveillance de l'alimentation, l'apport sensoriel adéquat (vision, audition), l'enseignement au personnel et les activités thérapeutiques de stimulation cognitive (Reston et Schoelles, 2013 ; Hshieh, 2015). Un exemple d'approche utilisant ce type d'interventions, proposé par le MSSS (Publications Québec, 2011), est l'AAPA.

L'AAPA privilégie de multiples modalités d'évaluation et d'intervention systématiques et spécifiques qui visent à prévenir ou à prendre en charge le délirium chez les personnes âgées vulnérables hospitalisées (Publications Québec, 2012*b*). Ainsi, l'AAPA propose un algorithme de soins se basant sur l'état de santé de base des personnes âgées hospitalisées et sur la fragilité de celles-ci face au milieu hospitalier (Publications Québec, 2012*b*). Cet algorithme contient donc diverses interventions visant à éviter le déclin fonctionnel en prévenant le délirium et le syndrome d'immobilisation : interventions préventives systématiques pour tous les usagers de 75 ans et plus ; dépistage rapide des personnes âgées à risque de déclin fonctionnel ; interventions spécifiques de prévention et de traitement précoce pour les personnes de 75 ans et plus présentant un risque léger à modéré de déclin fonctionnel, etc. (Publications Québec, 2012*b*).

D'autre part, la question de la pertinence d'un programme de stimulation cognitive, autre que les interventions de stimulation cognitive recommandées par l'AAPA, se pose. L'annexe 1 présente une liste d'exemples d'interventions recommandées par l'AAPA pour les personnes souffrant de délirium et de démence, dont certaines sont des interventions de stimulation cognitive. Ces dernières peuvent être considérées comme étant de base, elles

impliquent surtout le savoir-faire et le savoir-être des intervenants. Par exemple, l'AAPA recommande d'installer un calendrier et une horloge à la disposition de l'utilisateur, ou encore de planifier des visites régulières à sa chambre pour orienter la personne âgée et la sécuriser (Publications Québec, 2012b). Cependant, les interventions de stimulation cognitive spécifique (autres que celles de l'AAPA) exigent une participation plus active des usagers et de leurs proches. Par exemple, l'utilisateur pourra être stimulé au niveau de la cognition par le biais d'activités récréatives telles que des jeux de société simples, mots cachés, Tic-tac-toe, etc. Ainsi, la stimulation cognitive spécifique demeure pertinente si elle parvient à compléter l'intervention de base proposée par l'AAPA. La figure 1 représente la comparaison entre la stimulation cognitive de l'AAPA et les interventions de stimulation cognitive spécifique.

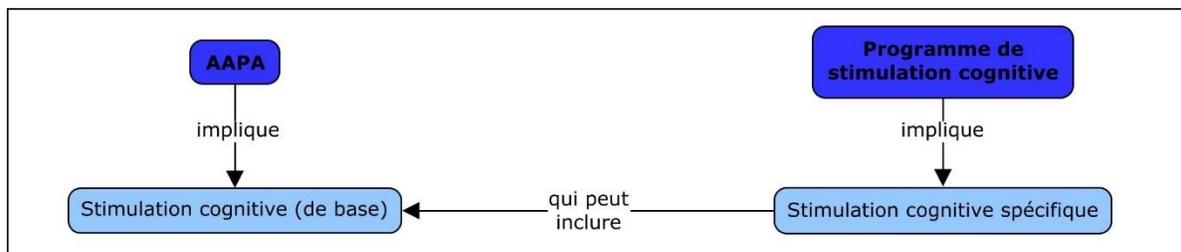


Figure 1. Comparaison entre la stimulation cognitive de l'AAPA et la stimulation cognitive spécifique.

La stimulation cognitive spécifique est une modalité thérapeutique supportée par la littérature scientifique. Il s'agit d'une intervention utilisant différentes activités divertissantes qui permettent la stimulation du processus réflexif, de la concentration et de la mémoire (Woods *et al.*, 2012). La section qui suit présente une recension des écrits (Legault, non publié) sur la stimulation cognitive spécifique, pour extraire les modalités reconnues efficaces par la littérature.

## 2.3 Recension des écrits sur les interventions de stimulation cognitive spécifique

### 2.3.1 Objectif

Cette recension des écrits a été réalisée pour cibler les interventions efficaces de stimulation cognitive spécifique auprès de la clientèle âgée hospitalisée fragile au niveau cognitif.

### 2.3.2 Méthodologie

**2.3.2.1 Stratégie de recherche.** Cette recherche a été effectuée à l'aide des moteurs de recherche CINHALL ET MEDLINE, en utilisant les mots-clés suivants : « *elderly* » et « *dementia* » ou « *delirium* » et « *cognitive stimulation* » ou « *cognitive therapy* » et « *hospital* » ou « *rehabilitation* » ou « *subacute care* ». La recension s'est limitée aux articles parus après 2007, rédigés en français ou en anglais ; elle concernait la clientèle âgée de 65 ans et plus.

**2.3.2.2 Analyse de contenu des articles scientifiques.** L'analyse de contenu des articles scientifiques utilisant la stimulation cognitive spécifique a été effectuée selon Wanlin (2007). Cette dernière comporte trois phases chronologiques : 1) la pré-analyse ; 2) l'exploitation du matériel ; 3) le traitement des résultats, l'inférence et l'interprétation.

La pré-analyse s'est appuyée sur une grille d'analyse d'article (une grille par article) présentée dans l'annexe 2. Cette grille a été conçue par le programme de 2<sup>e</sup> cycle en pratiques de la réadaptation de l'Université de Sherbrooke et adaptée par Fleury (2015).

Ensuite, deux tableaux (annexes 3 et 4) ont été créés pour regrouper et synthétiser les informations les plus pertinentes des articles retenus, afin d'en faciliter l'analyse (exploitation du matériel). Une appréciation du niveau de preuve des études sélectionnées a également été réalisée à l'aide des critères de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES, 2000). Une brève description des critères de l'ANAES est présentée dans le tableau 1.

**Tableau 1. Critères d'évaluation du niveau de preuve d'une étude**

Niveau de preuve	Critères
Fort	- Protocole adapté pour répondre au mieux à la question posée ; - Réalisation effectuée sans biais majeur ; - Analyse statistique adaptée aux objectifs ; - Puissance suffisante.
Intermédiaire	- Protocole adapté pour répondre au mieux à la question posée ; - Puissance nettement insuffisante ; - Ou présence d'anomalies mineures.
Faible	- Autres types d'études.

Tiré de : Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (2000). *Grille d'analyse de la littérature et gradation des recommandations*. Service Recommandations Professionnelles. Paris. 60p.

Finalement, l'analyse a permis de cibler les modalités de stimulation cognitive spécifique les plus efficaces pour intervenir auprès des personnes âgées hospitalisées présentant un état cognitif fragile (traitement, inférence et interprétation). Les tableaux des annexes 3 et 4 ont été utilisés pour produire l'analyse de contenu dans le cadre de cette recherche documentaire liée aux modalités d'intervention.

Les modalités de stimulation cognitive spécifique les plus pertinentes ont donc été sélectionnées en fonction de leur efficacité et du contexte de pratique du CHRDL.

### 2.3.3 Résultats

*2.3.3.1 Résultats de la recension des écrits sur les interventions de stimulation cognitive spécifique.* Cette section présente l'analyse et les résultats de la recherche documentaire portant sur l'efficacité des modalités de stimulation cognitive spécifique. Les annexes 3 et 4 présentent les tableaux qui résument les caractéristiques et le contenu de chacun des articles.

La recherche documentaire a permis de sélectionner 58 articles. La lecture des titres et résumés a ensuite permis de retenir 26 articles répondant aux critères de sélections. La lecture des articles retenus a permis de réduire cette sélection à 13/26 articles, correspondant à 12 programmes intégrant la stimulation cognitive spécifique comme modalité d'intervention. Les études ont impliqué des clientèles hospitalisées, vivant dans la communauté (à domicile), ou encore en résidence pour personnes âgées.

Quatre études sur 13 visaient une clientèle similaire à la clientèle-cible de ce projet d'innovation, soit la clientèle âgée hospitalisée présentant un état cognitif fragile. Selon les critères de l'ANAES (2000), un de ces articles s'appuie sur une méta-analyse et présente un fort niveau de preuve (Hshieh *et al.*, 2015), deux montrent un niveau de preuve intermédiaire (Mudge *et al.*, 2008 ; Kolanowski *et al.*, 2011) puisqu'ils utilisent respectivement un essai contrôlé prospectif et un essai contrôlé randomisé, et enfin, la dernière étude se basait sur un devis qualitatif dont le niveau de preuve est plus faible. Les trois premières études ont démontré des résultats positifs en faveur des interventions de stimulation cognitive spécifique. La quatrième étude (Kolanowski *et al.*, 2010) visait

principalement à proposer un modèle d'intervention basé sur la théorie du délirium, mais ne permettait pas de conclure sur l'efficacité des modalités de stimulation cognitive en raison de son devis (étude qualitative).

D'autre part, huit articles sur 13 traitent de la clientèle autre qu'en milieu hospitalier ou provenant d'un milieu inconnu. Six de ces articles montrent des résultats positifs en faveur de la stimulation cognitive, dont cinq présentent un niveau de preuve fort.

Neuf articles sur 13 présentent des résultats positifs significatifs, dont : amélioration du statut fonctionnel (Mudge *et al.*, 2008 ; Clare *et al.*, 2010 ; Yuill et Hollis, 2011) ; amélioration de la cognition (Clare *et al.*, 2010 ; Jean *et al.*, 2010 ; Kolanowski *et al.*, 2011 ; Woods *et al.*, 2012 ; Aiguirre *et al.*, 2013 ; Hopper *et al.*, 2013) ; diminution du taux ou de la sévérité du délirium (Mudge *et al.*, 2008 ; Kolanowski *et al.*, 2011 ; Hshieh *et al.*, 2015). Deux de ces neuf articles présentent aussi des tendances positives pour certains résultats : réduction de la durée de séjour (Hshieh *et al.*, 2015) et du taux d'institutionnalisation (Hshieh *et al.*, 2015) ; amélioration de la cognition (Yuill et Hollis, 2011 ; Hshieh *et al.*, 2015) ; amélioration du statut fonctionnel (Hshieh *et al.*, 2015). Par exemple, la méta-analyse de Hshieh *et al.* (2015) a montré une différence moyenne de -0,16 jour (IC 95 %, -0,97 à 0,64) au niveau de la durée de séjour, en faveur de l'intervention impliquant la stimulation cognitive spécifique (pour un total de 3358 patients). Des neuf articles présentant des résultats positifs significatifs, cinq ont un niveau de preuve jugé fort selon l'ANAES (2000), tandis que quatre sont de niveau de preuve intermédiaire (ANAES, 2000).

Seulement une étude sur 13 présente des résultats négatifs (Kurz *et al.*, 2012) et ceux-ci portent sur le fardeau des aidants impliqués dans la réadaptation auprès de la clientèle. Dans cette étude, la clientèle-cible n'était pas hospitalisée et les interventions étaient réalisées en groupe. Sept articles sur 13 montrent des résultats peu concluants pour certains aspects, tels le statut fonctionnel (Kurz *et al.*, 2012 ; Woods *et al.*, 2012), la cognition (Kurz *et al.*, 2012) et l'anxiété (Clare *et al.*, 2010). La clientèle-cible de ces trois dernières études n'était pas non plus hospitalisée. Deux articles sur 13 montrent que des résultats peu

concluants (Bahar-Fuchs *et al.*, 2013 ; Huckans *et al.*, 2013), leur clientèle à l'étude n'était pas en soins aigus.

En somme, la stimulation cognitive spécifique semble efficace auprès de la clientèle âgée souffrant de démence ou de délirium, que ce soit en milieu hospitalier (soins aigus) ou non.

*2.3.3.2 Discussion sur les modalités de stimulation cognitive spécifique qui pourraient être applicables dans le programme de stimulation cognitive du CHRDL (PSC-CHRDL).* Dans les études présentées ci-haut, il apparaît que les auteurs ont utilisé différentes modalités de stimulation cognitive spécifique (par ex. : prise en charge individuelle ou en groupe). Si les différents programmes se sont montrés efficaces, ceux-ci ne sont pas, pour autant, adaptés au CHRDL. Les modalités retenues et présentées ci-dessous sont discutées afin de cibler celles qui pourraient être applicables dans le nouveau PSC-CHRDL :

- Prise en charge individuelle telle que proposée par Kolanowski *et al.* (2010 et 2011), plutôt qu'un format de groupe comme proposé par Mudge *et al.* (2008). Un format de groupe est plus complexe à gérer qu'en individuel, diminuant ainsi la faisabilité ;
- Activités récréatives simples et cognitivement stimulantes (Kolanowski *et al.*, 2010 et 2011), comme par exemple : jeux de société simples (avec l'intervenant qui appliquera le PSC-CHRDL), mots cachés, casse-têtes simples, etc. Celles-ci doivent être adaptées aux intérêts de la personne et connues de celle-ci dans la mesure du possible (Kolanowski *et al.*, 2010 et 2011). Ce type de modalité est privilégié puisqu'il peut être appliqué par différents intervenants, comme des PAB's, infirmières, ou préposés en réadaptation. Kurz *et al.* (2012) proposent eux aussi des interventions, mais qui sont généralement plus complexes que les activités nommées plus haut (séances thématiques individuelles d'une heure, sur 12 semaines, portant entre autres sur l'introduction d'une routine quotidienne, la structure de l'horaire d'une journée et la planification d'activités) et donc peu réalisables dans le contexte actuel du CHRDL ;

- Activités ou discussions stimulant la mémoire et la reconnaissance (Yuill et Hollis, 2011 ; Woods *et al.*, 2012). Ces activités peuvent être réalisées par le biais de jeux de société simples ou par des questions posées directement à l'utilisateur (par exemple : « parlez-moi de vos enfants, où habitent-ils? »). Il est donc réaliste d'intégrer ce type d'activité au nouveau PSC-CHRDL ;
- Orientation (dans l'espace, le temps et la personne), raisonnement et enseignement (Yuill et Hollis, 2011 ; Woods *et al.*, 2012) : ces stratégies peuvent être appliquées à l'aide de questions posées à l'utilisateur (ex. : « quel jour sommes-nous? »), d'activités papier-crayon (ex. : mots cachés) ou par le biais d'un dépliant informatif. Elles sont donc réalisables puisqu'elles sont simples et nécessitent peu de matériel ;
- Exercices visuo-spatiaux ou d'attention (ex : labyrinthes simples, trouver l'objet caché, construction 3D à partir d'une image, etc.), identification d'objets (Woods *et al.*, 2012). Ce type d'exercice peut également être fait par le biais de matériel papier-crayon simple et peu coûteux, ce qui s'avère réaliste dans le contexte du CHRDL.

### **CHAPITRE 3. OBJECTIFS DU PROJET D'INNOVATION ET CADRE DE RÉFÉRENCE**

Dans ce chapitre seront décrits le but du projet d'innovation, ses objectifs spécifiques, ainsi que le cadre de référence sur lequel se base la réalisation du projet.

#### **3.1 Objectifs du projet**

Le but du projet est de définir et planifier l'implantation d'un programme de stimulation cognitive pour les personnes âgées qui sont hospitalisées au CHRDL et qui présentent un état cognitif fragile, soit le PSC-CHRDL, afin de prévenir ou diminuer le délirium et le déclin fonctionnel associé.

Plus spécifiquement, les objectifs de cette étude sont de

- 1) définir le contexte d'implantation d'un programme de stimulation cognitive au CHRDL en regard des pratiques actuelles ;
- 2) définir les composantes du PSC-CHRDL pour les personnes âgées ayant un état cognitif fragile en soins aigus, en se basant sur les données probantes ;
- 3) définir les modalités de l'implantation du PSC-CHRDL ;
- 4) définir les modalités de l'évaluation de l'implantation du PSC-CHRDL.

#### **3.2 Cadre de référence**

Selon Paquette et Chagnon (2000), l'élaboration de programme nécessite une vision d'ensemble des déterminants du programme, et ce, en débutant avec les éléments les plus éloignés de l'action jusqu'aux éléments les plus opérationnels et spécifiques. Cette condition est nécessaire pour définir une logique d'ensemble sur la conception d'un programme.

Ainsi, pour la réalisation de ce projet d'innovation, soit le développement d'un nouveau programme de stimulation cognitive, le cadre de référence proposé par Paquette et Chagnon a été utilisé pour obtenir une vision d'ensemble et planifier les étapes d'implantation. Ce cadre définit les différentes étapes de l'élaboration d'un programme, qui incluent la préparation de son implantation et la planification de l'évaluation. D'après Paquette et

Chagnon (2000), l'élaboration d'un programme-clientèle comporte quatre étapes successives de développement :

- 1) La vérification du bien-fondé ou de la pertinence ;
- 2) La détermination de sa logique ;
- 3) La préparation de sa mise en œuvre ;
- 4) La planification de l'évaluation.

Dans le contexte de ce projet, la vérification du bien-fondé ou de la pertinence (première étape de Paquette et Chagnon) correspond à la définition de la problématique du projet. Autrement dit, cette première étape a été traitée dans la recension des écrits et dans l'objectif 1 du présent projet. La détermination de sa logique (étape 2) correspond quant à elle à l'objectif 2 du projet (définition des composantes du PSC-CHRDL), la préparation de sa mise en œuvre (étape 3) est associée à l'objectif 3 de l'étude (c.-à-d. modalités d'implantation) et enfin la planification de l'évaluation (étape 4) répond à l'objectif 4 du projet d'innovation.

## **CHAPITRE 4. PREMIÈRE ÉTAPE : DÉFINIR LE CONTEXTE D'IMPLANTATION DU PSC-CHRDL (OBJECTIF 1)**

Le présent chapitre traite des différents éléments recueillis pour définir le contexte de pratique du CHRDL, en lien avec l'implantation du nouveau PSC-CHRDL.

### **4.1 Méthodologie**

#### *4.1.1 Collectes de données*

Afin de définir le contexte d'implantation du PSC-CHRDL, deux actions ont été menées. Tout d'abord, des données ont été extraites d'un document de l'hôpital (grille de suivi de l'implantation des composantes AAPA) concernant l'implantation de l'AAPA. Ensuite, des entrevues individuelles et de groupe ont été réalisées auprès de différents intervenants du CHRDL, impliqués directement ou non auprès de la clientèle âgée hospitalisée ayant un état cognitif fragile.

*4.1.1.1 Extraction des données d'un document du CHRDL.* Une synthèse des informations les plus pertinentes liées à ce projet d'innovation a été réalisée à partir de la grille de suivi de l'implantation des composantes AAPA (CHRDL, 2015), dont le but était de déterminer si le CHRDL avait atteint les objectifs ministériels concernant l'implantation de l'AAPA.

*4.1.1.2 Entrevues.* Pour définir le contexte d'implantation, les entrevues réalisées devaient documenter

- la connaissance de différents acteurs (personnel soignant, gestionnaires) concernés par le problème vécu chez les personnes âgées hospitalisées qui sont fragiles au niveau cognitif;
- la perception de ces acteurs face à la clientèle-cible de ce projet et aux interventions qui, à leur avis, sont pertinentes pour répondre à leurs besoins.

Trois guides d'entrevue ont donc été réalisés : un pour les gestionnaires, un pour les infirmières et un pour les PAB's. Dans un premier temps, chaque guide a été pré-testé. Celui des infirmières a été pré-testé auprès d'une infirmière expérimentée qui ne faisait pas

partie des infirmières interviewées. Celui des PAB's a quant à lui été pré-testé auprès de deux PAB's expérimentés ne faisant pas partie de celles interviewées. Finalement, celui des gestionnaires a été pré-testé auprès de deux ergothérapeutes expérimentés. Pour ce faire, un outil pour le pré-test des guides d'entrevue a été remis à chacune de ces personnes afin de faciliter la révision des formulaires. Cet outil est présenté dans l'annexe 5. Suite aux pré-tests, aucune modification n'a été apportée aux différents guides ; ceux-ci ont été jugés cohérents, compréhensibles, neutres et clairs. Les trois guides d'entrevue sont présentés dans les annexes 6, 7 et 8.

Ces entrevues ont été effectuées par la porteuse du projet, étudiante à la maîtrise en pratiques de la réadaptation et ergothérapeute au CHRDL, en décembre 2015 et janvier 2016. Leur organisation s'est faite de façon spontanée, selon la disponibilité des intervenants qui étaient sur place au moment des entrevues. Toutes les participantes ont donné leur consentement verbal. Les différentes entrevues ont été enregistrées à l'aide d'un enregistreur audio et ont duré entre 10 et 33 minutes.

#### *4.1.2 Analyse des données*

*4.1.2.1 Analyse du document du CHRDL.* Pour traiter les données extraites du document portant sur le degré d'implantation de l'AAPA au CHRDL, une analyse de contenu a été réalisée selon les trois étapes de Wanlin (2007), c.-à-d. pré-analyse, exploitation du matériel et traitement des résultats.

À la lecture du document (pré-analyse), les données pertinentes pour le projet d'innovation ont été sélectionnées et intégrées dans un tableau (exploitation du matériel). Pour être sélectionnées, les données devaient être en pourcentage et être reliées directement aux processus d'implantation ou à l'implantation des interventions de l'AAPA. Ces étapes ont permis de dégager et interpréter les principaux résultats concernant l'implantation de l'AAPA au CHRDL (traitement des résultats, inférence et interprétation).

*4.1.2.2 Analyse des entrevues.* Pour analyser l'ensemble des données collectées par entrevues, le questionnement analytique a été utilisé. Celui-ci consiste à analyser un corpus de données à l'aide de questions-réponses (Paillé et Mucchielli, 2008).

La stratégie de questionnement analytique implique la confection d'un canevas investigatif, suivie d'une lecture attentive et répétée du matériau à l'étude de sorte de pouvoir répondre aux questions initiales, d'abord par de nouvelles questions qui vont permettre de préciser le questionnement et tenir lieu de réponse provisoire, finalement par des réponses plus détaillées (Paillé et Mucchielli, 2008).

L'annexe 9 présente la progression du « canevas investigatif » réalisé dans le cadre de ce projet d'innovation. La structure de ce canevas s'appuie à la fois sur l'objectif 1 (définir le contexte d'implantation) et sur les questions des entrevues. Puisque les questions et les données se sont avérées nombreuses, une étape supplémentaire de synthèse a été effectuée afin de faciliter l'analyse. Elle est rapportée à l'annexe 10.

## 4.2 Résultats

Dans cette section sont présentés les résultats de l'extraction de données concernant l'implantation de l'AAPA au CHRDL, ainsi que les résultats des entrevues effectuées.

### 4.2.1 Résultats de l'analyse du document du CHRDL

Le tableau 2 résume les données pertinentes de la grille de suivi de l'implantation des composantes AAPA (CHRDL, 2015), en fonction du projet (pertinence en lien avec celui-ci). Ce document fait état du degré d'implantation de l'AAPA au CHRDL pour l'année 2014-2015.

**Tableau 2. Données sur l'implantation de l'AAPA au CHRDL**

Composantes	Implanté	Pérennité
Soutien à l'implantation	100 %	Sans objet
Gouvernance clinique	65,6 %	51,6 %
Formation et activités de coaching	62,1 %	13,8 %
Algorithme des soins cliniques à la personne âgée	3,8 %	Sans objet
Interventions cliniques	47,9 %	16,7 %
Total des composantes	54,5 %	16,4 %

Tiré de : Centre Hospitalier Régional de Lanaudière (2015). *Grille de suivi de l'implantation des composantes AAPA*. Joliette : (n.p).

Les résultats montrent que 62,1 % des intervenants qui œuvrent sur les unités ont reçu la formation requise et la pérennité de cette formation diminue à 13,8 %. En ce qui concerne

la réalisation des interventions cliniques recommandées par l'AAPA, celles-ci ont été implantées à 47,9 %, mais ne sont utilisées qu'à 16,7 % à la fin de la période couverte (2015). Ces données appuient l'impression clinique, nommée dans la présentation de la situation problématique du présent projet (chapitre 1), que l'effet de l'implantation de l'AAPA au CHRDL est faible, malgré le fait que la formation sur l'AAPA devait être obligatoire pour l'ensemble du personnel infirmier en 2014.

#### 4.2.2 Résultats des entrevues

Cette section présente les caractéristiques des participantes aux entrevues, suivies de l'analyse des données d'entrevues. Deux gestionnaires, deux infirmières et une PAB du CHRDL ont été interviewées individuellement, tandis que trois entrevues de groupe ont eu lieu, dont : un groupe de trois infirmières, ainsi que deux groupes de deux PAB's. L'annexe 11 présente la composition des huit entrevues réalisées.

4.2.2.1 *Caractéristiques des participantes.* Toutes les participantes aux entrevues étaient des femmes. Elles étaient âgées entre 19 et 62 ans (âge moyen : 38 ans ;  $\sigma^1$  : 13,5 ans). Le nombre d'années d'expérience en soins aigus au CHRDL variait entre 0,5 et 16 ans, avec une moyenne de 7,2 ans ( $\sigma$  : 6,2 ans). L'annexe 12 présente les caractéristiques de chacune des participantes aux entrevues.

4.2.2.2 *Résultats et analyse des données d'entrevues.* Les résultats des entrevues (synthétisés dans l'annexe 10) ont été classifiés selon quatre grands thèmes. Le choix de ces thèmes s'est fait en fonction des questions d'entrevues, de façon à les regrouper en catégories.

Les thèmes et leurs sous-thèmes sont :

- Connaissances des participantes
  - Causes de la confusion chez la clientèle-cible
  - Interventions réalisées auprès de la clientèle-cible
  - Définition du rôle des participantes auprès de la clientèle-cible
  - Connaissance de l'AAPA

---

<sup>1</sup>  $\sigma$ : écart-type

- Sentiment de compétence
  - Niveau d'aisance des intervenants auprès de la clientèle-cible
  - Niveau de compétence des intervenants auprès de la clientèle-cible, selon les gestionnaires
- Organisation des services
  - Qualité des services offerts à la clientèle-cible
  - AAPA
- Intégration des proches
  - Rôle des proches auprès de la clientèle-cible

Une fois les thèmes définis, chaque verbatim a été analysé individuellement en fonction de ces quatre thèmes. L'annexe 13 présente une brève description du contenu des données d'entrevues selon ces thèmes. Les résultats des analyses par thèmes sont présentés dans les sections qui suivent et sont discutés en regard de la littérature. Pour appuyer les dires, des extraits des verbatim sont cités en italique.

#### - CONNAISSANCES DES PARTICIPANTES

Les entrevues ont permis d'identifier les connaissances des participantes en lien avec la confusion des personnes âgées hospitalisées. Celles-ci ont été classées selon les quatre sous-thèmes énumérés ci-haut. Selon différents auteurs (Inouye *et al.*, 2014 ; Publications Québec, 2012b), les causes de la confusion comprennent différents facteurs précipitants et prédisposant à la confusion : facteurs liés à l'état de santé de base de l'utilisateur (ex. : diagnostic connu de démence, antécédent de délirium), à la maladie aiguë (ex. : pneumonie, infection), aux interventions médicales (ex. : chirurgie, médication) et facteurs environnementaux (ex. : changement d'environnement, absence de repère).

- Causes de la confusion chez la clientèle-cible :

**PAB's.** Deux PAB's ont rapporté le changement d'environnement comme cause de la confusion. Des éléments liés à l'état de santé ont également été abordés.

*Ben juste de changer de place des fois ça peut être suffisant pour eux autres. Ils perdent leurs repères, hen, on sait pus où c'qu'on est... L'état de santé, la*

*malnutrition chez les personnes âgées, on peut penser que, y mangeaient pas tellement bien pis que, ça peut amener c'te problème-là... D'être changé de place, de pus avoir ses choses, pour moi j'trouve ça ben important pour eux autres. (Entrevue 6).*

*Ils ne savent pas ils sont où, ils sont pus dans leur milieu. (Entrevue 7).*

Une PAB a quant à elle mentionné qu'elle ne connaissait pas la cause de la confusion chez les personnes âgées hospitalisées.

*Ben dans le fond je le sais pas là, tsé ça vient pas mal tout seul... Peut-être au niveau de ce qu'ils vivent, ou ce qu'ils peuvent vivre, ça peut amener à cette maladie-là. (Entrevue 8).*

En s'appuyant sur les nombreux facteurs précipitants et prédisposant à la confusion nommés par Inouye *et al.* (2014) et Publications Québec (2012b), on remarque que les PAB's semblent connaître partiellement les causes de la confusion des personnes âgées hospitalisées. Entre autres, les éléments associés aux interventions médicales n'ont pas été rapportés (facteurs précipitants), de même que la présence de limitation d'activité ou l'âge avancé (facteurs prédisposant au délirium).

**Infirmières.** Les infirmières ont toutes abordé le changement de milieu comme facteur pouvant amener de la confusion chez les personnes âgées hospitalisées. Elles ont également mentionné la maladie, la démence, la médication, le déséquilibre électrolytique, la déshydratation, une infection et une anesthésie.

*Des fois c'est le fait d'être déplacé, d'être amené dans un autre environnement, ça peut être un lien qui emmène ça. Euh, c'est ça, d'être déplacé de leur environnement... Le changement d'endroit, les examens, souvent ils sont déplacés, ils sont transférés, pis ça, ça amène des fois de la confusion, un peu de, de désorientation. (Entrevue 3).*

*C'est souvent le changement d'endroit, d'environnement. Ça peut être un déséquilibre électrolytique aussi, la médication, une anesthésie, déshydratation. Ça peut être plein d'affaires, il est tu en infection, ça peut être une infection qui cause aussi le délirium, tsé il y a plein de causes au délirium. Ça peut être, le patient, bin y'a une démence... (Entrevue 5).*

Globalement, les infirmières sont en mesure de rapporter les causes générales de la confusion et certaines infirmières ont abordé plus précisément certains facteurs et les ont détaillés, montrant ainsi une connaissance plutôt bonne vis-à-vis de la confusion chez les

personnes âgées hospitalisées, en accord avec les facteurs causals nommés par Inouye *et al.* (2014) et Publications Québec (2012*b*). Toutefois, les limitations d'activité (facteur prédisposant au délirium) n'ont pas été abordées par les infirmières.

**Gestionnaires.** Les deux gestionnaires ont abordé en premier le changement d'environnement comme facteur causal de la confusion. D'autres éléments ont été rapportés par l'une ou l'autre des gestionnaires, comme : des facteurs liés à la condition de santé des usagers, ainsi que des facteurs liés au personnel qui intervient auprès de la clientèle-cible.

*Ben un changement d'environnement par exemple, du personnel qui est non habitué, un débalancement au niveau de toutes les laboratoires... Ensuite de ça, tsé une mauvaise hydratation aussi, une déshydratation chez le patient peut amener aussi des troubles cognitifs qui peuvent être encore plus amplifiés. (Entrevue 1).*

*Ben déjà le changement de milieu, pis le changement de l'état de santé, on sait qu'il y a des enjeux biologiques, comme des infections urinaires, qui peuvent amener un état délirieux. Euh, le fait d'avoir plusieurs intervenants aussi, qui vont pas nécessairement se présenter, mais qui vont directement intervenir sans discuter avec la personne, peuvent nuire aussi à stabiliser l'état cognitif. (Entrevue 2).*

Sommairement, les connaissances des gestionnaires se sont avérées générales, mais justes, et en accord avec les informations rapportées par Inouye *et al.* (2014) et Publications Québec (2012*b*). Cependant, des facteurs plus précis liés à l'état de santé de base de l'utilisateur (facteurs prédisposant au délirium) n'ont pas été abordés, comme une démence connue ou la présence de limitation d'activité. De même, les facteurs associés aux interventions médicales n'ont pas été mentionnés (facteurs précipitants).

#### ➤ Interventions réalisées auprès de la clientèle

**PAB's.** Les participantes ont abordé plusieurs interventions qu'elles effectuent auprès de la clientèle-cible, notamment : mobiliser les usagers, les orienter dans les trois sphères, discuter avec les usagers et adopter une approche douce.

*Ben des fois les faire bouger, les promener, les hydrater... tsé des affaires de base. (Entrevue 6).*

*On essaie de leur parler de leur vie avec eux, de leur faire travailler les méninges pour qu'ils se rappellent de leur... de leur passé. On essaie de faire des repères, comme que mettons dans leur milieu de vie. (Entrevue 7).*

Ces interventions sont en accord avec celles recommandées par l'AAPA. Toutefois, plusieurs interventions n'ont pas été abordées, comme : encourager la personne à participer dans ses soins d'hygiène et d'habillage ; s'assurer que la personne porte ses lunettes et ses appareils auditifs même lorsqu'elle est alitée ; ouvrir les rideaux pour laisser entrer la lumière naturelle ; éviter la surcharge sensorielle (Publications Québec, 2012b).

D'un autre côté, une PAB a indiqué qu'elle pouvait quitter la chambre et revenir plus tard lorsqu'un usager est très confus. Une autre participante a également mentionné qu'il n'y avait parfois rien à faire.

*S'il est très confus, moi je m'en vais pis je reviens plus tard. (Entrevue 8).*

*Ça dépend aussi le niveau de confusion, c'est sûr que il y a des niveaux que on peut rien faire, il faut laisser le temps à la personne de revenir à elle-même dans le fond. (Entrevue 8).*

Ce type d'intervention ou d'absence d'intervention n'est pas explicitement recommandé par l'AAPA. Cette approche suggère plutôt, par exemple, de rassurer l'usager, de permettre à la personne d'exprimer ses craintes et d'utiliser le toucher affectif pour témoigner du réconfort et de la sécurité à l'usager (Publications Québec, 2012b).

**Infirmières.** L'analyse des données d'entrevues a montré que les infirmières effectuent des interventions variées auprès de la clientèle-cible. Ainsi, orienter la personne dans les trois sphères est une intervention couramment utilisée par les infirmières lorsqu'elles sont en présence d'une personne âgée ayant un état cognitif fragile. D'autres interventions ont également été abordées : approche douce et non intrusive ; communication avec le médecin si nécessaire ; communication avec les PAB's afin de s'assurer que les soins de base soient donnés ; discussion avec l'usager ; surveillance plus régulière au besoin.

*À chaque fois qu'on les voit, ben là on les réoriente. S'il est à risque pour lui, on peut toujours mettre des surveillances aussi tsé des fois sont à risque de chute ou... des surveillances avec les préposés là, surveillance visuelle, ça peut être aux demi-heures ou euh... (Entrevue 5).*

Ces interventions concordent avec les recommandations de l'AAPA, mais plusieurs éléments de l'AAPA n'ont pas été rapportés, comme : réduire les divers cathéters dès que possible ; mobiliser les usagers le plus tôt possible ; utiliser une mesure de contention en

dernier recours et favoriser les mesures alternatives ; respecter le rythme de la personne et lui donner le temps de réagir (Publications Québec, 2012b).

La médication a également été rapportée comme intervention utilisée en cas de délirium ou de démence. D'autre part, une infirmière a aussi mentionné qu'il y avait peu de solution pour contrer le délirium.

*Ça c'est sûr que... ben en délirium écoute, c'est vraiment la médication qui va aider... parce que nous en tant que tel, on peut pas faire grand-chose... quelqu'un qui est en délirium, y'a pas euh... quand même que tu y parles, quand même que t'essaies quoi que ce soit là, il y a pas grand-chose qui va fonctionner. (Entrevue 4).*

Bien que l'AAPA ne se prononce pas sur l'utilité de la médication pour la clientèle-cible, l'utilisation de la médication ne semble pas recommandée pour la prévention ou le traitement du délirium (Tabet et Howard, 2009 ; Inouye *et al.*, 2014). De plus, l'affirmation qu'il y a peu à faire en cas de délirium va à l'encontre des recommandations de l'AAPA (Publications Québec, 2011).

➤ La définition du rôle des participantes auprès de la clientèle :

**PAB's.** Selon les participantes, leur rôle auprès des personnes âgées hospitalisées qui sont fragiles au niveau cognitif inclut différents éléments, dont : apporter du réconfort ; s'assurer que les soins de base soient donnés (alimentation, hygiène) ; travailler en équipe et maintenir l'autonomie de la personne.

*S'assurer que les soins de base soient donnés, ça c'est évident. (Entrevue 6).*

*Moi mon rôle, j'veis y aller dans c'que j'capable de faire, après ça moi j'pas tout seule ici. J'ai des aidants. J'ai des infirmières, j'ai des auxiliaires, j'ai une fille au poste, j'ai du monde comme toi. Ces gens-là y m'aident à travailler, OK. Je travaille pas tout seule. (Entrevue 6).*

*Garder leur autonomie le plus possible, même s'ils sont confus. (Entrevue 7).*

Ces éléments sont similaires à ceux identifiés par la littérature (Publications Québec, 2011 ; Bélanger *et al.*, 2008), mais ne sont pas complets. Bien que l'AAPA ne décrit pas de façon spécifique le rôle de chacun des intervenants auprès de la clientèle-cible, l'hôpital du Sacré-Cœur de Montréal a produit un document (Bélanger *et al.*, 2008) qui mentionne que les PAB's ont également un rôle à jouer au niveau de l'observation de l'état cognitif de la

personne à risque ou présentant un état de confusion aiguë, au niveau de la communication thérapeutique avec la personne et sa famille, ainsi qu'au niveau de la gestion de la vision/audition.

**Infirmières.** Les infirmières ont abordé différents éléments pour définir leur rôle auprès de la clientèle-cible, dont l'observation, le dépistage, l'évaluation, la communication avec les intervenants et le travail d'équipe, ainsi que la réassurance auprès de l'utilisateur.

*C'est sûr que par mes observations je peux amener à voir ses changements de comportement, pis je peux apporter ça tsé, au médecin, faque oui j'ai un rôle à jouer. (Entrevue 3).*

*C'est souvent nous autres qui va rapporter les choses, en faisant une collecte de données. (Entrevue 5).*

Les éléments rapportés concordent tous avec ce qui est nommé dans la littérature (Publications Québec, 2012b ; Bélanger *et al.*, 2009), mais les propos à ce sujet sont demeurés plutôt succincts. Ainsi, l'intervention (directe, avec l'utilisateur) n'a pas été abordée d'emblée par les infirmières, hormis la réassurance, qui a été citée une fois.

**Gestionnaires.** Les gestionnaires ont abordé plusieurs éléments concernant leur rôle auprès de la clientèle-cible, dont : organiser les services à l'utilisateur ; coordonner la mise en place d'une approche adaptée pour la clientèle-cible ; fournir la formation et le matériel nécessaires aux intervenants et favoriser le travail d'équipe entre les intervenants.

*Ben j'pense qui faut fournir tout c'qui faut dans l'fond, à nos équipes, pour qui puissent mettre en application, donc y faut leur former... j'pense que ça leur prend de la formation. J'pense que ça leur prend aussi les outils cliniques pour permettre de mettre en application c'qu'on leur donne. (Entrevue 1).*

*Donc moi j'ai la responsabilité de m'assurer que le personnel en soins infirmiers applique, euh, les bonnes euh, les bonnes, les bons soins dans le fond pour... euh, réduire ou favoriser un mieux-être cognitif. (Entrevue 2).*

Ces éléments sont en accord avec le volet opérationnel du rôle d'un gestionnaire dans le réseau de la santé, tel que défini par l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (ASSSM, 2010). Le volet stratégique, qui comprend entre autres la « participation aux choix organisationnels [et le] lien entre la direction et le terrain » (ASSSM, 2010) n'a toutefois pas été abordé par les gestionnaires.

➤ AAPA :

**PAB's.** L'analyse des données a montré que les cinq PAB's n'avaient pas eu la formation sur l'AAPA. De plus, quatre des cinq participantes ne connaissaient pas l'approche. Ces quatre personnes n'ont pas rapporté d'éléments qui composent l'AAPA en entrevue. La cinquième participante a mentionné ne pas connaître l'approche, mais a abordé plusieurs éléments qui la composent, montrant ainsi qu'elle en avait une connaissance partielle.

*Non, ça me dit rien. (Entrevue 7).*

*Faut tu vraiment avoir une formation pour ça ? (Entrevue 8).*

*Comme Marguerite ? Ben euh, Marguerite il faut qu'elle dorme parce qu'elle a besoin de se reposer, il faut qu'elle marche parce qu'elle a besoin de bouger, il faut que je lui rappelle d'aller aux toilettes parce qu'elle oublie des affaires, il faut que je lui rappelle de boire, parce qu'elle peut oublier d'avoir bu... (Entrevue 6).*

*C'est l'approche aux aînés, focus. (Entrevue 6).*

*Mais je le connais pas l'approche, je l'ai pas eue moi cette formation-là. (Entrevue 6).*

**Infirmières.** Bien que la formation sur l'AAPA fût obligatoire pour l'ensemble du personnel infirmier du CHRDL en 2014, l'analyse des données d'entrevues a montré que sur cinq infirmières interviewées, une seule a bénéficié de cette formation. Deux infirmières ne connaissaient pas l'AAPA et deux autres ont mentionné connaître l'approche. L'infirmière formée a décrit l'AAPA de façon brève en mentionnant que celle-ci consistait principalement à répondre aux besoins de base de la personne âgée et à s'assurer de faire une évaluation exhaustive de la clientèle-cible.

*Euh... non. (Entrevue 3).*

*Non. (Entrevue 4).*

*Oui, j'ai fait la... j'ai fait la formation. Dans le fond c'est l'approche aînée là... Dans le fond c'est de répondre aux besoins immédiats, surtout, aux besoins de base de la personne âgée. Vérifier si son alimentation, comment qu'elle s'alimente, est-ce qu'elle est continente, est tu incontinente, si euh, l'intégrité de la peau, est-ce qu'il y a une plaie, est-ce que c'est nouveau. C'est de toute faire l'évaluation là, de toutes ces... (Entrevue 5).*

La description de l'AAPA s'est donc avérée très sommaire, mais sans élément incorrect. Certains principes généraux de l'approche n'ont pas été abordés, par exemple : l'AAPA favorise le modèle biopsychosocial plutôt que le modèle médical ; soins centrés sur l'amélioration fonctionnelle plutôt que sur les organes atteints uniquement ; considérer l'environnement physique et social pour favoriser l'autonomie fonctionnelle ; effectuer des interventions individualisées et qui respectent l'autonomie et les valeurs de la personne (Publications Québec, 2011).

Les gestionnaires n'ont pas été interrogées à ce sujet puisqu'il a été établi qu'elles connaissaient bien l'AAPA. En effet, celles-ci ont effectué la formation sur l'AAPA, soit la même que les employés. Avec les gestionnaires des autres unités de soins, elles ont également participé à des rencontres régulières au cours de l'année 2015, dans le cadre d'un comité de travail visant à discuter des moyens pour implanter l'AAPA sur les différentes unités.

#### SYNTHÈSE DES RÉSULTATS CONCERNANT LES CONNAISSANCES DES PARTICIPANTES

Le tableau 3 présente une synthèse des résultats du questionnement analytique concernant la connaissance des participantes sur différents aspects liés aux personnes âgées hospitalisées et fragiles au niveau cognitif. Ces résultats sont présentés selon chacun des sous-thèmes abordés en entrevues.

**Tableau 3. Synthèse des résultats d'entrevues concernant les connaissances**

Type de participante	Résultats
<i>Causes de la confusion chez les personnes âgées hospitalisées</i>	
PAB's	Connaissance partielle
Infirmières	Bonne connaissance
Gestionnaires	Connaissance générale, mais adéquate
<i>Interventions réalisées auprès de la clientèle</i>	
PAB's	Connaissance partielle
Infirmières	Connaissance partielle
<i>Définition du rôle des participantes auprès de la clientèle</i>	
PAB's	Connaissance partielle
Infirmières	Connaissance partielle
Gestionnaires	Bonne connaissance du volet opérationnel

	Volet stratégique non discuté (connaissance inconnue)
AAPA	
PAB'S	4 PAB's : aucune connaissance 1 PAB : connaissance partielle
Infirmières	2 infirmières : aucune connaissance 3 infirmières : connaissance partielle

- SENTIMENT DE COMPÉTENCE

➤ Niveau d'aisance des intervenants auprès de la clientèle

**PAB's.** L'analyse des entrevues a montré que le niveau d'aisance des PAB's auprès des personnes âgées fragiles au niveau cognitif est variable. Trois PAB's sur cinq ont rapporté qu'elles étaient à l'aise, une a mentionné que ça dépendait de certains facteurs, tandis que la cinquième a indiqué qu'elle n'était pas totalement à l'aise.

*Oui, mais c'est plus difficile. (Entrevue 7).*

*C'est sûr que des fois, j'suis pas complètement à l'aise. (Entrevue 8).*

Une PAB a également dit qu'elle n'était pas à l'aise au début de sa carrière, mais qu'avec l'expérience, le niveau d'aisance a augmenté.

Les PAB's ont discuté de facteurs qui pouvaient influencer à la baisse leur niveau d'aisance, en lien avec la condition de l'utilisateur : agressivité ; incompréhension de la part de l'utilisateur ; collaboration limitée et comportements perturbateurs. Une PAB a quant à elle parlé d'un facteur facilitant, soit le fait d'être en présence d'un cas simple et que les interventions de base fonctionnent.

*Ça dépend. Si c'est accompagné d'agressivité, là j'ai de la misère, OK. (Entrevue 6).*

*Quand que c'est accompagné de violence, ou ben, quelqu'un qui va fesser sur une fille là euh... ça, ça vient me chercher. (Entrevue 6).*

*Des fois les personnes y font des choses que tsé on pense pas que... qu'y feraient mettons... pis tsé des fois ça peut être malaisant. (Entrevue 8).*

Les PAB's ont également discuté de plusieurs opportunités qui pourraient améliorer leur niveau d'aisance auprès de la clientèle si elles étaient présentes, dont : une meilleure

communication avec les infirmières ; de la formation et des outils appropriés, ainsi que l'ajout de personnel.

*C'est difficile de trouver cette information-là, tsé euh... Des fois ils y pensent pas qu'ils devraient nous le dire. Y'en ont jaser avec vous autres, ou y'en ont jaser entre eux autres, pis là l'préposé, y'ont oublié d'y dire lui. Des fois, y'a des informations qui se rendent pas pis qui devraient se rendre, quand on a affaire à ces, à ces personnes-là. (Entrevue 6).*

*C'est juste, j'trouve ça plate qu'on a pas de temps. (Entrevue 7).*

*Tsé on n'est pas assez outillés pour faire ça là. (Entrevue 7).*

*Des techniques d'approche peut-être. (Entrevue 7).*

En somme, le niveau d'aisance des PAB's au CHRDL auprès de la clientèle-cible n'est pas optimal et mériterait d'être amélioré.

**Infirmières.** L'analyse des entrevues a montré qu'en général, les infirmières du CHRDL se sentent à l'aise d'intervenir auprès de la clientèle-cible. Une infirmière a indiqué que ça dépendait de la confusion.

*Si j'me sens à l'aise avec eux, oui, quand même. (Entrevue 3).*

*Oui, oui j'ai pas de problème avec ça. (Entrevue 4).*

*Ben... oui, en général j'suis assez à l'aise moi, mais... tsé c'est sûr qu'ça dépend de la confusion... (Entrevue 5).*

Les infirmières ont également abordé différents facteurs influençant leur niveau d'aisance auprès de la clientèle. Une infirmière a présenté le fait d'avoir des équipements adéquats comme un facteur facilitant. Les autres infirmières ont rapporté différents facteurs qui pouvaient entraver leur niveau d'aisance, ceux-ci étaient surtout associés à la condition de l'usager (incompréhension, collaboration limitée, agressivité), au travail d'équipe avec les PAB's et à la gestion des risques de chute et de l'application des mesures de contention.

*Je trouve qu'on a quand même tout. On a les tapis, on a des ceintures, on est quand même assez bien outillés... pis on met tout ça en place, tsé, c'est sûr, c'est aidant. On est bien outillés... (Entrevue 3).*

*J'te dirais que, mettons euh, ben juste les consignes de base, souvent ils les comprennent pas (Entrevue 4).*

*Les risques de chute. Ça là, c'est « tuché », parce que... tu veux pas le contentionner, mais en même temps tu peux pas être dans chambre tout le temps. Tu mets des surveillances, mais là faut que tu t'assures que les préposés le fassent. (Entrevue 5).*

D'autres obstacles à l'amélioration de leur niveau d'aisance auprès de la clientèle-cible ont été abordés, ils concernaient l'environnement de travail : manque de temps et de personnel ; outils de travail inadéquats ; disposition peu favorable de l'environnement.

*Y me manque du temps... haha, parce que... écoute, tsé avec euh, 12 patients, pis euh... t'as pas, euh, t'as pas tant de temps à accorder. (Entrevue 3).*

*Idéalement faudrait avoir un poste central avec toutes des chambres tout le tour, pour que, tsé tu peux visuellement voir tes gens. (Entrevue 5).*

*Rajouter du personnel, justement. (Entrevue 5).*

En somme, il s'avère que le niveau d'aisance des infirmières auprès de la clientèle-cible est positif, mais qu'il y aurait plusieurs facteurs à améliorer pour favoriser un meilleur sentiment d'aisance.

Parce qu'elles ne sont pas en relation directe avec la clientèle-cible, les gestionnaires n'ont pas été interviewées à ce sujet.

➤ Niveau de compétence des intervenants auprès de la clientèle

Puisque l'objectif de la question était d'obtenir le point de vue des gestionnaires, les infirmières et les PAB's n'ont pas été questionnées à ce sujet.

**Selon les gestionnaires.** Les deux gestionnaires interviewées ne croient pas que les PAB's possèdent des compétences optimales pour intervenir auprès des personnes âgées hospitalisées qui présentent un état cognitif fragile. Une de ces participantes a mentionné que leurs compétences étaient à améliorer.

*Définitivement, je ne pense pas. (Entrevue 1).*

*Je pense que... c'est sûr que c'est à... à améliorer. (Entrevue 2).*

Les participantes ont également abordé différentes opportunités pour améliorer le niveau de compétence des PAB's. Celles-ci concernent surtout les connaissances et la formation, les outils cliniques adéquats, le temps, la stabilité du personnel et une communication optimale avec les infirmières.

*Tsé dans toute ça y'a la stabilité du personnel aussi tsé euh... les préposés qui viennent sur l'équipe volante, pis qui se promènent un peu partout, c'est difficile d'avoir de l'expertise... (Entrevue 1).*

*Je pense qu'il leur manque beaucoup beaucoup beaucoup de formation, les préposés, y sont beaucoup laissés à eux-mêmes. (Entrevue 1).*

*Je pense qu'ils pourraient être mieux outillés en comprenant bien les signes aînés dans le fond... (Entrevue 2).*

*Présentement y'a pas une formation à l'approche adaptée pour les, les euh, l'ensemble du personnel. (Entrevue 2).*

*Tout le monde doit posséder la base de l'approche adaptée. (Entrevue 2).*

En ce qui concerne la compétence des infirmières, une gestionnaire a répondu qu'elle ne croyait pas que celle-ci soit optimale. La seconde gestionnaire a mentionné que sur son unité, qui est spécialisée en gériatrie, elle croyait que les infirmières étaient compétentes pour intervenir auprès de la clientèle-cible.

*Non, j'dirais que non... (Entrevue 1).*

*Ben dans le fond, c'est sûr qu'en gériatrie active, j'dirais que oui, pis on est plus dans de la spécialisation... (Entrevue 2).*

Différentes opportunités ont été abordées par les gestionnaires pour favoriser un meilleur niveau de compétence chez les infirmières. Celles-ci incluent les connaissances, la formation, du temps, ainsi que l'intégration d'une approche biopsychosociale.

*Y'ont beaucoup de patients à s'occuper, faque je pense que le temps qui serait requis et nécessaire pour s'occuper de ce patient-là, ils l'ont pas nécessairement. (Entrevue 1).*

*Y'ont les informations générales, mais le spécifique ils l'ont plus ou moins, j'pense. (Entrevue 1).*

*Ben c'est une bonne connaissance des problématiques gériatriques, pis des solutions qu'on peut mettre en place pour atténuer ces problèmes-là dans le fond... C'est d'avoir une approche biopsychosociale. (Entrevue 2).*

#### SYNTHÈSE DES RÉSULTATS CONCERNANT LE SENTIMENT DE COMPÉTENCE

Le tableau 4 présente la synthèse des résultats concernant le sentiment de compétence des PAB's et des infirmières dans l'intervention auprès de la clientèle-cible.

**Tableau 4. Synthèse des résultats d'entrevues concernant le sentiment de compétence**

Type de participante	Résultats
<i>Niveau d'aisance</i>	
PAB's	Niveau d'aisance variable entre les différentes participantes
Infirmières	Bon niveau d'aisance
<i>Facteurs influençant le niveau d'aisance</i>	
PAB's	Facteurs positifs : cas simple, intervention de base qui fonctionne Facteurs négatifs : plusieurs facteurs liés à la condition de l'usager, dont l'agressivité et le manque de collaboration Facteurs qui devraient être optimisés selon les PAB's : meilleure communication avec les infirmières ; formation et outils appropriés ; ajout de personnel
Infirmières	Facteurs positifs : le fait d'avoir des équipements adéquats Facteurs négatifs : idem aux PAB's, en plus de la gestion des risques de chute et de l'application des mesures de contention, et la disposition non favorable de l'environnement, travail d'équipe non optimal avec les PAB's Facteurs qui devraient être optimisés selon les infirmières : le temps, le personnel, les outils de travail et une disposition favorable de l'environnement
<i>Niveau de compétence des intervenants</i>	
Gestionnaires	PAB's : les gestionnaires ne croient pas que les PAB's aient les compétences optimales pour intervenir auprès de la clientèle-cible Facteurs à améliorer pour les PAB's : connaissances/formation, outils cliniques optimaux, temps, stabilité du personnel et communication optimale avec les infirmières Infirmières : compétence adéquate sur l'unité spécialisée en gériatrie, compétence à améliorer sur les autres unités. Facteurs à améliorer pour les infirmières : connaissances/formation, temps, intégration d'une approche biopsychosociale

## - ORGANISATION DES SERVICES

### ➤ Qualité des services offerts à la clientèle

**Selon les PAB's.** Les opinions vis-à-vis de la qualité des services étaient contradictoires. Ainsi, deux PAB's ont mentionné qu'elles ne croyaient pas que les services offerts au CHRDL à la clientèle-cible étaient adéquats, alors que deux autres ont mentionné le contraire. La cinquième PAB a dit qu'elle ne le savait pas, mais qu'il y avait des éléments à améliorer.

*Sont pas adéquats, euh, des fois, si la personne a demande beaucoup... (Entrevue 7).*

*Ben oui, sont pas mal, sont pas mal bien entourés à l'hôpital. Tsé y'a pas mal toutes les intervenants qui peuvent les aider dans le fond là. (Entrevue 8).*

Différents obstacles qui pourraient favoriser l'amélioration de la qualité des services ont été rapportés par les PAB's, dont : la présence d'unités spécifiques pour la clientèle ; la stabilité de personnel ; le temps ; la quantité de personnel (entre autres : services privés pour les personnes plus confuses), ainsi que la formation.

*Y devrait avoir des services privés pour toutes eux. (Entrevue 7).*

*Ben, du personnel. (Entrevue 7).*

*Qui mettent un étage de confusion ensemble, que ça doit du personnel formé. Y devraient ouvrir un aile juste pour ça dans le fond. (Entrevue 7).*

*Mettre plus de personnel. (Entrevue 8).*

**Selon les infirmières.** Les deux infirmières interviewées de façon individuelle trouvaient que les services offerts à la clientèle-cible au CHRDL étaient adéquats. Les infirmières du groupe de trois participantes ont quant à elles répondu dans le même sens, mais de façon plus nuancée.

*Ben j'pense que oui là. J'pense que y'a une bonne mise en place de... de tout. (Entrevue 3).*

*C'est quand même pas si dramatique... (Entrevue 5).*

*On a du bon vouloir... c'est juste, c'est euh... on arrive dans la... l'action qu'c'est différent... parce que... pas toujours... mais, j'pense qu'on part avec des bonnes intentions. (Entrevue 5).*

Selon les infirmières, pour améliorer la qualité des services offerts à la clientèle âgée fragile au niveau cognitif, ce qui manque au CHRDL implique : le personnel (quantité) ; le temps ; la formation, ainsi qu'une meilleure communication entre les intervenants.

*Ben c'est sûr que, plus t'as de monde, mieux qu'c'est, mais encore là tsé... c'toujours ça l'problème. (Entrevue 3).*

*Des petites formations là, euh, savoir comment agir avec ces personnes-là... tsé... plus expliquer le... le développement des maladies aussi. (Entrevue 4).*

*Les mobiliser... De leur parler plus que dire euh... tsé, tsé des fois on n'a pas l'temps d'jaser plus avec le patient là. (Entrevue 5).*

**Selon les gestionnaires.** Les deux gestionnaires interviewées ont mentionné qu'elles ne croyaient pas que les services offerts à la clientèle-cible étaient adéquats au CHRDL.

*Je pense que non. (Entrevue 1).*

*J'pense pas qu'on est en mesure d'offrir à 100 % les meilleurs services pour cette clientèle-là. (Entrevue 1).*

*Notre première mode de pensée, c'est pas nécessairement tsé le, le... l'état cognitif du patient pis l'impact qu'aura c'qu'on va faire sur son état cognitif tsé. (Entrevue 1).*

*L'urgence, c'est pas un bon endroit pour une personne fragile... fragilisée. (Entrevue 2).*

Les gestionnaires ont rapporté plusieurs opportunités pour l'amélioration de la qualité des services offerts : meilleur suivi au niveau de l'implantation de l'AAPA ; avoir plus de lits ; équipe multidisciplinaire dédiée à cette clientèle ; environnement adapté à la clientèle ; meilleure organisation des transferts entre les unités de soins ; meilleure prise en charge avant l'hospitalisation (incluant les soins à domicile) ; plus de personnel, ainsi que des prises de décisions organisationnelles qui devraient mieux prendre en considération la clientèle-cible.

*On prend pas toujours les bonnes décisions en tant qu'organisation pour cette clientèle-là. Mais tsé, j'pense que l'environnement physique, le manque de lit, le manque de... de plein de choses font en sorte que non, on n'offre pas nécessairement les services les mieux, pis les plus adaptés tsé. (Entrevue 1).*

*Si on avait toujours les mêmes intervenants qui seraient auprès de cette clientèle-là... (Entrevue 1).*

*Ben c'est sûr que si on pouvait avoir plus de préposés pour favoriser des horaires mictionnels, déjà là, ce serait aidant. (Entrevue 2).*

En résumé, l'opinion des intervenants (infirmières, PAB's) est plutôt partagée en ce qui concerne la qualité des services offerts aux personnes âgées fragiles au niveau cognitif au CHRDL, tandis que les deux questionnaires jugent la qualité non optimale.

#### ➤ AAPA

**Opinion des PAB's.** Seule la PAB connaissant l'approche a pu exprimer son opinion face à l'AAPA. Elle a rapporté qu'elle trouvait que l'AAPA était une approche idéale et que tous les intervenants devraient avoir cette formation. Elle a également mentionné que cette approche demandait du temps auprès des usagers.

D'autre part, une des PAB's qui ne connaissait pas l'AAPA a exprimé qu'elle ne croyait pas qu'il soit nécessaire d'avoir une formation sur une approche adaptée à la personne âgée hospitalisée.

*C'est sûr que c'est... c'est idéal là... c'est idéal... (Entrevue 6).*

*Ben moi j'trouve que c'est des bonnes choses là, des bonnes formations, pis euh, faut pas avoir peur des donner au monde là, ces formations-là. Mais même icitte au 3 A on l'a pas eu là, mais euh... Y'en a que y'auraient intérêt à l'avoir. (Entrevue 6).*

*Si on avait, si on pouvait assurer la stabilité des interventions, ça marcherait. (Entrevue 6).*

*C'est une approche qui demande plus de temps à passer avec les, les gens qui sont confus là. (Entrevue 6).*

*Chaque personne est... que t'aies une formation ou pas euh, je l'sais pas si a va t'servir tsé, chaque personne est différent là c'est euh, c'est vraiment euh... tu y vas avec le patient pis c'est tout. (Entrevue 8).*

**Opinion des infirmières.** Les deux infirmières qui étaient en entrevue individuelle n'ont pas pu exprimer leur opinion sur l'AAPA puisqu'elles ne la connaissaient pas. Les trois infirmières qui ont fait l'entrevue de groupe ont exprimé une opinion plutôt favorable envers l'AAPA. Elles ont notamment mentionné que c'est une approche plus globale, qui permet une évaluation plus complète de l'utilisateur, et qui peut fonctionner en présence de collaboration entre les intervenants impliqués auprès de l'utilisateur. Elles ont également

rapporté que les notes d'évolution à consigner au dossier basées sur l'AAPA sont plus claires que les notes qu'elles utilisent et permettent un meilleur suivi auprès de l'utilisateur.

*Mais ça va prendre vraiment la collaboration de tout le monde là... les préposés, pis euh... (Entrevue 5).*

*Cette approche-là est plus globale, est plus complète, que c'qu'on fait, tsé nous autres-là. (Entrevue 5).*

**Opinion des gestionnaires.** Les deux gestionnaires ont exprimé une opinion favorable par rapport à l'AAPA. Elles ont mentionné qu'il s'agit d'une excellente approche, qui devrait être intégrée à la pratique de tous les intervenants.

*Elle est excellente, quand qu'on est en mesure de l'appliquer. Quand qu'on la connaît pis quand qu'on la maîtrise, pis quand qu'on y croit. (Entrevue 1).*

*Ça devrait être mis en application, pis ça devrait faire partir de la routine intégrante, tsé, des activités. (Entrevue 1).*

*Elle doit être intr... intégrée à la pratique de tous les professionnels ou des, des préposés qui travaillent à l'hôpital. (Entrevue 2).*

Les gestionnaires ont toutefois rapporté plusieurs obstacles à l'implantation de l'AAPA au CHRDL, dont : le manque de pérennité dans l'implantation ; le manque de temps ; une vision non optimale des PAB's face à l'intervention auprès de la personne âgée ; un manque de communication entre les PAB's et les infirmières ; des enjeux de hiérarchie entre les PAB's et les infirmières, ainsi que le manque de soutien aux intervenants dans l'application de l'approche.

*C'est très très très difficile de de de... de faire ancrer... d'entrer ça dans les des, dans les mœurs de, des préposés entre autres. (Entrevue 1).*

*Dans le fond le problème, c'est que suite à la, la, le e-learning là, la, la formation euh, qui a été donnée à toutes les infirmières, les professionnels, c'est qu'par la suite, faut dans l'quotidien avoir des moniteurs, par exemple, auprès des équipes, pour, euh, observer là, observer directement là, les, les les interventions, pis de pouvoir euh, soutenir dans le fond, directement les intervenants dans l'amélioration de leur... du déploiement de l'approche. (Entrevue 2).*

*Le défi c'est de pouvoir observer dans l'quotidien le déploiement d'cette approche-là, c'est c'qui manque, ça c't'une lacune. (Entrevue 2).*

SYNTHÈSE DES RÉSULTATS CONCERNANT L'ORGANISATION DES SERVICES

Le tableau 5 synthétise les résultats du questionnement analytique concernant l'avis des participantes au sujet de l'organisation des services du CHRDL auprès de la clientèle-cible, incluant leur avis sur l'AAPA.

**Tableau 5. Synthèse des résultats d'entrevues concernant l'organisation des services**

Type de participante	Résultats
<i>Qualité des services</i>	
PAB's	Opinion variable entre les participantes Facteurs à améliorer selon les PAB's : présence d'unités spécifiques pour la clientèle ; stabilité et quantité de personnel ; temps ; formation
Infirmières	Opinion généralement favorable, avec quelques nuances exprimées par certaines infirmières Facteurs à améliorer selon les infirmières : personnel (quantité) ; temps ; formation ; communication entre les intervenants
Gestionnaires	Opinion non favorable Facteurs à améliorer selon les gestionnaires : implantation de l'AAPA ; nombre de lits ; équipe multidisciplinaire dédiée à cette clientèle ; environnement adapté à la clientèle ; organisation des transferts entre les unités de soins ; prise en charge avant l'hospitalisation (incluant les soins à domicile) ; personnel (quantité) ; prises de décisions organisationnelles considérant la clientèle-cible
<i>AAPA</i>	
PAB's	Opinion variable entre les participantes
Infirmières	Opinion favorable
Gestionnaires	Opinion favorable, mais présence de nombreux obstacles pour son implantation, dont : manque de pérennité dans l'implantation ; manque de temps ; vision non optimale des PAB's face à l'intervention auprès de la personne âgée ; manque de communication et enjeux de hiérarchie entre les PAB's et les infirmières ; manque de soutien aux intervenants dans l'application de l'approche

En résumé, tous les intervenants et gestionnaires qui connaissent l'AAPA jugent que c'est une approche adéquate et même optimale, mais plusieurs obstacles à son implantation ont été abordés. La présence de ces obstacles concorde d'ailleurs avec les données

d'implantation de l'AAPA au CHRDL pour 2014-2015, qui ont été décrites précédemment (section 4.2.1), à l'effet que l'implantation n'est pas optimale.

Une intervenante, PAB, a rapporté que selon elle, il n'était pas nécessaire d'avoir une formation spécifique pour intervenir auprès des personnes âgées hospitalisées ayant un état cognitif fragile. Cette PAB ne connaissait pas l'AAPA.

#### - INTÉGRATION DES PROCHES

##### ➤ Rôle des proches auprès de la clientèle :

Toutes les participantes aux entrevues ont mentionné qu'elles croyaient que les proches avaient un rôle à jouer auprès de la clientèle âgée hospitalisée présentant un état cognitif fragile.

**Selon les PAB's.** Les PAB's ont rapporté plusieurs éléments pour définir le rôle des proches auprès de la clientèle-cible, dont : donner de l'information aux intervenants sur l'utilisateur ; présence auprès de l'utilisateur ; emmener des biens personnels à l'utilisateur, ainsi que donner des soins à l'utilisateur (pour diminuer la tâche des intervenants ou pour améliorer l'efficacité des interventions). Par ailleurs, une PAB a dit que la présence d'un proche pouvait aider à diminuer l'anxiété chez un usager confus. Une autre PAB a souligné le fait que parfois, un usager peut écouter plus facilement les consignes données par un proche que par un intervenant.

*Au moins de nous donner l'information qu'eux autres pourraient avoir sur leur routine de vie, sur euh, qu'est-ce que, qu'est-ce qui en savent eux autres mêmes. De nous apporter les biens qui font que la personne euh, tsé, si, si elle avait toujours, un, un p'tit châte, ben amène-lé le p'tit châte là, parce que elle a va se reconnaître là d'dans, pis a va l'mettre, pis... tin, c't'assez pour qu'a s'endorme, fak... tsé c'est, c'est nono là, mais... c't'assez pour faire la différence... pis c'est les familles qui l'savent ça. (Entrevue 6).*

*Parce que des fois juste avec la famille qui est dans chambre ça peut ramener euh, la personne... moins anxieuse aussi oui ça l'aide beaucoup. (Entrevue 7).*

**Selon les infirmières.** Le rôle des proches, selon les infirmières, est identique à celui rapporté par les PAB's. Elles ont également ajouté le rôle de stimulation de l'utilisateur dans les activités de la vie quotidienne.

*Ben, tsé eux, y peut nous donner euh, d'l'information sur la personne qui va nous aider à... à avoir des bonnes approches avec elle. (Entrevue 4).*

*Ben c'est les premières personnes qui pourraient les stimuler justement, parce que nous autres euh, on n'a... gros d'temps. (Entrevue 5).*

*Tsé y'ont au moins un visage connu tsé, ça les rassure. (Entrevue 5).*

*Si y'a un membre de la famille, ben le, le... la personne peut l'encourager à s'alimenter aussi... parce souvent... on donne le plateau pis tsé... l'patient y'est autonome... ben, y'est autonome, mais y'a besoin d'être stimulé à manger... (Entrevue 5).*

*Non, pis y peuvent être agressifs ou, tsé refuser leur médication avec nous, mais si c'est un visage connu qui les donne... (Entrevue 5).*

**Selon les gestionnaires.** Les gestionnaires ont abordé des éléments décrivant le rôle des proches auprès de la clientèle-cible, similaires à ceux énumérés par les PAB's et les infirmières : présence auprès de l'utilisateur ; donner des soins à l'utilisateur (pour assurer une réussite de l'intervention ou pour diminuer la tâche des intervenants) ; stimulation dans les activités de la vie quotidienne. Elles ont également mentionné que les proches pouvaient stimuler les usagers au niveau cognitif.

*D'la stimulation au niveau cognitif, j'pense que la famille peut faire quelque chose là-dessus. (Entrevue 1).*

*Sinon les médecins des fois vont même prescrire là euh, euh... que l'aidant soit là en, en continu parce qu'on a des heures de visites à respecter, pour euh, pour euh, aider dans le fond à... à favoriser l'autonomie de la personne, c'qu'on a pas toujours le temps de faire... (Entrevue 2).*

#### SYNTHÈSE DES RÉSULTATS CONCERNANT L'INTÉGRATION DES PROCHES

En résumé, les participantes rapportent toutes que le rôle des proches auprès de la clientèle âgée hospitalisée présentant un état cognitif fragile est important au CHRDL. Les types de rôles qui sont communs aux trois catégories de participantes (PAB's, infirmières et gestionnaires) regroupent la présence des proches auprès des usagers et donner des soins à l'utilisateur. Ce dernier rôle a été abordé en spécifiant qu'il pouvait permettre l'amélioration de l'efficacité des interventions, ou encore diminuer la tâche des intervenants. Emmener des effets personnels des usagers, donner de l'information sur l'utilisateur aux intervenants et

stimuler les usagers dans leurs activités de la vie quotidienne sont des rôles qui ont été mentionnés par au moins deux catégories de participantes.

#### FORCES, FAIBLESSES ET OPPORTUNITÉS IDENTIFIÉES SUITE À LA RÉALISATION DES ENTREVUES

Les données obtenues aux entrevues ont permis de cibler les forces, faiblesses et opportunités du CHRDL, qui devront être considérées pour l'élaboration du PSC-CHRDL.

Les principales faiblesses du CHRDL sont :

- Les connaissances des PAB's et des infirmières concernant l'AAPA sont faibles ;
- Le niveau d'aisance des PAB's à intervenir auprès de la clientèle-cible est variable ;
- Le manque de temps et le manque de formation pour bien intervenir auprès de la clientèle-cible sont nommés à plusieurs reprises par les PAB's et les infirmières.

Les principales forces du CHRDL sont :

- Les gestionnaires ont une opinion favorable de l'AAPA ;
- Les PAB's, infirmières et gestionnaires sont d'avis que l'implication des proches auprès de la clientèle-cible est aidante, tant pour l'utilisateur que pour les intervenants.

Les principales opportunités pour le CHRDL sont :

- Améliorer les connaissances des PAB's et des infirmières concernant l'AAPA pour favoriser un meilleur niveau d'aisance et de compétence auprès de la clientèle-cible ;
- Favoriser l'implication des proches auprès de la clientèle-cible pour permettre une meilleure prise en charge.

## **CHAPITRE 5. DEUXIÈME ÉTAPE : DÉFINIR LES COMPOSANTES DU PSC-CHRDL (OBJECTIF 2)**

Ce chapitre présente les différentes étapes effectuées pour définir les composantes du PSC-CHRDL.

### **5.1 Méthodologie**

À partir des données obtenues de la recension des écrits sur les interventions de stimulation cognitive spécifique (chapitre 2) et des entrevues (chapitre 4), les composantes efficaces du PSC-CHRDL ont été définies. Ce nouveau programme s'appuie sur la construction d'un modèle logique théorique d'intervention. Ce type de modèle favorise l'identification des objectifs, la documentation de l'intervention et la compréhension entre les composantes de ce programme. Le cadre théorique de Paquette et Chagnon (2000) a servi de référence pour guider la sélection des composantes du PSC-CHRDL, entraînant ainsi la création de sa version préliminaire. Cette première version du PSC-CHRDL a été présentée à la gestionnaire de l'équipe de réadaptation afin d'être approuvée ; elle devra, dans un second temps, être approuvée par les intervenants impliqués dans l'implantation du programme.

### **5.2 Résultats**

#### *5.2.1 Définition des composantes du nouveau PSC-CHRDL*

Les composantes du PSC-CHRDL correspondent à la détermination de la logique d'action du programme, décrite par Paquette et Chagnon (2000). À cet effet, ces derniers recommandent de définir : a) le but du programme ; b) les objectifs du programme ; c) la théorie du programme ; d) les résultats attendus. À l'aide de ces composantes, le modèle logique théorique d'intervention du PSC-CHRDL a été réalisé. Celui-ci favorise la compréhension globale des liens entre les différentes composantes du programme.

*5.2.1.1 But du PSC-CHRDL.* Tel que vu dans la recension des écrits concernant le délirium, ce dernier peut entraîner la prolongation d'hospitalisation, ainsi que la relocalisation en institution (Witlox *et al.*, 2010). Ainsi, le PSC-CHRDL vise à ce que les

usagers hospitalisés qui sont âgés et fragiles au niveau cognitif soient orientés vers le milieu de vie le plus optimal pour eux, et ce, dans un délai raisonnable. Ce programme s'adresse à toutes les personnes âgées hospitalisées qui présentent un état cognitif fragile.

*5.2.1.2 Objectifs du PSC-CHRDL.* Pour atteindre le but du programme, les objectifs spécifiques ont été fixés :

- i. Prévenir le délirium ;
- ii. Améliorer les fonctions cognitives ;
- iii. Améliorer les connaissances des usagers et des proches au sujet du délirium et des limitations qui y sont associées ;
- iv. Améliorer le fonctionnement global des usagers.

*5.2.1.3 Théorie du PSC-CHRDL.* Selon Paquette et Chagnon (2000), la théorie du programme consiste à « rendre explicite un rationnel à la base du choix des actions. Ce rationnel justifie l'investissement des ressources et oriente le choix des activités qui seront déployées dans le cadre du programme ». Ainsi, la théorie du programme vise d'abord à

- a) expliquer les faits cliniques ou théoriques sur lesquels repose le programme ;
- b) définir les actions qui seront entreprises pour atteindre les objectifs du programme ;
- c) décrire le rationnel entre les actions et les objectifs (Paquette et Chagnon, 2000).

Dans le cadre de ce projet, les éléments cliniques ou théoriques à la base du PSC-CHRDL correspondent aux différentes étapes réalisées précédemment, dont les éléments principaux sont :

- Le délirium touche entre 29 et 64 % des personnes âgées hospitalisées (Inouye *et al.*, 2014) et celui-ci augmente de façon significative le risque de chute, le déclin fonctionnel, la prolongation d'hospitalisation, ainsi que la relocalisation en institution (Witlox *et al.*, 2010) ;
- Les connaissances des infirmières et des PAB's sont incomplètes en ce qui concerne le délirium et les interventions pour le prévenir ou l'améliorer (voir chapitre 4) ;
- Le contexte actuel de travail en soins aigus au CHRDL ne permet pas aux infirmières ou aux PAB's d'être des acteurs directs dans l'application des modalités de stimulation cognitive spécifique ;

- La littérature supporte l'efficacité de stratégies d'intervention non pharmacologiques et à composantes multiples pour la prévention du délirium (O'Mahony *et al.*, 2011 ; Greer *et al.*, 2011 ; Reston et Schoelles, 2013 ; Hshieh, 2015) ;
- La stimulation cognitive spécifique est une modalité thérapeutique supportée par la littérature scientifique pour son efficacité à réduire le taux et la sévérité du délirium en soins aigus (Mudge *et al.*, 2008 ; Kolanowski *et al.*, 2011 ; Hshieh *et al.*, 2015).

Ces constats ont permis de définir les objectifs du PSC-CHRDL et d'aider à élaborer les actions envisagées pour l'atteinte de ces objectifs. Dans la figure 2, les actions qui seront entreprises directement auprès des usagers ont été schématisées en association avec les objectifs du PSC-CHRDL. Le rationnel entre les actions et les objectifs est ensuite présenté.

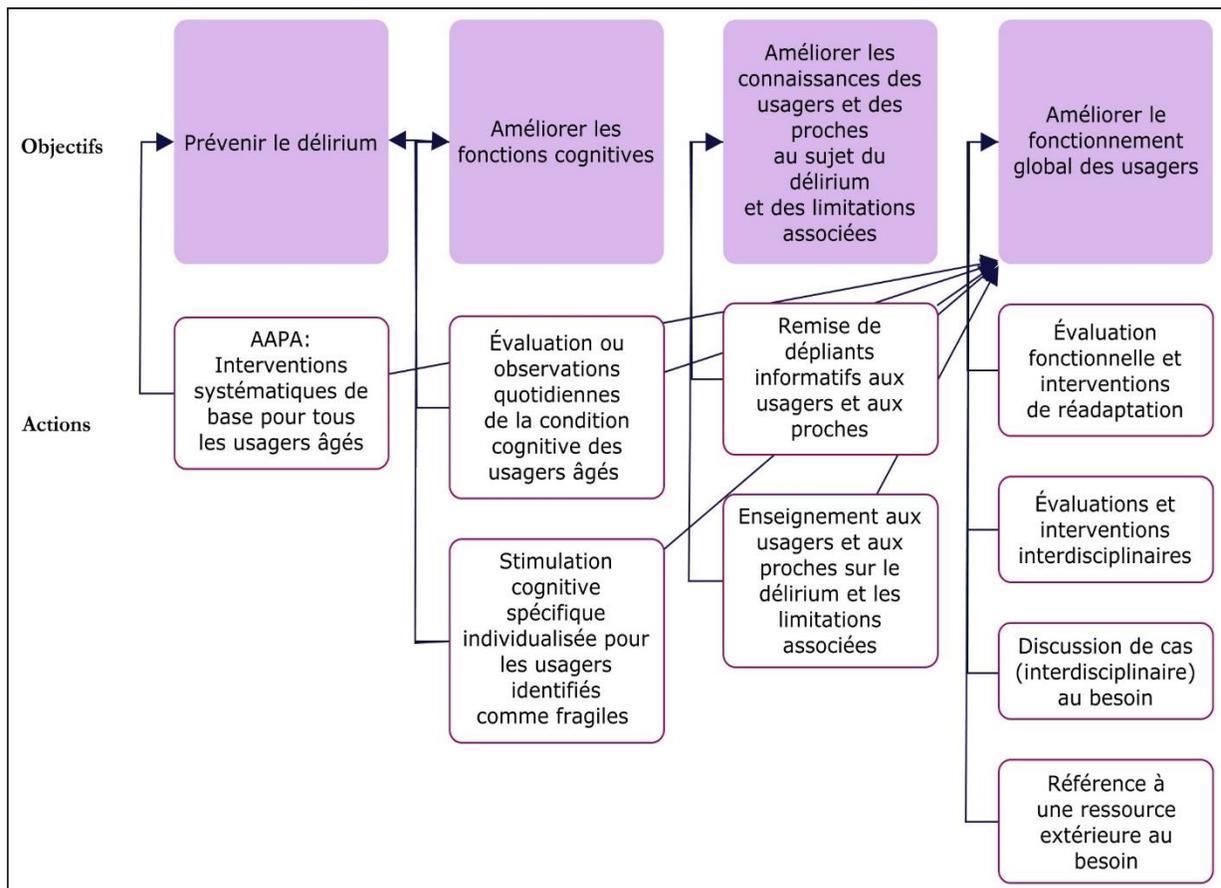


Figure 2. Actions associées aux objectifs du PSC-CHRDL

### 1) Objectif 1 : Prévenir le délirium

Les actions prévues (c.-à-d. AAPA) vont permettre de prévenir le délirium chez les personnes âgées hospitalisées. Par exemple, les risques d'apparition de confusion aiguë peuvent être diminués si les intervenants, qui se présentent auprès de l'utilisateur, lui expliquent le but de leur présence et s'assurent que les besoins de base soient répondus (ex. l'utilisateur porte ses lunettes, est allé aux toilettes, ne reste pas au lit toute la journée, sait où il est, etc.).

Ces actions (AAPA) correspondent aux stratégies d'intervention non pharmacologiques et à composantes multiples supportées par la littérature pour prévenir le délirium (O'Mahony *et al.*, 2011 ; Greer *et al.*, 2011 ; Reston et Schoelles, 2013 ; Hshieh, 2015). Il s'agit des interventions de base (ex : orienter la personne dans les trois sphères à chaque visite) qui doivent être réalisées pour toutes les personnes âgées hospitalisées.

### 2) Objectif 2 : Améliorer les fonctions cognitives

Un des préliminaires à l'intervention est l'évaluation ou les observations quotidiennes de la condition cognitive des patients. Selon Benaim *et al.* (2005) :

l'évaluation de la personne permet à une équipe de soins de repérer les incapacités accessibles à une intervention de rééducation ou de réadaptation, d'établir un plan de soin pour limiter le handicap, de communiquer avec d'autres acteurs de santé et de suivre une même personne dans le temps.

L'outil Confusion Assessment Method (CAM) (Laplante *et al.*, 2005) est un exemple de modalité d'évaluation pouvant être utilisée par les infirmières auprès des personnes âgées en soins aigus. Il est d'ailleurs couramment utilisé par les infirmières du CHRDL et permet de cibler les symptômes de l'état de confusion aiguë.

Suite à l'évaluation, la réalisation d'activités de stimulation cognitive spécifique individualisées pour les usagers identifiés comme fragiles devrait permettre d'améliorer les fonctions cognitives (objectif 2), et participer à la prévention du délirium (objectif 1). Tel que vu dans le chapitre 1 de cet essai, le terme « état cognitif fragile » fait référence à un diagnostic de démence, de TCL, ou encore à la présence (actuelle ou antérieure) de délirium.

La stimulation cognitive spécifique est reconnue efficace pour diminuer la sévérité du délirium (Kolanowski *et al.*, 2011 ; Hshieh *et al.*, 2015) et améliorer les fonctions cognitives (Woods *et al.*, 2012 ; Aguirre *et al.*, 2013 ; Jean *et al.*, 2010). Par exemple, pour un usager présentant de la confusion, lui poser quotidiennement des questions telles que « quel âge avez-vous ? », « où sommes-nous ici ? » ou « quel est le nom de vos enfants ? » peut l'aider à améliorer sa capacité à s'orienter (temps, espace, personne) et ainsi diminuer sa confusion (Yuill et Hollis, 2011 ; Woods *et al.*, 2012). L'utilisation de jeux de société est un autre exemple d'activité de stimulation cognitive spécifique pouvant améliorer les fonctions cognitives (Kolanowski *et al.*, 2010 et 2011).

### 3) Objectif 3 : Améliorer les connaissances des usagers et des proches au sujet du délirium et des limitations associées

L'enseignement permet de transmettre des connaissances (Larousse, 2016). Ainsi, par la remise de dépliants et par des interventions d'enseignement auprès des usagers et des proches, leurs connaissances au sujet du délirium et des limitations associées vont être améliorées. De plus, selon le Centre régional de recherche et d'intervention en développement économique et communautaire (2010), l'information et l'éducation font partie des meilleurs outils pour « s'attaquer » aux problèmes des personnes âgées. L'importance d'inclure les proches dans cet enseignement est d'ailleurs relevée par certains auteurs (Fonds de partenariat sur la maladie d'Alzheimer et les affections connexes, 2004 ; Chaire Desjardins en soins infirmiers à la personne âgée et à la famille, 2013). D'ailleurs, l'implication des aidants pourrait permettre de favoriser la généralisation des apprentissages au quotidien suite à l'hospitalisation (Belleville, 2008). Plus concrètement, le dépliant informatif pourra être remis aux usagers âgés fragiles et aux proches, en demandant à ces derniers, dans la mesure du possible et selon leurs disponibilités, d'effectuer des interventions de stimulation cognitive spécifique durant l'hospitalisation et suite à celle-ci.

### 4) Objectif 4 : Améliorer le fonctionnement global des usagers

Selon Giguère et Fleury (2010), le travail d'équipe interdisciplinaire est primordial en soins aigus pour améliorer le fonctionnement global des usagers âgés. De plus, la discussion de cas est considérée comme un outil essentiel à la pratique interdisciplinaire

(Gallagher et al., 2010). Dans cette optique, les actions d'évaluations et interventions de réadaptation et interdisciplinaires, dont les discussions de cas, vont permettre d'atteindre l'objectif 4 du PSC-CHRDL. Une référence à une ressource extérieure suite à l'hospitalisation peut également être nécessaire pour améliorer le fonctionnement global des usagers âgés (ex. : référence à la clinique externe de gériatrie ou au centre de jour). En effet, l'identification des ressources indispensables au bien-être de l'utilisateur post hospitalisation est cruciale et dépendra des résultats des évaluations des intervenants faites durant le séjour à l'hôpital (Bélanger, 1998).

Finalement, il est important de mentionner que l'atteinte des objectifs 1, 2 et 3 est un prérequis pour l'atteinte de l'objectif 4 visant l'amélioration du fonctionnement global de l'utilisateur. En effet, l'état cognitif, de même que les aptitudes individuelles et le réseau de soutien, sont des facteurs qui vont influencer le fonctionnement global de l'utilisateur (Cardinal *et al.*, 2008). Par exemple, l'amélioration des fonctions cognitives grâce à la réalisation régulière d'activités de stimulation cognitive spécifique devrait lui permettre d'être plus autonome pour effectuer ses soins d'hygiène ou pour organiser son horaire occupationnel.

*5.2.1.4 Description des activités prévues dans le cadre du PSC-CHRDL.* Afin d'éviter la redondance d'informations, la nature des activités (ou interventions) prévues dans le cadre du PSC-CHRDL seront décrites dans la présente section et ne seront pas reprises dans le plan d'implantation (chapitre 6).

La nature des interventions concerne les différentes activités auxquelles la clientèle-cible va participer, ainsi que les services offerts dans le cadre du PSC-CHRDL (Paquette et Chagnon, 2000). Ces activités sont présentées plus en détails dans la figure 3.

Les activités de stimulation cognitive spécifique sont celles qui ont été jugées applicables au CHRDL suite à la recension des écrits du chapitre 2 (section 2.3.2.2).

Kolanowski *et al.* (2010 et 2011) recommandent de réaliser des séances de stimulation cognitive spécifique de 30 minutes. Afin d'assurer une adhésion au PSC-CHRDL de la part

des intervenants, ainsi qu'une application régulière, la durée des séances a été fixée à 15 à 30 minutes par usager.

Les séances se dérouleront à la chambre des usagers, pour éviter que ceux-ci aient à se déplacer à l'extérieur de leur unité. De plus, il n'y a pas de local supplémentaire disponible sur la plupart des unités d'hospitalisation du CHRDL.

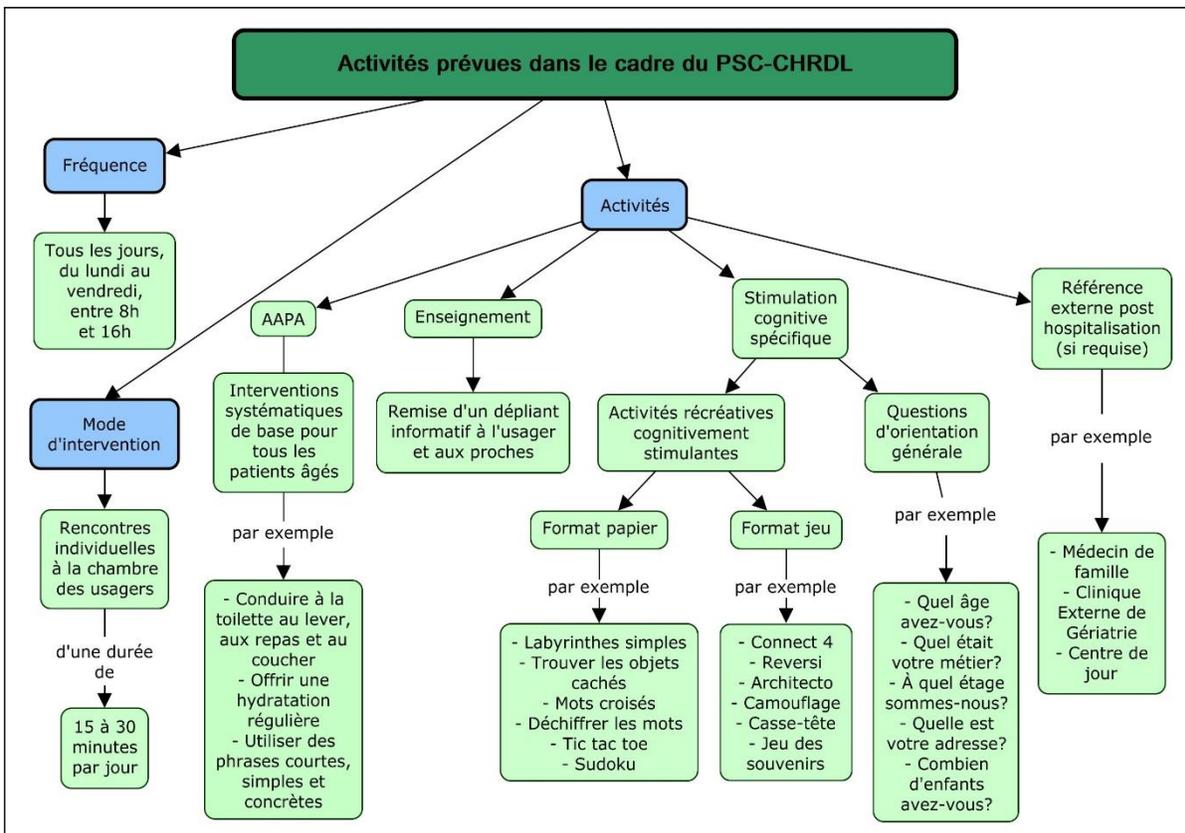


Figure 3. Activités prévues dans le cadre du PSC-CHRDL

Les séances de stimulation cognitive spécifique auront lieu du lundi au vendredi puisque c'est à ce moment que les intervenants qui effectueront les activités de stimulation cognitive spécifique auprès des usagers sont disponibles. Le choix des intervenants qui appliqueront ces activités est présenté dans le plan d'implantation (chapitre 6).

Un dépliant informatif sur le délirium existe actuellement au CHRDL, il explique le délirium et l'approche à adopter auprès d'une personne qui en souffre. Il s'agit toutefois d'un dépliant non officiel réalisé en 2009, qui n'explique pas en détails la stimulation

cognitive spécifique, ni les ressources disponibles pour les usagers et leurs proches dans la région de Lanaudière. Un nouveau dépliant informatif est donc en cours de réalisation, pour compléter les informations présentes dans l'ancien dépliant. Le contenu de ce nouveau dépliant, présenté à l'annexe 14, est basé sur le contenu de l'ancien dépliant du CHRDL, ainsi que de la recension des écrits du présent essai (chapitre 2). Son contenu devra être approuvé par les ergothérapeutes du CHRDL et par l'établissement avant d'être utilisé. Cette étape devrait être faite d'ici septembre 2016. Ce nouveau dépliant pourra être remis aux proches des usagers bénéficiant du PSC-CHRDL (lorsque ces proches seront présents à l'hôpital). Pour les usagers bénéficiant de ce programme, il leur sera remis de façon automatique à la fin de l'hospitalisation.

Pour ce qui est des références externes post hospitalisations, celles-ci seront faites en fonction des besoins identifiés pour les usagers. Par exemple, une référence pour l'inscription d'un usager au centre de jour pourrait être indiquée pour que l'utilisateur bénéficie d'activités de socialisation ou de stimulation cognitive suite à l'hospitalisation, si jugé pertinent.

*5.2.1.5 Résultats attendus.* Les résultats attendus du PSC-CHRDL sont :

- i. Diminution des risques d'apparition d'un délirium ;
- ii. Maintien des capacités cognitives de base des usagers ;
- iii. Amélioration des capacités cognitives des usagers présentant un délirium ;
- iv. Amélioration de la participation des usagers aux soins ;
- v. Amélioration des connaissances des usagers et des proches au sujet du délirium et des limitations qui y sont associées ;
- vi. Amélioration du fonctionnement global des usagers.

Le modèle logique théorique du PSC-CHRDL (figure 4) illustre les liens entre les différentes composantes du programme nommées ci-haut.

*5.2.2 Approbation du PSC-CHRDL préliminaire avec la gestionnaire de la réadaptation*

La version préliminaire du nouveau PSC-CHRDL a été présentée à la gestionnaire de la réadaptation du CHRDL en mai 2016. Celle-ci a approuvé les composantes du programme de stimulation cognitive.

*5.2.3 Approbation du PSC-CHRDL préliminaire par entrevue individuelle avec les intervenants*

Lors de la rédaction de cet essai-synthèse, cette étape n'était pas réalisée. Il est prévu que les intervenants directement impliqués dans le PSC-CHRDL (ergothérapeutes, préposés en réadaptation) soient rencontrés en septembre 2016.

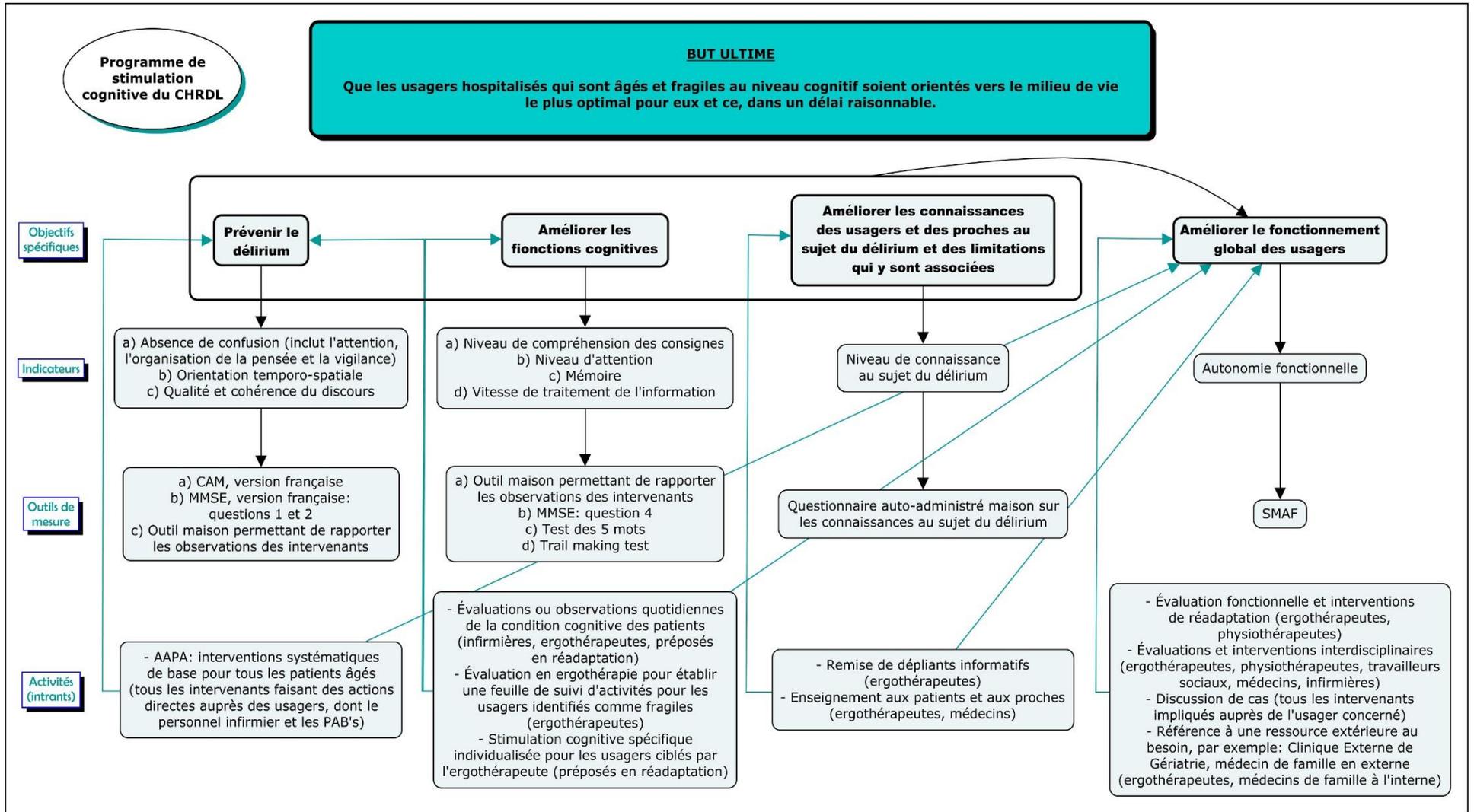


Figure 4. Modèle logique théorique du PSC-CHRDL

## **CHAPITRE 6. TROISIÈME ÉTAPE : PLAN D'IMPLANTATION DU PSC-CHRDL (OBJECTIF 3)**

Ce chapitre présente les différentes étapes réalisées pour définir le plan d'implantation du PSC-CHRDL.

L'implantation d'un programme est « l'étape où l'on procède à la mise en œuvre du programme selon les moyens et les objectifs spécifiques décrits lors de la planification » (Paquette et Chagnon, 2000).

La littérature démontre de fortes évidences scientifiques à l'effet que le niveau de qualité de l'implantation d'un programme influence grandement son résultat (Fixsen *et al.*, 2005 ; Durlak et DuPre, 2008). Par exemple, l'échec d'un programme peut être relié à une mauvaise qualité d'implantation.

Les éléments qui influencent l'implantation d'un programme peuvent être divisés en trois catégories, soit :

- Les facteurs influençant le processus d'implantation de programme

« Les facteurs qui influencent le processus de mise en œuvre sont multiples et peuvent se décrire comme des éléments qui, par leur présence/absence, et leur qualité, influenceront positivement ou négativement le processus de mise en œuvre » (Sécurité publique Canada, 2016).

- Les facilitateurs à l'implantation de programme

Sécurité publique Canada (2016) définit les facilitateurs à l'implantation de programme comme « les éléments qui influencent positivement la réussite d'un programme ». Leur présence augmente les probabilités de succès dans l'implantation d'un programme (Sécurité publique Canada, 2016).

- Les obstacles à l'implantation de programme

Selon Sécurité publique Canada (2016), les obstacles, lorsqu'ils sont présents, vont influencer négativement la qualité de l'implantation d'un programme.

## 6.1 Méthodologie

Pour planifier l'implantation du PSC-CHRDL, trois étapes ont été réalisées : a) recherche documentaire sur les éléments influençant l'implantation d'un programme ; b) élaboration du plan d'implantation du PSC-CHRDL ; c) présentation et recherche de consensus du plan d'implantation avec la gestionnaire de la réadaptation et les intervenants impliqués.

### 6.1.1 *Recherche documentaire sur les éléments influençant l'implantation d'un programme*

Une brève recherche documentaire a été réalisée afin de cibler les principaux éléments pouvant influencer l'implantation d'un programme.

*6.1.1.1 Collecte de données.* Nous avons consulté les articles référencés dans le cadre du cours REA 106 – Essai synthèse de l'Université de Sherbrooke (2015-2016) et de la littérature grise (par exemple : le Guide sur la mise en œuvre des programmes fondés sur des données probantes de Sécurité Publique Canada (2016)).

Cette étude bibliographique s'est limitée aux documents parus à partir de l'année 2000.

*6.1.1.2 Analyse des données.* Afin d'extrapoler les éléments influençant l'implantation de programme, une analyse de contenu (Wanlin, 2007) a été faite à partir de la grille d'analyse d'articles utilisée dans le chapitre 2 (une grille par document en pré-analyse). Ensuite, un tableau a été créé afin de synthétiser les informations les plus pertinentes et d'en faciliter l'analyse (exploitation du matériel). Cette stratégie a permis d'identifier les facteurs influençant l'implantation d'un programme (traitement des résultats, inférence et interprétation), en fonction de : la qualité du document duquel ils ont été tirés, la fréquence de nomination des éléments par les auteurs, leur pertinence par rapport au projet d'innovation, ainsi que de leur importance selon les auteurs des documents.

### 6.1.2 *Plan d'implantation du PSC-CHRDL*

Selon Paquette et Chagnon (2000), préparer un plan d'implantation implique la définition des moyens permettant d'atteindre les objectifs, tout en tenant compte des facteurs pouvant influencer le processus d'implantation.

Le plan d'implantation du PSC-CHRDL a ainsi été produit en fonction des résultats de l'étude du contexte d'implantation (objectif 1 du projet), des composantes du PSC-CHRDL (objectif 2 du projet) et des résultats de la recherche documentaire sur les éléments influençant l'implantation d'un programme.

Pour faciliter la compréhension et la communication du processus d'implantation du PSC-CHRDL, un modèle logique d'implantation a été conçu pour illustrer le plan d'implantation (figure 5). Les composantes du modèle logique d'implantation se basent entre autres sur le cadre de référence proposé par Paquette et Chagnon (2000).

## 6.2 Résultats

### 6.2.1 Recherche documentaire sur les éléments influençant l'implantation d'un programme

Cette section résume les résultats de la recherche documentaire sur les éléments qui influencent l'implantation d'un programme.

Six sources documentaires ont été analysées pour parvenir à atteindre cette première étape de l'objectif 3 du projet. Un tableau décrivant les caractéristiques des documents sélectionnés a été produit et est présenté en annexe 15.

À partir de l'analyse de contenu des documents, nous avons sélectionné les éléments à considérer pour l'implantation du PSC-CHRDL et regroupé ceux-ci en trois catégories : facteurs (peuvent être positifs ou négatifs) ; facilitateurs et obstacles. Le tableau 6 présente les éléments retenus.

**Tableau 6. Éléments influençant l'implantation d'un programme**

Types d'éléments	Facteurs influençant le processus d'implantation d'un programme	Facilitateurs à l'implantation de programme	Obstacles à l'implantation de programme
Éléments	Financement	Présence de financement suffisant	Financement inadéquat

liés au contexte social	Politiques internes	Climat de travail positif	Culture de l'établissement non favorable au changement
Éléments liés aux organisations	Capacités organisationnelles	Relations non hiérarchiques entre les intervenants impliqués	Mauvaise supervision
	Niveau de préparation des sites	Vision, mission et valeurs partagées par l'ensemble de l'équipe	Manque de support de la direction
	Stabilité de l'organisation	Leadership efficace	
	Présence / absence de champions(s)	Prise de décision partagée	
	Qualité du support de la direction	Identification et préparation d'au moins un « champion »	
	Coordination / partenariat	Informers les meneurs (leaders) d'opinion	
	Communication	Présence d'une approche collaborative	
	Planification des ressources dédiées au programme	Présence de support administratif (engagement de la gestion)	
	Sélection du personnel	Compétence des gestionnaires	
	Arrimage avec d'autres réseaux externes et partenariats		
	Engagement de la gestion (support administratif)		
	Leadership		
Évaluation et utilisation de mesures de performance et de systèmes de gestion de l'information			
Éléments liés aux praticiens	Attitudes et perceptions du programme	Intervenants ayant les habiletés nécessaires à l'implantation de programme	Connaissances et habiletés insuffisantes des intervenants
	Sentiment de confiance	Attitude positive des intervenants	Attitude négative ou indifférente des intervenants

	Compétences et qualifications		
Éléments liés au programme	Planification des activités du programme	Programme flexible	Manque de formation
	Définition des rôles et tâches de chacun	Formation prévue pour ceux ayant des nouvelles tâches	Innovation non pertinente/adaptée au contexte de pratique
	Intégration et compatibilité du programme	Disponibilité d'assistance technique	Mauvaise planification de l'implantation
	Formation et assistance technique	Rôles et tâches de chacun bien définies	Absence d'évaluation
	Flexibilité du programme	Présence de rencontres d'information pour présenter le programme aux intervenants impliqués	
		Développer un plan d'implantation formel	
		Développer du matériel de soutien pour l'implantation	
		Développer un système permettant de rappeler aux intervenants d'utiliser l'innovation	

Ainsi, les forces de ce projet en lien avec l'implantation du PSC-CHRDL concernent : la présence d'une approche collaborative au sein de l'équipe de réadaptation ; la flexibilité du PSC-CHRDL (les activités de stimulation cognitive peuvent être modifiées si elles ne conviennent pas pour un usager) ; le financement du matériel (peu ou pas d'achat de nouveau matériel à prévoir).

D'un autre côté, les faiblesses à surveiller sont : absence de système permettant de rappeler aux intervenants d'utiliser l'innovation ; arrimage avec le personnel de l'étage pour combiner les interventions de stimulation cognitive avec celles de l'AAPA ; taux de formation sur l'AAPA du personnel de l'étage insuffisant (financement de formation à prévoir).

### 6.2.2 Plan d'implantation du PSC-CHRDL

Le plan d'implantation comprend les ressources, les processus et les stratégies d'intervention. Il est illustré par la figure 5.

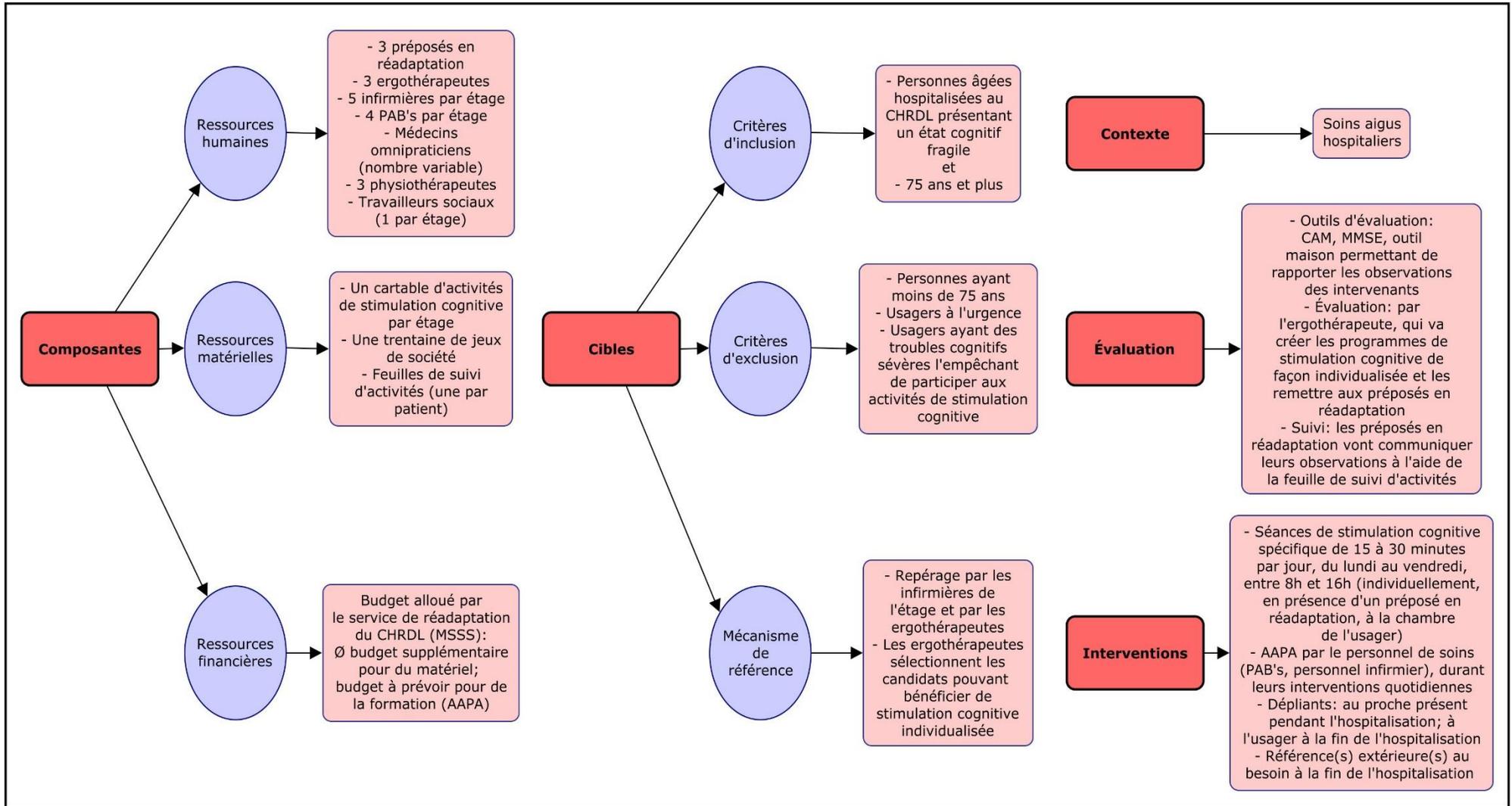


Figure 5. Modèle logique d'implantation du PSC-CHRDL

6.2.2.1 *Ressources*. Les différentes ressources nécessaires à l'implantation du PSC-CHRDL sont présentées dans le tableau 7.

**Tableau 7. Ressources requises pour l'implantation du PSC-CHRDL**

<u>Ressources humaines</u>			
<b>Acteurs : fonctions</b>	<b>Qualifications requises</b>	<b>Formation requise</b>	<b>Partenaires</b>
Préposés en réadaptation (3) : interventions directes avec les usagers (stimulation cognitive spécifique)	Être PAB et avoir reçu la formation supplémentaire en réadaptation pour posséder le titre de « préposé en réadaptation »	- Formation de deux à trois heures sur le fonctionnement du PSC-CHRDL, donnée par un ergothérapeute - AAPA	- Directs : Infirmières de l'étage et PAB's (application de l'AAPA ; fournir aux préposés en réadaptation ou aux ergothérapeutes de l'information sur l'utilisateur grâce à leurs observations quotidiennes) - Indirects : Médecins omnipraticiens, physiothérapeutes, travailleurs sociaux.
Ergothérapeutes (3) : gestionnaires des cas inscrits au PSC-CHRDL, conseillers pour les préposés en réadaptation, interventions directes avec les usagers au besoin, enseignement auprès de l'utilisateur ou des proches	Être membre en règle de l'Ordre de Ergothérapeutes du Québec	- Révision des principes à la base du PSC-CHRDL avec l'ergothérapeute fondatrice du PSC-CHRDL - AAPA	
<u>Ressources matérielles</u>			
<b>Nombre et type de locaux nécessaires</b>	<b>Matériel requis</b>		
Les interventions se font directement dans la chambre des usagers, donc pas de réservation de local à prévoir	Les instruments de mesure nécessaires sont les mêmes que ceux déjà utilisés par l'équipe, pas d'ajout à faire à ce niveau Les cartables d'activités sont déjà en place sur chacune des unités d'hospitalisation, ainsi que les feuilles de suivi d'activités, ces dernières ayant été intégrées au même cartable utilisé pour le suivi des programmes d'entraînement faits par les préposés en réadaptation Les différents jeux (autres que les activités dans le cartable) utilisés dans le cadre du PSC-CHRDL sont déjà disponibles au local d'ergothérapie Le nouveau dépliant informatif est en cours de réalisation		
<u>Ressources financières</u>			
Budget du service de réadaptation du CHRDL, provenant du MSSS. Pas de financement supplémentaire requis pour l'achat de nouveau matériel, mais financement de formation			

sur l'AAPA à prévoir.
-----------------------

En ce qui concerne le personnel infirmier et les PAB's des unités de soins, qui sont des partenaires du PSC-CHRDL, certains d'entre eux n'ont pas reçu la formation sur l'AAPA. Cette formation est nécessaire pour assurer le bon fonctionnement du PSC-CHRDL. Effectivement, si les interventions de base recommandées par l'AAPA sont négligées, les interventions de stimulation cognitive spécifique risquent d'être sous-optimales (Publications Québec, 2011 ; Inouye *et al.*, 2014). Les ergothérapeutes et les préposés en réadaptation ont, quant à eux, tous été formés à l'AAPA.

Les ergothérapeutes et les préposés en réadaptation qui participeront au PSC-CHRDL seront rencontrés pour être informés des principes qui sous-tendent le programme, ils devront en comprendre l'utilité et l'efficacité. Cette action devrait favoriser l'implantation du PSC-CHRDL.

*6.2.2.2 Processus et évaluation.* En ce qui concerne les critères d'inclusion et d'exclusion, ceux-ci sont simples et présentés dans la figure 5.

Le repérage des usagers pouvant bénéficier du PSC-CHRDL sera effectué par les ergothérapeutes de l'équipe de gériatrie. L'ergothérapeute peut utiliser entre autres les données d'évaluation des infirmières qui sont consignées au dossier pour évaluer l'admissibilité de l'utilisateur au programme. Une évaluation supplémentaire à l'aide d'instruments de mesure spécifiques, comme le Mini-Mental State Examination (MMSE : Groupe de Recherche sur les Évaluation Cognitives, 1999), pourra être réalisée si jugée nécessaire par l'ergothérapeute. Ensuite, l'ergothérapeute élaborera le programme de stimulation cognitive spécifique individualisé pour les usagers sélectionnés et le déposera au cartable des programmes d'entraînement des préposés en réadaptation. Ces derniers vérifient quotidiennement l'ajout de nouveaux usagers au cartable.

*6.2.2.3 Stratégies d'intervention.* Selon Paquette et Chagnon (2000), les stratégies d'intervention comprennent l'identification de l'approche privilégiée par le programme, le choix du système de prise en charge des usagers et la description des activités. Les activités ont été décrites dans le chapitre 5 (section 5.2.1.3) et ne seront donc pas reprises ici.

L'approche privilégiée par le PSC-CHRDL est une approche restauratrice visant l'amélioration des capacités (cognitives, fonctionnelles), ce qui rejoint les objectifs du programme.

Le système de prise en charge de la clientèle-cible se fera principalement par le travail d'équipe entre les ergothérapeutes et les préposés en réadaptation (duo composé d'un ergothérapeute et d'un préposé en réadaptation). La décision de ne pas impliquer directement le personnel de soins sur les étages (PAB's et infirmières) dans l'application des modalités de stimulation cognitive spécifique est justifiée par le contexte actuel de travail au sein du CHRDL. En effet, le manque de temps et de ressources a été souligné à plusieurs reprises par les PAB's et par les infirmières au cours des entrevues réalisées pour ce projet, ce qui rend leur participation à ce type d'interventions peu réaliste. Cependant, leur implication au PSC-CHRDL s'opérera par l'application de l'AAPA, qui est associée à la réalisation du premier objectif du PSC-CHRDL. Les interventions de l'AAPA sont recommandées par le MSSS pour l'ensemble des intervenants en milieu hospitalier (Publications Québec, 2011).

### *6.2.3 Présentation et recherche de consensus du plan d'implantation avec la gestionnaire de la réadaptation et les intervenants ciblés qui appliqueront le PSC-CHRDL*

À ce jour, la gestionnaire de la réadaptation du CHRDL a été rencontrée. Le plan d'implantation du PSC-CHRDL lui a été présenté et discuté, puis il a été convenu que :

- L'implantation du PSC-CHRDL se fera graduellement, par le biais d'un projet pilote, sur une seule unité (unité où travaille actuellement la porteuse du projet).
- Le projet pilote visera à former les infirmiers et les PAB's de l'étage ciblé sur l'AAPA, puis à mettre en place les activités prévues dans le cadre du PSC-CHRDL.
- Avant d'initier la mise en place du projet pilote,
  - la gestionnaire de la réadaptation doit rencontrer ses supérieurs et faire approuver l'implantation du PSC-CHRDL ;
  - les ergothérapeutes et les préposés en réadaptation seront rencontrés pour obtenir leur approbation concernant les composantes du PSC-CHRDL et son plan d'implantation.

À ce jour, les ergothérapeutes, ainsi que les préposés en réadaptation qui seront directement impliqués dans l'implantation de ce projet pilote n'ont pas été rencontrés. Il est prévu de leur présenter le PSC-CHRDL et son plan d'implantation en septembre 2016. Concernant le personnel infirmier et les PAB's, nous attendons l'approbation du projet pilote par les supérieurs de la gestionnaire de réadaptation avant de leur présenter le PSC-CHRDL.

## **CHAPITRE 7. QUATRIÈME ÉTAPE : PLAN D'ÉVALUATION DE L'IMPLANTATION DU PSC-CHRDL (OBJECTIF 4)**

Ce chapitre vise à planifier l'évaluation de l'implantation du PSC-CHRDL; il présente la méthodologie, puis le plan d'évaluation (résultats). L'évaluation de l'implantation d'un programme permet « d'apprécier l'ampleur de l'écart entre le programme planifié et le programme réellement mis en œuvre » (Paquette et Chagnon, 2000).

### **7.1 Méthodologie**

La définition des modalités de l'évaluation de l'implantation du PSC-CHRDL s'est basée sur le cadre de référence de Paquette et Chagnon (2000). Selon Paquette et Chagnon (2000), l'évaluation d'implantation implique d'identifier les objectifs de l'évaluation, les indicateurs et les critères d'évaluation du programme, de même que les ressources nécessaires à sa réalisation.

Un plan d'évaluation du PSC-CHRDL a été rédigé en tenant compte des éléments proposés par Paquette et Chagnon (2000); il a été présenté à la gestionnaire de réadaptation du CHRDL.

### **7.2 Résultats**

#### *7.2.1 Plan d'évaluation de l'implantation du PSC-CHRDL*

*7.2.1.1 Objectifs de l'évaluation.* L'utilité de l'évaluation de l'implantation du PSC-CHRDL consiste à préciser si le processus d'implantation doit être modifié pour être amélioré.

Les objectifs de l'évaluation de l'implantation du PSC-CHRDL sont de : 1) déterminer si la clientèle inscrite au PSC-CHRDL est bien ciblée et rejointe et 2) déterminer si les services offerts dans le cadre du PSC-CHRDL correspondent aux services prévus.

*7.2.1.2 Indicateurs et critères d'évaluation.* Le tableau 8 présente les indicateurs et les critères d'évaluation associés aux objectifs d'évaluation nommés plus haut.

**Tableau 8. Indicateurs et critères d'évaluation de l'implantation du PSC-CHRDL**

<u>Caractéristiques de la clientèle</u>	
<b>Indicateurs</b>	<b>Critères</b>
Âge	75 ans et plus
Condition cognitive de l'utilisateur	État cognitif fragile
Degré des difficultés cognitives	Difficultés légères ou modérées
Chambre occupée durant le PSC-CHRDL	Chambre d'unité d'hospitalisation
<u>Caractéristiques des services offerts</u>	
<b>Indicateurs</b>	<b>Critères</b>
Fréquence et durée des séances	5 fois par semaine, 15 à 30 minutes par jour
Quantité de dépliants remis	1 dépliant par usager et 1 par proche présent
Type et raison des références externes	Pertinence des références
Présence de l'implication d'un proche	Pertinence de l'implication d'un proche
Type d'activités réalisées et type de questions posées	Activités réalisées correspondant à la description des activités prévues
Mode de repérage des usagers	Par l'ergothérapeute
Principaux acteurs sollicités	Préposés en réadaptation, ergothérapeutes
Degré d'implantation de l'AAPA	Composantes de l'AAPA implantées à 90 % sur l'unité ciblée

Les indicateurs et critères choisis permettront ainsi de déterminer si les caractéristiques de la clientèle ayant reçu le PSC-CHRDL correspondent à celles prévues dans le plan d'implantation. Il en va de même pour les caractéristiques des services offerts : il sera possible de déterminer si les services que la clientèle a reçus correspondent aux services qui avaient été prévus dans le plan d'implantation.

#### *7.2.1.3 Ressources nécessaires à l'évaluation*

La collecte des informations nécessaires à l'évaluation d'implantation du PSC-CHRDL se fera par une source, c'est-à-dire les ergothérapeutes œuvrant en soins aigus auprès de la clientèle gériatrique. Ceux-ci devront collecter les données à partir des renseignements sur chaque usager ayant participé au PSC-CHRDL. Un outil de collecte de données a donc été créé, qui permet de recueillir les caractéristiques de la clientèle et des services (annexe 16).

#### *7.2.2 Présentation du plan d'évaluation de l'implantation du PSC-CHRDL à la gestionnaire de la réadaptation*

À ce jour, le plan d'évaluation du PSC-CHRDL a été présenté à la gestionnaire de la réadaptation, qui l'a approuvé.

## CHAPITRE 8. DISCUSSION

Ce projet avait pour but de définir un programme de stimulation cognitive (le PSC-CHRDL) pour les personnes âgées hospitalisées au CHRDL qui présentent un état cognitif fragile et d'en définir l'implantation. Les principaux constats, les forces et faiblesses du projet, ainsi que ses retombées cliniques seront discutés dans ce chapitre.

### 8.1 Principaux constats

Cette section rapporte et discute les principaux résultats du projet en lien avec chacun des objectifs.

#### 8.1.1 Contexte d'implantation du PSC-CHRDL (objectif 1)

Les échecs des programmes sont souvent dus aux échecs de mise en œuvre (Chen, 2005) ; c'est pourquoi il est important de décrire le contexte d'implantation de l'intervention (Champagne *et al.*, 2009).

Au CHRDL, l'analyse du contexte montre que globalement, l'AAPA a été implantée à 54,5 % au CHRDL pour l'année 2014-2015, tandis que la pérennité a été évaluée à 16,4 %. Ainsi, bien que des mesures de soutien à l'implantation de l'AAPA aient été mises en place au CHRDL (dont un plan d'action et un plan de communication), seulement 62,1 % des intervenants œuvrant sur les unités ciblées ont reçu la formation requise et la pérennité de cette formation diminue à 13,8 %. Pourtant, les gestionnaires semblent avoir une opinion favorable envers l'AAPA et il existe une véritable volonté du MSSS d'implanter l'AAPA en milieu hospitalier (Gouvernement du Québec, 2015). Malgré ce constat, l'analyse des entrevues des PAB's et des infirmières a montré une certaine méconnaissance des interventions, dont l'AAPA, à réaliser auprès des personnes âgées hospitalisées présentant un état cognitif fragile. Une des explications pourrait être que le personnel infirmier et les PAB's, qui sont appelés à intervenir le plus fréquemment auprès des personnes âgées hospitalisées, n'ont pas reçu la formation et le soutien nécessaires. Pourtant, dans d'autres établissements du Québec, cette formation semble avoir été systématisée. Ainsi à l'hôpital Hôtel-Dieu d'Arthabaska, 100 % des intervenants ciblés (infirmières, PAB's et tous les professionnels qui interviennent auprès de la personne

hospitalisée) ont été formés (Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec (CIUSSS), 2015). Cependant, nous ne connaissons pas les retombées de cette formation sur la prise en charge des personnes âgées hospitalisées présentant un état cognitif fragile. Il faut toutefois noter qu'« au 31 mars 2015, 24 % des centres hospitaliers du Québec appliquaient quatre sur six des composantes de [l'AAPA] » (Gouvernement du Québec, 2015). Mais là aussi, nous n'avons pas de connaissance sur les effets des composantes utilisées de l'AAPA sur l'état cognitif fragile des usagers. C'est pourquoi, dans le but d'une exploration des effets du PSC-CHRDL, nous avons proposé une nouvelle forme d'implantation. Le PSC-CHRDL sera implanté par le biais d'un projet pilote, sur une unité ciblée, incluant la formation du personnel infirmier et des PAB's de cette unité sur l'AAPA. Si les résultats escomptés s'avèrent adéquats, ce programme pourra, dans un second temps, être implanté à plus grande échelle au CHRDL.

#### *8.1.2 Composantes du PSC-CHRDL (objectif 2)*

Cette deuxième étape du projet a permis d'identifier les objectifs du PSC-CHRDL, ainsi que les actions à réaliser pour atteindre ses objectifs. Ces derniers sont de : prévenir le délirium ; améliorer les fonctions cognitives ; améliorer les connaissances des usagers et des proches au sujet du délirium et des limitations associées, puis améliorer le fonctionnement global des usagers. L'identification d'objectifs clairs et spécifiques permet à la fois de proposer une intervention adéquate aux besoins et de préparer l'évaluation des effets du programme (Weiss, 1998).

Ainsi, la théorie du PSC-CHRDL montre une cohérence entre les actions sélectionnées et les objectifs visés.

#### *8.1.3 Implantation du PSC-CHRDL (objectif 3)*

Les principaux éléments du plan d'implantation sont : la responsabilité des ergothérapeutes d'identifier la clientèle-cible et de créer des programmes de stimulation cognitive spécifique individualisés ; l'application des activités de stimulation cognitive spécifique auprès des usagers par les préposés en réadaptation. Au CHRDL, ce mode d'implantation s'explique du fait que l'équipe de réadaptation semble la mieux placée au CHRDL pour gérer la mise en place du PSC-CHRDL. En effet, les entrevues réalisées auprès du personnel infirmier et les PAB's ont mis en exergue que ces intervenants

n'avaient pas la formation nécessaire (c.-à-d. AAPA) pour une implantation optimale, ni le temps pour effectuer des activités de stimulation cognitive spécifique auprès des usagers.

En accord avec Chen (2005), la présentation du plan d'implantation du PSC-CHRDL à la gestionnaire de la réadaptation a favorisé la communication, puisque cela a permis de révéler l'ouverture de cette dernière face à l'implantation du programme. La modélisation du plan d'intervention participe aussi à la prise de décision sur le bien-fondé de l'intervention (McLaughlin et Jordan, 2004). Ainsi, cette même gestionnaire a suggéré de faire de ce nouveau programme un projet pilote sur un étage ciblé, afin de favoriser une implantation efficace au CHRDL. Ce mode d'implantation est d'ailleurs recommandé par la *Federal Interagency Alternative Dispute Resolution Working Group* (2000). En effet, l'implantation d'un projet pilote à une petite échelle permet d'ajuster ou corriger le projet plus facilement, avant de l'implanter à plus grande échelle. De plus, à l'instar de l'hôpital Hôtel-Dieu d'Arthabaska (CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec, 2015), il est prévu, dans le cadre de ce projet pilote, de former tout le personnel infirmier et PAB's de l'unité ciblée sur l'AAPA.

#### 8.1.4 Évaluation de l'implantation du PSC-CHRDL (objectif 4)

Cette dernière étape du projet d'innovation a permis de définir un plan d'évaluation de l'implantation du PSC-CHRDL. Puisqu'il s'agit d'un nouveau programme, l'évaluation visera à déterminer si le PSC-CHRDL qui sera mis en place correspondra au programme qui a été préalablement défini. En effet, avant de déterminer si un programme est efficace, il faut savoir s'il est appliqué tel que prévu (Paquette et Chagnon, 2000).

### 8.2 Forces et limites du projet

Ce projet comporte plusieurs forces.

Tout d'abord, l'utilisation d'un cadre de référence pour élaborer ce PSC-CHRDL a permis d'assurer la cohérence dans la planification des actions (Paquette et Chagnon, 2000). L'utilisation du cadre de référence de Paquette et Chagnon (2000) pour ce projet a également justifié les normes et les critères d'atteinte des résultats attendus et posé les premiers jalons de l'évaluation du PSC-CHRDL.

Ensuite, l'élaboration du PSC-CHRDL s'est basée sur une recension des écrits approfondie au sujet des troubles associés au problème et des modalités efficaces pour la prise en charge du problème. Cette stratégie a permis au PSC-CHRDL de s'appuyer sur des données probantes, donc sur un raisonnement juste.

D'autre part, l'obtention de l'appui de la gestionnaire de la réadaptation concernant le PSC-CHRDL est facteur facilitant à l'implantation d'un programme (Durlak et DuPre, 2008 ; Gray *et al.*, 2012 ; Sécurité publique Canada, 2016).

Cependant, quelques limites sont également à noter dans la réalisation de ce projet.

Premièrement, les entrevues effectuées ont été réalisées auprès de petits échantillons, ce qui ne garantit pas la représentativité de la population. Toutefois, l'utilisation d'entrevues et de l'analyse qualitative, versus un questionnaire par exemple, permet d'obtenir une richesse des données et une meilleure compréhension de la situation étudiée (Aubin *et al.*, 2008). Il faut aussi noter qu'aucun préposé en réadaptation n'a été interviewé, or ce sont eux qui administreront en grande partie le PSC-CHRDL. Cependant, ceux-ci participeront à la consultation des modèles logiques théorique et d'implantation.

Deuxièmement, le PSC-CHRDL a été construit pour répondre aux besoins propres du CHRDL (contexte spécifique), aussi la généralisation en l'état de ce PSC-CHRDL à d'autres hôpitaux du Québec est peu probable, d'autant que la plupart des hôpitaux n'ont pas de préposés en réadaptation. Cependant, dans l'expectative où ce programme démontrerait des effets positifs pour la prise en charge des personnes âgées hospitalisées qui présentent un état cognitif fragile, d'autres milieux pourraient s'en inspirer.

Enfin, le dernier point concerne l'approbation des composantes et de l'implantation du PSC-CHRDL. En effet, à la date d'aujourd'hui, ce nouveau programme n'a pas été présenté aux intervenants qui seront directement impliqués (c.-à-d. ergothérapeutes, préposés en réadaptation, PAB's, personnel infirmier), ce qui constitue un obstacle à l'implantation du PSC-CHRDL (Powell *et al.*, 2015). Cependant, le support de la gestionnaire de la réadaptation est, tel que dit plus haut, un atout majeur à l'implantation. Par ailleurs, il est prévu de rencontrer les ergothérapeutes et les préposés en réadaptation en septembre 2016, en vue de valider à la fois le modèle logique théorique et le modèle logique d'implantation du PSC-CHRDL. Cette action devrait favoriser l'implantation

réelle avant la fin de l'année 2016. Pour ce qui est des PAB's et du personnel infirmier, nous attendons l'approbation de l'implantation du PSC-CHRDL par les supérieurs de la gestionnaire de la réadaptation avant de leur présenter le PSC-CHRDL.

### **8.3 Retombées cliniques**

Il est important d'être conscient des différentes retombées cliniques de ce projet d'innovation.

D'abord, ce projet aura un impact direct sur la qualité des services offerts à la clientèle âgée hospitalisée au CHRDL qui présente un état cognitif fragile. Effectivement, la présence de processus qui visent l'amélioration de l'état cognitif, du statut fonctionnel et du soutien social, de même que la réalisation d'un plan de soins adapté pour les personnes âgées hospitalisées sont des indicateurs de la qualité des soins offerts (Service de l'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé, 2014).

De plus, ce nouveau PSC-CHRDL pourra éventuellement servir de base pour l'ensemble des hôpitaux du Québec. En effet, les composantes principales de ce programme pourront être maintenues, tandis que les particularités de l'implantation pourront être ajustées pour répondre au contexte spécifique d'autres milieux souhaitant l'implanter.

## CONCLUSION

Les statistiques présentées dans ce document montrent bien la gravité du problème associé à l'hospitalisation des personnes âgées, particulièrement celles qui présentent un état cognitif fragile. En effet, une proportion significative des personnes âgées souffre de délirium au cours d'une hospitalisation, alors que la littérature montre qu'une grande partie de ces déliriums peuvent être évités.

La réalisation de ce projet, autrement dit l'implantation du PSC-CHRDL, constituera une percée novatrice et attendue sur le plan de la prise en charge des patients âgés et fragiles au niveau cognitif vis-à-vis de la performance de la composante hospitalière. Ce travail vise à ce que ces usagers, hospitalisés au CHRDL, soient orientés vers le milieu de vie le plus optimal pour eux, et ce, dans un délai raisonnable.

En définissant les composantes du PSC-CHRDL et son implantation, ce projet d'innovation devrait favoriser la mise en place d'un programme de stimulation cognitive similaire à travers les hôpitaux du Québec. Toutefois, il sera important pour ces milieux de considérer les particularités de leur contexte, en vue de s'assurer de la faisabilité des composantes ou modalités utilisées, de même que pour adapter le processus d'implantation.

De futures recherches pourraient également viser à étudier l'efficacité d'un tel programme en milieu hospitalier québécois.

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (2010). *Cadre de référence : Démarche de révision du rôle des cadres de premier niveau dans les établissements*. Bibliothèque et Archives nationales du Québec. 27 p.
- Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (2000). *Grille d'analyse de la littérature et gradation des recommandations*. Service Recommandations Professionnelles. Paris. 60p.
- Aguirre, E., Hoare, Z., Streater, A., Spector, A., Woods, B., Hoe, J. et Orrel, M. (2013). Cognitive stimulation therapy (CST) for people with dementia - who benefits most? *International journal of geriatric psychiatry*, 28:284-90.
- Albert, M. S., DeKosky, S. T., Dickson, D., Dubois, B., Feldman, H.H., Fox, N. C., *et al.* (2011). The diagnosis of mild cognitive impairment due to Alzheimer's disease: recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease: Alzheimer's & Dementia. *The Journal of the Alzheimer's Association*, 7(3):270-279.
- Bahar-Fuchs, A., Clare, L. et Woods, B. (2013). Cognitive training and cognitive rehabilitation for mild to moderate Alzheimer's disease and vascular dementia (Review). *The Cochrane library*, 6:100p.
- Bélanger, L. (1998). *Gestion des services offerts aux personnes âgées en centre hospitalier de soins généraux et spécialisés*. Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 85 p.
- Bélanger, L., Coulombe, R., Wanis, L., Roch, G. et Ducharme, F. (2008). *Programme de soins pour les personnes à risque ou présentant un état de confusion aiguë (ÉCA)*. Montréal : Canada. Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal, 49p.
- Bélanger, L., Coulombe, R., Wanis, L. et Roch, G. (2009). Confusion aiguë : un programme basé sur le caring. *Perspective infirmière*, 6(3):28-32.
- Belleville, S. (2008). *Troubles cognitifs du domicile au centre d'hébergement : volet II : cahier du participant*. Montréal : Canada. Institut universitaire de gériatrie de Montréal, CESPA, 32 p.
- Benaim, C., Froger, J., Compan, B. et Péliissier, J. (2005). Évaluation de l'autonomie de la personne âgée. *Annales de réadaptation et de médecine physique*, 48:336-340.

- Bradford, A., Kunik, M.E., Schulz, P., Williams, S.P. et Singh, H. (2009). Missed and delayed diagnosis of dementia in primary care : prevalence and contributing factors. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, 23:306–314.
- Brousselle, A., Champagne, F., Contandriopoulos, A.P. et Hartz, Z. (2011). *L'évaluation, concepts et méthodes*. Presses de l'Université de Montréal, Montréal.
- Cardinal, L., Langlois, M.-C., Gagné, D. et Tourigny, A. (2008). *Perspectives pour un vieillissement en santé : proposition d'un modèle conceptuel*. Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, Direction de santé publique et Institut national de santé publique du Québec, 58 pages.
- Careau, E. (2015). *Équipe PassaJe des Basques : Bilan d'implantation*. Réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles en santé et services sociaux (RCPI). 80 p.
- Centre Hospitalier Régional de Lanaudière (2015). *Grille de suivi de l'implantation de l'APA*. Joliette : (n.p).
- Centre Intégré de Santé et de Services Sociaux de Laval (2015). *Aînés et personnes en perte d'autonomie, approche adaptée à la personne âgée*. [<http://www.cssslaval.qc.ca/votre-sante-et-votre-bien-etre/aines-et-personnes-en-perte-dautonomie/approche-adaptee-a-la-personne-agee.html>] (site consulté le 27 novembre 2015).
- Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec (2015). *Rapport annuel 2014-2015*. Victoriaville : Bibliothèque et Archives nationales du Québec, Bibliothèque et Archives Canada. 90 p.
- Centre régional de recherche et d'intervention en développement économique et communautaire (2010). *Analyse des besoins des personnes âgées de la région de Hearst : Rapport final*. Université de Hearst, 97 p.
- Chaire Desjardins en soins infirmiers à la personne âgée et à la famille (2013). *Mémoire présenté au Ministre de la santé et des services sociaux et Ministre responsable des Aînés portant sur la création d'une Assurance autonomie*. Centre de recherche de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal, 22 p.
- Champagne, F., et al. (2009). *Modéliser les interventions*, in *L'évaluation : concepts et méthodes*, A. Brousselle, et al., Editors. Les Presses de l'Université de Montréal, PUM: Montréal, Canada. p. 57-70.
- Chen, H.-T. (2005). *A Practical evaluation taxonomie: selecting the evaluation approach that works*, in *Practical program evaluation. Assessing and improving planning, implementation, and effectiveness*. SAGE Publications: Thousand Oaks. p. 45-70.

- Clare, L., Linden, D.E.J., Woods, R.T., Whitaker, R., Evans, S.J., Parkinson, C.H., Paasschen, J.V., Nelis, S.M., Hoare, Z., Yuen, K.S.L. et Rugg, M.R. (2010). Goal-oriented cognitive rehabilitation for people with early-stage Alzheimer disease : A single-blind randomized controlled trial of clinical efficacy. *The American journal of geriatric psychiatry*, 18(10):928-39.
- Durlak, J.A. et DuPre, E.P. (2008). Implementation matters : A review of research on the influence of implementation on program outcomes and the factors affecting implementation. *American Journal of Community Psychology*, 41:327-350.
- Federal Interagency Alternative Dispute Resolution Working Group (2000). *Federal ADR Program Manager's Resource Manuel*. [<http://www.adr.gov/manual/>] (site consulté le 22 mai 2016).
- Fédération québécoise des Sociétés Alzheimer (2015) *Les déficits cognitifs légers*. [<http://www.alzheimer.ca/fr/federationquebecoise/About-dementia/Dementias/Mild-Cognitive-Impairment>] (site consulté le 30 septembre 2015).
- Fixsen, D.L., et al. (2005). *Implementation research : A synthesis of the literature*. National Implementation Research Network, University of South Florida, Louis de la Parta Florida Mental Health Institute.
- Fonds de partenariat sur la maladie d'Alzheimer et les affections connexes (2004). *Soutenir les proches aidants : Constats, enseignements, pistes de réflexion. Vingt-sept expériences de répit, de formation et de soutien*. Bibliothèque nationale du Québec, 41 p.
- Foreman, M.D., Wakefield, B., Culp, K., et Milisen, K. (2001). Delirium in elderly patients : an overview of the state of the science. *Journal of Gerontological Nursing*. 27(4):12-20.
- Gallagher, F., Tribble, D. S-C., Vanasse, A., Doré, C., Fortin, M. et Archambault, J. (2010). La discussion de cas infirmière médecin, une pratique essentielle en première ligne. *L'infirmière clinicienne*, 7(2):1-6.
- Ganguli, M., Dodge, H. H., Shen, C., et DeKosky, S. T. (2004). Mild cognitive impairment, amnesic type : an epidemiologic study. *Neurology*, 63(1):115.
- Giguère, M. et Fleury, F. (2010). *Récupération fonctionnelle des personnes âgées en perte d'autonomie suite à un épisode de soins aigus à l'hôpital : Recommandations*. Longueuil : Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, 14 p.
- Gold, D.A. (2012). An examination of instrumental activities of daily living assessment in older adults and mild cognitive impairment. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 34(1):11-34.

- Gouvernement du Québec (2015). *Rapport annuel de gestion 2014-2015*. Québec : Ministère de la santé et des services sociaux, La Direction des communications du ministère de la santé et des services sociaux du Québec, 134 p.
- Gray, M., Joy, E., Plath, D., et Webb, S.A. (2013). Implementing evidence-based practice : A review of the empirical research literature. *Research on Social Work Practice*, 23(2):157-166.
- Greer, N., Rossom, R., Anderson, P., et al. (2011). *Delirium : Screening, Prevention, and Diagnosis : A Systematic Review of the Evidence*. Washington, DC: Dept of Veterans Affairs.
- Groupe de Recherche sur les Évaluations Cognitives (1999). Le Mini-Mental State Examination (MMSE) : un outil pratique pour l'évaluation de l'état cognitif des patients par le clinicien. *La Presse médicale*, 28(21):1141-48.
- Groupe de travail de l'Étude canadienne sur la santé et le vieillissement (2000). The Incidence of Dementia in Canada. *Neurology*, 55:66-73.
- Hopper, T., Bourgeois, M., Pimentel, J., Qualls, C.D., Hickey, E., Frymark, T. et Schooling, T. (2013). An evidence-based systematic review on cognitive interventions for individuals with dementia. *American journal of speech-language pathology*, 126(22):126-45.
- Hshieh, T. T., Yue, J. Oh, E., Puelle, M., Dowal, S., Trivison, T. et Inouye, S.K. (2015). Effectiveness of multicomponent nonpharmacological delirium interventions. *Journal of the american medical association*, 1-9.
- Huckans, M., Hutson, L., Twamley, E., Jak, A., Kaye, J. et Storzbach, D. (2013). Efficacy of cognitive rehabilitation therapies for mild cognitive impairment (MCI) in older adults : Working toward a theoretical model and evidence-based Interventions. *Neuropsychology review*, 23(1):63-80.
- Inouye, S.K., Bogardus, S.T. Jr., Charpentier, P.A., et al. (1999). A multicomponent intervention to prevent delirium in hospitalized older patients. *New England Journal Medicine*, 340(9):669-676.
- Inouye, S.K., Westendorp, R.G. et Saczynski, J.S. (2014). Delirium in elderly people. *Lancet*, 383(9920):911-922.
- Institut de la statistique du Québec (2013a) *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011. Utilisation des services de santé et des services sociaux des personnes avec incapacité. Volume 2*. 261 p.
- Institut de la statistique du Québec (2013b). *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011. Utilisation des*

- services de santé et des services sociaux par les personnes de 65 ans et plus. Volume 3.* 177 p.
- Institut de la statistique du Québec (2013c) *Enquête québécoise sur l'expérience de soins 2010-2011. L'hospitalisation et la consultation d'un médecin à l'urgence d'un hôpital : regard sur l'expérience vécue par les Québécois. Volume 4.* 70 p.
- Institut de la statistique du Québec (2015). *Banque de données des statistiques officielles sur le Québec. Population par groupe d'âge, Canada, Provinces et Territoires.* [<http://www.bdso.gouv.qc.ca>] (site consulté le 19 octobre 2015).
- Jean, L., Bergeron, M-E., Thivierge, S. et Simard, M. (2010). Cognitive intervention programs for individuals with mild cognitive impairment : systematic review of the literature. *The American journal of geriatric psychiatry*, 18(4):281-96.
- Koepsell, T. D., et Monsell, S. E. (2012). Reversion from mild cognitive impairment to normal or near-normal cognition : risk factors and prognosis. *Neurology*, 79(15):1591-98.
- Kolanowski, A.M., Fick, D.M., Clare, L., Therrien, B. et Gill, D.J. (2010). An intervention for delirium superimposed on dementia based on cognitive reserve theory. *Aging & mental health*, 14(2):232-42.
- Kolanowski, A.M., Fick, D.M., Clare, L., Steis, M., Boustani, M. et Litaker, M. (2011). Pilot study of a nonpharmacological intervention for delirium superimposed on dementia. *Research for gerontological nursing*, 4(3):161-67.
- Kurz, A., Thöne-Otto, A., Cramer, B., Egert, S., Frölich, L., Gertz, H-J., Kehl, V., Wagenpfeil, S. et Werheid, K. (2012). CORDIAL : Cognitive Rehabilitation and cognitive-behavioral treatment for early dementia in Alzheimer disease. A multicenter, randomized, controlled trial. *Alzheimer disease and associated disorder*, 26(3):246-53.
- La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (2009). *Rapport du comité d'experts en vue de l'élaboration d'un plan d'action pour la maladie d'Alzheimer.* Bibliothèque et Archives nationales du Québec. 143p.
- Laplante, J., Cole, M., McCusker, J., Singh, S. et Ouimet, M-A. (2005). Confusion Assessment Method. Validation d'une version française. *Perspective infirmière*, 12-22.
- Larousse (2016). *Dictionnaires de français : Larousse.* [[www.larousse.fr](http://www.larousse.fr)] (site consulté le 31 mars 2016).
- Larrieu, S., Letenneur, L., Orgogozo, J. M., Fabriquole, C., Amieva, H., Le Carret, N., et al. (2002). Incidence and outcome of mild cognitive impairment in a population-based prospective cohort. *Neurology*, 59(10):1594-99.

- Legault, A. (non publié). *Analyse critique et conclusion de la recension des écrits – stimulation cognitive*. REA 325 – Thématique spéciale, Université de Sherbrooke. 14 p.
- Le protecteur du citoyen (2015). *Le protecteur du citoyen. Assemblée nationale, Québec. Rapport annuel d'activités 2014-2015*. 149 p.
- Leslie, D.L., Marcantonio, E.R., Zhang, Y., Leo-Summers, L. et Inouye, S.K. (2008). One-year health care costs associated with delirium in the elderly population. *Archives of internal medicine*, 168(1):27-32.
- Manly, J. J., Tang, M. X., Schupf, N., Stern, Y., Ronsattel, J. P., et Mayeux, R. (2008). Frequency and course of mild cognitive impairment in a multiethnic community. *Annals of Neurology*, 63(4):494-506.
- Marcantonio, E.R., Flacker, J.M., Wright, R.J. et Resnick, N.M. (2001). Reducing delirium after hip fracture : a randomized trial. *Journal of the American Geriatrics Society*, 49(5):516-522.
- Mariani, E., Monastero, R., et Mecocci, P. (2007). Mild cognitive impairment : a systematic review. *Journal of Alzheimer's Disease*, 12:23–35.
- McLaughlin, J.A. et Jordan, G.B. (2004). *Using Logic Model*, in *Handbook of Practical Program Evaluation*, J.S. Wohley and al., Editors : San Francisco : Jossey Bass.
- Meagher, J.D. (2001). Delirium : optimising management. *British Medical Journal*, 322(7279):144–149.
- Mudge, A.M., Giebel, A.J., Mgt, M.A. et Cutler, A.J. (2008). Exercising body and mind : An integrated approach to functional independence in hospitalized older people. *Journal of the American Geriatrics Society*, 56:630-35.
- O'Mahony, R., Murthy, L., Akunne, A. et Young J. (2011). Guideline Development Group. Synopsis of the National Institute for Health and Clinical Excellence guideline for prevention of delirium. *Annals of Internal Medicine*, 154(11):746-51.
- Organisation Mondiale de la Santé (1988). *Classification internationale des handicaps, déficiences, incapacités et désavantages*. CTNERHI - INSERM, Paris.
- Organisation Mondiale de la Santé (2001). *CIF : Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé*. Genève. 309 p.
- Paillé, P. et Mucchielli, A. (2008). L'analyse par questionnement analytique. In *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (2<sup>e</sup> éd.) (p. 141-159). Paris : Colin (1<sup>ère</sup> éd. 2003).
- Paquette, F. et Chagnon, F. (2000). *Cadre de référence pour le développement et l'évaluation des programmes aux Centres jeunesse de Montréal*. Institut universitaire

- dans le domaine de la violence chez les jeunes. Collection Développement et évaluation de programme. 167 p.
- Perese, E.F. (2012). *Psychiatric Advanced Practice Nursing : A Biopsychsocial Foundation for Practice*. United States of America, F.A. Davis Company. 725 p.
- Petersen, R. C. (2004). Mild cognitive impairment as a diagnostic entity. *Journal of Internal Medicine*, 256, 183–194.
- Powell., B.J. *et al.* (2015). A refined compilation of implementation strategies : results from the Expert Recommendations for Implementing Change (ERIC) project. *Implementation Science*, 10(21):1-14.
- Publications Québec (2011). *Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier : Cadre de référence*. La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 189 p.
- Publications Québec (2012a). *Agitation dans les démences – Fiche clinique « État cognitif » - Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier*. La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 28 p.
- Publications Québec (2012b). *Délirium – Fiche clinique « État cognitif » - Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier*. La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 21p.
- Réseau FADOQ (2015). *Assainissement des finances publiques. 18 mois de coupes dans la qualité de vie des aînés*. [<http://www.fadoq.ca>] (site consulté le 30 septembre 2015).
- Reston, J.T. et Schoelles, K.M. (2013). In-facility delirium prevention programs as a patient safety strategy : A systematic review. *Annals of Internal Medicine*, 158:375-80.
- Sécurité publique Canada (2016). *Guide sur la mise en œuvre des programmes fondés sur des données probantes : Qu'en savons-nous jusqu'à maintenant?* [[www.securitepublique.gc.ca](http://www.securitepublique.gc.ca)] (site consulté le 14 mars 2016).
- Service de l'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (ETMIS, 2014). Centre hospitalier de l'Université de Montréal. *Indicateurs de suivi des interventions visant à favoriser l'autonomie et la mobilité des personnes âgées hospitalisées*. Préparé par Simon Deblois et Luigi Lepanto. 79 p.
- Société Alzheimer Canada (2015). *En quoi consiste l'Alzheimer et maladies apparentées*. [[www.alzheimer.ca/fr/About-dementia/What-is-dementia](http://www.alzheimer.ca/fr/About-dementia/What-is-dementia)] (site consulté le 05 septembre 2015).
- Tabet, N. et Howard, R. (2009). Non-pharmacological interventions in the prevention of delirium. *Age and Ageing*, 38(4):374-79.

- Teng, E., Tassniyom, K., et Lu, P. H. (2012). Reduced quality of life ratings in mild cognitive impairment : analyses of subject and informant responses. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 20(12):1016-25.
- Tschanz, J. T., Welsh-Bohmer, K. A., Lyketsos, C. G., Corcoran, C., Green, R. C., Hayden, K., *et al.* (2006). Conversion to dementia from mild cognitive disorder : the Cache County Study. *Neurology*, 67(2):229-34.
- Université de Sherbrooke (2015). *Grille sommaire d'analyse d'article (adaptée par Fleury, F.)*. Longueuil : Université de Sherbrooke. Faculté de médecine et sciences de la santé.
- Wanlin, P. (2007). L'analyse de contenu comme méthode d'analyse qualitative d'entretiens : une comparaison entre les traitements manuels et l'utilisation de logiciels. *Recherches qualitatives*, Hors Série(3):243-72.
- Ward, A., Arrighi, H. M., Michels, S., & Cedarbaum, J. M. (2012). Mild cognitive impairment : disparity of incidence and prevalence estimates. *Alzheimer's & Dementia*, 8(1):14-21.
- Weiss, C.H. (1998). *Understanding the Program*, in *Evaluation*. Prentice Hall, 2è Ed: New Jersey. p. 46-70
- Winblad, B., Palmer, K., Kivipelto, M., Jelic, V., Fratiglioni, L., Wahlund, L. O., *et al.* (2004). Mild cognitive impairment—beyond controversies, towards a consensus : report of the International Working Group on mild cognitive impairment. *Journal of Internal Medicine*, 256:240-246.
- Witlox, J., Eurelings, L.S., De Jonghe, J.F., Kalisvaart, K.J., Eikelenboom, P. et Van Gool, W.A. (2010). Delirium in elderly patients and the risk of postdischarge mortality, institutionalization, and dementia : a meta-analysis. *Journal of the American Medical Association*, 304(4):443-51.
- Woods, B., Aguirre, E., Spector, A.E. et Orrel, M. (2012). *Cognitive stimulation to improve cognitive functioning in people with dementia*, The Cochrane library, 2:78p.
- Yuill, N. et Hollis, V. (2011). A systematic review of cognitive stimulation therapy for older adults with mild to moderate dementia : an occupational therapy perspective. *Occupational therapy international*, 18(4):163-86.

# ANNEXES

## ANNEXE 1

### **Liste d'interventions recommandées par l'AAPA**

(liste non exhaustive)

- **Programme d'orientation et de stimulation cognitive - délirium (Publications Québec, 2012b, p.7) :**
  - Orienter la personne dans les 3 sphères à chaque visite
  - Mettre une horloge et un calendrier à la vue de la personne
  - Placer sur la table de chevet un réveille-matin
  - Intégrer dans la conversation des éléments d'orientation (Quel beau lundi matin aujourd'hui!)
  - Planifier des visites régulières à la chambre pour orienter et sécuriser
  - Expliquer aux proches l'importance d'orienter et de sécuriser régulièrement la personne
  - Aider la personne à interpréter correctement son environnement en le décrivant
  
- **Approche de base auprès de la personne agitée – démence (Publications Québec, 2012a, p.7)**
  - Commencer la conversation en appelant la personne par son nom et en se nommant
  - Utiliser un ton de voix doux et rassurant
  - Employer des gestes, des mimiques et des démonstrations pour se faire comprendre
  - Se servir de phrases courtes, simples et concrètes
  - Parler lentement et prononcer les mots clairement
  - Donner une consigne à la fois et attendre la réaction
  - Intervenir précocement en cas de situation problématique avant que celle-ci dégénère en crise
  - Tenter de tenir le patient à l'écart des situations et des individus susceptibles de provoquer des comportements perturbateurs
  - Aborder la personne de face, lentement et calmement, annoncer ses intentions
  - Faire usage du toucher de manière judicieuse
  - Adopter des attitudes non menaçantes
  - Distraire la personne, changer d'activité

- Favoriser une ambiance calme et apaisante
- Éviter de tenter de la raisonner pendant qu'elle est agitée

**ANNEXE 2**

Programme de 2<sup>e</sup> cycle en pratiques de la réadaptation  
Grille sommaire d'analyse d'article

2015

<b>Référence de l'article</b>
<b>Objectif de l'étude</b>
<b>Méthode</b> Devis de recherche :
<b>Population à l'étude</b> Description et critères de sélection :
<b>Intervention</b>
<b>Variables évaluées</b>
<b>Résultats</b> Description des résultats obtenus :
<b>Discussion</b> Valeurs et limites de l'étude
<b>Conclusion</b>
<b>Appréciation de l'article</b> : (porter un jugement sur l'article en lien avec le sujet du projet et selon les critères d'analyse d'articles appris dans le cours du REA 103 s'il y a lieu)

**ANNEXE 3** Abrégé des résultats, de la clientèle et appréciation de la qualité des articles recensés au sujet de la stimulation cognitive.

<u>Article</u>	<u>Devis</u>	<u>Clientèle (similarité)</u>	<u>Résultats +</u>	<u>Résultats -</u>	<u>Tendance +</u>	<u>Non concluant</u>	<u>Niveau de preuve</u>
Mudge <i>et al.</i> (2008)	Essai contrôlé prospectif	Oui (hospit).	√ légère amélioration statut fonctionnel au congé. √ taux de délirium		√ taux de chute	√ mobilité, destination au congé, durée de séjour, réadmission dans les 30 jours.	Intermédiaire
Clare <i>et al.</i> (2010)	Essai contrôlé randomisé	Pas d'information sur leur milieu de vie.	√ niveau de performance, satisfaction, encodage, reconnaissance, performance occupationnelle surtout chez ceux ayant pratiqué entre les séances et ceux avec proche aidant impliqué. √ mémoire après 6 mois.			√ anxiété, fluidité verbale.	Intermédiaire
Jean <i>et al.</i> (2010)	Revue systématique	Non (suivi en externe, communauté).	√ cognition				Intermédiaire
Kolanowski <i>et al.</i> (2010)	Étude qualitative	Oui (délirium, hospit).			√ (hypothèse en faveur de l'intervention pour ↓ durée/sévérité du délirium).		Faible
Kolanowski <i>et al.</i> (2011)	Essai contrôlé randomisé	Oui, délirium surajouté à démence.	√ faisabilité, condition physique, état mental, taux et sévérité du délirium, attention.				Intermédiaire
Yuill et Hollis (2011)	Revue systématique	Non (communauté, institution).	√ état fonctionnel		√ fonction cognitive		Fort
Kurz <i>et al.</i> (2012)	Essai contrôlé randomisé	Non (communauté).		√ fardeau aidant	√ détérioration cognitive 6 mois post intervention.	√ capacité fonct., qualité de vie, dépression, comportement, cognition,	Fort

<u>Article</u>	<u>Devis</u>	<u>Clientèle</u>	<u>Résultats +</u>	<u>Résultats -</u>	<u>Tendance +</u>	<u>Non concluant</u>	<u>Niveau de preuve</u>
Woods <i>et al.</i> (2012)	Méta-analyse	1 étude sur 15 : participants dans une maison de soins post-aigus. Les 14 autres études : en ext., maison de soins, institution.	√ cognition, même 3 mois post intervention, qualité de vie, bien-être, communication.			√ humeur, AVQ, comportement.	Fort
Aguirre <i>et al.</i> (2013)	Étude d'intervention	Non (communauté, maison de soins).	√ qualité de vie (surtout ceux vivant en maison de soins). √ cognition (surtout chez âge avancé et chez les femmes). √ comportement (surtout en maison de soins).				Fort
Bahar-Fuchs <i>et al.</i> (2013)	Méta-analyse	+ ou - (1 étude avait 4 personnes sur 10 dans le groupe d'interv. qui étaient à l'hôpital).				√	Intermédiaire
Hopper <i>et al.</i> (2013)	Revue systématique	Pas d'information sur l'habitat des participants.	√ apprentissage (6 études)		√ Globalement.	√ apprentissage (3 études)	Fort
Huckans <i>et al.</i> (2013)	Revue systématique	Non (communauté).				√ (résultats encourageants, mais non concluants a/n statistique).	Intermédiaire
Hshieh <i>et al.</i> (2015)	Méta-analyse	Oui (délirium, hospit.).	√ délirium, chute.		√ Durée de séjour, taux d'institutionnalisation, statut fonct., état cognitif.		Fort

**Légende :**

Clientèle : Similaire à la mienne (hospitalisés, démence, délirium) ?

Niveau de preuve : Niveau de preuve des études selon les critères de l'ANAES (2000) :

- Fort : Protocole adapté pour répondre au mieux à la question posée, pas de biais majeur, analyse statistique adaptée aux objectifs, puissance suffisante.
- Intermédiaire : Protocole adapté pour répondre au mieux à la question posée, puissance insuffisante et / ou anomalies mineures.

➤ Faible : Autres types d'études.

**ANNEXE 4 Tableau résumé des articles recensés au sujet de la stimulation cognitive.**

<b>Article</b>	<b>Devis</b>	<b>Objectif de l'étude</b>	<b>Clientèle</b>	<b>Résultats</b>	<b>Qualité</b>	<b>Interventions (exemples)</b>
Mudge <i>et al.</i> (2008)	Essai contrôlé prospectif	Évaluer l'effet d'un programme de réadaptation structuré et multidimensionnel sur le statut fonctionnel, le délirium et les résultats au congé chez les patients âgés hospitalisés en soins aigus.	65 ans et plus, admis de l'urgence à une salle de contrôle ou d'examen médical au service de médecine interne d'un hôpital. Hospitalisation d'au moins 3 jours.	Statut fonctionnel : légère mais significative amélioration chez le groupe d'intervention au congé. Mobilité : Ø différence significative entre les 2 groupes. Délirium : présence de délirium plus faible chez le groupe d'intervention. Chutes : tendance à un plus faible taux de chute chez le groupe d'interv. Destination au congé : pas de différence significative entre les 2 groupes. Durée de séjour : pas de différence significative entre les 2 groupes. Réadmission à l'intérieur de 30 jours : Ø différence significative.	Certains résultats évalués n'étaient pas suffisamment puissants. Échantillon limité à 1 hôpital (peut ↓ validité et généralisation). 50 % des patients se sont présentés aux séances d'interv. cognitive. Utilisation d'un seul test peu exhaustif concernant l'aspect de la mobilité.	Format de groupe. Activités de socialisation, orientation et mémoire ; discussion sur les approches concernant les aspects psychologiques d'une hospitalisation, surtout en regard de l'anxiété et de la dépression. Physiothérapie et enseignement par l'équipe de soins.
Clare <i>et al.</i> (2010)	Essai contrôlé randomisé	Fournir des évidences scientifiques en regard de l'efficacité clinique de la réadaptation cognitive en début de démence de type Alzheimer.	Clientèle avec début de démence (MMSE égal ou supérieur à 18), suivie dans une clinique de mémoire. Pas d'information sur leur milieu de vie.	Présence d'amélioration significative du niveau de performance et de satisfaction chez le groupe d'intervention, pas de changement chez les deux autres groupes. Plus grande amélioration du score de mesure de performance occupationnelle chez les participants qui se sont pratiqués entre les séances et chez les patients ayant un proche aidant qui s'est impliqué dans la thérapie. Ø changement positif significatif pour le groupe d'intervention a/n de l'anxiété ou la fluidité verbale. Au suivi après 6 mois, amélioration significative a/n de la mémoire observée chez le groupe	Échantillon de taille modeste (vingtaine de participants dans chaque groupe). Devis robuste, utilisation d'outils d'évaluation standardisés et validés.	Suivi individuel. Interventions adressant les buts significatifs de la personne, aides/stratégies pratiques, techniques d'apprentissage de nouvelles informations (apprentissage visage-nom par ex), pratique du maintien de l'attention et de la concentration et techniques de gestion du stress. Patients encouragés à travailler (entre les sessions) sur leurs buts et à pratiquer les stratégies enseignées.

				d'intervention. Effets positifs significatifs chez le groupe d'intervention a/n de l'encodage et de la reconnaissance.		
Jean <i>et al.</i> (2010)	Revue systématique	Évaluer l'efficacité de 15 programmes de stimulation cogn. qui ont été testés chez des personnes avec troubles cognitifs légers de type amnésique à risque de progresser vers la démence, analyser de façon critique les données et la méthodologie utilisées par les études sélectionnées et suggérer des recommandations pour améliorer les interv. cogn. pour la population à l'étude.	Troubles cognitifs légers de type amnésique, sans démence diagnostiquée. La plupart suivie en clinique externe, ou vivant en communauté.	Tous les programmes d'intervention cognitive testés sur cette population ont semblé présenter des améliorations statistiquement significatives, surtout au niveau des mesures objectives et subjectives de la mémoire. 44 % des mesures objectives sur la mémoire démontrent des améliorations stat. significatives à la fin de l'entraînement, comparé à 12 % des mesures objectives a/n de la cognition autre que la mémoire. 49 % des mesures subjectives de la mémoire, qualité de vie, humeur /anxiété ont présenté une amélioration stat. significative après l'intervention cognitive.	Les échantillons de 14 études sur 15 ont moins de 30 participants (↓ validité). Seulement 5 étaient des essais contrôlés randomisés. Possible biais de recrutement.	En groupe ou individuel. Techniques de mémoire (aprent. avec/sans erreur, récupération de l'espace, imagerie visuelle, associations visage-nom, catégorisation, organisation hiérarchique, cartographie conceptuelle, regroupement d'informations, indices. Enseignement sur la mémoire, sur des techniques de relaxation, sur l'ergothérapie et la réadaptation. Restructuration cognitive, résolution de problème.
Kolanowski <i>et al.</i> (2010)	Étude qualitative	Proposer un modèle d'intervention basé sur la théorie du délirium surajouté à la démence, qui est dérivée de la littérature sur la réserve cognitive et la neuro-plasticité.	Délirium surajouté à une démence chez la clientèle hospitalisée en soins sub-aigus.	Hypothèse : les activités récréatives stimulantes a/n cognitive qui sont personnalisées pour chaque patient produiront des meilleurs résultats suite à un épisode de délirium (durée / sévérité). Les observations cliniques des auteurs supportent cette hypothèse.	Étude qualitative, qualité d'évidences plus faible.	Activités récréatives impliquant des tâches stimulant l'attention, ajustées individuellement selon les intérêts et capacités du pt. Bonhomme pendu, catégorisation de mots/cartes, jeux de carte, jeux de société, bingo, reconnaissance d'objets, casse-têtes.
Kolanowski <i>et al.</i> (2011)	Essai contrôlé randomisé	Démontrer que la réalisation d'activités de stimul. cognitive	65 ans et plus, avec démence légère à modérée et avec	Intervention faisable a/n de l'inscription, de la participation, de la satisfaction.	Échantillon très petit (11 participants dans le	Activités récréatives simples de défis allant en ↑, mentalement stimulantes et ajustées selon les

		s'avère cliniquement faisable et présente un potentiel pour ↓ la durée et sévérité du délirium, ainsi que pour ↓ la perte fonctionnelle pendant l'hospit. en soins post-aigus.	délirium. Vivant en communauté, mais hospitalisés en soins post-aigus ou centre de réadaptation.	Groupe contrôle présente une diminution de la condition physique et de l'état mental plus significative que le groupe d'intervention. Délirium, sévérité du délirium et attention ont démontré une amélioration significative en faveur du groupe d'intervention.	groupe d'intervention et 5 dans le groupe contrôle). Outils d'éval. avec bonnes qualités métrologiques, ce qui ↑ la validité des résultats.	intérêts et capacités fonctionnelles de chaque pt. Exemples : jeux comme "Name the tune", casse-têtes de photos, roue de fortune. Identification de sons, où suis-je, "memory tray", similitudes entre items, calculer la monnaie suite à un achat.
Yuill et Hollis (2011)	Revue systématique	Explorer l'efficacité de la stimulation cognitive et la cohérence de cette approche avec l'ergothérapie	65 ans et +. Démence DTA, vascul. ou mixte, stade lég-mod. Vivant en communauté ou en institution et ayant reçu ou non un tx pharmacologique pour les symptômes cognitifs.	Stimulation cognitive correspond à de nombreuses valeurs promues par l'ergothérapie. Selon la ½ des études : résultats fonctionnels +. Selon les 12 études : les interventions de stimulation cogn. démontrent une tendance à l'amélioration de la fonction cogn. ou au retard du déclin cogn. comparativement à ceux qui ne reçoivent pas ce type d'intervention.	Majorité des études ont un niveau de qualité bon à élevé. Critères de sélection des études affectant à la baisse la validité des résultats (biais de sélection).	Activités stimulant le rappel, reconnaissance, fonction sensorimotrice, autogestion. Imagerie mentale, discussions sur différents sujets, sur les souvenirs, l'orientation et le raisonnement. Techniques de stimulation multi-sensorielle. Enseignement, apprentissage d'histoires, apprent. sans erreur.
Kurz <i>et al.</i> (2012)	Essai contrôlé randomisé	Évaluer la faisabilité, l'acceptabilité, l'efficacité et l'utilité d'une intervention de réadaptation cognitive dans un centre multidisciplinaire pour des patients ayant une démence Alzheimer légère et leurs proches.	Démence légère (21 ou + au MMSE). Vivant dans la communauté.	∅ différence stat. significative entre les 2 groupes a/n de la capacité fonctionnelle à réaliser ses activités quotidiennes. ∅ différence significative entre les deux groupes a/n de la qualité de vie, dépression, troubles de comportement et capacités cognitives. ↑ du fardeau subjectif de l'aidant dans le groupe d'intervention à la fin du traitement, mais pas de changement dans le groupe contrôle. ∅ différence significative entre les deux groupes a/n de la satisfaction en regard du traitement reçu. 6 mois post intervention, les capacités	Grand échantillon, devis robuste, mais le groupe contrôle apparaît hétérogène et arbitraire.	Format individuel, aidant impliqué, objectifs de traitement personnalisés. Utilisation d'aide-mémoires, introduction à une routine quotidienne, organisation d'une journée, planification d'une activité et réminiscence.

				cognitives ont moins détérioré dans le groupe d'intervention, mais $\emptyset$ stat. significatif. Les deux groupes démontraient un déclin similaire a/n de la capacité fonctionnelle. Tendance statistique pour l'amélioration de la qualité de vie rapportée par le groupe d'intervention qui n'était pas confirmée par les proches aidants. Tendance statistique observée concernant la satisfaction du client en faveur du groupe d'intervention.		
Woods <i>et al.</i> (2012)	Méta-analyse	Évaluer l'efficacité et l'impact des interventions de stimulation cognitive visant l'amélioration de la cognition chez les personnes avec démence, incluant les effets négatifs ; indiquer la nature et la qualité des évidences scientifiques disponibles ; analyser si la stimulation cogn. est appropriée pour les personnes avec démence et identifier des facteurs associés avec son efficacité.	Démence Alzheimer, mixte ou vasculaire, stade léger à modéré. Âge d'en moyenne 70 ans et plus. Vivant en résidence pour personnes âgées, avec services ou non, ou encore à l'hôpital ou en communauté.	Les programmes de stimulation cogn améliorent la cognition chez les personnes avec démence lég-mod, peu importe les effets de la médication. Dans une analyse primaire, bénéfice clair sur la fonction cognitive associé avec la stimulation cogn., ce qui est demeuré significatif au suivi après les interventions, 1 à 3 mois post interventions. Dans des analyses secondaires avec échantillons plus petits, bénéfices notés a/n de la qualité e vie et du bien-être (données subjectives) ; a/n de la communication, de la qualité de vie et du bien-être (auto-évaluation), ainsi que a/n de la communication et de l'interaction sociale (éval par le personnel). $\emptyset$ différence notée en relation à l'humeur (auto-évaluation ou évaluation par le personnel), AVQ, fonction comportementale générale	Rigueur dans la méthodologie de sélection et d'analyse des études. Toutes les études sélectionnées étaient des essais contrôlés randomisés. Biais possibles liés à la qualité des études sélectionnées.	Format de groupe (5 à 7 pers.), sauf 1 étude en individuel. Discussions sur des sujets d'intérêt général, événements historiques, gens célèbres. Exercices visuo-spatiaux, d'attention ou de mémoire. Utilisation d'horloges, calendriers, journaux, notes et photographies. Dessin, association de mots, catégorisation, identification d'objets. Souvenirs du passé, utilisation de l'argent, orientation. Enseignement sur la maladie, liens avec la vie quotidienne. Activités de réminiscence. Planification d'activités. Questions et discussions sur différents sujets. Aidant encourageant l'utilisation d'aide-mémoires à domicile et stimulant la conversation axée sur la réalité au quotidien.

				ou problème de comportement. ∅ différence notée a/n des études rapportant des résultats évalués par les aidants. ∅ d'indication d'↑ de la pression sur la famille/ aidants dans l'étude où ceux-ci étaient entraînés à donner l'intervention.		
Aguirre <i>et al.</i> (2013)	Étude d'intervention	Investiguer les facteurs pouvant influencer la réponse aux traitements de stimulation cognitive chez les personnes atteintes de démence.	Démence, 50 % des participants vivent en communauté, 50 % sont en maison de soins.	Les interventions de stimulation cognitive améliorent la qualité de vie. Les bénéfices de la stimulation cognitive sont indépendants de la prise de médication. Un âge plus avancé était associé avec des bénéfices cognitifs, tout comme le genre féminin. Les patients vivant en maison de soins présentent une meilleure amélioration a/n de la qualité de vie, mais les personnes vivant en communauté semblent bénéficier plus au niveau des problèmes de comportement	∅ de groupe contrôle, résultats comparés à ceux d'un essai contrôlé randomisé étudiant le même type de population. Large échantillon, de différents centres (↓ biais de sélect.). Outils avec bonnes qualités métrol. pour la mesure des résultats.	Format de groupe. Adoption de principes directeurs (incluant utilisation de nouvelles idées, pensées, association), orientation, focus sur les opinions plutôt que sur les faits, réminiscence pour aider l'ici et maintenant, fournir des leviers pour aider le rappel, focus sur l'apprentissage implicite plutôt que explicite. Stimuler le langage, les fonctions exécutives. Centré sur la personne.
Bahar-Fuchs <i>et al.</i> (2013)	Méta-analyse	Évaluer l'efficacité et l'impact de l'entraînement cognitif et de la réadaptation cognitive chez les personnes atteintes de démence légère de type Alzheimer ou vasculaire ; considérer la nature et la qualité des données probantes disponibles sur le sujet provenant d'essais contrôlés randomisés,	Démence Alzheimer, vasculaire ou mixte, peu importe l'âge. Vivant à domicile ou en résidence, suivis en externe ou centre de jour (critères d'inclusion). Dans une des études sélectionnées, le groupe d'intervention était composé de 6 personnes vivant à	Les données probantes disponibles concernant l'entraînement cognitif demeurent restreintes et la qualité de ces données doit être améliorée. Pas d'indication concernant des bénéfices significatifs dérivant de l'entraînement cognitif. Les résultats du seul essai contrôlé randomisé concernant la réadaptation cognitive s'avèrent prometteurs, mais sont préliminaires.	Plusieurs des études sélectionnées présentaient une puissance statistique limitée pour détecter les effets, ce qui peut souvent être associé à un échantillonnage de petite taille. Certaines études avait un groupe	Exercices d'attention, lecture, concentration et mémoire. Résolution de tâches motrices, perceptuelles, de mémoire. Résolution de problème, conversation, élaboration verbale. Récupération de l'espace, associations visage-nom. Stratégies d'adaptation, aide-mémoires. Catégorisation, visualisation, apprentissage d'une liste de mots. Orientation temps-espace. Manipulation d'objets, calcul d'achat, entraînement sur

		ainsi qu'aider à déterminer l'adéquation des interventions d'entraînement cognitif et de réadaptation cognitive offertes aux personnes souffrant d'un début de démence.	domicile et 4 personnes étant à l'hôpital.		contrôle qui recevait un traitement actif différent du groupe d'intervention, ce qui peut masquer les bénéfices du groupe d'intervention. La qualité générale des études était basse à moyenne. Rigueur de la démarche de sélection.	ordinateur. Techniques pour apprentissage de nouvelles informations.
Hopper <i>et al.</i> (2013)	Revue systématique	Évaluer l'état actuel des données probantes en lien avec les interventions cognitives chez les individus souffrant d'Alzheimer ou autres démences associées.	18 ans ou plus souffrant de démence, avec ou sans diagnostic. Pas d'information sur l'habitat des participants.	Plusieurs études ont démontré une efficacité d'interventions au niveau de l'enseignement de l'information factuelle. 6 études montrent un effet positif sur l'apprentissage alors que 3 études n'avaient pas de résultats significatifs à ce niveau. 11 études ont montré des résultats individuels prometteurs, mais globalement, leurs résultats s'avèrent non concluants. L'instruction verbale via un dispositif électronique démontre un effet statistiquement positif sur la réalisation des AVQ chez les personnes ayant une démence lég à mod. La combinaison de différentes approches pour l'entraînement de la mémoire procédurale démontre également des résultats positifs.	Qualité métho. variable d'1 étude à 1 autre, ce qui peut influencer la validité des résultats. Méthodologie de la revue syst. qui apparaît robuste à 1 <sup>ère</sup> vue, analyse des résultats détaillée, recherche faite sur de nombreuses bases de données. Résultats séparés en différentes catégories selon les caractéristiques des études et des interventions.	Entraînement à la récupération de l'espace, apprentissage sans erreur. Stratégies d'instructions verbales, disparition d'indices. Rappel d'informations factuelles par l'association entre visages, noms, occupations, objets et photos. Résolution de problème procédurale.

Huckans <i>et al.</i> (2013)	Revue systématique	Évaluer l'efficacité des thérapies de réadaptation cognitive pour les personnes souffrant de troubles cognitifs légers.	Adultes vivant en communauté et présentant des troubles cognitifs légers, sans diagnostic de démence.	De façon générale, résultats encourageants, mais non concluants a/n statistique. 10 études ont montré une association des interventions avec l'amélioration significative dans au moins un domaine cognitif, mais ceci était difficile à mettre en effet selon les auteurs. Une étude a montré une amélioration significative de son intervention a/n de l'attention, alors qu'aucune des trois études portant sur la mémoire n'a montré de résultats significatifs dans tout domaine cognitif, incluant la mémoire. Une étude a montré des résultats positifs a/n du fonctionnement quotidien.	Études sélectionnées très différentes en termes de variables analysées. Interventions étudiées non basées sur un modèle théorique. Qualité limitée des études sélectionnées, manque de rigueur scientifique. Biais de sélection (recherche dans Pubmed seulement).	Enseignement sur le mode de vie, sur le vieillissement. Entraînement à la restructuration cognitive, processus d'attention-information. Exercices de compréhension, de mémoire. Stratégies compensatoires pour la mémoire. Gestion du stress, relaxation, activités récréatives. Rémiscence, activités psychomotrices, activités sociales, discussions de groupe. Stratégies d'adaptation, d'organisation. Tâches papier-crayons et orales pour pratiquer l'attention et les fonctions exécutives. Certaines études portaient sur des exercices physiques.
Hshieh <i>et al.</i> (2015)	Méta-analyse	Réaliser une revue syst. des études associées aux interventions non pharmacologiques multidimensionnelles pour le délirium ; produire une méta-analyse quantitative évaluant les effets et évaluer si la qualité des études analysées, en considérant les risques de biais, a influencé l'efficacité.	65 ans et plus, délirium, clientèle hospitalisée.	Taux de délirium 53 % plus faible chez les groupes d'intervention. Taux de chute 63 % plus faible chez les groupes d'intervention. Durée de séjour et taux d'institutionnalisation : tendance à être plus faible chez les groupes d'intervention. Amélioration du statut fonctionnel et de l'état cognitif chez les groupes d'intervention, mais la différence n'était pas statistiquement significative.	Critères de sélection précis, sélectivité assurant la qualité des études analysées. Doubles évaluateurs pour l'analyse.	Selon la littérature, les interventions nonpharmacologiques pour le délirium incluent : cognition ou orientation, mobilisation précoce, audition, préservation du cycle sommeil-éveil, vision et hydratation. Pas plus de détails fournis par les auteurs.

## ANNEXE 5

### Évaluation des questions – Pré-test pour guides d’entrevue

*Le but de la collecte de données est de documenter la problématique concernant la fragilité cognitive et les conséquences associées chez les personnes âgées hospitalisées en soins aigus, du point de vue des intervenants et gestionnaires du CHRDL.*

*Fragilité cognitive = démence, délirium, troubles cognitifs légers, antécédents de délirium, risques de délirium, etc.*

1. Est-ce que la formulation des questions :
  - a. Est non biaisée (n’influence pas le choix des réponses), neutre?
  - b. Est non menaçante ou non offensante pour le répondant?
  - c. Utilise des mots simples?
  - d. Est claire?
  - e. Est unidimensionnelle (évite les questions doubles, les «et» «ou»)?
  
2. Est-ce que l’ordre des questions est adéquat?
  
3. Autres commentaires?

## ANNEXE 6

### GUIDE D'ENTREVUE POUR LES PRÉPOSÉS AUX BÉNÉFICIAIRES – REA 106 – ANNIE LEGAULT

1. Plusieurs personnes âgées hospitalisées en soins aigus présentent un état cognitif fragile, ou peuvent être plus confuses. Selon vous, qu'est-ce qui peut causer cette fragilité au niveau cognitif?
2. Actuellement, sur le terrain, qu'est-ce que vous faites lorsque vous avez un patient qui présente de la confusion?
3. Selon vous, avez-vous un rôle à jouer auprès des personnes âgées qui présentent de la confusion?
  - a. Si oui, lequel?
  - b. Si non, qui sont les intervenants les mieux placés pour intervenir auprès de ces personnes?
4. Vous sentez-vous à l'aise d'intervenir auprès des personnes âgées qui sont plus confuses?
  - a. Pourquoi?
  - b. Y a-t-il des choses que vous trouvez plus difficiles avec cette clientèle?
  - c. Vous sentez-vous suffisamment outillés pour répondre à leurs besoins?
    - i. Vous manque-t-il quelque chose pour mieux répondre à leurs besoins?
5. Croyez-vous que les services offerts au CHRDL sont adéquats pour répondre aux besoins des patients âgés fragiles au niveau cognitif?
  - a. Pourquoi?
  - b. Que faudrait-il pour améliorer ces services?
6. L'AAPA prévoit des interventions (systématiques, spécifiques, spécialisées) à réaliser par les PAB's et les autres intervenants pour prévenir ou traiter les difficultés liées à la confusion (délirium ou autres difficultés cognitives).
  - a. Connaissez-vous l'AAPA?
  - b. Qu'en pensez-vous?
  - c. Croyez-vous que les interventions de l'AAPA fonctionnent?
  - d. Qu'est-ce qui ne fonctionne pas?
7. Croyez-vous que les proches des patients ont un rôle à jouer auprès des personnes âgées qui présentent de la confusion?
  - a. Si oui, de quelle façon?

## ANNEXE 7

### GUIDE D'ENTREVUE POUR LES INFIRMIERS(ÈRES) – REA 106 – ANNIE LEGAULT

1. Plusieurs personnes âgées hospitalisées en soins aigus présentent un état cognitif fragile, ou peuvent être plus confuses. Selon vous, qu'est-ce qui peut causer cette fragilité au niveau cognitif?
2. Je vais aborder différents diagnostics et j'aimerais que vous me disiez ce que vous faites lorsque vous avez un patient qui présente :
  - a. Démence
  - b. Délirium (faites-vous de la prévention)
  - c. TCL
  - d. Confusion sans dx
3. Selon vous, avez-vous un rôle à jouer auprès des personnes âgées qui présentent état cognitif fragile?
  - a. Si oui, lequel?
  - b. Si non, qui sont les intervenants les mieux placés pour intervenir auprès de ces personnes?
4. Vous sentez-vous à l'aise d'intervenir auprès des personnes âgées qui présentent un état cognitif fragile ou qui sont plus confuses?
  - a. Pourquoi?
  - b. Y a-t-il des choses que vous trouvez plus difficiles avec cette clientèle?
  - c. Vous sentez-vous suffisamment outillés pour répondre à leurs besoins?
    - i. Vous manque-t-il quelque chose pour mieux répondre à leurs besoins?
5. Croyez-vous que les services offerts au CHRDL sont adéquats pour répondre aux besoins des patients âgés fragiles au niveau cognitif?
  - a. Pourquoi?
  - b. Que faudrait-il pour améliorer ces services?
6. L'AAPA prévoit des interventions (systématiques, spécifiques, spécialisées) à réaliser par les infirmières et les autres intervenants pour prévenir ou traiter les difficultés liées au délirium ou autres difficultés cognitives.
  - a. Connaissez-vous l'AAPA?
  - b. Que pensez-vous de l'AAPA?
  - c. Croyez-vous que les interventions de l'AAPA fonctionnent?
  - d. Qu'est-ce qui ne fonctionne pas?
7. Croyez-vous que les proches des patients ont un rôle à jouer auprès des personnes âgées qui présentent un état cognitif fragile?
  - a. Si oui, de quelle façon?

## ANNEXE 8

### GUIDE D'ENTREVUE POUR LES GESTIONNAIRES – REA 106 – ANNIE LEGAULT

1. Plusieurs personnes âgées hospitalisées en soins aigus présentent un état cognitif fragile, ou peuvent être plus confuses. Selon vous, qu'est-ce qui peut causer cette fragilité au niveau cognitif?
2. Comment vous percevez votre rôle au CHRDL pour les personnes âgées qui présentent un état cognitif fragile?
3. Croyez-vous que le personnel infirmier du CHRDL possède les compétences requises pour intervenir auprès des personnes âgées qui présentent un état cognitif fragile?
  - a. Croyez-vous qu'il est suffisamment outillé pour répondre à leurs besoins?
    - i. Lui manque-t-il quelque chose pour mieux répondre à leurs besoins?
4. Croyez-vous que les PAB's du CHRDL possèdent les compétences requises pour intervenir auprès des personnes âgées qui présentent un état cognitif fragile?
  - a. Croyez-vous qu'ils sont suffisamment outillés pour répondre à leurs besoins?
    - i. Leur manque-t-il quelque chose pour mieux répondre à leurs besoins?
5. Croyez-vous que les services directs aux patients (sur les étages, urgence ou soins intensifs) offerts au CHRDL sont adéquats pour répondre aux besoins des patients âgés fragiles au niveau cognitif?
  - a. Pourquoi?
  - b. Que faudrait-il pour améliorer ces services?
6. L'AAPA prévoit des interventions (systématiques, spécifiques) à réaliser par les différents intervenants pour prévenir ou traiter les difficultés liées au délirium ou autres difficultés cognitives.
  - a. Que pensez-vous de l'AAPA?
  - b. Croyez-vous que les interventions de l'AAPA fonctionnent?
  - c. Qu'est-ce qui ne fonctionne pas?
7. Croyez-vous que les proches des patients ont un rôle à jouer auprès des personnes âgées qui présentent un état cognitif fragile?
  - a. Si oui, de quelle façon?
  - b. Croyez-vous qu'ils soient suffisamment outillés?

**ANNEXE 9****Progression du canevas investigatif (questionnement analytique)**

Version 1	Version 2	Version 3
<p>(Gestionnaires, infirmières et PAB's) Plusieurs personnes âgées hospitalisées en soins aigus présentent un état cognitif fragile, ou peuvent être plus confus. Selon vous, qu'est-ce qui peut causer cette fragilité au niveau cognitif?</p>	<p>Qu'est-ce que les PAB's, infirmières et gestionnaires connaissent des causes de la confusion des personnes âgées hospitalisées?</p>	<p>Causes de la confusion chez les personnes âgées hospitalisées</p> <p>Selon les PAB's Selon les infirmières Selon les gestionnaires</p>
<p>(Infirmières) Je vais aborder différents diagnostics et j'aimerais que vous me disiez ce que vous faites lorsque vous avez un patient qui présente :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Démence</li> <li>Délirium (faites-vous de la prévention)</li> <li>TCL</li> <li>Confusion sans diagnostic</li> </ul> <p>(PAB'S) Actuellement, sur le terrain, qu'est-ce que vous faites lorsque vous avez un patient qui présente de la confusion?</p>	<p>Quelles sont les interventions faites par les PAB's et les infirmières auprès des personnes confuses?</p>	<p>Interventions réalisées auprès des personnes confuses</p> <p>Par les PAB's Par les infirmières</p>
<p>(Gestionnaires) Comment percevez-vous votre rôle au CHRDL pour les personnes âgées qui présentent un état cognitif fragile?</p>	<p>Comment les intervenants définissent-ils leur rôle auprès des personnes âgées fragiles au niveau cognitif?</p>	<p>Comment les intervenants définissent-ils leur rôle auprès des personnes âgées fragiles au niveau cognitif?</p>

<p>(Infirmières et PAB's) Selon vous, avez-vous un rôle à jouer auprès des personnes âgées qui présentent état cognitif fragile?</p> <p>Si oui, lequel?</p> <p>Si non, qui sont les intervenants les mieux placés pour intervenir auprès de ces personnes?</p>	<p>PAB's Infirmières Gestionnaires</p>	<p>PAB's Infirmières Gestionnaires</p>
<p>(Infirmières et PAB's) Vous sentez-vous à l'aise d'intervenir auprès des personnes âgées qui présentent un état cognitif fragile ou qui sont plus confuses?</p> <p>Pourquoi?</p> <p>Y a-t-il des choses que vous trouvez plus difficiles avec cette clientèle?</p> <p>Vous sentez-vous suffisamment outillés pour répondre à leurs besoins?</p> <p>Vous manque-t-il quelque chose pour mieux répondre à leurs besoins?</p>	<p>Les intervenants sont-ils à l'aise d'intervenir avec les personnes âgées fragiles au niveau cognitif?</p> <p>Ce qui est plus difficile</p> <p>Ce qui leur manque</p>	<p>Les intervenants sont-ils à l'aise d'intervenir avec les personnes âgées fragiles au niveau cognitif?</p> <p>Qu'est-ce qui fait en sorte que les intervenants sont à l'aise de travailler avec les personnes âgées fragiles au niveau cognitif?</p> <p>Qu'est-ce qui fait en sorte que les intervenants ne sont pas à l'aise de travailler avec les personnes âgées fragiles au niveau cognitif?</p> <p>Ce qu'il manque pour être à l'aise d'intervenir avec un usager âgé fragile au niveau cognitif</p>
<p>(Gestionnaires) Croyez-vous que le personnel infirmier du CHRDL possède les compétences requises pour intervenir auprès des personnes âgées qui présentent un état cognitif fragile?</p>	<p>Selon les gestionnaires, est-ce que les infirmières possèdent les compétences nécessaires pour intervenir auprès des personnes âgées fragiles au niveau cognitif?</p> <p>Ce qui manque aux infirmières, selon les</p>	

<p>Croyez-vous qu'il est suffisamment outillé pour répondre à leurs besoins?</p> <p>Lui manque-t-il quelque chose pour mieux répondre à leurs besoins?</p>	<p>gestionnaires, pour mieux intervenir auprès des usagers âgés fragiles au niveau cognitif</p>	<p>Perception des gestionnaires au sujet de la compétence des intervenants (PAB's et infirmières) pour intervenir auprès des personnes âgées fragiles au niveau cognitif</p>
<p>(Gestionnaires)</p> <p>Croyez-vous que les PAB's du CHRDL possèdent les compétences requises pour intervenir auprès des personnes âgées qui présentent un état cognitif fragile?</p> <p>Croyez-vous qu'ils sont suffisamment outillés pour répondre à leurs besoins?</p> <p>Leur manque-t-il quelque chose pour mieux répondre à leurs besoins?</p>		<p>Ce qu'il manque aux intervenants, selon les gestionnaires, pour mieux intervenir auprès des usagers âgés fragiles au niveau cognitif</p> <p>PAB's Infirmières</p>
<p>(Gestionnaires, infirmières et PAB's)</p> <p>Croyez-vous que les services offerts au CHRDL sont adéquats pour répondre aux besoins des patients âgés fragiles au niveau cognitif?</p> <p>Pourquoi?</p> <p>Que faudrait-il pour améliorer ces services?</p>	<p>Est-ce que les participantes croient que les services offerts au CHRDL sont adéquats pour répondre aux besoins des patients âgés fragiles au niveau cognitif?</p> <p>Que manque-t-il?</p>	<p>Les services offerts au CHRDL pour la clientèle âgée fragile au niveau cognitif sont-ils adéquats?</p> <p>Selon les PAB's Selon les infirmières Selon les gestionnaires</p> <p>Ce qu'il manque pour améliorer les services offerts aux usagers âgés et fragiles au niveau cognitifs?</p> <p>Selon les PAB's Selon les infirmières Selon les gestionnaires</p>
<p>(Gestionnaires, infirmières et PAB's)</p>	<p>Est-ce que les intervenants (PAB's,</p>	<p>Qu'est-ce que les intervenants connaissent de</p>

<p>L'AAPA prévoit des interventions (systématiques, spécifiques) à réaliser par les différents intervenants pour prévenir ou traiter les difficultés liées au délirium ou autres difficultés cognitives.</p> <p>Que pensez-vous de l'AAPA?</p> <p>Croyez-vous que les interventions de l'AAPA fonctionnent?</p> <p>Qu'est-ce qui ne fonctionne pas?</p> <p>(Infirmières et PAB's) Connaissez-vous l'AAPA?</p>	<p>infirmières) connaissent l'AAPA?</p> <p>Si oui, qu'en pensent-ils?</p>	<p>l'AAPA?</p> <p>PAB's Infirmières</p> <p>Quelle est l'opinion des participantes au sujet de l'AAPA?</p> <p>PAB's Infirmières Gestionnaires</p> <p>Obstacles à l'implantation de l'AAPA</p> <p>Gestionnaires</p>
<p>(Gestionnaires, infirmières et PAB's) Croyez-vous que les proches des patients ont un rôle à jouer auprès des personnes âgées qui présentent un état cognitif fragile?</p> <p>Si oui, de quelle façon?</p> <p>(Gestionnaires) Croyez-vous qu'ils soient suffisamment outillés?</p>	<p>Est-ce que les participantes croient que les proches ont un rôle à jouer auprès des personnes âgées qui présentent un état cognitif fragile?</p> <p>Si oui, lequel?</p>	<p>Est-ce que les proches ont un rôle à jouer auprès des personnes âgées fragiles au niveau cognitif?</p> <p>Selon les PAB's Selon les infirmières Selon les gestionnaires</p> <p>Quel est le rôle des proches auprès des personnes âgées fragiles au niveau cognitif?</p> <p>Selon les PAB's Selon les infirmières Selon les gestionnaires</p>

## ANNEXE 10

### Synthèse des données d'entrevues

#### 1. Les causes de la confusion chez les personnes âgées hospitalisées

- a. selon les PAB's :
  - i. Changement d'environnement : ils perdent leurs repères, ne plus avoir ses choses
  - ii. Leur état de santé, entre autres : malnutrition, manque d'hydratation, faible apport alimentaire
  - iii. Contention
  - iv. Les va-et-vient dans la chambre, le personnel qui ne se présente pas à l'utilisateur
  - v. Sans cause précise
  - vi. Anxiété liée à l'hospitalisation
- b. selon les infirmières :
  - i. Changement d'environnement, transferts durant l'hospitalisation, déplacements durant l'hospitalisation (examens)
  - ii. Médication
  - iii. La maladie sous-jacente, par exemple : démence
  - iv. Facteurs environnementaux : bruits, présence de multiples personnes
  - v. Maladie aiguë : infection urinaire, infection pulmonaire, déséquilibre électrolytique
  - vi. Anesthésie
  - vii. Déshydratation
  - viii. Causes multiples possibles
- c. selon les gestionnaires :
  - i. Changement d'environnement
  - ii. Changement de l'état de santé : infection urinaire, déséquilibre au niveau des laboratoires
  - iii. Facteurs liés à l'environnement : personnel non habitué, personnel qui ne se présente pas à l'utilisateur, approche inadéquate du personnel
  - iv. Mauvaise hydratation

#### 2. Les interventions réalisées auprès des personnes confuses

- a. Par les PAB's :
  - i. Approche : douce, respectueuse, à l'écoute, avec humour et sourire
  - ii. Mobiliser les usagers
  - iii. Comblent les besoins de base : hydratation, élimination, alimentation
  - iv. Orienter la personne dans les 3 sphères
  - v. Discuter avec les usagers

- vi. Stimuler l'autonomie en favorisant la participation maximale dans les activités
- vii. Analyser la personne avant d'intervenir
- viii. Selon le niveau de confusion : si un usager est trop confus, quitter pour revenir plus tard
- ix. Aviser l'infirmière au besoin (par exemple : si un usager est trop confus)
- x. Jeu
- b. Par les infirmières :
  - i. Délirium
    1. Similaires aux autres types de confusion
    2. Agir avec précaution
    3. Discuter avec l'usager
    4. Médication
    5. Orienter la personne dans les 3 sphères
    6. Pas de prévention
    7. Prévention : orienter dans les 3 sphères, discuter avec l'usager
    8. Observation et rapport au médecin au besoin
    9. Peu à faire
    10. Évaluation
    11. Environnement : intégrer des objets familiers dans la chambre
    12. Surveillance plus régulière au besoin
    13. Communication avec les PAB's pour s'assurer que les besoins de base soient comblés (ex : amener à la toilette)
  - ii. Démence
    1. Orienter dans les 3 sphères
    2. Approche douce et non intrusive
    3. Évaluation (ex : questions à la famille sur le fonctionnement antérieur, CAM)
    4. Demander la présence de la famille si possible
    5. Sensoriel : s'assurer que la personne porte ses lunettes
    6. Contention chimique si nécessaire
    7. Surveillance plus régulière au besoin
  - iii. TCL
    1. Similaires aux autres types de confusion
    2. Orienter dans les 3 sphères
    3. Approche douce
    4. Évaluation
    5. Comblers ses besoins de base

iv. Confusion sans diagnostic

1. Évaluation

**3. Comment les intervenants définissent-ils leur rôle auprès des personnes âgées fragiles au niveau cognitif?**

a. PAB's :

- i. Ça fait partie de leurs tâches de travail, d'être présente
- ii. Faire en sorte que le séjour à l'hôpital soit plus agréable, leur apporter du réconfort
- iii. S'assurer que les soins de base soient donnés (alimentation, hygiène)
- iv. Travailler en équipe
- v. Établir lien de confiance avec l'utilisateur
- vi. Maintenir l'autonomie de la personne

b. Infirmières :

- i. Observation, évaluation
- ii. Communication et travail d'équipe
- iii. Rassurer les usagers
- iv. Rapporter les informations au médecin traitant
- v. Dépistage
- vi. Intervention

c. Gestionnaires :

- i. Organisation des services à l'utilisateur (incluant l'environnement dans la chambre)
- ii. S'assurer d'une approche adéquate par les intervenants sur le plancher, coordonner la mise en place d'une approche adaptée pour les personnes âgées fragiles au niveau cognitif
- iii. Fournir la formation et le matériel nécessaire aux intervenants
- iv. Connaître les besoins des usagers hospitalisés sur son unité pour ajuster les services au besoin
- v. Favoriser le travail d'équipe entre les intervenants

**4. Les intervenants sont-ils à l'aise d'intervenir avec les personnes âgées fragiles au niveau cognitif?**

a. PAB's :

- i. Ça dépend
- ii. Oui, mais c'est plus difficile
- iii. Oui
- iv. Au début, non, mais maintenant, n'est plus dérangée
- v. Parfois pas totalement à l'aise

b. Infirmières :

- i. Oui (X3)
- ii. Ça dépend de la confusion

- 5. Qu'est-ce qui fait en sorte que les intervenants sont à l'aise de travailler avec les personnes âgées fragiles au niveau cognitif?**
- a. Selon les PAB's :
    - i. Lorsque les interventions de base fonctionnent (cas simple)
  - b. Selon les infirmières :
    - i. Le fait d'avoir des outils de travail adéquats
- 6. Qu'est-ce qui fait en sorte que les intervenants ne sont pas à l'aise de travailler avec les personnes âgées fragiles au niveau cognitif?**
- a. Selon les PAB's :
    - i. Cas complexes (refus, agressivité, incompréhension de la part de l'utilisateur, collaboration limitée, comportements perturbateurs)
  - b. Selon les infirmières :
    - i. Condition et comportement de l'utilisateur (incompréhension, collaboration limitée, agressivité)
    - ii. Gestion des risques de chute et de l'application des mesures de contention
    - iii. Environnement peu facilitant (exemple : chambre de l'utilisateur loin du poste des infirmières)
- 7. Ce qu'il manque pour être à l'aise d'intervenir avec un usager âgé fragile au niveau cognitif :**
- a. Selon les PAB's :
    - i. Meilleure communication avec les infirmières et avec les familles
    - ii. Un service entre le patient et l'extérieur (surtout lorsque celui-ci a un très faible réseau social)
    - iii. Manque de personnel / temps.
    - iv. Techniques d'approche adaptée
    - v. Formation
    - vi. Informations sur l'utilisateur
    - vii. Outils de travail appropriés
  - b. Selon les infirmières :
    - i. Manque de temps / personnel
    - ii. Outils de travail appropriés
    - iii. Meilleure disposition de l'environnement pour offrir une surveillance
- 8. Selon les questionnaires, est-ce que les intervenants possèdent les compétences nécessaires pour intervenir auprès des personnes âgées fragiles au niveau cognitif?**
- a. PAB's :
    - i. Définitivement, non
    - ii. À améliorer
  - b. Infirmières :
    - i. Non

- ii. Sur l'unité de gériatrie, oui, car c'est une unité spécifique pour cette clientèle

**9. Ce qui manque aux intervenants, selon les gestionnaires, pour mieux intervenir auprès des usagers âgés fragiles au niveau cognitif**

- a. PAB's :
  - i. Connaissances / formation (AAPA)
  - ii. Outils cliniques
  - iii. Temps
  - iv. Stabilité du personnel (pour pouvoir développer une expertise)
  - v. Communication adéquate avec les infirmières
- b. Infirmières :
  - i. Connaissances / formation
  - ii. Temps
  - iii. Approche biopsychosociale

**10. Les services offerts au CHRDL pour la clientèle âgée fragile au niveau cognitif sont-ils adéquats?**

- a. Selon les PAB's :
  - i. Ne sait pas
  - ii. Non
  - iii. Oui
- b. Selon les infirmières :
  - i. Oui (X2)
  - ii. Oui nuancé
- c. Selon les gestionnaires :
  - i. Non
  - ii. Non, surtout à l'urgence

**11. Ce qu'il manque pour améliorer les services offerts aux usagers âgés et fragiles au niveau cognitifs?**

- a. Selon les PAB's :
  - i. Unités spécifique pour cette clientèle
  - ii. Stabilité de personnel
  - iii. Temps
  - iv. Plus de personnel (entre autres : plus de services privés)
  - v. Formation
- b. Selon les infirmières :
  - i. Plus de personnel
  - ii. Formation
  - iii. Temps
  - iv. Meilleure communication entre les intervenants
- c. Selon les gestionnaires :
  - i. Suivi au niveau de l'implantation de l'AAPA

- ii. Manque de lit
- iii. Équipe multi dédiée à la clientèle
- iv. Meilleure identification des usagers âgés fragiles au niveau cognitif
- v. Environnement adapté à la clientèle
- vi. Meilleure organisation des transferts entre les unités de soins
- vii. Meilleure prise en charge avant l'hospitalisation (incluant les soins à domicile)
- viii. Plus de personnel
- ix. Décisions organisationnelles qui tiennent compte de cette clientèle

**12. Les intervenants connaissent-ils l'AAPA?**

- a. PAB's :
  - i. Non (X4)
  - ii. Partiellement (X1) : connaît quelques éléments, mais n'a pas eu la formation
- b. Infirmières :
  - i. Non (X2)
  - ii. Oui, mais n'ont pas eu la formation (X2)
  - iii. Oui, a eu la formation (X1)

**13. Quelle est l'opinion des intervenants au sujet de l'AAPA?**

- a. Selon les PAB's :
  - i. Non nécessaire
  - ii. Approche idéale, il faudrait que tous les intervenants aient cette formation
  - iii. Actuellement, il y a des incohérences entre ce qui est recommandé par cette approche et ce qui est fait auprès de la clientèle
  - iv. Approche qui demande plus de temps direct auprès du patient
  - v. Peut fonctionner si c'est réellement appliqué et les intervenants ont le temps de le faire
- b. Selon les infirmières :
  - i. Permet une meilleure évaluation de l'utilisateur, donc une meilleure intervention qui en découle
  - ii. C'est plus global que ce qu'elles font actuellement
  - iii. Peut fonctionner si tous les intervenants impliqués auprès de l'utilisateur collaborent
  - iv. Les notes d'évolution basées sur l'AAPA sont plus claires, permettent un meilleur suivi
- c. Gestionnaires :
  - i. Approche excellente
  - ii. Doit être intégrée à la pratique de tous les intervenants

**14. Les obstacles à l'implantation de l'AAPA selon les gestionnaires**

- a. Manque de pérennité dans la formation

- b. Manque de temps
- c. Vision des PAB's face à l'intervention auprès de la personne âgée
- d. Manque de communication entre les PAB's et les infirmières
- e. Enjeux de hiérarchie entre les PAB's et les infirmières
- f. Manque de champion de l'AAPA, manque de soutien direct aux intervenants dans l'application de l'approche

**15. Est-ce que les proches ont un rôle à jouer auprès des personnes âgées fragiles au niveau cognitif?**

- a. Selon les PAB's :
  - i. Oui
- b. Selon les infirmières :
  - i. Oui
- c. Selon les gestionnaires :
  - i. Oui

**16. Quel est le rôle des proches auprès des personnes âgées fragiles au niveau cognitif?**

- a. Selon les PAB's :
  - i. Donner de l'information aux intervenants sur l'usager
  - ii. Présence auprès de l'usager
  - iii. Fournir des biens personnels à l'usager
  - iv. Donner des soins à l'usager (pour diminuer la tâche des intervenants ou pour augmenter l'efficacité des interventions)
- b. Selon les infirmières :
  - i. Donner de l'information aux intervenants sur l'usager
  - ii. Stimuler l'usager dans les activités de la vie quotidienne
  - iii. Fournir des biens personnels à l'usager
  - iv. Donner des soins à l'usager (pour assurer une réussite de l'intervention, ou pour diminuer la tâche des intervenants)
  - v. Présence
- c. Selon les gestionnaires :
  - i. Présence
  - ii. Donner des soins à l'usager (pour assurer une réussite de l'intervention, ou pour diminuer la tâche des intervenants)
  - iii. Stimulation cognitive et stimulation dans les activités de la vie quotidienne

**17. Selon les gestionnaires, les proches sont-ils suffisamment outillés pour intervenir auprès de l'usager âgé et fragile au niveau cognitif?**

- a. Dans certains cas, oui et dans d'autres, non
- b. Oui sur l'unité de gériatrie, mais place à amélioration sur les autres unités

**18. Selon les gestionnaires, que manque-t-il aux proches pour mieux intervenir auprès de l'usager âgé et fragile au niveau cognitif?**

- a. Recevoir des services du CLSC
- b. Informations adéquates, enseignement

**ANNEXE 11****Composition des entrevues réalisées dans le cadre de l'objectif 1 du projet**

<b>Entrevues</b>	<b>Type de participantes</b>	<b>Nombre de participantes</b>
Entrevue #1	Gestionnaire de l'unité 6A du CHRDL (Gériatrie Active).	1
Entrevue #2	Gestionnaire des unités 2A et 3A du CHRDL (SARM et pneumologie).	1
Entrevue #3	Infirmière auxiliaire du CHRDL.	1
Entrevue #4	Infirmière auxiliaire du CHRDL.	1
Entrevue #5	Infirmières du CHRDL.	3
Entrevue #6	Préposée aux bénéficiaires du CHRDL.	1
Entrevue #7	Préposées aux bénéficiaires du CHRDL.	2
Entrevue #8	Préposées aux bénéficiaires du CHRDL.	2
<b>Type de participantes</b>		<b>Nombre total de participantes</b>
Gestionnaires		2
Infirmières		5
Préposées aux bénéficiaires		5

**ANNEXE 12****Caractéristiques des participantes aux entrevues (objectif 1 du projet)**

<b>PAB's</b>			
	Âge	Nombre d'années d'expérience en carrière	Nombre d'années d'expérience au CHRDL (en soins aigus)
#1	62 ans	10 ans	9 ans
#2	58 ans	16 ans	16 ans
#3	40 ans	6 ans	1 an
#4	19 ans	0.5 an	0.5 an
#5	21 ans	2 ans	1.5 an
<b>Infirmières</b>			
	Âge	Nombre d'années d'expérience en carrière	Nombre d'années d'expérience au CHRDL (en soins aigus)
#1	39 ans	13 ans	13 ans
#2	41 ans	16 ans	10 ans
#3	40 ans	14 ans	14 ans
#4	24 ans	3 ans	2 ans
#5	46 ans	18 ans	15 ans
<b>Gestionnaires</b>			
	Âge	Nombre d'années d'expérience en carrière	Nombre d'années d'expérience au CHRDL (en soins aigus)
#1	28 ans	2 ans	2 ans
#2	38 ans	6 ans	2 ans

**ANNEXE 13****Classification et description des résultats des entrevues**

<b>Sous-thèmes</b>	<b>Catégories de participantes</b>	<b>Description des résultats</b>
<i>Connaissances des participantes</i>		
Causes de la confusion chez la clientèle	Selon les PAB's	Les participantes ont discuté de ce qu'elles connaissaient des causes de la confusion chez les personnes âgées hospitalisées
	Selon les infirmières	
	Selon les gestionnaires	
Interventions réalisées auprès de la clientèle	PAB's	Les participantes ont abordé les interventions qu'elles effectuaient auprès des personnes âgées hospitalisées ayant un état cognitif fragile
	Infirmières	
Définition de leur rôle auprès de la clientèle	PAB's	Les participantes ont défini ce qu'elles jugeaient comme étant leur rôle par rapport aux personnes âgées hospitalisées présentant un état cognitif fragile
	Infirmières	
	Gestionnaires	
AAPA	PAB's	Les participantes ont rapporté ce qu'elles connaissaient de l'AAPA
	Infirmières	
<i>Sentiment de compétence</i>		
Niveau d'aisance des intervenants auprès de la clientèle	PAB's	Les participantes ont mentionné si elles étaient à l'aise ou non de travailler auprès de la clientèle-cible, ainsi que les facteurs qui influençaient positivement ou négativement ce niveau d'aisance
	Infirmières	
Niveau de compétence des intervenants auprès de la clientèle	Selon les gestionnaires	Les participantes ont discuté de leur perception de la compétence des PAB's et des infirmières dans leurs interventions auprès de la clientèle-cible, ainsi que des outils manquants pour améliorer leur compétence
<i>Organisation des services</i>		
Qualité des services	PAB's	Les participantes ont exprimé leur perception de la qualité des services offerts au CHRDL pour la
	Infirmières	

offerts à la clientèle	Gestionnaires	clientèle-cible, ainsi que des outils manquants pour l'amélioration de la qualité de ces services
AAPA	PAB's	Les participantes ont exprimé leur opinion par rapport à l'AAPA
	Infirmières	
	Gestionnaires	Les participantes ont exprimé leur opinion par rapport à l'AAPA, ainsi que les obstacles à son implantation
<i>Intégration des proches</i>		
Rôle des proches auprès de la clientèle	PAB's	Les participantes ont exprimé leur opinion sur la présence et la définition du rôle des proches auprès de la clientèle-cible
	Infirmières	
	Gestionnaires	

## **ANNEXE 14**

### **Contenu du dépliant informatif sur le délirium et les limitations associées**

Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière



### **État aigu de confusion ou délirium Informations à l'intention des usagers et des proches**

Juin 2016

Document réalisé par l'équipe des services gériatriques

### Qu'est-ce que le délirium?

Le délirium est un état confusionnel aigu qui se manifeste parfois chez les personnes âgées hospitalisées. Il est caractérisé par la présence d'un trouble de l'attention et un trouble des fonctions cognitives globales. Il peut apparaître en quelques heures ou jours et les symptômes peuvent fluctuer au cours d'une même journée ou d'un jour à l'autre. Le délirium peut disparaître en quelques heures ou persister plusieurs jours. Tout à coup, la personne n'est plus capable de réfléchir normalement, à sa vitesse habituelle, ou d'avoir des idées claires et cohérentes, sans nécessairement présenter d'agitation. Le délirium est habituellement transitoire et réversible.

### Quelles sont les causes du délirium?

Le délirium 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 (ex : démence, perte d'autonomie) pourra développer un delirium suite à une atteinte physique, psychologique ou une situation médicamenteuse ou environnementale plutôt bénigne (ex : infection urinaire, déménagement). À l'opposé, une personne âgée robuste développera un delirium que si elle est exposée à un facteur précipitant plus agressif, tel une chirurgie cardiaque. Les personnes souffrant de démence (ou maladie d'Alzheimer et maladies apparentées) sont plus à risque de développer un délirium, de même que les personnes ayant déjà fait un délirium.

Dès l'arrivée de la personne âgée à l'urgence, et pendant l'hospitalisation s'il y a lieu, la reconnaissance rapide et systématique de ces facteurs de risque est essentielle pour assurer un dépistage précoce du risque de délirium, prévenir son apparition, ou en réduire la durée ou la sévérité.

### Comment déceler le délirium et quoi faire?

Même si votre proche présentait ou non des problèmes cognitifs préalables, n'hésitez pas à parler avec son infirmière si vous notez des changements comparativement à son état habituel.

Voici des signes ou manifestations de changements pouvant indiquer la présence d'un délirium :  
(les signes les plus révélateurs sont indiqués en caractères gras italiques)

- ***Confusion inhabituelle ou changements brusques de la façon de parler ou d'agir ;***
- Incapacité à reconnaître un proche, à se situer dans le temps (jour de la semaine, date, saison) ou dans l'espace (la personne ne sait pas qu'elle est à l'hôpital) ;
- ***Difficulté à se concentrer lors d'une conversation ou d'une activité, à nommer des objets familiers ;***
- ***Distraction facile par un bruit inhabituel ;***
- ***Conversation illogique, hors de propos ou passant du coq-à-l'âne ;***

- Difficultés au niveau de la mémoire, nécessiter un rappel fréquent d'informations.
- ***Agitation ou, au contraire, réactions beaucoup plus lentes qu'à l'habitude (parfois même une somnolence excessive) ;***
- Peur, méfiance, anxiété, colère, irritabilité, agressivité, changements rapides d'humeur, tristesse ;
- Illusions (mal interpréter des paroles, des bruits, des choses que la personne voit, tel que voir un dessin sur un chandail alors qu'il ne s'agit que d'une saleté), ou hallucinations (entendre ou voir des choses qui ne sont pas présentes, tel qu'entendre le bruit d'une sirène alors qu'il n'y en a pas, ou voir des « bibittes ».
- Diminution subite de la capacité à s'alimenter, à s'habiller, ou à faire une activité habituelle.

Ces signes peuvent changer de façon marquée durant une même journée ou d'un jour à l'autre. Dès que vous en notez un, il est utile d'en parler à l'infirmière, car elle pourra alors y porter une attention particulière afin de détecter le plus rapidement possible l'apparition d'un délirium. Ceci permettra ensuite au médecin d'identifier les facteurs pouvant être en cause, de réajuster la médication au besoin et de mettre en place le traitement approprié.

Dans la plupart des cas, les épisodes de délirium finissent par se résoudre. Toutefois, on observe un délirium persistant dans 33 % des cas après 3 mois. Par ailleurs, certains symptômes peuvent persister jusqu'à 12 mois suite au début de l'épisode de délirium.

### **Comment agir avec une personne présentant un délirium?**

Si une personne près de vous présente des signes de délirium, il est normal de ressentir des émotions variées. Il demeure important d'assurer à la personne une présence rassurante, afin de contribuer à atténuer les signes et symptômes qu'elle présente.

Voici des pistes d'action susceptibles de contribuer au rétablissement de la personne ayant un délirium (pendant l'hospitalisation) :

#### **Environnement :**

- Maintenir un environnement calme autour de la personne ;
- Apportez-lui des objets familiers, des photos pour lui donner des repères ;
- Apportez-lui un calendrier écrit en gros caractères et rayez les journées passées ;
- Apportez-lui un cadran pour qu'elle puisse savoir l'heure ;
- Visitez régulièrement la personne, mais peu de visiteurs à la fois.

#### **Communication :**

- Essayez de la rassurer par un ton et des gestes doux et calmes ;
- Soyez chaleureux et respectueux ;
- Faites-lui porter ses lunettes, ses prothèses dentaires et auditives, s'il y a lieu, et assurez-vous qu'elles soient propres ;

- Donnez-lui des points de repère sur l'heure ou le moment de la journée, la date, où elle se trouve, les visiteurs qu'elle a eus, et ce, sans trop insister ;
- N'argumentez pas avec elle pour ne pas provoquer d'agressivité ;
- Adaptez-vous à son niveau d'attention et de concentration ;
- Essayez de décoder ses intonations, son expression faciale et sa posture, et de vous adapter en conséquence ;
- Aidez-là à exprimer ses besoins en lui demandant si elle a soif, si elle a faim, si elle a mal, si elle est fatiguée ou si elle a besoin d'aller à la toilette ;
- Évitez d'essayer de la convaincre qu'elle a tort lorsqu'elle voit quelque chose qui n'existe pas ; utilisez un ton doux pour lui dire que vous ne voyez pas la même chose qu'elle ;
- Parlez-lui lentement sans chuchoter et en utilisant des phrases courtes et simples ;
- Parlez de sujets que la personne connaît bien en fonction de ses intérêts : le métier que la personne a exercé, ses mets favoris, son milieu de vie, ses activités ou ses émissions préférées ;
- Utilisez l'humour, sans insister et sans confronter la personne.

#### **Interventions contribuant au rétablissement :**

- Faire des activités appréciées par la personne, en gardant un juste équilibre entre les périodes de repos, de conversation et d'activités ;
- Offrir à la personne à boire régulièrement, à moins de contre-indication de l'infirmière ;
- Faites marcher la personne selon les consignes de la physiothérapeute et de l'infirmière. L'alitement prolongé ne fera qu'accentuer le problème ;
- Si la personne a de la difficulté à dormir, faites-lui un massage du dos en soirée et offrez-lui de boire un breuvage chaud ne contenant pas de caféine après avoir vérifié auprès de l'infirmière qu'il n'y ait pas de contre-indication ;
- Faites participer la personne à ses activités quotidiennes (hygiène, habillage, etc.) selon les consignes de l'ergothérapeute et de l'infirmière ;
- Renseignez-vous au besoin sur les moyens entrepris pour éviter le plus possible le recours aux contentions, car l'utilisation de cette mesure doit être exceptionnelle et temporaire.

La présence d'un proche et la connaissance que ce proche a de la personne sont de précieux outils pour son rétablissement.

#### **Comment la stimulation cognitive peut aider?**

La stimulation cognitive consiste en différentes activités divertissantes qui permettent la stimulation du processus réflexif, de la concentration et de la mémoire. Il s'agit d'une intervention non pharmacologique qui permet de maintenir les capacités cognitives résiduelles et de maintenir une autonomie optimale.

La stimulation cognitive est reconnue efficace, entre autres pour :

- diminuer le taux et la sévérité du délirium
- améliorer les fonctions cognitives

Voici des exemples d'activités de stimulation cognitive qui peuvent être réalisées pendant ou après l'hospitalisation :

- Jeux de cartes
- Mots cachés
- Tic-tac-toe
- Labyrinthes simples
- Trouver les différences
- Sudoku
- Trouver les objets cachés
- Jeux de société

#### **Lignes directrices au quotidien après l'hospitalisation**

- La personne doit faire, ou être stimulée à faire ce qu'elle est encore capable de faire (selon ses intérêts)
  - Par exemple : prendre une douche, se brosser les dents, s'habiller, mettre la table, nourrir les animaux, etc.
- Au besoin, un proche peut lui donner juste l'aide nécessaire pour qu'elle réussisse
  - Par exemple : amorcer la tâche, mimer
- Éviter que la personne soit en situation d'échec en surestimant ses capacités, mais ne pas la sous-estimer
- La personne peut bénéficier de valorisation et d'encouragement, même si la tâche effectuée n'est pas parfaite
- Favoriser l'orientation dans le temps et dans l'espace (journée de la semaine, mois, année)
  - Par exemple : calendrier au mur indiquant la date, de même que les dates importantes (fêtes, anniversaires), tenue d'un agenda
- Si possible, avoir une routine est stabilisant et rassurant

#### **Activités suggérées :**

- Stimulation cognitive (voir section précédente) ;
- Prendre une marche, faire des exercices, danser (si la personne est capable) ;
- Visiter famille et amis, ou aller au centre pour personnes âgées
- Utiliser la réminiscence : parler du passé, regarder des albums photos, écouter de la musique de jeunesse, etc.

#### **Ressources disponibles pour Lanaudière**

- Société Alzheimer de Lanaudière (Joliette et environs, 450-759-3057)
  - Offre de la formation gratuite aux proches aidants
  - Programme RAS :
    - Répétition : activités et planification pour soutenir un proche aidant
    - Accompagnement : jumelage entre personne formée et personne atteinte de la maladie

- Stimulation : différentes activités de socialisation, activités quotidiennes, hausse de l'estime de soi (ex. : lecture, peinture, jardinage). Activités adaptées aux capacités de la personne
    - Critères d'admissibilité : résider à domicile ou en résidence pour personne autonome ou semi-autonome
    - Frais : être membre de la société = 25\$ / année. + 15 \$ pour 3h / semaine
  - Groupe d'échange :
    - Pour les proches des personnes atteintes de l'Alzheimer
    - Dans chacune des MRC (Joliette, St-Jacques, St-Jean de Matha, Lavaltrie, Mascouche)
  - Groupe l'instant présent
    - Groupe de soutien pour les personnes en phase précoce de la maladie d'Alzheimer
    - Informations sur la maladie et échange sur les préoccupations
    - Activités de stimulation pour les personnes en phase précoce de la maladie
- La maison des aînés de Chertsey (450-882-1688)
  - Centre communautaire pour aînés
- Maison Mémoire du Cœur (Saint-Charles-Borromée, 450-760-3345)
  - Ressource d'hébergement
  - Centre de jour Au cœur de l'être
  - Service de répit d'une journée
  - Inscription / information par le CLSC
- L'appui Lanaudière (Joliette et environs, 450-394-4111)
  - Pour les proches aidants d'aînés
  - Agit en complémentarité avec différents organismes locaux
- Baluchon Alzheimer (Montréal, 1-855-762-2930)
  - Service de répit :
    - De 4 à 14 jours
    - Service payant (environ 15 \$ / jour + 0,41 \$ du km
    - À domicile pour les personnes qui habitent avec un proche
    - Inscription requise par le CLSC
    - Réserver à l'avance (6-8 semaines)
- Centre d'action bénévole d'Autray (450-875-0921)
  - Carrefour d'information pour aînés
  - Activités de socialisation
- Groupe d'entraide et d'amitié de Ste-Julienne (450-831-4938)
  - Rencontres d'information

- Sorties culturelles
- Dîners communautaires
- Téléphones et visites d'amitié
- Centre d'action bénévole Émilie-Gamelin (Joliette, 450-756-2005)
  - Conférences
  - Visites d'amitié
  - Carrefour d'information pour aînés
- Support aux aînés anglophones de Lanaudière (Rawdon, 450-834-2328)
  - Aide et activités pour les aînés anglophones de Lanaudière
- Regroupement bénévole de Montcalm (450-839-3118)
  - Groupe de répit hebdomadaire pour les personnes atteintes de déficit cognitif avancé, offert en collaboration avec le centre de jour *Mieux Vivre*.
  - Activités diverses pour les aînés et les proches aidants
- Relais humanitaire Rawdon (450-834-6363)
  - Activités
  - Visites et téléphones d'amitié
- Centre communautaire bénévole de Matawinie (450-882-1089)
  - Groupes de soutien
  - Ateliers / activités
  - Répit

### Références bibliographiques

- Aguirre, E., Hoare, Z., Streater, A., Spector, A., Woods, B., Hoe, J. et Orrel, M. (2013). Cognitive stimulation therapy (CST) for people with dementia - who benefits most? *International journal of geriatric psychiatry*, 28:284-90.
- Alzheimer's Disease International (2011). World Alzheimer Report : The benefits of early diagnosis and intervention. London: Alzheimer's Disease International. <https://www.alz.co.uk/research/WorldAlzheimerReport2011.pdf>
- Cole, M.G. (2004). Delirium in elderly patients. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 12(1), 7-21.
- Hshieh, T. T., Yue, J. Oh, E., Puelle, M., Dowal, S., Trivison, T. et Inouye, S.K. (2015). Effectiveness of multicomponent nonpharmacological delirium interventions. *Journal of the american medical association*, 1-9.
- Inouye, S.K., Westendorp, R.G. et Saczynski, J.S. (2014). Delirium in elderly people. *Lancet*, 383(9920):911-922.
- Jean, L., Bergeron, M-E., Thivierge, S. et Simard, M. (2010). Cognitive intervention programs for individuals with mild cognitive impairment : systematic review of the literature. *The American journal of geriatric psychiatry*, 18(4):281-96.
- Kolanowski, A.M., Fick, D.M., Clare, L., Steis, M., Boustani, M. et Litaker, M. (2011). Pilot study of a nonpharmacological intervention for delirium superimposed on dementia. *Research for gerontological nursing*, 4(3):161-67.
- 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.
- Perese, E.F. (2012). *Psychiatric Advanced Practice Nursing : A Biopsychsocial Foundation for Practice*. United States of America, F.A. Davis Company. 725 p.
- Publications Québec (2011). *Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier : Cadre de référence*. La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 189 p.
- Publications Québec (2012). *Délirium - Fiche clinique « État cognitif » - Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier*. La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 21p.
- Woods, B., Aguirre, E., Spector, A.E. et Orrel, M. (2012). *Cognitive stimulation to improve cognitive functioning in people with dementia*, The Cochrane library, 2:78p.
- Yuill, N. et Hollis, V. (2011). A systematic review of cognitive stimulation therapy for older adults with mild to moderate dementia : an occupational therapy perspective. *Occupational therapy international*, 18(4):163-86.

**ANNEXE 15****Caractéristiques des sources documentaires utilisées dans le cadre de l'objectif 3**

<b>Auteurs et année de publication</b>	<b>Titre du document</b>	<b>Type de document</b>	<b>Objectifs du document</b>
Paquette et Chagnon (2000)	Cadre de référence pour le développement et l'évaluation des programmes aux Centres jeunesse de Montréal. Coordination des activités de l'Institut Universitaire des Centres jeunesse de Montréal.	Cadre de référence	Décrire un programme, ses composantes, son utilité, les exigences de sa planification, l'importance de son évaluation et la façon de procéder à son évaluation.
Durlak et DuPre (2008)	Implementation Matters : A Review of Research on the Influence of Implementation on Program Outcomes and the Factors Affecting Implementation	Revue systématique	1) Évaluer l'impact de l'implantation sur les résultats du programme 2) Identifier les facteurs influençant le processus d'implantation.
Gray <i>et al.</i> (2013)	Implementing Evidence-Based Practice : A Review of the Empirical Research Literature.	Revue systématique	Rapporter les résultats d'une revue des études empiriques portant sur l'implantation de la pratique basée sur les données probantes, au niveau des services sociaux.
Powell <i>et al.</i> (2015)	A refined compilation of implementation strategies : results from the Expert Recommendations for Implementing Change (ERIC) project	Devis qualitatif	Effectuer une compilation des termes de stratégies d'implantation, avec définitions, en collectant des informations provenant d'experts en science de l'implantation et de pratique clinique.
Careau (2015)	Équipe PassaJe des Basques : <i>Bilan</i>	Rapport d'implantation	Présenter un rapport d'implantation d'un nouveau

	<i>d'implantation</i>		modèle de prestation de services.
Sécurité Publique Canada (2016)	Guide sur la mise en œuvre des programmes fondés sur des données probantes : Qu'en savons-nous jusqu'à maintenant?	Site Internet gouvernemental	Ce guide sur la mise en œuvre décrit les connaissances actuelles sur les éléments clés, propose des outils de planification de la mise en œuvre et présente des exemples d'études de cas.

**ANNEXE 16****Outil de collecte de données pour l'évaluation d'implantation  
du PSC-CHRDL**

<u>Caractéristiques de la clientèle</u>		<u>Présence du critère</u>		
<b>Indicateurs</b>	<b>Critères</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>Commentaires</b>
Âge	75 ans et plus			
Condition cognitive de l'utilisateur	État cognitif fragile			
Degré des difficultés cognitives	Difficultés légères ou modérées			
Chambre occupée durant le PSC-CHRDL	Chambre d'unité d'hospitalisation			
<u>Caractéristiques des services offerts</u>				
<b>Indicateurs</b>	<b>Critères</b>			
Fréquence et durée des séances	5 fois par semaine, 15 à 30 minutes par jour			
Quantité de dépliant remis	1 par usager et 1 par proche présent			
Type et raison des références externes	Pertinence des références			
Présence de l'implication d'un proche	Pertinence de l'implication d'un proche			
Type d'activités réalisées et type de questions posées	Activités correspondant à la description des activités prévues dans le cadre du PSC-CHRDL			
Mode de repérage des usagers	Par l'ergothérapeute			
Acteurs sollicités dans la réalisation des interventions	Préposés en réadaptation, ergothérapeutes			
Degré d'implantation de l'AAPA	Composantes de l'AAPA implantées à 90 % sur l'unité ciblée			