

Implantation d'une approche adaptée à la personne âgée hospitalisée à l'Hôpital de Montmagny

André Doiron¹, M.D., Marie-Claude Lord^{2,3}, B.Pharm., M.Sc.

¹Médecin, Centre de santé et services sociaux de Montmagny-l'Îslet, Hôpital de Montmagny, Montmagny (Québec) Canada;

²Pharmacienne, Centre de santé et services sociaux de Montmagny-l'Îslet, Hôpital de Montmagny, Montmagny (Québec) Canada;

³Candidate au Ph.D., Chaire de recherche du Canada, Implantation de la prise de décision partagée dans les soins primaires, Axe santé publique et pratiques optimales en santé, Centre de recherche du Centre hospitalier universitaire de Québec, Québec (Québec) Canada

Reçu le 4 octobre 2012; Accepté après révision le 11 janvier 2013

Résumé

Objectifs : L'objectif de cet article est de décrire l'expérience de l'Hôpital de Montmagny relative à l'implantation du programme Vision Gérontomie. Il vise l'intégration d'une approche de soins adaptée aux personnes âgées hospitalisées et la réduction des risques d'iatrogénie hospitalière.

Description du programme : Entreprendre des modifications de philosophie, de culture et de pratique de soins en milieu hospitalier constitue un défi organisationnel de taille. Après une période de planification stratégique, le programme a été implanté à l'automne 2009. Trois formations pour le personnel de notre hôpital ont été élaborées. Elles avaient pour objectifs la mise à jour des connaissances du personnel relativement aux personnes âgées hospitalisées, l'approche de l'usager souffrant de delirium et l'implantation des signes vitaux gériatriques dans le suivi quotidien de la personne âgée hospitalisée.

Conclusion : Le programme Vision Gérontomie a entraîné un changement de culture et plusieurs changements de pratique de soins dans notre hôpital. Les défis à venir consistent entre autres à assurer la pérennité du programme, à élaborer et à appliquer des indicateurs de suivi et de rendement.

Mots clés : Approche adaptée, déclin fonctionnel, delirium, gériatrie

Introduction

Au cours des dernières années, nous avons assisté à une modification du profil des patients hospitalisés. Les personnes âgées de plus de 65 ans représentent actuellement 15,3 % de la population du Québec¹. Toutefois, elles utilisent près de la moitié de toutes les journées d'hospitalisation dans les différents services (médecine familiale, cardiologie, orthopédie, etc.)². Durant l'hospitalisation, 30 % des personnes âgées perdent de leur autonomie pour des raisons non médicales³, près de 40 % de ces pertes d'autonomie sont significatives et parfois irréversibles⁴. Par exemple, une journée d'alitement d'une personne de plus de 75 ans entraîne une perte de masse musculaire de l'ordre de 1 à 3 % et nécessite trois jours de réentraînement². Ces statistiques sont encore plus inadmissibles lorsque l'on sait que 60 % des usagers sont alités sans aucune indication médicale⁵. Ainsi, le syndrome d'immobilisation devient l'un des facteurs du déclin fonctionnel iatrogénique lié à l'hospitalisation². Ces constats nous obligent donc à adapter nos pratiques de soins en tenant compte de la vulnérabilité des personnes âgées, car l'évolution fonctionnelle en cours d'hospitalisation est aussi importante que l'évolution de la maladie aiguë.

Pour pallier le déclin fonctionnel iatrogénique lié à l'hospitalisation, il a fallu développer une approche adaptée

à la personne âgée². Cette approche comprend des mesures préventives systématiques, de dépistage et d'intervention précoce pour éviter les complications évitables, entre autres, la perte d'autonomie (30 %), le delirium (30 à 50 %) et les complications iatrogéniques (38 %) (ex. les effets médicamenteux indésirables)⁶ (tableau I).

Tableau I. Risques liés à l'hospitalisation de la personne âgée²

Complications iatrogènes
Déclin fonctionnel
Delirium
Dénutrition et déshydratation
Réactions médicamenteuses indésirables
Syndrome d'immobilisation

L'approche adaptée à la personne âgée repose sur des assises scientifiques américaines (HELP, unités ACE, NICHE) et canadiennes (GENI, GEM, ELDER FRIENDLY)⁶. Là où l'on a procédé à l'implantation d'une approche adaptée à la personne âgée, on a observé une diminution des pertes d'autonomie au congé (nombre de patients

Tableau II. Actions implantées du programme de Vision Gérontonomie

URGENCE	Marche et mobilisation systématiques jusqu'au fauteuil
	Évaluation individualisée de la nécessité du monitoring cardiaque, de la saturométrie, des sondes urinaires et des solutés (cathéters salinés priorités)
	Mise en place d'un tableau d'orientation au chevet (lieu, date, nom de l'infirmière, du préposé et du médecin)
	Mobilisation pour déplacement aller-retour à la salle de bain priorisée
	Incitation à s'hydrater
	Bilan comparatif des médicaments (pharmacien)
UNITÉ DE SOINS	Formulaire d'évaluation de l'AINÉES rempli \leq 24 heures après l'admission
	Démédicalisation rapide : révision quotidienne des sondes urinaires, des solutés et des instruments de monitoring
	Mise en place d'un tableau d'orientation dans les chambres
	Arrêt des diètes restrictives (ex. : faibles en cholestérol) pour prioriser un apport protéino-calorique adéquat
	Suivi nutritionnel systématique
	Bilan comparatif des médicaments (pharmacien)
	La nuit, réduction de la fréquence des prises des signes vitaux (tension artérielle, pouls, etc.) pour favoriser le sommeil nocturne

à traiter (NNT) = 4), du taux de delirium et de sa durée (NNT = 15), une diminution de l'usage de contentions physiques et chimiques (jusqu'à 90 %), des chutes (25 %) et du taux d'hébergement^{5,7-10}. Notre expérience se veut inspirée d'autres équipes de travail, particulièrement le groupe OPTIMAH (OPTIMisation des soins aux personnes Âgées à l'Hôpital) du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM)^{11,12}.

L'implantation d'une approche adaptée à la personne âgée présente certains défis, entre autres celui de composer avec le fait que la majorité du personnel médical, tous champs professionnels confondus, a reçu peu de formation liée au vieillissement². La formation étant le plus souvent basée sur une approche par système et par pathologie, il en résulte une confusion entre les processus normaux et pathologiques du vieillissement ainsi que l'entretien de plusieurs mythes².

Pour le pharmacien, le traitement du delirium, la réalisation du bilan comparatif des médicaments et l'iatrogénie secondaire aux médicaments, tous des aspects de l'approche adaptée à la personne âgée, sont plutôt familiers. À ce jour, les pharmaciennes de l'établissement ne sont pas systématiquement appelées au chevet de tous les patients âgés. Toutefois, elles font l'objet d'une demande de consultation lorsque celle-ci est jugée nécessaire. Il faut noter qu'à l'Hôpital de Montmagny, l'implantation systématique du bilan comparatif des médicaments se fait parallèlement à celle de l'approche adaptée aux personnes âgées hospitalisées.

Le présent article vise donc à élargir notre vision sur les autres aspects incontournables des approches préventives et de détection précoce de l'iatrogénie hospitalière. L'objectif du présent article est de décrire l'expérience de l'Hôpital de Montmagny relative à l'implantation du programme Vision Gérontonomie, contraction des termes *vision*, *gérontologie* et *autonomie* (titre créé par les membres du comité d'implantation). Il vise l'intégration d'une approche adaptée aux personnes âgées hospitalisées, dans le but de réduire les risques découlant de l'hospitalisation. Le programme s'adresse à tous les usagers à partir de 75 ans, dès leur arrivée à l'urgence (sur une civière) et séjournant dans les

unités de soins de notre établissement (y compris les soins intensifs).

Description du programme

Entreprendre des modifications de philosophie, de culture et de pratique de soins en milieu hospitalier constitue un défi organisationnel de taille. Les travaux ont initialement été imaginés par deux médecins de l'équipe médicale, particulièrement sensibilisés à la situation des personnes âgées à l'hôpital. Cet intérêt est d'abord né de leur expérience clinique combinée à des présentations sur les approches adaptées en gériatrie.

Pour assurer l'adhésion au Programme de tous les paliers de l'organisation, plusieurs rencontres furent initialement orchestrées (printemps 2008) avec le conseil d'administration, la Direction générale, toutes les directions ainsi que le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens. Ces rencontres ont permis de sensibiliser l'ensemble de l'organisation à la situation des personnes âgées hospitalisées et également d'obtenir les appuis nécessaires à la mise en œuvre d'un tel programme, puisque le vent du changement touchait autant les gestionnaires que l'ensemble des employés de l'hôpital : les cliniciens, les services informatiques et alimentaires, etc. (tableau II)

L'Hôpital de Montmagny, comme la majorité des centres hospitaliers du Québec, abordait alors les soins offerts aux bénéficiaires adultes de façon uniforme. Ce modèle habituel n'intègre pas de façon systématique les connaissances récentes sur le vieillissement et sur les risques accrus d'événements indésirables pour la personne âgée hospitalisée².

À l'automne 2008, un comité d'implantation et de suivi du programme a été constitué. Sa mission était d'élaborer une stratégie d'intégration et de mise en application graduelle de changements de culture et de pratique. Ce comité est formé de la directrice du programme de santé physique, de la directrice de la qualité des services et des soins infirmiers, d'une conseillère-cadre en soins infirmiers, des chefs d'unités de soins et d'un médecin. Une infirmière à temps

complet s'est consacrée exclusivement au Programme. Au cours des 18 premiers mois, une consultante externe en gestion de projet et du changement s'est adjointe à l'équipe. Tout au long du processus, le comité a fait appel à différents membres de l'organisation, en fonction des besoins (ex : pharmacien, nutritionniste).

Dès le début des travaux du comité, il a été convenu qu'une mise à jour des connaissances de notre personnel constituait la première étape de notre programme. Une formation magistrale d'une heure au moyen d'une présentation power point a été élaborée et présentée par l'infirmière responsable du Programme et un médecin. Elle a été donnée à l'automne 2009 à l'ensemble du personnel de l'Hôpital (tout le personnel infirmier, les pharmaciens, les médecins, les préposés aux bénéficiaires, le personnel de soutien, etc.) de tous les quarts de travail (présence obligatoire). Les principaux objectifs de cette première formation étaient de distinguer le vieillissement normal du vieillissement pathologique, de briser certains mythes liés aux personnes âgées, de sensibiliser le personnel aux besoins particuliers de cette population et d'instaurer une ère de changements. Cette présentation a porté sur les principaux risques liés à l'hospitalisation de la personne âgée² et les interventions ciblées pour réduire ces risques.

Au cours des travaux, on a constaté que les connaissances de notre personnel portant sur le delirium méritaient une mise à niveau, principalement à l'égard de l'identification de cette condition clinique, de son approche non pharmacologique et pharmacologique. À l'hiver 2010, une deuxième formation portant uniquement sur le delirium a été élaborée sur le même modèle que la première. Après la révision des outils cliniques retrouvés dans la littérature pour l'évaluation et le suivi du delirium, la décision d'implanter les signes vitaux gériatriques comme outil de travail s'est imposée^{12,13}.

L'outil des signes vitaux gériatriques retenu a été élaboré par les responsables du projet OPTIMAH du CHUM¹². Il cible six aspects reconnus de la santé, pour lesquels toutes les modifications à un ou à plusieurs éléments de l'AINÉES sont un signe de détérioration ou de complication et nécessitent une évaluation et une intervention rapide (tableau III)⁵. Ils sont regroupés sous l'acronyme AINÉES¹⁴.

Tableau III. Acronyme AINÉES^{12,14}

A	Autonomie et mobilité
I	Intégrité de la peau
N	Nutrition et hydratation
É	Élimination
E	État cognitif
S	Sommeil

Traduction et adaptation de l'acronyme SPICES par Lafrenière et Dupras avec l'autorisation des auteurs

Cet outil a ensuite donné lieu au développement d'une grille permettant l'évaluation de l'AINÉES à l'admission de l'utilisateur et lors de son suivi au quotidien (figure 1 en annexe). Elle s'applique à tous les usagers de plus de 75 ans qui entrent à l'Hôpital de Montmagny. L'AINÉES antérieur à l'hospitalisation (première section de la feuille des signes

vitaux gériatriques) doit être rempli dans les 24 premières heures de l'hospitalisation.

Initialement, le suivi des signes vitaux gériatriques a été fait auprès d'un nombre restreint d'utilisateurs. Par la suite, il a été déployé à l'ensemble des unités de soins de notre hôpital, y compris l'urgence et les soins intensifs. Cependant, considérant l'ampleur des changements demandés par rapport au modèle habituel de suivi et d'évaluation des personnes âgées hospitalisées, une troisième formation sur l'utilisation des signes vitaux gériatriques a été jugée nécessaire. Donnée au printemps 2011 sous forme magistrale et d'une durée d'une heure, elle s'adressait à l'ensemble du personnel infirmier et médical ainsi qu'aux préposés aux bénéficiaires de tous les quarts de travail. Tout au long du processus d'implantation du programme Vision Gérontonomie, tout a été tenté pour mettre en place des actions concrètes afin de réduire les risques iatrogènes pour nos personnes âgées hospitalisées.

Un dépliant d'information pour l'utilisateur et ses proches a également été conçu dans le but de favoriser leur coopération et leur participation au cours du séjour hospitalier du patient. Depuis la parution en 2010 du cadre de référence intitulé *L'approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier*², le programme de Vision Gérontonomie s'inspire directement de cette approche, et le plan d'action a été révisé en fonction du modèle présenté dans ce document.

Conclusion

Mis en place à l'automne 2009, le programme Vision Gérontonomie a entraîné un changement de culture à l'Hôpital de Montmagny. C'est un défi organisationnel colossal qui nécessite la participation de toutes les directions, de tous les départements et de tout le personnel. Cependant, tous les changements d'approche, de philosophie et de pratique de soins nécessitent du temps et de la persévérance. Malgré les formations, l'encadrement et le « coaching », l'intégration du cadre théorique à la pratique au quotidien constitue un défi de taille, constat également fait par l'équipe OPTIMAH¹¹.

Les défis à venir sont entre autres d'assurer la pérennité des changements, d'élaborer et d'appliquer des indicateurs de suivi et de rendement. Nous devons également viser à tout mettre en œuvre pour favoriser la stabilité du personnel soignant au chevet de l'utilisateur (tous champs professionnels inclus). À notre avis, plusieurs efforts de changements sont en partie contrecarrés par le phénomène de rotation du personnel soignant, ce qui nuit à la continuité des soins.

Financement

Marie-Claude Lord était boursière des Instituts de recherche du Canada et de la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé au moment de la rédaction de cet article. Aucun financement en relation avec le présent article n'a été déclaré par Dr André Doiron.

Conflit d'intérêts

Tous les auteurs ont rempli et soumis le formulaire de l'ICMJE pour la divulgation de conflit d'intérêts potentiel. Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec le présent article.

Cet article comporte une annexe. Elle est disponible sur le site *Pharmactuel* (www.pharmactuel.com).

Références

1. Girard C. Le bilan démographique du Québec. Institut de la statistique du Québec 2010. 91 p.
2. Kergoat MJ, Dupras A, Juneau L, Bourque M, Boyer D. L'approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier – Cadre de référence. Québec : 2010. 195 p.
3. Radio-Canada. Le CHUM implante le programme OPTIMAH. [en ligne] <http://www.radio-canada.ca/regions/Montreal/2010/12/30/004-chum-optimah-actifs.shtml> (site visité le 1^{er} septembre 2012).
4. Sager MA, Rudberg MA. Functional decline associated with hospitalization for acute illness. *Clin Geriatr Med* 1998;14:669-79.
5. Dongois M. Projet OPTIMAH au CHUM. Mieux adapter les soins aux aînés, depuis l'urgence jusqu'aux unités de soins. *L'actualité médicale* 2011;10.
6. Lafrenière S, Bédard L, Dupras A. Expérience d'amélioration des soins aigus de la clientèle âgée : Un défi clinique et de gestion. Congrès de l'OIIQ. Québec (Québec) 26 octobre 2009.
7. Dupras A. Les gestes qui font la différence. OPTIMAH. Rencontre CC-DSP. Montréal (Québec) 6 mai 2011.
8. Acute Care Geriatric Nurse Network. Geriatric emergency nursing initiative. [en ligne] http://www.acgenn.ca/geriatric_emergency_nurse_initiative.html (site visité le 1^{er} septembre 2012).
9. Palmisano-Mills C. Common problems in hospitalized older adults. *J Gerontol Nurs* 2007;33:48-54.
10. Parke B, Brand P. An elder-friendly hospital: translating a dream into reality. *Nurs Leadersh* 2004;17:62-76.
11. Lafrenière S, Dupras A. OPTIMAH : ou comment mieux soigner les aînés à l'urgence et dans les unités de soins aigus. *L'Avant-garde* 2008;8:1-4.
12. Dupras A, Lafrenière S. Cadre de référence du projet OPTIMAH du centre hospitalier universitaire de Montréal, 2008-2009 2007: Montréal : document interne.
13. Inouye SK, Baker DI, Fugal P, Bradley EH. Dissemination of the hospital elder life program: implementation, adaptation, and successes. *J Am Geriatr Soc* 2006;54:1492-9.
14. Fulmer T. How to try this: Fulmer SPICES. *Am J Nurs* 2007;107:40-8.

Abstract

Implementation of an approach adapted to hospitalized geriatric patients at the Hôpital de Montmagny

Objective: The purpose of this article is to describe the experience of the *Hôpital de Montmagny* relative to the implementation of the *Vision Gérontonomie* program. This program aims to integrate an approach adapted to the care of geriatric hospitalized patients and to reduce the risk of hospital-related iatrogenesis.

Program description: Making changes in the philosophy, culture, and practices of care in a hospital context is a major organizational challenge. Following a strategic planning period, the program was implemented in fall of 2009. Three training modules were developed with the goal of updating hospital personnel regarding geriatric hospitalized patients, management of delirium, and use of geriatric vital signs in the daily follow-up of the geriatric hospitalized patient.

Conclusion: The *Vision Gérontonomie* program lead to a change in thinking and practice in our hospital. It will be challenging to ensure the continued existence of the program and to develop and implement monitoring and performance indicators.

Key words: Adapted approach, delirium, functional decline, geriatrics