

# C'EST TOUT À FAIT LOGIQUE : MAINTENIR LES DISPOSITIFS SENSORIELS AVEC LES PATIENTS QUI DOIVENT SUBIR UNE INTERVENTION CHIRURGICALE

## Auteurs :

Jaime Prystenski, inf., B.S.Inf., M.S.Inf., enseignante en formation continue en salle d'opération, Hôpital Saint-Boniface, Winnipeg, MB.

Heather Nowak, inf., B.S.Inf., directrice, programme mère-enfant, Hôpital Saint-Boniface, Winnipeg, MB.

Lance Barber, B. Sc., M.B.A, directeur, programme de chirurgie, Hôpital Saint-Boniface, Winnipeg, MB.

*Manuscrit original soumis en anglais et traduit vers le français par  
Jocelyne Demers-Owoka, Ideal Translation.*

Les auteurs tiennent à remercier Jennifer Welwood, Brenda Van Walleggem, Erin Bergen, Caroline Pagowski, Janet Sawatzky, Judy Peters, Chris Deleeuw, Madeleine Hnatiuk, Theresa Handry et l'équipe de transformation de Saint-Boniface pour leur soutien.

## RÉSUMÉ :

Le personnel en salle d'opération peut développer des stratégies simples qui améliorent de manière significative le point de vue du patient quant à son expérience périopératoire. La recherche a démontré l'importance des dispositifs sensoriels pour réduire le risque de délire et de confusion postopératoires. Des outils de gestion des changements, comme la méthodologie Lean, sont, en 2008, devenus des éléments essentiels pour l'amélioration de l'excellence organisationnelle afin d'offrir des soins de qualité à l'Hôpital Saint-Boniface de Winnipeg, MB. Parmi les outils et les stratégies de l'approche Lean, notons la structure A3 qui, avec les Activités d'Amélioration Rapide (AAR) et le concept du PDCA : planifier, déployer, contrôler, adapter, aident à favoriser les changements rapides. En 2008, l'Hôpital Saint-Boniface s'est engagé dans un cheminement transformateur

pour adopter des pratiques qui se basent sur la méthodologie Lean.<sup>1</sup> Le programme de chirurgie a été l'un des deux premiers programmes à y participer et il continue aujourd'hui de s'y impliquer.

Le but de ce compte rendu est de fournir une analyse de la façon dont les initiatives de changements A3 de la méthodologie Lean peuvent améliorer l'accès des patients à leurs dispositifs sensoriels, tout au cours de leur expérience chirurgicale, comme moyen pour améliorer leurs soins, leur compréhension et leur rétablissement périopératoire tout en minimisant les complications postopératoires, comme le délire postopératoire. La discussion comprend une description des enjeux liés aux dispositifs sensoriels et des défis connexes ainsi que l'influence de la stratégie Lean sur le projet.<sup>1</sup>

L'expérience périopératoire peut être accrue et améliorée en s'assurant que le patient garde ses dispositifs sensoriels lorsqu'il se dirige vers sa chirurgie.

**Méthodologie :** Utilisez une stratégie de planification A3 et une Activité d'Amélioration Rapide (AAR) de l'approche Lean impliquant du personnel en soins directs pour les processus de remue-ménages et dans la planification pour le changement.<sup>1</sup> Des informations anecdotiques ont été recueillies d'anciens patients et de patients participant aux journées expérimentales du projet. Aucun groupe témoin n'était disponible pour faire une comparaison.

**Résultats :** Le personnel a compris la logique derrière le processus de changement et les patients ainsi que leur famille étaient satisfaits de l'accès rapide aux dispositifs sensoriels à l'unité de soins post anesthésique.

**Conclusion :** La recherche a démontré l'importance des dispositifs sensoriels pour réduire le risque de délire et de confusion postopératoires. Les changements apportés à la zone préopératoire et aux processus de travail améliorent le point de vue et la compréhension du patient tout au cours de son expérience chirurgicale, comme l'expliquent les résultats anecdotiques.

## INTRODUCTION :

Imaginez que vous êtes une personne âgée qui entre en salle d'opération pour une chirurgie complexe. Vous portez une chemise d'hôpital mince, vous êtes sur une civière, sans vos lunettes. Votre intervention vous stresse et vous rend probablement anxieuse, mais ces sentiments sont amplifiés si vous vous sentez désorientée, confuse et que vous devez plisser des yeux pour essayer de lire l'information écrite sur le tableau blanc du bloc opératoire.

Ayant retiré votre dentier dans la zone préopératoire, il se peut que vous vous sentiez trop gênée pour parler et demander si vos allergies ont toutes été bien indiquées sur le tableau.

L'équipe en SOP commence la discussion verbale portant sur vos soins chirurgicaux, mais vous n'entendez

presque rien sans vos appareils auditifs, alors vous manquez la discussion de l'anesthésiste sur l'anesthésie générale, vous ne pouvez pas entendre le chirurgien parler des implants qui seront utilisés, et vous avez de la difficulté à entendre s'il y a quelque chose que vous devriez préciser à l'équipe. Vous pensez que l'infirmière vous a demandé si vous aviez des questions, mais vous en êtes incertaine, alors vous haussez les épaules et vous fermez les yeux.

À votre réveil après la chirurgie, vous ne ressentez pas tant de douleurs, mais vous vous sentez très désorientée par rapport à l'endroit où vous vous trouvez, à l'heure qu'il est et à ce qui se passe autour de vous. Sans vos dispositifs d'aide sensorielle pour vous aider à analyser ce qui vous entoure, vous devenez agitée et confuse.

Cette version de l'expérience d'une patiente a sonné l'alerte pour le programme de chirurgie de l'Hôpital Saint-Boniface et a mis en lumière le besoin d'améliorer la capacité du patient à participer à ses propres soins chirurgicaux et à se sentir aussi à l'aise que possible tout au cours de l'expérience.

L'expérience périopératoire peut être accrue et améliorée en s'assurant que le patient garde ses dispositifs sensoriels lorsqu'il se dirige vers sa chirurgie. Le concept pour changer cette pratique pour les patients a été soulevé lorsqu'un membre de l'équipe de soins a eu l'occasion de mieux comprendre le point de vue d'un patient après avoir elle-même subi une intervention mineure sans ses lunettes.

La méthodologie Lean était, depuis 2008, devenue une stratégie de base, mise en œuvre pour assurer l'excellence organisationnelle et la qualité des soins à l'Hôpital Saint-Boniface. Le programme de chirurgie a été l'un des deux premiers programmes à y participer et il continue aujourd'hui de s'y impliquer. En 2011, pour le programme de chirurgie, cet enjeu constituait l'exemple parfait justifiant

En 2007, l'Organisation mondiale de la Santé a élaboré la liste de vérification pour la sécurité de l'intervention.<sup>3</sup>

---

l'utilisation de cet outil de changement de processus dans le but d'améliorer le séjour du patient.<sup>1</sup>

### Contexte

La méthodologie Lean propose une structure principale utilisée pour orienter le changement vers la pratique de permettre au patient d'avoir accès à ses dispositifs sensoriels lors de son expérience périopératoire. La stratégie principale, utilisée pour diriger les initiatives d'amélioration au sein de l'Hôpital Saint-Boniface, était le modèle de transformation Lean. Les objectifs du processus Lean incluent l'amélioration de la satisfaction du client.

Les objectifs généraux des initiatives Lean à l'Hôpital Saint-Boniface sont de satisfaire les patients, de faire participer le personnel, de ne pas nuire, d'améliorer le séjour du patient à l'hôpital et de gérer les ressources. Ce projet vise tout particulièrement à améliorer la satisfaction du patient relativement à son expérience périopératoire.

Une Activité d'Amélioration Rapide (AAR) est une activité normalisée et structurée de résolution de problèmes de cinq jours, durant lesquels les équipes interfonctionnelles (y compris les patients, le personnel et les parties intéressées) déterminent, par l'expérimentation, la meilleure façon d'engendrer des résultats à valeur ajoutée ou d'atteindre un résultat précis et d'élaborer un plan pour mettre en œuvre et adopter une nouvelle norme.

L'Hôpital Saint-Boniface se sert de la méthodologie Lean comme moyen pour réaliser des projets d'amélioration dans les domaines cliniques en impliquant le personnel en soins directs au cours d'un délai ciblé à court terme en animant une Activité d'Amélioration Rapide (AAR).<sup>1</sup> Parmi les outils et les stratégies de l'approche Lean, notons : une structure A3 qui, avec les Activités d'Amélioration Rapide (AAR) et le concept du PDCA : planifier, déployer, contrôler, adapter, aident à favoriser les changements de façon rapide et ciblée, faisant participer au processus le

personnel en soins directs. Selon Tétreault, « La méthodologie Lean est bien plus que des mots et une série d'outils — c'est en train de devenir la façon dont nous conduisons nos opérations ».<sup>2</sup>

Le concept de résolution de problèmes de l'approche Lean intègre le développement d'une série précise de valeurs dans le cadre du projet principal.<sup>1</sup> Tétreault a mentionné que « en définitive, les améliorations s'étendront dans tous les domaines cliniques et impliqueront tous les domaines de l'hôpital. L'objectif est de suivre les bonnes étapes au bon moment, tous les jours, afin de supprimer les risques, les délais et le gaspillage et d'offrir aux patients les meilleurs résultats possibles ».<sup>2</sup> La pensée Lean peut être utilisée pour une variété de situations de résolution de problèmes dans tout programme clinique.

### MOTIF POUR PASSER À L'ACTION :

#### La liste de vérification pour la sécurité de l'intervention

Les activités génératrices de valeur de Lean font participer au projet les anciens patients de l'hôpital afin d'améliorer encore davantage la satisfaction du patient. Dans ce cas, le motif pour passer à l'action a été le besoin reconnu de réduire le délire postopératoire et d'améliorer la satisfaction du patient. Les expériences anecdotiques des patients en salle d'opération (SOP) ont révélé que le fait de retirer les lunettes d'une patiente l'a rendue tellement distraite qu'elle n'a pas été capable de se concentrer sur la discussion de l'équipe chirurgicale concernant ses soins au moment de remplir la liste de vérification pour la sécurité de l'intervention avant sa chirurgie.

L'équipe a aussi été informée de manière anecdotique que les patients sont généralement réticents à parler sans leurs dentiers. À l'unité de soins post-anesthésique, les patients qui se

sentait mal à l'aise sans leurs dentiers couvraient leur bouche avec les draps/couvertures et étaient en fait victimes de désaturation. Il est donc devenu évident qu'il était impératif que les patients aient accès à leurs dispositifs sensoriels afin de véritablement les inclure dans le processus du discours, de la chirurgie et du rétablissement.

En 2007, l'Organisation mondiale de la Santé a élaboré la liste de vérification pour la sécurité de l'intervention.<sup>3</sup> Parmi les avantages de cette liste, notons des économies de coûts, l'implantation d'une culture de la sécurité et l'amélioration de la communication.<sup>3</sup> L'Hôpital Saint-Boniface a été le premier établissement de Winnipeg à adopter la liste de vérification pour la sécurité de l'intervention en février 2009.<sup>4</sup> Au cours des dernières années, des progrès remarquables ont été réalisés au sein de l'Office régional de la santé de Winnipeg afin d'effectuer une séance d'information avec la liste de vérification pour la sécurité de l'intervention avec le patient éveillé et cohérent.

Il semblait logique de s'assurer que le patient qui devait subir une intervention chirurgicale pouvait également participer efficacement à cette petite séance d'information en bénéficiant de toutes ses capacités visuelles et auditives et lorsqu'il était à l'aise de parler. Par le passé, il était courant que les blocs préopératoires demandent aux patients de laisser leurs lunettes, leurs appareils auditifs et leurs dentiers avec le reste de leurs effets personnels qui étaient remis à leur famille ou à leur unité de soins postopératoires.

Dans le but de fournir des soins véritablement holistiques et de faire participer le patient au processus chirurgical, il est impératif que les patients soient capables d'interagir et de communiquer du mieux qu'ils peuvent avec leurs dispositifs sensoriels lors de la discussion avec la liste de vérification pour la sécurité de l'intervention.

### Délire postopératoire

Les patients qui doivent subir une intervention chirurgicale et qui ont une déficience sensorielle courent plus de risques de souffrir de délire postopératoire lorsqu'ils n'ont pas leurs dispositifs sensoriels, comme leurs lunettes et leurs appareils auditifs.<sup>4</sup> Todd et coll. ont signalé que « le plan de soins interdisciplinaires pour le délire oriente les soins infirmiers et les interventions fondées sur des données probantes pour les patients, comme l'application des dispositifs sensoriels (lunettes, appareils auditifs, dentiers). »<sup>5</sup> Le American Geriatrics Society réitère le même concept, soit que les dispositifs utilisés pour améliorer les sens peuvent réduire les risques de délire postopératoire.<sup>6</sup> Compte tenu du vieillissement de la population de patients, il y a de plus en plus de personnes vulnérables à ces risques chirurgicaux connexes :

« L'espérance de vie des personnes âgées a augmenté au cours des dernières années en raison des soins médicaux et des conditions de vie améliorés. Cependant, les complications liées à l'anesthésie chez les personnes âgées représentent encore des défis considérables pour les anesthésistes. Le délire figure parmi l'une des complications postopératoires courantes chez les patients âgés et est associé à un taux accru de morbidité et de mortalité. Cette complication pourrait entraîner une hospitalisation prolongée, des examens complémentaires et des soins plus coûteux » (Vijayakumar, 2014).<sup>7</sup>

Vijayakumar a indiqué que « le fait de donner accès aux lunettes et aux appareils auditifs peut grandement aider à la communication et au maintien de la relation infirmière-patient ou médecin-patient... »<sup>7</sup> L'une des stratégies non pharmacologiques pour réduire le risque du patient de développer du délire postopératoire est de s'assurer qu'il est bien orienté dans le temps et l'espace, qu'il a tous ses sens et qu'il peut communiquer efficacement avec le personnel de l'unité de soins post-anesthésique après sa chirurgie. En

s'assurant que les patients sont capables de communiquer efficacement avec les professionnels de la santé, cela permet d'offrir des soins de qualité axés sur le patient.

## LE PROJET A3 :

La méthodologie du A3 est un processus structuré de résolution de problèmes, habituellement exécutée en collaboration, et souvent rédigée et partagée sur une seule feuille de papier de format A3 (11 po x 17 po) (voir Annexe A). Le côté gauche de la feuille est utilisé pour spécifier le motif pour passer à l'action, l'état initial et l'état visé et est considéré comme l'étape la plus importante du processus initial. La partie du milieu discute d'éléments de l'analyse des lacunes, de l'approche de la solution et des expérimentations rapides. Enfin, le côté droit de la feuille décrit la phase d'exécution, l'état confirmé et les observations.

Pour ce projet, il a été documenté que, à l'état initial, les patients s'étaient rendus en SOP sans leurs dispositifs sensoriels. Il y avait parfois un délai pouvant aller jusqu'à huit heures postopératoires avant que les dispositifs sensoriels ne soient retournés aux patients. Ce délai pouvait causer de la peur, de la confusion, de l'anxiété et un risque accru de délire en phase périopératoire. L'état visé défini était pour le patient d'avoir un accès prolongé à ses dispositifs sensoriels durant aussi longtemps que possible lors du processus chirurgical.

Parmi les défis à relever ayant été indiqués, notons : le manque de documentation concernant où se trouvaient les dispositifs sensoriels (que ce soit avec la famille ou à l'unité), le manque de façons cohérentes pour conserver les dispositifs sensoriels près du patient (donnés à la famille, verrouillés, en sécurité, à la maison) ainsi

## Annexe A : Structure A3I<sup>1</sup>

Hôpital St-Basile Hospital		Titre de l'activité :		Sensé : Raphael Olieros	
Date de l'activité :	Mis à jour :	Activités génératrices de valeur toi		Propriétaire du processus :	Cadre responsable :
1. Motif pour passer à l'action		4. Analyse des lacunes		7. Plans d'exécution	
2. État initial		5. Approche de la solution		8. État confirmé	
3. État ciblé		6. Expérimentations rapides		9. Observations	

Quoi	Qui	Quand	Statut

que le manque de procédures normalisées cohérentes entre les services (un service verrouille les dispositifs tandis qu'un autre les range avec les effets personnels). Par conséquent, les dispositifs sensoriels risquaient d'être égarés ou non disponibles pour le patient lorsqu'il en avait le plus besoin. La mise en application du changement nécessiterait la normalisation du processus et la création de la documentation adéquate.

### **SOLUTION ET APPROCHE :**

Les projets Lean sont souvent accomplis à l'aide de l'outil d'Activité d'Amélioration Rapide (AAR), qui vise à accélérer la cadence du changement en utilisant un plan de planification détaillé du projet durant cinq jours. Une AAR intègre le personnel de différents services de l'établissement et se sert d'un plan de mise en œuvre des changements rapides pour remédier aux situations. Pour ce processus, le personnel en SOP, à l'unité de soins post-anesthésique et des blocs pré et postopératoires a été inclus pour obtenir l'apport de tous les services qui gèrent directement les dispositifs sensoriels des patients. Les attentes ont été clairement fixées indiquant que les participants devaient garder l'esprit ouvert, être préparés à faire un remue-méninges et à penser autrement afin d'élaborer et de mettre en œuvre des solutions, de demeurer concentrés et « garder le cap » et d'être prêts en encadrer leurs collègues après avoir terminé l'AAR de cinq jours.

La séance de remue-méninges a été axée sur la création de façons permettant aux patients de garder leurs lunettes, leurs appareils auditifs et leurs dentiers lors de leur passage en SOP et de réfléchir à une façon pour s'assurer que les dispositifs sensoriels du patient pouvaient lui être remis aussi rapidement que possible après la chirurgie. Les ajustements proposés ont été apportés à la liste de vérification préopératoire tout comme la clarification du processus pour documenter l'endroit où sont conservés les dispositifs sensoriels.

### **APPLICATION DANS LA PRATIQUE :**

Avant d'entamer le processus de changement, les établissements qui envisagent de mettre en œuvre un tel changement de processus pourraient réfléchir à la façon dont l'établissement ici étudié a abordé les défis logistiques.

L'équipe a décidé de mettre tous les dispositifs dans des sacs en plastique transparent et refermable que le patient conserverait de la phase préopératoire (service, attente préopératoire, salle d'urgence, etc.) jusqu'à ce que ce dernier retourne au service. La première journée, deux sacs de taille différente ont été essayés — un sac à échantillons et un grand sac en plastique refermable. L'endroit où étaient conservés les dispositifs sensoriels était documenté dans la liste de vérification préopératoire et les dispositifs étaient envoyés à la SOP sur le patient ou avec lui.

Les résultats de la première journée ont démontré que tous les dispositifs avaient été laissés avec succès sur le patient ou qu'ils lui avaient été retournés à l'unité de soins post-anesthésique. Il a toutefois été noté que tous les dispositifs sensoriels devaient être identifiés séparément ainsi que le sac à l'aide de l'autocollant d'identification du patient afin de minimiser le risque de perte ou d'égarement avec les autres articles du patient. Il a aussi été noté que les sacs transparents pouvaient facilement être égarés ou passer inaperçus. Par conséquent, un essai subséquent incluait un sac transparent de couleur vive ou un sac à échantillons muni d'une simple liste de vérification sur une feuille rouge afin d'identifier facilement quels dispositifs sensoriels étaient restés avec le patient et devaient être rangés dans le sac.

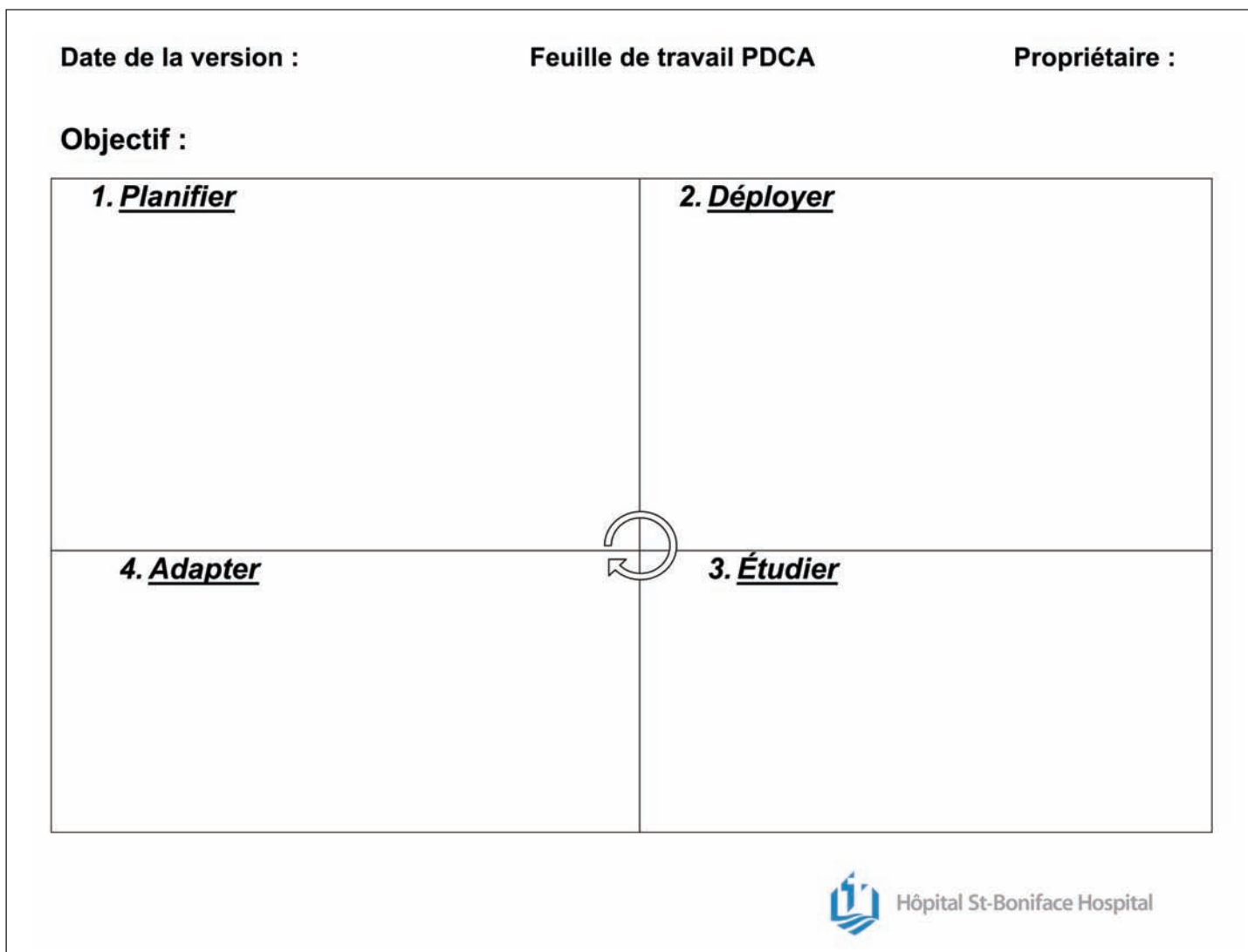
La deuxième journée de l'essai, tous les dispositifs sensoriels ont été étiquetés et identifiés sur la liste de vérification rouge, située sur le devant du sac. L'endroit où se trouvaient les

dispositifs sensoriels a continué d'être documenté sur la liste de vérification préopératoire. Les résultats de la deuxième journée ont démontré que la feuille rouge insérée dans le sac a permis de mettre en évidence qu'il contenait les effets personnels du patient. Ce qui a permis au personnel de s'assurer de remettre plus rapidement à certains patients à l'unité de soins post-anesthésique leurs lunettes et que les sacs étaient au chevet avec le tableau. La documentation se trouvait sur la liste de vérification préopératoire et dans les notes de l'unité de soins post-anesthésique, et les notes en SOP indiquaient que le patient était « accompagné de dispositifs ».

Après les premiers jours de l'essai, de petits contenants transparents ont été installés, dans chaque SOP, près de la sortie des patients et du poste des infirmières. Cet endroit a permis de conserver de façon sécuritaire les dispositifs sensoriels pendant l'intervention et de réduire le désordre au poste des infirmières.

L'analyse des cycles du PDCA a révélé que l'objectif de poursuivre ce changement avait été atteint au 30e jour et qu'il était soutenu au 90e jour et plus. Au moment de rédiger cet article, au début de 2017, ce changement de processus s'est maintenu (depuis qu'il a été initié en 2011) et fait maintenant partie des processus réguliers et

**Annexe B : Structure PDCA<sup>1</sup>**



normalisés pour améliorer la prestation de soins de qualité pour les patients qui doivent subir une intervention chirurgicale.

## **APPROCHE DE L'ÉQUIPE :**

Afin de favoriser ce changement, il était essentiel de faire participer le personnel des différents services, et de tous les niveaux, au processus d'AAR. L'approche de l'équipe incluait les consultations et la participation indiquées ci-dessous.

Le service des achats de l'hôpital a dû être consulté concernant l'acquisition de la bonne grosseur et de la bonne couleur de sacs. Un ajout mineur a été apporté à la liste de vérification préopératoire et ce changement a aussi été incorporé dans la communication face à face des rapports. Le service de la prévention et du contrôle des infections a également été consulté pour des conseils sur les risques pour le patient.

Les membres du personnel au sein du programme de chirurgie ont obtenu de l'encadrement quant aux changements, à la logique et aux avantages pour les patients. L'apport et la rétroaction des infirmières du bloc préopératoire, de la SOP et en soins directs ont joué un rôle essentiel pour assurer le succès et la durabilité du changement. L'encadrement des chefs d'équipe du programme, des directeurs en sciences cardiaques et en médecine, du service des urgences ainsi que différents enseignants en formation continue a été offert dans tout l'hôpital.

Les infirmières en soins directs et les aides-soignants ont été formés. La feuille de travail normalisée, les sacs pour dispositifs sensoriels et les listes de vérification de couleur rouge ont été distribués aux différents services. Des affiches claires en caractères gras ont été suspendues dans les zones préopératoires, l'unité de soins post-anesthésique et en SOP pour rappeler au personnel que les « lunettes et les appareils auditifs seront portés par les patients en SOP et qu'ils seront retirés après la séance d'information avec la

liste de vérification pour la sécurité de l'intervention ». La formation s'est déroulée sous forme de séances éducatives en cours d'emploi pour le personnel, de séances de formation avancée et d'encadrement des collègues. Tout au cours de ces approches, le personnel a été encouragé à fournir ses commentaires de manière franche et honnête.

## **OBSERVATIONS :**

Dans l'ensemble, le personnel a semblé être réceptif aux changements et comprendre que ces derniers étaient logiques et favorisaient le bien-être mental du patient ainsi que l'amélioration des soins pré et postopératoires. Compte tenu du fait que ce changement touchait plusieurs domaines au sein de l'hôpital, il était important d'inclure tous les services dans le processus d'encadrement.

Lors des deux journées de l'essai, plusieurs patients portant des lunettes, des appareils auditifs et (ou) des dentiers les ont récupérés pendant leur séjour à l'unité de soins post-anesthésique, ce qui n'aurait pas été le cas avant le changement d'AAR. Selon l'horaire de travail moyen de cet hôpital, on estime qu'au moins 20 patients auraient participé à cet essai de deux jours.

Aujourd'hui, tant pour les cas nécessitant une anesthésie générale que pour ceux nécessitant de la sédation, les dispositifs sensoriels sont toujours conservés avec le patient tout au cours du processus chirurgical et ils lui sont rapidement retournés lorsqu'il est éveillé et alerte après sa chirurgie.

## **CONCLUSION :**

Des soins de qualité, une meilleure intégration de la participation du patient et la réduction potentielle du délire postopératoire constituent les principales raisons pour mettre en œuvre un changement permettant aux patients de conserver avec eux leurs dispositifs sensoriels durant leur expérience chirurgicale. La clé pour

Il est donc essentiel que le personnel en soins directs participe aux activités d'amélioration rapide afin de s'assurer que cette amélioration sera durable et acceptée comme une pratique normalisée.

améliorer les soins aux patients et leur expérience, y compris leur participation au processus avec la liste de vérification pour la sécurité de l'intervention, repose sur la reconnaissance du point de vue et des besoins du patient lors de son passage en chirurgie.

Il est donc essentiel que le personnel en soins directs participe aux activités d'amélioration rapide afin de s'assurer que cette amélioration sera durable et acceptée comme une pratique normalisée. Une analyse détaillée du processus de transformation de l'Hôpital Saint-Boniface révèle la façon dont les structures de gestion liées au changement peuvent orienter le changement et favoriser le succès du projet. Les outils de transformation Lean de l'Hôpital Saint-Boniface ont fourni une stratégie pour mettre en place le changement organisationnel, la planification et l'amélioration de l'expérience périopératoire du patient.

### RÉFÉRENCES :

1. Hôpital Saint-Boniface, Transformation, (Internet), 2014 (consulté en octobre 2016). Peut être téléchargé à : [http://www.sbgh.mb.ca/aboutUs/transform\\_fr.html](http://www.sbgh.mb.ca/aboutUs/transform_fr.html)
2. Tétreault, M., Better care starts at the top (Internet), 2013 (consulté en octobre 2016) Peut être téléchargé à : <http://www.sbgh.mb.ca/aboutus/files/leanarticle2013.pdf>
3. Organisation mondiale de la Santé, Patient Safety: Safe Surgery Saves Lives Frequently Asked Questions (Internet), 2016 (consulté en octobre 2016). Peut être téléchargé de : [http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/faq\\_introduction/en/#Q0](http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/faq_introduction/en/#Q0)
4. Hôpital Saint-Boniface, Programmes de soins cliniques : Chirurgie (Internet), 2014 (consulté en octobre 2016). Peut être téléchargé à : [http://www.sbgh.mb.ca/patientcare/surgery\\_fr.html](http://www.sbgh.mb.ca/patientcare/surgery_fr.html)
5. Todd, K. S., Barry, J., Hoppough, S., & McConnell, E. Delirium detection and improved delirium management in older patients hospitalized for hip fracture International journal of orthopedic and trauma nursing (Internet).2015 (consulté en octobre 2016) 19(4), 214-221. Peut être téléchargé à : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26547684>
6. Postoperative Delirium in Older Adults: Best Practice Statement from the American Geriatrics Society. American Geriatrics Society; 2014 (consulté en janvier 2017) Peut être téléchargé à : <http://www.science-direct.com/science/article/pii/S1072751514017931>
7. Vijayakumar, B., Elango, P., & Ganessan, R. Post-operative delirium in elderly patients. Indian Journal of Anaesthesia (Internet). 2014 (consulté en octobre 2016) 58(3), 251. Peut être téléchargé à : <http://go.galegroup.com/uml/idm.oclc.org/ps/i.do?id=GALE%7CA372912889&v=2.1&u=univmanitoba&it=r&p=HRCA&sw=w&asid=69cc969023c4096c6b2366d586b9098e>

Les normes de l'AIISOC relatives à cet article figurent dans la publication Normes de l'AIISOC pour la pratique des soins infirmiers périopératoires (12e édition) de l'Association des infirmières et des infirmiers de salles d'opération du Canada (AIISOC) d'octobre 2015, section 1, p. 37 à 38, normes 1 alinéa 1.1.16, 1.1.7, 1.1.8 et 1.2.16; section 2, p.39, normes 2.3.8 et p.40, norme -2.4.3; section 3, p.183-184, normes 3.1.14 et 3.1.17; norme 4, p. 46, alinéa 4.4.5 et 4.5.4; Norme 5, p.47-48, alinéa 5.1, 5.2, 5.3 et 5.4