

questions



testez vos connaissances

La planification du congé : un processus de transformation centré sur la personne

PAR CÉCILE MICHAUD, INF., PH.D., JOCELYNE CHAMPAGNE, INF., DESS, ET ODETTE ROY, INF., PH.D

Situation clinique

M^{me} Simard, 86 ans, se présente à l'urgence pour douleur et œdème à la face interne du genou droit, conséquence d'une chute causée par une perte d'équilibre. Elle est très souffrante. De plus, à cause de son poids (80 kg) et de son état de santé, elle ne peut se déplacer qu'avec l'aide de trois personnes. Elle est aussi traitée pour de l'hypertension et a subi une colostomie rendue nécessaire après une chirurgie pour néoplasme du côlon. La radiographie du genou montre un affaissement du plateau tibial, sans fracture. L'orthopédiste consulté lui donne congé en lui prescrivant des analgésiques. M^{me} Simard habite chez sa fille qui refuse de la ramener à la maison dans cet état. Il n'y a pas non plus de lit disponible en soins de convalescence ou de répit, une alternative à l'hospitalisation. M^{me} Simard est alors hospitalisée au service de gériatrie active, une unité de courte durée, pour qu'on y évalue son niveau

d'autonomie et la capacité de ses proches de lui donner des soins. Cette évaluation permettra de décider s'il y a lieu de lui trouver une place en hébergement permanent.

Lectures suggérées

BOULT, C. *et al.* « Managed care of chronically ill older people: the US experience », *British Medical Journal*, vol. 321, n° 7267, 21 oct. 2000, p. 1011-1014.

ELLIS, J. *et al.* « Discharge planning benchmark factors and benchmark statements of best practice » (tableau), in « Making a difference to practice: clinical benchmarking—part 1 », *Nursing Standard*, vol. 14, n° 32, 26 avril-2 mai 2000, p. 35.

NAYLOR, M. *et al.* « Comprehensive discharge planning for the hospitalized elderly », *Annals of Internal Medicine*, vol. 120, n° 12, 15 juin 1994, p. 999-1006.

NIXON, A. *et al.* « Audit in practice: planning for discharge from hospital », *Nursing Standard*, vol. 12, n° 26, mars 1998, p. 35-38. [En ligne], 2002. [<http://www.nursing-standard.co.uk/archives/vol12-26/research.htm>] (Page consultée le 6 août 2002)

ROY, O. *et al.* « La planification du congé : une question de priorité », *Les cahiers des mardis-cliniques en soins infirmiers du CUSE*, Université de Sherbrooke, n° 8, 1996-1997, p. 105-115.

mini TEST

Les questions suivantes peuvent faire l'objet d'une réflexion individuelle ou de groupe.

1. La situation de santé de M^{me} Simard est-elle représentative de la réalité des personnes de 75 ans et plus ainsi que de celle de leur famille?
2. Doit-on considérer les soins aux personnes âgées comme des soins de base ou des soins spécialisés?
3. Quel a été l'impact du virage ambulatoire sur les services destinés aux personnes âgées?
4. Quel est le but de la planification du congé?
5. Élaborer le processus de planification du congé de M^{me} Simard selon les énoncés descriptifs de la profession d'infirmière.

Illustration Josée Masse



réponses



testez vos connaissances



Illustration Josée Masse

La planification du congé : un processus de transformation centré sur la personne

Voici les réponses aux questions posées à la page 22.

1 La représentativité de la situation de santé de M^{me} Simard

Des histoires comme celle de M^{me} Simard sont de plus en plus fréquentes : des personnes âgées présentant de multiples problèmes de santé, des soignants familiaux dépassés par l'ampleur des soins exigés et la pénurie de solutions autres que l'hospitalisation. Le pourcentage de civières d'urgence occupées par des personnes âgées a d'ailleurs augmenté de 16 % entre 1994-1995 et 1997-1998 (Trahan, 2000). Cependant, M^{me} Simard fait partie d'une minorité, car selon les statistiques de 1998, 59 % des personnes âgées de 75 ans et plus ne présentent pas d'incapacités modérées ou graves (MSSS, 2001).

2 Les soins aux personnes âgées : soins de base ou spécialisés

Les soins aux personnes âgées sont souvent considérés comme des soins de base à la limite des soins infirmiers. Or, les infirmières habituées aux soins en milieu hospitalier semblent méconnaître

les besoins des personnes très âgées qui souhaitent demeurer dans leur milieu (Oberski et al., 1999). En fait, pour les auteurs cités, il s'agit de soins spécialisés qui nécessitent des habiletés particulières et des connaissances approfondies sur le vieillissement sain et pathologique. Si les infirmières ne possèdent pas ces compétences, les besoins des personnes âgées et de leur famille risquent d'être négligés, voire niés. Les connaissances jugées nécessaires pour administrer des soins à cette clientèle ont été clairement définies (Voyer, 2002), et l'excellent ouvrage de Lauzon et Adam (1996) témoigne de la complexité de ces besoins.

3 L'impact du virage ambulatoire

Les infirmières peu au fait de la conjoncture actuelle dans le système de santé québécois considèrent les personnes âgées comme responsables de l'encombrement des services d'urgence et de la monopolisation des lits. Or, le système de santé québécois est un système en transition, caractérisé par la réduction des lits

de soins de courte durée et la pénurie des ressources professionnelles. C'est le fameux « virage ». En effet, après un bref « virage hospitalier » au cours duquel l'hôpital est devenu le principal fournisseur de soins aux personnes ayant besoin de traitement, le système de santé québécois a pris un « virage ambulatoire » qui a eu pour effet d'orienter la clientèle vers un continuum de soins et de services, au sein duquel l'hôpital est devenu une simple structure parmi d'autres. L'établissement hospitalier est maintenant considéré comme un fournisseur de soins de courte durée, intensifs et spécialisés exigeant la compétence d'un personnel diversifié et l'utilisation de matériel perfectionné.

Cette évolution s'est faite parallèlement à l'implantation, malheureusement plus lente, de structures de soins et de services complémentaires pour le maintien à domicile, la réadaptation, la convalescence et l'hébergement. D'ailleurs, le MSSS (2001) a reconnu l'insuffisance des ressources destinées à cette clientèle, les différences dans la disponibilité et la qualité des services, leur état de fragmentation, le manque d'information à leur sujet

et la méconnaissance des problèmes vécus par les personnes âgées.

C'est ainsi que les personnes âgées qui ont besoin de soins se présentent en plus grand nombre à l'urgence et se retrouvent dans un goulot d'étranglement, ce qui y entraîne des séjours prolongés et une diminution de la qualité et de la quantité des «soins de corridor». Ces lacunes mènent parfois à une détérioration de l'état de santé des patients. De plus, des sanctions financières sont prévues pour l'établissement lorsque les séjours à l'urgence dépassent 24 heures (Boily, 1998). Dans une situation de contrainte financière, la pression exercée pour réduire la durée des séjours se fait plus intense et des personnes âgées sont parfois renvoyées à domicile sans se voir offrir de services supplémentaires. Ces facteurs contribuent également au syndrome de la «porte tournante».

4 Le but de la planification du congé

La planification du congé vise à faciliter la transition d'un environnement² à un autre et à assurer une meilleure qualité de vie aux patients (McKeehan, cité dans Schneider, 1992), grâce à la prévision de leurs besoins et à la continuité dans les soins fournis (Roy et al., 1996-1997). Lors de la planification du congé, comme dans toute situation de soins, les infirmières doivent fournir des soins pour «rendre la personne apte à prendre sa santé en charge, selon ses capacités et les ressources que lui offre son environnement, quelle que soit l'étape de la vie qu'elle traverse et la phase de sa maladie» (OIIQ, 2001, p. 11).

5 Le processus de planification du congé

Pour respecter l'ordre chronologique, depuis l'arrivée de la personne âgée à l'hôpital jusqu'à son départ, les éléments du processus de planification du congé sont abordés dans l'ordre suivant:

- ▶ le partenariat infirmière-client;
- ▶ le processus thérapeutique (décrit très brièvement);
- ▶ la réadaptation fonctionnelle;

- ▶ la prévention de la maladie, la promotion de la santé et la qualité de vie;
- ▶ l'engagement professionnel.

Partenariat infirmière-client. Posons comme prémisse que les personnes âgées préfèrent généralement retourner à domicile et être dans leurs affaires. Cette préférence est confirmée par des chercheurs qui ont recensé les écrits portant sur l'efficacité des programmes destinés aux personnes âgées. D'après ces études, les soins à domicile donnent de meilleurs résultats sur le plan de la satisfaction, de l'autonomie fonctionnelle et de l'utilisation des ressources et des coûts (Boult et al., 2000). Par ailleurs, il semblerait, selon les données du recensement de 2001, que les personnes âgées de plus de 85 ans vivant au Québec soient plus souvent placées en institution que celles vivant dans d'autres provinces (Statistique Canada, 2002), ce qui tendrait à démontrer la faiblesse de nos services de soutien.

Plus le patient et sa famille participent au processus de planification du congé, plus leur perception de la pertinence du congé concorde avec celle des professionnels (Nixon et al., 1998). La participation de la famille est justifiée parce que l'information à communiquer sur l'état de santé, le traitement et les recommandations peut être abondante et que les membres de la famille assumeront en grande partie la responsabilité des soins à donner à leur parent à son retour à la maison (Roy et al., 1996-1997). On estime généralement que l'aide fournie par la famille et les proches représente de 70 à 85 % de l'aide totale accordée aux personnes âgées (MSSS, 2001).

Processus thérapeutique. L'évaluation des besoins du patient doit être effectuée le plus rapidement possible, particulièrement chez la personne âgée (Styrborn, 1995; Carter et MacInnes, 1996), soit idéalement, dès son arrivée à l'urgence (Roy et al., 1996-1997). L'infirmière procède à une évaluation complète de la personne âgée nouvellement arrivée pour recueillir les données biopsychosociales et cognitives. Plusieurs auteurs recommandent qu'une infirmière rencontre aussi la famille dans les 24 à 48 heures suivant l'admission pour connaître ses attentes et ses besoins (Naylor et al., 1994; Nixon et al., 1998; Styrborn, 1995).

Réadaptation fonctionnelle. L'infirmière invite la personne âgée (ainsi que sa famille) à s'exprimer sur son état fonctionnel et émotionnel, notamment sur son estime d'elle-même, la perception qu'elle a de son état de santé, le sens qu'elle accorde à son expérience présente, les soins de santé reçus avant l'hospitalisation, les besoins et les services jugés nécessaires après le congé. À l'Hôpital Charles LeMoine (HCLM), le formulaire de collecte de données à l'admission (inspiré de la Mesure de l'Indépendance Fonctionnelle, ou MIF, de Demers et Giroux, 1997) met l'accent sur l'autonomie fonctionnelle et sur la perception des besoins considérés sous l'angle des services visés ainsi que sur les ressources familiales et environnementales.

Après cette collecte de données, l'infirmière enseigne à la personne âgée (et à sa famille) les moyens qui l'aideront à assurer sa sécurité et son bien-être ainsi qu'à réaliser les activités de la vie quotidienne. Cet enseignement repose sur une communication propre à établir un climat de confiance et à favoriser l'acceptation des soins (Haddock, 1991). De plus, une bonne communication influence favorablement la famille quant à son degré de satisfaction vis-à-vis des soins fournis et à ses rapports futurs avec le système de santé. Ce facteur est malheureusement souvent oublié (McKeehan et Coulton, dans Anthony et Hudson-Barr, 1998). L'information communiquée devrait être notée par écrit et des documents éducatifs devraient être mis à la disposition de la clientèle (Ellis et al., 2000).

La réadaptation fonctionnelle implique également la transmission honnête de l'information et l'établissement de liens officiels avec les différents professionnels de la santé, à l'intérieur comme à l'extérieur de l'établissement (Anthony et Hudson-Barr, 1998; Nixon et al., 1998), afin de favoriser la continuité des soins (Anderson et Helms, 1993; Naylor et al., 1994). Les membres de l'équipe multidisciplinaire doivent collaborer pour planifier le congé (Reichelt et Newcomb dans Charlesworth et McKenzie, 1996; Haddock, 1991). Ils doivent évaluer la préparation de la famille ainsi que sa participation aux soins du patient (Anthony et Hudson-Barr, 1998).

ANALYSE DE LA SITUATION CLINIQUE D'UNE PERSONNE QUI PARTICIPE À LA PLANIFICATION DU CONGÉ*

Résultats escomptés

Éléments de l'exercice

PARTENARIAT INFIRMIÈRE-CLIENT

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • M^{me} Simard et sa fille participent à la planification du congé. • Elles connaissent suffisamment la situation pour être capables de faire des choix. | <ul style="list-style-type: none"> • L'infirmière établit un lien de partenariat en cherchant à répondre aux besoins et aux attentes de M^{me} Simard et de sa fille. • Elle connaît les ressources du milieu, soit la gamme de services disponibles pour les personnes âgées. • Elle connaît le contexte dans lequel les soins sont donnés à la personne âgée. |
|--|--|

PROCESSUS THÉRAPEUTIQUE

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • M^{me} Simard, aidée de sa fille, explique sa situation de santé. • M^{me} Simard et sa fille connaissent la nature des examens diagnostiques à subir. • Elles comprennent les raisons des consultations. • Elles collaborent au plan de soins. • M^{me} Simard respecte la consigne de non-mise en charge du membre atteint. | <ul style="list-style-type: none"> • L'infirmière évalue l'état de santé et les ressources de M^{me} Simard dans les 24 premières heures de son hospitalisation. • Elle évalue ses attentes et ses besoins et élabore un plan de soins en collaboration avec elle et sa fille. • Elle explique la nature des examens diagnostiques et les raisons pour lesquelles M^{me} Simard doit consulter d'autres professionnels. |
|---|--|

RÉADAPTATION FONCTIONNELLE

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • M^{me} Simard et sa fille expriment les émotions ressenties face à la situation de perte d'autonomie due à la blessure. • M^{me} Simard effectue les exercices de physiothérapie et reprend progressivement les tâches de la vie quotidienne. • M^{me} Simard et sa fille font des plans pour le retour à domicile. | <ul style="list-style-type: none"> • L'infirmière encourage M^{me} Simard et sa fille dans l'expression de leurs émotions. • Elle leur enseigne des moyens visant à assurer la sécurité et le bien-être de M^{me} Simard. • Elle participe aux rencontres de l'équipe multidisciplinaire. |
|---|--|

PRÉVENTION DE LA MALADIE, PROMOTION DE LA SANTÉ ET QUALITÉ DE VIE

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • M^{me} Simard et sa fille reconnaissent leurs limites et déterminent les problèmes éventuels d'un retour à domicile. • Elles indiquent leurs ressources et celles de leur milieu. • Elles participent à des activités qui améliorent la qualité de leur environnement. • Elles peuvent faire des choix qui les aident à maintenir ou à améliorer leur bien-être. | <ul style="list-style-type: none"> • L'infirmière explore avec M^{me} Simard et sa fille les risques liés à leur environnement. • Elle les aide à découvrir leurs ressources et leur en fait connaître d'autres. Elle fournit des documents éducatifs et assure un suivi après le retour à domicile. • Elle agit comme intervenante pivot dans l'équipe multidisciplinaire et elle défend les intérêts et les droits de M^{me} Simard et de sa fille. |
|---|--|

ENGAGEMENT PROFESSIONNEL

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • L'infirmière tient à jour ses connaissances relatives à la clientèle visée et aux ressources du milieu, en tant que solutions de rechange à l'hospitalisation. • L'infirmière collabore avec les ressources du milieu et les autres professionnels pour fournir les ressources nécessaires à la personne âgée et à sa famille. |
|---|

* Selon les *Perspectives de l'exercice de la profession d'infirmière*, OIIQ, 2001.

Par ailleurs, lorsque différents professionnels s'occupent d'une personne âgée et de sa famille qui vivent une situation de soins complexe, la coordination est essentielle (Anderson et Helms, 1993; Brocklehurst et Butterworth, 1996; Charlesworth et McKenzie, 1996; Pittman *et al.*, 1992; Roy *et al.*, 1996-1997). Autrement, personne ne se sent responsable lorsque plusieurs professionnels traitent un même patient (Anderson et Helms, 1993). En fait, l'infirmière semble la professionnelle la mieux préparée pour coordonner la planification du congé (Charlesworth et McKenzie, 1996; Naylor *et al.*, 1994; Nixon *et al.*, 1998), car elle est en mesure de déterminer globalement les besoins de la personne âgée et de sa famille.

La coordination est nécessaire, notamment, pour planifier les besoins en matière de médication, de matériel et de transport (Ellis *et al.*, 2000). L'absence de coordination risque de provoquer des retards, des complications et d'engendrer

de l'insatisfaction (Nazarko, 1998).

À l'HCLM, cette tâche est assumée par une infirmière pivot qui tient à jour les données des professionnels et des différents organismes grâce à un formulaire de gestion de la période de soins.

Prévention de la maladie, promotion de la santé et qualité de vie.

L'infirmière peut aider la personne âgée et sa famille à déceler les problèmes éventuels liés au retour à domicile ainsi qu'à accroître leur potentiel de santé et leur qualité de vie. On a suggéré que, parmi ses fonctions, l'intervenante pivot représente la personne âgée, défend ses intérêts et ceux de sa famille et s'assure que les services sont fournis en fonction de l'évolution de la situation (MSSS, 2001).

Plusieurs auteurs proposent que l'infirmière téléphone au patient dans les 24 à 48 heures suivant son départ (Charlesworth et McKenzie, 1996; Haddock, 1991; Styrborn, 1995). Un contact personnalisé renforce la continuité des soins en permettant la vérification de l'état de santé de la personne âgée et

l'évaluation des ressources mobilisées pour sa prise en charge (Haddock, 1991; Roy *et al.*, 1996-1997). C'est aussi l'occasion de parachever et d'évaluer le plan du congé puisque la personne âgée et sa famille peuvent poser des questions et exprimer leur niveau de satisfaction. L'infirmière peut ainsi s'assurer de l'efficacité de ses interventions.

Engagement professionnel. Pour planifier un congé de qualité, l'infirmière doit maintenir à jour ses connaissances sur les ressources du milieu et les solutions de rechange à l'hospitalisation (voir l'article de Champagne *et al.*, à la page 11). Elle participe aux rencontres multidisciplinaires, communique sa perception de la situation et collabore à l'établissement du plan de soins interdisciplinaires, dans le respect des droits de M^{me} Simard et de sa famille.

En conclusion, il est important de ne jamais oublier la dimension humaine de la relation et de considérer M^{me} Simard comme un être unique et en devenir ► qui agit selon ses choix, son histoire, ses



valeurs, ses croyances et ses capacités (OIIQ, 2001). Elle est en lien avec d'autres personnes, des proches (sa fille) et des intervenants professionnels (le personnel infirmier, notamment), dans un environnement que l'on juge « en transition ». Elle a des besoins, des droits et des devoirs. Comme infirmières, nous devons profiter de chaque prestation de soins pour mobiliser les ressources de la personne et de son environnement afin de maintenir ou d'améliorer sa situation de santé.

Il ne faut pas considérer la santé comme une absence de maladies, de symptômes ou de problèmes requérant des soins de nature très technique³. La santé est plutôt une expérience subjective, correspondant à une qualité de vie définie par la personne elle-même et pour laquelle elle est prête à s'impliquer avec l'aide de ses proches (OIIQ, 2001). La planification du congé doit donc mettre l'accent sur des mesures d'accompagnement afin de permettre à M^{me} Simard de poursuivre ses objectifs de maintien et d'amélioration de sa qualité de vie. Dans le cas qui nous occupe, cet accompagnement sera probablement assumé par la fille de la patiente, à condition que des services adaptés soient disponibles. C'est en ce sens que la planification du retour à domicile est perçue comme un processus de transformation centré sur la personne.

1. Cette expression est de Denise L. Boudreau qui soutient que les personnes se sont tournées vers les hôpitaux pour recevoir des soins seulement à partir des années 60 avec l'instauration de l'assurance-maladie. Antérieurement, les soins étaient surtout donnés dans les familles.
2. Zander (1998) suggère d'ailleurs de parler de « gestion de la transition » pour désigner la planification du congé. Nous préférons garder le terme « planification du congé » car, à notre avis, l'expérience d'une personne est dynamique et, de ce fait, toujours en transition.
3. Il est possible que des soins hautement technicisés soient nécessaires de façon temporaire.

Références

ANDERSON, M.A. et L. HELMS. « An assessment of discharge planning models: communication in referrals for home care », *Orthopaedic Nursing*, vol. 12, n° 4, juil./août 1993, p. 41-49.

ANTHONY, M.K. et D.C. HUDSON-BARR. « Successful patient discharge. A comprehensive model of facilitators and barriers », *The Journal of Nursing Administration*, vol. 28, n° 3, mars 1998, p. 48-55.

BOILY, C. *Lettre aux directeurs généraux des centres hospitaliers*, Longueuil, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie, 1998.

BROCKLEHURST, N. et T. BUTTERWORTH. « Establishing good practices in continuing care: a descriptive study of community nursing services for people with HIV infection », *Journal of Advanced Nursing*, vol. 24, n° 3, sept. 1996, p. 488-497.

CARTER, H. et P. MacINNES. « Nursing attitudes to the care of elderly patients at risk of continuing hospital care », *Journal of Advanced Nursing*, vol. 24, n° 3, sept. 1996, p. 448-455.

CHARLESWORTH, G.A. et P.A. McKENZIE. « Unit discharge planning model », *Clinical Nurse Specialist*, vol. 10, n° 2, mars 1996, p. 102-105.

DEMERS, L. et F. GIROUX. « Validité de la Mesure de l'Indépendance Fonctionnelle (MIF) pour les personnes âgées suivies en réadaptation », *La Revue canadienne du vieillissement*, vol. 16, n° 4, hiver 1997, p. 626-646.

HADDOCK, K.S. « Characteristics of effective discharge planning programs for the frail elderly », *Journal of Gerontological Nursing*, vol. 17, n° 7, juil. 1991, p. 10-14.

LAUZON, S. et E. ADAM (ss la dir. de), *La personne âgée et ses besoins*, Montréal, Éditions du Renouveau Pédagogique, 1996.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS). *Orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie*, Québec, MSSS, 2001.

NAZARKO, L. « Improving discharge: the role of the discharge co-ordinator », *Nursing Standard*, vol. 12, n° 49, 26 août-1^{er} sept. 1998, p. 35-37.

OBERSKI, I. *et al.* « The community gerontological nurse: themes from a needs analysis », *Journal of Advanced Nursing*, vol. 29, n° 2, févr. 1999, p. 454-462.

ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC (OIIQ). *L'exercice infirmier en soins de longue durée: au carrefour du milieu de soins et du milieu de vie*, Montréal, OIIQ, 2000, coll. « Guide d'exercice ».

Perspectives de l'exercice de la profession d'infirmière, Montréal, OIIQ, 2001.

PITTMAN, L. *et al.* « Patient discharge planning documentation in an Australian multidisciplinary rehabilitation setting », *Rehabilitation Nursing*, vol. 17, n° 6, nov./déc. 1992, p. 327-331.

SCHNEIDER, J.K. « Clinical nurse specialist: role definition as discharge planning coordinator », *Clinical Nurse Specialist*, vol. 6, n° 1, printemps 1992, p. 36-39.

STATISTIQUE CANADA. *Recensement de 2001: état matrimonial, union libre, familles, logements et ménages*. [En ligne], 22 oct. 2002. [<http://www.statcan.ca/Daily/Francais/021022/q021022a.htm>] (Page consultée le 23 octobre 2002)

STYRBORN, K. « Early discharge planning for elderly patients in acute hospitals—an intervention study », *Scandinavian Journal of Social Medicine*, vol. 23, n° 4, déc. 1995, p. 273-285.

TRAHAN, L. « L'évolution de l'hospitalisation chez les personnes âgées vulnérables » in *L'hôpital de demain et les personnes âgées vulnérables: sommes-nous prêts?* (Colloque), Montréal, Institut universitaire de gériatrie de Montréal, 20-21 janvier 2000.

VOYER, P. « Pour une reconnaissance de la complexité des soins infirmiers gériatriques », *L'Infirmière du Québec*, vol. 9, n° 4, mars/avril 2002, p. 12-18.

ZANDER, K. « Rethinking discharge planning », *New Definition*, vol. 12, n° 3, 1998. [En ligne], 1998. [http://www.cfc.com/newdefinition12_3.html] (Page consultée le 6 août 2002)

CÉCILE MICHAUD est professeure adjointe au Département des sciences infirmières de la Faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke et conseillère en soins spécialisés, recherche et évaluation de la qualité à l'Hôpital Charles LeMoigne.

JOCELYNE CHAMPAGNE est conseillère en soins spécialisés, personnes âgées, gestion des risques, techniques et procédés de soins à l'Hôpital Charles LeMoigne.

ODETTE ROY est actuellement infirmière clinicienne spécialisée au Programme clientèle personnes âgées à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont.