Document généré le 2 juil. 2025 09:58

Soins d'urgence
La revue de l'Association des infirmières et infirmiers d'urgence du Québec

Le déploiement du rôle d'une infirmière en pratique avancée en gériatrie à l'urgence : une innovation en Estrie

Véronic Poulin, inf., B. Sc., M. Sc. (ét.), Didier Mailhot-Bisson, inf., Ph.D. (cand.) et Audrey-Anne Turcotte-Brousseau, MD, M. Sc., FRCPC

Volume 2, numéro 2, novembre 2021

URI : https://id.erudit.org/iderudit/1101813ar
DOI : https://doi.org/10.7202/1101813ar

Aller au sommaire du numéro

Éditeur(s)

Association des infirmières et infirmiers d'urgence du Québec

ISSN

2816-6892 (imprimé)
2816-6906 (numérique)

Découvrir la revue

Citer cet article

Poulin, V., Mailhot-Bisson, D. & Turcotte-Brousseau, A.-A. (2021). Le déploiement du rôle d'une infirmière en pratique avancée en gériatrie à l'urgence : une innovation en Estrie. *Soins d'urgence*, *2*(2), 35–44. https://doi.org/10.7202/1101813ar

Résumé de l'article

L'urgence est un milieu qui se caractérise par une prise en charge des conditions aiguës et ou l'examen clinique et les traitements doivent être rapidement déterminés et inities. Toutefois, l'urgence est peu adaptée aux personnes âgées qui requièrent des soins médicaux complexes à la lumière de leur fragilité et vulnérabilité. Plusieurs modèles de soins d'urgence gériatrique ont été développés afin de mieux répondre aux soins de santé de cette population. Le rôle de l'infirmière clinicienne spécialisée en gériatrie (ICSG) à l'urgence est la pierre angulaire de ces modèles de soins. Cependant, un consensus est manquant quant aux compétences et à la formation requise. Cet article met donc en lumière le rôle d'une ICSG a l'urgence. L'expérience de l'urgence de l'Hôtel-Dieu de Sherbrooke du CIUSSS de l'Estrie-CHUS permet également d'exposer sa contribution et d'émettre des recommandations quant à son déploiement.

© Véronic Poulin, Didier Mailhot-Bisson et Audrey-Anne Turcotte-Brousseau, 2021

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter en ligne.

https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/

Cet article est diffusé et préservé par Érudit.

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche.

https://www.erudit.org/fr/

PERSPECTIVE

Le déploiement du rôle d'une infirmière en pratique avancée en gériatrie à l'urgence : une innovation en Estrie

L'urgence est un milieu qui se caractérise par une prise en charge des conditions aiguës et où l'examen clinique et les traitements doivent être rapidement déterminés et initiés. Toutefois, l'urgence est peu adaptée aux personnes âgées qui requièrent des soins médicaux complexes à la lumière de leur fragilité et vulnérabilité. Plusieurs modèles de soins d'urgence gériatrique ont été développés afin de mieux répondre aux soins de santé de cette population. Le rôle de l'infirmière clinicienne spécialisée en gériatrie (ICSG) à l'urgence est la pierre angulaire de ces modèles de soins. Cependant, un consensus est manquant quant aux compétences et à la formation requise. Cet article met donc en lumière le rôle d'une ICSG à l'urgence. L'expérience de l'urgence de l'Hôtel-Dieu de Sherbrooke du CIUSSS de l'Estrie-CHUS permet également d'exposer sa contribution et d'émettre des recommandations quant à son déploiement.

par Véronic Poulin, Didier Mailhot-Bisson et Audrey-Anne Turcotte-Brousseau

INTRODUCTION

Malgré les efforts politiques et organisationnels des dernières années, les urgences du Québec ont très peu adapté leurs soins aux personnes âgées. La médecine d'urgence telle qu'on la connaît aujourd'hui est davantage basée sur le traitement des conditions aiguës et critiques. Toutefois, les personnes âgées requièrent généralement des soins médicaux complexes dus à leurs multiples problèmes de santé, leur fragilité et leur vulnérabilité sociale. Le statu quo n'est donc plus envisageable. Les personnes âgées à l'urgence ont besoin d'une évaluation et d'une prise en charge globale dans le but d'optimiser et de sécuriser leur parcours de soins dans le système de santé. Afin de relever le défi quant aux soins particuliers que requièrent les personnes âgées dans un contexte aigu, le concept de département d'urgence gériatrique a émergé. En effet, il y a une dizaine d'années, ce type d'urgence gériatrique a vu le jour aux États-Unis (1). Depuis juillet 2020, l'urgence de l'Hôtel-Dieu du Centre intégré universitaire de santé et des services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CIUSSSE-CHUS) s'est vu décerner la mention de première urgence gériatrique accréditée de niveau argent au Québec et au Canada par l'*American College of Emergency Physicians* (ACEP). De plus, l'urgence de Brome-Missisquoi-Perkins, du même CIUSSS, a obtenu cette accréditation de niveau bronze un an plus tard. L'engagement de plusieurs acteurs est nécessaire à la création d'urgences adaptées aux soins des personnes âgées. La présence d'une infirmière clinicienne spécialisée en gériatrie (ICSG) à l'urgence est jugée comme étant la clé pour ce nouveau fonctionnement. De nombreuses études ont démontré que l'ICSG à l'urgence améliore la qualité des soins et la performance de l'organisation (2-5). Ces mêmes études affirment également que l'ICSG joue un rôle essentiel quant à la réponse aux soins complexes ainsi qu'à l'amélioration de la sécurité des soins (2-5). Toutefois, la littérature actuelle témoigne que le rôle, les ▶

compétences et la formation préalable de l'ICSG demeurent très hétérogènes et qu'un consensus est manquant.

Cet article a donc pour objectif : 1) d'énoncer les requis en matière de formation et de compétences; 2) de définir le rôle de l'ICSG à l'urgence; 3) de décrire la contribution de l'ICSG au plan clinique et organisationnel et 4) de formuler des recommandations quant à l'implantation de ce nouveau rôle à l'urgence. La recension des écrits effectuée décrit plusieurs modèles de prestation de soins et d'offre de services des ICSG développés dans un contexte d'urgence. Pour rencontrer ces objectifs, une recension des écrits sur les différents modèle de soins est jumelée à l'expérience du déploiement de l'ICSG au CIUSSSE-CHUS depuis 2018.

Au Québec, le titre d'infirmière clinicienne spécialisée (ICS) est protégé. Une seule spécialité est reconnue à ce jour soit l'infirmière clinicienne spécialisée en prévention et contrôle des infections. Toutefois, le titre d'infirmière clinicienne spécialisée (ICS) est utilisé dans ce texte à la place d'infirmière en pratique avancée (IPA) afin de simplifier la compréhension et d'éviter la confusion entre infirmières praticiennes spécialisées (IPS) et ICS qui sont toutes deux des infirmières en pratique avancée.

PORTRAIT DE LA SITUATION DES PERSONNES ÂGÉES DANS LES URGENCES

Il ne fait plus aucun doute, le poids démographique de la population âgée ne cesse d'augmenter d'année en année. L'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) estime que 25 % de la population québécoise atteindra 65 ans et plus dans les dix prochaines années (6). L'utilisation de la salle d'urgence par les personnes âgées de 65 ans et plus est notable en raison de la proportion élevée de maladies chroniques, de troubles neurocognitifs (TNC) et de la polymédication (7). Les aînés occupent environ 40 % des civières dans les services d'urgences au Québec (7). Dans cette proportion, les personnes âgées de 75 ans et plus ont le taux le plus élevé de visites à l'urgence, et ce, tout groupe d'âge confondu (4,7).

L'évaluation adéquate d'une personne âgée à l'urgence est complexe due à la présence de polymorbidités, la présentation atypique des problèmes de santé, le déclin fonctionnel et cognitif et les problèmes de communications ou sensoriels. Le séjour à la salle d'urgence est un moment où l'incidence de delirium, les risques d'erreurs médicales, les complications iatrogéniques et les évènements indésirables sont les plus élevés pour les personnes âgées (7,8). D'autre part, plusieurs facteurs augmentent et compliquent les visites à l'urgence. Ces facteurs sont entre autres l'âge avancé (85 ans et plus), les chutes, le delirium, les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD), la polymédication et l'absence d'un soutien social accentué en raison de la pandémie (9,10). L'absence de soins et d'un environnement adaptés engendre des coûts supplémentaires, une augmentation de la durée de

séjour, un taux élevé d'hospitalisation, d'hébergement et de mortalité (4,7,11).

Devant la complexité des problèmes biopsychosociaux de la personne âgée, le personnel surchargé renonce trop souvent à faire la liaison avec les soins communautaires et à assurer une continuité de soins (4). Ce manque de communication et de coordination entraîne un maintien à domicile précaire et réprime l'accessibilité aux soins et aux services dont la personne âgée pourrait bénéficier. Ces personnes âgées reviennent donc à l'urgence, déjà saturée, créant ainsi de l'insatisfaction chez le personnel soignant se trouvant dans l'impuissance d'offrir des soins appropriés et adaptés aux aînés (4). Dans l'intention d'optimiser l'approche adaptée ainsi que l'amélioration globale de la prise en charge de la personne âgée à l'urgence, la présence de l'ICSG s'avère être un incontournable. Ce sont là les raisons qui ont justifié l'implantation de ce rôle au CIUSSSE-CHUS.

RECHERCHE DOCUMENTAIRE

Une recension des écrits a été effectuée en 2020 et mise à jour en 2021. Le but était d'établir un consensus pour définir le rôle, les compétences et la formation universitaire requise pour l'ICSG tout en exposant sa contribution au sein du système de santé. La méthode PICO (population, intervention, comparaison et *outcome*) à permis de formuler la question de recherche suivante : Quels sont les rôles et les contributions (cliniques et organisationnelles) de l'ICSG pour les patients de plus de 65 ans couchés sur civières à l'urgence qui présente une situation de fragilité ou de vulnérabilité? Les résultats d'intérêts étaient: amélioration de la qualité et sécurité des soins, diminution des complications iatrogéniques (chute, delirium, déclin fonctionnel ou cognitif, syndrome d'immobilisation), diminution du taux hospitalisation, de la durée de séjour de l'urgence, des visites ▶

à l'urgence et des coûts, ainsi que la satisfaction du soigné et du soignant. Les critères d'inclusion à la sélection des articles étaient : 1) l'âge de la clientèle, soit 65 ans et plus, car la prévalence de la fragilité représente près de 20% de ce groupe d'âge) (12); 2) l'année de publication (entre 2009 et 2020); 3) la langue (anglaise et française); 4) la disponibilité et l'accessibilité aux banques de données de l'Université de Sherbrooke. Les critères d'exclusion étaient : 1) rôle qui ne correspond pas à une infirmière en pratique avancée (IPA) au Québec et 2) description peu explicite du rôle de l'ICSG. Enfin, cinq bases de données ont été choisies, soit : CINAHL, MEDLINE, PubMed, AgeLine et Google Scholar. Les mots clés et les opérateurs booléens utilisés sont énoncés dans le Tableau 1.

Tableau 1. Mots clés et opérateurs booléens

AND	Nursing role specialist	OR	Advanced practice nurse's role Role of advanced practice nurse
	Elderly		Older adults, geriatrics
	Emergency departement		Emergency room

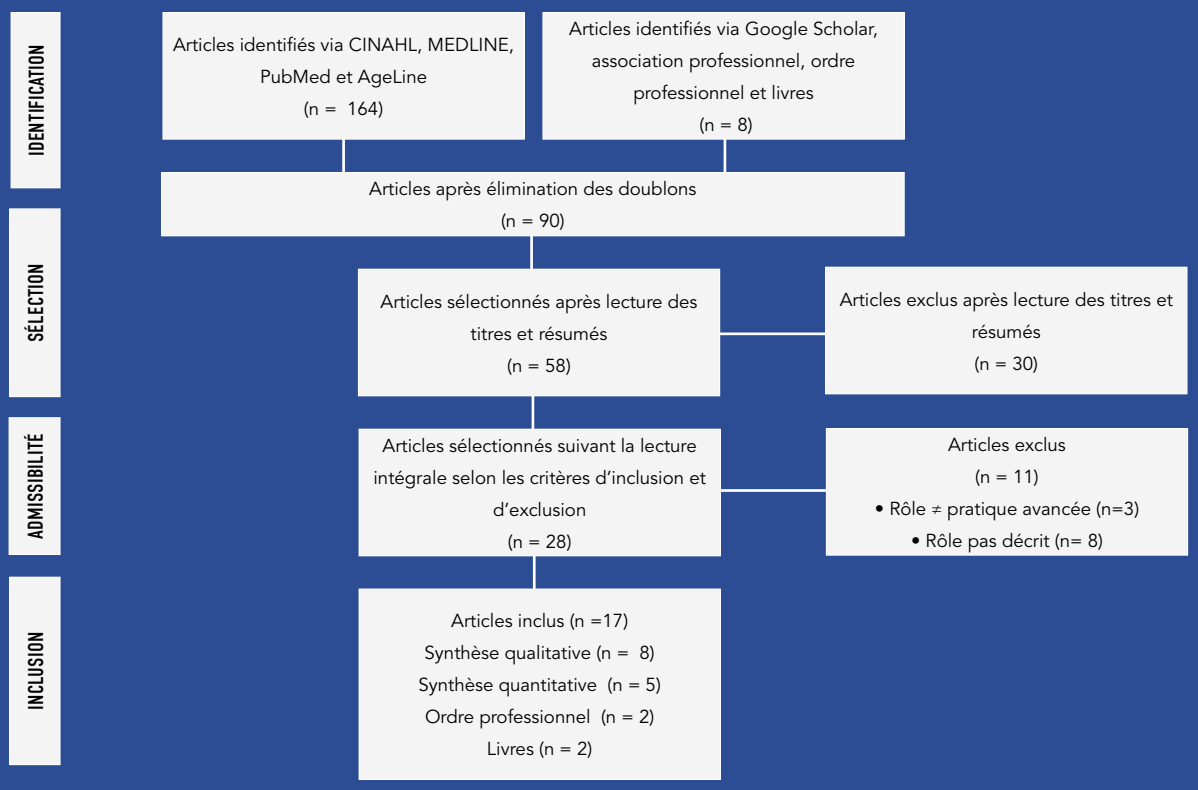
Après avoir éliminé les doublons, 90 articles ont été obtenus. À la suite de la lecture des titres, des résumés, des textes intégraux et l'application des critères d'inclusion et d'exclusion, 73 articles ont été exclus. Au total, 13 articles scientifiques ont été retenus et analysés. Deux livres et deux documents d'organisme et d'association savante ont été ajoutés aux articles sélectionnés en raison de la description étoffée des rôles et compétences généraux des IPA au Canada (voir Figure 1).

FORMATION UNIVERSITAIRE ET COMPÉTENCES REQUISES DE L'ICSG À L'URGENCE

Formation universitaire requise

Au Canada et au Québec, le titre d'infirmière clinicienne spécialisée ou en pratique avancée est reconnu à la suite d'une formation universitaire au deuxième cycle (13,14). Plusieurs études recommandent qu'une formation de niveau maîtrise soit minimalement requise pour accéder à cette fonction (3,8,9,15-17). L'approche spécialisée de l'ICSG à l'urgence requiert des connaissances théoriques spécialisées en gériatrie et en soins aigus. La complexité quant au portrait des personnes âgées fragiles n'est pas seulement liée au contexte de soins d'urgence, mais à un éventail d'éléments de nature médicale, fonctionnelle, cognitive, environnementale, sociale et économique. La formation de niveau maîtrise est salutaire en raison du rôle, des compétences requises et de la responsabilité face à ses décisions cliniques. Ces mêmes études soulignent qu'une expérience clinique d'un minimum de deux ans et une formation continue spécialisée en gériatrie sont essentielles pour l'ICS en gériatrie à l'urgence (3,8,9,15-17). En contrepartie, les lignes directrices de l'urgence gériatrique de l'ACEP recommandent un programme de formation orienté sur les besoins de la population gériatrique qui vise à développer des compétences cliniques, interdisciplinaires et de coordination sans toutefois préciser le niveau de formation universitaire nécessaire (1).

Figure 1. Diagramme du processus de sélection des articles pour la recherche documentaire



Définition du rôle de l'ICSG à l'urgence

L'ICSG à l'urgence représente une toute nouvelle fonction au CIUSSSE-CHUS d'où la pertinence de définir son rôle. Elle exerce ce rôle avec un degré élevé d'autonomie et d'autodétermination. De plus, elle est expérimentée et dotée de compétences cliniques avancées en gériatrie et à l'urgence. Le rôle se définit principalement dans l'évaluation holistique avancée, la consultation, la collaboration, le mentorat et le développement des compétences de l'équipe de soins. Des différences notables sont constatées entre le rôle de l'ICSG et l'infirmière de l'urgence notamment en raison du rôle de consultant auprès de la personne âgée et d'expert-conseil auprès des membres de l'équipe en soins d'urgence. Le Tableau 2 présente les rôles et les compétences requises de l'ICSG, et ce, tel que recommandé par la littérature (3,4,8,9,15-17).

Tableau 2. Compétences et rôle requis ou à développer par l'ICSG à l'urgence

Pratique clinique directe
• Effectuer l'évaluation holistique spécialisée en gériatrie et contribuer au dépistage • Utiliser des outils d'évaluation validés scientifiquement • Intervenir pour prévenir les syndromes gériatriques (delirium, chute, déclin fonctionnel, etc.) • Éviter des pratiques à risque (polymédication, contention, etc.) • Réaliser un plan de soins individualisé centré sur les besoins du patient/famille • Planifier le congé en partenariat avec le patient/famille • Solliciter l'intervention des services communautaires du milieu • Coordonner la liaison nécessaire et faire les références aux services spécialisés en gériatrie
Consultation
• Effectuer une consultation selon un processus encadré par une démarche clinique • Offrir un soutien-conseil auprès des membres de l'équipe de soins • Émettre des recommandations quant à la prestation des soins et la pratique infirmière
Pratique basée sur les données probantes et la recherche
• Transmettre les connaissances spécialisées en gériatrie basées sur les pratiques exemplaires • Implanter et adapter les guides de l'approche adaptée à la personne âgée (AAPA/ACEP) • Améliorer la sécurité/qualité des soins en soutenant la recherche et les approches innovatrices
Collaboration
• Créer un partenariat avec les patients/familles/équipe de soins/partenaire du réseau • Travailler en interdisciplinarité avec tous les partenaires • Collaborer avec la gouvernance clinique et administrative • Participer au comité d'expert de l'approche adaptée à la personne âgée (urgence/unité de soins) • Assurer une communication efficace en se souciant de la littératie de son interlocuteur

Tableau 2. Compétences et rôle requis ou à développer par l'ICSG à l'urgence (suite)

Leadership
• Influencer positivement le personnel quant aux besoins singuliers des personnes âgées • Être un modèle de rôle dans l'application des pratiques exemplaires en gériatrie • Assurer un suivi des indicateurs de qualité spécifique aux soins infirmiers • Créer des opportunités de développement de la pratique en soins adaptés aux personnes âgées
Mentorat
• Soutenir et encadrer la pratique de soins adaptés aux personnes âgées • Répondre aux besoins en matière d'éducation, de prévention et promotion de la santé • Élaborer des protocoles/règles de soins • Contribuer à l'élaboration des programmes de formation universitaire et continue en gériatrie
Prise de décision éthique
• Prendre des décisions centrées sur les besoins des patients • Respecter l'autonomie et l'autodétermination du patient • Défendre les intérêts des patients/famille en situation de précarité (abus, maltraitance) • Prévenir et informer sur le phénomène de l'âgisme

Sources : (1,3,4,8,9,15-17,21)

Compétences requises

Les compétences nécessaires au rôle de l'ICS reposent sur des connaissances (pratiques et théoriques) avancées, des habiletés (pensée systémique, jugement, évaluation) appuyées par l'expérience clinique et sur l'application d'approches novatrices basées sur les données probantes (14,18). Les compétences de l'ICS sont mises à profit afin d'assurer la sécurité et la qualité des soins de façon à promouvoir et à améliorer les soins et services auprès d'une clientèle vulnérable (13). Pour traduire les compétences de l'ICSG à l'urgence, le modèle d'Hamric sur la pratique infirmière avancée a été choisi en cohérence avec les données scientifiques et sa large diffusion en Amérique du Nord (19). Ce modèle décrit sept compétences de l'infirmière en pratique avancée, soit la pratique clinique directe, la consultation, le mentorat et coaching, le leadership, la collaboration, la pratique basée sur les données probantes et la prise de décision éthique. La pratique clinique directe de l'ICSG à l'urgence est la compétence centrale pour plusieurs auteurs qui ont développé ce rôle (3,4,8,9,15-17,19,20). Celles choisies pour le rôle développé au CIUSSSE-CHUS sont représentées dans le tableau 2 de la page précédente. La pratique clinique directe, la consultation, la collaboration et le mentorat sont les compétences davantage traduite dans cet article. Une ICSG à l'urgence doit développer et parfaire ces compétences nommées ci-haut non seulement pour l'obtention du titre, mais tout au long de sa pratique.

En plus d'élargir ses compétences, l'ICSG à l'urgence doit développer des comportements et des aptitudes propres au milieu de soins. Elle doit avoir la capacité de s'adapter à un environnement actif en constante évolution. Son travail est ▶

accompagné de demandes multiples qui nécessiteront parfois des changements rapides et des adaptations constantes.

Pratique clinique directe

Tout en exerçant concrètement les activités réservées de l'infirmière, l'ICSG effectue une évaluation avancée des aspects médicaux, fonctionnels, cognitifs et psychosociaux du patient par le biais d'une consultation. L'ICSG contribue au dépistage des personnes âgées vulnérables et fragiles à l'urgence. Elle émet des recommandations cliniques au patient/famille ainsi qu'à l'équipe de soins. Elle fait la liaison entre les différentes personnes/instances qui prennent soin de cette personne âgée et coordonne le suivi et le congé. Elle travaille ainsi en étroite collaboration avec tous les professionnels/partenaires du réseau et le patient/famille pour définir les besoins, les services et les adaptations qui devront être apportées au plan de soins.

Consultation

Tous les professionnels qui œuvrent à l'urgence peuvent demander l'ICSG en consultation lorsqu'ils respectent les critères d'admissibilité (voir Tableau 3). Cette consultation spécialisée de l'ICSG se fait en parallèle à celle du médecin de l'urgence de sorte que la durée de séjour ne sera pas prolongée par un processus en étape. Par souci d'efficacité et d'efficience, l'expérience au CIUSSSE-CHUS permet de dire qu'il est souhaitable que l'urgentologue ait pris en charge le patient avant que l'ICSG à l'urgence débute sa consultation. Cependant, une évaluation avant celle de l'urgentologue peut être réalisée si elle est jugée pertinente par l'ICSG à l'urgence. Elle établit ses priorités selon les informations, les investigations et les discussions cliniques avec les professionnels impliqués. La priorisation est un processus continu et doit respecter les critères d'admissibilité. Ces critères ont été définis selon l'âge et les indices de vulnérabilité médicale et sociale (facteurs de risques, dangerosité, disponibilité des ressources et capacité d'agir) qui peuvent compromettre un retour à domicile sécuritaire chez un usager dont l'hospitalisation n'est pas requise (22).

D'autre part, certaines situations cliniques sont jugées peu prioritaires pour l'ICSG à l'urgence. On pense entre autres aux patients qui se présentent à l'urgence pour une condition médicale aiguë qui nécessitera de toute évidence une hospitalisation (voir Tableau 3). Au CIUSSSE-CHUS, il est estimé qu'il prend en moyenne 90 minutes à l'ICSG pour compléter une consultation. L'étude de Shanley et al. (4) vient appuyer ceci en affirmant que le temps de consultation par l'ICSG est estimé à 60 minutes par patient.

Collaboration

La collaboration professionnelle est l'élément central d'une urgence gériatrique. Une pratique interdisciplinaire et collaborative assure la qualité et la sécurité des soins, améliore la santé pour la population et facilite la coordination et la continuité des soins pour le patient (16). Dans son rôle, l'ICSG à l'urgence travaille en interdisciplinarité en créant des échanges d'informations et des discussions cliniques avec les différents membres de l'équipe de soins, soit l'infirmière, l'infirmière auxiliaire, le préposé aux bénéficiaires, le médecin, le physiothérapeute, le travailleur social et le pharmacien. Bien au-delà de ses échanges, travailler en interdisciplinarité développe chez l'ICSG et chez chacun des professionnels, des aptitudes et des connaissances supplémentaires qui ont un impact positif sur la qualité des soins et la satisfaction des patients et du personnel (2). L'interdisciplinarité exige à l'ICSG une communication efficace basée sur le respect mutuel de tous les professionnels et les patients/familles ainsi qu'une compréhension du champ d'exercice et des rôles de chacun des professionnels (2). Néanmoins le chevauchement des rôles entre l'ICSG, le physiothérapeute ou la travailleuse sociale à l'urgence est une source potentielle de confusion (15). Elle se dissout rapidement lorsque l'approche collaborative est appliquée et que les professionnels ont une bonne compréhension des rôles de chacun. Aujourd'hui, l'ICSG à l'urgence du CIUSSSE-CHUS est devenu un membre à part entière dans l'équipe interdisciplinaire.

Tableau 3 : Critères d'admissibilités et situations cliniques peu prioritaires pour une consultation de l'ICSG à l'urgence

Critères d'admissibilité	Situation clinique peu prioritaires
• 75 ans et plus • Chute • État confusionnel aigu / delirium • TNC avec ou sans SCPD • Déclin fonctionnel et cognitif (perte d'autonomie) • Diminution de l'état général (asthénie) • Dénutrition • Plusieurs visites à l'urgence dans les derniers mois • Plusieurs hospitalisations dans la dernière année • Épuisement des proches ou du milieu de vie	• Demande d'hospitalisation ou ayant une condition médicale qui s'apparente à: AVC, infarctus, fracture de hanche, etc. • Instabilité médicale • Clientèle hébergée en CHSLD

Source : (22)

Mentorat et développement des compétences de l'équipe de soins

L'ensemble de l'équipe de soins et les professionnels doivent eux aussi bénéficier d'un encadrement clinique et de formations continues en gériatrie (3-5, 8). En tant que leader clinique, l'ICSG constitue un exemple de pratique exemplaire et d'un modèle de rôle pour l'équipe de soins de l'urgence. Elle est une source de connaissances spécialisées et fournis des opportunités de développement de la pratique pour garantir la sécurité et le maintien de la qualité des soins. Elle vise à améliorer les soins aux personnes âgées fragiles en soutenant la recherche, l'innovation et l'implantation de divers protocoles de soins adaptés (3-5,8,9,15,20,23). L'ICSG à l'urgence répond aussi aux besoins des patients/familles en matière d'enseignement et de promotion et prévention de la santé physique, cognitive ou psychologique.

Le développement des compétences du personnel de l'urgence sur les approches gériatriques peut se réaliser par le biais de formations accréditées en ligne. Ces formations sont disponibles via les sites web suivants: https://geri-em.com/ et https://gedcollaborative.com (24,25). Bien qu'elles soient gratuites, elles sont offertes seulement en anglais. Néanmoins, au Québec, un colloque d'urgence gériatrique du Centre de formation continue de l'Université de Sherbrooke est maintenant accessible une fois par année pour tous les professionnels en santé désireux de parfaire leurs connaissances et compétences en médecine d'urgence gériatrique.

Répartition entre la pratique clinique et l'encadrement clinique

Selon l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ), la pratique clinique directe doit occuper minimalement 20 % du temps de l'ICS (13). Le rôle de consultation clinique directe de l'ICSG à l'urgence est estimé entre 35 % à 70 % du temps de travail tandis que le rôle de développement clinique, de promotion des bonnes pratiques et de l'encadrement clinique peut varier entre 30 % à 60 % du temps de travail (8). Cette variation dépend, en grande partie, de l'achalandage aux urgences. Une répartition égale de ces rôles est visée par l'ICSG à l'urgence au CIUSSSE-CHUS.

Contribution de l'ICSG à l'urgence

L'urgence a-t-elle vraiment besoin d'une ICSG ? Plusieurs études ont démontré l'impact positif des interventions de l'ICSG dans les milieux de soins aigus (3,5,17,26). En effet, il est conclut que sa présence augmente la qualité des soins, l'accessibilité et la qualité de vie des personnes âgées (3,5,17,26). Il est même suggéré que l'ICSG possède une meilleure efficacité pour cerner les besoins et offrir des services appropriés à la condition des personnes âgées que les médecins d'urgence (17). Dans l'étude qualitative de King et al. (3), les personnes âgées rencontrées ayant fréquenté une urgence gériatrique se sont dites plus satisfaites des soins reçus et par conséquent ont une meilleure perception des soins de santé. Dans le modèle de soins d'urgence gériatrique de Wallis et al. (5), les interventions cliniques et de promotion de la santé ainsi que l'utilisation des services de l'ICSG sont jugées plus rentables et moins coûteuses avec des résultats cliniques jugés équivalents ou supérieurs aux médecins de l'urgence. Selon l'étude de Wallis et al. (5), les coûts d'admission par patient vu par l'ICSG s'est vu diminuer en moyenne de 1 469$. Dans cette même étude (5), l'ICSG à l'urgence a eu un effet positif sur la santé physique et psychologique des personnes âgées et de leurs proches. Quant aux infirmières de l'urgence, la présence de l'ICSG a pour effet de diminuer le stress associé aux interventions auprès des patients atteints d'un TNC (5). La durée de séjour ne s'est pas vue augmentée même si le temps de consultation est plus long que celui du médecin de l'urgence. De plus, ces interventions et la coordination du congé ont contribué à diminuer les hospitalisations non essentielles médicalement et les visites subséquentes (5,26).

Le rôle de l'ICSG à l'urgence de l'Hôtel-Dieu de Sherbrooke est implanté depuis près de deux ans. Cette infirmière spécialisée jointe à l'équipe interdisciplinaire a permis de diminuer de 5 % le taux d'hospitalisation pour l'année 2018-2019 au CHUS Hôtel-Dieu (27). De plus, 75 % des personnes âgées qui ont bénéficié d'une consultation de l'ICSG dans ce centre hospitalier sont retournés à domicile avec un plan de soins. Dans ce plan on retrouve, entre autres, des recommandations en matière d'intervention, de surveillance et de suivi. Elle réfère également vers les services externes spécialisés en gériatrie ou de soutien à domicile selon les besoins de la personne âgée (27).

Plusieurs auteurs soutiennent que l'ICSG permet d'offrir des soins et services de qualité auprès des personnes âgées fragiles, d'implanter des approches innovatrices en soins gériatriques et de créer des opportunités de transfert de connaissance (3,5,8,9,15,20,23). L'ICSG de l'urgence de l'Hôtel-Dieu de Sherbrooke a contribué à la formation du personnel en soins infirmiers en matière de prévention et de gestion du délirium et des SCPD à l'urgence qui fait l'objet d'une nouvelle règle de soins. Quotidiennement, elle offre du soutien et recommande des interventions à l'équipe de soins quant à l'approche de soins adaptés aux personnes âgées, et ce, en dehors des consultations. À titre, elle guide la pratique dans l'adaptation de l'environnement, la gestion de la douleur et des SCPD, au dépistage et à la prévention du delirium ou des chutes. Aujourd'hui, le personnel de l'urgence utilise un chariot d'activité de stimulation cognitive pour les patients souffrant de SCPD associés à leur TNC. Ceci est un exemple de la mise en place d'une approche adaptée novatrice et où l'ICSG encadre et guide le personnel dans leur développement de compétences en gériatrie.

SITUATION CLINIQUE

Afin de bien contextualiser le rôle de l'infirmière qui est présentée dans cet article, une mise en situation est proposée.

Vous êtes infirmière à l'urgence et vous recevez M. Pagé, âgé de 83 ans. Il se présente pour une chute avec impact crânien. Le paramédic vous explique que la chute est sans témoin, mais qu'il en est à sa deuxième chute cette semaine selon le personnel de la résidence pour personnes aînées (RPA). Lors de votre examen clinique, vous observez une ecchymose temporale gauche. Sa collaboration limite votre examen. Il s'agite. Il répond vaguement aux questions et le contenu de sa pensée est parfois illogique. La glycémie, les signes vitaux et neurologiques sont normaux. Vous consultez le dossier et constatez que M. Pagé est connu pour des maladies chroniques tels qu'un trouble neurocognitif majeur de type Alzheimer, une hypertension artérielle et un diabète de type deux. Vous appelez à la RPA et la responsable vous explique que M. Pagé est en perte d'autonomie, que sa mobilisation est précaire et que son état cognitif se détériore de mois en mois. Bien qu'elle semble inquiète de la situation, elle souhaite que M. Pagé puisse revenir à la RPA. Cette situation vous inquiète aussi, mais vous doutez qu'un retour soit possible. C'est à ce moment que vous interpellez l'ICSG à l'urgence.

L'ICSG complète une évaluation holistique spécialisée auprès du patient en collaboration avec le médecin et le physiothérapeute. Le bilan et l'examen se sont confirmés normaux. Fracture, hypotension orthostatique, infection, delirium et toutes autres conditions médicales aiguës ont été exclus. L'équipe interdisciplinaire juge qu'un retour à la résidence est sécuritaire. Toutefois, M. Pagé présente un déclin fonctionnel et cognitif à la suite des mesures préventives de la santé publique en lien avec le virus de la COVID-19. D'ailleurs, depuis la chute, M. Pagé montre des signes d'un syndrome post-chute. Malgré ces conditions, M. Pagé a un bon potentiel de récupération et il profitera de la présence de sa famille pour stimuler davantage l'autonomie dans son milieu de vie. Une référence au programme de prévention des chutes est acheminée au CLSC et l'ICSG communique avec la responsable des soins infirmiers de la RPA pour lui communiquer les recommandations et la surveillance à effectuer. M. Pagé et sa famille expriment leur gratitude envers le personnel de l'urgence et il est heureux de pouvoir retourner chez lui.

RECOMMANDATIONS QUANT AU DÉPLOIEMENT DU RÔLE DE L'ICSG À L'URGENCE

Le CIUSSSE-CHUS est un établissement de santé de niveau de soins primaire à quaternaire. C'est pour cette raison que ces recommandations peuvent être appliquées dans toutes les urgences où les personnes âgées consultent. Le rôle d'ICSG de l'Hôtel-Dieu de Sherbrooke a été implanté lors du processus d'accréditation d'urgence gériatrique. Huit recommandations ont été identifiées à la suite de notre expérience d'implantation (voir Tableau 4 à la page suivante). Elles vous sont communiquées afin de prévenir certaines difficultés lors du déploiement.

Avant le déploiement

Il est conseillé d'identifier un médecin responsable de ce volet qui se joindra à la chef de service pour partager cette nouvelle vision des soins avec tout le personnel. Cette alliance est aussi dans le but d'élaborer une offre de service afin d'améliorer la qualité des soins aux personnes âgées qui fréquentent l'urgence et de protéger le rôle de l'ICSG. Dans une perspective où cette infirmière est l'actrice principale dans l'optimisation des pratiques cliniques et d'un environnement qui conduit à l'amélioration globale des soins aux personnes âgées, les gestionnaires ont accepté de créer une nouvelle assignation. Il est également recommandé d'adopter un modèle pour structurer les assises du rôle comme celui de la Dre Ann Hamric décrit plus haut dans la section compétences requises (19). Ce modèle agit comme un cadre de référence qui permet d'identifier les compétences essentielles et celles à développer pour cette infirmière. Juste avant que l'ICSG arrive en poste, l'équipe de soins, les médecins et tous les partenaires du réseau susceptibles d'offrir des services à la population âgée doivent être informés de l'offre de soins et du rôle de l'ICSG à l'urgence.

Définir le mode de dépistage des personnes âgées fragiles et vulnérables à l'urgence

Les infirmières au triage utilisent l'outil PRISMA-7. Un outil recommandé qui repère les personnes âgées en perte d'autonomie (28). Cet outil peut servir à orienter les infirmières au triage vers une demande de consultation à l'ICSG. Cependant, cet outil n'est pas l'unique clé pour détenir une consultation gériatrique spécialisée avec l'ICSG. Ce dépistage doit également être basé sur le jugement clinique des infirmières et médecins dont les compétences et connaissances en gériatrie ont été améliorées par la formation continue et le soutien clinique de l'ICSG pour bien cibler les personnes âgées qui présentent une fragilité et une vulnérabilité. La présence au transfert d'information entre les médecins et les infirmières sont aussi des moments clés permettant à l'ICSG de faire du dépistage. En effet, sa présence aux points de transitions permet l'échange et les discussions dont l'issue est souvent une demande de consultation. Cette approche a été choisie au CIUSSSE-CHUS, car elle est susceptible de distinguer les personnes âgées qui bénéficieront davantage d'une évaluation et d'une orientation appropriée. Dans un plaidoyer publié dans une revue infirmière, Voyer et ses collègues (29) ont montré que le dépistage systématique par l'utilisation d'échelle ou d'algorithme pour prédire certains risques (chute ou plaie) serait équivalent ou inférieur au jugement clinique des infirmières. Au CIUSSSE-CHUS, il a été estimé qu'en utilisant seulement un PRISMA-7, un trop grand nombre de personnes âgées devraient obtenir une consultation avec l'ICSG par rapport à sa capacité. À l'inverse, un dépistage négatif au PRISMA-7 pourrait diminuer l'opportunité ▶

d'avoir une évaluation spécialisée en gériatrie. Néanmoins, l'utilisation du PRISMA-7 est suggérée dans toutes les urgences du Québec pour dépister des personnes âgées fragiles.

Diffuser les critères d'admissibilité à une consultation pour l'ICSG

Il est recommandé de diffuser les critères d'admissibilité pour une consultation de l'ICSG à l'urgence afin d'assurer la pertinence et la cohérence dans les demandes d'évaluation (Tableau 3, voir p. 39). Il n'est pas recommandé que l'ICSG rencontre tous les patients âgés de l'urgence. Dans un modèle de rôle décrit par Baumbusch et Shaw (15), l'infirmière en gériatrie évalue tous les patients de 70 ans et plus. Cependant, la surcharge de travail imposé et le faible impact clinique de voir certaines personnes âgées ont eu des effets négatifs sur l'efficience et l'efficacité dans l'évaluation, la communication et la planification du congé (15).

Présenter l'horaire et modalité en cas d'absence

L'horaire de l'ICSG doit être mis à disposition de tous les membres de l'équipe de soins. La présence de l'ICSG au CIUSSSE-CHUS se limite à huit heures par jour, les jours de la semaine et une ouverture à augmenter les heures la fin de semaine. Les études de Shanley et al. (4) et Baumbusch et Shaw (15) recommandent d'étendre les heures de cette infirmière sur des quarts de douze heures et d'offrir le service les fins de semaine. Ces mêmes auteurs (4, 15) ont également précisé des modalités en cas d'absence ou d'indisponibilité de l'ICSG. Par exemple, lorsqu'elle n'est pas disponible ou surchargée, il est suggéré de partager l'évaluation avec d'autres professionnels tels que le travailleur social ou le physiothérapeute. Il est également conseillé de développer un système de relance téléphonique pour les patients âgés qui n'ont pu rencontrer l'ICSG avant leur congé. Ce système évite de surcharger l'urgence dans l'attente d'une consultation avec l'ICSG dont le retour à domicile est jugé sécuritaire. Peu importe le moment dans la semaine, l'ICSG de l'urgence peut procéder à l'évaluation de la personne âgée au moment opportun.

Construire des liens et communiquer de manière continue avec le personnel et les partenaires

La présence terrain de l'ICSG à l'urgence est primordiale. Elle doit construire des liens significatifs avec tout le personnel, médecins, partenaires et ressources externes ou communautaires (8). Elle doit communiquer efficacement et de manière continue avec ceux-ci dans le but d'amélioration mutuelle de la pratique et du suivi clinique. La présence de l'ICSG à l'urgence permet d'accroitre les canaux de communication avec les différents partenaires externes ou milieux de soins dans le but de réduire les intermédiaires et la perte d'information au point transition. Cette communication plus ouverte permet d'offrir des soins et un suivi pertinent et davantage orienté selon les besoins du patient/famille (8).

Identifier, mesurer et analyser les indicateurs de soins sensibles à l'ICSG à l'urgence

La contribution des ICS est essentielle aux services de santé, voire capitale non seulement pour la qualité des soins, mais pour la performance du système de santé dans son ensemble (30). Cependant, il est regrettable de constater que cette contribution reste invisible à la fois pour les décideurs, les gestionnaires et la population (30). Le manque d'information et la difficulté à discerner les résultats spécifiques attribuables à l'infirmière clinicienne spécialisée dans une équipe interdisciplinaire sont aussi des raisons qui minent la preuve que ces infirmières contribuent positivement aux systèmes de santé (16). Ceci démontre bien qu'il est essentiel que l'ICSG à l'urgence mesure et analyse les indicateurs de la performance et de la qualité des soins identifiés, et ce en lien avec l'impact de son rôle (voir Tableau 5 à la page suivante). L'ensemble des indicateurs de soins sont identifiés avec le gestionnaire. Les indicateurs de la performance sont choisis en fonction de la mission de l'ICSG à l'urgence qui est de diminuer le taux d'hospitalisation et d'optimiser la sécurité des retours à domicile. Quant aux indicateurs de qualité, ils ont été choisis en fonction des données disponibles dans le dossier clinique informatisé (dépistage du delirium) et par la capacité de mesurer les interventions (positives ou contraignantes) pour diminuer les complications iatrogéniques (déclin fonctionnel, chutes et delirium) chez les personnes âgées qui se présentent dans les salles d'urgence. Ces indicateurs sont audités deux fois par année (22).

CONCLUSION

L'ICSG à l'urgence est une actrice incontournable dans l'adaptation des urgences pour les soins aux personnes âgées. Travaillant dans une approche interdisciplinaire, le rôle de l'ICSG est précieux, surtout dans le contexte actuel de la pandémie de la COVID-19. Le leadership de l'ICSG contribue à diminuer le taux d'hospitalisation, optimise les retours à domicile de manière sécuritaire et minimise les complications iatrogéniques reliées au séjour hospitalier à l'urgence. Son expertise et son ▶

Tableau 4. Recommandations pour l'implantation du rôle de l'ICSG à l'urgence

1. Identifier un médecin responsable qui se joint au chef de service dans l'appui et le soutien du rôle.
2. Bâtir le rôle selon un cadre de référence ou modèle conceptuel en soins infirmiers.
3. Présenter le rôle aux gestionnaires du palier stratégique dans une perspective d'amélioration de la performance et de la qualité des soins.
4. Présenter le rôle et l'offre de service aux médecins, personnel de l'urgence et tous les partenaires internes et externes.
5. Définir le mode de dépistage des personnes âgées fragiles et vulnérables.
6. Présenter les critères d'admissibilité à une consultation, l'horaire et modalité en cas d'absence.
7. Construire des liens et communiquer de manière continue avec l'équipe de soins.
8. Identifier, mesurer et analyser les indicateurs des soins sensibles à l'ICSG.

Tableau 5. Indicateurs de soins sensibles à suivre et à analyser par l'ICSG à l'urgence

Indicateurs de la performance	Indicateurs de qualité des soins sensibles aux soins infirmiers
• Taux d'admission • Durée de séjour moyenne à l'urgence • Reconsultation à l'urgence (10 jours) • Formation donnée à l'équipe de soins	• Dépistage et taux de delirium à l'urgence • Dépistage et taux des chutes à l'urgence • Pourcentage d'utilisation des contentions • Taux des patients assis au fauteuil lors des repas • Taux de présence des adaptations (aide technique, lunettes, appareils auditifs, dentiers) • Satisfaction des patients/familles

soutien permettent de créer un environnement de soins adapté à la population gériatrique. Elle actualise le niveau de qualité des soins infirmiers en lien avec les besoins spécifiques de la personne âgée. L'ICSG à l'urgence possède une place dans toutes les urgences du Québec et peut être facilement adapté à chaque réalité des milieux. Au Québec, l'ICS est malheureusement peu connue et reconnue. Elles ont davantage de mandats orientés vers des résultats organisationnels au détriment de la pratique clinique. L'avenir des ICSG repose sur la reconnaissance de la pratique des ICS et sur la création de formations spécialisées en gériatrie reconnue. L'utilisation adéquate de leurs compétences et pratique spécialisée peut avoir un impact positif sur la capacité future à répondre aux besoins des clientèles plus vulnérables. Il est maintenant temps de mieux saisir la portée de la pratique des infirmières cliniciennes spécialisées, de développer un programme de formation adaptée et d'implanter ce rôle dans la plupart des urgences au Québec. ■

Aide financière

Les auteurs n'ont reçu aucun soutien financier pour la rédaction et la publication de cet article.

Conflits d'intérêts

Les auteurs déclarent ne posséder aucun conflit d'intérêts lié à la rédaction ou la publication de cet article.

LES AUTEURS

Véronic Poulin, inf., B. Sc., M. Sc. (ét.)
Étudiante à la maîtrise en sciences infirmières
École des sciences infirmières, Université de Sherbrooke
Infirmière clinicienne, Équipe de consultation en gériatrie – secteur urgence
CIUSSSE-CHUS
veronic.poulin.ciussse-chus@ssss.gouv.qc.ca

Didier Mailhot-Bisson, inf., Ph.D. (cand.)
Professeur adjoint
Écoles des sciences infirmières, Université de Sherbrooke

Dre Audrey-Anne Turcotte-Brousseau, MD, M. Sc., FRCPC
Urgentologue, CIUSSSE-CHUS
Professeure en enseignement clinique, Université de Sherbrooke
Fellow in geriatric emergency medecine, University of Toronto

RÉFÉRENCES

1. American College of Emergency Physicians, The American Geriatrics Society, Emergency Nurses Association, Society for Academic Emergency Medicine. Geriatric emergency department guidelines. 2013. https://www.acep.org/globalassets/sites/geda/documnets/geda-guidelines.pdf
2. Carpenter CR, Bromley M, Caterino JM, Chun A, Gerson LW, Greenspan J, Hwang U, Wilber S. Optimal older adult emergency care: Introducing multidisciplinary geriatric emergency department guidelines from the American college of emergency physicians, The American geriatrics society, Emergency nurses association, Society for academic emergency medicine. J Am Geriatr Soc. 2014;62(7):1360-1363. https://doi.org/10.1111/jgs.12883
3. King AII, Boy M L, Dagley L, Raphael DL. Implementation of a gerontology nurse specialist role in primary health care: Health professional and older adult perspectives. J Clin Nurs. 2018;27:807-818. doi: 10.1111/jocn.14110.
4. Shanley C, Sutherland S, Tumeth R, Stott K, Whitmore E. Caring for the older person in the emergency departement: The ASET programme and the role of the ASET clinical nurse consultant in south western Sydney, Australia. J Emerg Nurs. 2009;35(2):129-133. doi:10.1016/j.jen.2008.05.005.
5. Wallis M, Marsden E, Taylor A, Craswell A, Broadbent M, Barnett A, Nguyen KH, Crilly J. The geriatric emergency department intervention model of care : a pragmatic trial. BCM Geriatr. 2018;18(1):297. doi : 10.1186/s12877-018-0992-z.
6. Aubé D, Souffez K. Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). Le vieillissement au Québec. Gouvernement du Québec ; 2016. https://www.inspq.qc.ca/le-vieillissement-au-quebec
7. Émond M, Boucher V, Carmichael PH, Voyer P, Pelletier M, Gouin É, et al. Incidence of delirium in the Canadian emergency department and its consequences on hospital length of stay : A prospective observational multicentre cohort study. BMJ Open. 2018;8:e018190. doi: 10.1136/bmjopen-2017-018190.
8. Flynn DS, Jennings J, Moghabghab R, Nancekivell T, Tsang C, Cleland M, Shipman-Vokner K. Raising the bar of care for older people in Ontario emergency departments. Int J Older People Nurs. 2010;5(3):219-226. doi: 10.1111/j.1748-3743.2010.00209.x.
9. Henni SH, Kirkevold M, Antypas K, Foss C. The role of advanced geriatric nurses in Norway: A descriptive exploratory study. Int J Older People Nurs. 2018;13(3):e12188. https://doi.org/10.1111/opn.12188.
10. Wallace LMK, Theou O, Pena F, Rockwood K, Andrew MK. Social vulnerability as a predictor of mortality and disability: Cross-country differences in the survey of health, aging, and retirement in Europe (SHARE). Aging Clin Exp Res, 2015;27(3):365-372. doi: 10.1007/s40520-014-0271-6.
11. Cadogan MP, Phillips LR, Ziminski CE. A perfect storm : Care transitions for vulnerable older adults discharged home from the emergency department without a hospital admission. Gerontologist. 2016;56(2):326-334. doi: 10.1093/geront/gnu017
12. Organisation mondiale de la santé (OMS). Rapport mondial sur le vieillissement et la santé. OMS; 2016. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/206556/9789240694842_fre.pdf;jsessionid=226E4CC0C2CE6ED713BF682A1821B3E9?sequence=1
13. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). Pratique infirmière avancée : Réflexion sur le rôle de l'infirmière clinicienne spécialisée. OIIQ; 2016.
14. Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIQ). Les soins infirmiers en pratique avancée : un cadre pancanadien. AIIC; 2019. https://cna-aiic.ca/-/media/cna/page-content/pdf-fr/advanced-practice-nursing-framework-fr.pdf
15. Baumbusch J, Shaw M. Geriatric emergency nurses: Addressing the needs of an aging population. J Emerg Nurs. 2011;37(4):321-327. doi:10.1016/j.jen.2010.04.013
16. Morilla-Herrera JC, Garcia-Mayor S, Martin-Santos FJ, Uttumchandani SK, Campos AL, Bautista JG, Morales-Asencio JM. A systematic review of the effectiveness and roles of advanced practice nursing in older people. Int J Nurs Stu. 2016; 53:290-307. http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.10.010
17. Fougère B, Morley JE, Decavel F, Nourhashémi F, Abele P, Resnick B, Rantz M, Vellas B. Development and implementation of the advanced pratice nurse worldwide with an interest in geriatric care. J Am Med Dir Assoc. 2016;17(9): 782-788. doi: 10.1016/j.jamda.2016.05.009.
18. Morin D. La pratique infirmière avancée : vers un consensus au sein de la francophonie. Secrétariat international des infirmières et infirmiers de l'espace francophone (SIDIIEF); 2018.
19. Tracy MF, O'Grady ET. Hamric and Hanson's advanced practice nursing: An integrative approach. 6e éd. St-Louis (EU): Elsevier; 2019.
20. Southerland LT, Lo AX, Biese K, Arendts G, Banerjee J, Hwang U, Dresden S, Carpenter CR. Concepts in practice: Geriatric ermergency departments. Ann Emerg Med. 2020;75(2):162-170. https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2019.08.430
21. Ministère de la Santé et des Services sociaux. L'approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier : cadre de référence. Gouvernement du Québec; 2010. https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2010/10-830-03.pdf
22. Poulin V, Bel-Maréchal MN, Grégoire M, Loiselle H. Rôle de l'infirmière clinicienne en gériatrie à l'urgence. CIUSSSE-CHUS. 2019;1-8.
23. Goldberg SE, Cooper J, Blundell A, Gordon AL, Masud T, Moorchilot R. Development of a curriculum for advanced nurse practitioners working with older people with frailty in the acute hospital through a modified Delphi process. Age and Ageing. 2016;45(1):48-53. doi.org/10.1093/ageing/afv178.
24. Meledy D. Personalized E-learning in geriatric emergency medicine. 2013. https://geri-em.com/
25. The geriatric emergency department collaboratice (GEDC). John A. Hartfor foundation & The Gary & Mary West Health Institute; 2021. https://gedcollaborative.com/
26. Hughes JM, Shephert-Banigan M, Goldstein K, Rodriguez RL, Tabriz AA, Kosinski A. Emergency department interventions for older adults: A systematic review. J Am Geriatr Soc. 2019;67(7):1516-1525. https://doi.org/10.1111/jgs.15854.
27. Brousseau AA, Poulin V, Bel-Maréchal MN, Grégoire M, Loiselle H, Desbiens J. Résultats audit 2018-2019.CIUSSSE-CHUS; 2020.
28. Raîche M, Hébert R, Dubois M-F. Guide d'utilisation du questionnaire PRISMA-7 pour le repérage des personnes âgées en perte d'autonomie modérée à grave : intégrer les services pour le maintien de l'autonomie des personnes. Québec (CAN) : Edisem; 2016.
29. Voyer P, Mercier J, Roy S, Claveau D, Kasprzak L, Lépine H, et al. Plaidoyer pour une valorisation du jugement clinique. Perspective infirmière. 2014;11(4): 27-32.
30. Dubois CA, D'Amour D, Brault I, Dallaire C, Déry J, Duhoux A, et al. Indicateurs prioritaires pour évaluer la contribution infirmière à la qualité des soins : revues systématiques des écrits. Secrétariat international des infirmières et infirmiers de l'espace francophone (SIDIIEF); 2015.

JEAN-FRANÇOIS MICHAUD | JF@MICHAUD-MEDICAL.CA | 514-730-4385