



Déploiement d'un service d'urgence gériatrique : étude qualitative sur la perception des intervenants

par **Véronique Provencher, Didier Mailhot-Bisson, Monia D'Amours, Ariane Grenier, Natasa Obradovic, Audrey-Anne Brousseau**

Afin de répondre aux besoins particuliers d'une proportion de personnes âgées toujours grandissante qui fréquentent les urgences, le CIUSSS de l'Estrie-CHUS a déployé une série d'interventions simples et peu coûteuses d'un service d'urgence gériatrique (SUG). Pour que celles-ci aient les effets escomptés, il est primordial qu'elles soient appliquées et intégrées dans les pratiques des intervenants. Mieux comprendre comment les membres de l'équipe soignante perçoivent ces interventions s'avère dès lors incontournable afin de pouvoir mettre en lumière tant les forces que les défis du modèle de SUG. En adoptant une approche qualitative descriptive, cette étude vise ainsi à documenter l'évolution de l'application des interventions déployées au sein d'un SUG, ainsi que la perception des intervenants en regard de ces interventions dans l'exercice de leurs fonctions.

INTRODUCTION

Les changements démographiques ont considérablement modifié le portrait des personnes qui se présentent à l'urgence. Au Canada, plus du quart (25,4 %) des visites à l'urgence impliquaient une personne de 65 ans et plus en 2020-2021, tandis que cette proportion était de 18,2 % 15 ans plus tôt (1). Par ailleurs, les personnes âgées se distinguent notamment par la complexité de leurs besoins lorsqu'elles se présentent à l'urgence : nombreux

antécédents médicaux, multiples comorbidités, polypharmacie, problématiques sociales et de mobilité, déclin cognitif et délirium (2,3). Les départements d'urgence n'ont toutefois pas été conçus pour répondre aux besoins complexes des personnes âgées plus vulnérables (4). Cette situation a des impacts importants, tant sur la qualité des soins qui leur sont offerts, que sur la gestion des lits hospitaliers (5). En effet, le manque d'équipements appropriés et de formation du personnel peut exacerber les complications intrahospitalières chez ces personnes (2), lesquelles risquent ultimement d'augmenter leur durée de séjour à l'urgence et leur risque d'hospitalisation (6,7). Parallèlement, le peu d'information offert aux personnes âgées et aux proches au moment de retourner à domicile contribuerait non seulement à leur réadmission à l'urgence (8,9), mais également à leur insatisfaction à l'égard des soins reçus (10,11). Ces effets indésirables pourraient pourtant être réduits, voire évités, par des soins et services mieux adaptés.

À la lumière de cette nouvelle réalité, un nombre croissant d'urgences intégrant des services gériatriques ont vu le jour au Québec depuis 2006 (12). Toutefois, à notre connaissance, aucun service d'urgence gériatrique (SUG) n'a encore été formellement implanté et évalué dans la province. En 2019, l'urgence de l'Hôtel-Dieu du Centre intégré universitaire des services sociaux et de santé de l'Estrie - Centre hospitalier de l'Université de Sherbrooke

(CIUSSSE-CHUS) a donc identifié une série d'interventions, en s'appuyant sur les meilleures pratiques présentées dans le *Guide clinique sur la médecine d'urgence gériatrique* (13), ainsi que sur les principes qui sous-tendent *l'Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier* (5) afin d'implanter un SUG. Or, pour que ces interventions aient les effets escomptés, il importe qu'elles soient appliquées par les intervenants et intégrées dans leurs pratiques, d'où la nécessité de documenter leur perception à l'égard de celles-ci (14,15). De plus, il est reconnu que documenter les perceptions des membres de l'équipe de soins permet de mieux comprendre les enjeux reliés à l'implantation d'une intervention en soins de santé afin de mettre en relief les forces et les ajustements requis (16). À notre connaissance, peu d'études ont à ce jour documenté la perception des intervenants quant aux mesures implantées en SUG. Afin de combler ce manque, cette étude vise à documenter : 1) dans quelle mesure les interventions ciblées pour transformer une urgence du CIUSSSE-CHUS en SUG sont réellement appliquées; et 2) la perception des intervenants à propos de ces nouvelles interventions du SUG dans l'exercice de leurs fonctions.

MÉTHODES

Devis, milieu et participants à l'étude

L'étude a adopté un devis qualitatif descriptif (17), afin de favoriser une description riche de la perception et de l'expérience des professionnels en regard des nouvelles interventions déployées (17,18). Son utilisation en recherche sur les soins de santé est de plus en plus reconnue (18,19).

Cette recherche a été menée au sein de l'urgence du CIUSSSE-CHUS (site Hôtel-Dieu), la première urgence gériatrique accréditée de niveau argent au Québec et au Canada par l'*American College of Emergency Physicians* (juillet 2020). Environ 25 % des 50 000 personnes qui visitent chaque année cette urgence sont âgées de 75 ans et plus. Un échantillon de convenance (20) composé de membres de l'équipe soignante interdisciplinaire a été constitué, en s'assurant d'une représentativité des différentes professions (soins infirmiers, soins à la personne, pharmacie, travail social, physiothérapie). Les participants devaient donc faire partie de cette équipe et être disponibles et intéressés à prendre part à un groupe de discussion focalisée. Au total, sept participants ont été recrutés.

Interventions

Les neuf interventions déployées du SUG (voir Tableau 1) recourent six domaines : éducation, procédures et politiques, équipe interdisciplinaire, qualité de l'acte, équipement et transition des soins. Une de ces interventions, soit l'ajout d'une infirmière clinicienne en gériatrie, a d'ailleurs fait l'objet d'une précédente publication (21). Le déploiement des interventions a débuté entre octobre 2018 et novembre 2019.

Tableau 1. Service d'urgence gériatrique (SUG) – interventions déployées

INTERVENTION (date de déploiement)	DOMAINE(S) CIBLÉ(S)	DESCRIPTION	OBJECTIFS
Ajout d'une infirmière clinicienne en gériatrie (octobre 2018)	Équipe interdisciplinaire Transition des soins	<ul style="list-style-type: none"> ■ Réalise une évaluation avancée en gériatrie auprès de la personne aînée (≥ 75 ans) et sa famille pour répondre à leurs besoins biopsychosociaux et environnementaux complexes ■ Contribue au développement des compétences en lien avec les soins gériatriques à l'urgence ■ Expert-conseil en gériatrie auprès des membres de l'équipe de l'urgence ■ Coordination et planification des soins au congé 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Réduire l'incidence des admissions non médicalement requises ■ Améliorer la qualité des soins à l'urgence ■ Déployer l'approche adaptée à la personne âgée à l'urgence
Ajout d'équipement spécialisé à l'urgence (février à novembre 2019)	Équipement	<ul style="list-style-type: none"> ■ Utilisation des bas antidérapants et de bracelet jaune pour identifier les personnes à risque de chute ■ Mise en place des adaptations environnementales facilitant l'orientation dans l'espace et le temps (accès à une lumière naturelle, calendriers, horloges analogiques, etc.) ■ Disponibilité d'un kit de confort (bouchon, cache-yeux, calepin, crayon, brosse à dents, etc.) ■ Conception d'une zone dédiée à l'évaluation en physiothérapie 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Améliorer la sécurité des personnes aînées à l'urgence ■ Augmenter la satisfaction et le confort des personnes aînées lors de leur séjour à l'urgence ■ Diminuer l'incidence des déliriums, chutes et autres complications iatrogéniques
Formation (novembre 2019)	Éducation	<ul style="list-style-type: none"> ■ Obligation pour les médecins d'urgence de compléter une formation continue en médecine d'urgence gériatrique ■ Obligation pour les infirmières de compléter une formation continue sur l'approche adaptée à la personne âgée à l'urgence ■ Brèves capsules d'éducation pour les infirmières auxiliaires et préposés aux bénéficiaires sur des sujets liés à l'urgence gériatrique 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Augmenter les compétences en matière de soins gériatriques ■ Améliorer la qualité des soins gériatriques ■ Adapter la réponse aux besoins complexes des personnes aînées

Protocole de soins (novembre 2019)	Procédures et politiques	<ul style="list-style-type: none"> ■ Règle de soins, évaluer et intervenir auprès des personnes âgées de 65 ans et plus dans un contexte de troubles neurocognitifs et de délirium accompagné ou non d'agitation-Urgence ■ Systématisation du dépistage du délirium ■ Prise en charge et prévention du délirium ■ Ordonnances pharmacologiques de la prise en charge de l'analgésie, nausée et agitation ■ Système de pharmacovigilance ■ Ordonnances médicales pour les usagers avec séjour de plus de 4 heures à l'urgence ■ Protocole de mobilisation précoce ■ Protocole d'utilisation de cathéter urinaire et des contentions physique ■ Procédure de référence en externe en clinique de gériatrie ■ Procédure de consultation en soins palliatifs ■ Procédure de suivi téléphonique par l'infirmière en gériatrie 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Standardiser les soins de base de qualité ■ Diminuer les complications iatrogéniques ■ Éviter les pratiques à risques ■ Assurer une distribution efficace des ressources
Suivi médical suivant le congé de l'urgence (novembre 2019)	Transition des soins	<ul style="list-style-type: none"> ■ Demande de suivi médical dans les 48 à 72 heures suivant le congé 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Améliorer la communication et la continuité des soins
Bloc nerveux fémoral à l'urgence (printemps 2019)	Procédures et politiques	<ul style="list-style-type: none"> ■ Utilisé pour l'analgésie des fractures de hanches ■ Boîte contenant tous les outils nécessaires ■ Liste à cocher ■ Sensibilisation auprès des médecins 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Diminuer la douleur, l'incidence des déliriums et la consommation d'opioïdes
Algorithme de prise en charge par les gestionnaires de cas (novembre 2018)	Transition des soins	<ul style="list-style-type: none"> ■ Développé en collaboration avec l'équipe de soutien à domicile ■ Prise en charge des personnes connues d'un intervenant pivot du CLSC dès l'urgence 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Diminuer la durée de séjour en minimisant les évaluations répétées pour les personnes bien connues en communauté ■ Assurer une distribution efficace des ressources
Ajout d'un physiothérapeute à temps plein (5 jours sur 7) (octobre 2018)	Équipe interdisciplinaire Transition des soins	<ul style="list-style-type: none"> ■ Évaluation des incapacités physiques afin d'assurer la sécurité au congé ■ Dépiste les personnes âgées à risque de chute ■ Effectue les demandes de suivi en physiothérapie dans la communauté et le prêt d'équipement ■ Contribue au développement des compétences du personnel de l'urgence en lien avec la mobilisation des personnes âgées 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Évaluer les personnes âgées dans un espace simulant leur milieu de vie afin de dresser un portrait réaliste des capacités ■ Intervenir de façon précoce par la remobilisation afin de prévenir les risques de déconditionnement ou délirium ■ Réduire les admissions à l'hôpital; ■ Prévoir les équipements requis pour le retour à domicile
Évaluation de l'amélioration en continu (septembre 2019)	Qualité de l'acte	<ul style="list-style-type: none"> ■ Monitorer les effets des interventions sur les personnes âgées (via données administratives, perception, etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Contrôler la qualité des soins

Mesures, outils et collecte de données

Le taux d'application des interventions a été mesuré à l'aide d'un outil validé au Québec, *Elder-Friendly Emergency Department Assessment Tool* (EFEDAT) (22). Une version préliminaire de l'outil, comportant 59 items au lieu de 62 dans sa version finale, a été utilisée puisque celle-ci n'était pas encore disponible lors de l'élaboration de notre étude. Il s'agit d'une liste de contrôle (*check-list*) en 13 sous-échelles visant à évaluer la qualité des services d'urgence en soins gériatriques, notamment en ce qui a trait aux processus, aux évaluations, aux ressources humaines et matérielles, et à l'environnement physique. Chaque item est coté à l'aide d'une échelle dichotomique (0 : absence ou 1 : présence). La somme de tous les items est calculée et permet ensuite de générer un score (pourcentage [%] des interventions appliquées). L'infirmière clinicienne en gériatrie a complété cette mesure du taux d'application des interventions au sein de l'urgence à trois reprises au cours de l'étude, soit en août 2019 (T1), en juin 2020

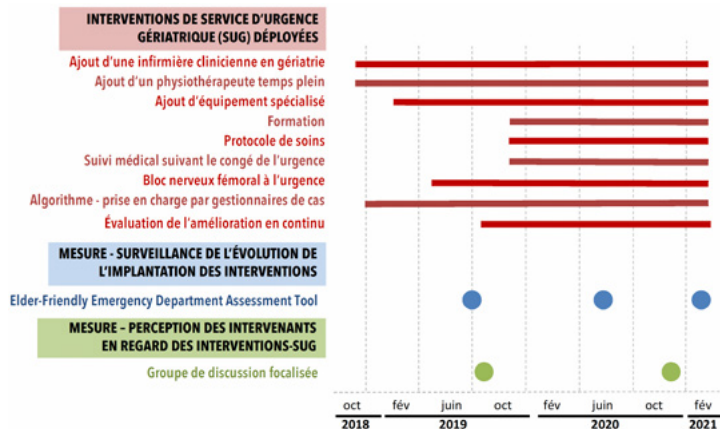
(T2) ainsi qu'en février 2021 (T3). Cette mesure a été utilisée pour des fins de surveillance de l'évolution de l'implantation des interventions SUG.

La perception des participants à l'égard des interventions implantées et de l'intégration de celles-ci a été explorée par l'entremise de deux groupes de discussion focalisée. Le premier a eu lieu au début du déploiement des interventions (septembre 2019) et le second lorsque l'ensemble des interventions ont été déployées (novembre 2020). Les groupes de discussion, d'une durée approximative de 45 minutes chacune, étaient respectivement composés de quatre et cinq participants (deux participants étaient présents aux deux groupes de discussion). Un chercheur de l'équipe (DMB) a agi comme animateur et une assistante de recherche comme co-animatrice (NO). Un guide d'entrevue s'appuyant sur les concepts de la théorie de l'agir avec compétence de Le Boterf (23) a été développé. Les participants ont rempli un

court questionnaire sociodémographique et professionnel au début de chaque rencontre. Les discussions focalisées ont été enregistrées sur support audio, puis transcrites par l'assistante de recherche.

La Figure 1 situe sur la ligne du temps les différentes mesures et interventions du SUG déployées.

Figure 1. Ligne du temps des différentes interventions du SUG et des mesures de l'étude



Analyse des données

Des analyses descriptives ont permis de caractériser les participants et le degré d'application des interventions. Les données issues des groupes de discussion focalisée ont été soumises à une analyse thématique de contenu (24), avec une approche à la fois déductive et inductive. D'abord, la perception de l'implantation des interventions dans les pratiques des professionnels a été explorée selon les concepts de savoir agir, vouloir agir et pouvoir agir (23) (déduction). Puis, une lecture plus inductive du matériel s'est ensuite révélée appropriée afin de tirer davantage profit des propos évoqués par les participants en laissant émerger de nouveaux thèmes. Un chercheur de l'équipe (DMB) et une assistante de recherche (NO) ont indépendamment procédé au codage de la totalité du contenu. Les thèmes sélectionnés ont ensuite été discutés entre eux, puis corroborés par l'agente de recherche (MD). Les chercheurs ont une grande expérience en recherche qualitative, notamment en soins et services de santé auprès des aînés. Les membres de l'équipe de recherche ayant procédé à la collecte ou à l'analyse des données n'avaient aucun lien avec les participants, ce qui assure la neutralité des données. Enfin, cette étude a reçu une approbation du comité d'éthique à la recherche du CIUSSS de l'Estrie-CHUS (2019-3147).

RÉSULTATS

Dans quelle mesure des interventions visant à transformer une urgence du CIUSSS-CHUS en SUG sont-elles appliquées?

Les résultats de l'application des interventions du SUG mesurée par l'EFEDAT aux trois temps de mesure (voir Tableau 2) révèlent que le score total s'est amélioré de façon marquée au T2, puis légèrement au T3. En août 2019 (T1), 44 % des interventions étaient appliquées, tandis que 76 % l'étaient en février 2021 (T3). Plus spécifiquement, pour neuf sous-échelles, le score a augmenté entre le T1 et le T2, ainsi qu'entre le T2 et le T3 pour cinq d'entre elles. Pour deux des sous-échelles dont les interventions étaient déjà déployées avant le début de l'étude, soit l'équipe gériatrique et le personnel multidisciplinaire à la disposition de l'urgence, leur application s'est poursuivie au T2 et au T3.

Tableau 2. Mesure de l'application des interventions déployées au sein du SUG par sous-échelle au Elder-Friendly Emergency Department Assessment Tool

SOUS-ÉCHELLE (NOMBRE D'ITEMS)	SCORE T1	SCORE T2	SCORE T3
Dépistage et évaluation en 2 étapes pour identifier les personnes aînées à haut risque (/2)	0	0	1+
Outils d'évaluation standardisés (/3)	0	1+	2+
Protocoles de soins cliniques (/10)	2	6+	6
Planification de congé (/3)	1	1	2+
Liens avec les services de soins à domicile (/3)	0	2+	3+
Congé centré sur la personne (/3)	0	2+	3+
Équipe gériatrique (/2)	2	2	2
Personnel multidisciplinaire à la disposition de l'urgence (/4)	4	4	4
Environnement et conception physique (/8)	6	8+	7
Disponibilité de mobilier et d'équipements adaptés (/9)	8	9+	7
Séances éducatives pour le personnel de l'urgence (/5)	1	2+	3+
Suivi des données administratives (/4)	2	4+	2
Initiatives d'amélioration de la qualité (/3)	0	2+	3+
NOMBRE TOTAL D'ITEMS (/59)	26	43	45
SCORE TOTAL EN %	44,1	72,9	76,3

+ augmentation du score; - diminution du score; T1 : août 2019; T2 : juin 2020; T3 : février 2021

Quelle est la perception des intervenants en regard de ces nouvelles interventions du SUG dans l'exercice de leurs fonctions?

Les caractéristiques sociodémographiques et professionnelles des participants se retrouvent au Tableau 3. Un homme et six femmes, âgés de 25 à 47 ans, occupaient différents titres d'emploi représentatifs du milieu (infirmière, infirmière auxiliaire, préposée aux bénéficiaires, pharmacienne, travailleuse sociale, physiothérapeute) et détenaient des niveaux de scolarité variés (secondaire à universitaire), ainsi qu'une expérience professionnelle allant de 6 mois à 23 ans.

Tableau 3. Profil sociodémographique et professionnel des participants

PARTICIPANT.ES	GROUPE*		ÂGE	SCOLARITÉ	EXPÉRIENCE	
	1	2			TITRE D'EMPLOI	MILIEU DE TRAVAIL
Infirmière 1	X	X	47	Universitaire	23 ans	15 ans
Infirmière 2	-	X	38	Universitaire	7 ans	7 ans
Infirmière auxiliaire	X	-	35	Secondaire+DEP	2 ans	2 ans
Préposée aux bénéficiaires	X	X	45	Secondaire	15 ans	12 ans
Pharmacienne	X	-	37	Universitaire	7 ans	5 ans
Travailleuse sociale	-	X	29	Universitaire	2 ans	1 an
Physiothérapeute	-	C	25	Universitaire	6 mois	1 mois

*groupe de discussion focalisée 1 : septembre 2019 (au début d'application des interventions du SUG) | groupe de discussion focalisée 2 : novembre 2020 (14 mois plus tard, ensemble des interventions appliquées)

Le Tableau 4 présente les trois grands thèmes et les 15 sous-thèmes issus de l'analyse qualitative, ainsi que certaines citations permettant d'illustrer chacun des sous-thèmes. L'analyse a permis de faire la lumière sur l'apport des interventions dans les pratiques des intervenants, les barrières perçues à l'intégration de celles-

ci dans leur routine de soins, ainsi que les solutions proposées pour les surmonter. Les deux groupes de discussion focalisés ont aussi fait émerger l'apport important des nouveaux rôles de l'infirmière clinicienne en gériatrie et du physiothérapeute à l'urgence, ainsi que de l'ajout d'équipements spécialisés.

Tableau 4. Thèmes, sous-thèmes et verbatims issus des groupes de discussion focalisée

THÈMES ET SOUS-THÈMES	VERBATIMS ILLUSTRANT LES SOUS-THÈMES
Apports des interventions du SUG dans les pratiques des intervenants	
Amélioration de l'orientation gériatrique/orientation de la personne/orientation pour le congé	<p>« Ça m'aide beaucoup d'avoir V [inf en gériatrie], de connaître un peu plus les orientations au congé qu'on peut avoir avec la clientèle gériatrique, ça aide beaucoup pour pouvoir donner le bon service après leur congé d'hôpital. Puis être sûr qu'ils vont avoir un bon encadrement, ... faut pas les laisser tomber comme ça » (physio)</p> <p>« Des fois, c'est juste la progression, par exemple, l'insuffisance rénale ou quelque chose comme ça, donc elle va nous orienter sur les bons patients à regarder finalement, qui ont vraiment besoin d'une évaluation en pharmacie » (pharm)</p>
Réduction de la durée des hospitalisations et amélioration des connaissances des services à offrir	<p>« Quand on appelle le physiothérapeute, il dit : "Hey, finalement, il est capable de faire ses pas quand on lui donne le bon outil", puis finalement, retour à domicile et ça va bien. Donc, il y a des congés qui sont plus faciles à ce moment-là » (inf1)</p> <p>« Je pense que ça diminue beaucoup la durée de certaines hospitalisations qui ne seraient peut-être pas nécessaires en trouvant d'autres services à leur offrir à la place de venir à l'hôpital, et que quelqu'un trouve des services et les renvoie à la maison après. Je pense que ça sauve des journées d'hospitalisations à certaines personnes » (physio)</p>
Meilleure collaboration interprofessionnelle/complémentarité permet une évaluation plus approfondie	<p>« Je trouve que ça se complète bien. Par exemple, quand justement il est question de relocalisation, que c'est plus côté social, elle me renvoie un dossier. Cela fait qu'on va travailler en collaboration de cette façon-là. Ça va super bien, vraiment » (TS)</p> <p>« [...] c'est très utile, moi je trouve pour les patients que je vois tout seul, si je trouve qu'il a un peu de problèmes cognitifs ou un peu de misère dans son quotidien, je peux demander à V [inf en gériatrie] de passer voir la personne, et elle peut plus évaluer ça, et en même temps donner des recommandations pour ça. [...] Et de faire vraiment une bonne évaluation physique et cognitive avec une clientèle gériatrique, justement » (physio)</p>
Diminution de la charge de travail	<p>« On le sait qu'il y'a l'infirmière de gériatrie qui va y aller, on sait aussi qu'il y a le physio—à ce moment-là je pense que ça enlève une charge de travail aussi pour nous autres » (inf2)</p> <p>« [...] j'ai quand même l'impression que moi ça m'enlève comme une certaine charge de travail, car V [inf en gériatrie] est beaucoup plus en charge au niveau de la clientèle gériatrique, moi ça me laisse comme plus de lousse pour faire, finalement, ma clientèle en service social » (TS)</p> <p>« Il [physio] a le temps de plus faire marcher les patients, parce que moi, je n'ai pas le temps. Ça vous donne un coup de main aussi. Je pense que cela a aidé vraiment beaucoup » (PAB)</p>
Augmentation de la motivation au travail	<p>« Ça a été quand même stimulant de la traiter et de jaser aussi avec sa famille. J'ai eu le temps. En stab, c'est un pour un, donc j'avais le temps. Ça a été stimulant dans ce sens-là » (inf1)</p> <p>« On fait une consult en bonne et due forme au lieu de juste regarder le dossier vite-vite, donc vraiment on va s'asseoir, on va regarder le dossier, on va faire des suggestions pour la gériatrie ou pour le médecin de famille et tout ça, donc c'est vraiment stimulant » (pharm)</p>
Amélioration de la qualité des soins offerts et des pratiques exemplaires	<p>« Moi je trouve que la qualité des soins est beaucoup mieux chez nos personnes âgées qu'avant l'urgence gériatrique » (inf1)</p>
Ajout de matériel/équipement/outils pour aider les aînés	<p>« Le matériel a rentré, on est bien heureux parce qu'on les cherchait beaucoup. Là je te dirais que c'est plus facile. On a plus accès à des marchettes un peu partout pour les patients. Ça fait du bien. On peut plus le proposer parce qu'on sait qu'on va en avoir de disponibles » (PAB)</p> <p>« Je ne pense pas plus compétents, mais avec des outils de travail, meilleurs, pour les aider. Parce que je pense que la compétence est là avec le temps, puis l'expérience, pour nous. Je pense juste que c'est un outil de travail qui nous a beaucoup aidé » (PAB)</p> <p>« Je ne me sens pas plus compétente, mais oui, c'est vrai : avec plus de marchettes, plus d'outils, ça va nous aider » (inf2)</p>
Amélioration de la mobilisation et de la sécurité de la personne aînée	<p>« [...] on a tendance à les faire plus manger aux fauteuils, de les motiver, de bouger, de les asseoir sur le bord du lit. Écoute, on essaie, c'est sûr, mais des fois c'est rapide. On n'a pas toujours le temps. On essaie » (PAB)</p> <p>« Le gros que je vois moi, dans le fond, c'est pour la sécurité des patients parce que souvent, on ne les connaît pas les patients qui viennent tout juste d'arriver : on ne connaît pas leur mobilité, ce qui fait qu'ils sont plus à risque de chute. [...] cette évaluation est déjà faite, donc on est plus sécuritaires après pour les mobiliser » (inf1)</p>

Barrières à l'intégration des interventions du SUG dans la pratique

Manque de ressources humaines	<p>« Ce n'est pas normal de fonctionner, disons, pour les préposés, à moins un, moins deux. C'est certain que tu arrives une journée à moins un ou moins deux, malheureusement ce sont les patients qui ne sont probablement pas levés » (PAB)</p> <p>« [...] on n'a pas de pharmaciens à temps plein en gériatrie. En médecine familiale, il n'y a aucun pharmacien. On n'est pas... C'est ridicule » (pharm)</p>
Manque de ressources matérielles	<p>« [...] ce sont des irritants, parce qu'on veut bien, on veut les faire bouger, on veut voir comment ils fonctionnent, mais on n'a pas d'outils de travail [...] on manque de matériel, mais je pense qu'on manque aussi d'outils. On n'a même pas de revues, de journal, un jeu de cartes » (inf aux)</p> <p>« On en a juste un truc là, pour les aider à mieux entendre. C'est rendu qu'on sort des stéthoscopes, et on parle dans le stéthoscope [...] Des fois c'est difficile de communiquer avec la personne âgée parce qu'elle n'a pas ses appareils ou... je ne sais pas si on peut trouver un moyen... ça pourrait vraiment être aidant » (inf2)</p>
Manque de temps/méconnaissance de la situation/historique de la personne aînée	<p>« Elle nous avait dit que même s'ils viennent d'arriver, on les fait boire et manger, on les assoit, on les mobilise. Je pense que ça a duré une semaine, là on n'a plus le temps de le faire. » (inf aux)</p> <p>« Moi, ça m'est arrivé à un moment donné, j'avais une belle consultation de gériatrie à faire, mais j'étais là juste le matin. Donc, le temps que je fasse les autres choses, que j'éteigne mes feux, que je fasse mes prescriptions, je n'avais plus le temps, donc je ne l'ai pas fait » (pharm)</p> <p>« C'est qu'ils arrivent, on ne les connaît pas, donc on ne peut pas savoir si c'est un changement soudain de son comportement, parce qu'il vient d'arriver, donc peut-être qu'il était comme ça à la maison. [...] c'est dur quand ils arrivent à l'urgence. On sait, disons, qu'ils arrivent avec un TNC. C'est correct, mais son état de base, est-il confus? Est-il agité? On ne le sait pas. » (inf1)</p>
Contexte de la COVID a entraîné une restriction dans la mobilité des aînés et une exacerbation du manque de ressources	<p>« Ça s'est amélioré, mais avec le COVID, ça a diminué un petit peu, c'est plus difficile. Il y a eu un impact autant pour les personnes âgées que pour l'application en général. Les personnes âgées, il faut qu'elles restent dans leurs lits, dans leurs chambres. Et quand elles retournent à domicile, elles sont confinées, aussi. Je trouve que ça a un impact pour tout le monde » (inf2)</p> <p>« C'est sûr que nous autres aussi, de notre côté, on manque de ressources, de plus en plus. Dans le contexte COVID, aussi, les ressources diminuent. Je trouve ça quand même plus difficile le manque de ressources même si on est une urgence amie des aînées » (TS)</p>

Solutions proposées pour optimiser les apports des interventions SUG

Ajout de ressources humaines et matérielles	<p>« Je pense qu'elle pourrait se dédoubler, parce que des fois, elle commence sa journée et elle a tellement de consult, elle a tellement de patients à voir que... » (inf1)</p> <p>« Elle [inf en gériatrie] arrête plus. Elle a des grosses journées. Elle a beaucoup de cas, en rentrant le matin elle a des consultations, elle prend le rapport avec les médecins, de tous les patients. Il faut quasiment qu'elle les voit tous, c'est presque... Il faudrait quasiment la doubler, là » (inf aux)</p> <p>« Sur 40 patients, des fois, il faut qu'elle [inf en gériatrie] en voit la moitié là, c'est sûr que ça pourrait aider d'en avoir une autre là » (inf2)</p> <p>« Ce serait utile qu'il y ait quelqu'un les fins de semaine, si c'est quelque chose qui peut arriver un jour-là » (TS)</p> <p>« Je trouve que ce serait bien, un bénévole pour venir jaser » (inf aux)</p> <p>« De l'aide de bras, c'est sûr que ça ferait une grosse différence » (PAB)</p> <p>« C'est sûr qu'il va falloir pousser pour qu'on ait des outils de travail pour fonctionner » (PAB)</p>
Meilleure organisation du travail	<p>« Un module, c'est ça, exact. Que soit l'infirmière, ou le préposé avec l'infirmière, soit au courant de ses quatre ou six patients à eux, puis qu'elle s'en occupe de ces six patients-là : pas qu'elle s'occupe des 16 patients de l'urgence au complet, parce que la préposée ne peut pas connaître les 16 patients par cœur dans sa journée. [...] Moi je trouve que si on était en module, on connaîtrait mieux nos patients, puis il y aurait déjà une meilleure qualité de soins. C'est mon opinion » (inf)</p> <p>« Comme N [inf] dit, il y en a gros qui ne sont pas pour les modules, mais si on avait le temps d'être avec notre infirmière... Et dans le même module, c'est sûr que ce serait plus gagnant pour le patient, c'est clair » (PAB)</p>

Légende : aux : infirmière auxiliaire; inf : infirmière; PAB : préposée aux bénéficiaires; pharm : pharmacienne; physio : physiothérapeute; SUG : service d'urgence gériatrique; TS : travailleur sociale

Apports des interventions déployées par le SUG

L'analyse suggère que les interventions déployées ont sensibilisé les intervenants aux meilleures pratiques, en plus d'amener certains changements dans l'exercice de leurs fonctions. En effet, les cliniciens ont d'abord mentionné que les interventions ont amélioré la planification du congé hospitalier des personnes aînées. Leurs meilleures connaissances des services à offrir après le congé permettraient de mieux les orienter vers les ressources appropriées, de mieux cibler les évaluations à prioriser et de réduire les hospitalisations après la visite à l'urgence ou d'en minimiser leur durée. Selon les intervenants, l'apport de l'infirmière

clinicienne en gériatrie, ainsi que l'ajout du physiothérapeute, ont aussi amélioré la collaboration interprofessionnelle. Cette approche interdisciplinaire aurait mené à une évaluation plus approfondie des personnes en favorisant une meilleure complémentarité des expertises. De plus, comme ces interventions visaient à promouvoir une responsabilité partagée des soins entre les équipes soignantes, plusieurs de leurs membres ont perçu une réduction de leur charge de travail et se sont sentis davantage motivés professionnellement.

Enfin, les participants ont exprimé que l'ajout d'équipements

spécialisés (marchette, chaises gériatriques, escalier pour le physiothérapeute, chariot de jeux) a permis de mobiliser davantage les personnes âgées, tout en optimisant leur sécurité. Se sentant mieux outillés, les cliniciens ont rapporté être maintenant en mesure d'offrir des soins de meilleure qualité.

Barrières à l'intégration des interventions du SUG dans la pratique

La majorité des participants ont affirmé que le manque de ressources, tant humaines que matérielles, constitue l'une des principales barrières à l'intégration des interventions dans leurs pratiques. Ceux-ci ont aussi mentionné que le flux rapide de consultations inhérent au contexte d'urgence fait en sorte qu'ils manquent souvent de temps pour bien connaître l'historique de la personne et intégrer pleinement les bonnes pratiques du SUG. Le contexte pandémique a exacerbé ce manque de ressources, en plus de freiner la mobilisation des personnes âgées qui devaient demeurer confinées dans leurs civières.

Solutions proposées pour optimiser les apports des interventions du SUG

Les participants ont proposé des pistes de solutions pour surmonter les barrières et ainsi faciliter l'intégration des interventions SUG à leurs pratiques. Celles-ci concernent l'ajout de ressources humaines et matérielles, ainsi qu'une meilleure organisation du travail. Selon les participants, une seconde infirmière clinicienne en gériatrie et de l'aide supplémentaire à l'alimentation et aux activités de la vie quotidienne seraient facilitantes. Par ailleurs, certains participants ont mis de l'avant les avantages potentiels de travailler en « module » (en sous-équipes), une approche favorisant une meilleure connaissance des personnes et des soins de meilleure qualité.

DISCUSSION

Notre étude révèle que plus des trois quarts des mesures SUG ont été appliquées, constituant ainsi une augmentation du taux d'application initial de plus de 30 %. Les intervenants considèrent que les mesures du SUG, notamment l'ajout d'une infirmière clinicienne en gériatrie, d'un physiothérapeute et d'équipements spécialisés, ont amélioré la planification du congé hospitalier, ainsi que la qualité des soins offerts. Ils suggèrent également qu'une augmentation des ressources humaines et matérielles, et une meilleure organisation du travail pourraient contrer les barrières perçues et faciliter l'intégration de ces interventions à leur pratique.

Les taux d'application des interventions obtenus dans cette étude sont supérieurs à ceux de l'ensemble des urgences du Québec, d'après les résultats rapportés par McCusker et al. (22) ayant sondé 76 services d'urgence non psychiatriques (non spécifiquement gériatriques) de la province en utilisant l'EFEDAT. Plus spécifiquement, les items les plus appliqués par notre équipe (liens avec les services de soins à domicile, congé centré sur la personne, équipe gériatrique, personnel multidisciplinaire, initiatives d'amélioration de la qualité) figurent parmi les moins présents à l'échelle provinciale, et ce, malgré le nombre légèrement inférieur d'items dans la version utilisée de l'outil. Ces différences étaient attendues considérant que l'étude, par ses visées interventionnelles, a mis l'accent sur la préparation du congé dans les interventions proposées et l'ajout de formations offertes par l'urgentologue spécialisée en gériatrie. Quant à l'intégration perçue des interventions, la place prépondérante du nouveau rôle d'infirmière clinicienne en gériatrie fait émerger l'importance des qualités de « leader collaboratif impliqué dans les soins directs aux personnes », suggérant la pertinence de rechercher ce profil d'intervenant pour que l'intervention soit



profitable (25). Ces constats sont en lien avec l'étude de Marsden et al. (26) qui souligne le rôle essentiel de l'infirmière spécialisée en gériatrie au sein d'un SUG et la nécessité que celle-ci ait les habiletés pour évaluer les personnes âgées, puis les mettre en lien avec les bons services, et ce, rapidement et efficacement. Le cadre de référence *Vers un service d'urgence adapté pour la personne âgée*, récemment paru, va également en ce sens en ajoutant que l'infirmière clinicienne spécialisée en gériatrie doit aussi détenir des compétences en collaboration et en communication, en plus de faire preuve d'une grande autonomie et autodétermination (27). Certaines études ont de plus reconnu l'impact positif de l'implantation du rôle d'infirmière clinicienne gériatrique sur la réduction du nombre d'admissions (28,29). Par ailleurs, il ne faut pas sous-estimer l'importance de l'ajout d'équipements spécialisés pour favoriser la mobilisation des personnes âgées. En effet, des études récentes ont rapporté que mobiliser rapidement les personnes lors de leur séjour hospitalier permettrait d'améliorer leur statut fonctionnel (30). Une mobilisation précoce à l'urgence préviendrait également du syndrome d'immobilisation, lequel engendre souvent des complications et le développement de pathologies dans la plupart des organes et systèmes (31,32). D'ailleurs, les personnes âgées admises à l'urgence sont principalement préoccupées par la disponibilité de l'équipement nécessaire afin de rester mobiles et autonomes (33), ainsi que par la préservation de leur statut fonctionnel et leur état de santé antérieurs (34).

Un des principaux défis est la pérennisation de ces interventions : d'une part, le roulement du personnel rend difficile la formation en continu des nouveaux employés; d'autre part, le bri de matériel risque de survenir avec le temps, nécessitant des ressources pour l'entretien et la réparation de certains équipements. Dans un contexte de pénurie de ressources, une des solutions est la réorganisation du travail. Selon les participants, l'approche par « modules », c'est-à-dire une infirmière à la tête d'une équipe d'infirmières auxiliaires et de préposés aux bénéficiaires, serait à préconiser. Cette approche leur permettrait de mieux connaître les personnes qu'elles soignent et ainsi améliorer la qualité des soins prodigués. Bien que comportant certains défis, cette approche est reconnue pour réduire la durée de séjour (35), en plus d'améliorer la communication et le travail d'équipe (36). Ainsi, la mise en place d'un modèle de soins coconstruit avec les intervenants, priorisant une réorganisation du travail fondée sur une responsabilité partagée, s'avère prometteuse.

Limites de l'étude

Premièrement, l'étude a été menée au sein d'un seul milieu, ce qui limite la transférabilité des résultats. Toutefois, des caractéristiques de l'urgence ciblée (nombre de personnes âgées admises par année, accréditation d'urgence gériatrique) ont été fournies afin de décrire le contexte. Deuxièmement, considérant qu'une seule infirmière clinicienne en gériatrie ait été ajoutée, on ne peut exclure que les bénéfices perçus soient liés davantage aux qualités humaines et professionnelles intrinsèques à cette personne, plutôt qu'à l'intervention en tant que telle. L'analyse des données a toutefois permis de mettre en lumière un apport inhérent à son rôle, au-delà de ses caractéristiques personnelles. Troisièmement, la diminution des hospitalisations perçue par les intervenants n'a pu être objectivée dans le cadre de cette étude. Des recherches futures veilleront à trianguler cette information qualitative avec des données quantitatives, en plus d'intégrer la perception des personnes âgées à l'égard de leur expérience de soins. Enfin, nous ne pouvons exclure que le contexte pandémique

ait pu influencer les résultats, puisqu'il a exacerbé le manque de ressources et freiné l'application de certaines pratiques promues par le SUG, comme une mobilisation accrue des personnes.

CONCLUSION

En vue de mieux répondre aux besoins complexes d'une proportion de personnes âgées fréquentant les urgences qui est appelée à croître, il est impératif d'adapter l'environnement de ces services et de bien outiller le personnel. L'implantation d'une équipe interdisciplinaire guidée par une infirmière clinicienne en gériatrie s'avère particulièrement prometteuse. Cette étude confirme que la mise en place de SUG est non seulement possible, mais également appréciée des intervenants, en agissant positivement sur la perception de la qualité des soins et services qu'ils offrent aux personnes âgées. Les résultats obtenus guideront les stratégies à développer et à instaurer afin d'en améliorer l'adhésion aux interventions. Étant imbriqué dans la pratique, ce modèle de SUG présente un fort potentiel de mise à l'échelle à travers la province. 📌

LES AUTEUR.ES



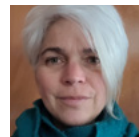
Véronique Provencher

Erg., Ph.D.
Professeure agrégée, École de réadaptation, Université de Sherbrooke
Centre de recherche sur le vieillissement du CIUSSS de L'Estrie - CHUS
veronique.provencher@usherbrooke.ca



Didier Mailhot-Bisson

Inf., Ph.D.
Professeur adjoint, École des sciences infirmières, Université de Sherbrooke
Centre de recherche sur le vieillissement du CIUSSS de L'Estrie - CHUS



Monia D'Amours

Professionnelle de recherche, M. Sc.
Centre de recherche sur le vieillissement du CIUSSS de L'Estrie - CHUS



Ariane Grenier

Erg., M.A.
CIUSSS de L'Estrie - CHUS
Chargée de cours, Université de Sherbrooke
Professionnelle de recherche, Centre de recherche sur le vieillissement du CIUSSS de L'Estrie - CHUS



Natasa Obradovic

Erg., M. A.
Doctorante, École de réadaptation, Université de Sherbrooke
Centre de recherche sur le vieillissement du CIUSSS de L'Estrie - CHUS



Audrey-Anne Brousseau

MD, M.Sc., FRCPC
Urgentologue, CIUSSS de L'Estrie-CHUS

REMERCIEMENTS

Les auteur.es remercient Jane McCusker et Nathalie Veillette pour leurs judicieux conseils dans l'utilisation de certains outils et l'interprétation des résultats qui en ont découlé. Les auteur.es sont également reconnaissant.es du précieux soutien de Véronique Poulin dans la mise en œuvre de cette étude.

AIDE FINANCIÈRE

Cette étude a été financée par une subvention de la Fondation Vitae, ayant pour mission la santé et le mieux-être de toutes les personnes qui ont recours aux services du CSSS-IUGS.

CONFLITS D'INTÉRÊTS

Les auteur.es déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts.

RÉFÉRENCES

1. Institut canadien d'information sur la santé. SNISA – Visites au service d'urgence : volumes et durée médiane du séjour, 2003-2004 à 2020-2021 – statistiques supplémentaires. Ottawa, ON : ICIS; 2021.
2. Lennox A, Braaf S, Smit V, et al. Caring for older patients in the emergency department: Health professionals' perspectives from Australia - The Safe Elderly Emergency Discharge project. *Emerg Med Australas*. 2019;31(1):83-9. doi:10.1111/1742-6723.13108
3. Kelley ML, Parke B, Jokinen N, Stones M, Renaud D. Senior-friendly emergency department care: An environmental assessment. *J Health Serv Res Policy*. 2011;16:6-12. doi:10.1258/jhsrp.2010.009132
4. Abraham GD, Grudzen CR. Providing quality care to older adults in the emergency department. Dans : Williams BA, Chang A, Ahalt C, Chen H, Conant R, Landefeld C, Ritchie C, Yukawa M. rédacteurs. *Current Diagnosis & Treatment: Geriatrics*. 2e éd. McGraw Hill; 2014.
5. Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier : cadre de référence. Gouvernement du Québec, 2011. <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/ff/documentation/2010/10-830-03>
6. van Loveren K, Singla A, Sinvani L, Calandrella C, Perera T, Brave M, Becker L, Li T. Increased emergency department hallway length of stay is associated with development of delirium. *West J Emerg Med*. 2021;22(3):726-35. doi:10.5811/westjem.2021.1.49320
7. Möllers T, Perna L, Ihle P, Schubert I, Bauer J, Brenner H. Factors associated with length of stay in hospital patients with and without dementia. *J Alzheimers Dis*. 2019; 67(3):1055-65. doi:10.3233/JAD-180593
8. Koehler BE, Richter KM, Youngblood L, Cohen BA, Prengler ID, Cheng D, Masica AL. Reduction of 30-day postdischarge hospital readmission or emergency department (ED) visit rates in high-risk elderly medical patients through delivery of a targeted care bundle. *J Hosp Med*. 2009;4(4):211-8. doi:10.1002/jhm.427
9. Forsman B, Svensson A. Frail older persons' experiences of information and participation in hospital care. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(16):2829. doi:10.3390/ijerph16162829
10. Welch SJ. Twenty years of patient satisfaction research applied to the emergency department: A qualitative review. *Am J Med Qual*. 2010;25(1):64-72. doi:10.1177/1062860609352536
11. Berning MJ, Oliveira J E Silva L, Suarez NE, Walker LE, Erwin P, Carpenter CR, Bellolio F. Interventions to improve older adults' emergency department patient experience: A systematic review. *Am J Emerg Med*. 2020;38(6):1257-69. doi:10.1016/j.ajem.2020.03.012
12. McCusker J, Vadeboncoeur A, Cossette S, Veillette N, Ducharme F, Minh Vu TT, Ciampi A, Cetin-Sahin Dm Belzile E. Changes in emergency department geriatric services in Quebec and correlates of these changes. *J Am Geriatr Soc*. 2017;65(7):1448-54. doi:10.1111/jgs.14818
13. Carpenter CR, Bromley M, Caterino JM, et al. Optimal older adult emergency care: Introducing multidisciplinary geriatric emergency department guidelines from the American College of Emergency Physicians, American Geriatrics Society, Emergency Nurses Association, and Society for Academic Emergency Medicine. *J Am Geriatr Soc*. 2014;62(7):1360-3. doi:10.1111/jgs.12883
14. Geerligs, L, Rankin, NM, Shepherd, HL, Butow P. Hospital-based interventions: A systematic review of staff-reported barriers and facilitators to implementation processes. *Implement Sci*. 2018;13(1):36. doi:10.1186/s13012-018-0726-9
15. Stefánsdóttir NT, Nilsen P, Lindstroem MB, Andersen O, Powell BJ, Tjørnhøj-Thomsen T, Kirk JW. Implementing a new emergency department: A qualitative study of health professionals' change responses and perceptions. *BMC Health Serv Res*. 2022;22(1):447. doi:10.1186/s12913-022-07805-w
16. Glenton C, Carlsen B, Lewin S, Wennekes MD, Winje BA, Eilers R, on behalf of the VITAL consortium. Healthcare workers' perceptions and experiences of communicating with people over 50 years of age about vaccination: A qualitative evidence synthesis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2021;7(7):CD013706. doi:10.1002/14651858.CD013706.pub2
17. Sandelowski M. Whatever happened to qualitative description? *Res Nurs Health*. 2000; 23(4):334-40. doi:10.1002/1098-240x(200008)23:4<334::aid-nur9>3.0.co;2-g
18. Colorafi KJ, Evans B. Qualitative descriptive methods in health science research. *HERD*. 2016;9(4):16-25. doi:10.1177/1937586715614171
19. Bradshaw C, Atkinson S, Doody O. Employing a qualitative description approach in health care research. *Glob Qual Nurs Res*. 2017;4. doi:10.1177/2333393617742282
20. Palinkas LA, Horwitz SM, Green CA, Wisdom JP, Duan N, Hoagwood K. Purposeful sampling for qualitative data collection and analysis in mixed method implementation research. *Adm Policy Ment Health*. 2015;42(5):533-44. doi:10.1007/s10488-013-0528-y
21. Poulin V, Mailhot-Bisson D, Turcotte-Brousseau AA. Le déploiement du rôle d'une infirmière en pratique avancée en gériatrie à l'urgence : une innovation en Estrie. *Soins d'urgence*. 2021;2(2):35-44. https://aiiuq.qc.ca/wp-content/uploads/2021/11/Novembre2021-RevueAIUQ_A5.pdf
22. McCusker J, Vu TTM, Veillette N, Cossette S, Vadeboncoeur A, Ciampi A, Cetin-Sahin D, Belzile E. Elder-friendly emergency department : Development and validation of a quality assessment tool. *J Am Geriatr Soc*. 2018;66:394-400. doi:10.1111/jgs.15137
23. Le Boterf, G. Construire les compétences individuelles et collectives : agir et réussir avec compétence, les réponses à 100 questions. 7e éd. Paris : Groupe Eyrolles. 2015.
24. Miles MB, Huberman AM, Saldana J. *Qualitative data analysis : A methods sourcebook*. (3e éd.) Thousand Oaks, California : SAGE. 2014.
25. Giles M, Parker V, Conway J, Mitchell R. Knowing how to get things done: Nurse consultants as clinical leaders. *J Clin Nurs*. 2018;27(9-10):1981-93. doi:10.1111/jocn.14327
26. Marsden EJ, Taylor A, Wallis M, Craswell A, Broadbent M, Johnston-Devin C, Crilly J. A structure and process evaluation of the geriatric emergency department intervention model. *Australas Emerg Care*. 2021;24(1):28-33. doi:10.1016/j.auec.2020.05.006
27. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Vers un service d'urgence adapté pour la personne âgée : cadre de référence. Gouvernement du Québec, 2022. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003342/>
28. Aldeen AZ, Courtney DM, Lindquist LA, Dresden SM, Gravenor SJ. Geriatric emergency department innovations: Preliminary data for the geriatric nurse liaison model. *J Am Geriatr Soc*. 2014;62(9):1781-5. doi:10.1111/jgs.12979
29. Sinha SK, Bessman ES, Flomenbaum N, Leff B. A systematic review and qualitative analysis to inform the development of a new emergency department-based geriatric case management model. *Ann Emerg Med*. 2011;57(6):672-82. doi:10.1016/j.annemergmed.2011.01.021
30. Chippala P, Sharma R. Effect of very early mobilisation on functional status in patients with acute stroke: A single-blind, randomized controlled trial. *Clin Rehabil*. 2016;30(7):669-75. doi:10.1177/02692155155596054
31. Tousignant-Laflamme Y, Beaudoin AM, Renaud AM, Lauzon S, Charest Bossé MC, Leblanc L, Grégoire M. Adding physical therapy services in the emergency department to prevent immobilization syndrome – a feasibility study in a university hospital. *BMC Emerg Med*. 2015;15:35. doi:10.1186/s12873-015-0062-1
32. Surkan MJ, Gibson W. Interventions to mobilize elderly patients and reduce length of hospital stay. *Can J Cardiol*. 2018;34(7):881-8. doi:10.1016/j.cjca.2018.04.033
33. Cetin-Sahin D, Ducharme F, McCusker J, Veillette N, Cossette S, Minh Vu TT, Vadeboncoeur A, Lachance PA, Mah R, Berthelot S. Experiences of an emergency department visit among older adults and their families: Qualitative findings from a mixed-methods study. *J Patient Exp*. 2020;7(3):346-56. doi:10.1177/2374373519837238
34. Gettel CJ, Venkatesh AK, Dowd H, Hwand U, Ferrigno RF, Reid EA, Tinetti ME. A qualitative study of «What Matters» to older adults in the emergency department. *West J Emerg Med*. 2022;23(4):579-88. doi:10.5811/westjem.2022.4.56115
35. Liu J, Masiello I, Ponzer S, Farrokhnia N. Can interprofessional teamwork reduce patient throughput times? A longitudinal single-centre study of three different triage processes at a Swedish emergency department. *BMJ Open*. 2018;8(4):e019744. doi:10.1136/bmjopen-2017-019744
36. Liu J, Ponzer S, Farrokhnia N, Masiello I. Evaluation of interprofessional teamwork modules implementation in an emergency department – A mixed-methods case study of implementation fidelity. *BMC Health Serv Res*. 2021;21(1):853. doi:10.1186/s12913-021-06822-5