



Cadre de référence vers un service d'urgence adapté pour la personne âgée :

une solution pour notre système de santé québécois

par **Audrey-Anne Brousseau, Véronic Poulin, Élyse Berger-Pelletier, Andrée-Ann Aubut, Catherine Pageau et Maryse Grégoire**

Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a mandaté et collaboré avec le Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS) et son département de médecine d'urgence pour la création du cadre de référence vers un service d'urgence adapté pour la personne âgée. Ce guide se veut un outil clinique qui permet d'entreprendre les changements nécessaires et pour répondre aux besoins du personnel soignant afin de guider les services d'urgence à être plus sécuritaires et plus performants pour la population aînée. Il s'adresse aux infirmières, aux gestionnaires, aux chefs médicaux et aux différents professionnels des services d'urgence. Il a été créé par un groupe d'auteurs ayant une formation spécialisée en médecine d'urgence gériatrique. Ce cadre de référence se base sur les données probantes actuellement disponibles et a été révisé par des dizaines d'experts en la matière.

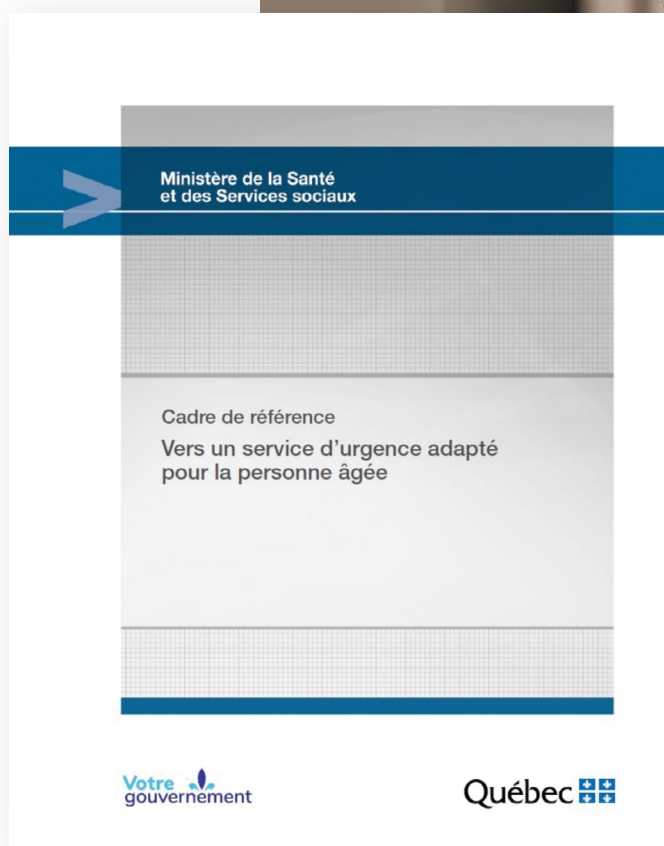
CAPSULE CLINIQUE

Un samedi après-midi, M. Chabot, un homme de 92 ans qui demeure dans une résidence pour personnes âgées dans la section autonome, subit une chute de sa hauteur. Il est incapable de se relever seul et se plaint d'une douleur au genou droit. Le préposé aux bénéficiaires de la résidence pour personnes âgées n'a d'autre choix que d'appeler l'ambulance. M. Chabot est ainsi transporté vers un service d'urgence (SU). À son arrivée au triage, on lui accorde un niveau de priorité 4. L'infirmière qui a peu d'information sur l'histoire de M. Chabot l'évalue sommairement et l'installe sur une civière. Par la suite, celui-ci demeure immobile sur sa civière jusqu'à l'arrivée du médecin plusieurs heures plus tard. En soirée, il présente des signes de délirium. Il sera finalement hospitalisé pendant 21 jours, et ce, après avoir passé un séjour de plus de 24 heures au SU. À son congé, n'étant plus à son même niveau d'autonomie, M. Chabot devra être relocalisé dans une autre résidence pour personnes âgées offrant des soins plus spécialisés.

Cette capsule clinique n'a pas été choisie au hasard. On retrouve ce type de cas quotidiennement dans les services d'urgence (SU) et celle-ci met en évidence plusieurs éléments problématiques de la prise en charge des personnes âgées à l'urgence. Cela débute dès l'appel au 9-1-1. Le préposé aux bénéficiaires raconte l'histoire aux techniciens paramédics qui eux la rapportent à l'infirmière au triage. Un enjeu de communication est présent ici puisque plusieurs informations pertinentes peuvent être oubliées (1). De plus, l'évaluation sommaire au triage exclut souvent les problématiques liées au vieillissement ce qui peut potentiellement occasionner une priorité de triage sous-estimée (2, 3). Également, l'évaluation faite par le personnel infirmier et médical du SU est parfois sommaire, escamotant des éléments essentiels à la prise en charge de la personne âgée. Par exemple, l'évaluation des signes de fragilité qui permet à l'infirmière d'utiliser le modificateur de fragilité de l'Échelle canadienne de triage

et de gravité (ÉTG), l'obtention d'une histoire collatérale, le dépistage du délirium ainsi que l'évaluation de l'autonomie, du risque de chute et de la douleur. Enfin, il est important de s'assurer que la famille de l'aîné ait été avisée du transfert à l'hôpital, que toutes les alternatives à l'hospitalisation aient été explorées et que les interventions nécessaires aient été mises en place afin de prévenir un délirium. Ce sont tous des éléments qui sont encore trop souvent inconnus ou peu appliqués dans les SU. Pourtant, il s'agit du rôle et de la responsabilité de tout le personnel soignant d'un SU d'adapter les soins à la clientèle gériatrique. Voici pourquoi, mais surtout, voici comment.

Les changements démographiques ont modifié le portrait de la clientèle dans les SU. Les 65 ans et plus représentent maintenant 20 à 40 % des usagers et plus de 50 % des admissions à l'hôpital (4). Les personnes âgées se présentent aux SU généralement pour des problématiques



Ce cadre de référence a pour objectifs de :

- Définir les éléments pertinents et essentiels à modifier aux SU pour améliorer les soins aux personnes âgées ;
- Offrir des outils cliniques facilitant l'implantation et l'utilisation d'une philosophie de soins adaptés pour les personnes âgées au SU ;
- Améliorer l'efficacité du continuum de soins aux personnes âgées pour réduire la congestion des SU liée à un manque de fluidité du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS).

chroniques ou subaiguës. Ces problématiques de santé sont d'ailleurs souvent compliquées de multiples comorbidités, de la polypharmacie et d'éléments psychosociaux instables pour lesquels les SU ne sont généralement pas adaptés à prendre à charge (5). Des soins d'urgence peu adaptés à la clientèle aînée peuvent engendrer des complications tels qu'un délirium, des chutes, un syndrome d'immobilisation, de la dénutrition, de la déshydratation et des infections urinaires. Cela peut également avoir un impact sur la gestion des lits hospitaliers en raison de l'augmentation du nombre d'admissions non médicalement requises et de la prolongation des durées de séjour (6). Face à cette réalité, le SU du CIUSSS de l'Estrie-CHUS, site Hôtel-Dieu, a décidé de prioriser l'orientation des soins vers des soins adaptés aux aînés. Ce projet a fait ses preuves en réduisant les admissions de 5 % (avant l'ère COVID-19). Cela a permis d'améliorer la satisfaction du personnel et plus de 80 % des usagers évalués par l'équipe interdisciplinaire (infirmière clinicienne en gériatrie, physiothérapeute, pharmacien et travailleur social) retournent à domicile avec un plan de soins individualisé (7,8). De plus, le SU du CIUSSS de l'Estrie-CHUS a été la première urgence au Québec et au Canada à obtenir la mention d'urgence gériatrique accréditée de niveau argent par l'*American College of Emergency Physicians* (ACEP). À la suite du succès de ce projet, l'équipe du CIUSSS de l'Estrie-CHUS a été mandatée par le ministère de la Santé et des Services sociaux afin de rédiger le *Cadre de référence vers un service d'urgence adapté pour la personne âgée*.

Le cadre de référence contient une multitude d'outils cliniques, de trucs et de conseils, de procédures, de protocoles, d'ordonnances pharmaceutiques et de feuillets d'information. Ces éléments favorisent la prise en charge des grands syndromes gériatriques tels que les chutes, le délirium, le syndrome d'immobilisation, la maltraitance, la fragilité, la douleur ou la dépression. De plus, il couvre d'autres éléments pertinents comme la formation du personnel, la mise en place d'un comité et son fonctionnement, ainsi que les indicateurs de soins utiles et leur vigie. Il permet d'offrir une vision du SU dans l'ensemble du continuum de services en mettant l'accent sur les méthodes de communication efficaces entre les acteurs clés. Ce cadre a été créé par un groupe d'auteurs ayant une formation spécialisée en médecine d'urgence gériatrique. Il se base sur les données probantes actuellement disponibles et a été révisé par des dizaines d'experts en la matière.

Ce cadre s'adresse à tous les gestionnaires et les chefs médicaux des SU du Québec, et ce, quels que soient leur volume et situation géographique. Les éléments cliniques et paracliniques peuvent être adaptés à toutes les réalités autant urbaines que rurales, lui procurant une grande polyvalence. De plus, il est simple à lire, bien construit et comprend des trucs pratiques. Une grande quantité d'annexes représentant des exemples d'outils sont également disponibles dans ce cadre de référence.

Revenons maintenant à la capsule clinique. Après avoir intégré plusieurs éléments du cadre de référence, le même cas se transformerait ainsi :

CAPSULE CLINIQUE APRÈS AVOIR INTÉGRÉ LES ÉLÉMENTS DU CADRE DE RÉFÉRENCE

Un samedi après-midi, M. Chabot, un homme de 92 ans qui demeure dans une résidence pour personnes âgées dans la section autonome, subit une chute de sa hauteur. Il est incapable de se relever seul et se plaint d'une douleur au genou droit. Le préposé aux bénéficiaires (PAB) de la résidence pour personnes âgées n'a d'autre choix que d'appeler l'ambulance. À l'arrivée des techniciens paramédicaux, le PAB remet un feuillet contenant de l'information clinique pertinente de la condition de M. Chabot. Arrivée au SU, l'infirmière au triage évalue M. Chabot en tenant compte des éléments de fragilité et accorde une cote de triage P3 en ajoutant le modificateur de fragilité de l'Échelle canadienne de triage et de gravité (ÉTGV). Par la suite, l'infirmière à l'aire d'observation évalue M. Chabot en intégrant les éléments suivants : le dépistage du délirium, le repérage du statut de fragilité, le dépistage du risque de chute, l'évaluation de l'alimentation, de l'hydratation et de la continence. Elle s'assure de mettre à sa disposition les aides techniques nécessaires (marchette, canne, appareils auditifs, lunettes, dentiers, souliers) et encourage une mobilisation précoce, tout en favorisant l'accueil et l'intégration des proches aidants. Lors de la prise en charge médicale, le médecin note que M. Chabot en est à sa troisième chute en six mois. Il l'investit donc de façon appropriée et prescrit ses médicaments usuels. Au matin, M. Chabot est évalué par un physiothérapeute et une infirmière clinicienne en gériatrie au SU. Des services de physiothérapie à domicile seront instaurés et une surveillance accrue par l'équipe de la résidence sera demandée. M. Chabot aura donc congé le matin même. Le délirium a ainsi été évité et il retourne à sa résidence.

VOUS ÊTES CURIEUX DE SAVOIR COMMENT PARVENIR À UNE MEILLEURE QUALITÉ DES SOINS GÉRIATRIQUES DANS VOTRE SU ?

Allez consulter le **Cadre de référence vers un service d'urgence adapté pour la personne âgée** sur le site internet du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) au <https://www.msss.gouv.qc.ca/> dans la section « publications ».

En conclusion, le SU n'est pas seulement une porte d'entrée ou un passage vers le centre hospitalier, mais constitue un plateau technique et humain complet outillé pour répondre aux besoins des personnes âgées. Une prise en charge adéquate de la personne âgée dès son arrivée aux SU peut limiter les hospitalisations non nécessaires et favoriser la liaison avec les ressources en communauté. Dans ce continuum de soins, l'infirmière d'urgence a un rôle important à jouer que ce soit dans l'accueil au triage, à l'évaluation initiale et tout au long du séjour au SU, et ce, jusqu'au départ. Il est impératif que notre société porte le tournant que sa démographie lui impose et ce cadre de référence est un outil à notre portée. Ce n'est plus une question d'adapter seulement le secteur hospitalier ou celui des SU. C'est une façon de voir la dignité de nos aînés différemment. Ce guide est une première pierre pour construire ce nouveau mur porteur de notre réseau de soins axés vers les besoins de la population âgée. 📌

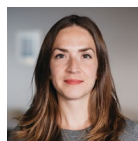
LES AUTEURES



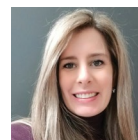
Audrey-Anne Brousseau
MD, M.Sc., FRCPC
Urgentologue
CIUSSS de l'Estrie-CHUS
audrey-anne.turcotte-brousseau.med@sss.gouv.qc.ca



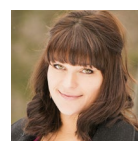
Véronique Poulin
Inf., B.Sc.
Infirmière clinicienne
Équipe de consultation en gériatrie -
secteur urgence
CIUSSS de l'Estrie-CHUS



Élyse Berger-Pelletier
MD, M.Sc., FRCPC
Directrice médicale nationale
du préhospitalier
Ministère de la Santé et des Services
sociaux (MSSS)



Andrée-Ann Aubut
Inf., B.Sc.
Conseillère clinique
Ministère de la Santé et des Services
sociaux (MSSS)



Catherine Pageau
Inf., B.Sc.
Conseillère clinique
Ministère de la Santé et des Services
sociaux (MSSS)



Maryse Grégoire
Inf., B.Sc., M.A.
Conseillère cadre clinicienne-urgence,
CIUSSS de l'Estrie-CHUS

SOUTIEN FINANCIER

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

CONFLITS D'INTÉRÊTS

Les auteures de cet article ont également participé à la rédaction du cadre de référence vers un service d'urgence adapté pour la personne âgée.

RÉFÉRENCES

1. Griffiths D, Morphet J, Innes K, Crawford K, Williams A. Communication between residential aged care facilities and the emergency department: A review of the literature. *Int J Nurs Stud*. 2014; 51(11): 1517-1523. doi : 10.1016/j.ijnurstu.2014.06.002
2. Davis P, Evans DD. The Undertriage of older adults in the emergency department: A review of interventions. *Adv Emerg Nurs J*. 2021; 43(3): 178-185. doi : 10.1097/TME.0000000000000359
3. Considine J, Smith R, Hill K, Weiland T, Gannon J, Behm C, Wellington P, McCarthy S. Older peoples' experience of accessing emergency care. *Australas Emerg Nurs J*. 2010; 13(3): 61-69. <https://doi.org/10.1016/j.aenj.2010.05.001>
4. McCusker J, Vadeboncoeur A, Cossette S, Veillette N, Ducharme F, Minh Vu TT, Ciampi A, Cetin-Sahin D, Belzile E. Changes in emergency department geriatric services in Quebec and correlates of these changes. *J Am Geriatr Soc*. 2017; 65(7):1448-1454. doi : 10.1111/jgs.14818
5. Carpenter CR, Bromley M, Caterino JM, Chun A, Gerson LW, Greenspan J, Hwang U, John DP, Lyons WL, Platts-Mills TF, Mortensen B, Ragsdale L, Rosenberg M, Wilber S. 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. *Acad Emerg Med*. 2014; 21(7): 806-809. doi : 10.1111/jgs.12883
6. Hwang U, Morrison RS. The geriatric emergency department. *J Am Geriatr Soc*. 2007; 55(11): 1873-1876. doi : 10.1111/j.1532-5415.2007.01400.x
7. Poulin V, Karahasanovic M. Données locales [Document inédit]. CIUSSS de l'Estrie-CHUS.
8. Poulin V, Mailhot-Bisson D, Turcotte-Brousseau A-A. 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://aiiuc.qc.ca/wp-content/uploads/2021/11/Novembre2021-RevueAIUQ_A5.pdf