

SYMPOSIUM SOINS
D'URGENCE 2025

VISION 360°

pour
repenser
et agir

VIRTUEL
18 NOVEMBRE

Joanie Larouche
Infirmière clinicienne en
gériatrie à l'urgence



**Optimiser la prise en charge
des personnes âgées à l'urgence :
Rôle de l'infirmière clinicienne en gériatrie**

AIUQ

Objectifs de la présentation

À la fin de la présentation, vous serez en mesure de...

- ☐ Appliquer les principes d'une approche adaptée à la personne âgée en contexte de soins d'urgence;
- ☐ Définir le rôle de l'infirmière clinicienne en gériatrie à l'urgence;

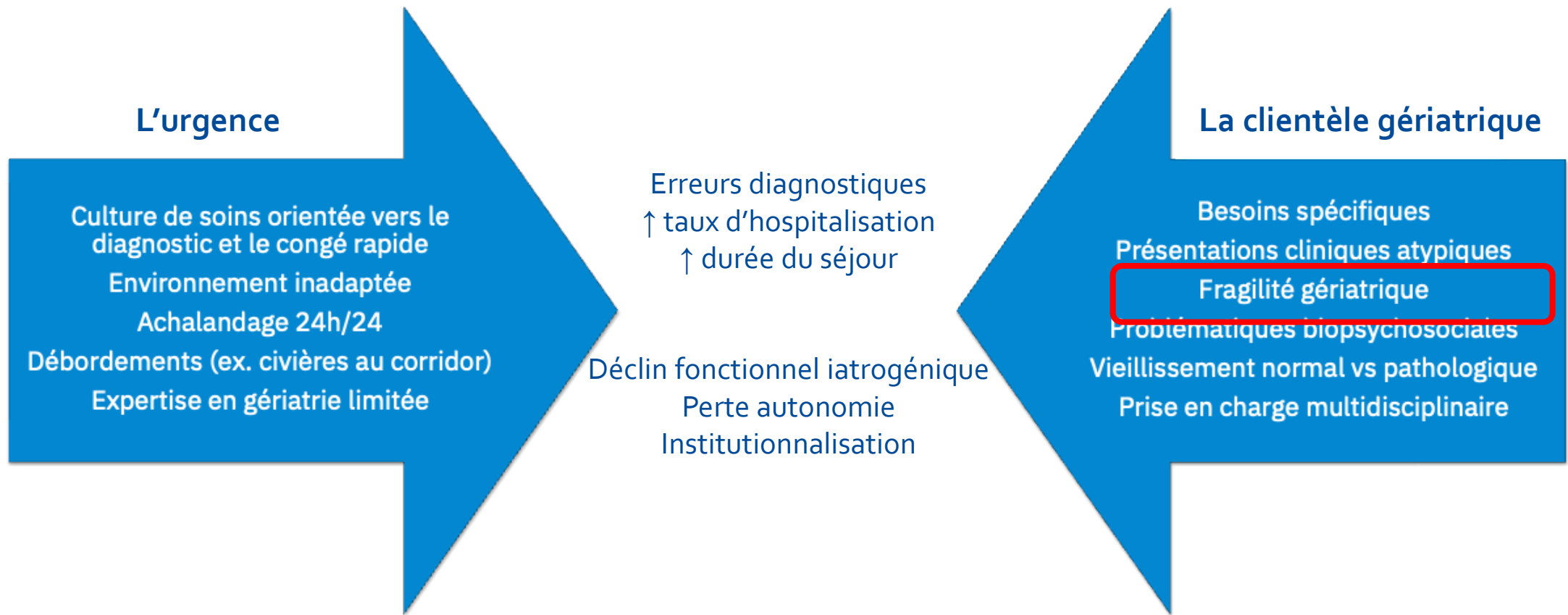
Pertinence de la présentation

De la gériatrie,
ENCORE!





Pertinence de la présentation



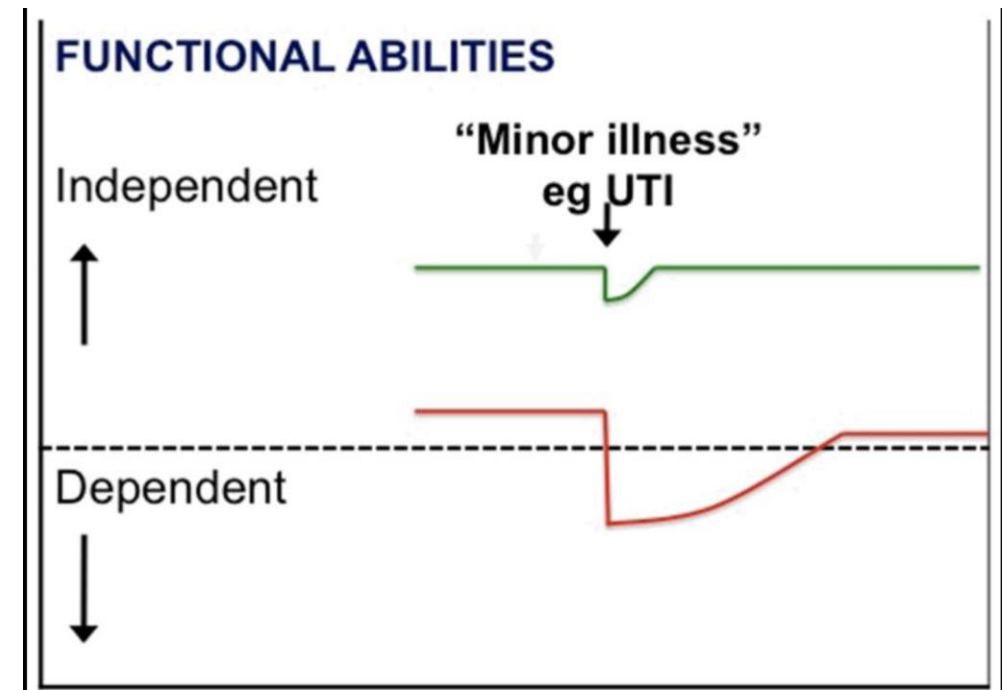
L'objectif dans nos soins à l'urgence = maintenir l'autonomie de la personne âgée

Pertinence de la présentation

Fragilité gériatrique

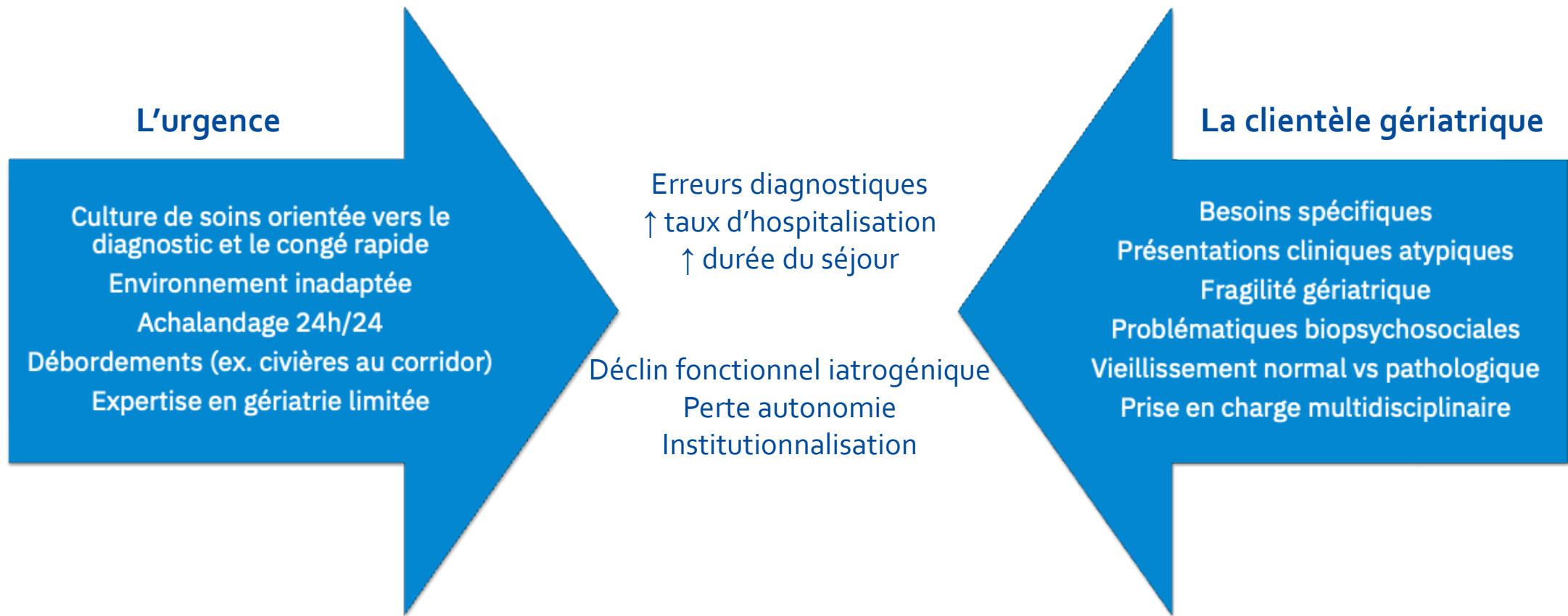
« La *fragilité* a été définie comme un état de vulnérabilité accrue, attribuable à un déclin des réserves et du fonctionnement associé avec l'âge, et se traduisant par une capacité diminuée de composer avec les facteurs de stress au quotidien ou aigus » (Lee et al., 2015)

Âge physiologique > chronologique



(Clegg et al., 2013)

Pertinence de la présentation



L'objectif dans nos soins à l'urgence = maintenir l'autonomie de la personne âgée

Plan de la présentation

Approche adaptée à la personne âgée

- Analyse d'une vignette clinique

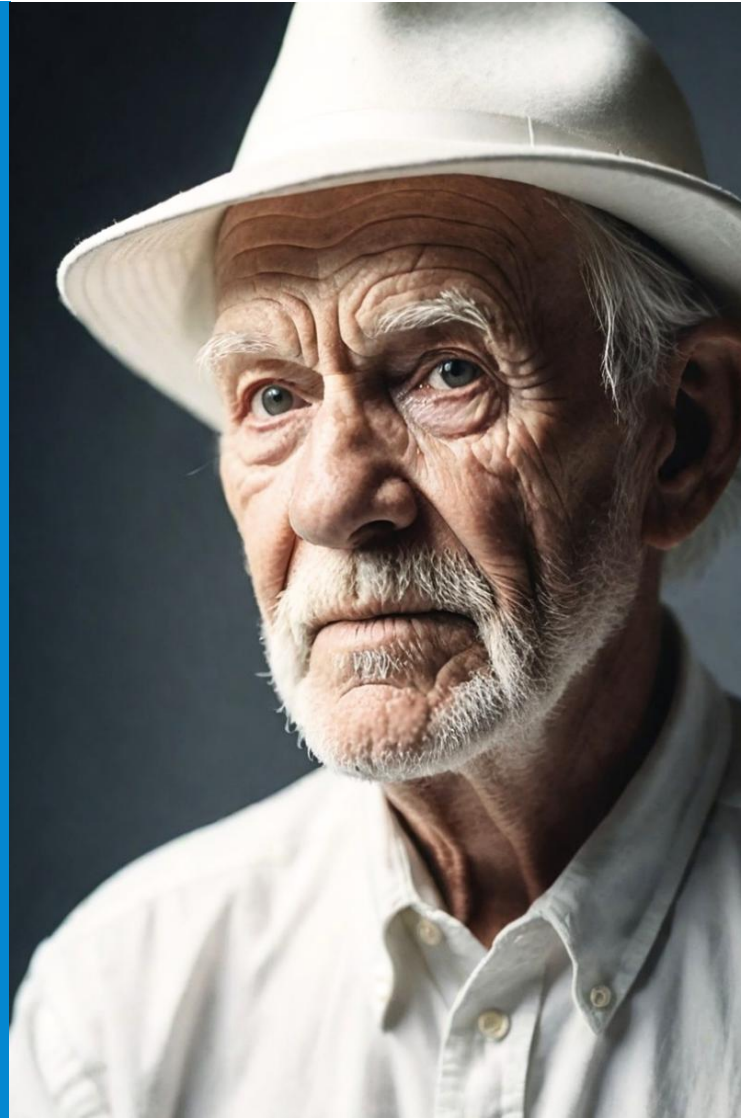
Rôle de l'infirmière clinicienne en gériatrie (ICG)

- Impacts de sa pratique clinique

Messages clés

- Conclusion et période de questions

Vignette clinique



Monsieur C. Nario

83 ans

Habite à domicile

Arrive à 23h10, en ambulance, non accompagné

Raison de consultation : Fatigue inexpliqué

Signes vitaux :

TA 116/72 mmHg FC 67/min SpO₂ 96% AA T° 36,3B

Il s'agit de sa 3e visite à l'urgence aujourd'hui.
Les deux autres pour épistaxis, maintenant résolue.

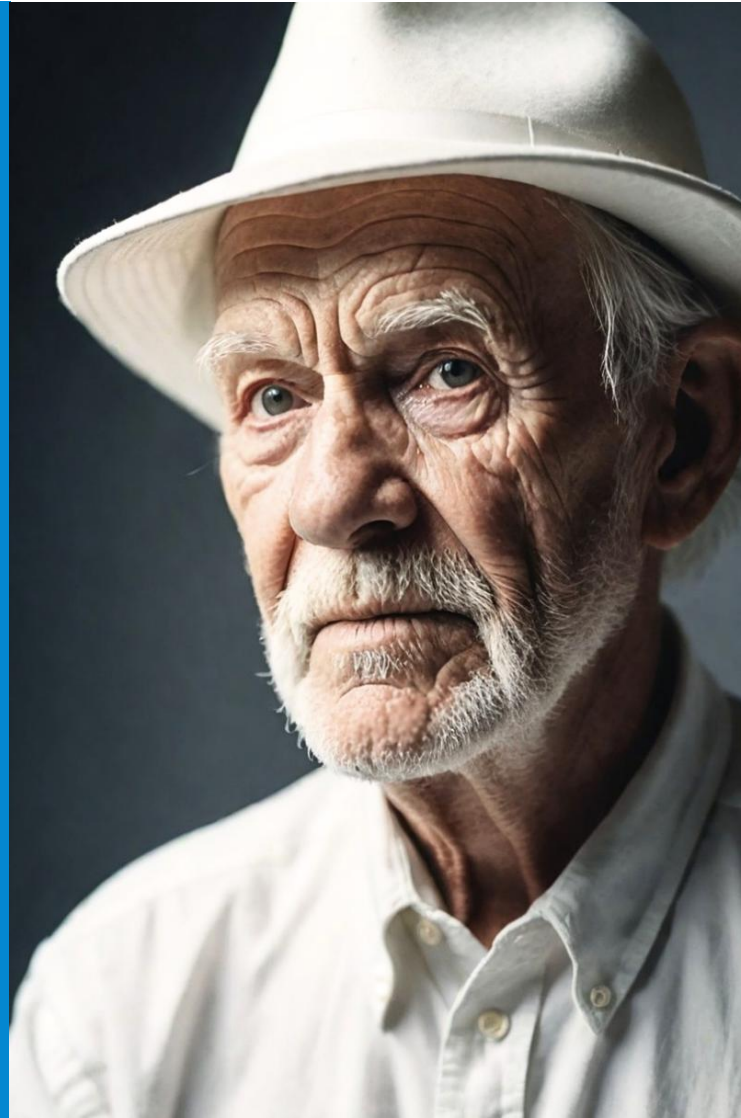
Antécédents :

Maladie de Parkinson

Fibrillation auriculaire (FA) sous anticoagulothérapie

Une cote de triage P₄ lui est attribué, il est ensuite dirigé dans la salle d'attente.

Vignette clinique



Vers 3h20, il est appelé dans une salle d'examen.

Une fois l'évaluation médicale complétée, l'infirmière à l'ambulatoire procède à :

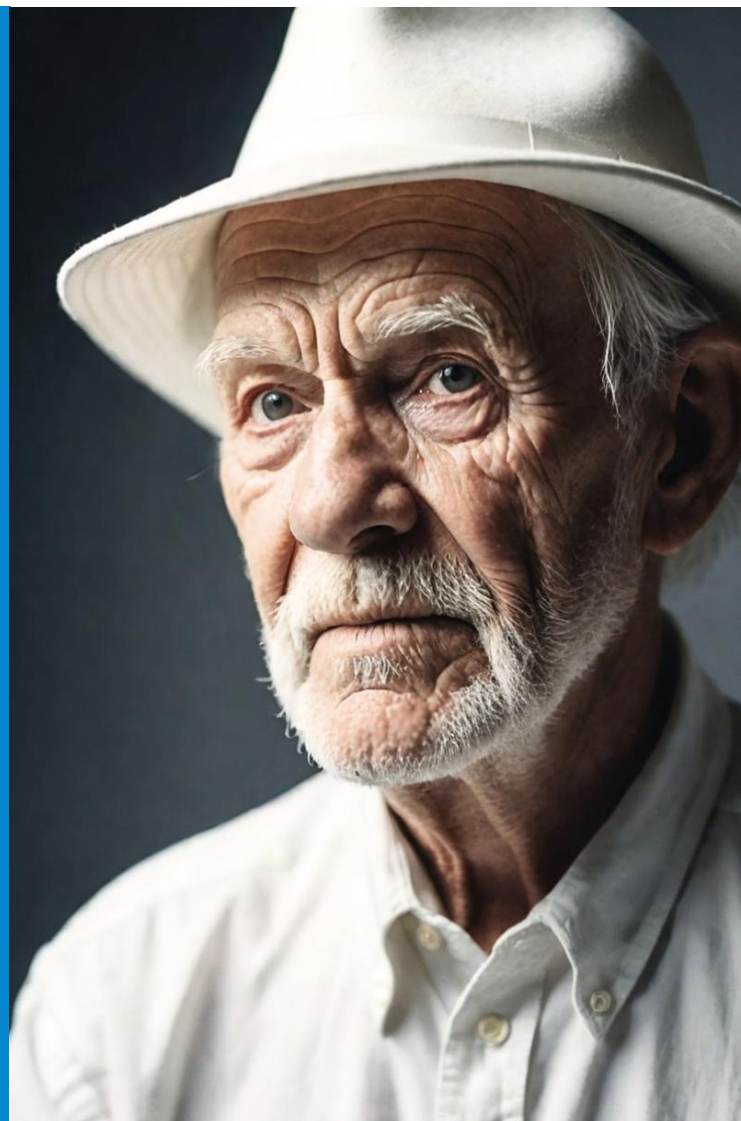
- ✓ Prise de sang
- ✓ Installation d'un soluté de NaCl 0,9%

Il est ensuite installé à l'observation, sur une civière au corridor.

Au matin, le congé est accordé selon les critères de prescription au dossier.

Monsieur C. Nario quitte sur pied, accompagné de sa conjointe, vers midi.

Vignette clinique



Monsieur C. Nario

83 ans

Habite à domicile

Arrive à 23h10, en ambulance, non accompagné

Raison de consultation : Fatigue inexpliqué

Signes vitaux :

TA 116/72 mmHg FC 67/min SpO₂ 96% AA T° 36,3B

Il s'agit de sa 3e visite à l'urgence aujourd'hui.
Les deux autres pour épistaxis, maintenant résolue.

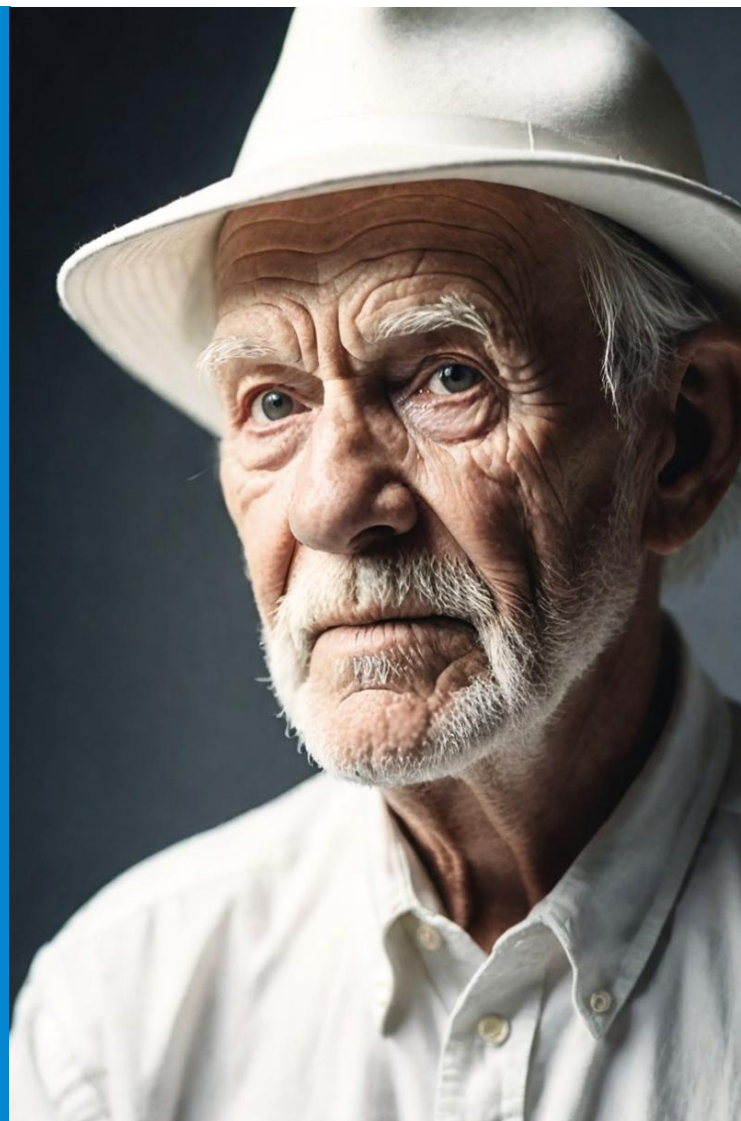
Antécédents :

Maladie de Parkinson

Fibrillation auriculaire (FA) sous anticoagulothérapie

Une cote de triage P₄ lui est attribué, il est ensuite dirigé dans la salle d'attente.

Vignette clinique



Vers 3h20, il est appelé dans une salle d'examen.

Une fois l'évaluation médicale complétée, l'infirmière à l'ambulatoire procède à :

- ✓ Prise de sang
- ✓ Installation d'un soluté de NaCl 0,9%

Il est ensuite installé à l'observation, sur une civière au corridor.

Au matin, le congé est accordé selon les critères de prescription au dossier.

Monsieur C. Nario quitte sur pied, accompagné de sa conjointe, vers midi.

Au triage

Provenance

Antécédents

Âge

ETG

Au triage

Signes vitaux

Antécédents

Âge

ETG

Au triage

Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de l'Estrie - Centre
hospitalier universitaire
de Sherbrooke

Québec

QC-ER-020

ORDONNANCE COLLECTIVE

RECONDUIRE LA PRESCRIPTION ET ADMINISTRATION RAPIDE DE LA MÉDICATION
ANTIPARKINSONNIENNE POUR LES USAGERS ATTEINTS DE LA MALADIE DE PARKINSON
VISITANT LE SERVICE D'URGENCE

Date d'entrée en vigueur 2023-03-23

Incluant un protocole Oui ☒ Non ☒

Adopté par CMDP

Date de révision 2023-01-18 Date de fin de la période de validité 2027-01-18

1. Objet

1.1 Description

- Reconduire la prescription de la médication antiparkinsonnienne usuelle de l'utilisateur et administrer celle-ci dans le respect de la posologie particulière de ce traitement avant même que l'utilisateur à l'urgence ne soit évalué au niveau médical.

1.2 But

- Assurer la poursuite de la médication antiparkinsonnienne dès l'arrivée de l'utilisateur à l'urgence.
- Administrer la médication antiparkinsonnienne dans le respect de la posologie particulière de ce traitement.
- Éviter les effets délétères associés au retard d'administration de la médication sur la maladie de Parkinson (rigidité musculaire, trouble de la démarche, désordres autonomiques, etc.) en respectant le guide de pratique canadien pour la maladie de Parkinson (1). Cette médication a une courte durée d'action et doit être prise plusieurs fois par jour pour conserver son efficacité.

Attention!
Le dosage adéquat de la Levodopa est un équilibre précaire qui repose sur l'atteinte d'un maximum de contrôle pour un minimum d'effets secondaires. Cet équilibre peut rapidement être détruit par des manquements de dose. Rebâtir cette balance peut alors prendre du temps et requiert parfois une hospitalisation. (Parkinson Québec, 2022)

© CHUS de l'Estrie - CHUS | Ordonnance collective - RECONDUIRE LA PRESCRIPTION ET ADMINISTRATION RAPIDE DE LA MÉDICATION ANTIPARKINSONNIENNE POUR LES USAGERS ATTEINTS DE LA MALADIE DE PARKINSON VISITANT LE SERVICE D'URGENCE

Page 1 de 8

Ordonnance
collective maladie
Parkinson

ETG

Au triage

Provenance

Antécédents

Fragilité
Signes atypiques

ETG

Au triage

Provenance

Antécédents

Âge

Facteur de fragilité
Outil de dépistage

Au triage

*Depuis 2016, un **modificateur de 2^e ordre*** a été ajouté à l'ETG** dans le but de **mieux prioriser les patients vulnérables et d'atténuer les conséquences néfastes des délais** de leur prise en charge.*

Définition du modificateur lié à la fragilité :

Tout patient présentant une ou plusieurs des conditions parmi :

- Âge > 80 ans
- Dépendance dans les AVQ;
- Utilisation d'une chaise roulante;
- Déficience cognitive sévère;
- Stade avancé d'une maladie terminale;
- Signes visibles de faiblesse et/ou cachexie sévère;



Si la cote de triage est évaluée à P4 ou P5
ET
le patient rencontre les critères de
« fragilité » = **la cote est priorisée à P3.**

* Ancienne version du CTAS

**ETG : Échelle canadienne de triage et de gravité

Au triage

Outil de dépistage ISAR

(Identification Systématique des Aînées à Risque)

ISAR© version révisée: Alerte aînés	Non	Oui
1) Avant la maladie ou l'incident qui vous a amené à l'urgence, aviez-vous besoin de quelqu'un pour vous aider sur une base régulière?	0	+1
2) Avez-vous eu besoin de plus d'aide qu'à l'habitude dans les dernières 24 heures?	0	+1
3) Avez-vous été hospitalisé(e) 1 nuit ou plus au cours des derniers 6 mois?	0	+1
4) En général, avez-vous des problèmes de vision importants qui ne peuvent pas être corrigés avec des lunettes?	0	+1
5) En général, avez-vous des problèmes de mémoire importants?	0	+1
6) Prenez-vous 6 médicaments différents ou plus par jour?	0	+1
Un test positif est égal ou supérieur à 2	Total	/6

(McCusker, 2021)

Questionnaire PRISMA-7

Question	Réponse	
1. Avez-vous 85 ans ou plus ?	oui ☐	non ☐
2. Sexe Masculin ?	oui ☐	non ☐
3. En général, est-ce que des problèmes de santé vous obligent à limiter vos activités ?	oui ☐	non ☐
4. Avez-vous besoin de quelqu'un pour vous aider régulièrement ?	oui ☐	non ☐
5. En général, est-ce que des problèmes de santé vous obligent à rester à la maison ?	oui ☐	non ☐
6. Pouvez-vous compter sur une personne qui vous est proche en cas de besoin ?	oui ☐	non ☐
7. Utilisez-vous régulièrement une canne ou une marchette ou un fauteuil roulant pour vous déplacer ?	oui ☐	non ☐

(Jbabdi et al., 2021)

À l'observation

Nos interventions se doivent d'être :

- **Non pharmacologiques** > pharmacologiques
- **Personnalisées** aux besoins de l'usager âgé
- Axées sur le **dépistage** et la **prévention**

But : **Prévenir** les **effets iatrogènes** liés au passage à l'urgence, tout en **optimisant** la **qualité** de nos interventions

FIGURE 3
FACTEURS DE RISQUE, CAUSES OU
CONSÉQUENCES DU DÉCLIN FONCTIONNEL



(MSSS, 2011, p.19)



À l'observation

Signes AINÉES

Permet de :

- **Structurer** l'évaluation
- **Comparer** avec le fonctionnement antérieur
- **Intégrer** le proche aidant

Comment bien les intégrer leur prise en charge en contexte d'urgence ?

ÉVALUATION SIGNES AINÉES	
RISQUES + INTERVENTIONS PRÉVENTIVES	
A	Autonomie AVQ/Mobilité Risque d'un syndrome d'immobilisation Risque de chute • Stimuler AVQ « Ne pas faire à la place de » • Mobiliser q 2 h si alité, lever au fauteuil T.I.D. • Programme de mobilité préventif
I	Intégrité de la peau Risque de développer une plaie de pression • Selon échelle de Braden q 24 h soins intensifs et urgence q 48 h unités • Appliquer mesures préventives selon échelle de Braden • Surveiller sites q 8 h : sacrum, talons, ischions, malléoles, trochanters
N	Nutrition/Hydratation Risque de dénutrition : perte de poids > 2 % par semaine Risque de déshydratation : muqueuses ou langue sèches Risque de dysphagie • Stimuler l'hydratation > 1500 ml par 24 h sauf si restriction
É	Élimination Risque d'incontinence/globe vésical Risque de constipation/fécalome • Horaire d'élimination/habitudes de vie • Horaire mictionnel q 2-3 h (toilette ou chaise d'aisance) • Favoriser le maintien de la continence (éviter la culotte d'incontinence)
E	État cognitif/Comportement Risque de délirium/agitation dans les démences • Lunettes et appareils auditifs • Orientation : temps, espace et personnes à chaque visite • Encourager la présence/participation des proches • S'assurer que les besoins de base de la personne soient comblés
S	Sommeil Risque d'insomnie • Demander si la personne prend des somnifères, le noter au dossier et aviser le médecin • Sieste maximale de 45 minutes le jour, avant 14 h 30 • Offrir des moyens non pharmacologiques pour favoriser le sommeil (boissons chaudes, musique, etc.) • Réduire le bruit, veilleuse, etc.
AINÉES de mon patient avant, depuis l'admission? Impact de la douleur, anxiété, etc. sur les signes AINÉES? L'environnement est-il facilitateur ou contraignant?	
Avec la permission des auteurs Sylvie Lefebvre Ph. Sc. inf., et Eric Anick Dupras CHUM - Projet D'OPTIMAT. Adapté et traduit de l'acronyme SPICES par le CHUM avec la permission de l'auteur : Terry Palmer (2007).	
* Échelle de dépistage du délirium (Confusion Assessment Method), 2005 ** Échelle de dépistage du délirium (Intensive Care Delirium Screening Checklist), 2001 Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier, MSSS, 2011 Adaptation par Marie-Claude Rodrigue, inf. B.Sc. et Maryse Grégoire, inf. M.A., DAS, CHUS, 2013 Juillet 2024	
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie - Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke Québec	

(Brousseau et al., 2022)

☐ HÔPITAL FLEURIMONT
☐ HÔTEL-DIEU DE SHERBROOKE

ORDONNANCES PHARMACEUTIQUES

TRAITEMENT DE LA DOULEUR, NO/VO OU AGITATION
CHEZ LES PATIENTS GÉRIATRIQUES (PLUS DE 75 ANS)

Allergie médicamenteuse¹ : _____

Année Mois Jour h Poids¹ : _____ kg Taille¹ : _____ cm

Date Heure

PHARM	DOULEUR légère à modérée (si douleur sévère à l'urgence, référer au protocole de fentanyl)
	↳ Favoriser la voie d'administration PO si possible et éviter intervalles de dose ↳ Éviter codéine, mépéridine et AINS ↳ Si IRC sévère (Clcr moins que 30 mL/min), favoriser HYDRomorphone
	☐ Acétaminophène PO/IR : ☐ plus que 40 kg : 650 mg ☐ QID régulier + 1 dose PRN la nuit ☐ 40 kg et moins : 500 mg ☐ q4h PRN (max. 5 doses/24h)
	☐ HYDRomorphone q4h PRN : ☐ 0,5 mg PO OU ☐ 1 mg PO ☐ 0,25 mg SC ☐ 0,5 mg SC
	☐ Morphine q4h PRN : ☐ 2,5 mg PO OU ☐ 5 mg PO ☐ 1 mg SC ☐ 2,5 mg SC
	☒ Lax-A-Day 17 g PO die régulier si reçoit narcotiques ☒ Sennosides 8,6 mg 1-2 comprimés PO HS PRN
	NAUSÉES/VOMISSEMENTS → Éviter dimenhydrinate (Gravol) ☐ Ondansetron q8h PRN : ☐ 2 mg PO OU ☐ 4 mg PO ☐ 2 mg IV ☐ 4 mg IV
	AGITATION (sévere & réfractaire aux mesures non-pharmacologiques) ↳ Éviter benzodiazépine sauf si sevrage d'alcool ou de benzodiazépine ou parkinsonisme ☐ Haloperidol 0,5 mg q4h PRN (max. 3 doses/24 h) : ☐ PO OU ☐ IM OU ☐ SC ↳ Pour patients avec parkinsonisme, favoriser quétiapine si voie PO possible ☐ Quétiapine 12,5 mg PO x 1 dose
	AUTRE : _____ _____ _____
Signature du médecin prescripteur _____ Nom en caractère d'imprimerie _____ N° de permis _____ Note du pharmacien : _____ Signature du pharmacien _____ Nom en caractère d'imprimerie _____ N° de permis _____	

¹ Au CHUS, documenter dans le DCI-CAE (ARIANE)

I

Intégrité de la peau

Dépister le **risque de plaie de pression**

→ Avec l'échelle de Braden

Inspecter la peau à la recherche de **signes de maltraitance ou de négligence** volontaire ou non :
Ecchymoses, brûlures, traces de contention, etc.



A

Autonomie

Bienfaits multidimensionnels de la mobilisation

Bonnes pratiques :

En l'absence de contre-indications médicales :

- **Encourager** la mobilisation dès que possible
- Utilisation d'une **aide technique appropriée**
- **Désencombrer** l'environnement de l'usager

Évaluation et soulagement de la **douleur**

- Échelle numérique, Algoplus

Pratique intégrée = observation lors de l'administration des médicaments et RADAR

I

Intégrité de la peau

Dépister le **risque** de **plaie** de **pression**

→ Avec l'échelle de Braden

Inspecter la peau à la recherche de **signes de maltraitance ou de négligence** volontaire ou non :

Ecchymoses, brûlures, traces de contention, etc.



N

Nutrition

Bienfaits multidimensionnels de la nutrition

Bonnes pratiques :

- En l'absence de contre-indications médicales :
 - **Réfléchir la pertinence de maintenir NPO**
 - Mobiliser au fauteuil pour les repas
- S'assurer que l'utilisateur porte ses dentiers, ses lunettes et ses appareils auditifs
- **Adapter la texture** de la diète
 - Dépistage de la **dysphagie** → Outil STAND

Laisser le temps à l'utilisateur de s'alimenter !

É

Élimination

Assurer le **respect de la continence**

Encourager l'utilisateur à **demeurer continent**

Bonnes pratiques :

- Préconiser l'usage de la toilette > chaise d'aisance
- Culotte d'incontinence = alerte à surveiller
- Éviter la sonde urinaire si possible; au besoin, favoriser le cathétérisme intermittent
- Signes/symptômes de rétention/constipation (p.ex., date de dernière selle, décompte de selles)

Pratique intégrée = Mobilisation + évaluation
douleur + signes de rétention/constipation

E

État cognitif

Prévenir le **délirium** :

- Dépistage avec outils validés (CAM, 4AT, RADAR)

Attention à la **stigmatisation**!

Bonnes pratiques :

- Rappel du temps et de l'espace
- Annoncer les soins et les traitements prodigués
- Combler les besoins de base
- Utiliser les bons mots

Est-ce qu'on a donné à l'usager toutes les chances de nous comprendre?

S

Sommeil

Sommeil perturbé → conséquences multiples

Tenter de trouver la cause de l'insomnie

- Douleur ? Anxiété ? Délirium ?

Inversion du cycle circadien

Bonnes pratiques :

- Réduire le bruit et la lumière de l'environnement
- Éviter le fonctionnement inutile des appareils
- Diminuer les alarmes inutiles des appareils
- Limiter et/ou regrouper les soins offerts la nuit

Laisser dormir, c'est aussi soigner!

Au congé

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie - Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

Québec

B U 0 0 4

COLLECTE DE DONNÉES
TRANSFERT RPA-RI-RTF-CHSLD/URGENCE

☐ RPA ☐ RI ☐ RTF ☐ CHSLD

Nom de la ressource : _____

Vers urgence : _____
(Utiliser le verso pour les transferts de l'urgence vers RPA/RI/RTF/CHSLD)

DATE _____

☐ Connu SAD ☐ Non intervenant : _____

Médecin de famille : _____

Nom du responsable du transfert et établissement (unité) : _____

N° de téléphone direct : _____, poste _____ **Heure d'appel du transport :** _____

Raison du transfert : _____

Derniers signes vitaux :

Tension artérielle	Glycémie capillaire	Fréquence cardiaque	Fréquence respiratoire	Saturation en oxygène (SpO ₂)	T° : _____ °C
_____ / _____	_____	_____ / min	_____ / min	☐ AA _____ % ☐ _____ % avec O ₂ (____ L / min)	☐ buccale ☐ _____

Détails cliniques (incluant traitement reçu et investigation réalisée)

Besoins particuliers

Troubles neurocognitifs ☐ Oui ☐ Non

Risque de chute ☐ Oui ☐ Non

Mesures de contrôle ☐ Oui ☐ Non

Isolement (prévention infections) ☐ Oui ☐ Non

Médication

Régulière reçue ce jour ☐ Matin ☐ Midi ☐ Souper ☐ Couché

Médication PRN reçue (dose et heure) _____

Gestion de la médication ☐ Usager lui-même ☐ Personnel de la résidence

Allergie(s) : _____

Est-ce que la famille ou le représentant légal a été avisé du transfert de l'usager à l'urgence et de passer prendre les effets personnels et produits d'incontinence? ☐ Oui ☐ Non ☐ À aviser au congé

Nom de la personne avisée : _____ N° de téléphone : _____

Mode de transport suggéré pour retour : _____

Besoin d'être accompagné pour le retour? ☐ Oui ☐ Non

Effets personnels à ne pas oublier

☐ Verres correcteurs ☐ 1 ou ☐ 2

☐ Appareils auditifs ☐ 1 ou ☐ 2

☐ Prothèses dentaires ☐ 1 ou ☐ 2

☐ Chaussures et vêtements pour retour

Documents à annexer

☐ Liste médicament(s) ou entête de dispil

☐ Niveau de soins (si disponible)

☐ Profil général du résident (annexe 1)

☐ Renseignement sommaire en vue de placement adulte

Signature _____ Nom en caractère d'imprimerie _____ Titre/Fonction _____

2 Documenter dans le DCI-ARIANE

No produit 2021-05

COLLECTE DE DONNÉES
TRANSFERT : RPA-RI-RTF-CHSLD VERS URGENCE

Page 1 de 2
DOSSIER DE L'USAGER

Nom de l'usager : _____ N° dossier : _____

URGENCE VERS RPA-RI-RTF-CHSLD DATE _____ Année _____ Mois _____ Jour _____

INFORMATION MÉDICALE SOMMAIRE (à compléter par médecin ou infirmière)

Diagnostic(s) _____

Investigations (imagerie, laboratoire, etc.) _____

Consultations effectuées

☐ Nutrition ☐ Infirmière gériatrie ☐ Travailleur social ☐ Physiothérapeute

☐ Pharmacien ☐ Ergothérapeute ☐ Consultation médicale : _____

Traitement à l'urgence _____

Nouvelle médication prescrite _____

Médication cessée ou modifiée _____

Médication régulière reçue ce jour ☐ Matin ☐ Midi ☐ Souper ☐ Couché ☐ PRN (lequel et heure) : _____

Soins à poursuivre (sonde urinaire, diète, pansement, etc.) _____

Suivi médical prévu

☐ Suivi médical : _____ Date (année/mois/jour) : _____

☐ Examen(s) : _____ Date (année/mois/jour) : _____

Référence au SAD (Soins infirmiers, aide au bain, ergothérapie, etc.) _____

Profil d'autonomie au départ de l'usager À son départ de l'urgence, le profil d'autonomie de l'usager est-il comparable à son profil général du résident habituel? ☐ Oui ☐ Non ☐ Si non, quels sont les changements? _____

Signature du professionnel _____ Nom en caractère d'imprimerie _____ Titre/Fonction _____ N° permis _____

DÉPART DE L'USAGER (à remplir par infirmière ou l'agente administrative)

Employé de la résidence avisé (nom et prénom) _____

Famille avisée (nom et prénom) _____

Type de transport ☐ Proche ☐ Transport médical ☐ Taxi adapté ☐ Ambulance

Documents attachés

☐ Prescription(s) → ☐ Faxée à la pharmacie

☐ Requête(s) d'examen

☐ Autres _____

Signature _____ Nom en caractère d'imprimerie _____ Titre/Fonction _____ Date _____

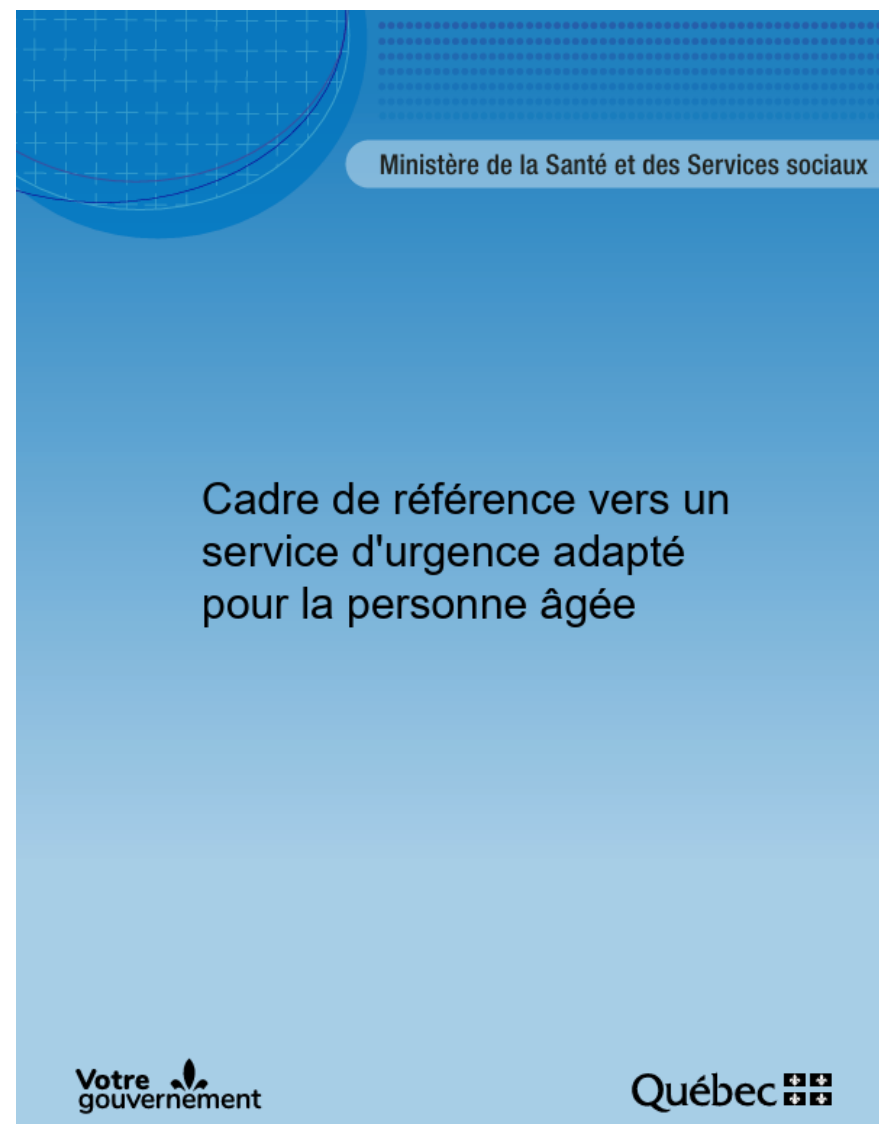
No produit 2021-05

COLLECTE DE DONNÉES
TRANSFERT : URGENCE VERS RPA-RI-RTF-CHSLD

Page 2 de 2
DOSSIER DE L'USAGER

Lien utile

« Ce guide se veut un **outil clinique** pour répondre aux besoins du personnel et **entreprendre les changements nécessaires** afin de guider les services d'urgence (SU) dans la prestation de **soins plus sécuritaires et performants** pour les **patients âgés** » (MSSS, 2022)



L'infirmière clinicienne en gériatrie à l'urgence

La pierre angulaire dans les soins gériatriques à l'urgence

Qui est-elle?

Selon les recommandations de plusieurs études scientifiques :

(Baumbusch et Shaw, 2011 ; Flynn et al., 2010 ; Fougère et al., 2016 ; Henni et al., 2018 ; King et al., 2018)

- Titulaire d'un diplôme universitaire de deuxième cycle (maîtrise) ;
 - Infirmière en pratique avancée ou clinicienne spécialisée
- Expérience clinique d'un minimum de deux ans ;
- Formation continue spécialisée en gériatrie ;

Or, la spécialisation en gériatrie n'est pas encore reconnue par le *Code des professions*;

Selon l'*American College of Emergency Physicians* (ACEP) :

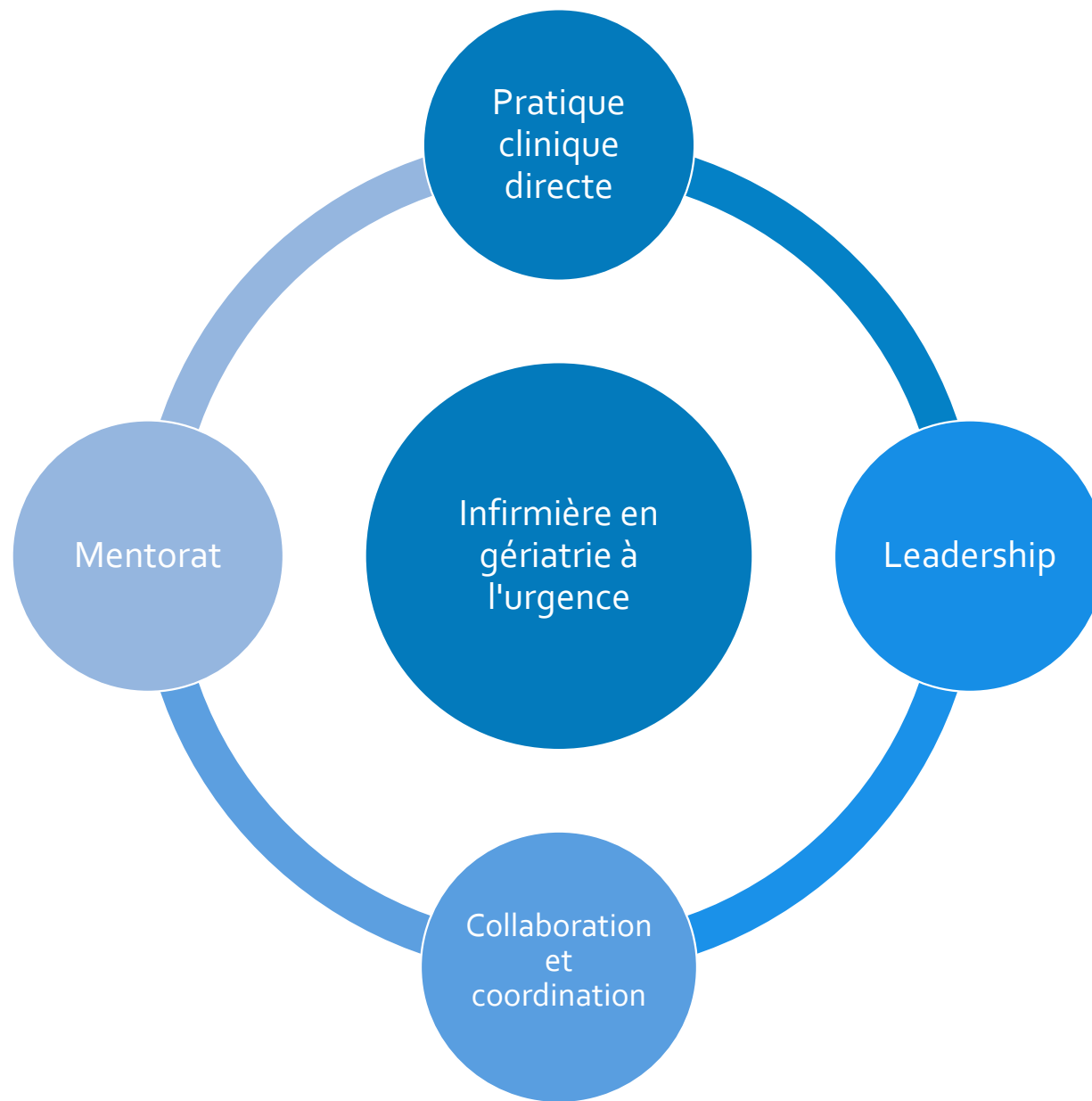
(ACEP, 2013)

- Recommande un programme de formation spécifique en gériatrie ;
- Ne précise pas le niveau de formation universitaire requis ;

C'est pourquoi, en réalité, des infirmières cliniciennes, ayant un diplôme de premier cycle (baccalauréat) peuvent occuper le poste.

Ses compétences

En résumé...





Pratique clinique directe

35 à 70 % de son temps y est consacré (Flynn et al., 2010)

Comprend notamment :

- **Évaluations holistiques** auprès de la personne âgée, de son proche aidant et de sa famille
- Comparaison **autonomie** antérieure vs évaluation actuelle
- **Dépistage** et prévention des **syndromes gériatriques**
- Mise en œuvre de **plan de soins individualisés**
- **Enseignement** aux patients et à leur famille
- **Planification du congé** et des services externes pertinents

Impacts cliniques :

(Provencher et al., 2023 ; Southerland et al., 2025)

- Fluidité intra et interhospitalière
- Collaboration interdisciplinaire

1 consultation = en moyenne 90 minutes

Leadership

Au niveau CLINIQUE :

- **Autonomie** dans la prise de décision clinique

Au niveau ORGANISATIONNEL :

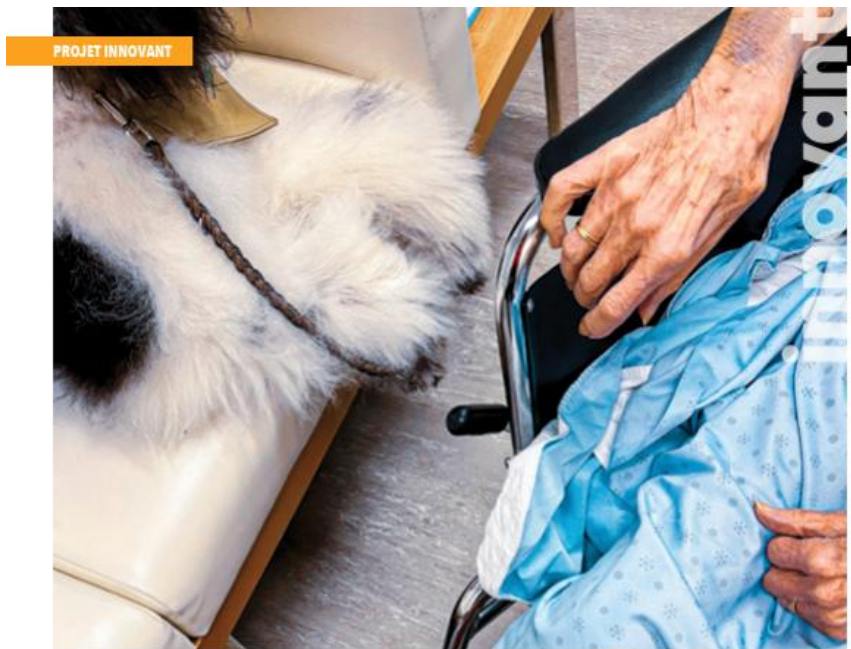
- **Modèle de rôle** pour les infirmières d'urgence
- **Influence positive** favorisant le changement et l'innovation en ce qui concerne la gériatrie



Collaboration et coordination



Collaboration interdisciplinaire dans un service d'urgence gériatrique : <https://www.youtube.com/watch?v=-OCeOwPmggc&t=1s>



Soigner autrement: quand la zoothérapie s'invite à l'urgence

par Koralie Yergeau



Joanie Larouche

Infirmière clinicienne en gériatrie à l'urgence de l'hôpital Brome-Missisquoi-Perkins
Direction du soutien à domicile et des services spécialisés en gériatrie, en déficience et en trouble du spectre de l'autisme (DSAD SSG-DTSA)

Les urgences sont des lieux où se croisent soins, incertitude et anxiété pour les personnes soignées. Pour certaines, cette expérience peut être particulièrement éprouvante. Et si une approche alternative pouvait offrir un peu de réconfort au sein même de cet environnement? C'est la réflexion qui a mené l'hôpital Brome-Missisquoi-Perkins à mettre en place un service de zoothérapie dans son urgence. Nous avons eu l'opportunité de nous entretenir avec Madame Joanie Larouche, infirmière clinicienne en gériatrie à l'urgence, pour en savoir davantage sur cette initiative innovante.

SOINS D'URGENCE MAI 2025 31

(Yergeau, 2025)

30 à 60 % de son temps y est consacré (Flynn et al., 2010)

Comprend notamment :

- **Soutien** à l'équipe de l'urgence par rapport aux **pratiques exemplaires** en gériatrie
- Réalisation d'**activités de formation** visant à transmettre son expertise en gérontologie

Impacts cliniques :

(Provencher et al., 2023)

- Amélioration de la qualité des soins offerts

Exemples :

- Formation de mise à niveau sur les bonnes pratiques en gériatrie en contexte d'urgence (ex. sur la plateforme ENA)
- Participation à différents comités d'amélioration (ex. AAPA, urgence gériatrique)
- Mise en place de projets gériatriques innovants

Critères de consultation et de priorisation de l'ICG

Critères de consultation	Situations cliniques peu prioritaires pour l'ICG
• 75 ans et plus • Chute • État confusionnel aigu / délirium • TNC avec ou sans SCPD • Déclin fonctionnel et cognitif (perte d'autonomie) • Diminution de l'état général (asthénie) • Dénutrition, perte de poids • Plusieurs visites à l'urgence dans les derniers mois • Plusieurs hospitalisations dans la dernière année • Épuisement ou risque d'épuisement des proches aidants ou du milieu de vie	• Demande d'hospitalisation ou condition médicale qui s'apparente à AVC, infarctus, fracture de hanche, etc. • Instabilité médicale • Personne âgée hébergée en CHSLD • Consultation médicale pour un médecin spécialiste en cours ou en attente • Demande de convalescence • Situation psychosociale sans composante gériatrique (ex. violence conjugale, dépendance, itinérance, etc.)

Quand faire une demande de consultation ? **Qui** peut en faire la demande ?

Impacts de sa pratique clinique

Pour les personnes âgées et leur famille :

- Amélioration de l'évaluation de leurs besoins
- Augmentation du niveau de satisfaction en lien avec leur prise en charge

Pour les médecins et les infirmières de l'urgence :

- Diminue l'impact négatif (ex. stress, sentiment de fardeau) pouvant être associé à leur prise en charge en contexte d'urgence

Pour les organisations :

- Amélioration de la coordination du congé
- Amélioration de l'accessibilité et de l'utilisation des services externes
- Diminution du taux d'hospitalisation, dont les hospitalisations non essentielles du point de vue médical
- Diminution des visites subséquentes répétées à l'urgence
- Diminution des coûts associés à une hospitalisation

Recommandations quant au déploiement de son rôle

Canaux de communication

- Cellulaire dédié
- Équipe TEAMS avec les soins à domicile

Organisation de travail

- Horaire de travail
- Outils et plateformes numériques
- Bureau de travail

Développement des compétences

- Formation continue en gérontologie
- Communauté de pratique

Cet article a pour but de mettre en lumière le rôle de l’infirmière clinicienne spécialisée en gériatrie (ICSG) à l’urgence, en exposant ses compétences, sa formation requise, ainsi que ses contributions cliniques et organisationnelles. (Poulin et al., 2021)

Lien utile



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 Véronique 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 (CIUSSS-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

Conclusion

Messages clés

1

Vous êtes plus
« gériatrique »
que vous le
pensez

2

Se questionner

3

Se mettre à la
place de

4

De
l'optimisation
individuelle au
changement
collectif



Remerciements



**Association
des infirmières
et infirmiers
d'urgence
du Québec**

L'élaboration de ce webinaire a également été possible grâce au soutien de plusieurs collaborateurs, dont :

- **Camille Laramée, inf. M.Sc (ét.)**
Infirmière clinicienne – Urgence de Cowansville
Étudiante à la maîtrise en sciences infirmières – Université de Sherbrooke
- **Véronic Poulin, inf. M.Sc**
Infirmière en pratique infirmière avancée en gériatrie – Secteur urgence CHUS
Chargée de la formation pratique – Université de Sherbrooke

À votre tour !

Avez-vous des questions et/ou des commentaires ?

Merci !

Pour me rejoindre : joanie.larouche.ciusse-chus@ssss.gouv.qc.ca

Références

- Aldeen, A. Z., Courtney, D. M., Lindquist, L. A., Dresden, S. M., & Gravenor, S. J. (2014). Geriatric emergency department innovations: preliminary data for the geriatric nurse liaison model. *Journal of the American Geriatrics Society*, 62(9), 1781–1785. <https://doi.org/10.1111/jgs.12979>
- 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>
- American Parkinson Disease Association. (s.d.) Symptoms of Parkinson's. <https://www.apdaparkinson.org/what-is-parkinsons/symptoms/>
- Baumbusch, J., & Shaw, M. (2011). Geriatric emergency nurses: addressing the needs of an aging population. *Journal of emergency nursing*, 37(4), 321–426. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2010.04.013>
- Brousseau, A.-A., Poulin, V., Berger-Pelletier, É., Aubut, A.-A., Pageau, C., & Grégoire, M. (2022). Cadre de référence vers un service d'urgence adapté pour la personne âgée : Une solution pour notre système de santé québécois. *Soins d'Urgence*, 3(1), 44–46. <https://doi.org/10.7202/1101703ar>
- Bullard, M.J. et al. (2017). Révision des lignes directrices de l'Échelle canadienne de triage et de gravité (ÉTG) de 2016. <https://static.cambridge.org/content/id/urn:cambridge.org:id:article:S1481803517003657/resource/name/S1481803517003657sup002.pdf>
- Carpenter, C. R., Bromley, M., Caterino, J. M., Chun, A., Gerson, L. W., Greenspan, J., Hwang, U., John, D. P., Lyons, W. L., Platts-Mills, T. F., Mortensen, B., Ragsdale, L., Rosenberg, M., Wilber, S., ACEP Geriatric Emergency Medicine Section, American Geriatrics Society, Emergency Nurses Association, & Society for Academic Emergency Medicine Academy of Geriatric Emergency Medicine (2014). 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. *Journal of the American Geriatrics Society*, 62(7), 1360–1363. <https://doi.org/10.1111/jgs.12883>
- Clegg, A., Young, J., Iliffe, S., Rikkert, M. O., & Rockwood, K. (2013). Frailty in elderly people. *Lancet*, 381(9868), 752–762. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)62167-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)62167-9)
- Deasey, D., Kable, A. and Jeong, S. (2014), Influence of nurses' knowledge of ageing and attitudes towards older people on therapeutic interactions in emergency care: A literature review. *Australasian Journal on Ageing*, 33: 229-236. <https://doi.org.ezproxy.usherbrooke.ca/10.1111/ajag.12169>
- Dresden, S. M., Lo, A. X., Lindquist, L. A., Kocherginsky, M., Post, L. A., French, D. D., Gray, E., & Heinemann, A. W. (2020). The impact of Geriatric Emergency Department Innovations (GEDI) on health services use, health related quality of life, and costs: Protocol for a randomized controlled trial. *Contemporary Clinical Trials*, 97, 106125. <https://doi.org/10.1016/j.cct.2020.106125>
- Émond, M., Boucher, V., Carmichael, P.-H., Voyer, P., Pelletier, M., Gouin, É., Daoust, R., Berthelot, S., Lamontagne, M.-E., Morin, M., Lemire, S., Minh Vu, T. T., Nadeau, A., Rheault, M., Juneau, L., Le Sage, N. et Lee, J. (2018). Incidence of delirium in the Canadian emergency department and its consequences on hospital length of stay: a prospective observational multicentre cohort study. *British Medical Journal Open*, 8(3), e018190. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-018190>
- Figes, M., Ahmed, N., & Evans, J. (2020). Examining the use of geriatric assessment teams and comprehensive geriatric assessment in emergency departments. *Canadian Journal of Emergency Nursing*, 40(2), 32–36. <https://doi.org/10.29173/cjen78>
- Flynn, D. S., Jennings, J., Moghabghab, R., Nancekivell, T., Tsang, C., Cleland, M., et Shipman- Vokner, K. (2010). Raising the bar of care for older people in Ontario emergency departments. *International journal of older people nursing*, 5(3), 219–226. <https://doi.org/10.1111/j.1748-3743.2010.00209.x>
- Fougère, B., Morley, J. E., Decavel, F., Nourhashemi, F., Abele, P., Resnick, B., Rantz, M., Yuk Lai, C. K., Moyle, W., Pédra, M., Chicoulaa, B., Escourrou, E., Oustric, S., & Vellas, B. (2021). RETRACTED: Development and Implementation of the Advanced Practice Nurse Worldwide with an Interest in Geriatric Care. *Journal of the American Medical Directors Association*, 22(7), 1563. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2021.06.003>
- Henni, S. H., Kirkevold, M., Antypas, K., & Foss, C. (2018). The role of advanced geriatric nurses in Norway: A descriptive exploratory study. *International journal of older people nursing*, 13(3), e12188. <https://doi.org/10.1111/opn.12188>
- Hughes, J. M., Freiermuth, C. E., Shepherd-Banigan, M., Ragsdale, L., Eucker, S. A., Goldstein, K., Hastings, S. N., Rodriguez, R. L., Fulton, J., Ramos, K., Tabriz, A. A., Gordon, A. M., Gierisch, J. M., Kosinski, A., & Williams, J. W., Jr (2019). Emergency Department Interventions for Older Adults: A Systematic Review. *Journal of the American Geriatrics Society*, 67(7), 1516–1525. <https://doi.org/10.1111/jgs.15854>
- King, A. I. I., Boyd, M. L., Dagley, L., & Raphael, D. L. (2018). Implementation of a gerontology nurse specialist role in primary health care: Health professional and older adult perspectives. *Journal of clinical nursing*, 27(3-4), 807–818. <https://doi.org/10.1111/jocn.14111>
- Lee, L., Heckman, G., & Molnar, F. J. (2015). La fragilité: Détecter les patients âgés à risque élevé d'issues défavorables. *Canadian Family Physician*, 61(3), e119–e124.
- Marsden, E. J., Taylor, A., Wallis, M., Craswell, A., Broadbent, M., Johnston-Devin, C., & Crilly, J. (2021). A structure and process evaluation of the Geriatric Emergency Department Intervention model. *Australasian Emergency Care*, 24(1), 28–33. <https://doi.org/10.1016/j.auec.2020.05.006>
- McCusker, J. (2021). Manuel d'utilisation pour l'instrument de dépistage ISAR. https://www.mcgill.ca/cansmart/sites/cansmart/files/isar_-_manuel_v2_fr_2022-03-23.pdf
- McCusker, J., Vadeboncoeur, A., Cossette, S., Veillette, N., Ducharme, F., Minh Vu, T. T., Ciampi, A., Cetin-Sahin, D., & Belzile, E. (2017). Changes in Emergency Department Geriatric Services in Quebec and Correlates of These Changes. *Journal of the American Geriatrics Society*, 65(7), 1448–1454. <https://doi.org/10.1111/jgs.14818>
- Ministère de la santé et des services sociaux [MSSS]. (2011). Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier : cadre de référence. <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/2030183>
- Ministère de la santé et des services sociaux [MSSS]. (2022). Cadre de référence vers un service d'urgence adapté pour la personne âgée. <https://publications.mssss.gouv.qc.ca/mssss/document-003342/>
- 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>
- Provencher, V., Mailhot-Bisson, D., D'Amours, M., Grenier, A., Obradovic, N. & Brousseau, A.-A. (2023). Déploiement d'un service d'urgence gériatrique : étude qualitative sur la perception des intervenants. *Soins d'urgence*, 4(1), 34–42. <https://doi.org/10.7202/1100464ar>
- Jbabdi, M., Benoit, D. et Raïche, M. (2021). Guide d'utilisation du questionnaire PRISMA-7 pour le repérage des personnes âgées en perte d'autonomie modérée à grave. Centre d'expertise en santé de Sherbrooke (CESS). https://www.expertise-sante.com/wp-content/uploads/2024/03/Guide_utilisation_PRISMA-7-Quebec_2021-10-01.pdf
- Southerland, L. T., Stephens, J. A., Hunold, K. M., Carpenter, C. R., Mion, L. C., Krupinski, L., Reider, C. R., & Caterino, J. M. (2025). Effects of a Geriatric Emergency Department Multidisciplinary Intervention on Functional Status and Quality of Life: A Pre/Post Cohort Study. *Academic Emergency Medicine*, 1-11. <https://doi.org/10.1111/acem.70119>
- Wallis, M., Marsden, E., Taylor, A., Craswell, A., Broadbent, M., Barnett, A., Nguyen, K. H., Johnston, C., Glenwright, A., & Crilly, J. (2018). The Geriatric Emergency Department Intervention model of care: a pragmatic trial. *BMC geriatrics*, 18(1), 297. <https://doi.org/10.1186/s12877-018-0992-z>
- Yergeau, K. (2025). Soigner autrement : quand la zoothérapie s'invite à l'urgence. *Soins d'urgence*, 6(1), 31–35. <https://doi.org/10.7202/1118844ar>

*Les images utilisées dans la présentation PowerPoint sont libres de droit et ont été sélectionnées sur le site iStock Photo et Pixabay