

SOINS D'URGENCE

À LA UNE

Le partenariat personne infirmière, personne blessée médullaire chronique et ses proches : un indispensable à l'urgence

RECHERCHE

Perceptions du personnel infirmier et du personnel cadre sur la transition des aînés des établissements de soins de longue durée vers l'urgence : une étude à méthodes mixtes

RÉFLEXION

L'intelligence artificielle à l'urgence : préserver le raisonnement clinique au cœur du soin

PRATIQUE CLINIQUE

Les algorithmes décisionnels en soutien aux personnes infirmières novices à l'urgence



Association
des infirmières
et infirmiers
d'urgence
du Québec

RÉDACTRICES EN CHEF

Alexandra Lapierre, inf., Ph. D.
Gabriela Peguero-Rodriguez, inf., Ph. D.

ÉDITEUR.TRICES ASSOCIÉ.ES

Sabrina Blais, inf., M. Sc.
Mirelle Gagnon-Gervais, inf., B. Sc., CSU(C)
William Tessier, inf., M. Sc., Ph.D. (cand.)
Koralie Yergeau, inf., B. Sc., M. Sc. (ét.)

CHARGÉ DE PROJET

Alexis Lorange, L'ASSOCIÉ

CONCEPTION GRAPHIQUE

MissPixels

PUBLICITÉ

Alexis Lorange, Responsable des partenariats
gestion@aiiuq.qc.ca

CONSEIL D'ADMINISTRATION DE L'AIUQ

Josiane Arsenault, inf., M.Sc., CSU(C) – Présidente
Sabrina Blais, inf., M. Sc., Ph.D. (ét.) – Vice-présidente
Alexandra Lapierre, inf., Ph. D. – Trésorière
Alexandre Arsenault, inf., B. Sc., CSU(C) – Secrétaire
Francis Boislard, inf., B. Sc. – Administrateur
Joanie Bouchard, inf., M. Sc. – Administratrice
Jean-Philippe Martin-Pallin, inf., B. Sc. – Administrateur
Elisa Mileto, inf., M. Sc. – Administratrice
Amélie Samson, inf., M. Sc., CSU(C) – Administratrice

POLITIQUE ÉDITORIALE

Soins d'urgence est publiée deux fois par année par l'Association des infirmières et infirmiers d'urgence du Québec (AIUQ). Les opinions et les points de vue qui y sont exprimés n'engagent que les auteur.trices. Les annonces qui y sont présentées n'engagent que les annonceurs. S'inscrivant dans le mouvement pour le libre accès à la documentation scientifique, *Soins d'urgence* est diffusée en accès libre sur la plateforme Érudit, ainsi que sur le site internet de l'AIUQ, et ce, sous licence Creative Commons Attribution 4.0 International (CC BY 4.0).

DÉPÔT LÉGAL 2026

Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada
ISSN 2816-6892 (imprimé)
ISSN 2816-6906 (numérique)

AIUQ

IC.P. 89 022 CSP Malec,
Montréal (Québec) H9C 2Z3
T. 1 833 33-AIUQ
info@aiiuq.qc.ca

aiiuq.qc.ca





ÉDITORIAL

04 — Le leadership infirmier en soins d'urgence: développer, mobiliser et faire rayonner les savoirs
par les rédactrices en chef de la revue *Soins d'urgence*

06 — L'éditorial de la présidente de l'AIUQ
par Josiane Arsenault

08 — Soins critiques en transformation: unir nos expertises pour mieux répondre aux besoins de la population
par Maxime Dagenais

RECHERCHE

10 — Perceptions du personnel infirmier et du personnel cadre sur la transition des aînés des établissements de soins de longue durée vers l'urgence: une étude à méthodes mixtes

PRATIQUE CLINIQUE

25 — Les algorithmes décisionnels en soutien aux personnes infirmières novices à l'urgence

À LA UNE

35 — Le partenariat personne infirmière, personne blessée médullaire chronique et ses proches: un indispensable à l'urgence

REFLEXION

44 — L'intelligence artificielle à l'urgence: préserver le raisonnement clinique au cœur du soin

EXERCICE PRATIQUE

48 — Exercice pratique de triage infirmier: le cas de l'accident vasculaire cérébral

Le leadership infirmier en soins d'urgence: développer, mobiliser et faire rayonner les savoirs

Nursing Leadership in Emergency Care: Developing, Mobilizing, and Advancing Knowledge

Le leadership infirmier constitue un levier essentiel pour soutenir la qualité, la sécurité et la fluidité des soins (1,2), particulièrement dans les milieux d'urgence où la complexité, l'imprévisibilité et la pression temporelle sont omniprésentes (3). Dans ces environnements, les personnes infirmières, qu'elles exercent des rôles cliniques ou de gestion, jouent un rôle central dans la priorisation des soins, la coordination interprofessionnelle et l'organisation des services, ce qui influence directement les trajectoires de soins des personnes soignées (1-3). Dans le contexte actuel où le Québec est marqué par des transformations majeures, notamment avec la mise en place de Santé Québec et des négociations professionnelles en cours, les milieux d'urgence se trouvent en première ligne des tensions systémiques. Cette situation renforce la nécessité d'un leadership infirmier capable de soutenir la coordination des équipes et la continuité des soins entre les différents niveaux du système, et ce, tout en maintenant une approche centrée sur la personne soignée.

Toutefois, au-delà de reconnaître l'importance du leadership infirmier, un enjeu central demeure: comment le développer concrètement dans des environnements de pratique souvent contraignants? Le leadership infirmier ne repose pas uniquement sur des formations formelles, mais également sur la capacité des professionnel.les à s'engager dans une réflexion critique sur leur pratique, qu'elle soit clinique ou de gestion, à mobiliser et partager leurs savoirs, et à contribuer à l'évolution des pratiques et des organisations (1,2). À cet égard, la rédaction et la diffusion d'articles cliniques, de recherche et de réflexion constituent des stratégies clés pour rendre visibles les pratiques innovantes, structurer les savoirs issus de l'expérience et soutenir une culture de collaboration et d'amélioration continue. La revue *Soins d'urgence* s'inscrit pleinement dans cette perspective en offrant un espace privilégié de mobilisation des connaissances et de rayonnement du leadership infirmier en contexte d'urgence.

Nous ouvrons ce numéro avec l'éditorial de Josiane Arsenault, présidente de l'Association des infirmières et infirmiers d'urgence du Québec (AIUQ), qui propose une réflexion sur l'importance de la collaboration dans le contexte politique actuel, ainsi



que sur le rôle que l'AIUQ entend y jouer. Nous sommes également honorés d'accueillir un texte signé par Maxime Dagenais, président du Regroupement des infirmières et infirmiers de soins intensifs du Québec (RIISIQ), qui présente sa vision sur les soins critiques et l'importance d'unir nos expertises respectives pour mieux répondre aux besoins de la population qui se complexifient.

Ce numéro rassemble ensuite plusieurs articles traitant de thématiques variées. À la une, nous vous présentons un article clinique rédigé par Elisa Mileto et collaboratrices qui porte sur la prise en charge à l'urgence des personnes avec une blessure médullaire chronique. Étant une clientèle médicalement complexe, un partenariat entre les personnes infirmières et les personnes soignées s'avère primordial afin d'assurer une qualité des soins. Gabriela Peguero-Rodriguez et collaboratrices nous présentent les résultats d'un projet de recherche mené auprès de personnel infirmier et de personnel-cadre à propos de la transition des aînés des établissements de soins de longue durée vers l'urgence. Cet article, qui a originalement été publié dans le *Canadian Journal of Emergency Nursing*, permet de mettre en lumière les divers enjeux qui entourent ce type de transition, ainsi que des pistes de solutions possibles.

Par la suite, Émilie Bourdeau et ses collaborateurs abordent l'utilisation d'algorithmes décisionnels pour soutenir la prise de décision de personnes infirmières novices à l'urgence, un sujet particulièrement prometteur. William Tessier et collaborateurs nous offrent un texte réflexif portant sur l'usage de l'intelligence artificielle (IA) dans le contexte des soins d'urgence. De plus en plus présente dans notre quotidien, l'IA soulève des enjeux pour la pratique infirmière. Cet article vous offre un aperçu de ces enjeux, mais également des avantages possibles.

Enfin, dans ce numéro, nous vous présentons un nouveau type d'article, soit celui de «l'exercice pratique». Ce type d'article est axé directement sur la pratique clinique et a pour objectif d'offrir des conseils sur une situation clinique donnée. Mirelle Gagnon-Gervais et Mélanie Marceau ont développé un exercice pratique à propos

du triage infirmier dans le contexte d'une personne présentant des manifestations cliniques d'un accident vasculaire cérébral au réveil. Cet article s'inscrit notamment dans le cadre de la mise à jour de l'Échelle canadienne de triage et de gravité.

Pour conclure, nous vous invitons chaleureusement à contribuer à la revue *Soins d'urgence*. Que vous souhaitiez rédiger un article clinique, un article de recherche, une réflexion ou tout autre texte lié à la pratique infirmière en contexte d'urgence, vous êtes les bienvenus.es. Les consignes aux auteur.es ainsi que le processus de soumission sont disponibles sur la page de la revue, accessible via le site internet de l'AIUQ. Pour toute question, n'hésitez pas à nous écrire à redactionrevue@aiuq.qc.ca. Nous tenons également à remercier sincèrement l'ensemble des auteur.es de ce numéro, les réviseur.es, nos partenaires, ainsi que MissPixels pour la qualité du graphisme. 📧

Bonne lecture à tous et toutes !

RÉFÉRENCES:

1. Ferrada-Videla M, Dubois S, Pepin J. Framework for the development of strategic leadership in nursing. *Sc Nurs Health Pract*. 2026. doi:10.62212/snahp.150.
2. Chávez EC, Yoder LH. Staff nurse clinical leadership: A concept analysis. *Nurs Forum*. 2015;50(2):90-100. doi:10.1111/nuf.12100
3. Scott C, Kuhn L, Moss C. Nurses' perceptions of clinical leadership in the emergency department: A qualitative descriptive study. *Int Emerg Nurs*. 2025;79:101586. doi:10.1016/j.ienj.2025.101586

Alexandra Lapierre

inf., Ph. D.
Rédactrice en chef



Gabriela Peguero-Rodriguez

inf., Ph. D.
Rédactrice en chef adjointe



Éditorial de la présidente de l'AIUQ

Chers collègues,

Alors qu'une autre année associative tire à sa fin, il est naturel de prendre un moment pour réfléchir au chemin parcouru, aux réalisations accomplies et aux personnes qui, par leur engagement et leur générosité, contribuent à faire avancer la mission de l'Association des infirmières et infirmiers d'urgence du Québec (AIUQ). Cette période de transition est également l'occasion de souligner le travail remarquable de membres du conseil d'administration (CA) qui terminent leur mandat.

Après six années d'implication soutenue au sein du CA, Alexandra Lapierre termine son mandat. D'abord membre du comité de développement, puis trésorière de l'AIUQ, elle a aussi assumé avec passion et rigueur le rôle de rédactrice en chef de notre revue *Soins d'urgence*. Sa contribution a été déterminante. Grâce à sa grande discipline et à son sens aigu des responsabilités, notre association bénéficie aujourd'hui d'une santé financière solide, nous permettant de mener à terme plusieurs projets structurants, notamment ceux visant l'avancement et la reconnaissance de la pratique en soins d'urgence. Le travail accompli au fil des ans pour la revue a également permis d'en accroître considérablement la notoriété. Alexandra a su allier vision, professionnalisme et engagement, laissant une empreinte durable au sein de l'AIUQ. Nous sommes d'ailleurs privilégiés qu'elle accepte de poursuivre son implication à titre de membre conseil, afin de continuer de contribuer aux travaux du comité de la revue.

Nous soulignons également le départ d'Amélie Samson, qui a débuté son engagement comme membre conseil puis comme administratrice sur le CA depuis un peu plus de deux ans. Son implication au sein du comité expertise et conseil a été précieuse. Elle a contribué activement à la mise sur pied de la banque d'experts de l'association, de même qu'à plusieurs dossiers stratégiques ayant permis de mettre de l'avant l'expertise infirmière en soins d'urgence. Son souci de la qualité et son désir de faire rayonner notre profession ont enrichi de façon significative les travaux de l'AIUQ.

Enfin, Jean-Philippe Martin-Palin termine également son mandat après deux années au sein du CA. Son apport s'est notamment distingué par un travail soutenu en matière de développement de partenariats. Grâce à son engagement, l'AIUQ a pu consolider des collaborations essentielles, offrant le soutien nécessaire à l'avancement de nos projets et au renforcement de la pratique infirmière dans les urgences à travers le Québec.



À l'automne dernier, les membres du CA ont tenu leur deuxième retraite stratégique. Cet exercice de réflexion et de mobilisation a permis de réaliser la planification stratégique 20252028 qui reposera désormais sur quatre orientations stratégiques, plutôt que trois, afin de mieux guider nos actions et de répondre de manière encore plus pertinente aux besoins de nos membres et du réseau.

Ainsi, l'amélioration de l'expérience membre, de même que l'optimisation de l'insertion professionnelle et du développement professionnel continu à l'urgence, demeurent des incontournables et sont reconduites. À ces fondements s'ajoutent deux nouvelles orientations majeures : le rayonnement du statut d'expert en soins d'urgence et la volonté d'accroître la portée et l'influence de l'association. Ces orientations traduisent notre ambition collective de faire reconnaître pleinement l'expertise infirmière en soins d'urgence et d'amplifier la voix de l'AIIUQ dans les espaces où se façonnent la pratique et les décisions.

Nous vous invitons d'ailleurs à vous joindre à nous lors de la prochaine assemblée générale annuelle, afin d'en apprendre davantage sur cette planification stratégique, d'échanger sur les priorités à venir et de continuer à bâtir ensemble l'avenir de notre association.

Je ne peux toutefois passer sous silence le fait que cette dernière année s'est déroulée dans un contexte bien particulier, mais bien réel, alors que la situation dans les urgences demeure extrêmement exigeante. Les défis auxquels nous faisons face quotidiennement, qu'il s'agisse de l'optimisation financière, de l'informatisation clinique, des taux d'achalandage élevés et persistants, entre autres, influencent profondément notre pratique et nos conditions de travail. Ces réalités nous obligent collectivement à repenser nos méthodes, à adapter nos approches et à faire preuve d'une grande agilité.

Bien qu'ils soient source de pression, ces défis constituent également de véritables leviers d'innovation. Ils nous incitent à réfléchir autrement, à développer des pratiques novatrices et à renforcer notre rôle comme acteurs incontournables de l'évolution des soins d'urgence. Les professionnelles et professionnels en soins infirmiers œuvrant dans nos urgences sont des acteurs clés, collaborant quotidiennement avec de nombreux autres professionnels, tant au niveau préhospitalier, hospitalier que posthospitalier, dans un contexte tout aussi tendu et exigeant.

Je demeure convaincue que, chaque jour, chacune et chacun d'entre nous donne le meilleur de soi-même pour offrir des soins de qualité aux patients, et que c'est ensemble que nous pourrons faire en sorte que la suite soit meilleure pour tous.

C'est d'ailleurs dans cet esprit que s'inscrit le prochain congrès, intitulé « Une pratique à votre image », qui se veut à la hauteur des professionnelles et professionnels que vous êtes au quotidien. Les conférences, incluant celles présentées par des partenaires d'autres disciplines, mettront également en lumière la collaboration interprofessionnelle essentielle qui soutient notre pratique de tous les jours.

Aux membres sortants du CA, ainsi qu'à ceux qui poursuivent leur mandat pour la prochaine année, nous adressons nos plus sincères remerciements. Leur engagement a contribué de façon significative à l'évolution et au rayonnement de l'AIIUQ. Leur passage laisse une association plus forte, mieux positionnée et résolument tournée vers l'avenir, au bénéfice des infirmières et infirmiers d'urgence et, ultimement, des patients que nous servons chaque jour.

Finalement, l'arrivée de l'été rime aussi avec l'intégration de tous nos candidats et candidates à l'exercice de la profession infirmière (CEPI) dans nos milieux. Je vous souhaite un excellent début de pratique dans les urgences, soyez curieux et profitez de chaque opportunité d'apprentissage dans vos nouvelles fonctions, et je vous souhaite le meilleur des succès. À tous et à toutes, je vous souhaite également une excellente période estivale! 🍷

Josiane Arsenault
inf., M. Sc., CSU(C)
**Présidente de l'Association
des infirmières et infirmiers
d'urgence du Québec**

presidence@aaiuq.qc.ca
www.aaiuq.qc.ca

Soins critiques en transformation: unir nos expertises pour mieux répondre aux besoins de la population

Critical Care in Transformation : Bringing Together Our Expertise to Better Meet Population Needs

Chers collègues des services des urgences du Québec,

C'est avec grand plaisir que je vous écris à titre de président du Regroupement des infirmières et infirmiers en soins intensifs du Québec (RIISIQ). Comme vous l'avez sans doute constaté, les conditions cliniques des personnes qui se présentent dans vos services d'urgence et dans nos unités de soins intensifs se complexifient à un rythme soutenu depuis les 15 dernières années. Ces personnes présentent des comorbidités importantes à un âge de plus en plus précoce et le désir de survivre à la maladie s'allonge dans la vieillesse.

Ces changements démographiques et ce contexte sociétal nous amènent à développer et maintenir une expertise toujours plus pointue dans nos disciplines respectives. Même si nos milieux sont souvent mis en opposition de par leurs environnements physiques, leurs missions ou les caractéristiques des professionnels qui y travaillent, nos services s'inscrivent pleinement dans un continuum de soins critiques. L'expertise requise en soins critiques consiste principalement à évaluer la condition clinique, stabiliser l'état de la personne soignée et maintenir les fonctions vitales essentielles à la survie. Nos positions respectives, urgences et soins intensifs, au sein de ce continuum, nous amènent à développer ces expertises de façon distincte, selon les populations desservies, mais fondamentalement complémentaires.

Dans un contexte où la population québécoise présente de plus en plus de comorbidités, où les séjours hospitaliers sont de plus en plus courts, voire parfois remplacés par des hospitalisations à domicile, et où l'accès à des soins médicaux hautement technologiques se généralise, le partage de nos expertises complémentaires devient incontournable. Nous faisons face à une complexité clinique importante qui nécessite une adaptation constante de nos évaluations ainsi qu'un raffinement de notre capacité à reconnaître des signes de défaillance parfois atypiques. Selon moi, la mise en commun de nos connaissances et de nos expertises respectives constitue une première étape essentielle pour répondre à cet enjeu.

La complexification de la condition clinique de personnes soignées nous amène à rehausser continuellement le niveau de développement professionnel des clinicien.nes. Cette réalité exige un maintien des compétences plus soutenu que jamais. L'un des enjeux majeurs associés à cette situation est la nécessité, pour le réseau de la santé, de mettre en place des programmes structurés de développement afin d'assurer la présence de clinicien.nes hautement compétents en soins critiques. La formation initiale en sciences infirmières, orientée vers la formation de professionnels généralistes, transfère en grande partie au réseau de la santé la responsabilité du développement des compétences spécialisées. Or,

ce développement professionnel est exigeant en temps, en ressources et en investissement financiers. Dans le contexte économique actuel, les pressions visant à réduire ces investissements sont bien réelles. Toutefois, il demeure impératif de préserver et de soutenir le développement professionnel du personnel infirmier, notamment en soins critiques. Nous devons développer des connaissances approfondies, un raisonnement clinique avancé, maintenir des habilités fines et cultiver un savoir-être empreint de bienveillance. Ces exigences requièrent du temps, des ressources et un engagement soutenu. Nous nous trouvons, selon moi, à un moment charnière pour établir des partenariats avec les différents acteurs du réseau et du milieu de l'éducation, afin de développer des programmes provinciaux de formation et de soutenir cet enjeu.

Enfin, le dernier enjeu que j'aimerais aborder est celui du maintien des compétences. Les soins de santé évoluent à un rythme accéléré, et la quantité de données scientifiques disponibles en soins critiques est considérable. Cette réalité exerce une pression importante sur les clinicien.nes, qui doivent acquérir continuellement de nouvelles connaissances, intégrer des pratiques innovantes et mettre à jour leurs pratiques actuelles. De plus, le contexte actuel nous expose à une charge cognitive élevée, qui peut compromettre notre capacité à assimiler efficacement ces nouvelles connaissances. Par conséquent, nos associations et regroupements

professionnels ont un rôle clé à jouer dans la priorisation des thématiques liées au maintien des compétences.

Les soins de santé évoluent rapidement et l'état de santé de la population se complexifie, accentuant le besoin d'une expertise de pointe tant dans les services d'urgence que dans les unités de soins intensifs. Notre rôle comme infirmier et infirmière en soins critiques évolue constamment pour répondre aux besoins croissants de la population. Même si amicalement nous nous amusons de nos différences, je crois que nous sommes beaucoup plus semblables que ce que nous nous laissons croire. Il faut valoriser nos points communs et notre expertise. Pour l'avenir, je nous invite à renforcer notre collaboration et à parler d'une voix commune afin de mieux mettre en lumière notre contribution et d'optimiser les soins offerts à la population nécessitant des soins critiques. 🚑

Cordialement,



Maxime Dagenais
inf., M.Sc.

Président, Regroupement des infirmières et infirmiers en soins intensifs du Québec (RIISIQ)



RÉVISÉ
PAR LES
PAIRS

Perceptions du personnel infirmier et du personnel cadre sur la transition des aînés des établissements de soins de longue durée vers l'urgence : une étude à méthodes mixtes

Nurses' and Managers' Perceptions of the Transition of Older Adults From Long-Term Care Facilities to the Emergency Department: A Mixed-Methods Study

par Gabriela Peguero-Rodríguez, Viola Polomeno, Chantal Backman, Julie Chartrand et Michelle Lalonde

Note : Cet article a été originalement publié dans le *Canadian Journal of Emergency Nursing* (CJEN) en libre accès. Cet article respecte donc la mise en page et les consignes éditoriales du CJEN. <https://doi.org/10.29173/cjen237> / <https://id.erudit.org/iderudit/1121946ar>

Mots-clés/Keywords : transition, établissement de soins de longue durée, urgence, infirmières, aînés ; *transition, long-term care facility, emergency department, older adults, transfer, mixed methods research*

RÉSUMÉ/ABSTRACT

Problématique : La transition des aînés des établissements de soins de longue durée (ÉSLD) vers l'urgence présente plusieurs défis. Lors de cette transition, le personnel infirmier y détient un rôle important tant dans les ÉSLD qu'à l'urgence.

Objectif : Décrire les perceptions du personnel infirmier et cadre de l'Outaouais (Québec) à l'égard de cette transition.

Méthode : Cette étude a employé un devis mixte séquentiel explicatif. À la phase 1 (quantitative), un questionnaire en ligne a été distribué au personnel infirmier des ÉSLD et des urgences. À la phase 2 (qualitative), des entrevues individuelles semi-dirigées ont été menées auprès du personnel cadre de ces milieux. Des analyses statistiques ont été effectuées et des tests-t sur les données quantitatives. Les données qualitatives ont été analysées à l'aide d'une analyse thématique.

Résultats : À la lumière des réponses provenant du questionnaire ($n = 38$), le personnel infirmier des ÉSLD et des urgences partageaient des perceptions similaires et considéraient que cette transition se déroulait inefficacement et que la communication interétablissements était inefficace.

À partir des entrevues menées avec le personnel cadre ($n = 7$), quatre thèmes ont été développés témoignant des limites des ÉSLD dans la prise en charge des aînés, des obstacles dans le transfert de l'information, des répercussions d'un séjour à l'urgence pour les aînés et de la contribution des personnes proches aidantes (PPA).

Conclusion : Quatre constats sont tirés : 1) cette transition est influencée par les ressources humaines et matérielles des ÉSLD ; 2) le transfert de l'information est inefficace ; 3) l'environnement de l'urgence n'est pas adapté aux besoins des aînés ; et 4) l'intégration des PPA est importante, mais présente des défis.

Problem: Several challenges are present with the transition of older adults from a long-term care facility (LTCF) to the emergency department (ED). Nurses play an important role in the LTCFs and the EDs during this transition.

Objective: To describe the perceptions of nurses and managers in relation to this transition.

Methods: This study used a sequential mixed methods design. An online questionnaire was distributed to LTCF and ED nurses during Phase

1 (quantitative). During Phase 2 (qualitative), semi-structured interviews were conducted with nursing management in these two settings. Descriptive statistics were used as well as t-tests, to compare the perceptions between the LTCF and the ED nurses. Thematic analysis was used for the qualitative data.

Results: After the analysis of the questionnaire's responses ($n=38$), the nurses from the LTCFs and the EDs had similar perceptions and considered the transition of older adults from the LTCF to the ED as not occurring effectively, and the inter-institutional communication was not efficient. Following the interviews conducted with nursing management ($n=7$), four themes were identified, reflecting the limitations of LTCFs in caring for the older adults, the obstacles associated with the transfer of information, the consequences of an ED stay for older adults, and the contribution of caregivers.

Conclusion: Four key conclusions can be drawn: 1. transitions are influenced by the LTCF material and human resources; 2. the transfer of information is inefficient; 3. the ED environment is not adapted for the needs of older adults; and 4. the integration of caregivers is important but does present with challenges.

INTRODUCTION

Vingt pour cent de la population québécoise est âgée de 65 ans et plus (Institut de la statistique du Québec, 2023). Cette statistique démographique pose d'importants défis, notamment en termes d'utilisation des services d'urgence. Le Commissaire à la santé et au bien-être du Québec (CSBE, 2017) a établi une forte corrélation entre l'augmentation des aînés et la hausse des visites pour cette tranche d'âge dans les urgences du Québec. Cette réalité entraîne une hausse des admissions dans les établissements de soins de longue durée (ÉSLD) où les aînés qui y demeurent semblent utiliser plus fréquemment les urgences que ceux de la communauté (Brucksch *et al.*, 2018 ; Dwyer *et al.*, 2014).

Malgré les défis bien documentés dans la littérature en lien avec la transition des aînés des ÉSLD vers l'urgence (p.ex., communication interétablissements inefficace et développement de complications chez l'aîné à l'urgence, piètre intégration des personnes proches aidantes [PPA]) (Brucksch *et al.*, 2018 ; Dwyer *et al.*, 2014 ; Lemoine *et al.*, 2019), seuls quelques études ont exploré les perceptions du personnel infirmier des ÉSLD et des et des urgences face à cette transition. Les études existantes décrivent le rôle décisionnel du personnel infirmier des ÉSLD dans cette transition (Gurung *et al.*, 2021 ; Laging *et al.*, 2014 ; Laging *et al.*, 2015 ; Nguyen *et al.*, 2022 ; O'Neill *et al.*, 2015), tandis que les perceptions du personnel infirmier des urgences ont été étudiées par rapport à la communication interétablissement (Griffiths *et al.*, 2014). Peu d'études ont d'ailleurs intégré les perceptions du personnel infirmier des deux milieux sur l'ensemble du processus de cette transition, et aucune n'a intégré leurs perceptions dans une même étude. De plus, les perceptions du personnel cadre sont absentes de la littérature.

Puisque le personnel infirmier joue un rôle important dans la surveillance de l'état clinique des aînés et dans leur prise en charge (Choi & Chang, 2022 ; O'Neill *et al.*, 2015 ; Steinmiller *et al.*, 2015), il est essentiel de mieux comprendre leurs perceptions pour améliorer cette transition. L'étude présentée dans cet article met la lumière sur les perceptions du personnel infirmier et cadre des ÉSLD et des urgences sur le processus intégral de transition des aînés. La théorie des transitions (Meleis *et al.*, 2000), bonifiée par la théorie des systèmes (Kaakinen 2018 ; Shajani & Snell, 2023), ont guidé cette étude (Peguero-Rodriguez & Polomeno, 2023).

Objectif et questions de recherche

L'objectif de l'étude était de décrire les perceptions du personnel infirmier et cadre des ÉSLD du réseau public et des urgences à l'égard de la transition des aînés et des PPA d'un ÉSLD vers l'urgence (voir figure 1 pour les questions de recherche).

MÉTHODOLOGIE

Type et devis de recherche

Les méthodes mixtes de recherche (MMR) ont été utilisées, soit un devis mixte séquentiel explicatif (QUAN → qual) (Creswell & Plano Clark, 2018) (voir figure 1). Afin de guider la rédaction de cet article, le *Mixed Methods Article Reporting Standards* (MMARS) a été utilisé.

Population et échantillon à l'étude

Phase 1 - Quantitative

La population à la phase 1 était le personnel infirmier des ÉSLD du réseau public et des urgences de l'Outaouais (Québec, Canada). Un échantillonnage de convenance (Polit & Beck, 2021) a été utilisée selon les critères d'inclusion suivants : 1) détenir le titre

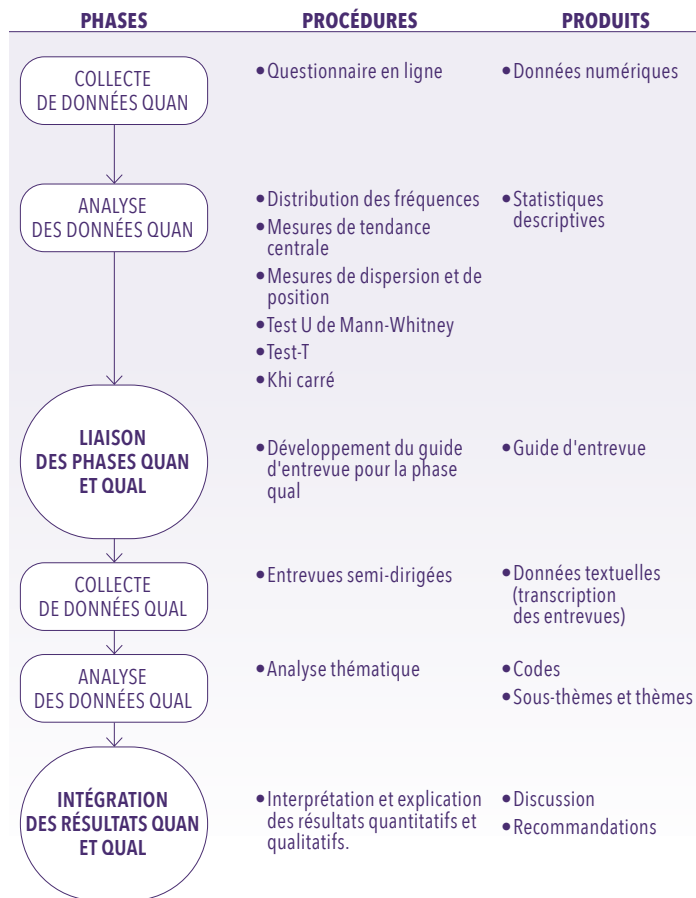
d'infirmière, d'infirmière clinicienne, d'infirmière auxiliaire ; 2) détenir un poste ou une affectation dans une urgence, dans un ÉSLD du réseau public ou dans un Centre local de services communautaires (CLSC) de l'Outaouais ; 3) avoir soigné, au cours de la dernière année, au moins un aîné ayant vécu la transition d'un ÉSLD vers l'urgence ; et 4) lire, écrire et parler le français. Aucun critère d'exclusion n'était appliqué.

Le recrutement, mené de mai 2021 à avril 2022 pendant la pandémie de la COVID-19, s'est déroulé dans les ÉSLD et des urgences qui ont été particulièrement affectés. La chercheuse principale de l'étude (première auteure) n'ayant pas accès physiquement aux milieux de recherche en raison du contexte pandémique, l'équipe de recherche a dû surmonter plusieurs obstacles de recrutement.

Figure 1. Questions de recherche et modèle visuel du devis mixte séquentiel explicatif utilisé

QUESTIONS DE RECHERCHE :

1. Quelles sont les perceptions du personnel infirmier des ÉSLD du réseau public et des urgences à propos de la transition des aînés et des PPA dans le contexte d'un transfert d'un ÉSLD vers l'urgence ? (QUAN)
2. Quelles sont les similarités et les différences entre les perceptions du personnel infirmier des ÉSLD du réseau public et celui des urgences à propos de la transition des aînés et des PPA dans le contexte d'un transfert d'un ÉSLD vers l'urgence ? (QUAN)
3. Quel est le processus actuel de transition des aînés et des PPA dans le contexte d'un transfert d'un ÉSLD vers l'urgence, et ce, tel que décrit par le personnel cadre des ÉSLD et des urgences ? (qual)
4. Comment les perceptions du personnel infirmier peuvent-elles être expliquées par le processus actuel de transition des aînés et des PPA dans le contexte d'un transfert d'un ÉSLD vers l'urgence, et ce, tel que décrit par le personnel cadre des ÉSLD du réseau public et des urgences ? (QUAN et qual)



Phase 2 - Qualitative

L'objectif de la phase 2 était d'expliquer les résultats quantitatifs de la phase 1. La population était le personnel cadre des ÉSLD du réseau public et des urgences de l'Outaouais. Un échantillonnage par choix raisonné (Polit & Beck, 2021) a été utilisée selon les critères d'inclusion suivants: 1) occuper un poste ou une affectation à titre d'infirmière de liaison, de conseillère en soins infirmiers, de conseillère cadre en soins infirmiers, de chef d'unité ou de directrice de soins infirmiers dans un ÉSLD du réseau public ou des urgences de l'Outaouais; et 2) lire, écrire et parler le français. Aucun critère d'exclusion n'était appliqué. Le recrutement s'est déroulé de mars à mai 2022. La taille de l'échantillon a été déterminée selon le modèle de Malterud et al. (2016). Les participants recrutés occupaient des postes clés au sein de l'organisation et ont fourni des informations riches et précieuses sur la problématique étudiée, ainsi ceci limitait le nombre de participants nécessaires.

Collecte de données

Phase 1 - Quantitative

Deux questionnaires ont été élaborés et préalablement validés (validité apparente et validité de contenu) auprès d'experts et prétestés auprès de quatre infirmières répondant aux critères d'inclusion (deux des ÉSLD et deux des urgences) (Peguero-Rodriguez, 2024). Ils ont ensuite été distribués via la plateforme SurveyMonkey®, accessible par un lien QR sur les affiches de recrutement ou dans le courriel d'invitation envoyé par le personnel administratif du Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) impliqué.

Deux versions du questionnaire ont été développées: l'une pour le personnel infirmier des ÉSLD (47 questions) et l'autre pour celui des urgences (49 questions) (Peguero-Rodriguez, 2024). Bien que la majorité des questions étaient similaires, certaines variaient pour aborder des aspects spécifiques à chaque milieu. La complétion moyenne était de 18 minutes pour le personnel des ÉSLD et de 14 minutes pour celui des urgences. Les questionnaires comprenaient deux sections: 1) Profil sociodémographique (10 questions) recueillant les informations, telles l'âge des participants, leur titre d'emploi et le nombre d'années d'expérience de travail, et 2) Perceptions du personnel infirmier (37 questions pour les ÉSLD et 39 questions pour les urgences) mesurant les perceptions à propos de la transition des aînés des ÉSLD vers l'urgence.

Phase 2 - Qualitative

Des entrevues semi-dirigées individuelles en vidéoconférence ont été menées par la chercheuse principale auprès du personnel cadre des ÉSLD et des urgences. Le guide d'entrevue, élaboré après une analyse préliminaire des résultats quantitatifs de la phase 1, comprenait 16 questions pour les ÉSLD et 14 questions pour les urgences (Peguero-Rodriguez, 2024). Douze questions étaient communes aux deux versions. Les entrevues, d'une durée moyenne de 45 minutes, ont été enregistrées via la plateforme de vidéoconférence Zoom® où elles ont eu lieu. Les entrevues ont par la suite été transcrites pour analyse. Les participants ont également complété un questionnaire sociodémographique en ligne sur SurveyMonkey®, composé de huit questions afin de recueillir des données, tels que l'âge, le niveau de scolarité et le titre d'emploi.

Analyse des données

Phase 1 - Quantitative

Des analyses statistiques descriptives ont été menées sur les données quantitatives recueillies via les questionnaires en ligne distribués au personnel infirmier, à l'aide du logiciel IBM SPSS Statistics (Version 28). Pour synthétiser les résultats, les réponses sur l'échelle de Likert ont été regroupées en trois catégories: en accord (1 = tout à fait en accord, 2 = plutôt en accord), ni en accord ni en désaccord, ou en désaccord (4 = plutôt en désaccord, 5 = tout à fait en désaccord). Les détails des réponses sont accessibles dans les données supplémentaires en ligne.

Les données des questions communes entre les deux questionnaires ont été comparées selon le milieu d'appartenance des participants (ÉSLD vs urgence). Des tests-t ont été réalisées pour déterminer s'il y avait une différence statistiquement significative entre les perceptions du personnel infirmier des deux milieux, avec un seuil de signification choisi de 0,05. La taille d'effet (d de Cohen) et son intervalle de confiance ont été rapportés, avec une attention particulière aux tailles d'effet importantes ($d \geq 0,8$) (Cohen, 1988). Des tests non paramétriques (test U de Mann-Whitney) ont également été effectués pour valider les tests-t, du fait de la petite taille d'échantillon et de la distribution possiblement anormale.

Phase 2 - Qualitative

Une analyse thématique a été réalisée selon la méthode de Braun et Clarke (2006, 2022) via la plateforme NVivo version 12. Bien que le guide d'entrevue visait à approfondir les résultats quantitatifs, une analyse inductive a été réalisée en suivant le processus en six étapes: 1) se familiariser avec les données, 2) codifier, 3) générer les thèmes initiaux, 4) développer et réviser les thèmes, 5) raffiner, définir et nommer les thèmes, et 6) rédiger le rapport final. L'analyse thématique a été menée par la chercheuse principale, avec des révisions effectuées jusqu'à l'obtention d'un consensus avec les co-chercheurs.

Les données sociodémographiques recueillies ont été analysées à l'aide de statistiques descriptives en utilisant le logiciel IBM SPSS Statistics (Version 28).

Analyse mixte (point d'intégration)

Bien que les analyses des données quantitatives et qualitatives aient été menées séparément, un premier point d'intégration entre ces deux phases a eu lieu lors du développement du guide d'entrevue basé sur les résultats quantitatifs (Creswell & Plano Clark, 2018). Par la suite, un effort de synthèse et d'intégration des deux types de résultats s'est fait à l'aide de l'élaboration d'une matrice (*joint displays*) (Creswell & Plano Clark, 2018).

Considérations éthiques

Trois approbations éthiques ont été obtenues: 1) Université d'Ottawa (H-10-20-6151); 2) CISSS de l'Outaouais (Projet 2020-319_169); et 3) Université du Québec en Outaouais (Projet # 2022-1585). Tous les participants ont préalablement rempli un formulaire de consentement pour participer à l'étude et la confidentialité de tous les participants a été préservée.

RÉSULTATS

Phase 1. Résultats quantitatifs

1.1 Profil sociodémographique

À la phase 1, 38 membres du personnel infirmier des ÉSLD ($n = 10$) et des urgences ($n = 28$) ont participé à l'étude (voir tableau 1).

1.2 Perceptions du personnel infirmier des ÉSLD du réseau public et des urgences

Transition des aînés des ÉSLD vers l'urgence. La majorité des participants (ÉSLD $n = 7, 70\%$; urgences $n = 18, 64,3\%$) percevait que les transferts ne se déroulaient pas efficacement et sans lacunes. Lorsque les aînés des ÉSLD devaient transférer vers l'urgence, certains participants (ÉSLD $n = 4, 40\%$; urgences $n = 4, 14,3\%$) percevaient que ces transferts étaient justifiés, tandis que d'autres (ÉSLD $n = 4, 40\%$; urgences $n = 19, 67,9\%$) étaient plutôt en désaccord. Tous les participants des urgences ($n = 28, 100\%$) estimaient que davantage de stratégies proactives pourraient être instaurées dans les ÉSLD avant de procéder aux transferts des aînés. En cas de détérioration de l'état d'un aîné, 40% ($n = 4$) des participants des ÉSLD ont indiqué disposer de l'aide nécessaire dans le processus de transfert, et 50% ($n = 5$) ont mentionné toujours avoir accès à un médecin (sur place ou sur appel) pour les aider à prendre la décision de transférer un aîné vers l'urgence.

Communication interétablissements lors de la transition vers l'urgence.

Concernant la communication interétablissements, 20% ($n = 2$) du personnel infirmier des ÉSLD et $7,4\%$ ($n = 2$) du personnel infirmier des urgences la percevaient efficace. Dix pour cent ($n = 1$) des participants des ÉSLD trouvaient facile de rejoindre le personnel soignant de l'urgence. Selon les participants des urgences, l'information qui était souvent manquante était le niveau d'autonomie, l'état cognitif et physique de base de l'aîné, suivi du niveau d'intervention médicale, les coordonnées des personnes-ressources, ainsi que la raison détaillée de transfert et les interventions préalablement effectuées. La majorité des participants des ÉSLD ($n = 8, 80\%$) et des urgences ($n = 25, 89,3\%$) considéraient qu'un formulaire standardisé dans lequel se trouve l'information pertinente lors du transfert d'un aîné d'un ÉSLD vers l'urgence était ou serait bénéfique.

Séjour à l'urgence. Tous les participants des urgences ($n = 28, 100\%$) ont indiqué que les aînés provenant des ÉSLD représentaient une clientèle vulnérable, avec 85% ($n = 23$) percevant qu'elle nécessitait autant de soins que les autres patients de l'urgence. Certains participants des urgences ($n = 13, 48,1\%$) ont indiqué de ne pas avoir du temps nécessaire pour prodiguer des soins de qualité, et que les soins de base (p.ex., hygiène, hydratation, alimentation) n'étaient pas adéquatement offerts ($n = 18, 66,7\%$). Tous les participants ($n = 27, 100\%$) ont convenu de l'importance d'une approche interdisciplinaire pour une prise en charge efficace des aînés qui proviennent des ÉSLD à l'urgence.

Communication interétablissements après le congé de l'urgence.

Une fois que l'aîné avait son congé de l'urgence, certains participants des ÉSLD ($n = 20, 20\%$) et des urgences ($n = 12, 44,4\%$) ont mentionné que la façon dont les congés étaient effectués à l'urgence était appropriée et efficace. Tous les participants des ÉSLD ($n = 10, 100\%$) ont souligné l'importance que le personnel de l'urgence communiquait verbalement ou par écrit avec le personnel des ÉSLD suivant le congé. Le personnel infirmier des urgences ($n = 25, 93\%$) jugeait qu'il était important

de communiquer verbalement avec le personnel des ÉSLD, et 67% ($n = 18$) par écrit. Selon les participants des ÉSLD, les informations essentielles à obtenir suivant le congé étaient les soins prodigués à l'urgence, les investigations effectuées et les résultats, ainsi que le changement de médication.

Intégration des PPA durant le processus de transition vers l'urgence.

La majorité des participants des ÉSLD ($n = 7, 80\%$)² et des urgences ($n = 25, 92,6\%$) estimaient que les PPA étaient une source d'information importante sur l'état de santé de l'aîné. Soixante-quinze pour cent ($n = 6$) des participants des ÉSLD et tous les participants des urgences ($n = 27, 100\%$) considéraient que les PPA pouvaient identifier les besoins prioritaires de leur aîné. Soixante-trois pour cent ($n = 5$) du personnel infirmier des ÉSLD a indiqué que les PPA devaient être consultées avant de décider de transférer l'aîné vers l'urgence, 50% ($n = 4$) a signifié que les PPA possédaient les connaissances nécessaires pour participer au processus décisionnel, et 88% ($n = 7$) se sentaient à l'aise de soutenir les PPA lors de cette transition.

À l'urgence, 74% ($n = 20$) des participants estimaient que les PPA étaient utiles, 93% ($n = 25$) ont convenu de leur inclusion dans le processus décisionnel relatif aux choix de investigations et des traitements, 96% ($n = 26$) ont souligné l'importance de fournir régulièrement de l'information sur les investigations et les traitements aux aînés et à leur PPA, et 22% ($n = 6$) jugeaient que les PPA étaient bien suffisamment informées. Soixante-sept pour cent ($n = 18$) estimaient qu'il était de la responsabilité des PPA de demander de l'information relative à l'état de l'aîné, et 81% ($n = 22$) ont signifié que les PPA pouvaient s'occuper des soins de base de leur aîné.

1.3 Comparaison des perceptions entre le personnel infirmier des ÉSLD du réseau public et des urgences

Les tests-t indépendants effectués n'ont pas montré de différences statistiquement significatives ($p \leq 0,05$), sauf pour deux énoncés (tableau 2).

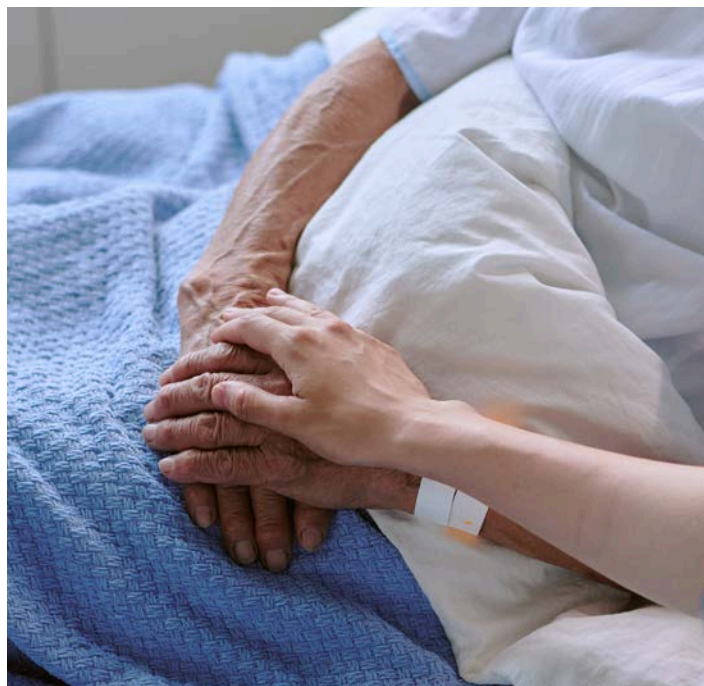


Tableau 1. Caractéristiques sociodémographiques du personnel infirmier des établissements de soins de longue durée (ÉSLD) du réseau public (n = 10) et des urgences (n = 28) de la phase 1 (quantitative)

Variable	n (%) ^a		Moyenne (écart-type)	
	ÉSLD	URGENCES	ÉSLD	URGENCES
Genre				
Féminin	10 (100,0)	23 (82,1)		
Masculin	0 (0,0)	5 (17,9)		
Âge (ans)				
18-< 25	0 (0,0)	3 (10,7)	47,6 (5,7)	32,2 (7,7)
25-< 35	0 (0,0)	16 (57,1)		
35-< 45	1 (10,0)	7 (25,0)		
45-< 55	6 (60,0)	2 (7,1)		
55-< 65	1 (10,0)	0 (0,0)		
Non partagé	2 (20,0)	0 (0,0)		
Plus haut niveau de scolarité atteint				
Diplôme d'études professionnelles (DEP) en santé, assistance et soins infirmiers	0 (0,0)	3 (10,7)		
Diplôme d'études collégiales (DEC) en soins infirmiers	2 (20,0)	7 (25,0)		
Baccalauréat en sciences infirmières	8 (80,0)	19 (67,8)		
Diplôme d'études supérieures spécialisées en sciences infirmières (DESS)	0 (0,0)	1 (3,57)		
Statut d'emploi				
Emploi à temps partiel	1 (10,0)	6 (21,4)		
Emploi à temps plein	9 (90,0)	22 (78,6)		
Quart de travail majoritairement travaillé				
Jour	9 (90,0)	5 (17,9)		
Soir	0 (0,0)	3 (10,7)		
Nuit	1 (10,0)	8 (28,6)		
Jour/Soir	0 (0,0)	9 (32,1)		
Jour/Nuit	0 (0,0)	3 (10,7)		
Nombre d'années d'expérience à titre d'infirmière ou d'infirmier, d'infirmière clinicienne ou d'infirmier clinicien, d'infirmière ou d'infirmier auxiliaire				
< 5	2 (20,0)	8 (28,6)	21,1 (12,6)	9,4 (7,3)
5-<15	2 (20,0)	13 (46,4)		
15-< 25	4 (40,0)	6 (21,4)		
≥ 25	2 (20,0)	1 (3,6)		
Nombre d'années d'expérience à l'urgence				
< 5	N/A	8 (28,6)	N/A	6,02 (6,3)
5-< 15	N/A	13 (46,4)		
15-< 25	N/A	6 (21,4)		
≥ 25	N/A	1 (3,6)		
Nombre d'années d'expérience dans un ÉSLD				
< 5	3 (30,0)	N/A	17,7 (14,6)	N/A
5-< 15	2 (20,0)	N/A		
15-< 25	2 (20,0)	N/A		
≥ 25	3 (30,0)	N/A		
Expérience professionnelle des participants dans l'établissement opposé (p.ex., participant d'un ÉSLD ayant déjà travaillé dans une urgence et vice-versa)				
Oui	3 (30,0)	1 (3,6)		
Non	7 (70,0)	27 (96,4)		

Note. ^aLes totaux peuvent ne pas être égaux à 100 % en raison de l'arrondissement des chiffres.

Tableau 2. Comparaison statistique des perceptions du personnel infirmier des ÉSLD du réseau public et des urgences sur la transition des aînés et des PPA des ÉSLD vers l'urgence (n = 38)

Énoncés	n		Test-T	Degré de liberté	Valeur p	d de Cohen (IC 95 %)
	Moyenne (écart-type)					
	ÉSLD	URGENCE				
1. Les transferts des aînés des ÉSLD vers l'urgence se déroulent efficacement et sans lacunes.	n = 10 3,60 (0,97)	n = 28 3,46 (1,03)	-0,362	36	0,720	-0,133 (-0,855, 0,590)
2. La communication entre le personnel soignant des ÉSLD et celui de l'urgence se fait de manière efficace.	n = 10 4,00 (1,16)	n = 27 4,00 (0,88)	0,000	35	1,00	0,000 (-0,710, 0,710)
3. Au besoin, il est facile de rejoindre le personnel soignant de l'autre établissement (ÉSLD ou urgence).	n = 10 3,80 (0,92)	n = 28 4,00 (0,98)	0,562	36	0,578	0,207 (-0,518, 0,929)
4. L'envoi d'un formulaire standardisé dans lequel se trouve de l'information pertinente lors du transfert d'un aîné d'une ÉSLD vers l'urgence est/serait bénéfique.	n = 10 1,80 (1,23)	n = 28 1,54 (0,92)	-0,712	36	0,481	-0,262 (-0,985, 0,464)
5. Les transferts des aînés des ÉSLD vers l'urgence sont justifiés et ne peuvent pas être évités.	n = 10 2,80 (1,48)	n = 28 3,68 (0,91)	1,768	12	0,104	0,816 (0,065, 1,557)
6. Le personnel infirmier de l'autre établissement est compétent et apte à prodiguer des soins de qualité aux aînés.	n = 10 3,00 (1,16)	n = 28 3,18 (0,82)	0,450	12	0,660	0,195 (-0,530, 0,917)
7. Davantage de stratégies proactives pourraient être instaurées dans les ÉSLD avant de procéder au transfert.	n = 10 1,90 (0,88)	n = 28 1,46 (0,51)	-1,487	11,24	0,165	-0,702 (-1,437, 0,042)
8. La façon dont le retour à l'ÉSLD est organisé suivant le congé d'un aîné à l'urgence est appropriée et efficace pour la continuité des soins.	n = 10 3,90 (1,20)	n = 27 2,96 (0,96)	-2,456	34	0,019*	-0,914 (-1,668, -0,147)
9. Je dispose toujours de l'information nécessaire pour prodiguer des soins adaptés à l'aîné (de la part de l'ÉSLD ou de l'urgence).	n = 10 3,70 (1,34)	n = 27 3,70 (0,82)	0,008	12	0,994	0,004 (-0,722, 0,729)
10. Les PPA sont une source d'information importante sur l'état de santé de l'aîné.	n = 8 1,63 (1,06)	n = 27 1,56 (0,64)	-0,176	9	0,864	-0,093 (-0,881, 0,697)
11. Les PPA peuvent participer à identifier les besoins prioritaires et à faire valoir les préférences et les besoins des aînés.	n = 8 2,00 (1,30)	n = 27 1,48 (0,51)	-1,096	8	0,306	-0,688 (-1,489, 0,123)
12. Les PPA sont bien préparées pour accompagner l'aîné durant le transfert.	n = 8 3,63 (1,06)	n = 27 3,30 (1,17)	-0,711	33	0,482	-0,286 (-1,076, 0,508)
13. PPA utilisent de bonnes stratégies de coping durant le transfert de leur aîné d'une ÉSLD vers l'urgence.	n = 8 3,63 (1,19)	n = 27 2,93 (0,96)	-1,524	10	0,095	-0,692 (-1,493, 0,120)
14. Les PPA partagent une relation harmonieuse avec leur aîné.	n = 8 2,38 (0,74)	n = 27 2,26 (0,53)	-0,411	9	0,623	-0,200 (-0,989, 0,592)
15. Les PPA présentent un fardeau et du stress lors des transferts.	n = 7 2,43 (1,13)	n = 27 2,93 (0,87)	1,080	8	0,216	0,536 (-0,310, 1,373)
16. Il est important de soutenir les PPA durant les transferts de leur aîné d'un ÉSLD vers l'urgence.	n = 8 1,38 (0,52)	n = 27 1,96 (0,71)	2,178	33	0,037*	0,877 (0,054, 1,687)
17. Je détiens les connaissances et compétences pour soutenir les PPA qui vivent le transfert de leur aîné d'un ÉSLD vers l'urgence.	n = 8 1,75 (0,71)	n = 27 2,30 (0,87)	1,621	33	0,115	0,653 (-0,157, 1,452)
18. Les PPA comprennent ma charge de travail.	n = 8 3,38 (1,41)	n = 27 3,59 (1,19)	0,437	33	0,665	0,176 (-0,615, 0,942)

Note. *p ≤ 0.05

Une différence statistiquement significative a été notée entre les deux groupes concernant l'énoncé suivant: «La façon dont le retour à l'ÉSLD est organisé suivant le congé d'un aîné à l'urgence est appropriée et efficace pour la continuité des soins» ($t(34) = -2,456$, $p = 0,019$). Le personnel infirmier des urgences semblait être d'accord avec cet énoncé ($\bar{x} = 2,96$, É.T. = 0,96), tandis que le personnel infirmier des ÉSLD était plutôt en désaccord ($\bar{x} = 3,90$, É.T. = 1,20). Il y a également une taille d'effet (d de Cohen = -0,914) qui suggère une grande différence standardisée entre les deux groupes.

La deuxième différence statistiquement significative est concernant l'énoncé suivant: «Il est important de soutenir les PPA durant les transferts de leur aîné d'un ÉSLD vers l'urgence» ($t(33) = 2,178$, $p = 0,037$). Les deux groupes étaient d'accord avec cet énoncé (ÉSLD: $\bar{x} = 1,38$, É.T. = 0,52; urgences: $\bar{x} = 1,96$, É.T. = 0,71). La différence réside dans le fait que le personnel infirmier des ÉSLD tendait à être «tout à fait en accord», tandis que le personnel infirmier des urgences était «plutôt en accord».

Phase 2. Résultats qualitatifs

2.1 Profil sociodémographique

Sept membres du personnel cadre des milieux des ÉSLD du réseau public ($n = 5$) et des urgences ($n = 2$) ont participé à la phase 2 de cette étude (tableau 3).

2.2 Analyse thématique

Quatre thèmes ont été développés afin de clarifier et d'apporter un complément explicatif aux résultats quantitatifs.

2.2.1 Thème 1. Les limites des ÉSLD à intervenir: «on peut pas tout faire non plus ici»

Ce premier thème reflète l'idée que la décision de transférer un aîné d'un ÉSLD vers l'urgence est principalement influencée par l'écart entre les ressources matérielles et humaines dans les ÉSLD et les ressources nécessaires pour répondre aux besoins de l'aîné.

Le niveau d'intervention médicale (NIM) a été soulevé chez tous les participants comme étant un élément essentiel à considérer avant de prendre la décision de transférer. En CHSLD,

Tableau 3. Caractéristiques sociodémographiques du personnel cadre des établissements de soins de longue durée (ÉSLD) ($n = 5$) et des urgences ($n = 2$) de la phase 2 (qualitative)

Variable	n (%)		Moyenne (écart-type)	
	ÉSLD	Urgences	ÉSLD	Urgences
Genre				
Féminin	5 (100,0)	1 (50,0)		
Masculin	0 (0,0)	1 (50,0)		
Âge (ans)			39,8 (5,5)	37,5 (3,5)
35-< 45	4 (80,0)	2 (100,0)		
45-< 55	1 (20,0)	0 (0,0)		
Plus haut niveau de scolarité atteint				
Diplôme d'études collégiales (DEC) en soins infirmiers	1 (20,0)	0 (0,0)		
Baccalauréat en sciences infirmières	2 (40,0)	2 (100,0)		
Microprogramme en administration publique	1 (20,0)	0 (0,0)		
Maîtrise en gestion	1 (20,0)	0 (0,0)		
Statut d'emploi				
Emploi à temps plein	5 (100,0)	2 (100,0)		
Titre professionnel				
Infirmière	4 (80,0)	2 (100,0)		
Travailleur social	1 (20,0)	0 (0,0)		
Nombre d'années d'expérience à titre de professionnel de la santé			17,0 (7,1)	11,0 (9,9)
< 5	0 (0,0)	1 (50,0)		
5-< 15	2 (40,0)	0 (0,0)		
15-< 25	2 (40,0)	1 (50,0)		
25-< 35	1 (20,0)	0 (0,0)		
Poste occupé				
Infirmière de liaison	0 (0,0)	1 (50,0)		
Responsable de site	1 (20,0)	0 (0,0)		
Chef de secteur/Chef d'unité	4 (80,0)	1 (50,0)		
Nombre d'années au poste actuel			1,28 (0,99)	3,50 (3,54)
< 5	5 (100,0)	1 (50,0)		
5-< 10	0 (0,0)	1 (50,0)		

la décision de transférer appartient généralement au médecin. En ressources intermédiaires (RI), le contexte diffère selon le moment de la journée, puisque ce sont des aides-soignants qui sont présents. La décision de transférer sera alors prise par l'infirmière de garde ou bien par l'aide-soignant lui-même : «(Les RI) on(t) a une clientèle super vulnérable, mais ceux qui s'occupent de notre clientèle, c'est des aides-soignants. Donc c'est même pas des préposés (...)» (ÉSLD04).

La décision de transférer l'ainé vers l'urgence est souvent perçue comme inévitable, une fois toutes les ressources disponibles dans les ÉSLD ont été mobilisées : «(...) quand on transfère, c'est qu'on est rendu là(...) on peut pas tout faire non plus ici» (ÉSLD03). Cependant, cette réalité des ÉSLD n'est pas toujours comprise par le personnel des urgences, créant parfois des malentendus : «les médecins (de l'urgence) ne comprennent pas notre réalité RI. Ils pensent qu'on est comme en CHSLD... "On peut pas le faire évaluer chez nous, j'ai pas personne"» (ÉSLD04). Ce décalage contribue à l'idée que les transferts semblent justifiés pour les ÉSLD, mais pas toujours pour les urgences.

2.2.2 Thème 2. Le transfert de l'information : processus « pas très très fluide »

Ce deuxième thème renvoie aux lacunes présentes lors du transfert de l'information entre les ÉSLD et l'urgence. Selon le personnel cadre des deux milieux, le processus de transfert de l'information est variable et souvent inefficace. Certains ÉSLD utilisaient des listes de vérification ou des résumés de dossier. À l'urgence, un aide-mémoire a été créé pour guider le personnel soignant une fois le congé donné, notamment quant à l'information à transmettre. Cependant, il est parfois difficile d'obtenir, en temps opportun et de manière efficiente, l'information nécessaire pour assurer une prise en charge efficace de l'ainé. Le transfert d'information pourrait être résumé en un processus qui n'«est pas tout le temps très, très fluide (...)» (ÉSLD03). Deux sous-thèmes ont été développés pour représenter les défis rencontrés.

2.2.2.1 Obtenir de l'information des ÉSLD : « c'est très compliqué de les rejoindre »

Lorsque l'ainé arrive à l'urgence sans informations adéquates, obtenir des précisions des ÉSLD est difficile :

C'est très compliqué de les rejoindre (...) t'appelles à la résidence, il faut que tu fasses trois cents numéros pour réussir à rejoindre quelqu'un que t'as aucune idée c'est qui. En fin de compte, tu t'es trompé de tour donc t'as pas la bonne personne (...) C'est l'enfer! (URG01).

Le personnel cadre de l'urgence se plaint également de la faible pertinence des informations reçues :

Ils nous envoient des résidents avec le nom du patient, puis s'il porte des lunettes, puis le numéro de sa fille. C'est tout ce que j'ai sur la feuille. C'est ridicule! (...) Je sais même pas s'il a besoin d'aide à la mobilité, je sais même pas son niveau d'intervention, je sais même pas ses antécédents. (URG02)

Le personnel cadre a indiqué que l'information indispensable à avoir à l'urgence était notamment l'état usuel de base de l'ainé, le niveau d'intervention médicale (NIM), la raison de consultation, les antécédents médicaux, le niveau d'autonomie et de mobilité et les coordonnées de la famille et de la personne contact à l'ÉSLD. Ultimement, c'est l'ainé qui subit les répercussions du manque d'information.

2.2.2.2 Obtenir de l'information de l'urgence : « il faut courir après »

Le personnel cadre des ÉSLD rencontrent des difficultés à obtenir des informations lors du retour de l'ainé à l'ÉSLD : « Une résidente (...) est revenue, puis on en avait aucune idée qu'elle avait eu son congé (...). Arrivée soudainement sans rien. (...) on n'a pas de renseignement, il faut courir après qu'est-ce qui a été dit (...)» (ÉSLD02).

En plus de ne pas recevoir les informations à temps, contacter l'urgence est souvent chronophage. Ce manque de coordination complique la continuité des soins, car le personnel doit alors «courir après» les renseignements nécessaires et ceci est considéré comme «une perte de temps» (ÉSLD02). Chez le personnel cadre des ÉSLD, les informations considérées comme essentielles au retour de l'ainé sont notamment le diagnostic, les changements médicamenteux, les prescriptions médicales, les investigations menées, la feuille sommaire du médecin de l'urgence et les recommandations de suivi pour assurer la continuité des soins.

2.2.3 Thème 3. Les répercussions d'un séjour à l'urgence pour les aînés : « ça les déstabilise (...) c'est beaucoup pour eux »

Ce troisième thème reflète les répercussions possibles d'un séjour à l'urgence pour les aînés transférés des ÉSLD. Le personnel cadre des deux milieux sont conscients que l'environnement de l'urgence n'est pas adapté aux besoins des aînés, ce qui entraîne des effets négatifs pendant et après le séjour : «(...) ça les déstabilise, le changement, les brancards, apprendre. C'est beaucoup pour eux» (ÉSLD01). Deux sous-thèmes illustrent ces répercussions.

2.2.3.1 À l'urgence : « on crée des déliriums »

Le personnel cadre de l'urgence était conscient que l'environnement de l'urgence est inadapté aux aînés :

À cause du bruit, à cause de moniteurs. Les stimuli, c'est 24 heures sur 24 à l'urgence (...) t'arrives avec un profil IsoSMAF à 10, mais que tu repars d'ici avec 14 parce que t'as fait un délirium, parce que t'as eu une chute parce que t'étais confus (URG02).

Ces complications, souvent liées à de longs séjours, complexifient la prise en charge : «Y'a des délais beaucoup trop longs dans une urgence qui ne devraient pas être. Qu'on crée des déliriums, qu'on perd le contrôle suite au délirium qu'on a créé nous-mêmes (...)» (URG01). Plusieurs complications chez l'ainé ont d'ailleurs été soulevées suivant un séjour à l'urgence, dont les ulcères de pression, le déconditionnement et le délirium.

2.2.3.2 Retour de l'ainé à l'ÉSLD : « recommencer à zéro »

Le personnel cadre des ÉSLD subit les conséquences du séjour à l'urgence, puisqu'ils doivent prendre en charge les aînés qui reviennent avec de nouvelles complications, comme des ulcères de pression. Ces problématiques peuvent contribuer à détériorer davantage la condition clinique de l'ainé. Plusieurs perçoivent le retour de l'ainé à l'ÉSLD comme un recommencement : «(...) je traitais beaucoup qui revenaient des urgences avec des plaies. Et ça me fâchait tout le temps. Parce que c'est comme si c'est un recommencement. Le résident était bien, là il peut même plus s'asseoir» (ÉSLD01).

Outre les impacts physiques, la relation de confiance entre l'ainé et le personnel peut aussi être affectée, ce qui rend la reprise de soins plus difficile : «(...) le lien de confiance (n') est plus là. On a l'impression de recommencer à zéro» (ÉSLD02). Face à ces

défis, certains membres du personnel préfèrent éviter le transfert à l'urgence, sachant que l'aîné reviendra avec de nouvelles problématiques.

2.2.4 Thème 4. Les PPA : « on a besoin (d'elles), puis (elles) ont besoin de nous »

Ce quatrième thème explore la relation entre les PPA et le personnel soignant des ÉSLD et des urgences, reconnaissant la contribution des PPA dans les soins aux aînés :

Un proche aidant, c'est quelqu'un qui va aider pour l'alimentation, pour la mobilité, aider l'utilisateur pour l'hygiène, c'est quelqu'un qui va prendre la parole, qui va être capable de le connaître (...) Qui (va) faire le pont des fois entre ce que le médecin dit, puis la personne âgée qui est pas tout à fait capable de comprendre tout non plus (...) (URG02).

Plusieurs ont mentionné que les PPA sont les représentants des aînés, que ce soit dans les ÉSLD ou à l'urgence : « (...) quand ils (proches aidants) sont là, ils sont aidants, parce qu'ils connaissent l'utilisateur, ils ont des infos, (...) On a besoin d'eux » (URG02). Cependant, cette relation de collaboration nécessite des efforts continus : « (...) c'est vraiment un travail de collaboration (...). On a besoin d'eux autres, puis eux ont besoin de nous » (ÉSLD02).

Le personnel cadre souligne la nécessité de tenir les PPA informées de l'état de leur proche, de favoriser une transparence dans les échanges, et de les impliquer davantage dans les activités des ÉSLD. Cependant, certains problèmes de confiance persistent, notamment lorsque les PPA installent des caméras dans les chambres des résidents pour surveiller les soins. Une culture de blâme a parfois été relevée, où les interactions entre les PPA et le personnel sont marquées par des récriminations.

À l'urgence, certains membres du personnel se sentent jugés par la présence des PPA, ce qui peut nuire à leur efficacité : « (...) tu te sens observé (...) tu veux être rapide (...) pas avoir quelqu'un dans les pattes » (URG01). L'aménagement physique de l'urgence rend aussi difficile l'intégration des PPA, car il y a peu d'espace pour les accueillir : « (...) (si) on permet à une ou deux personnes de venir l'aider, je viens de saturer ma place. On n'est pas adapté » (URG01). La participante URG02 ajoute : « ils (proches aidants) sont aidants, mais ils ont pas de place. Physiquement là, ils font vraiment pitié. Ils sont installés sur des bouts de civières, ils sont installés dans les corridors » (URG02).

Résultats mixtes : intégration des résultats quantitatifs et qualitatifs

Le tableau 4 présente une matrice reliant les résultats quantitatifs et qualitatifs, ainsi que les méta-inférences mixtes, soit les conclusions tirées suivant l'intégration des deux types de résultats. Les résultats qualitatifs ont confirmé et élargi les résultats quantitatifs, renforçant ainsi leur portée et en les contextualisant. Enfin, aucune divergence n'a été constatée entre les deux types de résultats.

DISCUSSION

À notre connaissance, il s'agit d'une première étude qui regroupe les perceptions du personnel infirmier des ÉSLD et des urgences, ainsi que du personnel cadre, en abordant le processus complet de transition. Les perceptions du personnel infirmier des deux milieux se sont révélées similaires, soulignant des problématiques communes, notamment sur le transfert d'information aux points de transition. À la phase 1, les perceptions du personnel infirmier ont permis d'identifier les problématiques relatives à ces transitions. Les entrevues réalisées à la phase 2 avec le personnel cadre ont expliqué les résultats obtenus à la phase 1. L'intégration des résultats quantitatifs et qualitatifs a permis une meilleure compréhension des problématiques vécues et de relever le contexte dans lequel le personnel infirmier des ÉSLD et des urgences doit interagir. Quatre grands constats émergent de cette intégration et qui orientera la discussion.

Le premier constat est que la transition des aînés des ÉSLD vers l'urgence semble motivée par le manque de ressources matérielles ou humaines dans les ÉSLD. Cela rejoint la littérature où plusieurs études (Dallaire *et al.*, 2018; Gurung *et al.*, 2022; Laging *et al.*, 2014; Lemoyne *et al.*, 2019; Stephens *et al.*, 2020; Trahan *et al.*, 2016; Unroe *et al.*, 2018) soulignent que la présence et la qualité des soins infirmiers dans les ÉSLD, la disponibilité d'un médecin ou d'une infirmière praticienne spécialisée (IPS), ainsi que la disponibilité d'équipements (p. ex., ECG) influencent la décision de ce transfert. Certaines études (Lemoyne *et al.*, 2019; Stephens *et al.*, 2020) suggèrent que les ÉSLD soient mieux dotés en professionnels hautement compétents (p. ex., infirmière praticienne spécialisée) et où le personnel infirmier, en nombre suffisant, soit soutenu dans son développement professionnel, présentant moins de transferts dits évitables. Dans l'étude présentée dans cet article, les participants de la deuxième phase ont indiqué que les transitions des aînés des CHSLD vers l'urgence étaient moins fréquentes et moins problématiques que celles qui provenaient des RI ou des RPA, et que les volontés des aînés, via le niveau d'intervention médicale (NIM), étaient prises en compte dans les décisions de transfert. La littérature indique qu'une planification sous-optimale des directives de soins (p. ex. NIM, directives anticipées) contribue à des transferts et à des hospitalisations évitables (Lemoyne *et al.*, 2019; Marincowitz *et al.*, 2022; Stephens *et al.*, 2020; Unroe *et al.*, 2018).

Le deuxième constat de cette étude est que le transfert de l'information entre les ÉSLD et les urgences est inefficace, compromettant la continuité des soins. Les participants de l'urgence ont rapporté que l'information était souvent incomplète ou non pertinente à l'arrivée des aînés à l'urgence, conclusion également tirée dans la littérature (Gettel *et al.*, 2019; Griffiths *et al.*, 2014; Morphet *et al.*, 2014; O'Reilly *et al.*, 2019). Dallaire *et al.* (2018) notent que seuls 35 % du personnel soignant des ÉSLD et paramédical transmettent des informations complètes à l'urgence. Après l'analyse de 474 dossiers, Gettel *et al.* (2019) indiquent que des données importantes sont souvent manquantes dans la documentation qui accompagne les aînés à l'urgence, telles que la raison de transfert (25 %), l'état mental de base (25 %), le diagnostic de démence (23 %) et l'état fonctionnel de base (20 %). O'Reilly *et al.* (2019) recommandent l'usage d'un document standardisé, de préférence électronique, mettant en avant-plan

Tableau 4. Matrices combinant les résultats quantitatifs, qualitatifs et les méta-inférences mixtes

Résultats quantitatifs ciblés (principaux constats)		Résultats qualitatifs	Méta-inférences mixtes
Énoncés du questionnaire	Moyenne (Écart-type)		Thèmes
	ÉSLD	Urgence	
<p>Les transferts des aînés des ÉSLD vers l'urgence sont justifiés et ne peuvent pas être évités.</p> <p>Constat : Le personnel infirmier des ÉSLD est plus favorable à l'idée de considérer les transferts des aînés des ÉSLD vers l'urgence comme étant justifiés et ne pouvant pas être évités que le personnel infirmier des urgences.</p>	2,80 (1,48)	3,68 (0,91)	<p>Thème 1. Limites des ÉSLD à intervenir : « on peut pas tout faire non plus ici »</p> <p>Expansion Les résultats qualitatifs permettent de contextualiser et de mieux comprendre le processus qui mène à la transition des aînés des ÉSLD vers l'urgence. Justement, il a été possible de soulever que ce sont les ressources du milieu (tant humaines que matérielles) en regard aux besoins et aux désirs de l'aîné qui déterminera la décision de transférer. Les ressources étant différentes d'un milieu à l'autre, cela contribue à une variabilité dans les raisons de transfert. Ainsi, pour les ÉSLD, les transferts sont perçus comme étant justifiés, puisqu'ils ont atteint leur propre limite. Toutefois, à l'urgence, le personnel soignant est témoin de transferts provenant de plusieurs types d'ÉSLD différents (ayant des ressources différentes), avec des raisons de transfert qui semblent parfois incompatibles avec la mission de l'urgence (p.ex., changement de milieu de vie), ce qui peut contribuer à la perception que les transferts des ÉSLD soient non justifiés.</p>
<p>La communication entre le personnel soignant des ÉSLD et celui de l'urgence se fait de manière efficace</p> <p>Constat : Selon le personnel infirmier des ÉSLD et des urgences, la communication entre le personnel soignant des ÉSLD et celui de l'urgence ne se fait pas de manière efficace</p>	4,00 (1,16)	4,00 (0,88)	<p>Thème 2. Transfert de l'information : un processus « pas très très fluide »</p> <p>Confirmation et expansion Par le biais de l'intégration des résultats quantitatifs et des résultats qualitatifs, il est possible de constater que le transfert de l'information est une problématique importante lors de la transition des aînés des ÉSLD vers l'urgence. Au-delà de cela, les résultats qualitatifs Permettent également d'expliquer et de comprendre pour quelles raisons le transfert de l'information n'est pas optimal :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Transfert de l'information non standardisé ou peu encadré selon les installations. • Difficulté à rejoindre directement une personne ressource au sein des ÉSLD ou des urgences (p. ex., pas de numéros directs). • Informations fournies par les ÉSLD qui sont jugées non pertinentes pour le contexte de l'urgence. • Informations manquantes au retour de l'aîné à l'ÉSLD suivant son congé de l'urgence, ce qui ne permet pas d'assurer une continuité de soins. <p>D'ailleurs, à la phase quantitative, il avait été constaté que la façon dont le retour de l'aîné à l'ÉSLD après un congé de l'urgence n'était pas appropriée. Avec les résultats qualitatifs, il alors été possible de proposer que ceci est surtout relié au fait que le transfert de l'information n'est pas efficace. Le personnel cadre des urgences était d'ailleurs au fait que des lacunes persistaient à cet égard, quoique le personnel infirmier « terrain » puisse ne pas avoir une vision globale de cela.</p>
<p>Au besoin, il est facile de rejoindre le personnel soignant de l'autre établissement (ÉSLD ou urgence).</p> <p>Constat : Le personnel infirmier des ÉSLD et celui des urgences considèrent qu'il n'est pas facile, au besoin, de rejoindre le personnel soignant de l'autre établissement.</p>	3,80 (0,92)	4,00 (0,98)	
<p>La façon dont le retour à l'ÉSLD est organisé suivant le congé d'un aîné à l'urgence est appropriée et efficace pour la continuité des soins.</p> <p>Constat : Le personnel infirmier des urgences est plus favorable à l'idée que la façon dont le retour à l'ÉSLD est organisé suivant le congé d'un aîné à l'urgence est appropriée et efficace pour la continuité des soins que le personnel infirmier des ÉSLD qui tend à considérer le contraire.</p>	3,90 (1,20)	2,96 (0,96)	

Résultats quantitatifs ciblés (principaux constats)		Résultats qualitatifs		Méta-inférences mixtes	
Énoncés du questionnaire	Moyenne (Écart-type)		Thèmes		
	ÉSLD	Urgence			
Je dispose toujours de l'information nécessaire pour prodiguer des soins adaptés à l'aîné (de la part de l'ÉSLD ou de l'urgence).	3,70 (1,34)	3,70 (0,82)			
<p>Constat : Le personnel infirmier des ÉSLD et celui des urgences considèrent ne pas toujours disposer de l'information nécessaire pour prodiguer des soins adaptés à l'aîné (de la part de l'ÉSLD ou de l'urgence).</p>					
Les transferts des aînés des ÉSLD vers l'urgence se déroule efficacement et sans lacunes	3,60 (0,97)	3,46 (1,03)	<p>Thème 2. Transfert de l'information : un processus « pas très très fluide » et</p> <p>Thème 3. Répercussions d'un séjour à l'urgence pour les aînés : « ça les déstabilise (...) c'est beaucoup pour eux »</p>	<p>Confirmation et expansion Les résultats qualitatifs permettent de contextualiser et de comprendre pour quelles raisons le personnel infirmier considère que la transition des aînés des ÉSLD vers l'urgence ne se déroule pas efficacement et sans lacunes. Dans les résultats qualitatifs, il a été possible de soulever que ce qui nuit à l'efficacité de ces transitions est le transfert de l'information, et ce, vécu de part et d'autre. De plus, la transition des aînés des ÉSLD vers l'urgence ne se déroule pas sans lacunes, surtout pour les aînés. En effet, tel que soulevé dans les entrevues, l'aîné peut développer plusieurs complications suivant un séjour à l'urgence, dont un délirium et du déconditionnement. Ce sont des complications qui prennent naissance à l'urgence, mais qui se poursuivent au retour de l'aîné à l'ÉSLD.</p>	
Les PPA sont une source d'information importante sur l'état de santé de l'aîné.	1,63 (1,06)	1,56 (0,64)	<p>Thème 4. PPA : « on a besoin (d'elles) et (elles) ont besoin de nous »</p>	<p>Confirmation et expansion Les résultats qualitatifs ont certes permis de renforcer l'idée que la contribution des PPA dans les soins aux aînés est importante tant dans les ÉSLD qu'à l'urgence. Cependant, le thème développé a permis d'ajouter de la nuance dans l'implication des PPA, notamment dans la relation que peut partager les PPA et le personnel soignant, le besoin d'entretenir ces relations, ainsi que, l'environnement de l'urgence qui n'est adapté à l'accueil de PPA.</p>	
<p>Constat : Selon le personnel infirmier des ÉSLD et des urgences, les PPA sont des sources importantes d'information sur l'état de santé de l'aîné</p>					
Les PPA peuvent participer à identifier les besoins prioritaires et à faire valoir les préférences et les besoins des aînés.	2,00 (1,30)	1,48 (0,51)			
<p>Constat : Selon le personnel infirmier des ÉSLD et des urgences, les PPA peuvent participer à identifier les besoins prioritaires et à faire valoir les préférences et les besoins des aînés.</p>					

les informations les plus pertinentes, afin de guider les décisions et les interventions à l'urgence. Selon les résultats obtenus des deux phases de l'étude, l'information parfois contenue dans le document de transfert manque de spécificité et n'est pas adaptée au contexte de l'urgence et aux décisions qui doivent y être prises, ce qui a également été constaté dans l'étude de Gettel *et al.*, (2019). La recherche d'informations et les clarifications nécessaires prolongent les délais de traitement et la durée de séjour des aînés à l'urgence (Dwyer *et al.*, 2014; Griffiths *et al.*, 2014; Morphet *et al.*, 2014; O'Neill *et al.*, 2015; Peguero-Rodriguez *et al.*, 2021). Enfin, les participants des ÉSLD de l'étude ont relevé des problèmes similaires lors du retour des aînés de l'urgence. Aucune étude n'a exploré ces enjeux jusqu'ici, mais cette étude comble cette lacune en soulignant l'importance d'un processus structuré de transfert de l'information, y compris au retour des aînés à l'ÉSLD. Une documentation précise, pertinente, concise, rapidement accessible, lisible est essentielle pour guider efficacement les soins (Griffiths *et al.*, 2014; Tate *et al.*, 2023).

Le troisième constat est que les urgences ne sont pas adaptées aux besoins spécifiques de la population aînée et de leurs PPA (p.ex., long délai d'attente, bruit continu, absence de routine). Les participants ont mentionné plusieurs répercussions associées à un séjour à l'urgence, telles que le délirium, le déconditionnement et les ulcères de pression, des effets bien documentés dans la littérature (Brucksch *et al.*, 2018; Dwyer *et al.*, 2014; Lemoyne *et al.*, 2019; Peguero-Rodriguez *et al.*, 2023). Diverses initiatives ont vu le jour dans les dernières années pour adapter les urgences aux aînés. Les urgences peuvent maintenant détenir des accréditations « d'urgence gériatrique » remise par l'American College of Emergency Physicians après avoir respecté les lignes directrices (American College of Emergency Physicians *et al.*, 2013). Au Québec, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a également publié un cadre de référence pour aider les urgences à adapter leurs soins et services aux aînés et à leurs PPA (MSSS, 2022). Cependant, il s'agit seulement d'un cadre de référence, sans obligation formelle. Aux États-Unis, malgré la diffusion des lignes directrices des urgences gériatriques, la présence de ces urgences demeure hétérogène et un faible niveau de conformité est constaté (Southerland *et al.*, 2020). Ainsi, les efforts doivent se poursuivre, quitte à rendre les établissements redevables.

Le dernier constat de cette étude souligne que la présence des PPA est jugée essentielle tant dans les ÉSLD qu'à l'urgence, mais cela présente des défis. Au Québec, le rôle des PPA est reconnu officiellement depuis 2020 avec l'adoption de la Loi visant à reconnaître et à soutenir les PPA de laquelle découle une politique nationale et un plan d'action gouvernemental (MSSS, 2021a; MSSS, 2021b). Les participants de l'étude ont souligné l'importance d'inclure les PPA dans la planification des soins, de reconnaître leur expertise et de respecter leurs besoins, des objectifs visés par le plan d'action (MSSS, 2021b). Toutefois, comme soulevé par les participants, il existe un décalage entre ces principes et leur mise en œuvre en contexte clinique. Par exemple, l'aménagement physique de l'urgence ne permet pas toujours aux PPA de demeurer au chevet de l'aîné. De plus, il est nécessaire de sensibiliser le personnel soignant à la bientraitance des PPA. Certaines pratiques, parfois influencées par

des contraintes organisationnelles ou un manque de ressources, peuvent entraîner des comportements maltraitants envers les PPA de la part du personnel soignant (Éthier *et al.*, 2020, 2022). Ces manifestations de maltraitance peuvent se transparaitre par le fait d'imposer le rôle de PPA et sur-responsabiliser, normaliser leur rôle, nier leurs besoins, porter des jugements sur leur façon de faire, et nier leur expertise et leur contribution familiale (Éthier *et al.*, 2020, 2022).

Le tableau 5 présente les recommandations qui touchent la formation, la pratique clinique et la recherche infirmière.

Limites

Malgré la rigueur méthodologique, la taille d'échantillon limité de l'étude a restreint la portée des analyses statistiques, puisque la puissance statistique n'a pas pu être atteinte, rendant nécessaire l'interprétation des résultats avec prudence. De plus, seules les perceptions du personnel infirmier et cadre des ÉSLD du réseau public et des urgences d'une seule région administrative au Québec ont été incluses. Cependant, les résultats sont corroborés par plusieurs études publiées. Par ailleurs, le recrutement des participants, réalisé durant la pandémie de la COVID-19, s'est buté à plusieurs obstacles, dont l'impossibilité de recruter en personne. Considérant ce contexte, tous les efforts nécessaires et possibles ont été déployés, dont une modification du protocole de recherche. Enfin, le contexte pandémique a pu influencer les perceptions, certains événements décrits s'étant déroulés avant la pandémie et d'autres pendant la pandémie.

CONCLUSION

Cette étude met de l'avant les perceptions du personnel infirmier et cadre des ÉSLD du réseau public et des urgences dans le contexte de la transition d'un aîné d'un ÉSLD vers l'urgence. Les perceptions entre le personnel infirmier de ces deux milieux étaient similaires, particulièrement quant aux problématiques vécues. Par l'intégration des résultats à la fois quantitatifs et qualitatifs, il a été possible de tirer plusieurs constats, dont le fait que la transition des aînés des ÉSLD vers l'urgence est influencée par les ressources humaines et matérielles accessibles au sein même des ÉSLD, que le transfert de l'information est inefficace, que l'environnement de l'urgence n'est pas adapté aux besoins des aînés, et que l'intégration des PPA est perçue comme nécessaire, mais non moins sans défis. Enfin, il est important de mettre la lumière sur l'importance du rôle infirmier, tant dans la coordination et la continuité des soins que dans l'expertise gériatrique nécessaire. Le personnel infirmier joue également un rôle non négligeable dans l'intégration des PPA et dans leur bien-être dans ce type de transition. Il demeure que plusieurs actions sont nécessaires afin d'améliorer le processus transitionnel des aînés des ÉSLD vers l'urgence, ainsi que dans l'instauration pérenne de stratégies axées sur l'amélioration de ce type de transition.

AXES	RECOMMANDATIONS
FORMATION	<p>Formation initiale Il est recommandé de :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sensibiliser et outiller les futurs professionnels de la santé : • Sur les approches adaptées aux aînés dans divers contextes, notamment dans les ÉSLD et à l'urgence. • Sur les enjeux relatifs à la proche aidance, notamment les impacts possibles d'être PPA, les rôles et responsabilités et la bientraitance des PPA. • Exposer les futurs professionnels de la santé à diverses situations d'apprentissage relatifs aux approches à la personne âgée et à la proche aidance via différentes stratégies pédagogiques. <p>Formation continue Il est recommandé aux ÉSLD et aux urgences d' :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Encourager et offrir de la formation continue au personnel soignant sur les soins aux aînés et leurs particularités (en respect aux besoins de chaque milieu), ainsi que sur les notions de bientraitance des PPA. • Offrir de la formation continue conjointe (entre les milieux des urgences et des ÉSLD) afin de rehausser les connaissances communes et la relation entre le personnel soignant. • Utiliser la boîte à outils « La bientraitance des personnes proches aidantes : une responsabilité partagée » dans la formation des professionnels de la santé.
PRATIQUE CLINIQUE	<p>ÉSLD (en respect aux différentes missions et étendue de pratique possible de chaque type d'ÉSLD) : Il est recommandé d'/de :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Assurer la présence de personnel soignant qualifié et formé dans les soins aux aînés en nombre suffisant sur chaque quart de travail. • Assurer qu'un niveau d'intervention médicale (NIM) soit déterminé pour tous les résidents et mis à jour périodiquement. • Discuter et sensibiliser les PPA au NIM et ces implications. • Faciliter l'accès à un médecin ou à une infirmière praticienne spécialisée (IPS). • Utiliser différents moyens technologiques pour maintenir le lien et la communication avec les PPA. • Adopter et assurer l'utilisation d'un formulaire standardisé afin de permettre un transfert optimal de l'information entre les ÉSLD et l'urgence lors de la transition d'un aîné vers l'urgence. • Utiliser une liste de vérification lors de la préparation au transfert d'un aîné vers l'urgence. • Initier ou adopter des programmes (p.ex., Programme INTERACT) ayant pour but de diminuer le nombre de transferts vers l'urgence ou de les améliorer, le cas échéant. • Utiliser la télémédecine. • Utiliser et diffuser la boîte à outils « La bientraitance des personnes proches aidantes : une responsabilité partagée » auprès des PPA. <p>Urgence : Il est recommandé d'/de :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adopter les principes des urgences gériatriques, dont : • Adapter l'environnement physique aux besoins des aînés et afin d'assurer leur confort et celui de leur PPA. • Assurer des soins de base chez les aînés (p.ex., hygiène, hydratation, alimentation). • Utiliser des outils validés pour évaluer les différents risques chez les aînés (p.ex., chute, délirium) et les syndromes gériatriques. • Prodiger des soins aux aînés via une équipe multidisciplinaire (p.ex., médecin, infirmière spécialisée en gériatrie, travailleur social et physiothérapeute). • Inclure les PPA lors de la planification des congés à l'urgence. • Au congé, offrir de l'information écrite, simple et accessible à la personne âgée et à sa PPA. • Adopter et assurer l'utilisation d'un formulaire standardisé afin de permettre un transfert optimal de l'information vers les ÉSLD une fois le congé par l'aîné obtenu de l'urgence. • Sensibiliser le personnel soignant de l'urgence sur les différents types d'ÉSLD et leur offre de service.
RECHERCHE	<p>Il est recommandé d'/de :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reproduire cette étude dans d'autres régions du Québec et du Canada, afin d'établir un portrait général de la situation. • Effectuer des études à la fois transversales et longitudinales permettant d'identifier et d'évaluer des interventions pouvant diminuer ou améliorer la transition des aînés des ÉSLD vers l'urgence. • Encourager le recrutement de préposés aux bénéficiaires, d'aide-soignant, ainsi que le personnel infirmier des ÉSLD, dont des résidences privées pour aînés. • Poursuivre les efforts afin d'enrichir la littérature scientifique concernant la maltraitance envers les PPA (sensibilisation, dépistage et interventions), notamment celle engendrée par les institutions.

IMPLICATIONS POUR LES SOINS INFIRMIERS D'URGENCE

Plusieurs lacunes ont été identifiées à propos de la transition des aînés des ÉSLD vers l'urgence. Les infirmières d'urgence jouent un rôle clé à plusieurs égards.

1. Afin d'améliorer la qualité des soins dans les ÉSLD et à l'urgence, il est essentiel de mettre en place des systèmes efficaces pour le transfert de l'information entre ces deux établissements, que ce soit par le développement de protocoles de communication ou de formulaires standardisés de transfert.
2. Les infirmières d'urgence doivent détenir des connaissances gériatriques approfondies afin d'offrir des soins adaptés à cette clientèle. Le respect des lignes directrices pour les urgences gériatriques est d'ailleurs fortement encouragé.
3. Il est encouragé d'intégrer les PPA dans les soins offerts à l'urgence, notamment lors de la planification des congés, et ce, dans une approche bienveillante à leur égard. 🌱

LES AUTEURES

Gabriela Peguero-Rodriguez

Inf., Ph.D.

a réalisé son doctorat en sciences infirmières à l'École des sciences infirmières, à la Faculté des sciences de la santé à l'Université d'Ottawa (Ontario, Canada). Elle est actuellement professeure adjointe au Département des sciences infirmières de l'Université du Québec en Outaouais (UQO) (Québec, Canada).

Viola Polomeno

Inf., Ph.D.

est professeure auxiliaire à l'École des sciences infirmières, Faculté des sciences de la santé, Université d'Ottawa (Ontario, Canada). Elle était la directrice de thèse de doctorat de la première auteure. Chantal Backman, Inf., Ph.D., est professeure agrégée à l'École des sciences infirmières, Faculté des sciences de la santé, Université d'Ottawa (Ontario, Canada). Elle est chercheuse affiliée à l'Institut de recherche de l'Hôpital d'Ottawa et à l'Institut de recherche Bruyère. Elle a fait partie du comité de thèse de la première auteure.

Julie Chartrand

Inf., Ph.D.

est professeure agrégée à l'École des sciences infirmières, Faculté des sciences de la santé, Université d'Ottawa (Ontario, Canada). Elle est chercheuse affiliée à l'Institut de recherche du Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario (CHEO). Elle a fait partie du comité de thèse de la première auteure.

Michelle Lalonde

Inf., Ph.D.

est professeure agrégée à l'École des sciences infirmières, Faculté des sciences de la santé, Université d'Ottawa (Ontario, Canada). Elle est chercheuse sénior à l'Institut du Savoir Montfort et titulaire de la Chaire de recherche sur la santé des francophones de l'Ontario. Elle était la co-directrice de thèse de doctorat de la première auteure.

DÉCLARATION DE CONFLITS D'INTÉRÊTS

Les auteures ne déclarent aucun conflit d'intérêts.

NUMÉRO DU CERTIFICAT D'ÉTHIQUE

L'étude a reçu les approbations éthiques des comités d'éthique de la recherche de l'Université d'Ottawa (H-10-20-6151), du CISSS de l'Outaouais (Projet 2020-319_169) et de l'Université du Québec en Outaouais (Projet # 2022-1585).

CONTRIBUTIONS DES AUTEURS – ÉNONCÉ CREDIT

Gabriela Peguero-Rodriguez : Conceptualisation, méthodologie, investigation, analyse formelle, conservation des données, Rédaction – Version originale.

Viola Polomeno : Rédaction – révision et édition, supervision.

Chantal Backman : Rédaction – révision et édition.

Julie Chartrand : Rédaction – révision et édition.

Michelle Lalonde : Rédaction – révision et édition, supervision.

SOURCE DE FINANCEMENTS

La première auteure de cet article a reçu les financements suivants pour la réalisation de son étude de recherche doctorale : Bourse ministère de l'Éducation supérieure-Universités pour la relève professorale en sciences infirmières, Bourse d'études supérieures de l'Ontario (BÉSO) et des bourses de la Fondation des infirmières et infirmiers du Canada

NOTES

1. La taille de l'échantillon varie entre 27 et 28 participants, puisque certaines questions n'ont pas été répondues par tous les participants. Afin d'avoir le détail du nombre de répondants par énoncé, il est possible d'y avoir accès dans la section « données supplémentaires » de l'article.
2. La taille de l'échantillon varie entre 8 et 10 participants, puisque certaines questions n'ont pas été répondues par tous les participants. Afin d'avoir le détail du nombre de répondants par énoncé, il est possible d'y avoir accès dans la section « données supplémentaires » de l'article.

RÉFÉRENCES

American College of Emergency Physicians, The American Geriatrics Society, Emergency Nurses Association & Society for Academic Emergency Medicine. (2013). *Geriatric emergency department guidelines*. <https://www.acep.org/globalassets/sites/geda/documents/geda-guidelines.pdf>

Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp0630a>

Braun, V. & Clarke, V. (2022). *Thematic analysis: A practical guide*. Sage.

Brucksch, A., Hoffmann, F. & Allers, K. (2018). Age and sex differences in emergency department visits of nursing home residents: A systematic review. *BMC Geriatrics*, 18(1), Article 151. <https://doi.org/10.1186/s12877-018-0848-6>

Choi, Y. R. & Chang, S. O. (2022). Nurses' conceptualizations of managing emergencies in nursing homes. *Nursing & Health Sciences*, 24(1), 113-122. <https://doi.org/10.1111/nhs.12900>

Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2^e éd.). Lawrence Erlbaum Associates.

Commissaire à la santé et au bien-être. (2017). *Utilisation des urgences en santé mentale et en santé physique au Québec* [Rapport d'appréciation de la performance]. Gouvernement du Québec. <https://www.csbe.gouv.qc.ca/publication/utilisation-urgences-sante-mentale-sante-physique-quebec.html>

Creswell, J. & Plano Clark, V. L. (2018). *Designing and conducting mixed methods research* (3^e éd.). Sage.

Dallaire, C., Hardy, M.-S. & Hegg, S. (2018). Identifier les besoins des personnes âgées transférées aux urgences depuis une résidence pour personnes âgées: une revue de littérature. *Revue Francophone Internationale de Recherche Infirmière*, 4(2), 107-115. <https://doi.org/10.1016/j.refiri.2017.11.005>

Dwyer, R., Gabbe, B., Stoelwinder, J. U. & Lowthian, J. (2014). A systematic review of outcomes following emergency transfer to hospital for residents of aged care facilities. *Age and Ageing*, 43(6), 759-766. <https://doi.org/10.1093/ageing/afu117>

Éthier, S., Andrianova, A., Beaulieu, M., Perroux, M., Boisclair, F. & Guilbeault, C. (2022). En contexte de proche aidance, la personne maltraitée n'est pas toujours celle que l'on pense! *Gérontologie et Société*, 44(169), 65-84. <https://doi.org/10.3917/gst.169.0065>

Éthier, S., Beaulieu, M., Perroux, M., Andrianova, A., Boisclair, F. & Guay, M.-C. (2020). Favoriser la bienveillance pour que proche aidance ne rime plus avec maltraitance. *Intervention*, 1(151), 33-46. https://revueintervention.org/wp-content/uploads/2020/10/ri_151_2020.1_%C3%89thier_Beaulieu_Perroux_Andrianova_Fortier_Boisclair_Guay.pdf

Gettel, C. J., Merchant, R. C., Li, Y., Long, S., Tam, A., Marks, S. J. & Goldberg, E. M. (2019). The impact of incomplete nursing home transfer documentation on emergency department care. *Journal of the American Medical Directors Association*, 20(8), 935-941.e933. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2018.09.008>

Griffiths, D., Morphet, J., Innes, K., Crawford, K. & Williams, A. (2014). Communication between residential aged care facilities and the emergency department: A review of the literature. *International Journal of Nursing Studies*, 51(11), 1517-1523. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.06.002>

Gurung, A., Romeo, M., Clark, S., Hocking, J., Dholand, S. & Broadbent, M. (2022). The enigma: Decision-making to transfer residents to the emergency department; communication and care delivery between emergency department staff and residential aged care facilities' nurses. *Australasian Journal on Ageing*, 41(4), e348e355. <https://doi.org/10.1111/ajag.13044>

Gurung, A., Sendall, M. C. & Barnard, A. (2021). To transfer or not to transfer: Aged care nurses' decision-making in transferring residents to the emergency department. *Collegian*, 28(2), 162-170. [https://doi.org/10.1016/j.collegn.2020.05.008](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.collegn.2020.05.008)

Institut de la statistique du Québec. (2023). *Portrait des personnes âgées au Québec – Portrait complet*. Gouvernement du Québec. <https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/portrait-personnes-agees-quebec.pdf> Kaakinen, J. R. (2018). Theoretical foundations for the nursing of families. Dans J. R. Kaakinen, D. P. Coelho, R. Steele & M. Robinson (dir.), *Family health care nursing: Theory, practice, and research* (6^e éd., p. 27-51). F. A. Davis Company.

Laging, B., Bauer, M., Ford, R. & Nay, R. (2014). Decision to transfer to hospital from the residential aged care setting: A systematic review of qualitative evidence exploring residential aged care staff experiences. *JBI Evidence Synthesis*, 12(2), 263-388. <https://doi.org/10.11124/jbisrir-2014-1141>

Laging, B., Ford, R., Bauer, M. & Nay, R. (2015). A meta-synthesis of factors influencing nursing home staff decisions to transfer residents to hospital. *Journal of Advanced Nursing*, 71(10), 2224-2236. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/jan.12652>

Lemoyne, S. E., Herbots, H. H., De Blick, D., Remmen, R., Monsieurs, K. G. & Van Bogaert, P. (2019). Appropriateness of transferring nursing home residents to emergency departments: A systematic review. *BMC Geriatrics*, 19(1), Article 17. <https://doi.org/10.1186/s12877-019-1028-z>

Malterud, K., Siersma, V. D. & Guassora, A. D. (2016). Sample size in qualitative interview studies: Guided by information power. *Qualitative Health Research*, 26(13), 1753-1760. <https://doi.org/10.1177/1049732315617444>

Marincowitz, C., Preston, L., Cantrell, A., Tonkins, M., Sabir, L. & Mason, S. (2022). Factors associated with increased emergency department transfer in older long-term care residents: A systematic review. *The Lancet Healthy Longevity*, 3(6), e437e447. [https://doi.org/10.1016/S2666-7568\(22\)00113-1](https://doi.org/10.1016/S2666-7568(22)00113-1)

Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E.-O., Messias, D. K. H. & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: An emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12-28. <https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2021a). *Politique nationale pour les personnes proches aidantes: reconnaître et soutenir dans le respect des volontés et des capacités d'engagement* (Publication n° 21-835-01W). Gouvernement du Québec. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003000>

Ministère de la santé et des services sociaux. (2021b). *Plan d'action gouvernemental pour les personnes proches aidantes 2021-2026 – Reconnaître pour mieux soutenir* (Publication n° 21-835-11W). Gouvernement du Québec. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003191/>

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2022). *Cadre de référence: vers un service d'urgence adapté pour la personne âgée* (Publication n° 22-905-03W) [Guide]. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003342/>

Morphet, J., Griffiths, D. L., Innes, K., Crawford, K., Crow, S. & Williams, A. (2014). Shortfalls in residents' transfer documentation: Challenges for emergency department staff. *Australasian Emergency Care*, 17(3), 98-105. <https://doi.org/10.1016/j.aenj.2014.03.004>

Nguyen, P. T., Liaw, S. Y., Tan, A. J. Q., Rusli, K. D. B., Tan, L. L. C., Goh, H. S. & Chua, W. L. (2022). "Nurses caught in the middle": A qualitative study of nurses' perspectives on the decision to transfer deteriorating nursing home residents to emergency departments in Singapore. *Collegian*, 29(4), 430-437. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.colegn.2021.10.013>

O'Neill, B., Parkinson, L., Dwyer, T. & Reid-Searl, K. (2015). Nursing home nurses' perceptions of emergency transfers from nursing homes to hospital: A review of qualitative studies using systematic methods. *Geriatric Nursing*, 36(6), 423-430. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2015.06.001>

O'Reilly, P. A.-O., O'Brien, B., Graham, M. A.-O., Murphy, J., Barry, L., Doody, O., Fahy, A., Hoey, C., Kiely, M., Lang, D., Meskill, P., O'Doherty, J., O'Keefe, J., Tuohy, D. & Coffey, A. (2019). Key stakeholders' perspectives on the development of a national transfer document, for older persons, when transferring between the residential and acute care settings: A qualitative descriptive study. *International Journal of Older People Nursing*, 14(4), e12254. <https://doi.org/10.1111/ijn.12254>

Peguro-Rodriguez, G. (2024). *Une étude multiméthode sur la transition des aînés des établissements de soins de longue durée vers l'urgence: état de la littérature, perceptions des personnes proches aidantes, du personnel infirmier et du personnel cadre* [thèse de doctorat, Université d'Ottawa]. <https://doi.org/10.20381/ruor-30667>

Peguro-Rodriguez, G. & Polomeno, V. (2023). Intégrer une théorie à une étude à méthodes mixtes: un exemple utilisant la théorie des transitions. *Revue Francophone Internationale de Recherche Infirmière*, 9(1), Article 100290. <https://doi.org/10.1016/j.rfiri.2023.100290>

Peguro-Rodriguez, G., Polomeno, V. & Lalonde, M. (2021). Le transfert des aînés des résidences pour personnes âgées vers l'urgence: l'état actuel des connaissances. *Soins d'urgence*, 2(1), 11-20. <https://doi.org/10.7202/1101991ar>

Peguro-Rodriguez, G., Polomeno, V., Backman, C., Chartrand, J. & Lalonde, M. (2023). The experience of families accompanying a senior to the emergency department: A scoping review. *Journal of Emergency Nursing* 49(4), 611-630. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2023.03.005>

Polit, D. F. & Beck, C. T. (2021). Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice (11^e éd.). Wolters Kluwer.

Shajani, Z. & Snell, D. (2023). *Wright & Leahey's nurses and families: A guide to family assessment & interventions* (8^e éd.). F. A. Davis Southerland, L. T., Lo, A. X., Biese, K., Arendts, G., Banerjee, J., Hwang, U., Dresden, S., Argento, V., Kennedy, M., Sheniv, C.

L. & Carpenter, C. R. (2020). Concepts in practice: Geriatric emergency departments. *Annals of Emergency Medicine*, 75(2), 162-170. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2019.08.430>

Steinmiller, J., Routasalo, P. & Suominen, T. (2015). Older people in the emergency department: A literature review. *International Journal of Older People Nursing*, 10(4), 284-305. <https://doi.org/10.1111/ijn.12090>

Stephens, C. E., Halifax, E., David, D., Bui, N., Lee, S. J., Shim, J. & Ritchie, C. S. (2020). "They don't trust us": The influence of perceptions of inadequate nursing home care on emergency department transfers and the potential role for telehealth. *Clinical Nursing Research*, 29(3), 157-168. <https://doi.org/10.1177/1054773819835015>

Tate, K., Ma, R., Reid, R. C., McLane, P., Waywitka, J., Cummings, G. E. & Cummings, G. G. (2023). A first look at consistency of documentation across care settings during emergency transitions of long-term care residents. *BMC Geriatrics*, 23(1), Article 17. <https://doi.org/10.1186/s12877-023-03731-6>

Trahan, L. M., Spiers, J. A. & Cummings, G. G. (2016). Decisions to transfer nursing home residents to emergency departments: A scoping review of contributing factors and staff perspectives. *Journal of the American Medical Directors Association*, 17(11), 994-1005. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2016.05.012>

Unroe, K. T., Hickman, S. E., Carnahan, J. L., Hass, Z., Sachs, G. & Arling, G. (2018). Investigating the avoidability of hospitalizations of long stay nursing home residents: Opportunities for improvement. *Innovation in Aging*, 2(2), 1-9. <https://doi.org/10.1093/geron/igy017>



ᐃᓄᐱᐱᐱ ᐅᓄᓄᐱᐱ ᐱᓄᓄᐱᐱ ᐱᓄᓄᐱᐱ
UNGAVA TULAT'AVIK HEALTH CENTER
CENTRE DE SANTÉ TULAT'AVIK DE L'UNGAVA

PERSONNEL INFIRMIER RECHERCHÉ

- Prime de vie chère, d'éloignement et de rétention jusqu'à 49 925 \$ / année
- Prime de rôle élargi jusqu'à 11 270 \$ / année
- Transport et logement meublé fournis
- Jusqu'à 16 semaines de sorties annuelles
- Possibilité de temps partiel occasionnel et temps partagé (4/4, 5/5, 6/6 sem)
- Congé nordique accepté dans un délai de 45 jours
- Accès gratuit au gym à Kuujuaq
- Une super équipe de 10 conseillers en soins infirmiers pour vous soutenir
- Un suivi personnalisé par notre conseillère en dotation DSI

Venez vivre une expérience culturelle unique et enrichissante au sein de la communauté inuite de la baie d'Ungava.



tulattavik.com


**RÉVISÉ
PAR LES
PAIRS**

Les algorithmes décisionnels en soutien aux personnes infirmières novices à l'urgence

Decision-making Algorithms to Support Novice Emergency Nurses

par **Émilie Bourdeau, Elisa Mileto et Mélanie Marceau**

Mots-clés/Keywords : prise de décision, infirmières novices, service d'urgence, algorithmes décisionnels; *decision-making, novice nurses, emergency department, decision-making algorithms*

RÉSUMÉ/ABSTRACT

La prise de décision infirmière à l'urgence constitue un processus complexe, particulièrement pour les personnes infirmières novices, en raison de leur expérience clinique limitée. Ce processus repose notamment sur l'évaluation de la personne soignée, l'analyse des options d'intervention et le choix de l'intervention la plus appropriée. Dans un contexte marqué par des ressources humaines et financières limitées, ainsi que par une pénurie de personnel infirmier expérimenté, le soutien offert aux personnes infirmières novices peut être réduit, ce qui accentue les défis liés à la prise de décision clinique. Cet article vise donc à mieux comprendre les enjeux associés au processus décisionnel chez les personnes infirmières novices

à l'urgence. Pour ce faire, il présente d'abord les concepts théoriques liés à la prise de décision infirmière et aux facteurs qui l'influencent, puis illustre leur mise en application dans un contexte réel à l'urgence, où des algorithmes décisionnels visant à soutenir la prise de décision clinique ont été élaborés et implantés.

Nursing decision-making in the emergency department is a complex process, particularly for novice nurses, due to their limited clinical experience. This process relies on the assessment of the patient, the analysis of intervention options, and the selection of the most appropriate course of action. In a context marked by limited human

and financial resources, as well as a shortage of experienced nursing staff, the support available to novice nurses may be reduced, thereby increasing the challenges associated with clinical decision-making. This article therefore aims to better understand the issues associated with the decision-making process among novice nurses in the emergency department. To this end, it first presents the theoretical concepts related to nursing decision-making and the factors that influence it, and concludes with their application in a real emergency department setting, during which decision-making algorithms designed to support clinical decision-making were developed and implemented.

INTRODUCTION

La prise de décision constitue une tâche complexe pour les personnes infirmières novices (PIN), c'est-à-dire pour toutes les personnes nouvellement diplômées ou qui amorcent une pratique dans un nouveau milieu (1). Dans le contexte actuel de restriction budgétaire et de limitations de la dotation des postes de soutien clinique, les établissements de santé disposent de ressources limitées pour soutenir adéquatement les PIN dans leur processus décisionnel (2-6). Cette réalité est particulièrement préoccupante à l'urgence, notamment au Québec. En effet, les nombreuses contraintes organisationnelles inhérentes aux urgences québécoises, telles que la hausse des ratios infirmière-personnes soignées et l'augmentation des temps supplémentaires obligatoires (TSO), ont entraîné un taux élevé de roulement chez le personnel infirmier (7). Le roulement de personnel correspond au rapport entre la moyenne des départs des personnes infirmières et le nombre de personnes infirmières occupant un poste à l'urgence (8). Ce roulement de personnel contribue à la pénurie de personnes infirmières, mais, surtout, à une pénurie d'expertise clinique à l'urgence (9).

Parmi les conséquences découlant de cette pénurie d'expertise clinique, le soutien assuré par les personnes infirmières d'expérience a été grandement réduit, ce qui oblige les PIN à prendre en charge, sans soutien clinique adéquat, une clientèle à l'urgence instable ou potentiellement instable. Or, ce soutien joue un rôle central dans l'accompagnement des PIN, notamment pour répondre à leurs besoins liés à l'acquisition de connaissances et de compétences (10). La capacité à prendre des décisions constitue d'ailleurs l'une des compétences à développer chez les PIN (11). En effet, les PIN sont appelées à développer quatre compétences clés, soit : les soins infirmiers, les relations humaines et la communication, la prise de décision et la résolution de problèmes, et le développement ainsi que l'assurance de la qualité des soins (12). Considérant l'acuité des soins présente dans les urgences, il est particulièrement important que les personnes infirmières mobilisent de façon efficiente leurs compétences.

Selon l'Association des infirmières et infirmiers d'urgence du Québec (AIIUQ), les personnes infirmières œuvrant à l'urgence doivent maîtriser parfaitement leur rôle et valoriser pleinement leur expertise clinique (13). L'expertise clinique se définit comme étant la capacité à mobiliser de manière intégrée des connaissances théoriques et pratiques pour analyser et agir efficacement dans des situations (14). Cette expertise clinique se développe d'ailleurs progressivement, à travers l'expérience pratique, en mettant en application et en affinant continuellement ses connaissances dans des contextes réels de soins (14,15). L'importance de maîtriser cette expertise clinique est cruciale, puisque le fonctionnement optimal de l'urgence repose sur plusieurs facteurs, dont la capacité des professionnels à prendre des décisions cliniques appropriées (16). À l'urgence, la personne infirmière est généralement le premier professionnel de la santé à entrer en contact avec les personnes soignées. Il est donc essentiel qu'elle puisse exercer pleinement et avec compétence les activités relevant de son champ d'exercice. À cet égard, ce sont plus fréquemment leurs trois premières activités réservées, qui seront mobilisées : « évaluer la condition physique et mentale d'une personne symptomatique », « exercer une surveillance clinique de la condition des personnes dont l'état de santé présente des risques, incluant le monitoring et les ajustements du plan thérapeutique infirmier », et « initier des mesures diagnostiques

et thérapeutiques selon une ordonnance » (17). Or, la diminution du soutien clinique limite les occasions d'apprentissage et les occasions d'obtenir de la rétroaction. Pourtant, ces occasions sont nécessaires au développement de la capacité de prise de décision. Le manque d'accompagnement auprès des PIN en matière de prise de décision représente donc un enjeu préoccupant justifiant une réflexion sur des stratégies à mettre en place pour mieux les soutenir.

Avec l'objectif de soutenir les PIN dans leur prise de décision, un stage en pratique infirmière avancée (PIA) a permis de développer et d'implanter une solution prometteuse dans une urgence : des algorithmes décisionnels. Afin de mieux comprendre le choix derrière cette solution, nous présenterons les concepts théoriques liés à la prise de décision infirmière et les facteurs qui l'influencent. Nous décrirons ensuite l'application dans un contexte réel d'urgence, à travers l'élaboration d'algorithmes décisionnels destinés à soutenir la prise de décision clinique.

LA PRISE DE DÉCISION INFIRMIÈRE

La prise de décision constitue une composante essentielle de la pratique infirmière. Ces décisions en lien avec la prise en charge des personnes soignées influencent directement la qualité et la sécurité des soins prodigués (2,6,12,13,15). Une mauvaise prise de décision infirmière peut mener à une utilisation sous-optimale des ressources, à des retards dans les traitements, à une augmentation de l'insatisfaction ainsi qu'à des conséquences défavorables pour les personnes soignées (11). À l'inverse, une bonne prise de décision favorise la prestation de soins sécuritaires et efficaces et contribue à réduire le risque de complications, de morbidité et de mortalité, particulièrement à l'urgence (18).

La compréhension du terme « prise de décision » est essentielle. La prise de décision infirmière correspond à un processus complexe comprenant une succession de décisions cliniques qui reposent sur la collecte de données subjectives et objectives relatives à l'état de la personne soignée (19). Une fois recueillies, ces données sont ensuite analysées de manière rigoureuse, afin de mettre en œuvre des interventions ciblées visant à l'atteinte des résultats souhaités (19). La prise de décision est influencée par de nombreux facteurs, tels que l'environnement de travail et l'expérience (19). Parmi tous les facteurs influençant la prise de décision, l'expérience a un grand impact et contribue fortement à ce processus complexe (2,20). Le développement de processus décisionnels cliniques efficaces s'effectue de façon interdépendante avec le développement de l'expérience (21). Cependant, les PIN disposent d'une expérience limitée, ce qui ne leur permet pas encore de mobiliser efficacement leurs connaissances et leurs compétences pour prendre des décisions adéquates dans des situations nouvelles (22). Conséquemment, les PIN rencontrent un plus grand défi que leurs consœurs expérimentées à l'urgence, en matière de prise de décision. L'environnement de travail, quant à lui, est aussi un facteur qui influence la prise de décision (20,23,24). À l'urgence, le rythme soutenu et rapide de l'environnement de travail, combiné à la gravité et à la complexité des situations cliniques, exacerbe les difficultés rencontrées par le personnel infirmier dans la prise de décision (20, 25). De plus, la prise en charge clinique des personnes soignées à l'urgence requiert des connaissances vastes et adaptées à tous les groupes d'âge ainsi qu'à leurs particularités biologiques (p. ex. facteurs de risques reliés au sexe) et physiologiques (p. ex. valeur de fièvre gériatrique) (26-28).

LE PROCESSUS DE PRISE DE DÉCISION

Le modèle de prise de décision clinique de O'Neil et collaborateurs illustre la nature multidimensionnelle de ce processus et décrit six étapes distinctes : 1) les données préalables, 2) les connaissances professionnelles, 3) l'anticipation et le contrôle des risques, 4) les soins standardisés, 5) la modification des situations et des personnes soignées et 6) les déclencheurs de la génération d'hypothèses (4). Ces étapes sont résumées dans le Tableau 1 avec leurs descriptions et un exemple concret pour chacune de celles-ci.

Les caractéristiques du raisonnement clinique de la personne novice

La prise de décision clinique repose fortement sur le raisonnement que la personne infirmière applique face à une situation donnée. Comprendre comment ce raisonnement se manifeste chez les PIN permet de mieux adapter la formation et le soutien clinique pour favoriser un développement progressif de l'expertise clinique. Le raisonnement clinique constitue un processus structuré et intégré à la pratique professionnelle (4). Le modèle de raisonnement clinique applicable aux novices se caractérise par cinq caractéristiques distinctes, soit 1) une perception limitée de la situation, 2) la présence de limitations cognitives, 3) l'état de la situation clinique

Tableau 1. Modèle de prise de décision clinique

ÉTAPES	DESCRIPTION	EXEMPLE
1. Données préalables	<ul style="list-style-type: none"> Préparer sa rencontre avec la personne soignée Recueillir les informations nécessaires pour être plus attentif aux signes cliniques pertinents Recenser l'ensemble des informations spécifiques relatives aux personnes soignées 	Lire le dossier d'une personne soignée et y repérer les informations pertinentes
2. Connaissance professionnelle	<ul style="list-style-type: none"> Considérer la connaissance comme la toile de fond de la prise de décision Tenir compte du savoir théorique, des croyances, des hypothèses, des intérêts et de l'expérience de la personne infirmière Reconnaître le caractère évolutif des connaissances Reconnaître que les connaissances peuvent être ajustées 	Organiser sa tournée de début de quart en priorisant les personnes soignées selon leur état et leur potentiel d'instabilité
3. Anticipations et contrôle des risques	<ul style="list-style-type: none"> Identifier et évaluer les risques pour chaque personne soignée lors de l'analyse des données préalables Classer les risques selon leur niveau de gravité Planifier des interventions pouvant être mises en œuvre pour réduire la probabilité d'occurrence des risques jugés plus 	Anticiper le risque d'instabilité hémodynamique et ainsi décider de devant l'intervalle de surveillance des signes vitaux
4. Soins standardisés	<ul style="list-style-type: none"> Se référer aux procédures, aux protocoles et aux pratiques établies au sein des hôpitaux 	Appliquer une ordonnance collective
5. Modifications des situations et des personnes soignées	<ul style="list-style-type: none"> Prendre des décisions malgré les interruptions fréquentes Gérer les sollicitations fréquentes tout en devant gérer des situations d'urgence et plusieurs personnes soignées Tenir compte des changements constants de l'environnement et de la multiplicité des acteurs impliqués dans la prise de décision Favoriser la disponibilité de supervision et de consultation, la clarté des rôles et responsabilités, une dotation adéquate et la présence de temps suffisant pour accomplir les tâches contribuent positivement à la qualité des décisions Connaître l'état de santé de la personne soignée pour orienter sa prise de décision 	En cas de détérioration clinique, décider de devancer le contrôle des signes vitaux et assurer une surveillance clinique plus rapprochée
6. Déclencheurs de la génération d'hypothèse	<ul style="list-style-type: none"> Formuler constamment des hypothèses concernant la personne soignée Générer des hypothèses par une modification de l'état de la personne soignée ou par l'émergence de préoccupations importantes (par exemple : apparition d'un nouveau symptôme, la détérioration ou l'amélioration d'un symptôme existant ou encore une modification du comportement de la personne soignée) Reconnaître que l'efficacité du processus évolue avec le temps. Par exemple, les personnes infirmières expérimentées analysent plus rapidement les données préalables, identifient plus rapidement les risques, formulent l'hypothèse la plus probable et mettent en œuvre les interventions appropriées. 	Reconnaître le risque d'instabilité hémodynamique, émettre l'hypothèse qu'une détérioration clinique est à prévoir et conséquemment assurer une surveillance clinique plus rapprochée

Sources : (4,36)

Tableau 2. Modèle de raisonnement clinique de la personne infirmière novice

CARACTÉRISTIQUES	DESCRIPTION	EXEMPLE
1. Perceptions limitées de la situation	<ul style="list-style-type: none"> Effectuer des observations focalisées et centrées sur un seul problème 	<p>Aller au chevet d'une personne soignée pour accomplir sa tâche de faire un prélèvement sanguin, mais ne pas remarquer la dyspnée de cette dernière</p>
2. Limitations cognitives	<ul style="list-style-type: none"> Éprouver des difficultés à distinguer les problèmes nécessitant une intervention immédiate de ceux qui sont moins prioritaires 	<p>Procéder à l'évaluation abdominale d'une personne soignée admise pour une douleur abdominale, mais ne pas évaluer davantage le nouveau symptôme que présente cette dernière, soit des rectorragies</p>
3. Situation clinique actuelle	<ul style="list-style-type: none"> Identifier un nombre limité d'indices cliniques pertinents dans les situations cliniques qu'elles rencontrent Établir des liens entre les indices et développer une compréhension plus intégrée des situations cliniques en évolution 	<p>Se concentrer uniquement sur la tâche de faire un prélèvement sanguin et ignorer l'état de dyspnée de la personne soignée et le lien avec son apparition de rectorragies</p>
4. Traitement cognitif	<ul style="list-style-type: none"> Adopter un processus cognitif délibéré S'appuyer sur des règles prédéfinies Privilégier une prise de décision plus lente, réfléchie et hésitante Considérer que ce mode est peu compatible avec les exigences de l'urgence (p. ex. rythme rapide, acuité des soins) S'appuyer davantage sur des règles, des procédures et des protocoles pour orienter ses décisions 	<p>Se montrer dépendant de la conduite médicale</p>
5. Environnement pratique	<ul style="list-style-type: none"> Développer le raisonnement clinique comme nécessitant le soutien par un encadrement, un leadership vigilant, une définition claire des rôles et des responsabilités, ainsi que l'accès à des ressources suffisantes Considérer le soutien par des personnes infirmières expérimentées comme étant l'élément le plus déterminant Tenir compte de la disponibilité limitée de personnes infirmières expérimentées 	<p>Avoir le soutien d'une personne infirmière expérimentée lors de son quart de travail pour s'y référer en cas de besoin</p>

Sources : (4,36)

actuelle, 4) le traitement cognitif et 5) l'environnement de pratique (4). Le Tableau 2 présente chaque caractéristique du modèle de raisonnement clinique, sa description ainsi qu'un exemple.

LES ALGORITHMES DÉCISIONNELS

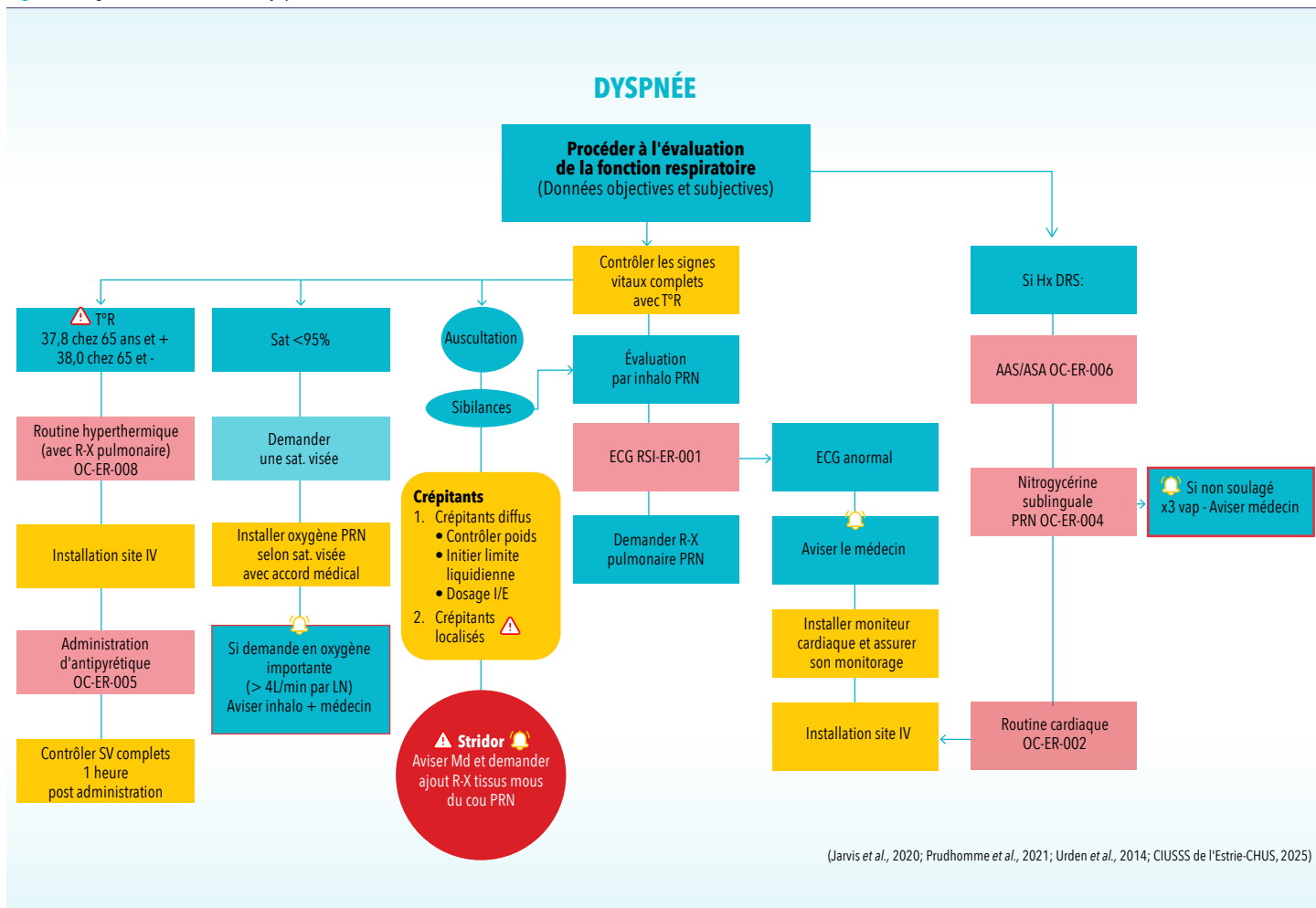
Les deux tableaux précédents ont permis d'illustrer la complexité du processus de la prise de décision ainsi que les caractéristiques du raisonnement clinique chez les PIN. La compréhension de ces deux éléments était essentielle afin de réfléchir à une intervention adaptée pour mieux soutenir la prise de décision des PIN à l'urgence. Parmi les informations recueillies dans ces tableaux, il est important de retenir que les processus cognitifs des PIN sont en développement et que ces dernières vont bénéficier particulièrement d'un recours à des règles, des procédures et protocoles. Ceux-ci servent de guides concrets et renforcent la qualité de la prise de décision chez les PIN.

Les algorithmes décisionnels sont reconnus comme une stratégie innovante et efficace permettant de soutenir les PIN dans l'interprétation des données cliniques et la prise de décision en contexte de soins actifs (29-31). Cette solution est cohérente avec le contexte actuel de pénurie de main-d'œuvre, de restrictions budgétaires et de disponibilité limitée de personnes infirmières expérimentées. Ces outils contribuent à réduire l'écart entre la formation théorique et la formation pratique en offrant un cadre structuré de raisonnement (29). Plusieurs bénéfices ont

été rapportés dans les écrits scientifiques. Tout d'abord, les algorithmes décisionnels soutiennent l'évaluation clinique, facilitent l'identification des causes sous-jacentes aux signes et symptômes et orientent le choix des interventions les plus appropriées (29,30). Ils favorisent également le développement de la pensée critique en proposant une approche systématique de la prise de décision (29). Ensuite, ces outils contribuent à renforcer la confiance des personnes infirmières, à soutenir une prise de décision rapide et à encourager une réflexion approfondie sur les causes potentielles des anomalies cliniques (29). Finalement, en guidant la pratique et en structurant le raisonnement clinique, les algorithmes décisionnels participent ultimement à l'amélioration des résultats cliniques des personnes soignées (29,30). Selon les caractéristiques du raisonnement clinique des PIN présentées précédemment, la prise de décision de ces dernières se caractérise par un processus lent, délibéré et parfois hésitant (4). Dans ce contexte, ces professionnelles s'appuient largement sur des règles, des procédures et des protocoles pour orienter leurs décisions cliniques (4). Ainsi, le développement et l'implantation d'algorithmes décisionnels apparaissent comme une avenue prometteuse pour soutenir leur prise de décision, et ce, en tenant bien compte de leurs caractéristiques.

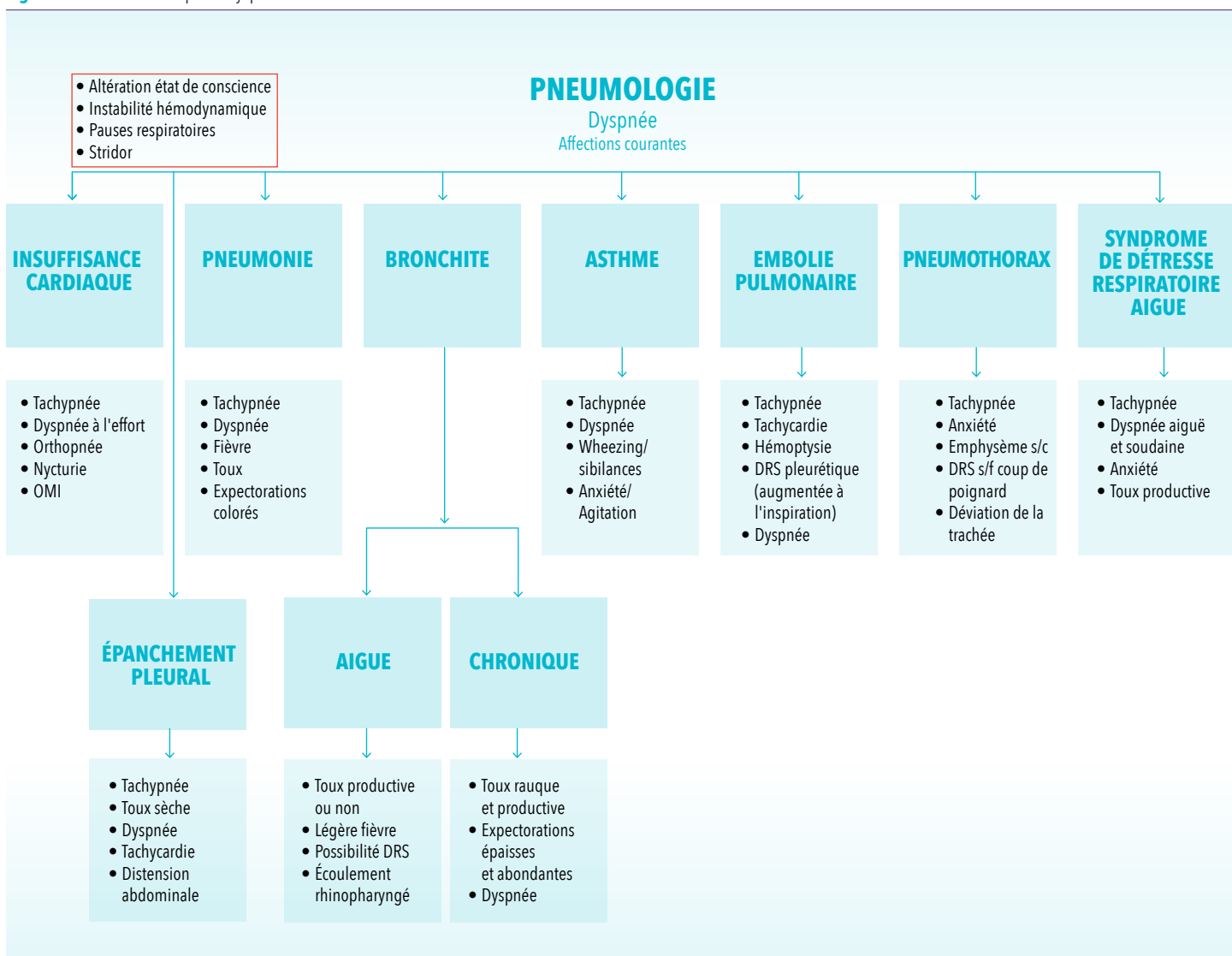
Malgré les nombreux avantages associés aux algorithmes décisionnels, il convient de souligner un point de vigilance en lien avec leur utilisation. En effet, les algorithmes décisionnels ne

Figure 1. Algorithme décisionnel – Dyspnée



(Jarvis et al., 2020; Prudhomme et al., 2021; Urdén et al., 2014; CIUSSS de l'Estrie-CHUS, 2025)

Figure 2. Éléments théoriques - Dyspnée



garantissent pas une certitude scientifique, puisqu'ils reposent principalement sur des consensus d'experts (32), c'est-à-dire, qu'ils reposent sur des recommandations issues de l'expérience et l'opinion des praticiens plutôt que sur des méthodologies scientifiques plus robustes. Ces algorithmes sont donc plutôt inspirés des preuves plutôt que basées sur les preuves scientifiques (33). Il est également recensé que, dans certains contextes, les algorithmes décisionnels peuvent limiter l'exercice du jugement clinique, puisqu'ils encadrent fortement les décisions et peuvent réduire ainsi la capacité d'adapter les interventions aux particularités de la situation clinique (34). Il demeure donc essentiel que les personnes infirmières fassent preuve de vigilance lors de l'utilisation d'algorithmes décisionnels (35). En tout temps, elles doivent juxtaposer l'utilisation de leur jugement clinique à l'utilisation de tout outil de prise de décision (32).

IMPLANTATION D'UN PROJET DANS UNE URGENCE TERTIAIRE D'UN CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DU QUÉBEC

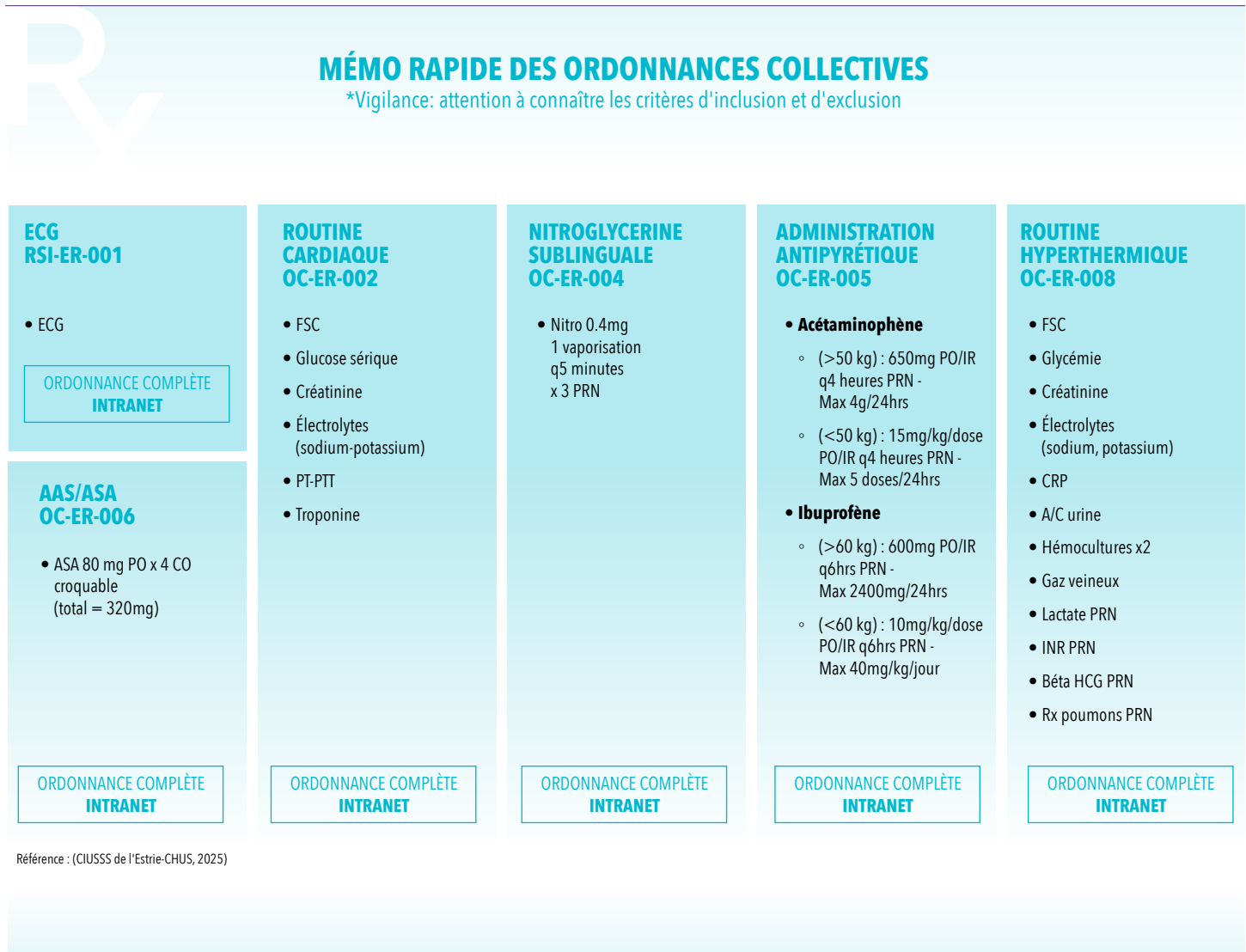
Dans le cadre d'un stage en pratique infirmière avancée de 30 jours, trois algorithmes décisionnels ont été développés et déployés dans une urgence tertiaire d'un centre hospitalier universitaire du Québec (36). La création des algorithmes décisionnels avait

pour objectif de soutenir la prise de décision des PIN dans des contextes cliniques bien spécifiques. Ces algorithmes décisionnels s'inscrivent dans une approche visant à guider et à étayer le raisonnement clinique.

Les algorithmes décisionnels ont été conçus selon une structure visuelle et un format uniforme, et ce, à l'aide de la plateforme Canva^{MD}. Les trois algorithmes décisionnels ont été élaborés à partir des données issues d'écrits scientifiques en sciences infirmières (37-43). Une fois élaborés, ils ont été soumis à une révision par plusieurs acteurs clés, incluant un professeur en sciences infirmières, deux urgentologues, une conseillère en soins infirmiers, une conseillère-cadre clinicienne et une gestionnaire d'urgence. Lors de cette révision, ces professionnels ont été appelés à valider le contenu et le format des algorithmes. Ceci a permis d'ajuster et de bonifier les algorithmes décisionnels afin d'en assurer la pertinence clinique, la clarté et la qualité de ceux-ci.

Un site Internet accessible à tout le personnel infirmier de l'urgence ciblée a été créé afin d'intégrer non seulement les algorithmes décisionnels, mais également l'ensemble des éléments complémentaires nécessaires à leur compréhension et à leur application. Le contenu de ce site comprenait une page d'accueil,

Figure 3. Mémo rapide des ordonnances collectives



une table des matières, une présentation des objectifs liés à ce site, une section sur l'évaluation primaire systématique (ABCDE), une charte de couleurs permettant de mieux comprendre et interpréter le contenu des algorithmes décisionnels, un algorithme de prise en charge générale d'une personne soignée sur civière et les algorithmes décisionnels.

La Figure 1 présente un exemple de l'algorithme décisionnel développé pour soutenir la prise de décision infirmière en contexte de dyspnée (38). L'algorithme permet à la PIN d'être guidée vers les interventions les plus appropriées à réaliser en fonction de ses constats d'évaluation.

La Figure 2 présente les affections les plus courantes entraînant de la dyspnée. On y retrouve, par exemple, l'insuffisance cardiaque, la pneumonie, la bronchite, l'asthme, l'embolie pulmonaire, le pneumothorax et le syndrome de détresse respiratoire aiguë (40,42,43). En complémentarité avec ces affections, une liste de signes et symptômes pour chacune d'elles était énumérée. Ces pages de notions théoriques propres à chaque raison de consultation étaient présentes avant chaque algorithme décisionnel afin d'activer les connaissances de la personne infirmière et d'ainsi faciliter la compréhension de la logique

clinique sous-jacente aux algorithmes décisionnels par les PIN. Aussi, pour chaque algorithme décisionnel, une section (section supérieure gauche) était dédiée à la présentation des signaux d'alerte selon la condition clinique présentée. À titre d'exemple, pour cet algorithme, ces signaux incluaient l'altération de l'état de conscience, l'instabilité hémodynamique, les pauses respiratoires et la présence d'un stridor.

La Figure 3 présente un aide-mémoire portant sur l'application des ordonnances collectives locales et régionales applicables en contexte de dyspnée. Ces aide-mémoires permettaient un accès rapide aux informations essentielles, en précisant notamment le numéro des ordonnances propres au centre hospitalier ciblé, leurs critères d'inclusion et les examens paracliniques requis.

CONCLUSION

Les PIN évoluent dans un système de santé où le soutien à la prise de décision peut s'avérer limité, notamment en contexte de pénurie de personnel et de réorganisations structurelles. À l'urgence, la rareté des personnes infirmières expérimentées, combinée à la complexité croissante des soins, accentue les défis décisionnels déjà inhérents à la pratique à l'urgence. Dans ce contexte, il apparaît essentiel de mieux accompagner les PIN

afin d'assurer la qualité et la sécurité des soins. L'adoption de solutions adaptées aux réalités actuelles des urgences, transférable et ne nécessitant aucun ajout de personnel infirmier supplémentaire, est donc essentielle. L'implantation d'algorithmes décisionnels est une solution qui s'avère prometteuse. Cette dernière est pertinente et adaptée au contexte organisationnel et de la pratique à l'urgence. Ces outils constituent une stratégie structurée permettant de soutenir l'interprétation clinique, de guider l'évaluation, d'orienter les interventions et de favoriser une prise de décision plus rapide et efficace. Cela permet de soutenir le déploiement des compétences infirmières, pilier central d'une prise en charge sécuritaire et de qualité pour les personnes soignées dans nos urgences. 🌱

LES AUTEURES

Émilie Bourdeau

inf., M.Sc.

Conseillère en soins infirmiers, Direction des soins infirmiers
CIUSSS de l'Estrie - CHUS
emilie.bourdeau.ciussse-chus@ssss.gouv.qc.ca

Elisa Mileto

inf., M.Sc.

Infirmière en pratique avancée

Mélanie Marceau

inf., Ph.D.

Professeure agrégée
Université de Sherbrooke

CONFLIT D'INTÉRÊTS

Émilie Bourdeau déclare ne posséder aucun conflit d'intérêts. Elisa Mileto est membre du conseil d'administration de l'AIUQ, mais n'a pas participé à la sélection, à la révision, ni à l'édition de cet article. Elle est également à l'emploi de Santé Québec. Son implication dans cet article est strictement personnelle. Le contenu de cet article n'engage pas Santé Québec. Mélanie Marceau déclare ne posséder aucun conflit d'intérêts.

AIDE FINANCIÈRE

L'auteurice n'a reçu aucun soutien financier pour la rédaction et la publication de cet article

REMERCIEMENT

Nous remercions Camille Laramée pour sa collaboration à ce projet.

RÉFÉRENCES

- Gillespie M, Peterson BL. Helping novice nurses make effective clinical decisions: the situated clinical decision-making framework. *Nurs Educ Perspect*. 2009;30(3):164-170
- Gillespie M. Using the Situated Clinical Decision-Making framework to guide analysis of nurses' clinical decision-making. *Nurse Educ Pract*. 2010;10(6):333-40. doi: 10.1016/j.nepr.2010.02.003
- Kosicka B, Ksykiewicz-Dorota A, Kulczycka K, Stychno. Decision making models in various fields of nursing. *Pol J Public Health*. 2019; 129(3):87-94. doi: 10.2478/pjph-2019-0021
- O'Neill ES, Dluhy NM, Chin E. Modelling novice clinical reasoning for a computerized decision support system. *Adv Nurs*. 2005;49(1):68-77. doi: 10.1111/j.1365-2648.2004.03265.x
- Wahl SE, Thompson AM. Concept Mapping in a Critical Care Orientation Program: A Pilot Study to Develop Critical Thinking and Decision-Making Skills in Novice Nurses. *J Contin Educ Nurs*. 2013;44(10):455-60. doi: 10.3928/00220124-20130916-79
- Yee A. Clinical decision-making in the intensive care unit: A concept analysis. *Intensive Crit Care Nurs*. 2023; 77(103430):1-8. doi: 10.1016/j.iccn.2023.103430
- Bae S-H. Nurse Staffing, Work Hours, Mandatory Overtime, and Turnover in Acute Care Hospitals Affect Nurse Job Satisfaction, Intent to Leave, and Burnout: A Cross-Sectional Study. *Int J Public Health*. 2024;69:1607068. doi: 10.3389/ijph.2024.1607068
- Office québécois de la langue française. Renouvellement du personnel. Dans: *Vitrine linguistique* [En ligne]. 2023. [cité le 7 jan 2026]. Disponible: <https://vitrinelinguistique.oqlf.gouv.qc.ca/fiche-gdt/fiche/8874770/taux-de-renouvellement-du-personnel>
- McIntyre N, Crilly J, Elder E. Factors that contribute to turnover and retention amongst emergency department nurses: A scoping review. *Int Emerg Nurs*. 2024;74:101437. doi: 10.1016/j.ienj.2024.101437
- Edwards D, Hawker C, Carrier J, Rees C. A systematic review of the effectiveness of strategies and interventions to improve the transition from student to newly qualified nurse. *Int J Nurs Stud*. 2015;52(7):1254-68. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2015.03.007
- Zainal NH, Islam MA, Rasudin NS, Mamat Z, Hanis TM, Hasani WSR, Musa KI. Critical Thinking and Clinical Decision Making Among Registered Nurses in Clinical Practice: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Nurs Rep*. 2025;15(175):1-19. doi: 10.3390/nursrep15050175
- Jewell A. Supporting the novice nurse to fly: A literature review. *Nurse Educ Pract*. 2013;13(4):323-7. doi: 10.1016/j.nepr.2013.04.006
- Roy M-A, Fontaine G, Peguero-Rodriguez G, Lepitre M, Roy J, Arseneault J. Le déploiement du rôle infirmier à l'urgence: réflexions et constats d'un panel d'experts. *Soins d'urgence*. 2022;3(2):44. doi: 10.7202/1096439ar
- McHugh MD, Lake ET. Understanding Clinical Expertise: Nurse Education, Experience, and the Hospital Context. *Res Nurs Health*. 2010;33(4):276-287. doi: 10.1002/nur.20388
- Benner P. From Novice to Expert. *Am J Nurs*. 1982;82(3):402-407
- Abu Arra AY, Ayed A, Toqan D, Albashtawy M, Salameh B, Sarhan AL, Batran A. Factors influencing nurses' clinical decision-making in emergency departments. *J Health Care*. 2023(60):1-6. doi: 10.1177/00469580231152080.
- Profession infirmière: champs d'exercice et activités réservées [En ligne]. Montréal (Qc): Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec; 2024. OIIQ 2024. Disponible: <https://www.oiiq.org/pratique-professionnelle/exercice-infirmier/infirmieres-et-infirmiers>
- Gholipour M, Dadashzadeh A, Jabarzadeh F, Sarbakhsh P. Challenges of Clinical Decision-making in Emergency Nursing: An Integrative Review. *Open Nurs*. 2025;19:1-9. doi: 10.2174/0118744346378311250320070725
- Johansen ML, O'Brien JL. Decision Making in Nursing Practice: A Concept Analysis. *Nurs Forum*. 2016;51(1):40-48. doi: 10.1111/nuf.12119
- Nibbelink CW, Brewer BB. Decision-making in nursing practice: An integrative literature review. *J Clin Nurs*. 2018;27(5-6):917-928. doi: 10.1111/jocn.14151
- Zhu H, Wu Y, Wang R, Wu L. Novice nurses' experience with an 'Attending Rounds' clinical case mentoring model: a phenomenological study. *BMJ Open* 2025; 15(1):1-10. doi: 10.1136/bmjopen-2025-104101
- Benner P. Using the Dreyfus model of skill acquisition to describe and interpret skill acquisition and clinical judgment in nursing practice and education. *Bull Sci Technol Soc*. 2004;24(34):188-199. doi: <https://doi.org/10.1177/0270467604265061>
- Hagbaghery MA, Salsali M, Ahmadi F. The factors facilitating and inhibiting effective clinical decision-making in nursing: a qualitative study. *BMC Nurs*. 2004;3:2. DOI: 10.1186/1472-6955-3-2
- Alharbi A, Alkubati SA, Alhaqawi H, Ali AZ, Hamed LA, Mohammed S, O Cornejo LT, Pasay-An, E. Relationship between nursing work environment and clinical decision-making among Saudi nurses: psychological empowerment as mediator. *BMC Nurs*. 2025;24(1):682-1-11. doi: 10.1186/s12912-025-03482-2
- Gholipour M, Dadashzadeh A, Jabarzadeh F, Sarbakhsh P. Défis de la prise de décision clinique en soins infirmiers d'urgence: une revue intégrative. 2025; doi: 10.2174/0118744346378311250320070725
- Bechtel D, Butler CL, Kurz P. Development and Implementation of an ED Residency Program for Graduate Nurses. *J Emerg Nurs*. 2006;32(3):213. doi: 10.1016/j.jen.2005.07.025
- Patterson B, Bayley EW, Burnell K, Rhoads J. Orientation to emergency nursing: perceptions of new graduate nurses. *J Emerg Nurs*. 2010;36(3):203-211. doi: 10.1016/j.jen.2009.07.006
- Plourde A. Mythes et réalité de la pénurie de main-d'œuvre en santé et services sociaux au Québec [En ligne]. Montréal (Qc): Institut de recherche et d'informations socioéconomiques; mai 2024. Disponible: <https://iris-recherche.qc.ca/publications/main-doeuvre-sante-services-sociaux/>
- Rathbun MC, Ruth-Sahd LA. Algorithmic tools for interpreting vital signs. *J Nurs Educ*. 2009;48(7):395-400. doi: 10.3928/01484834-20090615-07
- Bişgin Çetin S, Cebeci F. Nurses' experiences of using a computer-based triage decision support system in the emergency department. *Nurs Crit Care*. 2024;29(5):1078-1085. doi: 10.1111/nicc.13039
- Cunha LDM, Ventura F, Pestana-Santos M, Mota M, Lomba L, Santos MR. Decision support strategies for bedside nursing clinical reasoning: A scoping review. *Int Nurs Stud Adv*. 2025;9(100393):1-15. doi: 10.1016/j.ijnsa.2025.100393
- Clement-Perrin S. Soigner par algorithmes, entre santé et discipline. *Éthique & Santé*. 2023;20(3):180-187. doi: 10.1016/j.etiqe.2023.04.008
- Radermecker R. [Differences between medical recommendations based on Evidence-Based Medicine (EBM) and expert consensus]. *Rev Med Liege*. 2025;80(5-6):268-270.
- Khaled Al Abdullqader A, Ali Si, Alamoudi FA, Shaban M. Still just the nurse? A critical inquiry into nurses' struggles for autonomy in interprofessional hospital teams. *BMC Nurs*. 2025;24(1):1340. DOI: 10.1186/s12912-025-03967-0
- Saadeh MI, Janhonen J, Beer E, Castelyn C, Hoffman DN. Automation complacency: risks of abdicating medical decision making. *AI Ethics*. 2025;5(6):5783-5793. doi: 10.1007/s43681-025-00825-2
- Bourdeau É. L'implantation d'algorithmes décisionnels pour soutenir la prise de décision des personnes infirmières novices à l'urgence. Université de Sherbrooke; 2025. Disponible: <https://doi.org/10.71892/11143/1123>
- Beaudoin R. L'ABCD des soins au polytraumatisé à l'urgence? 2000;35(11):49-56.
- Beaumont J-L. Les arythmies cardiaques. 7ième édition. Montréal (Qc): Chenelière éducation; 2017.
- Fondation des maladies du cœur et de l'AVC. Guide 2015 des soins d'urgence cardiovasculaire à l'intention des dispensateurs de soins. Ottawa (Ont): Fondation des maladies du cœur et de l'AVC; 2015.
- Jarvis C, Chapados C, Lavertu É. L'examen clinique et l'évaluation de la santé, vol 2. Montréal (Qc): Chenelière éducation; 2020.
- Santé Québec. Protocoles d'intervention clinique à l'usage des paramédics en soins primaires. [En ligne]. Québec (Qc): Ministère de la Santé et des Services Sociaux; mai 2025. [cité le 12 mars 2025]. Disponible: <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/soins-et-services/protocoles-tap-appreciation-condition-clinique-prehospitaliere-medicale-et-traumatique/>
- Prudhomme C, Neveu C. L'infirmière et les urgences. 11e éd. Paris (FR): Maloine; 2021.
- Urden LD, Stacy KM, Lough ME. Soins critiques. 2e éd. Chenelière Éducation. Montréal (Qc); 2014.

AIUQ

Symposium

SOINS D'URGENCE

2026

VIRTUEL

MERCREDI
25 NOVEMBRE

RÉSERVEZ
VOS DATES

**25 & 26
MAI**

2027

**CONGRÈS
SOINS D'URGENCE**

Delta Hotels, Mont Sainte-Anne,
Centre de Villégiature et Congrès
Beaupré, QC

PRÉ CONGRÈS
24 MAI





CANADIAN TRIAGE AND ACUITY SCALE (CTAS)

Cette formation est une certification canadienne portant sur l'Échelle canadienne de triage et de gravité (ÉTG) qui permet de mieux outiller le personnel infirmier œuvrant au triage.

DÉMYSTIFIER LA MALTRAITANCE ENVERS LES ENFANTS

Cette formation vise à explorer ce sujet si tabou qu'est la négligence et la maltraitance envers les enfants.

Les objectifs sont :

- Définir les lésions sentinelles comme outil de dépistage de la maltraitance envers les enfants;
- Discuter du comportement à adopter lors de situations difficiles;
- Discuter des différentes lois encadrant la pratique infirmière et la divulgation d'informations confidentielles;
- Explorer les mythes entourant le signalement à la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ).

CARDIOLOGIE

Cardiologie – Module 1 : Les essentiels de l'interprétation des arythmies à l'urgence

Cette formation permet aux infirmiers et infirmières, ayant déjà une formation initiale sur les troubles du rythme, de maintenir et de développer leurs compétences dans l'interprétation de l'électrocardiogramme et les interventions associées.

Cardiologie – Module 2 : L'ischémie myocardique et plus loin encore à l'urgence

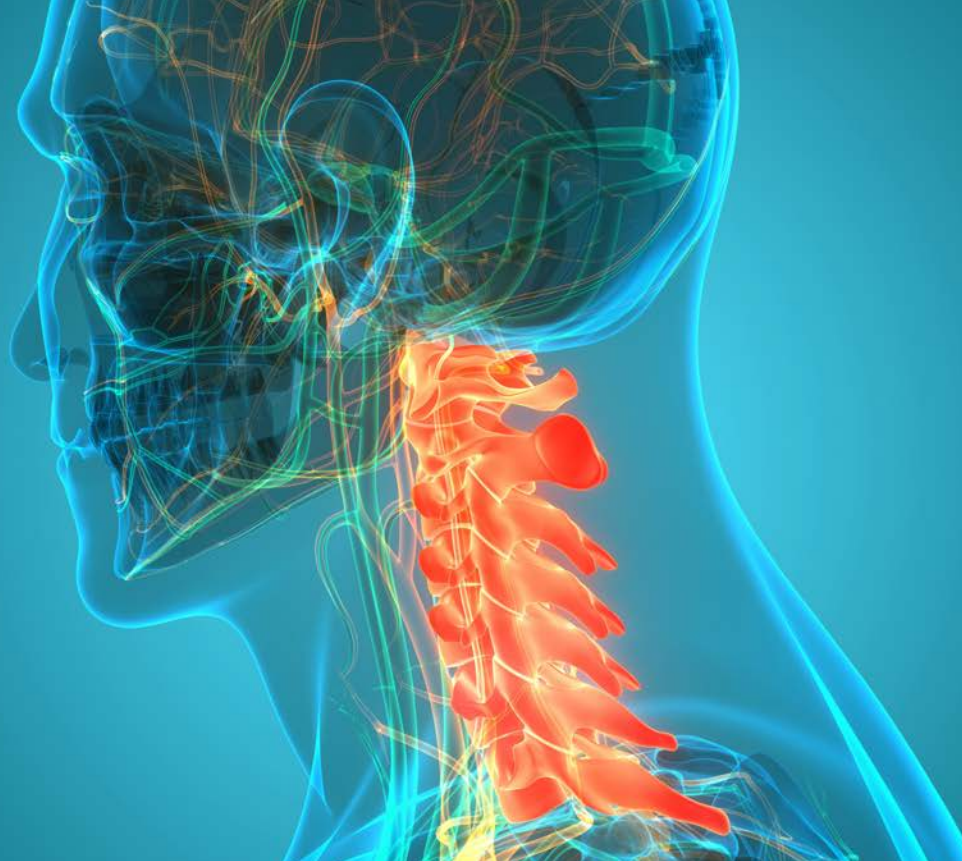
Cette formation permet aux infirmiers et infirmières de maintenir et de développer leurs compétences dans l'interprétation de l'électrocardiogramme et les interventions associées.

TOXICOLOGIE À L'URGENCE

La formation toxicologie à l'urgence explore les compétences des équipes au sens large afin de favoriser la prise en charge optimale des patients intoxiqués, une clientèle hétérogène, complexe, mal comprise et parfois négligée.

Pour en savoir plus et
consulter nos dates de
formation





Le partenariat personne infirmière, personne blessée médullaire chronique et ses proches : un indispensable à l'urgence

The Partnership between Nurses, Individuals with Chronic Spinal Cord Injury, and their Families: An Essential Component in Emergency Care

par Elisa Mileto, Mélanie Bouchard, Barbara Dagenais et Natasha Dupuis

Mots-clés/Keywords: Blessure médullaire chronique, Service d'urgence, Complications, Prise en charge infirmière; *Chronic spinal cord injury, Emergency department, Complications, Nursing management*

RÉSUMÉ/ABSTRACT

Les personnes vivant avec une blessure médullaire chronique (BMC) constituent une clientèle médicalement complexe, souvent mal comprise en contexte de soins d'urgence. En raison de leurs déficits moteurs et sensoriels, elles peuvent se présenter avec des tableaux cliniques atypiques et parfois subtils, posant un défi diagnostique important. Elles sont également à risque accru de complications spécifiques et de conditions moins fréquentes, pouvant affecter significativement leur morbidité et leur mortalité. Cet article vise à présenter la physiopathologie, les principales complications ainsi que la prise en charge infirmière des personnes BMC à l'urgence. Le partenariat entre la personne, ses proches et l'équipe infirmière apparaît central pour réduire les risques associés à cette condition.

Individuals living with chronic spinal cord injury (SCI) represent a medically complex population that is often poorly understood in emergency care settings. Due to motor and sensory impairments, they may present with atypical and sometimes subtle clinical manifestations, posing significant diagnostic challenges. They are also at increased risk of specific complications and less common conditions that can substantially impact morbidity and mortality. This article aims to present the pathophysiology, key complications, and nursing management of individuals with chronic SCI in the emergency department. The partnership between the individual, their family, and the nursing team plays a central role in reducing risks associated with this condition.

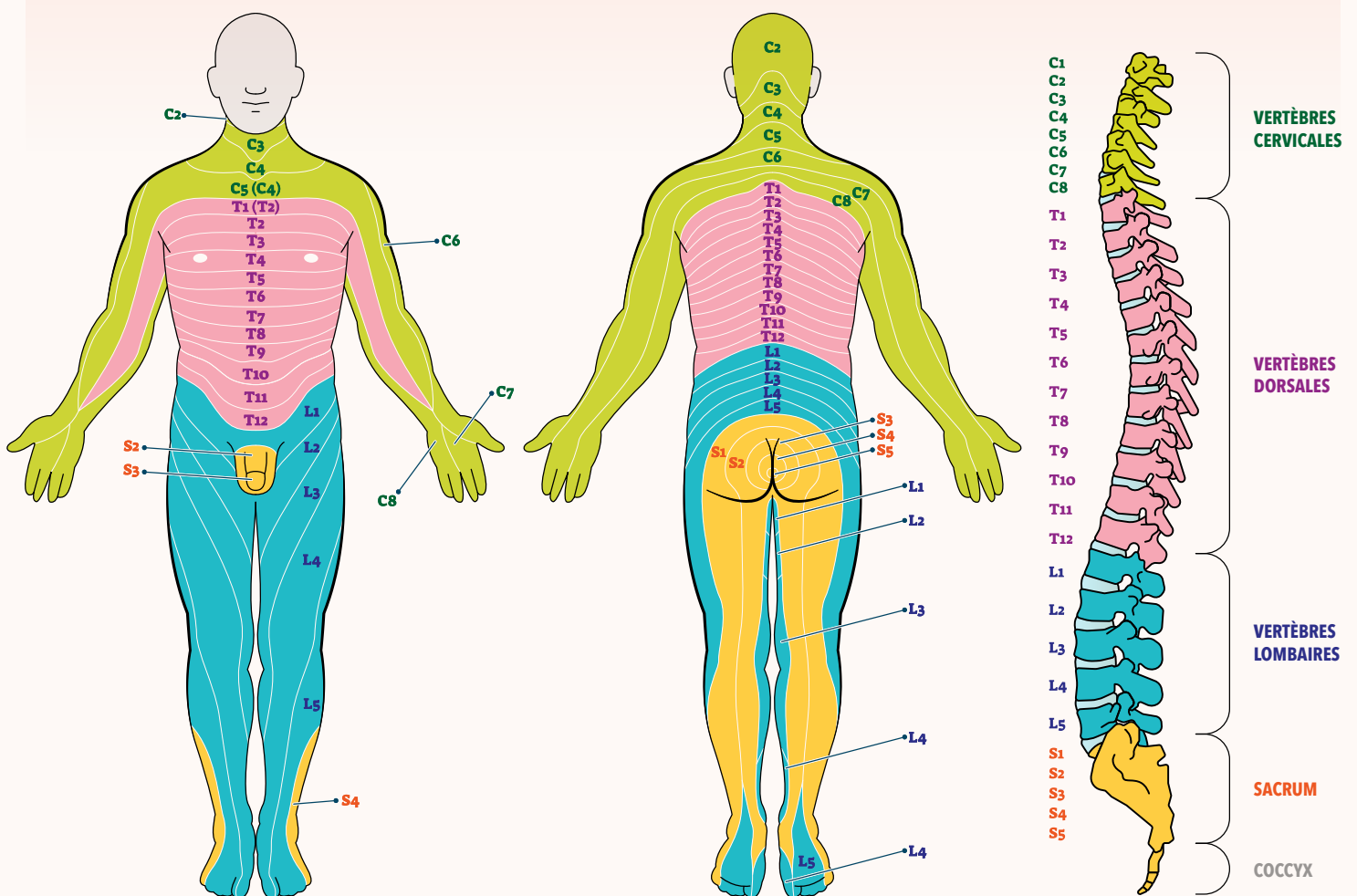
INTRODUCTION

Les personnes blessées médullaires chroniques (BMC) constituent une clientèle médicalement complexe et mal comprise par les professionnels en soins d'urgence (1,2). En raison des déficits moteurs et sensoriels, les personnes BMC se présentent à l'urgence avec des tableaux cliniques atypiques et parfois subtils, ce qui représente un défi de taille en regard à leur évaluation clinique (2). De plus, les personnes BMC sont davantage à risque de souffrir de complications et de conditions peu communes impactant grandement leur mortalité et leur morbidité (2). Pour la clientèle adulte, il existe deux centres d'expertise pour les blessés médullaires (CEBM): le centre d'expertise pour les blessés médullaires de l'Est du Québec (CEBMEQ) et celui de l'Ouest du Québec (CEBMOQ) (3,4). En dehors de ces centres d'expertise, les professionnels en soins d'urgence sont moins outillés pour répondre aux besoins uniques de cette clientèle (1,2,5). Une prise en charge interdisciplinaire, sensible et précoce devient alors nécessaire afin de médier les risques associés à la condition des personnes BMC. La personne infirmière occupe un rôle central dans cette démarche professionnelle, mais également humaine lors de laquelle le savoir expérientiel et le vécu de la personne BMC et de ses proches deviennent des incontournables (5-7). L'établissement d'un partenariat avec la personne BMC et ses proches devient alors un élément clé pour assurer des soins adaptés et sécuritaires.

Au cours des 30 dernières années, l'incidence des blessures médullaires a augmenté de façon substantielle (8). À l'échelle mondiale, on estime qu'entre 250 000 et 500 000 nouvelles blessures médullaires surviennent chaque année (8). Au Québec, cela représente 258 nouveaux cas annuellement (4). Parmi ceux-ci, 66.2 % des nouveaux cas de blessures médullaires sont pris en charge dans les CEBM, 28.1 % dans des installations désignées en traumatologie avec neurochirurgie, et 5.7 % en installation désignée en traumatologie de niveau primaire ou secondaire (4). Cependant, les visites médicales subséquentes pour des problèmes de santé ponctuels ou chroniques ont généralement lieu dans les établissements situés dans la région d'appartenance, déterminée selon leur adresse civique.

Sur le plan démographique, près de 75 % des personnes blessées médullaires sont des hommes (3). Les accidents de véhicule à moteur et les chutes sont les principales causes de ces blessures (3). Malekzadeh et al. (9) rapportent que les soins aigus nécessaires à la suite d'une blessure médullaire au Canada coûteraient entre 39 330 \$ US et 138 620 \$ US (coûts rapportés en dollars américains afin de rapporter fidèlement les données de l'étude). Par la suite, les blessures médullaires chroniques entraîneraient des coûts de santé annuels entre 6 260 \$ US et 86 720 \$ US (9). Donc, bien que l'incidence de ce type de blessure soit relativement basse, les coûts de santé associés sont importants et récurrents (8,9).

Figure 1. Dermatomes



Source : (15), image reproduite avec l'autorisation des auteurs.

LA BLESSURE MÉDULLAIRE CHRONIQUE

Le terme blessure médullaire regroupe l'ensemble des dommages causant des lésions traumatiques (p. ex. chute, coup, accident) ou non-traumatiques (p. ex. tumeur, infection, maladie dégénérative) à la moelle épinière (10,11). Règle générale, la blessure médullaire est considérée comme chronique lorsque les atteintes neurologiques persistent au-delà d'un an (12).

La moelle épinière est une structure complexe à travers laquelle les informations sensorielles et motrices sont conduites, via des racines nerveuses, entre le cerveau et le corps et vice versa (10,13). Chaque racine reçoit (influx afférent) de l'information sensitive en provenance de zones sensibles spécifiques (dermatomes) et innerve (influx efférent) un groupe musculaire déterminé (myotomes) (13). La Figure 1 donne un aperçu de chaque territoire couvert par les dermatomes.

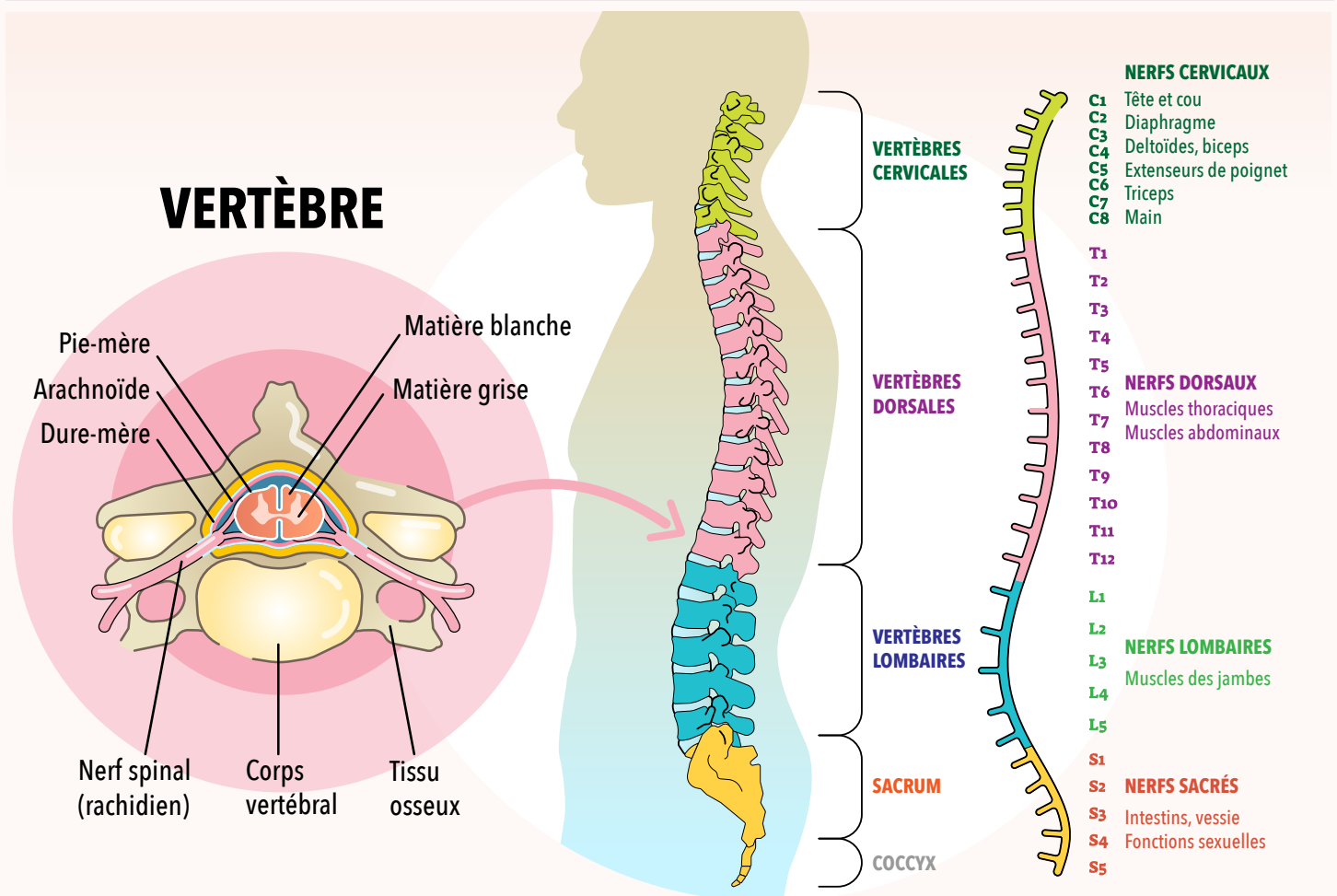
L'atteinte motrice et sensorielle peut être partielle ou complète et peut être temporaire ou permanente (3,14). L'étendue et le type d'atteinte sont déterminés par la hauteur neurologique (endroit blessé dans la moelle épinière) et la gravité de la lésion médullaire (3). La Figure 2 représente les territoires d'atteintes nerveuses pour chaque vertèbre. Il est à noter que malgré le fait qu'il n'y ait que sept vertèbres cervicales, il y a 8 racines nerveuses au niveau cervical. Chaque racine nerveuse sort de la moelle épinière au-dessus de la vertèbre correspondante excepté la racine nerveuse C8, qui elle, sort entre la vertèbre C7 et T1 (p.

ex. la racine nerveuse C3 sort entre la vertèbre C2 et C3) (13,15). Dans le cas d'une blessure médullaire, on retrouve plusieurs niveaux de types de plégie (3):

- Paraplégie : Atteinte sensitive et motrice complète ou non de la partie du tronc et des jambes en dessous du site affecté (blessure dorsale ou lombaire)
- Tétraplégie (ou quadriplégie) : Atteinte sensitive et motrice complète ou non du tronc, des bras et des jambes (blessure cervicale)
- Tétraplégie (ou quadriplégie) ventilo-assistée : Atteinte sensitive et motrice complète du tronc, des bras et des jambes avec besoin de soutien respiratoire (p. ex. respirateur).

L'atteinte médullaire est catégorisée à l'aide de l'échelle de déficience de l'*American Spinal Injury Association* (ASIA) (Tableau 1) (2). Cette classification permet de distinguer les atteintes complètes, des atteintes incomplètes au niveau sensitivo-moteur (2,16). Les catégorisations vont de A à E, allant d'une atteinte neurologique complète à une fonction neurologique normale. Une catégorisation ASIA A correspond à une déficience neurologique complète, caractérisée par l'absence de sensibilité et de motricité sous le site de la lésion, incluant les territoires sacrés (S4 et S5) (2,6,16). Quant au niveau B, il s'agit d'une déficience neurologique incomplète sensitive (2,6,16). Dans ce cas, la sensibilité est préservée sous le site de l'atteinte, mais aucun mouvement volontaire n'est possible. Les réflexes ostéotendineux peuvent

Figure 2. Atteintes selon le niveau de la blessure médullaire



Source : (15), image reproduite avec l'autorisation des auteurs.

Tableau 1. Échelle de déficience ASIA

CLASSIFICATION	TYPE	ATTEINTES
ASIA A	Complet	Sensibilité : aucune Motricité : aucune Niveau : Sous le niveau de l'atteinte neurologique, sans épargne sacrée
ASIA B	Incomplet sensitif	Sensibilité : préservée Motricité : aucun mouvement volontaire possible Niveau : sous le niveau de l'atteinte neurologique
ASIA C	Incomplet moteur	Sensibilité : atteinte Motricité : préservée partiellement Niveau : >50 % des muscles testés sous le niveau de l'atteinte neurologique présenteront une motricité non fonctionnelle
ASIA D	Incomplet moteur	Sensibilité : atteinte Motricité : préservée partiellement Niveau : >50 % des muscles testés sous le niveau de l'atteinte neurologique présenteront une motricité fonctionnelle
ASIA E	Normal	Sensibilité : aucune atteinte résiduelle Motricité : aucune atteinte résiduelle, une anomalie des réflexes peut persister Niveau : non applicable

Source : (16)

toutefois être augmentés (hyperréflexie), préservés ou absents. La classification ASIA C correspond à une déficience neurologique incomplète motrice (2,6,16). La motricité est alors préservée sous le site de la lésion, mais plus de la moitié des muscles testés sous ce niveau présentent une motricité non fonctionnelle, c'est-à-dire qui ne peut fonctionner contre la pesanteur. Une classification ASIA D représente une déficience neurologique incomplète motrice (2,6,16). Elle se distingue de l'ASIA C par le fait que 50 % ou plus des muscles sous la lésion fonctionnent contre la

Un changement dans le patron de spasticité de la personne BMC est un indice précieux dans la détection de problématique aigües

pesanteur et contre la résistance. Finalement, une classification ASIA E indique une fonction neurologique normale, avec une sensibilité et une motricité normale (2,6,16). Dans certains cas, une anomalie dans les réflexes peut néanmoins persister.

La spasticité musculaire et les douleurs neuropathiques sont présentes chez la majorité des personnes BMC (2). Bien que communes, ces manifestations ne sont pas banales. Un changement dans le patron de spasticité de la personne BMC est un indice précieux dans la détection de problématique aigües telles qu'une infection (p. ex. appendicite ou cystite), l'apparition d'une lésion de la peau (p. ex. plaie de pression ou cellulite) ou d'une lésion traumatique (p. ex. fracture) (2). Le patron de spasticité évoque, entre autres, le type de spasme, la forme, la localisation, l'intensité, la durée et la fréquence.

Complications

Dysréflexie autonome

Puisque les influx nerveux afférents et efférents sont altérés, plusieurs complications peuvent survenir chez les personnes BMC, notamment au niveau de la fonction autonome du système nerveux. Lorsque l'atteinte neurologique survient au niveau T6 ou plus haut, la régulation corticale du système nerveux sympathique (SNS) est perturbée, alors que le système nerveux parasympathique (tel que le réflexe vagal) est généralement préservé (2). Cela peut donc entraîner une complication grave et urgente appelée dysréflexie autonome (DA).

La DA se caractérise par une augmentation de la tension artérielle systolique (TAS) de plus de 20 mmHg au-dessus des moyennes de la personne BMC, ou par une TAS aléatoire ≥ 150 mmHg lorsque la valeur de base est inconnue, accompagnée de symptômes associés (2,17,18). Plusieurs manifestations cliniques peuvent accompagner cette augmentation de la tension artérielle, notamment une céphalée importante, une faciès rouge, de la congestion nasale, une sudation importante au-dessus du niveau de l'atteinte neurologique, de la piloérection (« chair

La cause la plus fréquente de la DA (>90 % des cas) est la distension vésicale

de poule»), une vision trouble et de l'anxiété (2,19,20). Si la DA n'est pas reconnue, prise en charge et corrigée rapidement, elle peut entraîner des complications telles qu'une hémorragie intracrânienne, une crise convulsive, ou même le décès (2). La DA peut être déclenchée par plusieurs facteurs, le plus souvent par

un stimulus douloureux ou un irritant sous le niveau de l'atteinte neurologique (2). Ce phénomène peut survenir même lorsque la personne BMC présente une atteinte sensitive et ne perçoit pas la douleur. La cause la plus fréquente de la DA (>90 % des cas) est la distension vésicale (2,17,20). Cependant, de nombreuses causes peuvent déclencher la DA, notamment, une infection intra-abdominale, une constipation, des contractions utérines chez la femme enceinte ou une manœuvre rectale douloureuse (2,18,20). En présence d'une suspicion de DA, le médecin de l'urgence doit être avisé immédiatement. Par ailleurs, plusieurs interventions infirmières de base peuvent être tentées en attendant l'évaluation médicale (21), par exemple :

- Asseoir la personne BMC à 45° ;
- Retirer les vêtements serrés ou restrictifs (p. ex. bas de compression, bandes abdominales, sous-vêtements) ;
- Inspecter la personne BMC à la recherche de points de pression, de blessure, d'œdème, de déformation ou autre irritants (p. ex. plis dans les draps ou un bouchon de seringue oublié dans le lit) ;
- Éliminer la présence de globe vésical (si la personne est porteuse de sonde urinaire, valider qu'elle est perméable et qu'elle draine de façon adéquate) ;
- Assurer une surveillance des signes vitaux aux cinq minutes (minimalement la tension artérielle et la fréquence cardiaque) en lien avec le risque élevé de détérioration rapide de la condition clinique.

Vasculaire

Les personnes BMC présentent souvent une altération du tonus vasculaire (2). Cette altération, combinée à une diminution de la mobilité, augmente leur risque de développer une thrombose veineuse (2). Selon certaines études, l'incidence des thromboses veineuses chez les personnes BMC pourrait atteindre jusqu'à 100 % (2). Il est donc important de garder un niveau de suspicion élevé à l'égard de la thrombose veineuse. En présence d'un tableau fébrile d'étiologie indéterminée, la possibilité d'une thrombose veineuse doit être gardée en tête (2). Dans ce cas, hormis le tableau de douleur, la présentation clinique de la thrombose veineuse chez les personnes BMC est plutôt similaire à celle observée dans la population générale.

Les personnes BMC, particulièrement celles ayant une lésion au niveau thoracique haut (au-dessus de T6), présentent un risque accru d'hypotension orthostatique (10,22). Elles peuvent également être moins en mesure de compenser un état hypovolémique (10). Cela s'explique, entre autres, par l'altération du tonus vasculaire, combinée à une dysfonction autonome résultant de la perturbation du contrôle nerveux sympathique, alors que la stimulation parasympathique du nerf vague est préservée (10,22).

Gestion de la température corporelle

En raison de la perturbation des influx nerveux afférents, les signaux en provenance de l'hypothalamus, permettant la régulation thermique, sont altérés (22). Ainsi, les personnes BMC pourraient présenter une incapacité ou une difficulté à réguler leur température corporelle. Cette situation s'explique par une perturbation de leur mécanisme de sudation, de frissonnement, ainsi que l'altération de leur tonus vasculaire (22). Ces personnes sont donc plus susceptibles de ne pas présenter de fièvre, même en présence d'un état infectieux, et d'être victime d'hypothermie ou de coup de chaleur même en absence de conditions extrêmes. (22).

Abdominal

Considérant la perturbation potentielle des signaux afférents, il est fort possible que la personne BMC ne ressente pas de douleur abdominale, surtout si l'atteinte neurologique se trouve au niveau T5 ou plus haut (2). Dans ce cas, il se peut que certaines manifestations telles que la défense abdominale et le signe du ressaut soit absents (2), ce qui peut compliquer la détection de pathologies intra-abdominales (p. ex. appendicite) à l'examen physique. Également, les personnes BMC peuvent souffrir de dysfonction intestinale neurogénique entraînant une constipation importante (3). Dans ce contexte, les symptômes présents seront plutôt un malaise général, de la nausée, de l'inappétence ou une augmentation ou un changement dans le patron de spasticité de la personne BMC (2).

Urologique

Les complications urologiques sont la principale cause d'hospitalisation chez les personnes BMC (1,2). Dépendamment du niveau de la lésion neurologique, certaines personnes BMC doivent porter un cathéter urinaire à demeure ou effectuer des auto-cathétérismes vésicaux intermittents (2). Les troubles des sphincters urinaires ou du muscle détrusor peuvent entraîner des troubles de la vidange vésicale (vessie neurogène ou dysnergie vésico-sphinctérienne) (2,23). Cela augmente donc le risque de distension vésicale, de globe vésical, de cystites et de néphropathie obstructive (2,3,6,23). Toujours en raison de la perturbation des influx nerveux afférents, il est possible que la personne BMC se présente à l'urgence avec les symptômes peu spécifiques de troubles urinaires. Il est donc important d'explorer les changements dans le patron de spasticité et de douleur neuropathique de la personne BMC. Par ailleurs, il est commun d'observer une urine trouble ou malodorante, ainsi que la présence de bactéries dans l'analyse et la culture d'urine des personnes BMC (2). Cependant, afin de prévenir la résistance aux antibiotiques, il est primordial d'éviter l'administration d'antibiotiques chez les personnes BMC asymptomatique, sauf en présence d'immunodépression ou de signes cliniques d'infection (2,6).

Respiratoire

Au niveau respiratoire, la pneumonie est la principale cause de décès chez les personnes BMC (2). Si l'atteinte neurologique se trouve au niveau de T6 ou plus haut, le tonus sympathique des voies respiratoires est altéré, mais la régulation parasympathique est intacte, ce qui peut entraîner une contraction bronchique et une production de sécrétions plus importante (2). La personne BMC présente également un risque augmenté d'aspiration (2,15). L'ensemble de ces facteurs, combiné à une perturbation du tonus des muscles respiratoires, entraînant une diminution de l'amplitude respiratoire, de l'atélectasie et à un dégagement moins efficace des sécrétions bronchiques, contribue à augmenter le risque de pneumonie (2,15). L'implication d'une personne professionnelle en inhalothérapie ou en physiothérapie respiratoire constitue un atout important afin de mettre en place un plan individualisé de prévention et de traitement adapté à la condition de la personne BMC.

Tégumentaire

Au niveau de la peau, les lésions de pression (ou escarres) sont une complication commune chez les personnes BMC et représentent une cause importante de mortalité et de morbidité (2,3). Cela s'explique, entre autres, par l'altération du tonus vasculaire, une

mobilité diminuée additionnée à une altération de la fonction sensitive (14). Initialement, les escarres se présenteront sous forme de rougeur ne blanchissant pas à la pression, principalement au niveau des proéminences osseuses (2). Il est impératif de procéder minimalement à un examen quotidien de la peau et à la prévention précoce des escarres en soulageant la pression au niveau de la peau (p. ex. horaire régulier de changements de position et usage de surfaces thérapeutiques) (2,5). En présence de plaie, une évaluation et un suivi rigoureux doivent être faits par le biais des outils d'évaluation et de suivi des plaies disponibles dans l'établissement.

Musculosquelettique

La spasticité et les contractures musculaires sont fréquentes chez les personnes BMC (1,2). Il existe plusieurs options pharmacologiques et non-pharmacologiques pouvant être mises en place en interdisciplinarité (p. ex. physiothérapie, orthèses, exercices ou outils de positionnement) pour diminuer l'impact fonctionnel et améliorer le confort (24). L'ostéopénie (diminution de la densité minérale osseuse) est également fréquente chez les personnes BMC. Elle s'explique principalement par une mobilité réduite, ainsi que la perturbation des mécanismes neurologiques impliqués dans le remodelage osseux et le métabolisme phosphocalcique (2,25,26). L'ostéopénie prédispose les personnes BMC aux fractures (2). Les fractures les plus fréquentes sont celles du fémur distal et du tibia proximal (2). Au moment de la blessure ou de la consultation, certaines personnes BMC peuvent ne pas ressentir de douleur. Outre, la présence possible de signes classiques de fracture (p. ex. oedème ou déformation), elles peuvent simplement rapporter avoir entendu un craquement, ressentir un malaise général, ou présenter un changement dans leur patron de spasticité ou de douleur neuropathique (2).

RÔLE DES PERSONNES INFIRMIÈRES À L'URGENCE

Les personnes BMC font partie d'une clientèle vulnérable et complexe, nécessitant une vigilance accrue (5). Les personnes infirmières, présentes tout au long du continuum de soins, occupent une position privilégiée pour diminuer l'impact des facteurs de risques associés aux complications chez ces personnes. Les complications pouvant survenir chez celles-ci entraînent une hausse importante de la mortalité, de la morbidité, des coûts de santé et de la durée de séjour hospitalier (2,9).

Dès le passage au triage

Il est important d'identifier clairement les personnes BMC afin d'amorcer la planification d'une prise en charge interdisciplinaire, entre autres, pour prévenir les complications (p. ex. code de couleur ou une notification par le biais du système informatique de l'urgence) (5). Cette identification permet également de demander et d'obtenir l'équipement et les surfaces thérapeutiques adaptées, ainsi que les dispositifs de sécurité nécessaires (p. ex. cloche d'appel adaptée) (5). La personne infirmière au triage peut mobiliser l'équipe interdisciplinaire de plusieurs façons. Par exemple, elle peut signaler à l'assistante au supérieur immédiat (ASI) et à la personne infirmière à qui elle transférera les soins, la nécessité d'impliquer d'autres professionnels et de faire les demandes pour le matériel nécessaire. Ces personnes pourront ensuite initier les démarches pour assurer une prise en charge adéquate.

L'évaluation clinique doit être sensible aux nuances inhérentes à l'altération des fonctions motrices, sensorielles et neurologiques de la personne BMC. Il est important de questionner l'apparition de changement dans le patron de spasticité ou de douleur neuropathique, car celui-ci peut être un indicateur d'une condition aigüe sous-jacente (2,5). La personne infirmière au triage doit également se rappeler que la douleur et les autres signes d'alertes (p. ex. défense abdominale) pourraient être absents. Une attention particulière doit être apportée à la présence de signes et symptômes de la DA ou à l'apparition de ceux-ci lors du triage ou d'un examen physique pouvant être douloureux (p. ex. examen d'un membre déformé). Il est également recommandé d'utiliser un gel contenant de la lidocaïne pour les manœuvres rectales afin de prévenir la douleur et, par conséquent, de prévenir le déclenchement d'une DA (2). En ce qui concerne la température corporelle, la personne infirmière en charge du triage et celle en charge de la personne BMC pendant son épisode de soins doivent demeurer vigilantes dans l'interprétation de la donnée obtenue (22). En raison de la perturbation des mécanismes de régulation de la température corporelle, la personne BMC pourrait présenter une température basale légèrement sous les normales, être plus susceptible à l'hypothermie ou à l'hyperthermie reliée aux facteurs environnementaux (p. ex. température de la pièce ou présence de plusieurs couvertures), ou encore ne pas présenter de fièvre même en contexte infectieux (22). Un monitoring plus fréquent de la température corporelle de la personne BMC, ainsi qu'une vigilance accrue sur les facteurs influençant la température ambiante sont recommandés.

Dépister la rétention urinaire et la constipation précocement peut contribuer à prévenir les complications (2). Il est donc pertinent de questionner la personne BMC sur son mode d'élimination urinaire (p. ex. cathétérismes intermittents), ainsi que sur ses habitudes d'élimination intestinale (p. ex. stimulation digitale ou curage rectal). Ces informations peuvent orienter les professionnels en soins d'urgence dans l'identification de facteurs de risque, la prévention des complications ou l'identification de diagnostics possibles (2,5). L'intégrité de la peau doit également être investiguée afin de détecter la présence de plaie. Dans la mesure du possible, une inspection sommaire de la peau, ciblant les points de pression accessibles, devrait être réalisée. Et ce, surtout en présence de symptômes vagues sans causes évidentes. Le triage est également un moment clé pour amorcer le partenariat avec la personne BMC et ses proches puisque ce premier contact pourra influencer favorablement ou non l'épisode de soins (27,28).

Pendant l'épisode de soins

Premièrement, il est essentiel de promouvoir l'hydratation et l'optimisation de la réponse aux besoins de base de la personne BMC (6). En présence d'une vessie neurogène, il est important d'assurer des cathétérismes intermittents de façon régulière (6). Deuxièmement, une inspection complète de la peau doit être réalisée dès la première évaluation, puis minimalement une fois par jour par la suite (5).

Dès l'arrivée de la personne BMC à l'urgence, des surfaces thérapeutiques adaptées ainsi qu'un plan de mobilisation devraient être mis en place, que la personne BMC soit prise en charge immédiatement ou non par le médecin (15). Amorcer ces démarches avant la première évaluation médicale est primordial en partie parce que les personnes BMC visitent l'urgence en plus grande proportion pour des conditions de basse acuité, souvent

Figure 3. Actions infirmières clés



en raison de difficultés d'accès physique ou de transport vers les ressources de première ligne (1). En effet, environ 27 à 48 % des blessés médullaires fréquentent régulièrement l'urgence en comparaison à 18,6 % de la population générale (1). Le niveau d'acuité généralement plus faible des raisons de consultation des personnes BMC peut entraîner des délais de prise en charge plus longs, puisque la cote attribuée sur l'échelle canadienne de triage et de gravité peut-être plus basse, malgré l'application du modificateur «facteur de fragilité». Également, plusieurs écrits recommandent une mobilisation toutes les 30 minutes si la personne BMC est en position assise, et minimalement toutes les deux heures si la personne est en position couchée (2,14,15). L'utilisation de pansements épais comme technique de protection des points de pression n'est pas recommandée, car ceux-ci peuvent produire un effet contraire et accentuer la pression sur la zone couverte (2). Finalement, les plaies

doivent impérativement être évaluées, documentées de façon claire et exhaustive (5). Les plaies développées lors du séjour dans l'établissement doivent obligatoirement être déclarées (5). Des demandes de consultations afin de mobiliser l'équipe interdisciplinaire appropriée devraient être initiées le plus rapidement possible (p. ex. physiothérapeute, ergothérapeute, nutritionniste, stomothérapeute, inhalothérapeute), que des plaies soient présentes ou non (5). Cela permettra de prévenir l'apparition de plaies, de ralentir ou d'arrêter leur progression et de favoriser leur guérison.

Troisièmement, la personne infirmière devrait rester à l'affût des principales complications et participer activement au dépistage des facteurs de risques (p. ex. dysphagie). Lorsqu'une complication ou un facteur de risque est identifié, il est impératif de le documenter, d'élaborer un plan de traitement ou de réduction

des risques, et d'impliquer les professionnels requis dans la prise en charge. Le soulagement et la prévention de la douleur, ainsi qu'une surveillance clinique spécifique doivent également être assurés, en portant une attention particulière aux changements dans le patron de spasticité ou de douleur neuropathique.

Au moment de quitter l'urgence

Que ce soit un transfert sur une unité de soins ou un retour en milieu de vie (p. ex. domicile, CHSLD, ressource intermédiaire), il est crucial d'assurer la transmission de l'information relative à la personne BMC: mesures mises en place, suivis nécessaires, présence de plaie, mode de vidange urinaire et intestinale, ainsi que les précautions spécifiques à sa condition (5). Cette communication peut se traduire par un résumé transmis aux proches aidants ou aux professionnels impliqués dans le suivi, ainsi que par la rédaction d'un rapport archivable lorsque celle-ci est admise dans une unité de soins. Il est également crucial de s'assurer que la personne BMC et ses proches ont toutes les informations en main pour poursuivre la prise en charge de la condition de santé aiguë et le maintien de la qualité de vie dans le contexte de maladie chronique. La Figure 3 présente un résumé des actions infirmières clés pendant l'épisode de soins de la personne BMC.

PARTENARIAT

Le partenariat avec la personne soignée et ses proches repose sur une relation égalitaire fondée sur la collaboration et la reconnaissance mutuelle des savoirs (27-29). Ce partenariat est l'amorce d'une relation de confiance menant à une co-construction des soins de santé (27). Cette relation implique non seulement le personnel soignant de l'urgence et la personne soignée, mais également les proches de la personne soignée ainsi que le système de santé en lui-même (27).

Cette alliance entre le personnel soignant, la personne soignée, ses proches et le système de santé est cruciale. Elle permet de mieux comprendre la situation de santé et de s'adapter aux particularités et aux besoins des personnes BMC (1,5,28). En conséquence, le partenariat contribue à diminuer les taux de complications, de mortalité et de réadmission, tout en diminuant la durée de séjour en établissement (27,28). Il favorise également le bien-être et la satisfaction des personnes soignées et de leurs proches (27,28). Dans la même optique, un partenariat solide permet également de mieux préparer la personne BMC et ses proches à poursuivre la prise en charge de la condition de santé et des traitements après le congé, lors d'un retour à domicile (28).

Par ailleurs, les personnes BMC sont plus à risque de souffrir de dépression (2). Leur taux de suicide est estimé entre trois à cinq fois plus élevé que dans la population générale (2). Un partenariat solide avec la personne BMC et ses proches peut ainsi permettre un dépistage plus sensible des symptômes dépressifs et des idées suicidaires. Dans un contexte de visite à l'urgence, le partenariat peut se manifester de plusieurs façons (27):

- Reconnaître la complémentarité des savoirs. Les savoirs expérientiels de la personne BMC et de ses proches sont incontournables pour des soins sensibles et de qualité. Par exemple, questionner leur patron de spasticité, leur mode de vidange urinaire, leurs habitudes intestinales, leurs méthodes de prévention des plaies, leurs modes de mobilisation, leur

état clinique de base.

- Faire preuve de transparence à l'égard des processus et des soins.
- Communiquer clairement, de façon adaptée et authentique, en respectant le niveau de littératie de la personne BMC et ses proches.
- Échanger avec la personne BMC et ses proches sur leurs besoins particuliers, leurs attentes et leurs objectifs de santé.
- Soutenir la personne BMC et ses proches dans leur capacité de gestion de leur situation de santé et dans leurs compétences.
- Introduire, au moment opportun, les professionnels de l'équipe interdisciplinaire requis par l'état de santé de la personne BMC (p. ex. travailleur social, orthophoniste, ergothérapeute, nutritionniste).

CONCLUSION

Lors de la prise en charge de la personne BMC à l'urgence, il est impératif de garder en tête le caractère unique de leur présentation clinique lors de situations de santé aiguës. L'établissement d'un partenariat solide avec la personne BMC et ses proches permet de mieux détecter l'apparition récente de changements dans le patron de spasticité et dans la présentation de douleurs neuropathiques. Il est également essentiel d'amorcer la mise en place de mesures préventives afin d'éviter les complications, et ce dès l'arrivée de la personne BMC à l'urgence. Tout au long du séjour, le soulagement et la prévention de la douleur, le maintien d'un haut degré de suspicion de thrombose veineuse, ainsi que l'inspection quotidienne de la peau demeurent des éléments incontournables. Par ces interventions, la personne infirmière consolide son rôle central dans la diminution des risques de morbidité et de mortalité chez les personnes BMC. 🍀

POUR EN SAVOIR PLUS



Moelle épinière et motricité Québec:
www.moelleepiniere.com



Centre d'expertise pour les blessés médullaires de l'Ouest-du-Québec (CEBMOQ):

www.ciussnordmtl.ca/centre-integre-de-traumatologie/pour-la-population/soins-en-traumatologie/lesions-medullaires



Centre d'expertise pour les blessés médullaires de l'Est-du-Québec (CEBMEQ):

www.ciuss-capitalenationale.gouv.qc.ca/personnel-sante/centre-expertise-blessees-medullaires

LES AUTEURES

Elisa Mileto

inf., M.Sc.

Conseillère en soins infirmiers, Direction des services d'urgence, de la fluidité hospitalière et des centres de coordination (DSUFHCC), Santé Québec
elisa.mileto@sante.quebec

Mélanie Bouchard

inf., B.Sc.

Coordonnatrice stratégique et conseillère cadre par intérim, Direction des services d'urgence, de la fluidité hospitalière et des centres de coordination (DSUFHCC), Santé Québec

Barbara Dagenais

inf., B.Sc., M.A.P.

Conseillère en soins infirmiers, Direction des services d'urgence, de la fluidité hospitalière et des centres de coordination (DSUFHCC), Santé Québec

Natasha Dupuis

inf., B.Sc., M.Sc.A

Directrice, Direction des services d'urgence, de la fluidité hospitalière et des centres de coordination (DSUFHCC), Santé Québec

REMERCIEMENT

Nous tenons également à remercier madame Camille Laramée, inf., M.Sc. (cand.), chargée de cours à l'Université de Sherbrooke, pour son expertise sur le partenariat avec la personne soignée et les proches dans un contexte d'urgence.

CONFLIT D'INTÉRÊTS

Les auteures n'ont aucun conflit d'intérêts à déclarer.

SOUTIEN FINANCIER

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



Modèles organisationnels pour la prise en charge des blessures médullaires INESSS:

www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Traumatologie/INESSS_Prise_charge_blessures_medullaires_EC.pdf



Gouvernement du Québec:

quebec.ca/sante/professionnels/traumatologie/blessure-medullaire

RÉFÉRENCES

1. Cao Y, DiPiro ND, Field-Fote E, Krause JS. Emergency Department Visits, Related Hospitalizations, and Reasons for Emergency Department Utilization After Traumatic Spinal Cord Injury. *Arch Phys Med Rehabil.* 2022;103(4):722-8. doi:10.1016/j.apmr.2021.02.030
2. Kupfer M, Kucer BT, Kupfer H, Formal CS. Persons With Chronic Spinal Cord Injuries in the Emergency Department: a Review of a Unique Population. *J Emerg Med.* 2018;55(2):206-12. doi:10.1016/j.jemermed.2018.04.029
3. Gouvernement du Québec. Blessure médullaire (lésion traumatique de la moelle épinière): Information pour les professionnels de la santé et des services sociaux. Québec: Gouvernement du Québec; 2025. Disponible sur: <https://www.quebec.ca/sante/professionnels/traumatologie/blessure-medullaire>
4. Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Continuum de soins et services pour les personnes ayant une blessure médullaire traumatique au Québec: caractéristiques, trajectoires de soins et résultats cliniques pour la clientèle adulte de 2014 à 2020 [Internet]. Gouvernement du Québec; 2023. Disponible sur: https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Traumatologie/INESSS_Continuum_Blessures_medullaires_EP.pdf
5. Kimpton D. Rapport d'enquête publique [Internet]. Québec, Canada: Bureau du coroner du Québec; 2024. Rapport Nos.: 2024-04860. Disponible sur: https://www.coroner.gouv.qc.ca/fileadmin/contenu/Enqu%C3%AAtes_publiques/Normand_Meurier/2024-EP00293-9.pdf
6. Kim Y, Cho MH, Do K, Kang HJ, Mok JJ, Kim MK, et al. Incidence and risk factors of urinary tract infections in hospitalised patients with spinal cord injury. *J Clin Nurs.* 2021;30(13-14):2068-78. doi:10.1111/jocn.15763
7. Quadri SA, Farooqui M, Ikram A, Zafar A, Khan MA, Suriya SS, et al. Recent update on basic mechanisms of spinal cord injury. *Neurosurg Rev.* 2020;43(2):425-41. doi:10.1007/s10143-018-1008-3
8. GBD Spinal Cord Injuries. Global, regional, and national burden of spinal cord injury, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet Neurol.* 2023;22(11):1026-47. doi:10.1016/S1474-4422(23)00287-9
9. Malekzadeh H, Golpayegani M, Ghodsi Z, Sadeghi-Naini M, Asgardoan M, Baigi V, et al. Direct Cost of Illness for Spinal Cord Injury: A Systematic Review. *Global Spine J.* 2022;12(6):1267-81. doi:10.1177/21925682211031190
10. Patek M, Stewart M. Spinal cord injury. *Anaesthesia and Intensive Care Medicine.* 2023;24(7):406-11. doi:10.1016/j.mpaic.2023.04.006
11. CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal. Centre d'expertise pour les blessés médullaires de l'ouest du Québec (CEBMOQ). Montréal (QC): CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal; 2025. Disponible sur: <https://ciuss-centresudmtl.gouv.qc.ca/soins-et-services/deficience-physique-readaptation-langage-auditive-motrice-et-neurologique/centre-dexpertise-pour-les-blesses-medullaires-de-louest>
12. BMJ Publishing Group. BMJ Best Practice [Internet]. 2023 [cité 29 déc 2025]. Chronic spinal cord injury. Disponible sur: <https://bestpractice.bmj.com/topics/en-us/1176>
13. American Spinal Injury Association. International Standards for Neurological Classification of Spinal Cord Injury. *Top Spinal Cord Inj Rehabil.* 2021;27(2):1-22. doi:10.46292/sci2702-1
14. CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal (CIUSSS NIM). Centre d'expertise pour les blessés médullaires de l'ouest du Québec (CEBMOQ). Montréal (QC): CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal; 2025. Disponible sur: <https://www.ciussnordmtl.ca/centre-integre-de-traumatologie/pour-la-population/soins-en-traumatologie/lesions-medullaires>
15. CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal (CIUSSS NIM). Lésion médullaire - Guide d'information pour les lésés médullaires et leurs proches (2^e édition). CIUSSS NIM; 2022. Disponible sur: https://cdn.ciussnordmtl.ca/Fichiers/08Soins_Services/CIT/Lesions_medullaires/CIUSSSNIM_DSI_Guide_information_pour_blesses_medullaires_et_leurs_proches_2022.pdf
16. American Spinal Injury Association. Échelle de déficience ASIA [Internet]. 2019. Disponible sur: <https://asia-spinalinjury.org/wp-content/uploads/2019/01/ASIA-ISNCSCI-Final-French-Version-Jan-2019.pdf>
17. Calderón-Juárez M, Miller T, Samejima S, Shackleton C, Malik RN, Sachdeva R, et al. Heart Rate Variability-Based Prediction of Autonomic Dysreflexia After Spinal Cord Injury. *J Neurotrauma.* 2024;41(9-10):1172-80. doi:10.1089/neu.2023.0583
18. Trueblood CT, Singh A, Cusimano MA, Hou S. Autonomic Dysreflexia in Spinal Cord Injury: Mechanisms and Prospective Therapeutic Targets. *Neuroscientist.* 2024;30(5):597-611. doi:10.1177/10738584231217455
19. Balik V, Šulla I. Autonomic Dysreflexia following Spinal Cord Injury. *Asian J Neurosurg.* 2022;17(02):165-72. doi:10.1055/s-0042-1751080
20. Bilgin Badur N, Winkle MJ, Leslie SW. StatPearls [Internet]. 2025 [cité 4 mars 2026]. Autonomic Dysreflexia. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482434/>
21. Bolton P, Dedo R. Autonomic dysreflexia in spinal cord injuries. *Am Nurse J.* 2024;19(10):58-63. doi:10.51256/ANJ102458
22. Ong B, Wilson JR, Henzel MK. Management of the Patient with Chronic Spinal Cord Injury. *Med Clin North Am.* 2020;104(2):263-78. doi:10.1016/j.mcna.2019.10.006
23. Hachem LD, Fehlings MG. Pathophysiology of Spinal Cord Injury. *Neurosurg Clin N Am.* 2021;32(3):305-13. doi:10.1016/j.nec.2021.03.002
24. Yadav S, Mukherjee S. Pathophysiology of spinal cord injury and advanced therapeutic approaches. *Mol Biol Rep.* 2025;52(1):669-91. doi:10.1007/s11033-025-10785-9
25. Phaner V, Charmentat C, Condemine A, Fayolle-Minon I, Lafage-Proust MH, Calmels P. Ostéoporose du blessé médullaire. Dépistage et traitement. Résultats d'une enquête sur les pratiques des médecins de MPR en France. Propositions de conduite à tenir vis-à-vis du dépistage et du traitement. *Ann Phys Rehabil Med.* 2010;53(10):615-20. doi:10.1016/j.rehab.2010.09.007
26. Alexandre C, Vico L. Physiopathologie de l'ostéoporose d'immobilisation. *Rev Rhum.* 2011;78(4):335-9. doi:10.1016/j.rhum.2011.03.004
27. Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Cadre de référence de l'approche de partenariat entre les usagers, leurs proches et les acteurs en santé et en services sociaux. Gouvernement du Québec; 2018.
28. Mackie BR, Marshall AP, Mitchell ML. Exploring family participation in patient care on acute care wards: A mixed methods study. *Int J Nurs Pract.* 2021;27(2):e12881. doi:10.1111/ijn.12881
29. Centre d'excellence sur le partenariat avec les patients et le public (CEPPP). Qu'est-ce que le partenariat avec les patients et le public? 7 articles incontournables pour mieux le comprendre et le déployer [CEPPP][Internet]. s.d. [cité 24 déc 2025]. Disponible sur: <https://ceppp.ca/actualite/quest-ce-que-le-partenariat-avec-les-patients-et-le-public-7-articles-scientifiques-incontournables/>



L'intelligence artificielle à l'urgence : préserver le raisonnement clinique au cœur du soin

Artificial Intelligence in the Emergency Department : Preserving Clinical Reasoning at the Core of Care

par William Tessier, Charles Bilodeau, Sabrina Blais et Josiane Provost

Mots-clés/Keywords : Intelligence artificielle, Soins d'urgence, Prise de décision clinique, Raisonnement clinique; *Artificial intelligence, Emergency care, Clinical decision-making, Clinical reasoning*

RÉSUMÉ/ABSTRACT

L'intelligence artificielle (IA) s'impose progressivement dans nos systèmes de santé et soulève des enjeux majeurs pour la pratique infirmière. Si cette technologie promet des gains d'efficacité et de meilleurs processus cliniques, elle soulève des enjeux importants quant à la responsabilité, la transparence et le maintien du raisonnement clinique. Cet article met en lumière les bénéfices potentiels de l'IA tout en soulignant les risques associés à sa mise en œuvre. Le maintien d'une posture réflexive, critique et éthique apparaît essentiel afin d'assurer une intégration judicieuse de l'IA dans nos urgences.

Artificial intelligence (AI) is increasingly being integrated into our healthcare systems and raising major challenges for nursing practice. Although this technology promises to improve efficiency and clinical processes, it also raises significant concerns about accountability, transparency, and the preservation of clinical reasoning. This article highlights the potential benefits of AI, while also emphasizing the risks associated with its implementation. Taking a reflective, critical, and ethical approach is essential to ensure the appropriate integration of AI in emergency care settings.

INTRODUCTION

L'intelligence artificielle (IA) occupe une place grandissante dans les discussions sur l'avenir des soins de santé. Si elle promet de transformer la pratique clinique, encore faut-il s'interroger sur la place qu'elle pourrait ou devrait occuper dans nos services d'urgence. S'appuyant sur une réflexion critique, cet article explore les possibilités et les limites de l'IA dans trois domaines clés à l'urgence : le triage, la documentation infirmière et la mise en œuvre des soins. Des pistes de réflexion et des mises en garde sont proposées afin de préserver ce qui demeure essentiel : le raisonnement clinique.

Le triage intelligent, entre efficacité et responsabilité

Le triage constitue la première étape de l'expérience patient à l'urgence et constitue souvent la porte d'entrée dans le système de santé. Cette étape repose sur la capacité professionnelle à interpréter des données parfois incomplètes, à percevoir des signaux subtils et à prioriser les soins selon l'état de la personne soignée (1). Le triage s'appuie donc sur un raisonnement clinique avancé afin de prioriser la prise en charge des personnes soignées en fonction du caractère urgent de leur état de santé. Or, ce processus demeure hautement variable en raison de facteurs tels que la formation, les politiques hospitalières locales et l'expérience clinique de la personne infirmière chargée du triage (2).

Dans cette perspective, plusieurs solutions basées sur l'IA ont été testées pour soutenir la pratique infirmière et standardiser le triage. Par exemple, une étude publiée en 2024 a démontré que GPT-4 peut atteindre une précision comparable à celle d'une équipe de triage expérimentée (3). D'autres résultats sont prometteurs ; certains algorithmes permettent d'améliorer la fluidité du triage en orientant efficacement les personnes soignées vers les parcours diagnostiques ou thérapeutiques appropriés (2,4). En outre, des études évaluant l'intégration de l'IA au triage démontrent une meilleure capacité que le personnel soignant pour la précision dans l'identification des personnes soignées relevant d'un niveau de priorité modéré à élevé (5,6).

Or, cette efficacité algorithmique soulève des questions quant à la transparence et à la responsabilité clinique. Comment évaluer la fiabilité d'une recommandation si le processus de raisonnement de l'IA est opaque, c'est-à-dire qu'on obtient un résultat, mais sans que les données et les étapes ayant conduit à la suggestion clinique ne soient explicitement disponibles pour la personne infirmière ? Et surtout, que faire lorsque le jugement clinique de la personne infirmière diverge de la suggestion technologique ? Le risque est double : soit de se fier aveuglément à la machine, soit de la rejeter par méfiance. Comme le soulignent Friedman et collaborateurs (7), l'enjeu réside donc dans une cohabitation intelligente entre l'humain et l'algorithme, où la technologie soutient le raisonnement clinique plutôt que de le remplacer.

Nous avançons ici l'idée que le dialogue entre l'IA et le personnel infirmier pourrait renforcer la sécurité des personnes soignées grâce à deux formes d'analyse complémentaires qui s'enrichissent : le raisonnement clinique humain et ce que l'on désigne, par souci de clarté, comme un raisonnement computationnel. Il importe d'ailleurs de préciser que cette dernière expression ne renvoie pas à un raisonnement cognitif, mais à des processus algorithmiques produisant des estimations. En ce sens, la proposition de l'IA doit être comprise comme un calcul statistique de probabilité et non comme un véritable jugement clinique. C'est précisément

cette distinction qui rend possible le dialogue entre l'humain et la technologie. Ce dialogue repose sur une articulation réfléchie des savoirs et des jugements cliniques, où l'IA soutient l'analyse sans se substituer au jugement professionnel. Il demeure toutefois conditionnel au maintien d'une posture réflexive et critique de la personne infirmière, capable à la fois de comprendre, d'expliquer et, au besoin, de contester la proposition algorithmique. L'objectif n'est donc pas de déléguer la responsabilité, mais de potentialiser l'intelligence afin d'améliorer les processus décisionnels en contexte de triage à l'urgence.

L'automatisation des notes infirmières : gain de temps ou perte de sens ?

Le temps consacré à la rédaction des notes infirmières est un défi majeur du travail infirmier à l'urgence (8). Dans un environnement où la vigilance et la rapidité priment, la consignation des observations et interventions cliniques accapare un temps précieux, parfois au détriment de la pratique clinique directe auprès des personnes soignées. L'IA promet ici d'alléger le fardeau pour le personnel infirmier en utilisant la reconnaissance vocale intégrée au dossier patient pour la génération automatique de notes à partir de conversations cliniques et la synthèse de l'évolution de la personne soignée. Certaines études montrent d'ailleurs que de tels outils peuvent accroître l'efficacité et la précision de la documentation infirmière (9,10). L'avantage semble évident : moins de temps à rédiger, et plus de temps à soigner.

Or, la rédaction d'une note n'est pas qu'une simple formalité administrative. C'est un acte de raisonnement, d'analyse, de réflexion, reflétant ainsi la démarche clinique de la personne infirmière (11). Écrire permet de structurer sa pensée, rendre visibles ses observations et justifier ses priorités. Plus spécifiquement, la note infirmière permet d'organiser les données, de synthétiser les informations pertinentes, de formuler des hypothèses et de planifier les interventions cliniques prioritaires. Ce moment d'écriture soutient d'ailleurs la compréhension globale de la situation clinique et éveille la vigilance pour la suite du quart de travail. La note infirmière représente ainsi un maillon essentiel du raisonnement clinique. Lorsque la machine rédige à notre place, une part de cette mise en sens clinique risque de s'éroder. Est-ce que l'on prive alors la personne infirmière d'un moment privilégié de réflexion sur l'état de santé de la personne soignée ?

Ainsi, si l'IA peut alléger la charge de rédaction lorsqu'elle est bien intégrée aux flux de travail (12), elle ne doit pas remplacer l'exercice intellectuel et clinique sous-jacent. Le véritable enjeu n'est pas de substituer l'écriture, mais plutôt de préserver notre capacité à penser, interpréter et comprendre la complexité et l'unicité des situations cliniques. L'intégration de l'IA dans cette sphère de la pratique infirmière exige une vigilance professionnelle afin de garantir que l'automatisation demeure au service du raisonnement et du jugement clinique, et non l'inverse.

L'IA au chevet : les défis du raisonnement partagé

Dans les milieux de soins critiques, l'IA s'intègre progressivement aux moniteurs cardiaques, aux respirateurs et aux pompes volumétriques. Certains algorithmes peuvent analyser en continu les paramètres physiologiques pour prédire une détérioration, alerter l'équipe de soins et suggérer un ajustement thérapeutique. Par ailleurs, en contexte d'arrêt cardiorespiratoire (ACR), l'IA peut analyser les vecteurs de défibrillation, proposer un repositionnement des électrodes ou recommander un

changement de stratégie selon la réponse électrique observée. Ces outils, déjà testés dans plusieurs centres hospitaliers, visent à renforcer la réactivité et la sécurité des soins (13-15). Face à cette nouvelle réalité, quelle est la place de l'IA dans l'équipe de soins et comment maintenir la capacité critique des équipes face à une technologie capable de suggérer, voire d'anticiper, l'action humaine ?

L'IA ne s'intègre pas dans l'équipe interdisciplinaire comme un joueur à part entière. Ses recommandations ne résultent pas d'un dialogue, mais d'un calcul. Contrairement aux échanges entre collègues, la machine ne débat pas, n'explique pas et ne négocie pas. L'équipe doit alors interpréter, valider ou rejeter la proposition algorithmique. Cette dynamique transforme la collaboration interdisciplinaire. Il ne s'agit plus seulement de partager une décision, mais de composer avec une entité qui *influence* la réflexion clinique sans véritablement *participer* aux échanges. Les recommandations issues de l'IA reposent sur une logique où chaque problème a une solution optimale prédéterminée. Or, les situations cliniques sont singulières, évolutives et contextuelles, et le soin se déploie dans la nuance, l'incertitude, l'interprétation et l'adaptation. Dans cette perspective, l'IA constitue un nouvel élément qui vient bousculer les interactions au sein de la pratique clinique, ce qui rend nécessaire le développement de nouveaux modèles de collaboration humain-machine afin de s'assurer que ces outils s'intègrent à la pratique sans s'y substituer (7).

La présence de l'IA à l'urgence peut donc devenir source de tensions. Lorsqu'un système suggère une conduite à suivre ou contredit le jugement clinique d'un professionnel, il peut susciter des divergences au sein de l'équipe. Certains y verront un outil fiable et objectif, tandis que d'autres y verront une intrusion dans la prise de décision. Le débat n'est plus axé uniquement sur les soins à prodiguer, mais sur la légitimité de la source à

laquelle se fier. Ces désaccords peuvent fragiliser la cohésion d'équipe, particulièrement en situation d'urgence où chaque seconde compte. Bien que des divergences existent déjà entre professionnels et puissent même être bénéfiques à la prise de décision clinique, celles qui opposent l'humain et l'IA soulèvent des tensions particulières. En fait, l'équipe de soins n'est plus seulement appelée à trancher entre différentes options de soins, mais à évaluer la fiabilité comparative du jugement clinique humain et de la recommandation algorithmique.

Poussons la réflexion un peu plus loin : jusqu'où peut-on réellement configurer les systèmes d'IA pour qu'ils reflètent la spécificité et la sensibilité du raisonnement clinique ? En entraînant les algorithmes à reconnaître certaines présentations cliniques, on risque inévitablement de privilégier ce qui est mesurable, fréquent ou statistiquement saillant, au détriment de signes plus subtils de détérioration clinique, souvent perçus grâce à l'expérience ou à l'intuition professionnelle. À cet effet, en ajustant les seuils de détection et en optimisant la performance algorithmique, un risque paradoxal peut émerger, soit celui de renforcer la précision de l'outil tout en affaiblissant progressivement la vigilance, le raisonnement et le jugement clinique des équipes de soins.

Bref, l'enjeu n'est pas de savoir si l'IA doit prendre part aux soins, mais comment elle peut le faire sans altérer ou influencer le raisonnement clinique professionnel. L'IA doit être envisagée non pas comme une autorité, mais comme un partenaire informationnelle dont les recommandations doivent être intégrées, discutées et validées (10). Ultimement, la capacité à improviser, à interpréter l'inattendu et à faire preuve de jugement est ce qui fait la valeur indéniable du personnel infirmier à l'urgence.



Vers une intelligence bonifiée

L'intégration de l'IA ne doit pas être perçue comme une menace, mais comme une occasion de repenser collectivement la place du raisonnement et du jugement clinique dans un système en transformation. Au Québec comme ailleurs, le personnel infirmier de demain ne sera pas remplacé par une machine, mais par des collègues capables de mutualiser leur intelligence avec celle de l'IA, tout en demeurant garant du sens et de la sécurité des soins. Cela suppose une formation adaptée, non seulement technique, mais aussi éthique et critique. Comprendre les principes de base des algorithmes, leurs limites, leurs biais et leurs impacts devient un impératif professionnel. La participation des personnes infirmières aux comités de gouvernance numérique et aux projets d'implantation technologique est essentielle pour garantir que l'IA serve le soin, et non l'inverse (16,17).

Enfin, il importe de maintenir au cœur de la pratique la dimension relationnelle, culturelle et profondément humaine du soin. Si certaines études suggèrent que l'IA peut être perçue comme empathique lors de certaines interactions, cette empathie demeure simulée et dépourvue d'ancrage relationnel. En contexte clinique, l'empathie se manifeste à travers le regard, le silence, la présence, la loyauté envers la personne soignée et la capacité d'advocacy, autant de dimensions que l'IA ne peut incarner. C'est précisément là que réside la véritable valeur ajoutée du rôle infirmier dans un monde technologique.

Plutôt que de remplacer les professionnels de santé, l'IA peut renforcer leur expertise en soutenant des décisions plus éclairées et cohérentes, où la précision technologique s'allie au raisonnement et à l'empathie humaine. À l'aube de cette transformation, il est crucial de se rappeler ce qui fait la force des soins d'urgence : penser vite, agir juste et soigner avec discernement. L'IA peut améliorer cette mission, à condition que l'intelligence humaine demeure au cœur du soin. 🏡

LES AUTEUR.ES

William Tessier

inf., M.Sc., Ph.D. (cand.)

Candidat au doctorat

École des sciences infirmières, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke
William.Tessier@usherbrooke.ca

Charles Bilodeau

inf., Ph.D.

Professeur adjoint

École des sciences infirmières, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke

Sabrina Blais

inf., M.Sc.

Étudiante au doctorat

École des sciences infirmières, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke

Josiane Provost

inf., M.Sc., Ph.D. (cand.)

Candidate au doctorat

École des sciences infirmières, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke

AIDE FINANCIÈRE

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

CONFLIT D'INTÉRÊTS

Les auteur.es déclarent ne posséder aucun conflit d'intérêts. Il est toutefois important de mentionner que Sabrina Blais et William Tessier sont éditeurs associés à la revue *Soins d'urgence*, mais ceux-ci n'ont pas participé à l'édition de cet article.

RÉFÉRENCES

1. Janerka C, Leslie GD, Gill FJ. Patient experience of emergency department triage: An integrative review. *Int Emerg Nurs.* 2024;74:101456. doi: 10.1016/j.ienj.2024.101456.
2. Tyler S, Ollis M, Aust N, Patel L, Simon L, Triantafyllidis C, et al. Use of artificial intelligence in triage in hospital emergency departments: A scoping review. *Cureus.* 2024;16(5). doi: 10.7759/cureus.59906
3. Paslı S, Şahin AS, Beşer MF, Topçuoğlu H, Yadigaroglu M, İmamoglu M. Assessing the precision of artificial intelligence in ED triage decisions: Insights from a study with ChatGPT. *Am J Emerg Med.* 2024;78:170-5. doi: 10.1016/j.ajem.2024.01.037
4. Szymczyk A, Krion R, Krzyzaniak K, Lubian D, Sieminski M. Artificial intelligence in optimizing the functioning of emergency departments: A systematic review of current solutions. *Arch Acad Emerg Med.* 2024;12(1). doi: 10.22037/aaem.v12i1.2110
5. DaCosta A, Teke J, Origo JE, Osonuga A, Egbon E, Olowade DB. AI-driven triage in emergency departments: A review of benefits, challenges, and future directions. *Int J Med Inform.* 2025;197:105838. doi: 10.1016/j.ijmedinf.2025.105838
6. Taylor RA, Chmura C, Hinson J, Steinhart B, Sangal R, Venkatesh AK, et al. Impact of artificial intelligence-based triage decision support on emergency department care. *NEJM AI.* 2025;2(3). doi: 10.1056/Aloa2400296
7. Friedman AB, Delgado MK, Weissman GE. Artificial intelligence for emergency care triage—much promise, but still much to learn. *JAMA Netw Open.* 2024;7(5):e248857. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2024.8857
8. Yen PY, Kelley M, Lopetegui M, Loversidge J, Chippis EM, Gallagher-Ford L, Buck Jacalyn. Nurses' time allocation and multitasking of nursing activities: A time motion study. *AMIA Annu Symp Proc.* 2018;1137-1146.
9. Apakama DU, Nguyen KAN, Hyppolite D, Soffer S, Mudrik A, Ling E, et al. Identifying bias at scale in clinical notes using large language models. *Mayo Clin Proc Digit Health.* 2025;3(4):100296. doi: 10.1016/j.mcpdig.2025.100296
10. Ruksakulpiwat S, Thorngthip S, Niyomyart A, Benjasirisan C, Phianhasin L, Aldossary H, et al. A systematic review of the application of artificial intelligence in nursing care: Where are we, and what's next? *J Multidiscip Healthc.* 2024;17:1603-16. doi: 10.2147/JMDH.S459946
11. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). Documentation des soins infirmiers: norme d'exercice. OIIQ; 2023. <https://www.oiiq.org/en/documentation-des-soins-infirmiers>
12. Cheng R, Aggarwal A, Chakraborty A, Harish V, McGowan M, Roy A, et al. Implementation considerations for the adoption of artificial intelligence in the emergency department. *Am J Emerg Med.* 2024;82:75-81. doi: 10.1016/j.ajem.2024.05.020
13. Gallifant J, Zhang J, Del Pilar Arias Lopez M, Zhu T, Camporota L, Celi LA, et al. Artificial intelligence for mechanical ventilation: Systematic review of design, reporting standards, and bias. *Br J Anaesth.* 2022;128(2):343-51. doi: 10.1016/j.bja.2021.09.025
14. Su YT, Chen SJ, Lin C, Lin CS, Hu HF. Prognostic significance of AI-enhanced ECG for emergency department patients. *Diagnostics.* 2025;15(15):1874. doi: 10.3390/diagnostics15151874
15. Zaboli A, Brigo F, Ziller M, Massar M, Parodi M, Magnarelli G, et al. Exploring ChatGPT's potential in ECG interpretation and outcome prediction in emergency department. *Am J Emerg Med.* 2025;88:7-11. doi: 10.1016/j.ajem.2024.11.023
16. Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Plan directeur sur l'intelligence artificielle en santé 2024-2027. Gouvernement du Québec; 2024. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003840/>
17. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). Recommandations sur l'impact de l'intelligence artificielle sur la protection du public et la profession infirmière. OIIQ; 2024. <https://www.oiiq.org/documents/20147/1306047/Recommandations-sur-l-impact-de-l-intelligence-artificielle-sur-la-protection-du-public-et-la-profession-infirmiere.pdf>



Exercice pratique de triage infirmier : le cas de l'accident vasculaire cérébral

Practical Nursing Triage Exercise : The Case of Stroke

par **Mirelle Gagnon-Gervais et Mélanie Marceau**

Avertissement : Cet exercice de triage est présenté à des fins éducatives uniquement. Il vise à soutenir la réflexion clinique et ne remplace pas le jugement professionnel ni les protocoles en vigueur dans votre établissement. Les décisions de triage doivent toujours être adaptées au contexte clinique spécifique et basées sur l'évaluation globale de la personne soignée.

Mots-clés/Keywords : Urgence, Triage, Accident vasculaire cérébral; *Emergency department, Triage, Stroke*

RÉSUMÉ/ABSTRACT

Cet exercice pratique de triage présente un cas clinique fictif illustrant l'application des nouvelles recommandations de l'Échelle canadienne de triage et de gravité (ÉTG) 2024. La révision a été menée conjointement par l'Association nationale des infirmières et infirmiers d'urgence (ANIIU) et l'Association canadienne des médecins d'urgence (ACMU). À partir d'un scénario clinique d'une personne présentant des manifestations cliniques d'un accident vasculaire cérébral (AVC) au réveil, cet exercice pratique vise à revoir la démarche clinique et la priorisation selon les nouvelles recommandations des modificateurs primaires et spécifiques à la raison de consultation selon l'ÉTG.

This practical triage exercise presents a fictional clinical case illustrating the application of the 2024 updates to the Canadian Triage and Acuity Scale (CTAS). The revision was conducted jointly by the National Emergency Nurses Association (NENA) and the Canadian Association of Emergency Physicians (CAEP). Based on a clinical scenario involving an individual presenting with signs and symptoms of a wake-up stroke, this exercise aims to review the clinical assessment process and prioritization according to the updated recommendations for primary and complaint-specific modifiers within the CTAS.

SAVIEZ-VOUS QUE...

INTRODUCTION

La révision 2024 de l'Échelle canadienne de triage et de gravité (ÉTG) marque une étape importante dans l'évolution du triage infirmier au Canada. Cette mise à jour, la première depuis 2016, résulte d'une collaboration entre l'Association nationale des infirmières et infirmiers d'urgence (ANIUI) et l'Association canadienne des médecins d'urgence (ACMU) formant ainsi le Groupe de travail national canadien. Cet exercice pratique a pour objectif d'illustrer l'application de ces nouveaux modificateurs à travers un cas fictif inspiré de la pratique clinique quotidienne à l'urgence.

Cas clinique

Il est 9 h du matin dans un service d'urgence d'un hôpital rural. Monsieur Pierre Coco, âgé de 74 ans, se présente accompagné de son conjoint. Il était asymptomatique la veille, hormis un léger mal de tête. Au réveil, le conjoint constate une faiblesse du côté droit, un trouble d'élocution et un affaissement facial droit. Inquiet, il l'amène rapidement à l'urgence. Voici l'évaluation infirmière :

À l'évaluation visuelle

La personne infirmière observe que Monsieur Coco est transporté en fauteuil roulant par son conjoint et présente un affaissement du visage du côté droit.

Au triage

- Le questionnaire des symptômes infectieux est négatif.
- Les données de l'évaluation complètes sont :
 - Données subjectives :
 - Douleur (PQRSTU) : aucune (répond verbalement qu'il n'a pas de douleur)
 - Allergie : aucune connue
 - Antécédents : hypertension, dyslipidémie et diabète de type 2
 - Médications : Metformine 500 mg PO BID, Amlodipine 5 mg PO die, Atorvastatine 40 mg PO die
 - Aucun anticoagulant
 - Données objectives :
 - Éveillé, alerte et orienté, mais présente une dysarthrie
 - Pupilles 3mm égales, rondes et réactives à la lumière et à l'accommodation
 - Échelle de Cincinnati : 3/3
 - Force motrice à 2/5 au membre supérieur et inférieur droit
 - Tension artérielle (TA) : 140/77 mmHg, Fréquence cardiaque (FC) : 95 batt./min (irrégulière), Fréquence respiratoire (FR) : 16 resp./min, SpO₂ : 96 % à l'air ambiant, Température buccale : 36,7 °C, glycémie capillaire : 4,5 mmol/L

Depuis la plus récente révision, les « modificateurs de premier ordre » sont maintenant appelés modificateurs primaires. Les « modificateurs de deuxième ordre », quant à eux, portent désormais le nom de modificateurs spécifiques à la raison de consultation. Plus de 240 modificateurs spécifiques à certaines raisons de consultation ont été ajoutés, permettant une meilleure précision clinique lors de l'évaluation au triage.

Questions réflexives

Quel sera le niveau de priorité à attribuer pour ce cas clinique ? Quelles sont les considérations particulières pour un accident vasculaire cérébral (AVC) au réveil ?

Discussion et justification

Les personnes présentant des symptômes d'AVC peuvent bénéficier d'un traitement par thrombolyse ou par thrombectomie lorsqu'il s'agit d'un AVC ischémique (1,2,6,7). La thrombolyse est généralement possible dans une fenêtre de 4,5 heures suivant l'apparition des symptômes (3,6,7), tandis que la thrombectomie peut être envisagée jusqu'à 24h suivant les symptômes et plusieurs éléments, dont l'imagerie (4,6,7).

Dans le contexte d'un AVC au réveil, le moment exact du début des symptômes est incertain. Néanmoins, les recommandations récentes soulignent l'importance d'une évaluation rapide et d'une orientation vers un centre spécialisé (5,6,7). La nouvelle version 2024 de l'ÉTG reconnaît cette situation en introduisant un modificateur spécifique : « symptômes d'AVC au réveil ou dans la fenêtre thérapeutique », attribuant une cote de priorité 2 (Tableau 1).

Tableau 1. Raison de consultation : Faiblesse des membres/Symptômes d'AVC

Certains modificateurs primaires et spécifiques à la raison de consultation	Cote de priorité
Détresse respiratoire sévère	P1
Inconscience	P1
État de choc	P1
Instabilité hémodynamique	P2
Détresse respiratoire modérée	P2
Fièvre, immunosupprimé	P2
Symptômes « AVC au réveil » ou dans la fenêtre thérapeutique	P2
Résolue ou en dehors de la fenêtre thérapeutique	P3
Fragilité	P3
Douleur modérée, centrale et aigue	P3

Légende : modificateurs primaire en noir et modificateurs spécifiques en bleu
Source : Traduction libre de (8)

Il ne faut pas oublier que l'intervention rapide est essentielle auprès des personnes présentant des manifestations cliniques d'AVC (6,7). Ainsi, il est possible que le personnel infirmier doive compléter le triage de façon accélérée ou orienter immédiatement la personne vers une salle de traitement appropriée, avant même d'avoir recueilli toutes les informations complémentaires (p. ex. les antécédents de santé, la liste des médicaments, la glycémie capillaire). Dès l'évaluation initiale des symptômes compatibles avec un AVC, la personne peut être dirigée directement vers la salle de traitement prioritaire afin d'optimiser la prise en charge médicale et infirmière. La connaissance des protocoles de son centre demeure un élément clé.

Conclusion

Ce cas clinique illustre l'importance de l'application rigoureuse des nouveaux modificateurs introduits dans la révision 2024 de l'ÉTG. Le jugement clinique infirmier demeure essentiel afin d'assurer une priorisation rapide, adaptée et sécuritaire, particulièrement pour les personnes présentant des symptômes d'AVC. 🌟

LES AUTEURES

Mirelle Gagnon-Gervais**inf., B.Sc.**

Infirmière clinicienne, Centre hospitalier de l'université de Montréal (CHUM)

mirelle.gagnon-gervais.chum@ssss.gouv.qc.ca

Mélanie Marceau**inf. Ph.D.**

Professeure agrégée, École des sciences infirmières, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke

CONFLIT D'INTÉRÊTS

Mirelle Gagnon-Gervais fait partie du comité éditorial de la revue Soins d'urgence, mais n'a pas contribué à l'édition de cet article. De plus, Mirelle Gagnon-Gervais et Mélanie Marceau sont instructrices pour le Canadian Triage Acuity Scale (CTAS).

SOUTIEN FINANCIER

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

RÉFÉRENCES

- Hall JN, McCarron J, Toarta C, McLeod SL, CTAS National Advisory Committee and NENA Triage Committee. Canadian emergency department triage and acuity scale (CTAS) guidelines 2025. *Can J Emerg Med.* 2025;27(10):774-777. doi:10.1007/s43678-025-00996-1.
- Powers WJ, Rabinstein AA, Ackerson T, Adeoye OM, Bambakidis NC, Becker K, et al. Guidelines for the early management of acute ischemic stroke : 2023 update to the early management of acute ischemic stroke guideline recommendations. *Stroke.* 2023;54(4):e68-e163. doi:10.1161/STR.000000000000441
- Goyal M, Menon BK, van Zwam WH, Dippel DWJ, Mitchell PJ, Demchuk AM, et al. Endovascular thrombectomy after large-vessel ischaemic stroke : Meta-analysis of individual patient data from five randomised trials. *Lancet.* 2016;387(10029):1723-1731. doi:10.1016/S0140-6736(16)00163-X.
- Campbell BCV, Mitchell PJ, Churilov L, Dowling RJ, Yan B, Parsons MW, et al. Extended window for endovascular thrombectomy in stroke : A review. *J Neurointerv Surg.* 2022;14(9):893-899. doi:10.1136/neurintsurg-2022-018850.
- Albers GW, Marks MP, Kemp S, Christensen S, Tsai JP, Ortega-Gutierrez S, et al. Thrombectomy for stroke at awakening : Evidence and evolving practice. *N Engl J Med.* 2018;378(11):1029-1039. doi:10.1056/NEJMra1706442.
- Oliveira-Filho J, Mullen MT. Initial assessment and management of acute stroke. *UpToDate.* 2026. <https://www.uptodate.com/contents/initial-assessment-and-management-of-acute-stroke>
- Oliveira-Filho J, Samuels OB. Approach to reperfusion therapy for acute ischemic stroke; *UpToDate.* 2026. <https://www.uptodate.com/contents/approach-to-reperfusion-therapy-for-acute-ischemic-stroke/print>
- CTAS National Advisory Committee. eCTAS Database reference tool - complaint-oriented triage [document non publié]. 2024. CTAS.

SOINS D'URGENCE

AIMEZ ET SUIVEZ LA PAGE FACEBOOK DÉDIÉE À LA REVUE



Disponible sur la plateforme Érudit



Gratuite en version papier pour les membres qui en font la demande. Livraison par la poste, au domicile ou à l'établissement professionnel



Disponible en tout temps sur notre site Web

Vous aussi vous voulez contribuer
à la revue *Soins d'urgence*?

Proposez un article!

Les infirmières, les infirmiers et autres professionnels de la santé détenant une expertise dans le domaine sont invités à proposer des articles portant sur les différentes dimensions de la pratique infirmière en milieu d'urgence (p. ex., les soins cardiovasculaires, les soins de traumatologie, la santé mentale). Les manuscrits soumis à la revue seront révisés par les pairs selon un processus rigoureux assurant la qualité des articles publiés.

**Pour soumettre votre article,
consultez la section
« revue *Soins d'urgence* »
sur aiiuq.qc.ca.**

Merci à nos généreux partenaires

PARTENAIRES ANNUELS DE L'AIIUQ



ᐅᓄᓄᓄ ᐅᓄᓄᓄ ᐅᓄᓄᓄ
UNGAVA TULATTAVIK HEALTH CENTER
CENTRE DE SANTÉ TULATTAVIK DE L'UNGAVA

NOS COLLABORATEURS

PARATUS
MEDICAL



Top
SI

AIIUQ





DEVENIR MEMBRE DE L'AIIUQ

BEAUCOUP D'AVANTAGES À ÊTRE MEMBRE!

Être membre de l'AIIUQ vous apportera plusieurs avantages professionnels ainsi qu'une mise à jour des connaissances en soins d'urgence et vous permettra de participer au développement de celles-ci.

RABAIS AVANTAGEUX

- Prix réduit sur les 20 formations annuelles de l'AIIUQ (CTAS, Toxicologie, EPICC – Fondements, EPICC – Pédiatrique, EPICC – Traumatologie, Cardiologie, et bien d'autres);
- Prix réduit sur le Congrès et le Symposium annuel de l'AIIUQ.

ACCÈS PRIVILÉGIÉS

- Accès gratuit à la plateforme de formation en ligne en médecine d'urgence TopSI;
- Accès à des annonces spécialisées en soins d'urgence sur la section membres du site Internet;
- Accès aux bourses d'études (une bourse de 500\$ et une bourse de 1000\$);
- Adhésion gratuite de 1 an à la NENA;
- Une période d'essai gratuite d'un an sur la plateforme Paratus Médical d'une valeur de 90\$;
- Des rabais avantageux dans les Strøm spa nordique;
- Possibilité de recevoir la revue *Soins d'urgence* en format papier.

SOUTIEN EN TOUT TEMPS

Soutien via courriel ou téléphone pour répondre à vos questions sur les soins d'urgence.



POUR DEVENIR MEMBRE, RENDEZ-VOUS SUR: WWW.AIIUQ.QC.CA/ADHESION