

# Évaluations infirmières standardisées dans l'équipe gériatrique de la médecine d'urgence de la personne âgée du Centre hospitalier universitaire de Limoges

Anne-Marie Carreau-Boudreau<sup>a</sup>, inf., Achille Tchalla<sup>b</sup>, MD, Ph.D., Marie-Laure Laroche<sup>c</sup>, M.D., Ph.D., Nadine Malien<sup>d</sup>, inf., Caroline Sirois<sup>e</sup>, B.Pharm., Ph.D.

<sup>a</sup> Étudiante à la maîtrise, Département des sciences de la santé, Université du Québec à Rimouski

<sup>b</sup> Médecin, Département de Médecine Gériatrique, CHU de Limoges, France

<sup>c</sup> Médecin, Centre hospitalier universitaire de Limoges Faculté de médecine, Université de Limoges.

<sup>d</sup> Infirmière diplômée d'État, Département de Médecine Gériatrique, CHU de Limoges, France

<sup>e</sup> Professeure, Faculté de pharmacie de l'Université Laval, Université Laval

---

## Résumé

**Contexte :** Le portrait clinique spécifique des aînés nécessite une collaboration interdisciplinaire à la salle d'urgence, afin d'explorer plusieurs facettes de leur santé. Malgré des assises théoriques précises sur les soins infirmiers gériatriques des salles d'urgence, les évaluations infirmières standardisées demeurent peu documentées. **But :** Décrire les évaluations infirmières standardisées réalisées chez les aînés admis par l'équipe interdisciplinaire de la Médecine d'Urgence de la Personne Âgée (MUPA) au Centre hospitalier universitaire de Limoges, en France. **Méthode :** Étude descriptive menée à partir des dossiers médicaux électroniques, afin de répertorier et consigner les évaluations infirmières standardisées réalisées auprès de 330 patients ayant fréquenté la MUPA entre le 1<sup>er</sup> février et le 20 avril 2017. **Résultats :** Différents aspects de la fragilité et de l'autonomie des aînés ont été évalués : activités instrumentales et quotidiennes, adhésion médicamenteuse, signes dépressifs, mémoire à court terme, douleur et autonomie fonctionnelle. Seulement 41 % des dossiers présentaient des grilles d'évaluation standardisée remplies (moyenne de 2,3 grilles complétées par patient). **Discussion :** Les infirmières des salles d'urgence ont un rôle polyvalent au sein de l'équipe interdisciplinaire. Les évaluations réalisées à la MUPA correspondent aux lignes directrices attendues sur leurs rôles au sein d'une équipe gériatrique. Le rôle en pharmacovigilance pourrait être bonifié, afin d'inclure davantage les infirmières dans la surveillance et l'anticipation des effets indésirables médicamenteux. **Retombées :** Il est possible de mieux comprendre le rôle de l'infirmière en gériatrie au sein d'une équipe interdisciplinaire et de s'en inspirer pour bonifier la pratique dans les salles d'urgence.

**Mots-clés :** aînés, effets indésirables, hospitalisation, interdisciplinarité, polymédication, rôles infirmiers.

## Standardized nursing assessments in the geriatric emergency medicine team at the University Hospital of Limoges in France

**Context:** The specific clinical portrait of older adults requires interprofessional collaboration in the emergency room, in order to explore several facets of their health. Despite theoretical foundations on geriatric nursing care in emergency room, standardized nursing assessments remains poorly documented. **Purpose:** To describe the standardized nursing assessments carried out on older adults who visit the emergency room of the Limoges University Hospital (France) and who are cared for by the interdisciplinary team (Médecine d'Urgence de la Personne Âgée [MUPA]). **Method:** We conducted a descriptive study using electronic medical records. We identified all patients who attended MUPA between February 1st and April 20<sup>th</sup> 2017 (n=330). We recorded the number and type of standardized evaluation grids completed by the MUPA nurses. **Results:** Various aspects of frailty and autonomy were evaluated: instrumental and daily activities, medication adherence, signs of depression, short-term memory, pain and functional autonomy. Less than half of the medical files (41 %) had completed standardized grids. An average of 2.3 standardized grids were completed in patients when there was a standardized assessment done. **Conclusion:** Emergency room nurses have a versatile role within the interprofessional team. The assessments carried out at MUPA meet the guidelines for their roles in a geriatric team. However, the role in pharmacovigilance could be improved, in order to include nurses more in the monitoring and anticipating adverse drug reactions. **Benefits:** A better understanding of the role of nurses within an interdisciplinary team could help improve practice in emergency rooms.

**Keywords:** adverse effects, elderly, hospitalization, interdisciplinary team, nursing roles, polypharmacy.

---

Toute correspondance concernant cet article doit être adressée à Mme Caroline Sirois, Professeure agrégée à la Faculté de pharmacie, Université Laval, caroline.sirois@pha.ulaval.ca

Le taux de visites dans les salles d'urgence augmente avec l'âge (Albert, McCaig, & Ashman, 2013). Pour que les soins des aînés dans les salles d'urgence soient optimaux, de nombreux aspects doivent être considérés. Des soins holistiques s'appliquent plus efficacement si les membres d'une équipe interdisciplinaire assurent conjointement leurs soins et leurs rôles spécifiques, dans un esprit de coopération. Plusieurs acteurs peuvent être inclus dans une équipe interdisciplinaire, même dans un contexte aussi singulier que les salles d'urgence : urgentiste, gériatre, pharmacien, travailleur social et infirmière travaillent ainsi en étroite collaboration. On connaît déjà les retombées positives de l'implication des pharmaciens dans les salles d'urgence (c.-à-d. revue des profils de médicaments, mise à jour des prescriptions, détection des médicaments potentiellement inappropriés) (Kwan & Farrell, 2013), mais le rôle infirmier spécifique au sein de l'équipe interdisciplinaire gériatrique demeure peu documenté.

Des lignes directrices américaines pour les équipes interdisciplinaires dans les salles d'urgence ont été élaborées (American College of Emergency Physicians, 2014) afin d'encadrer la pratique des différents acteurs, dont les infirmières. Dans leurs recommandations, Carpenter et al. (2014) suggèrent que les infirmières des salles d'urgence suivent une formation spécialisée dans le domaine gériatrique, afin de surveiller des éléments précis associés au vieillissement. L'évaluation infirmière devrait notamment comprendre des évaluations spécifiques pour les risques de chute, des activités de dépistage des troubles neurocognitifs majeurs, de l'état confusionnel et des syndromes gériatriques, de même qu'une surveillance des événements indésirables associés à la polymédication.

Si les lignes directrices semblent claires quant aux rôles infirmiers, on ignore toutefois ce qui est réellement effectué dans la pratique. Malik et al. (2018) ont réalisé une revue de la littérature, afin de préciser les impacts de l'évaluation et des interventions des infirmières spécialisées en gériatrie dans les salles d'urgence. Leur revue met en lumière des incohérences dans les soins prodigués aux aînés et dans les évaluations effectuées dans le contexte des salles d'urgence, renforçant l'importance de valider par l'observation ce qui est réellement accompli par les infirmières quant aux évaluations standardisées.

L'implantation d'équipes interdisciplinaires gériatriques dans les salles d'urgence est en émergence. En France, plusieurs villes ont des centres hospitaliers munis de telles équipes (ex. Vichy, Bordeaux, Marseille, Avignon). Le Centre hospitalier universitaire (CHU) de Limoges a été le premier centre français à intégrer, en 2014, une

équipe interdisciplinaire, appelée Médecine d'urgence de la personne âgée (MUPA), rattachée physiquement au service des urgences adultes. La MUPA permet la continuité des soins de la personne âgée aux prises avec plusieurs problèmes de santé arrivant aux salles d'urgence, depuis l'évaluation antérieure de son autonomie jusqu'à l'évaluation de son état de santé et le dépistage des critères de fragilité. Cette unité recense les éléments socio-environnementaux du patient par des entretiens avec lui, ses proches, sa personne-ressource ou son référent, afin d'élaborer un projet de soins et de vie. Les membres de la MUPA souhaitent prévenir et identifier les risques liés à l'hospitalisation, avec l'étroite collaboration de la travailleuse sociale de l'équipe, pour réaliser des plans d'aide ou anticiper des problèmes de maintien à domicile, et ainsi réaliser des demandes d'hébergement. Les objectifs de la MUPA sont de développer et d'améliorer les soins globaux de la personne âgée dans les salles d'urgence. Ceci s'effectue en intégrant le patient dans la filière gériatrique en lien avec les unités déjà existantes, soit en intra-hospitalier (avec l'hôpital de jour, les consultations gériatriques, l'Unité de Prévention de Suivi et d'Analyse du Vieillessement (UPSAV), le post urgence gériatrique (PUG), la médecine interne gériatrique (MIG), les soins de suites, les services non gériatriques), mais aussi en extra hospitalier, comme avec les hôpitaux périphériques.

L'équipe de la MUPA assure ainsi les soins aux aînés fragiles aux prises avec plusieurs problèmes de santé directement dans les salles d'urgence, donnant accès à un encadrement spécialisé en gériatrie (cinq jours sur sept). L'équipe emploie quatre infirmières spécialisées en gériatrie. Celles-ci réalisent des évaluations standardisées (au moyen de grilles cliniques validées) et non standardisées (basées entre autres sur le jugement clinique) sur différents aspects inhérents aux soins holistiques des patients admis. Toutefois, on ignore précisément quelles sont les évaluations standardisées qu'elles réalisent et la proportion de patients qui en bénéficient. De fait, peu d'études se sont intéressées à ces descriptions. Le but de cette étude est donc de décrire les évaluations infirmières standardisées effectuées chez les aînés admis par l'équipe de la MUPA des urgences du CHU de Limoges.

## Méthodologie

Pour identifier les évaluations standardisées effectuées par les infirmières, une étude descriptive transversale rétrospective a été réalisée avec les dossiers des patients admis par la MUPA entre le 1<sup>er</sup> février et le 20 avril 2017.

### Collecte et analyse des données des patients

Les dossiers des patients retenus devaient répondre aux critères de présélection de la MUPA. Spécifiquement, les patients devaient être âgés de 75 ans ou plus; présenter au moins deux pathologies chroniques sans urgence vitale, sans surveillance continue nécessaire, sans orientation vers une urgence chirurgicale et sans protocole nécessitant des soins immédiats dans une unité; enfin, ils devaient provenir d'un secteur de santé desservi par le CHU de Limoges.

Les évaluations infirmières standardisées ont été définies comme l'ensemble des évaluations effectuées au moyen de grilles validées par les infirmières lors de l'admission des patients à la MUPA. Les grilles standardisées que les infirmières de la MUPA utilisent sont des adaptations des grilles originales et sont présentées dans le Tableau 1. Ce sont ces évaluations standardisées qui différencient le rôle de l'infirmière en gériatrie de celui des

infirmières des salles d'urgence. Les évaluations avec les échelles sont réalisées dès le moment de l'admission à la MUPA et doivent être complétées avant le départ du patient, selon un ordre de priorisation établi par l'infirmière et les besoins du patient. Les infirmières se basent sur leur jugement clinique, l'état clinique du patient et leur expérience, afin de déterminer quelles évaluations doivent être complétées. Le score de chacune des grilles standardisées complétées est ensuite inscrit au dossier électronique du patient pour consultation par les autres professionnels de l'équipe interdisciplinaire de la MUPA, offrant ainsi un portrait du patient et de son niveau de dépendance. Nous avons ainsi calculé la proportion des patients admis pour lequel des grilles standardisées ont été complétées, le nombre de grilles complétées par patient, et quelles grilles ont été remplies pour chacun des patients. Chaque dossier électronique a été consulté grâce au logiciel UrQual.

**Tableau 1.**

***Grilles d'évaluations cliniques complétées par les infirmières travaillant à la MUPA des urgences du CHU de Limoges***

Problème à évaluer	Grille utilisée
Douleur subjective :	Grille Algoplus (Rat et al., 2011) ou selon une échelle numérique lorsque le patient est capable de répondre
Mémoire à court terme :	Test des trois mots selon le critère issu du Mini-mental state (Folstein, Folstein et McHugh, 1975);
Signes dépressifs :	Grille du repérage de la dépression grâce à la mini Geriatric Depression Scale (GDS) (Clément et al., 1997);
Adhésion médicamenteuse :	Grille d'évaluation de l'observance médicamenteuse grâce à une grille inspirée de l'échelle de Morisky Green (Morisky et al., 1986);
Fragilité lors de l'hospitalisation:	Grille d'évaluation de la fragilité lors de l'hospitalisation Identification systématique des aînés à risque (ISAR) (McCusker et al., 1999);
Repérage précoce de la fragilité :	Grille d'évaluation de la fragilité Short Emergency Geriatric Assesment (SEGA) volet A (profil gériatrique et facteurs de risque) et volet B (données complémentaires) de Schoevaerdt et al. (2004), adaptées à la pratique gériatrique française;
Autonomie dans les activités quotidiennes :	Grille d'évaluation de l'autonomie <i>Activities of Daily Living</i> (ADL) de Katz et al. (1963) adaptée à la pratique gériatrique française;
Autonomie dans les activités instrumentales :	Grille d'évaluation de l'autonomie physique lors des activités instrumentales <i>Instrumental Activities of Daily Living</i> (IADL) de Lawton and Brody (1969), adaptée à la pratique gériatrique française

### Considérations éthiques

Cette étude a été approuvée par le comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Rimouski (CER-96-710). Les données ont été conservées dans l'ordinateur portable verrouillé d'une seule chercheuse et une sauvegarde de ces données cryptées sur un disque dur externe a également été effectuée. Seule l'identité anonymisée des patients se retrouve dans la collecte des données. Selon la Loi Santé du 26/1/2016 avec décret n°2016-994 du 20/7/2016 sur l'échange et le partage d'informations entre professionnels de santé, l'accord du patient est implicite du moment qu'il est pris en charge par ce professionnel de santé. Le risque demeure minimal, puisqu'aucun contact n'a lieu entre les chercheurs et les patients.

### Résultats

#### Caractéristiques des patients dont les dossiers ont été évalués

Au total, 330 dossiers d'aînés répondant aux critères de sélection ont été retenus pour caractériser les activités d'évaluation infirmières. L'âge moyen des aînés était de 87,9 ans (E.T.± 5,5) et les femmes (n=208) représentaient 63 % de l'ensemble. Ces aînés présentaient environ 5,5 (E.T.± 2,2) problèmes de santé, majoritairement

d'origine cardiovasculaire (n=281). Ils consommaient en moyenne 7,8 médicaments différents quotidiennement. Une proportion de 68 % (n=225) avait une histoire de chute avant leur admission à la salle d'urgence. Les motifs de visite à la salle d'urgence les plus fréquemment rencontrés étaient ceux d'origine fonctionnelle, comprenant notamment les chutes (38 %), suivis des motifs cardiovasculaires (13 %), incluant les décompensations cardiorespiratoires. Une proportion de 70 % des individus a été hospitalisée à la suite de leur passage à la salle d'urgence.

#### Évaluations infirmières standardisées

Des évaluations infirmières ont pu être constatées dans 136 dossiers (41 %) de la population à l'étude, avec une moyenne de 2,3 grilles réalisées par individu parmi ceux qui ont eu au moins une évaluation. Le Tableau 2 présente les différents pourcentages de réalisation des grilles infirmières par les infirmières de la MUPA. Dans les 136 dossiers présentant au moins une évaluation, 135 (99 %) comprenait une évaluation de l'autonomie. L'évaluation de la fragilité avait quant à elle été complétée dans 132 de ces 136 dossiers (97 %). Ainsi, l'évaluation de l'autonomie (grille ADL) et de la fragilité (grille SEGA (volet A)) étaient les grilles les plus fréquemment réalisées (correspondant respectivement à 41 % et 40 % de l'ensemble des dossiers de la période à l'étude).

Tableau 2.

#### Réalisation par les infirmières des grilles d'évaluation cliniques standardisées auprès des patients (N=330) admis à la MUPA

Grilles standardisées	Nombre total de dossiers avec la présence de l'évaluation (%)
Autonomie dans les activités quotidiennes (ADL) (Katz et al. (1963))	135 (40,9 %)
Repérage précoce de la fragilité (SEGA) volet A (profil gériatrique et facteurs de risque) (Schoevaerdt et al. (2004))	132 (40,0 %)
Autonomie dans les activités instrumentales (IADL) (Lawton et Brody (1969))	89 (27,0 %)
Repérage précoce de la fragilité (SEGA) volet B (données complémentaires) (Schoevaerdt et al. (2004))	88 (26,7 %)
Fragilité lors de l'hospitalisation (ISAR) (McCusker et al., 1999))	84 (25,5 %)
Signes dépressifs (GDS) (Clément et al., 1997);	82 (24,8 %)
Mémoire à court terme (Test des trois mots) (Folstein et al., 1975))	78 (23,6 %)
Observance médicamenteuse (Morisky, Green et Levine, 1986)	56 (17,0 %)

La grille IDAL était moins fréquemment remplie (27 %), tout comme le volet B de la grille SEGA mesurant l'autonomie (25 %) et la grille ISAR mesurant la fragilité (26 %). Du point de vue la santé mentale, l'évaluation de la dépression gériatrique a été notée chez 25 % et le test des trois mots chez 24 % des patients. L'évaluation avec le plus faible taux de réalisation était celle de l'adhésion médicamenteuse. Seulement 56 patients (17 %) ont ainsi eu une analyse de leur adhésion médicamenteuse parmi tous les dossiers inclus.

## Discussion

Cette étude a permis de constater que les infirmières de la MUPA réalisent plusieurs évaluations standardisées, notamment quant à l'autonomie et à la fragilité des personnes âgées. Toutefois, ces évaluations demeurent limitées, puisque moins de la moitié de tous les patients admis à la MUPA ont reçu une telle évaluation.

D'autres études se sont intéressées à la pratique infirmière en gériatrie dans les salles d'urgence. En Amérique du Nord, Baumbusch et Shaw (2011) et Boltz et al. (2013) ont abordé les évaluations et les rôles de l'infirmière en gériatrie avec des méthodes exploratoires qualitatives. Si ces auteurs démontrent l'importance de l'infirmière dans le continuum de soins et son apport essentiel dans les interventions à réaliser à la salle d'urgence, de même que les enjeux qu'elles constatent pour offrir des soins appropriés aux personnes âgées dans le contexte de la salle d'urgence, les auteurs ne spécifient pas comment les infirmières en gériatrie s'y prennent pour réaliser les différents rôles inhérents à leur champ d'évaluation. En fait, très peu d'études décrivent les évaluations standardisées réalisées par les infirmières au sein d'une équipe gériatrique des urgences. Ainsi, il est encore difficile de comparer les résultats de cette étude avec ceux de la littérature actuelle. Néanmoins, des recherches ont été menées pour étudier les impacts des équipes gériatriques aux urgences. Ellis, Whitehead, Robinson, O'Neill et Langhorne (2011) ont réalisé une méta-analyse afin d'évaluer l'efficacité d'une évaluation gériatrique complète chez les aînés se présentant pour une urgence à l'hôpital, incluant des équipes et des unités gériatriques. Les auteurs concluent que cette évaluation gériatrique complète est bénéfique pour les patients, mais les outils standardisés n'y sont pas décrits et on ignore comment contribue l'infirmière spécifiquement. En Suède, Fristedt et collègues (2019) ont mesuré le rapport coût/efficacité et la satisfaction des patients ayant reçu des soins d'une équipe mobile gériatrique aux urgences au moyen de méthodes d'analyse mixtes. Du point de vue qualitatif, les soins sont perçus très

positivement. Or, les auteurs concluent que les soins se modifient naturellement lorsque les professionnels prodiguent des soins aux aînés, en prenant en considération les éléments de fragilité relatifs au vieillissement. Ce phénomène a aussi été décrit aux États-Unis, où les urgences s'adaptent progressivement aux besoins des aînés. Des accréditations sont émises pour les urgences respectant des critères précis (ex. planchers non glissants, accès à des professionnels de la santé ciblés, programmes éducatifs pour les infirmières et les médecins, grande horloge analogique) (Lieberman et al., 2020). Ces accréditations sont émises par la même instance régissant les lignes pratiques en gériatrie aux urgences, l'*American College of Emergency Physicians* (2014). Toutefois, il demeure encore difficile de comparer les modèles d'équipes gériatriques américaines aux équipes mobiles françaises, étant donné que les exigences américaines nécessitent de prendre en considération des éléments précis de l'environnement des salles d'urgence pour l'accréditation, alors que les critères des équipes françaises reposent principalement sur les soins directs aux patients. Globalement, la littérature révèle peu d'informations sur les implications des infirmières quant aux évaluations standardisées.

Dans les lignes directrices américaines qui décrivent la pratique gériatrique dans les salles d'urgence (*American College of Emergency Physicians*, 2014), il est recommandé que les infirmières des salles d'urgence gériatriques participent à la détection des aînés fragiles et qu'elles complètent d'autres évaluations susceptibles d'aider au processus de décision médicale. Considérant que 41 % des dossiers comportaient des grilles complétées dans le cadre de notre étude, on peut se questionner s'il peut s'agir d'une opportunité manquée de la part des infirmières de la MUPA de communiquer des informations importantes aux autres professionnels de la santé. Par ailleurs, les lignes directrices suggèrent que les gériatres et les infirmières procèdent à une analyse de la médication, surtout chez les aînés qui consomment plusieurs médicaments et de surveiller certains médicaments à haut-risque, ciblés notamment par les critères de Beers (*American Geriatrics Society*, 2019). Les lignes directrices suggèrent également de dépister les risques de chutes, l'état confusionnel et d'avoir une politique en fin de vie, aspects qui ne sont pas intégrés à la MUPA. Il est possible que ces éléments soient potentiellement évalués sans outils standardisés, ou encore qu'ils le soient dans un contexte d'hospitalisation : lorsque ces enjeux sont rencontrés (ex. lors de l'anamnèse à l'admission), une hospitalisation en lit de courte durée pourrait être demandée pour une investigation plus précise. Par contre, les infirmières à la MUPA évaluent la

douleur chez les aînés admis, étant donné que de nombreux comportements réactifs peuvent être causés par la douleur, autant chez les aînés souffrant de troubles cognitifs que ceux qui n'en sont pas atteints (Erel, Shapira et Volicer, 2013; Jones, Sim et Hughes, 2017), ce qui représente une bonification de la qualité des soins infirmiers offerts par la MUPA (malgré une surcharge de travail similaire au contexte québécois).

Au cours de notre étude, nous avons pu mettre en évidence que les infirmières gériatriques au sein de la MUPA réalisent de nombreuses évaluations gériatriques standardisées, afin de favoriser des soins optimaux aux aînés lors de leur passage à la salle d'urgence. Les grilles d'évaluation de l'autonomie et de dépendance sont les plus fréquemment réalisées. Outre les soins, notamment les soins liés aux activités de la vie quotidienne de base (p. ex. hygiène, mobilisation, alimentation) et les actes techniques (p. ex. ponctions, installation de voie intraveineuse et de sonde à demeure, cathétérismes vésicaux), l'infirmière exerce des rôles spécifiques lors de l'évaluation gériatrique. En plus de participer au traitement des conditions physiques et mentales ayant mené les patients à la salle d'urgence, l'infirmière gériatrique évalue d'autres aspects connexes associés au vieillissement. L'application de ces rôles nécessite des connaissances particulières en termes de soins aux personnes âgées, puisque ces interventions sont complémentaires aux évaluations médicales. La réalisation de grilles d'évaluation standardisées permet de guider les interventions à mettre en place lors de l'admission du patient à la MUPA. En plus d'offrir un portrait du niveau de dépendance de l'aîné, les évaluations infirmières permettent de cibler les aspects qui nécessitent un plan d'aide pour le retour à domicile. Par exemple, plus un score est bas dans la grille IADL (Lawton et Brody, 1969), plus le niveau de dépendance est grand. Donc, si des difficultés sont éprouvées au niveau du critère de l'hygiène ou de la préparation des repas, l'infirmière gériatrique peut alors prévoir des aides à domicile, tout dépendant du degré d'aide nécessaire chez le patient. Les besoins sociaux plus complexes sont transmis à la travailleuse sociale. D'autre part, si l'infirmière de la MUPA obtient un score suggérant une dépression avec l'échelle GDS (Clément, Nassif, Léger et Marchan, 1997) elle peut interpeller les gériatres pour proposer une hospitalisation ou une révision de la médication et demander une évaluation du contexte sociofamilial de l'individu à la travailleuse sociale. Ainsi, le rôle de l'infirmière est autonome dans certains champs d'expertise, mais complémentaire à celui des autres membres de l'équipe, puisque les soins holistiques dépendent de cette collaboration.

## Détection de la fragilité

La détection de la fragilité permet d'orienter les soins qui seront prodigués à l'aîné par l'équipe interdisciplinaire, la trajectoire à la sortie de la salle d'urgence (hospitalisation ou retour à domicile) et le soutien à mettre en place si nécessaire (p. ex. soutien à domicile pour l'hygiène, la prise des médicaments, les soins de plaies, etc.). Les grilles d'évaluation sont complémentaires à l'anamnèse menée lors de l'admission et la réalisation de la grille ISAR vient soutenir les décisions cliniques des infirmières et de la travailleuse sociale d'instaurer ou non des aides à domicile. Le caractère prédictif de la grille ISAR sur le risque d'hospitalisation en fonction du degré de fragilité de l'aîné (McCusker et al., 1999) a été exploré par l'étude de Tavares et collègues (2017), tandis que la grille SEGA (évaluation de la fragilité aux urgences, volets A et B) (Schoevaerdt et al., 2004) a été validée antérieurement dans le contexte des salles d'urgence par Tardieu et al. (2016). Ces derniers concluent que les propriétés métrologiques de la grille assurent son efficacité dans le contexte des salles d'urgence. Ce dépistage rapide de la fragilité permet de mobiliser des interventions subséquentes à cette évaluation qui devraient orienter la planification des soins. Par exemple, les aînés fragiles dont le retour à domicile/maison de retraite est compromis devraient bénéficier d'un suivi personnalisé avec la travailleuse sociale, afin de s'assurer que les conditions du retour sont favorables. Dans notre étude, le taux de réalisation élevé de la grille SEGA (volet A), comparativement à celui des autres outils, permet de constater que l'identification précoce des aînés fragiles paraît prioritaire pour les infirmières de la MUPA.

## Évaluation de l'autonomie

L'évaluation des activités quotidiennes et instrumentales réalisée par les infirmières gériatriques de la MUPA s'effectue respectivement grâce aux grilles ADL (Katz et al., 1963) et IADL (Lawton et Brody, 1969). Ces grilles permettent aux infirmières de juger si l'environnement est sécuritaire (en fonction du niveau de dépendance de l'aîné) pour un retour à domicile/maison de retraite et si l'aîné sera en mesure de fonctionner au maximum de son potentiel dans son milieu. Comme les patients admis aux urgences sont très âgés, cette clientèle a tendance à présenter plus de troubles cognitifs, de problèmes de santé urgents (incluant les chutes) et un score d'ADL élevé (Lucke et al., 2018), traduisant des besoins gériatriques particuliers et intenses. Toutefois, les besoins gériatriques ne sont pas forcément synonymes d'hospitalisation : plusieurs mesures de soutien peuvent être mises en place directement au domicile de la personne, avec la contribution de la

travailleuse sociale. Ces soins interdisciplinaires pourraient donc permettre de réduire les hospitalisations telles que constatées dans d'autres études (Ellis et al., 2011; Fristedt et al., 2019). Les taux de réalisation des grilles ADL (Katz et al., 1963) et IADL (Lawton et Brody, 1969) (mesurant l'autonomie fonctionnelle) étaient respectivement de 41 % et 27 % dans notre étude. Le plus faible taux de réalisation entre les activités instrumentales et celles du quotidien pourrait s'expliquer par le fait que les critères de la grille IADL (Lawton et Brody, 1969) s'intéressent à des aspects qui sont très souvent déjà comblés par un tiers (proche aidant, membre de la famille, aide à domicile déjà en place). Lors de l'anamnèse à l'admission, l'infirmière interroge le patient ou son proche sur le déroulement des activités de la vie quotidienne et si des moyens sont déjà mis en place pour pallier les besoins. Si l'infirmière juge que le soutien à domicile est adéquat, elle est plus susceptible d'omettre cette grille. Toutefois, la grille IADL ne devrait pas être négligée pour autant. Dans leur étude rétrospective menée aux Pays-Bas, Magdelijns et ses collaborateurs (2016) étudiaient les événements indésirables chez les patients hospitalisés en médecine interne. Ces auteurs ont constaté que les patients présentant une dépendance dans leurs activités instrumentales et le nombre de médicaments consommés constituaient des facteurs prédictifs significatifs d'admission dans les salles d'urgence pour un événement indésirable. L'utilisation de la grille ADL (Katz et al., 1963) s'avère donc pertinente, puisqu'elle évalue des éléments essentiels à l'aîné pour fonctionner adéquatement dans le quotidien, comme l'autonomie fonctionnelle et la continence. Cette grille offre ainsi un portrait rapide des besoins quotidiens qui peuvent être compromis et permet de planifier le soutien prioritaire à offrir.

### Évaluation des troubles mentaux

Chez les aînés se présentant dans les salles d'urgence, l'état confusionnel devrait être dépisté et la cognition évaluée. Aucun outil clinique spécifique à l'état confusionnel n'est utilisé lors de l'admission par les infirmières de la MUPA. Or, sachant qu'entre 10 à 30 % des patients se présentant dans les salles d'urgence souffrent d'un état confusionnel (Agostini et Inouye, 2003; Elie et al., 2000), l'évaluation de cette condition semble indispensable. Le choix de l'outil d'évaluation de l'état confusionnel doit dépendre des caractéristiques de chacune des salles d'urgence (Pérez-Ros et Martínez-Arnau, 2019). L'outil RADAR (Recognizing Acute Delirium As part of your Routine) élaboré par Voyer et al. (2017) pourrait très bien compléter l'évaluation gériatrique, étant donné que l'application de cet outil se fonde sur l'observation de comportements courants dans la pratique infirmière quotidienne (p.

ex. la prise de médicaments). Pérez-Ros et Martínez-Arnau (2019) mentionnent toutefois que le meilleur outil pour dépister l'état confusionnel demeure le 4AT en raison de la grande sensibilité et de sa spécificité, autant chez les aînés atteints ou non de troubles neurocognitifs majeurs. Enfin, le test des trois mots (qui sert à détecter rapidement les troubles mnésiques chez les aînés et évalue ainsi la mémoire à court terme) n'est réalisé que chez 24 % des patients de l'étude, démontrant que peu d'aînés voient leur cognition évaluée de façon standardisée par les infirmières du MUPA.

La dépression tend à se présenter chez les aînés avec des pertes fonctionnelles (Kariniemi-Ormalala et Vehviläinen-Julkunen, 2012) et à être associée à d'autres problèmes de santé (Aktas et al., 2013). La dépression ne fait pas partie du processus normal du vieillissement, ce qui rend son repérage d'autant plus pertinent dans le contexte des salles d'urgence, où la condition menant à la consultation peut altérer le bien-être et l'humeur. Plusieurs outils et grilles (complètes ou abrégées) existent pour repérer ou évaluer la dépression chez les aînés, dont la Geriatric Depression Scale (GDS) (Brink et al., 1982). La version courte de la GDS est également applicable dans les contextes de soins actifs et pour les aînés atteints de troubles cognitifs moyens à modérés (Greenberg, 2007). Ainsi, l'outil actuel utilisé par les infirmières de la MUPA est bien adapté et pertinent à la pratique. Son taux de réalisation se situe à 25 % dans la présente étude. Son évaluation demeure, encore une fois, réalisée selon le jugement clinique de l'infirmière gériatrique et ne s'applique pas systématiquement à tous les aînés admis par la MUPA, ce qui conduit à sous-détecter les patients dépressifs.

### Évaluation sur le plan médicamenteux : adhésion médicamenteuse, iatrogénie

L'évaluation de l'adhésion médicamenteuse est lacunaire dans la population que nous avons étudiée, étant donné que seulement 17 % des patients admis à la MUPA ont été évalués sur cet aspect. Pourtant, les infirmières gériatriques sont chargées d'évaluer l'adhésion médicamenteuse des patients admis à la MUPA : cette activité fait partie de leurs évaluations gériatriques. Certains facteurs peuvent expliquer en partie l'absence de cette évaluation, comme la provenance des patients. Par exemple, un patient provenant d'un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes bénéficie déjà d'une préparation de sa médication par une infirmière et la grille ne s'applique donc pas à ce dernier. L'absence d'une liste de médicaments à jour à l'admission, les épisodes confusionnels ou la présence de troubles neurocognitifs majeurs peuvent nuire à la réalisation du questionnaire, favorisant son omission volontaire. En effet, la grille Morisky Green (Morisky, Green et Levine, 1986)

s'applique plus aisément aux patients sans troubles cognitifs qui sont autonomes dans la gestion de leurs médicaments. De plus, l'évaluation de la prise des médicaments est plus difficilement réalisable lorsqu'un tiers (membre du personnel soignant/membre de la famille) assure la gestion de la médication.

Hormis cette évaluation standardisée, il semble que les infirmières de la MUPA n'évaluent pas davantage l'aspect pharmacologique chez les patients admis : ceci peut paraître étonnant dans le contexte d'une population âgée qui consomme plusieurs médicaments. Ainsi, on peut se questionner sur le fait que le rôle de l'infirmière dans la détection ou la prévention de l'iatrogénie médicamenteuse est suffisamment développé. Cette composante est majoritairement reléguée au gériatre qui assure une revue de la médication lors de son évaluation. La collaboration étroite des pharmaciens et des étudiants en pharmacie avec les gériatres concerne essentiellement la conciliation médicamenteuse au sein de la MUPA. En France, selon le Décret no. 2012-1244 du 8 novembre 2012 relatif au renforcement des dispositions en matière de sécurité des médicaments à usage humain soumis à autorisation de mise sur le marché et à la pharmacovigilance, l'infirmière est un professionnel de santé listé comme devant jouer un rôle de pharmacovigilance, mais les infirmières semblent peu évaluer cet aspect de façon standardisée. La reconnaissance des événements indésirables potentiellement associés à la médication permettrait possiblement de développer davantage cet aspect du rôle infirmier. Les infirmières se doivent de remplir certaines responsabilités quant à la surveillance de la médication qu'elles administrent et des effets attendus de celle-ci (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2016; Ordre national des infirmiers, 2016). Bien que les infirmières doivent posséder les connaissances nécessaires pour veiller à l'administration sécuritaire des médicaments, les rôles de surveillance sont récents dans la profession en France (depuis 2016). La détection d'un effet indésirable chez une personne âgée qui est rapporté au médecin ou au pharmacien permet une prise en compte du problème et peut éviter la cascade médicamenteuse en agissant d'abord sur le ou les médicament(s) susceptible(s) d'être impliqué(s) dans l'effet indésirable (Rochon et Gurwitz, 1997). Comme la déclaration des effets secondaires indésirables est obligatoire en France, les infirmières peuvent bénéficier d'un soutien pour les épauler. De plus, en France, les pharmaciens médicaux des centres de pharmacovigilance donnent des avis sur des ordonnances chez des patients aux prises avec plusieurs problèmes de santé complexes permettant au médecin d'intégrer cette expertise

pharmacologique médicale dans leur évaluation globale gériatrique. Finalement, la consolidation des acquis de base en pharmacologie et le renforcement des connaissances (au moyen de formations) en termes d'iatrogénie médicamenteuse seraient primordiaux pour les infirmières des salles d'urgence, pour permettre l'exercice adéquat de leurs rôles en surveillance médicamenteuse.

L'utilisation de grilles d'évaluation permet aux infirmières de répondre aux exigences de la pratique infirmière gériatrique dans les salles d'urgence (Carpenter, Heard, Wilber, et al., 2011). Afin d'offrir un portrait global de la situation d'une personne âgée fragile se présentant dans les salles d'urgence, le succès de cette pratique repose sur l'exécution complète de l'évaluation infirmière, permettant de détecter de façon holistique tout problème (psychosocial, mental et physique). Somme toute, les différentes évaluations standardisées réalisées par les infirmières de la MUPA permettent de poser un regard sur plusieurs situations cliniques rencontrées dans les salles d'urgence et d'affirmer l'importance du rôle infirmier au sein d'une équipe gériatrique interprofessionnelle.

### **Limites et pistes futures**

Cette étude présente plusieurs limites. Tout d'abord, le contexte précis de l'étude (personnes âgées de 75 ans et plus admises par la MUPA, une équipe interdisciplinaire) est difficilement transposable à la clientèle régulière croisée dans les salles d'urgence. Le devis rétrospectif et les accès électroniques aux dossiers pour collecter les données ne permettaient pas de consulter le suivi effectué lors de l'hospitalisation. Il est donc impossible de savoir si certaines évaluations standardisées non complétées dans les salles d'urgence ont été faites lors de l'hospitalisation, assurant ainsi une continuité entre les soins. De plus, on ignore si des interventions et des ajustements ont été effectués au plan de soins des patients ayant eu des scores ciblant des enjeux dans les évaluations standardisées réalisées. L'étude ne permet pas de décrire quelles évaluations non standardisées ont été réalisées et les interventions qui en ont découlé. Finalement, bien que les réadmissions aient été volontairement exclues dans l'étude, il aurait pu être intéressant d'observer si les patients reviennent dans les salles d'urgence plus fréquemment en fonction de leurs scores à certaines grilles (comme l'ADL, l'IADL ou l'ISAR) et si cela a une incidence sur les hospitalisations et la mortalité. Il pourrait être intéressant pour les recherches futures d'explorer ces thématiques. Il serait fort intéressant de s'inspirer des évaluations standardisées réalisées au sein de la MUPA au CHU de Limoges et de



transposer certains de ces éléments d'évaluation à la pratique dans les salles d'urgence ailleurs dans le monde. Les outils utilisés par les infirmières de la MUPA sont déjà traduits, validés pour leur efficacité et applicables au contexte des salles d'urgence. Parmi les pistes futures pour la pratique, il serait intéressant de voir si le modèle d'équipe gériatrique interdisciplinaire français est transposable dans d'autres salles d'urgence. Il serait également intéressant d'étudier la satisfaction chez la clientèle, comme cet aspect a déjà été démontré dans des études ciblant des équipes interdisciplinaires dans le contexte des salles d'urgence (Fristedt et al., 2019).

## Conclusion

Les infirmières gériatriques ont un rôle polyvalent dans les salles d'urgence, notamment au sein de l'équipe interdisciplinaire, ce qui rend la description exacte de leur rôle au sein d'une équipe gériatrique difficile. Elles peuvent procéder à plusieurs évaluations standardisées qui correspondent aux lignes directrices émises sur leurs rôles au sein d'une équipe gériatrique. Elles réalisent, entre autres, de nombreuses évaluations standardisées pour dépister précocement la fragilité et interviennent sur de nombreux plans pour pallier les dépendances possibles des aînés. Ces interventions n'ont qu'une optique : veiller à la sécurité du patient et l'orienter au bon endroit suite à son congé médical. Ce travail est réalisé dans les salles d'urgence, un contexte unique et imprévisible, représentant une tâche importante pour tenir compte de l'unicité de l'aîné. Malgré les contraintes de ce type de milieu, les infirmières gériatriques doivent procéder aux évaluations qui leur sont réservées : ce sont ces rôles qui les différencient des infirmières des urgences. D'autres problèmes de santé peuvent avoir des conséquences importantes sur la qualité de vie des personnes âgées et nécessitent d'être dépistés. Ainsi, les enjeux cliniques fréquemment rencontrés aux urgences, comme les chutes, nécessiteraient davantage l'implication des infirmières, particulièrement lorsqu'elles assurent un rôle de triage de la clientèle âgée.

## Déclaration de conflit d'intérêts

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts.

## Financement et remerciements

Anne-Marie Carreau Boudreau a reçu une bourse du programme d'études supérieures du Canada (BESC-SEEMS) des Instituts de recherche en santé du Canada de même que le Supplément pour études à l'étranger Michael-Smith pour son séjour à Limoges. Elle a également été récipiendaire d'une

bourse de fin d'études à la maîtrise du ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur du Québec. Caroline Sirois détenait une bourse salariale Junior-1 du Fonds de recherche en santé du Québec, de même que des fonds de démarrage de la Chaire de recherche sur le vieillissement de Québec et du Centre de recherche sur les soins et les services de première ligne de l'Université Laval (CERSSPL-UL).

Les auteurs tiennent à exprimer leur reconnaissance à l'équipe de la MUPA à Limoges, particulièrement aux docteurs Muriel Castelli, Thomas Mergans, Patrick Kajeu, Aurore Lacour, les infirmières Nadine Malien, Nadine Quincampoix et Dominique Reynaud, ainsi que la travailleuse sociale Angélique Fernandes.

## Références

- Agostini, J. V. et Inouye, S. K. (2003). Delirium. Dans Hazzard, W.R., Blass, J.P., Halter, J.B., et coll. *Principles of Geriatric Medicine & Gerontology*, (5e édition, 1503–1515). McGraw-Hill Professional
- Aktas, C., Eren, Ş. H., Korkmaz, İ., Çaliskan, H. M., Karcioğlu, Ö. et Sarikaya, S. (2013). Depression in the elderly patients admitted to the emergency department: a multicenter study. *Turkish Journal of Geriatrics*, 16(1), 20-24.
- Albert, A., McCaig, L. F. et Ashman, J. J. (2013). Emergency department visits by persons aged 65 and over: United States 2009-2010. *NCHS Data Brief*, 130, 1-8.
- American College of Emergency Physicians. (2014). Geriatric emergency department guidelines. *Annals of Emergency Medicine*, 63(5), 7-25. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2014.02.008>
- American Geriatrics Society. (2019). American Geriatrics Society 2019 Updated AGS Beers Criteria® for potentially inappropriate medication use in older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 67(4), 674-694. <https://doi.org/10.1111/jgs.15767>
- Baumbusch, J., et Shaw, M. (2011). Geriatric emergency nurses: addressing the needs of an aging population. *Journal of Emergency Nursing*, 37(4), 321-327. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2010.04.013>
- Boltz, M., Parke, B., Shuluk, J., Capezuti, E. et Galvin, J. E. (2013). Care of the older adult in the emergency department: nurses views of the pressing issues. *Gerontologist*, 53(3), 441–453. <https://doi.org/10.1093/geront/gnt004>.
- Brink, T. L., Yesavage, J. A., Lum, O., Heersema, P. H., Adey, M. et Rose, T. L. (1982). Screening tests for geriatric depression. *Clinical Gerontologist*, (1), 37-44. [https://doi.org/10.1300/J018v01n01\\_06](https://doi.org/10.1300/J018v01n01_06)

- Carpenter, C. R., Bromley, M., Caterino, J. M., Chun, A., Gerson, L. W., Greenspan, J., Hwang, U., John, D. P., Lyons, W. L., Platts-Mills, T. F., Mortenson, B., Ragdale, L., Rosenber, M. et Wilber, S. (2014). Optimal older adult emergency care: introducing multidisciplinary geriatric emergency department guidelines from the American College of Emergency Physicians, American Geriatrics Society, Emergency Nurses Association, and Society for Academic Emergency Medicine. *Academic Emergency Medicine: Official Journal of the Society for Academic Emergency Medicine*, 21(7), 806-809. <https://doi.org/10.1111/acem.12415>
- Carpenter, C. R., Heard, K., Wilber, S. T., Ginde, A. A., Stiffler, K., Gerson, L. W., Wenger, N. S. et Miller, D. K. (2011). Research priorities for high-quality geriatric emergency care: medication management, screening, and prevention and functional assessment. *Academic Emergency Medicine*, 18(6), 644-654. <https://doi.org/10.1111/j.1553-2712.2011.01092.x>
- Clément, J. P., Nassif, R. F., Léger, J. M. et Marchan, F. (1997). Development and contribution to the validation of a brief French version of the Yesavage Geriatric Depression Scale. *Encéphale*, 23(2), 91-99.
- Elie, M., Rousseau, F., Cole, M., Primeau, F., McCusker, J. et Bellavance, F. (2000). Prevalence and detection of delirium in elderly emergency department patients. *CMAJ: Canadian Medical Association journal = journal de l'Association médicale canadienne*, 163(8), 977-981.
- Ellis, G., Whitehead, M. A., Robinson, D., O'Neill, D. et Langhorne, P. (2011). Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital: meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ (Clinical research ed.)*, 343, d6553. <https://doi.org/10.1136/bmj.d6553>
- Erel, M., Shapira, Z. et Volicer, L. (2013). Behavioral problems of seniors in an emergency department. *The Journal of emergency medicine*, 45(1), 13-18. <https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2012.11.098>
- Folstein, M. F., Folstein, S. E. et McHugh, P. R. (1975). "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of psychiatric research*, 12(3), 189-198. [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(75\)90026-6](https://doi.org/10.1016/0022-3956(75)90026-6)
- Fristedt, S., Nystedt, P. et Skogar, O. (2019). Mobile geriatric teams – a cost-effective way of improving patient safety and reducing traditional healthcare utilization among the frail elderly? a randomized controlled trial. *Clinical interventions in aging*, 14, 1911-1924. <https://doi.org/10.2147/CIA.S208388>
- Greenberg, S. A. (2007). How to try this: The geriatric depression scale: short form. *The American Journal of Nursing*, 107(10), 60-69. <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000292204.52313.f3>
- Jones, J., Sim, T. F. et Hughes, J. (2017). Pain assessment of elderly patients with cognitive impairment in the emergency department: implications for pain management—a narrative review of current practices. *Pharmacy (Basel, Switzerland)*, 5(2), 30. <https://doi.org/10.3390/pharmacy5020030>
- Kariniemi-Ormalala, K. et Vehviläinen-Julkunen, K. (2012). Functional activity and depression in elderly subjects over 70 years of age visiting Accident and Emergency Departments. *Hong Kong Journal of Mental Health*, 38(1), 47-57.
- Katz, S., Ford, A. B., Moskowitz, R. W., Jackson, B. A. et Jaffe, M. W. (1963). Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA: Journal of the American Medical Association*, 185, 914-919. <https://doi.org/10.1001/jama.1963.03060120024016>
- Kwan, D. et Farrell, B. (2013, April/May). Polypharmacy: optimizing medication use in elderly patients. *Pharmacy Practice*, 20-25.
- Lawton, M. P. et Brody, E. M. (1969). Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist*, 9(3), 179-186. [https://doi.org/10.1093/geront/9.3.Part\\_1.179](https://doi.org/10.1093/geront/9.3.Part_1.179)
- Liberman, T., Roofeh, R., Herod, S. H., Maffeo, V., Biese, K. et Amato, T. (2020). Dissemination of geriatric emergency department accreditation in a large health system. *Journal of the American College of Emergency Physicians Open*, 1(6), 1281-1287. <https://doi.org/10.1002/emp2.12244>
- Lucke, J. A., de Gelder, J., Heringhaus, C., van der Mast, R. C., Fogteloo, A. J., Anten, S., Blauw, G. J., de Groot, B. et Mooijaart, S. P. (2018). Impaired cognition is associated with adverse outcome in older patients in the Emergency Department; the Acutely Presenting Older Patients (APOP) study. *Age & Ageing*, 47(5), 679-684. <https://doi.org/10.1093/ageing/afx174>
- Magdelijns, F. J. H., van Avesaath, R. E., Pijpers, E., Stehouwer, C. D. et Stassen, P. M. (2016). Health-care-related adverse events leading to admission in older individuals: incidence, predictive factors and consequences. *European Journal of Public Health*, 26(5), 743-748. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckw021>
- Malik, M., Moore, Z., Patton, D., O'Connor, T. et Nugent, L. E. (2018). The impact of geriatric focused nurse assessment and intervention in the emergency department: A systematic review. *International Emergency Nursing*, 37, 52-60. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2018.01.008>

- McCusker, J., Bellavance, F., Cardin, S., Trépanier, S., Verdon, J. et Ardman, O. (1999). Detection of older people at increased risk of adverse health outcomes after an emergency visit: the ISAR screening tool. *Journal of the American Geriatrics Society*, 47(10), 1229-1237. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1999.tb05204.x>
- Morisky, D. E., Green, L. W. et Levine, D. M. (1986). Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Medical Care*, 24(1), 67-74. <https://doi.org/10.1097/00005650-198601000-00007>
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2016). Le champ d'exercice et les activités réservées des infirmières et infirmiers. Section 2.1.11 Administrer et ajuster des médicaments ou d'autres substances, lorsqu'ils font l'objet d'une ordonnance. Publications de l'OIIQ, 3e édition. <https://www.oiiq.org/documents/20147/1306047/1466-exercice-infirmier-activites-reservees-web+%282%29.pdf/84aaaa05-af1d-680a-9be1-29fcde8075e3>
- Ordre national des infirmiers. (2016). Code de déontologie: Décret n° 2016-1605 du 25 novembre 2016. Éditions Rivaton & Cie, [https://www.ordre-infirmiers.fr/assets/files/000/codedeonto\\_web.pdf](https://www.ordre-infirmiers.fr/assets/files/000/codedeonto_web.pdf)
- Pérez-Ros, P. et Martínez-Arnau, F. M. (2019). Delirium assessment in older people in emergency departments. A literature review. *Diseases (Basel, Switzerland)*, 7(1), 14. <https://doi.org/10.3390/diseases7010014>
- Rat, P., Jouve, E., Pickering, G., Donnarel, L., Nguyen, L., Michel, M., Capriz-Rivière, F., Lefebvre-Chapiro, S., Gauquelin, F. et Bonin-Guillaume, S. (2011). Validation of an acute pain-behavior scale for older persons with inability to communicate verbally: Algoplus. *European Journal of Pain (London, England)*, 15(2). <https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2010.06.012>
- Rochon, P. et Gurwitz, J. H. (1997). Optimising drug treatment for elderly people: the prescribing cascade. *BMJ (Clinical research ed.)*, 315(7115), 1096-1099. <https://doi.org/10.1136/bmj.315.7115.1096>
- Schoevaerds, D., Biéttlot, S., Malhomme, B., Rezzette, C., Gillet, J. B., Vanpee, D., Cornette, P. et Swine, C. (2004). Identification précoce du profil gériatrique en salle d'urgences: présentation de la grille SEGA. *Revue de Gériatrie*, 29(3), 169-178.
- Tardieu, E., Mahmoudi, R., Novella, J. L., Oubaya, N., Blanchard, F., Jolly, D. et Dramé, M. (2016). Validation externe de la grille de fragilité SEGA sur la cohorte SAFES. *Geriatric et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillissement*, 14(1), 49-55. <https://doi.org/10.1684/pnv.2016.0592>
- Tavares, J. P., Sá-Couto, P., Boltz, M. et Capezuti, E. (2017). Identification of Seniors at Risk (ISAR) in the emergency room: A prospective study. *International Emergency Nursing*, 35, 19-24. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2017.05.008>
- Voyer, P., Émond, M., Boucher, V., Carmichael, P. H., Juneau, L., Minh Vu, T.T., Lee, J et Bouchard, G. (2017). RADAR: A rapid detection tool for signs of delirium (6th vital sign) in emergency departments. *Canadian Journal of Emergency Nursing*, 40(2), 37-43. <https://doi.org/10.29173/cjen79>