

Faculté de santé publique

**Quelles sont les connaissances et
compétences des acteurs des urgences
à propos des spécificités gériatriques de
nos aînés ?**

Mémoire réalisé par
Stephanie Collet

Promoteur(s)
Dr Frédéric Thys
Cécile Piron

Année académique 2019-2020
Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

Faculté de santé publique

**Quelles sont les connaissances et
compétences des acteurs des urgences
à propos des spécificités gériatriques de
nos aînés ?**

Mémoire réalisé par
Stephanie Collet

Promoteur(s)
Dr Frédéric Thys
Cécile Piron

Année académique 2019-2020
Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

REMERCIEMENTS

Ce mémoire signe la fin d'un challenge débuté il y a cinq ans, lorsque l'opportunité m'a été donnée de devenir infirmière-chef du service des urgences de la Clinique Saint-Pierre à Ottignies. C'est à ce moment que j'ai entamé ce master en sciences de la santé publique à l'UCLouvain. Cinq ans ... Cinq ans de défis relevés les uns après les autres, tant au niveau professionnel que personnel ou familial. Cinq années très riches intellectuellement, mais aussi en ouverture d'esprit, et en rencontres diverses.

Je souhaite, par ces quelques lignes, remercier toutes les personnes ayant contribué de près ou de loin à la réalisation de ce mémoire, et en particulier :

- A Frédéric Thys, directeur des urgences et chef du pôle d'appui de médecine aiguë du Grand Hôpital de Charleroi, professeur à la Faculté de santé publique à l'UCLouvain. Merci d'avoir accepté de devenir le promoteur de ce mémoire. Votre enthousiasme pour le thème choisi, vos conseils avisés, votre appui, votre bienveillance, votre disponibilité malgré vos multiples responsabilités professionnelles m'ont été d'une aide très précieuse dans ce nouveau challenge qui s'ouvrait à moi.
- A Cécile Piron, cadre infirmier en charge du pôle gériatrie au Grand Hôpital de Charleroi. Je vous remercie pour vos conseils précieux et précis dans votre domaine d'expertise qu'est la gériatrie.
- A Alain Guillet, consultant en statistiques à l'UCLouvain. Votre aide dans ce domaine un peu nébuleux que sont pour moi les calculs statistiques m'a été d'un soutien très appréciable.
- A Jeroen Dikken, infirmier et professeur à « De Haagse Hogeschool » et Nadine Tacchini-Jacquier, infirmière et cheffe de projet développement des pratiques à l'Hôpital du Valais, pour leur autorisation d'utilisation de leur questionnaire respectif concernant les connaissances et habiletés en matière de soins gériatriques.
- A Caroline Baltus, traductrice et surtout amie de toujours. Tu t'es plongée dans un domaine que tu ne connaissais pas du tout, avec beaucoup de rigueur, pour traduire au plus juste le questionnaire utilisé dans ce mémoire, merci.
- A mes collègues des urgences de la Clinique Saint-Pierre. Peu importe leur fonction dans le service, ils ont tous été d'un appui précieux pour moi durant ces cinq années d'apprentissage et d'expériences en tout genre. Un merci plus particulier à Sébastien et Luc, mes adjoints, toujours présents et disponibles à mes côtés quelles que soient les situations.

- A ma famille, très certainement ceux à qui je dois le plus de reconnaissance... Je vous remercie pour votre patience et votre compréhension au quotidien ! Il n'est pas facile d'avoir une maman encore étudiante, parfois peu disponible quand on a besoin d'elle. Vous n'avez pas compté les « Maman doit travailler » ou « Maman étudie » ces dernières années... Merci à toi aussi, ma moitié, mon homme, je te remercie de m'avoir donné cette confiance en moi pour oser entreprendre ce long marathon. Tu as toujours réussi à me remotiver lorsque les situations me paraissaient difficiles à surmonter, ou que je perdais courage. Et finalement merci à ma petite maman, toujours présente quand on en a besoin, et relectrice de mémoire.

Peut-être ces remerciements sont-ils un peu longs mais ils sont très représentatifs de mon parcours ces dernières années. Il n'est pas chose facile de reprendre des études après 15 ans d'expériences professionnelles et j'ai eu beaucoup de chance d'être si bien entourée pour me permettre de relever ce défi. Ce mémoire clôture cet épisode, il m'aura appris à entreprendre, oser, chercher, me questionner, me relever, et célébrer.

LE PLAGIAT

Je déclare sur l'honneur que ce mémoire a été écrit de ma plume, sans avoir sollicité d'aide extérieure illicite, qu'il n'est pas la reprise d'un travail présenté dans une autre institution pour évaluation, et qu'il n'a jamais été publié, en tout ou en partie.

Toutes les informations (idées, phrases, graphes, cartes, tableaux...) empruntées ou faisant référence à des sources primaires ou secondaires sont référencées adéquatement selon la méthode universitaire en vigueur. Je déclare avoir pris connaissance et adhérer au Code de déontologie pour les étudiants en matière d'emprunts, de citations et d'exploitation de sources diverses et savoir que le plagiat constitue une faute grave sanctionnée par l'Université catholique de Louvain.

RESUME

Introduction : Le vieillissement démographique entraîne un certain nombre de changements dans notre société et la question de notre capacité à soigner les personnes âgées de manière efficace et adéquate se pose dans nos services d'urgence. Ce mémoire a pour objectif d'évaluer les connaissances et les compétences perçues par les acteurs des urgences au sujet des spécificités gériatriques, et de formuler des recommandations à mettre en œuvre au sein de notre service.

Méthode : Les acteurs des urgences de la Clinique Saint-Pierre à Ottignies ont été interrogés via un questionnaire en ligne, reprenant 38 questions dont 6 sur leurs caractéristiques sociodémographiques, 32 de connaissances et 1 sur les habiletés perçues concernant les personnes âgées.

Résultats : Le taux de participation à l'étude est de 84,09 %. Le pourcentage de bonnes réponses aux questions de connaissances (72,5%) est considéré comme bon. Les scores concernant l'évaluation de la proportion des personnes âgées dans le futur en Belgique sont très bons, mais un tiers des répondants ne sont pas à même d'évaluer le nombre de visites des patients de plus de 75 ans dans les services d'urgence en 2018. Les meilleures connaissances concernent l'alitement des personnes âgées, les aidants proches et les signes de maltraitance, l'hydratation ou la nutrition, les plaies de pression ou encore les conséquences négatives de certains traitements médicamenteux chez les personnes âgées. Les moins bonnes réponses relèvent de la communication avec le patient âgé ou de l'empathie. Les réponses touchant certaines spécificités gériatriques obtiennent des scores insatisfaisants. La meilleure habileté perçue est l'évaluation de la douleur. Les habiletés considérées comme les plus faibles sont la reconnaissance de la dépression, l'évaluation de spécificités propres à la personne âgée, ainsi que la mise à disposition d'explications appropriées.

Conclusion : Les connaissances des soignants des urgences sont globalement satisfaisantes. Quelques points méritent d'être améliorés, comme la communication ou l'empathie. Il est nécessaire d'approfondir les connaissances au sujet de certaines spécificités, telles que l'évaluation du risque de chute ou du risque de délirium. L'utilisation d'une échelle de dépistage de la fragilité de la personne âgée est recommandée dès l'admission de ces patients. Les habiletés perçues à l'égard de la personne âgée sont considérées comme faibles par les acteurs des urgences. Cette perception corrobore les résultats au test de connaissances. Un travail pluridisciplinaire avec les référents gériatriques de notre institution est à envisager afin de sensibiliser les soignants des urgences aux besoins spécifiques de nos aînés, et de travailler la notion d'urgence chez la personne âgée.

Mots clés : urgence, gériatrie, personne âgée, connaissance, compétence, soins de santé.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	12
1. Le recours aux services d'urgences	14
2. L'environnement des urgences.....	16
3. Le triage et le dépistage des patients gériatriques aux urgences	17
4. L'évaluation gériatrique aux urgences.....	19
5. L'attrait perçu du patient gériatrique aux urgences	21
6. Les connaissances des acteurs des urgences.....	22
7. Les initiatives	26
8. Les concepts de connaissance, habileté et compétence	28
9. La Clinique Saint-Pierre et son service d'urgences	29
METHODE	30
1. Objectifs et question de recherche	30
2. Définition du public cible.....	30
3. Création du questionnaire	31
a. « The Knowledge about Older Patients - Quiz »	31
b. « Perception des habiletés pratiques et des connaissances en matière de soins gériatriques chez des infirmières des services d'urgence en Suisse ».....	31
4. Invitation à l'étude	32
5. Analyse des résultats	33
RESULTATS	34
1. Caractéristiques sociodémographiques et professionnelles des acteurs des urgences	36
2. Questions sur les connaissances	37
a. Moyenne de la connaissance	37
b. Les personnes âgées en Belgique et dans les services d'urgence	38
c. Les points forts.....	39
d. Les points faibles.....	39
3. Certitude des répondants.....	41
4. Les habiletés des répondants	43

DISCUSSION.....	46
1. Analyse des résultats	46
a. Le taux de participation.....	46
b. La formation.....	47
c. Les scores moyens de connaissances et de certitudes	47
d. La communication, l'empathie et les spécificités gériatriques	50
e. La perception des habiletés	51
2. Axes de recommandations	54
a. Identification plus efficace des patients fragiles	54
b. Formation à la communication et travail sur l'empathie	54
c. Formations aux situations spécifiques méconnues	55
d. Évaluation régulière des connaissances et encadrement des nouveaux engagés	55
e. Collaboration entre les référents gériatriques et les urgences	56
3. Limites et perspectives	56
4. Conclusion	58
BIBLIOGRAPHIE	59
ANNEXES	64

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

Tableau 1. Participation à l'étude.....	35
Tableau 2. Caractéristiques sociodémographiques et professionnelles des répondants (n=74).....	36
Tableau 3. Moyenne des scores sur les connaissances gériatriques (n=74).	37
Tableau 4. Moyenne des scores correspondant aux personnes âgées dans les services d'urgences (n=74).	38
Tableau 5. Pourcentage de bonnes réponses aux questions de connaissances (n=74).	39
Tableau 6. Moyenne des certitudes des répondants (n=74)	41
Tableau 7. Moyenne des scores d'habileté (n=74).....	44
Tableau 8. Niveaux d'habiletés perçues à offrir des soins gériatriques (n=74).	45
Tableau 9. Axes d'analyse des résultats de l'étude	46
Tableau 10. Axes de recommandations.....	54
 Figure 1. Moyenne des scores correspondant aux personnes âgées dans les services d'urgences (n=74).	38
Figure 2. Degré de certitude par rapport à la réponse donnée pour l'affirmation : "Il est bon de donner des instructions détaillées sur la manière d'accomplir des tâches à des patients souffrant d'apraxie" ...	42
Figure 3. Degré de certitude par rapport à l'affirmation : « Demander aux patients s'ils ont été victimes de chutes au cours des 6 derniers mois est une bonne façon d'évaluer l'augmentation du risque de chutes ».....	43
Figure 4. Comparaison du pourcentage de bonnes réponses au KOP-Q entre l'étude de J. Dikken et le service d'urgence de la Clinique Saint-Pierre à Ottignies.	48
Figure 5. Pourcentage des scores obtenus au test de connaissances par les infirmiers	49
Figure 6. Pourcentage des scores obtenus au test de connaissances par les médecins.....	49
Figure 7. Comparaison du pourcentage de certitude au KOP-Q entre l'étude de J. Dikken et le service d'urgence de la Clinique Saint-Pierre à Ottignies.	50
Figure 8. Comparaison du niveau de certitude dans l'étude de Tacchini-Jacquier et Morin et des infirmiers de la Clinique Saint-Pierre à Ottignies	52

LISTE DES ABREVIATIONS

ACE	Acute Care for Elders
CSPO	Clinique Saint-Pierre Ottignies
EGS	Évaluation Gériatrique Standardisée
ENA	Emergency Nurse Association
GENE	Geriatric Emergency Nursing Education Course
GIAP	Geriatric Institutional Assessment Profile
ISAR	Identification of Seniors At Risk
KCE	Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (Belgian Health Care Knowledge Centre)
KOP-Q	Knowledge about Older Patient Quiz
MAPES	Modélisation de l'Approche-Programme en Enseignement Supérieur
MMSE	Mini Mental State Examination
OCDE	Organisation de Coopération et de Développement Économiques
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PA	Personnes Agées
SISU	Soins Intensifs et Soins d'Urgence
TRST	Triage Risk Screening Tool
UCLouvain	Université Catholique de Louvain

INTRODUCTION

Le vieillissement démographique impacte la constitution de notre société et entraîne un certain nombre de changements, qu'ils soient économiques, politiques ou sociaux. Au cours des dernières décennies, la proportion globale de la population âgée de 65 ans ou plus, a presque doublé dans les pays de l'OCDE. Cette proportion est passée de moins de 9 % en 1960 à plus de 17 % en 2017, et devrait continuer d'augmenter au cours des prochaines décennies, passant de 17,4 % en 2017 à 27,1 % d'ici 2050 ([OCDE, 2019b](#)).

En 2015, le nombre absolu de personnes âgées de 60 ans ou plus était de 900 millions dans le monde. Il devrait passer à 1,4 milliard en 2030, puis 2,1 milliards en 2050, et pourrait atteindre 3,2 milliards en 2100 ([Organisation mondiale de la Santé, 2016a](#)). Le nombre de personnes âgées de 80 ans ou plus devrait être multiplié par quatre pour atteindre 395 millions en 2050 ([Organisation mondiale de la Santé, 2016b](#)).

En Belgique, les projections démographiques nous indiquent que le vieillissement de la population va s'intensifier rapidement pour ensuite se stabiliser à partir de 2040. En Wallonie, la part des 67 ans et plus passe de 16 % en 2018 à 23 % en 2070. Cette même part des 67 ans et plus devient supérieure à celle des 17 ans et moins dès 2030 ([Bureau fédéral du plan-Statbel, 2019](#)). Notre espérance de vie à la naissance est actuellement de 83,9 ans pour les femmes et de 79,2 ans pour les hommes en 2017 ([OCDE, 2019c](#)). En 1970, notre espérance de vie à l'âge de 65 ans en Belgique était de 13,8 ans. Elle est montée à 20,2 ans en 2017 ([OCDE, 2019b](#)). La majorité (72 %) des personnes de la tranche d'âge 65-74 ans se déclarent en bonne santé même si la coexistence des pathologies multiples augmente ([Deschodt et al., 2015](#)). A contrario, selon l'OCDE, seulement 53,3 % de la population des personnes de + de 65 ans se perçoit en bonne ou très bonne santé en 2017 ([OCDE, 2019a](#)). L'augmentation de la longévité n'est donc pas forcément synonyme d'une période de vie plus longue en bonne santé. En effet, rien n'indique que les personnes âgées d'aujourd'hui sont en meilleure santé que leurs parents au même âge ([Organisation mondiale de la Santé, 2016a](#)).

Cette évolution représente un défi pour notre système de soins de santé, qui devra subir une réorganisation profonde pour pouvoir y faire face ([Deschodt et al., 2015](#)). Au sein de ce système de soins de santé, les services d'urgence se trouvent, par conséquent, en première ligne pour

assurer des soins de qualité à cette partie vieillissante de la population. Il est dès lors important de réfléchir à l'impact que cette évolution peut provoquer et de pouvoir adapter nos pratiques à cette patientèle.

En tant que professionnels aux urgences, nous soignons de plus en plus de personnes âgées, de plus en plus malades, noyées dans la charge de travail et le flux des urgences. Soigner adéquatement ces personnes à qui nous consacrons un temps considérable, est un réel challenge au quotidien : obtenir les informations nécessaires afin de déterminer au mieux leur motif d'admission, établir une anamnèse complète et pertinente chez des personnes parfois confuses ou démentes. Elles arrivent parfois seules dans nos services, ou munies d'une demande écrite très succincte. Les multiples examens, les actes techniques à effectuer, les traitements à administrer et les surveillances à mettre en place exigent de nous une expertise et de la patience tout au long de leur séjour dans nos services. Ces personnes, plus difficiles à hospitaliser, se retrouvent alors allongées sur un brancard dans un couloir en attente d'un lit plus confortable à l'étage. La question de notre capacité à les soigner efficacement et adéquatement se pose alors de manière évidente. Par cette réflexion, nous souhaitons donc explorer la problématique d'un éventuel manque de connaissances liées aux spécificités gériatriques, au sein de notre service d'urgence. Notre démarche consistera en une évaluation des connaissances des acteurs des urgences dans le domaine de la gériatrie, et des points d'attentions à avoir dans cette situation, fragilisante et stressante, que représente un passage aux urgences pour une personnes âgée.

Nous parcourrons dans un premier temps la littérature sur le sujet. Celle-ci s'intéressera au recours aux services d'urgence par la population âgée, à l'environnement de ces services et au triage de ces patients. Nous aborderons également le dépistage de la fragilité de ces patients ainsi que quelques problèmes spécifiques à la population gériatrique. Nous nous attarderons sur les connaissances des acteurs des urgences au travers de plusieurs études sur le sujet. Nous évoquerons également quelques initiatives entreprises pour améliorer les prises en charge des personnes âgées aux urgences. Dans un second temps, nous aborderons notre méthodologie de travail avec la création de notre questionnaire et le déroulement de l'étude. Après avoir exposé nos résultats, nous les comparerons à ceux de la littérature et pourrons alors dégager des axes de recommandations en termes de formations des acteurs des urgences et de points d'amélioration pour les services d'urgence.

1. Le recours aux services d'urgences

Les services d'urgence doivent s'adapter afin d'affronter les changements induits par cette part plus âgée de la population. Le vieillissement a pour conséquence de favoriser l'apparition de problèmes de santé multiples aigus et chroniques. Le recours aux soins nécessite alors des interventions de complexité croissante, entremêlées à de potentiels problèmes cognitifs, fonctionnels ou sociaux ([Büla, Jaccard Ruedin, & Carron, 2012](#)). Le nombre et la proportion des personnes âgées admises augmentent donc et contribuent de manière significative au nombre de consultations et de jours d'hospitalisation ([De Brauwer et al., 2014](#)).

Selon l'American College of Emergency Physicians ([2014](#)), les patients de plus de 65 ans aux États-Unis représentent 43 % des admissions aux urgences. En moyenne, ces patients âgés ont une durée de séjour aux urgences 20 % plus longue et utilise 50 % plus de services d'imagerie par rapport à la population jeune.

Nous constatons que la population de nos services d'urgence belges suit une tendance similaire. La part des personnes âgées soignées dans ces services est en constante augmentation. Dans notre pays, entre 12 et 21 % des patients des services d'urgence ont 65 ans et plus. En 2014, la population belge de 70 ans et plus constituait 16 % des services d'urgence. Seulement 30 % des patients âgés ont été envoyés par leur médecin traitant et 67,5 % des patients de plus de 80 ans ont été hospitalisés après leur passage aux urgences ([Devriendt et al., 2017](#)). Pour la Clinique Saint-Pierre à Ottignies, la population des personnes de plus de 65 ans représentait 22 % des passages aux urgences en 2018, 14 % pour les plus de 75 ans. Parmi ces dernières, plus de la moitié ont été hospitalisées et cette proportion monte même jusqu'à 59 % d'hospitalisation pour les patients de plus de 85 ans ([Wauthy, 2019](#)).

Selon De Brauwer et al ([2014](#)), les caractéristiques des patients gériatriques aux urgences se modifient. Les patients sont plus âgés, avec une proportion plus élevée de personnes âgées de plus de 85 ans. Ils prennent plus de médicaments, et ont un risque accru de chute l'année précédant leur admission. Ils vivent plus au domicile et sont plus indépendants pour les activités de la vie quotidienne. Leur profil médical est également différent, les maladies cardiovasculaires restant la première catégorie de diagnostic. Les maladies respiratoires sont moins représentées alors que les traumatismes, les chutes et les intoxications augmentent. Les auteurs de l'étude constatent qu'en 10 ans, la durée de séjour a fortement diminué (moins 4 jours) et

que les patients sont plus facilement transférés en centre de révalidation. Le déclin fonctionnel et la mortalité ne changent pas, mais il y a plus de réadmissions dans les 3 mois qui suivent la sortie du patient.

Cette catégorie de personnes constitue donc un groupe spécifique mobilisant les équipes des urgences de façon particulière. Elles présentent souvent des conditions de vie et une symptomatologie qui peuvent entraîner une fragilité particulière ([Boisguérin & Mauro, 2017](#)). En effet, le passage par un service d'urgence représente un moment sensible pour la personne âgée ([Nagurney et al., 2017](#)). Un nombre important de personnes de plus de 65 ans sont considérées comme fragiles. Leur pourcentage varie de 5 à 15 % à l'âge de 65 ans allant jusqu'à 20 à 25 % à l'âge de 85 ans ([Jorgensen & Braband, 2017](#)). Selon la définition de l'OMS, la fragilité correspond à « une régression progressive des systèmes physiologiques liée à l'âge, qui entraîne une diminution des réserves de capacités intrinsèques, ce qui confère une extrême vulnérabilité aux facteurs de stress et augmente le risque d'une série d'effets négatifs sur la santé » ([Organisation mondiale de la Santé, 2016b, p. 72](#)). Les patients sont donc plus vulnérables, ce qui peut induire des conséquences défavorables, telles que l'admission à l'hôpital ou la mort. Une évaluation rapide des risques permettrait d'allouer plus précisément les temps et les ressources aux patients qui en ont le plus besoin ([Jorgensen & Braband, 2017](#)).

Les patients âgés se présentent dans les services d'urgence avec des plaintes non spécifiques. Les raisons les plus courantes sont les plaintes musculo-squelettiques, les plaintes cardiaques et d'autres problèmes médicaux tels que le sentiment de faiblesse, la fatigue ou le mal-être ([Nagurney et al., 2017](#)). Ils sont plus susceptibles de souffrir de maladies chroniques, de déficiences physiques et cognitives, et d'un soutien social médiocre. Cette population tend à prendre plus de médicaments, à avoir plus de comorbidités par rapport à leurs plus jeunes cohortes. Ils ont également un risque plus élevé de déclin fonctionnel ([American College of Emergency Physicians, 2014](#); [Crouch, 2012](#); [Devriendt et al., 2017](#)). Selon l'American College of Emergency Physicians ([2014](#)), 40 % des patients de plus de 65 ans prenaient 5 à 9 médicaments chaque jour, et 18 % en prenaient plus de 10. Si on considère qu'il y a 50 à 60 % de risques d'interactions médicamenteuses lors de la prise de 5 médicaments et de 90 % de risques lors de la prise de 10 médicaments, la complexité du traitement médicamenteux semble claire sur l'évaluation et les soins de la population gériatrique. Les motifs de consultations et plaintes des patients âgés peuvent être sensiblement différents des populations plus jeunes. Par exemple, la douleur peut se présenter sous une forme plus atténuée que chez les adultes plus

jeunes. Elle s'exprime alors plus comme de l'inconfort, et est plus rarement localisée. Autre exemple, la confusion et l'agitation sont fréquemment observées dans les pathologies respiratoires et digestives ([Tacchini-Jacquier & Morin, 2016](#)).

Leur durée de prise en charge, plus longue que celle des plus jeunes, se caractérise par un nombre plus élevé d'actes réalisés et d'examen complémentaires. De plus, ils sont plus souvent hospitalisés, avec un délai plus important pour l'admission en hospitalisation ([Boisguérin & Mauro, 2017](#); [Roethler, Adelman, & Parsons, 2011](#)). Leurs besoins et leurs attentes sont donc différents de ceux de la population générale et demandent une approche multidimensionnelle et intégrée ([De Brauwert et al., 2014](#)). Cela rend les soins à dispenser plus complexes. Il est fréquent de sous-estimer les problèmes de santé et la dégradation fonctionnelle après la sortie des patients. Ils sont donc plus susceptibles d'être réadmis après la sortie des urgences, en comparaison avec les populations plus jeunes ([Devriendt et al., 2017](#); [Roethler et al., 2011](#)). Selon Roethler et al ([2011](#)), entre 10 % et 45 % des personnes âgées ont augmenté leur dépendance fonctionnelle au cours des 3 premiers mois suivant leur sortie du service des urgences. Ils ont également constaté un taux de mortalité de 10 % pendant cette même période.

En conséquence, il est important de comprendre comment adapter l'environnement et les processus de prise en charge des services d'urgence aux besoins des personnes âgées ([Devriendt et al., 2017](#)).

2. L'environnement des urgences

L'environnement des urgences est anxiogène pour les personnes âgées. En effet, se trouver dans une structure peu adaptée à leurs besoins peut susciter un stress important. Il faut être attentif au fait qu'une personne âgée qui présente un problème de santé est déjà à risque de confusion et que l'environnement particulier des urgences (vitesse des traitements, taux de rotation élevé des patients) est un facteur aggravant et additif potentiel de l'état confusionnel ([Deasey, Kable, & Jeong, 2016](#)). De plus, d'autres éléments influencent l'inconfort des personnes âgées dans les services d'urgence, comme la privation temporaire de certains accessoires utiles aux activités de la vie quotidienne tels que lunettes de vue, prothèses dentaires, appareillages acoustiques, ... ([Boulet et al., 2015](#)). Selon une étude de Devriendt et al ([2017](#)) dans les hôpitaux belges, 69 % des chefs de service de gériatrie interrogés estiment que l'infrastructure de leur service d'urgence est insuffisante pour offrir des soins de qualité aux personnes âgées.

La nécessité d'adapter nos installations aux personnes âgées est de plus en plus reconnue dans les services d'urgence. Par exemple, des salles d'urgence spécifiques aux personnes âgées existent aux États-Unis. Au Royaume-Uni, on recommande que les zones d'évaluation pour les personnes âgées soient situées dans un endroit plus calme, de préférence plus isolé, une zone du service où l'observation soit possible mais où le bruit, les interruptions, les stimuli soient réduits au maximum. Ces zones pour personnes âgées devraient être situées à l'écart de tout accès (entrée - sortie). Les salles d'urgence disposeraient de panneaux d'information adaptés à l'âge : une police de caractères plus grande et des pictogrammes comme aides visuelles. Ces panneaux seraient placés à hauteur des yeux afin d'éviter que les individus aient besoin de relever la tête et ne risquent pas de perdre l'équilibre ([Crouch, 2012](#)).

L'American College of Emergency Physicians recommande la mise en place d'équipements spécifiques à cette population gériatrique, en tenant compte des défis impliquant la mobilité, l'incontinence et les besoins comportementaux. Bien qu'un espace séparé au sein d'un service d'urgence ou qu'un service d'urgence distinct entièrement consacré à la gériatrie pourrait, selon certains auteurs, être bénéfique, la plupart des hôpitaux devraient être capables de mettre en œuvre un programme dans lequel tout lit du service doit être « geriatric friendly » ([American College of Emergency Physicians, 2014](#)).

3. Le triage et le dépistage des patients gériatriques aux urgences

Les patients âgés présentent souvent une combinaison de symptômes physiques et psychiques pouvant être très atypiques. Un patient âgé présentant des signes vitaux normaux peut souffrir d'une pathologie sévère et à haut risque de dégradation, les phénomènes de compensations biologiques étant diminués. Le degré de gravité relevant en partie de ces signes vitaux, l'identification et la priorisation des problèmes pour les infirmières d'accueil et d'orientation aux urgences, non spécialisées en gériatrie, sont rendues plus difficile. Les personnes âgées nécessitant une prise en charge immédiate risquent de ne pas être détectées. De plus, le manque d'informations relatives aux troubles cognitifs ou à la baisse de l'acuité auditive ou visuelle peut également accentuer ces difficultés d'évaluation. Un dépistage précoce de ces composantes de fragilité et de vulnérabilité préviendrait cependant le risque de perte d'autonomie. L'attente aux urgences peut elle-même engendrer des altérations de l'état clinique comme la déshydratation, la confusion ou les chutes ([Tacchini-Jacquier & Morin, 2016](#)). Selon

Freud et al ([2017](#)), les patients âgés de plus de 65 ans ont moins de chance d’être traités endéans les délais recommandés par les échelles de triage. Dans cette population plus sensible et plus vulnérable, la conséquence d’une évaluation médicale retardée représente un risque. Par ailleurs, plus le niveau de triage est élevé, plus le risque augmente.

Chez les patients dont la symptomatologie est peu précise et la raison d’admission aux urgences non spécifique, le risque d’être exposé à une évaluation inappropriée ou retardée à l’entrée des urgences est plus grand encore. Dans une étude de 2005, Rutschmann et al ont démontré que 51 % de ces patients avaient été sous-triés lors de leur admission aux urgences. Le manque de mesures de signes vitaux, la non-reconnaissance de troubles neurologiques et des signes cliniques atypiques sont à l’origine de cette mauvaise évaluation. La raison principale invoquée est le manque de formation et d’entraînement des infirmières et des médecins des urgences, sur les pièges que présentent les profils cliniques des patients gériatriques. De plus, les médecins d’urgence se sentent souvent mal à l’aise lorsqu’ils évaluent ces patients, ce qui peut avoir un impact négatif sur les soins. Malgré l’absence de plaintes spécifiques à l’admission, un problème médical aigu est souvent identifié. Étant donné que les contraintes de temps ne permettent pas une évaluation approfondie de cette population fragile, des procédures standardisées devraient aider à trier ces patients. Une meilleure formation des infirmières et des médecins d’urgence dans la reconnaissance de la présentation clinique atypique et l’identification des patients à haut risque pourraient également améliorer ce processus. ([Rutschmann et al., 2005](#)).

Dans notre pays, l’Arrêté Royal du 29 janvier 2007 (modifié en 2014) fixant les normes du programme de soins pour le patient gériatrique, spécifie que tout patient hospitalisé de 75 ans ou plus doit faire l’objet d’un dépistage. Celui-ci doit être effectué par un membre de l’équipe du service où il est admis, au moyen d’un instrument scientifiquement validé. Il doit être consigné dans le dossier du patient.

Il existe plusieurs outils de dépistage gériatrique utilisables aux urgences. Ceux-ci permettront de cibler les patients nécessitant une évaluation gériatrique plus complète. Les instruments les plus utilisés dans les hôpitaux belges sont le Triage Risk Screening Tool (TRST) et l’Identification of Seniors At Risk (ISAR). Malgré l’obligation de dépistage de la fragilité chez la personne âgée dans notre pays, il ne semble pas systématiquement exécuté et consigné dans le dossier des urgences. Il est, par conséquent, le plus souvent réalisé plus tard dans l’hospitalisation du patient ([Deschodt et al., 2015](#)). L’ISAR est un outil de dépistage

d'utilisation beaucoup plus rapide pour la sélection de ces patients et donc bien adapté à un usage dans le secteur des urgences ([Jorgensen & Braband, 2017](#)). Cette échelle peut être utilisée pendant ou après le triage du patient afin d'identifier les patients âgés susceptibles de nécessiter une évaluation plus approfondie. Les équipes gériatriques pourront ainsi prioriser les patients chez qui les plus grands besoins en interventions auront été identifiés aux urgences ([Rosted, Wagner, Hendriksen, & Poulsen, 2012](#)). Dans leur revue de littérature, Jorgensen et Braband ([2017](#)) identifient plusieurs études affirmant que l'utilisation d'outils de dépistage de la fragilité de la personne âgée dans un service d'urgence peut prédire certaines conséquences délétères pour le patient. Parmi celles-ci, ils citent un risque accru d'hospitalisation, de soins à domicile, de séjour hospitalier prolongé et de mortalité. Selon l'American College of Emergency Physicians ([2014](#)), le dépistage de ce type de population à l'arrivée aux urgences pourrait permettre des interventions plus rapides et l'allocation d'un supplément de ressources pour améliorer les résultats.

4. L'évaluation gériatrique aux urgences

L'évaluation gériatrique est composée de plusieurs outils de dépistage dont le but est d'identifier l'apparition de problèmes gériatriques fréquents tels que, par exemple, des troubles cognitifs ou une atteinte de l'autonomie. Cette évaluation peut se révéler complexe à réaliser aux urgences car elle nécessite du temps, et ardue pour un soignant non spécialisé en gériatrie ([Graf, Chevalley, & Sarasin, 2012](#)). Une étude publiée en 2017 ([Ellis et al., 2017](#)) a montré que les personnes de plus de 65 ans, chez qui une évaluation gériatrique standardisée (EGS) a été réalisée par une équipe gériatrique, sont plus à même de vivre à domicile et donc moins susceptibles d'être admises en maison de repos dans l'année suivant l'admission à l'hôpital. Dans les conclusions de cette étude, il n'y avait cependant pas de preuve que l'EGS réduise le risque de décès ou le risque de dépendance.

Le risque de chute est une problématique importante aux urgences, au même titre que dans les autres services hospitaliers. L'utilité de ce dépistage, chez un patient qui a chuté ou qui est à risque de chute, est de diagnostiquer et traiter les traumatismes, et de découvrir les causes qui engendrent cette chute. Sur base de cette évaluation, il est possible de gérer les causes de la chute, évitant ainsi les chutes futures et leurs complications ([American College of Emergency Physicians, 2014](#)).

La reconnaissance du délirium et de la confusion représente également un point important aux urgences. Selon Boucher et al.([2019](#)), la situation de débordement des salles d'urgence et les temps d'attente prolongés peuvent avoir des conséquences sur la non-reconnaissance de ces problèmes. Il est présent chez 7 à 10 % des patients âgés aux urgences. Le délirium se définit comme un changement aigu de la conscience, qui ne peut pas s'expliquer par l'état précédent ou par de la démence. Il est souvent la première manifestation d'une infection aiguë sous-jacente et peut apparaître avant la fièvre, la dyspnée ou la tachycardie. Il est associé à une mortalité plus élevée, une augmentation du déclin cognitif et fonctionnel et une durée de séjour augmentée. Malgré les conséquences négatives du délirium, les médecins urgentistes ratent 57 % à 83 % des cas, en raison de l'absence de dépistage approprié et de routine. Il est plus fréquemment manqué chez les patients présentant une symptomatologie hypoactive, âgés de 80 ans et plus, et souffrant d'une déficience visuelle ou de démence ([Han, Wilson, & Ely, 2010](#)). Le délirium, qui a souvent des causes multifactorielles, pourrait être déclenché par une exposition prolongée à l'environnement des services d'urgence. Son identification est essentielle pour la gestion rapide de ses causes sous-jacentes et la mise en œuvre d'interventions ciblées visant à en limiter les conséquences ([Boucher et al., 2019](#)). Une étude canadienne ([Emond et al., 2018](#)) a démontré que le taux d'incidence des épisodes de délirium induit par le temps d'attente dans les services d'urgence était de 12,1 %. Ils ont également démontré qu'il y avait une corrélation entre le délirium et la durée de séjour en hospitalisation (prolongée de 4,4 jours en cas de délirium). Une meilleure identification des patients à haut risque de délirium permettrait donc de mettre en place des protocoles de prévention.

Un autre défi pour les urgences est la gestion efficace des patients gériatriques agités. Les médicaments et les contentions, tant chimiques que physiques, peuvent améliorer la santé et la sécurité des patients ([American College of Emergency Physicians, 2014](#)). Ces dernières, bien que proscrites en gériatrie, ne sont utilisées qu'en dernier recours, lorsque l'agitation s'avère dangereuse et que tous les autres moyens ont échoués ([Boulet et al., 2015](#)). Elles peuvent cependant accroître la gravité ou la longueur d'un délirium lorsqu'elles sont utilisées de manière inappropriée. La prise en charge d'un patient gériatrique peut dès lors être très différente de celle d'un patient plus jeune avec une pathologie similaire. ([American College of Emergency Physicians, 2014](#)).

5. L'attrait perçu du patient gériatrique aux urgences

La société a tendance à considérer les personnes âgées comme étant fragiles, déconnectées, pénibles ou dépendantes même si ces dernières contribuent à la société à bien des égards. Selon la définition de l'Organisation mondiale de la Santé :

L'âgisme désigne les stéréotypes et la discrimination à l'encontre d'individus ou de groupes de personnes, basés sur leur âge. L'âgisme peut prendre plusieurs formes, y compris les préjugés, les pratiques discriminatoires ou les politiques et les pratiques institutionnelles qui perpétuent ces stéréotypes. ([Organisation mondiale de la Santé, 2016b, p. 11](#))

Ces pratiques négatives ne se limitent pas à un groupe social ou ethnique, et nous pouvons les retrouver dans toutes les sociétés. Elles sont présentes dans les structures sanitaires et sociales, où les personnes âgées sont au fait de leurs vulnérabilités ([Organisation mondiale de la Santé, 2016b](#)).

Plusieurs études indiquent que les infirmières ont une attitude négative, un manque de connaissances à l'égard des personnes âgées, ce qui affecte la qualité des soins prodigués ([Dikken et al., 2017](#)). Les pratiques et comportements des infirmières de salles d'urgence sont donc essentiels afin de ne pas manquer les symptômes de syndrome gériatrique chez ces personnes ([Deasey et al., 2016](#)). Cependant, le personnel a tendance à estimer la présence de ces patients comme étant inappropriée aux urgences, en la considérant comme non-aiguë. Les infirmières des urgences se sentiraient plus compétentes pour les soins aigus que pour les soins de confort, de soutien ou d'accompagnement ([Tacchini-Jacquier & Morin, 2016](#)). Dans leur revue de littérature, Skar, Bruce et Sheets ([2015](#)) précisent que les patients plus âgés ne sont pas une priorité dans les services d'urgence, où les temps d'attente s'allongent pour eux, majorant le risque de complications. Les soignants considèrent que les urgences sont à disposition des patients qu'ils estiment réellement malades, et que ces patients gériatriques ne le sont pas de manière critique. Étonnamment, ces soignants pensent que les patients âgés ne reçoivent pas le respect et les soins qu'ils méritent. Une autre croyance de ces équipes des urgences est qu'elles doivent être disponibles pour les vraies urgences, et limitent donc le temps consacré aux patients plus âgés. Cette étude suggère que cette micro-culture des urgences est une barrière à des soins gériatriques optimaux.

Alors que les formations et les compétences en soins aigus permettent à l'infirmière des urgences de reconnaître rapidement une maladie critique, la même infirmière peut se trouver plus démunie face à un patient plus âgé qui ne présente pas un diagnostic simple en raison des besoins complexes des personnes âgées. L'infirmière peut se sentir frustrée, à cause de la tension entre la perception idéaliste de sa pratique aux urgences, comparée à la réalité de la prise en charge d'un grand nombre de patients âgés ayant des besoins physiques et sociaux complexes ([Deasey et al., 2016](#)).

6. Les connaissances des acteurs des urgences

Selon Tacchini-Jacquier et Morin ([2016](#)), très peu d'études se préoccupent du niveau des connaissances des particularités gériatriques des infirmières des urgences. Elles indiquent un manque de connaissances important et une formation insuffisante sur les modifications du processus physiologique dues à l'âge.

En Suède, Kihlgren, Nilsson et Sorlie ([2005](#)) ont interrogé des infirmières d'urgence sur ce qui, selon elles, constituerait une bonne prise en charge infirmière pour les patients de 75 ans ou plus. Du point de vue de ces infirmières, il est nécessaire d'avoir une bonne connaissance de base des différentes maladies pour fournir de bons soins infirmiers. Cela exige une organisation efficace, une capacité de planification, ainsi que la capacité de prendre la bonne décision. Être responsable de ses soins est une condition préalable à la rencontre du patient et de la famille, même lorsque la situation est difficile. Elles considèrent qu'il est nécessaire d'être bien informées et de comprendre la situation des patients plus âgés se présentant aux urgences. Elles pensent qu'il est également important de prioriser les procédures médicales, car les tâches quotidiennes et les routines menacent les soins de qualité. Les infirmières d'urgence estiment qu'il est difficile de trouver suffisamment de temps pour réaliser de bons soins. Il s'avère que beaucoup d'entre elles sont plus intéressées par les actes techniques et sont bien formées pour donner des soins infirmiers aigus à un niveau spécialisé. Il semble que ces infirmières d'urgence travaillent dans un état de tension entre une situation idéaliste et la réalité, dans une organisation qui priorise les soins médicaux aigus.

En 2004-2005, en Californie, Désy et Prohaska ([2008](#)) ont étudié le bénéfice d'un programme de formation en soins gériatriques, intitulé « Geriatric Emergency Nursing Éducation Course »

(GENE). Ce cours, développé par l'Emergency Nurse Association (ENA), avait pour objectif de mettre l'accent sur des particularités gériatriques, comme la fréquence des symptômes et les signes de dépression, de démence, d'état confusionnel aigu, d'incontinence, de problèmes de mobilité et de handicap, de pathologies chroniques, ainsi que de polymédication. Trois mois après cette formation, ils ont évalué l'impact du cours sur les connaissances, l'attitude, les compétences d'évaluation et les pratiques des soins infirmiers dispensées chez les patients âgés aux urgences. Le résultat de l'auto-évaluation montre que les infirmières des urgences estiment avoir amélioré leurs capacités à évaluer les problèmes liés à la santé de la personne âgée. Elles considèrent que la formation a contribué à l'amélioration de leurs compétences dans les situations enseignées, notamment dans l'évaluation de la douleur, d'abus ou de négligence. Plus de 90% relèvent l'amélioration de leurs compétences de triage. Desy et Prohaska ont également constaté une augmentation de l'utilisation d'échelles d'évaluation gériatrique (MMSE, chute, douleur, ...) ainsi qu'une augmentation de la mise en place de protocoles de soins gériatriques dans les urgences ([Desy & Prohaska, 2008](#)).

Une étude publiée en 2006 ([Schumacher, Deimling, Meldon, & Woolard](#)), menée aux États-Unis (Nouvelle-Angleterre) auprès de médecins assistants et urgentistes, s'est concentrée sur la charge perçue dans les soins associés à la prise en charge des personnes âgées. Il était notamment demandé aux personnes interrogées d'estimer le pourcentage de patients de plus de 65 ans pris en charge aux urgences et ensuite, de définir le pourcentage idéal de cette catégorie de patients à soigner dans ce service. La première estimation des personnes âgées aux urgences atteignait 39,4 % et le pourcentage considéré souhaitable était de 29,3 %. En réalité, les dossiers d'admission aux urgences de chaque hôpital donnaient des chiffres inférieurs : le pourcentage des patients de plus de 65 ans variait de 11,6 à 23 %. En ce qui concerne la formation, 78,4 % des personnes interrogées ont convenu qu'une formation plus approfondie s'imposait pour mieux soigner les patients âgés. En outre, 25,7 % des personnes interrogées ont fait valoir que la majorité de leur formation de base avait « éludé » la médecine gériatrique. Les personnes ayant eu moins de contacts avec des personnes âgées pendant leur formation ont également ressenti des niveaux de charge plus importants. La présence de patients âgés dans les services d'urgences influencerait la perception des médecins et assistants, puisqu'ils pensent en traiter une proportion beaucoup plus importante que dans la réalité. Cette surestimation peut contribuer au sentiment que les patients âgés venant de maisons de repos, ou présentant des déficits cognitifs, risquent d'être considérés comme des patients particulièrement peu satisfaisants.

Une étude de Roethler et al.([2011](#)), réalisée auprès de 32 infirmières d'un trauma center en Californie, révèle un manque de connaissances des spécificités gériatriques parmi l'échantillon étudié. Les résultats de cette étude sont conformes aux résultats de base obtenus dans l'étude initiale réalisée par Desy et Prohaska citée précédemment. Les deux études montrent que la compréhension des soins gériatriques chez ces infirmières peut être améliorée. En revanche, ces infirmières ont une perception de leurs connaissances qu'elles qualifient de bonnes, voire très bonnes. Il y a donc un manque de concordance entre la perception des infirmières concernant leurs habiletés et le résultat de l'évaluation effectuée. Cette étude montre par exemple qu'à peine un tiers des infirmières répondent correctement à la question de l'évaluation de la douleur chez les patients âgés.

Deasey, Kable et Jeong ([2016](#)) ont étudié en 2013 les connaissances, attitudes et pratiques du personnel infirmier aux urgences en Australie, en mesurant différentes caractéristiques influençant les soins aigus chez la personne âgée. Le résultat de cette étude a montré que les infirmières des urgences ont des pratiques cliniques positives dans leurs soins et que la majorité d'entre elles adoptent des pratiques bénéfiques pour les patients âgés sous leur responsabilité. Bien que deux tiers des infirmières n'utilisent pas d'échelle d'évaluation spécifique aux personnes âgées, elles ont conscience que l'objectif est d'avoir un bon contrôle de la douleur, une bonne hygiène, des soins psychosociaux, et un maintien de l'autonomie de la personne âgée. Elles mentionnent utiliser un langage adéquat, sans infantiliser la personne âgée. Elles trouvent que soigner une personne âgée est plus consommateur de temps et que l'anamnèse est souvent plus difficile à obtenir. Elles estiment inclure ces personnes âgées dans les décisions de soins, au même titre que les plus jeunes.

Une étude publiée en 2013 ([Boltz, Parke, Shuluk, Capezuti, & Galvin](#)) décrit le regard des infirmières sur les questions les plus urgentes à traiter, pour améliorer les soins de l'adulte âgé dans les services d'urgence. Cette étude réalisée aux États-Unis chez des infirmières urgentistes s'appuie sur les données récoltées, de 2006 à 2010, dans la base de données du « Geriatric Institutional Assessement Profile » (GIAP). Le respect pour les adultes âgés et leurs aidants est considéré comme critique. La communication envers les patients et leur famille est médiocre. On constate un manque d'information concernant les traitements et les prises en charge, ainsi qu'un support inadéquat dans la prise de décision. Les infirmières ont souligné l'importance d'adapter la communication aux personnes ayant des troubles auditifs ou cognitifs par

l'utilisation de matériel adéquat ou de locaux appropriés. Elles proposent de faire appel à des bénévoles capables de parler avec les patients anxieux ou isolés. L'information donnée au patient âgé doit être présentée dans un langage adapté et compréhensible, sous forme écrite et orale. En ce qui concerne les procédures et traitements, elles soulignent le manque de protocoles spécifiques, concernant l'usage des médicaments, des antidouleurs, la prévention des chutes ou de la confusion. L'inefficacité du triage est pointée, ainsi que les temps d'attente prolongés. Les infirmières demandent des protocoles d'évaluation et de prise en charge de la confusion évitant la contention ou les traitements médicamenteux, et des protocoles de prévention des escarres ou des chutes. Enfin, le manque de temps et de personnel est pointé, ayant pour conséquence la tendance à se focaliser sur les problèmes aigus, en laissant de côté d'autres soins préventifs. Elles relèvent aussi le manque de connaissances dans les soins aux personnes âgées. La formation des équipes aux spécificités gériatriques doit être améliorée, avec des infirmières expertes, qui pourraient devenir référentes en la matière.

Une étude réalisée dans un hôpital cantonal suisse ([Tacchini-Jacquier & Morin, 2016](#)) avait pour objectif d'évaluer les connaissances théoriques des infirmières des urgences relatives à l'approche de la personne âgée de plus de 65 ans. Les chercheurs ont procédé à l'auto-évaluation du niveau de pratique de soins infirmiers à la personne âgée lors de son passage aux urgences. Ils ont également vérifié la corrélation entre les niveaux des connaissances théoriques et l'auto-évaluation des pratiques des infirmières d'urgence. Dans cette étude, la moyenne du score au test de connaissances peut être considérée comme faible. Ceci témoigne d'un manque de connaissances sur les particularités gériatriques de la part des participants. On remarque par exemple un faible taux de réponses correctes en ce qui concerne les facteurs causaux et aggravant une démence, ou encore à propos de la reconnaissance des symptômes comportementaux dus à des interactions médicamenteuses. En ce qui concerne la perception des habiletés pratiques, elle est évaluée à un niveau situé entre faible et moyen. Les infirmières d'urgences se doivent d'être réactives et capables de poser les priorités d'intervention en regard de la situation, tout en restant compréhensives et empathiques. Ces résultats révèlent, selon les auteurs, la nécessité de valoriser des connaissances sur les particularités gériatriques dans les programmes de formation.

Au regard de ces études, il apparaît important d'améliorer les connaissances sur les syndromes gériatriques et les présentations atypiques des maladies afin d'assurer une bonne qualité de soins. Selon l'étude de Devriendt et al. ([2017](#)), un quart des hôpitaux participant à leur enquête

ont organisé une formation gériatrique pour le personnel des urgences au cours de l'année écoulée. Le temps de formation moyen était de 2,9 heures par an. Ces formations portaient sur les problèmes médicaux ou la gestion de la fragilité des personnes âgées aux urgences. Selon Somes ([2014](#)), les acteurs des urgences doivent obtenir une meilleure connaissance et une meilleure compréhension de la physiologie gériatrique, de la pathophysiologie et de la pharmacocinétique. Il est impératif que les équipes soient mieux formées à la manière dont le corps vieillissant réagit aux thérapies standard. Le succès d'un programme gériatrique aux urgences repose en grande partie sur l'éducation d'un personnel multidisciplinaire dirigé vers les besoins de cette population. Cette éducation doit tenir compte de la physiologie, des présentations atypiques et des besoins psychosociaux des personnes âgées. Un programme d'éducation gériatrique aux urgences devrait sensibiliser davantage le personnel aux besoins de la population gériatrique, et prendre des initiatives spécifiques en matière de procédures et de politique institutionnelle ([American College of Emergency Physicians, 2014](#)).

7. Les initiatives

Diverses initiatives ont vu le jour pour améliorer la prise en charge des patients âgés aux urgences.

Ellis, Jamieson, Alcorn et Devlin ([2012](#)) ont évalué l'implémentation d'une « Acute Care for Elders » (ACE), une unité de 4 lits adjacente au service des urgences dans un hôpital général en Ecosse. Le but de cette unité était de réduire les admissions inappropriées, améliorer les soins aigus, réduire le temps passé en lits non spécialisés et réduire éventuellement la durée de séjour. Les résultats de l'étude montrent que le développement d'une unité de ACE a sensiblement augmenté le pourcentage des sorties de patients le jour-même. Il a réduit la durée de séjour dans un lit non spécialisé pour tous les patients et a amélioré l'accès aux lits spécialisés sans avoir d'incidence significative sur les sorties, les réadmissions ou les résultats à long terme.

L'apparition de salles d'urgence gériatrique pourrait améliorer l'expérience et les résultats pour les personnes âgées. Ces unités sont dotées d'équipements adaptés et de personnel spécialement formé aux besoins des adultes plus âgés ([Boltz et al., 2013](#)). Les hôpitaux du Canada ont, eux, incité à la présence d'infirmières gériatriques dans les services d'urgence. Celles-ci ont une formation spécialisée dans les soins gériatriques. Au Maryland, l'Holy Cross Hospital a ouvert un service d'urgence consacré uniquement aux patients gériatriques ([Roethler et al., 2011](#)). A

Genève, un service d'urgence gériatrique a vu le jour en 2016. Situé au sein d'un hôpital gériatrique, ce service accueille les patients de plus de 75 ans, en urgence non vitale et non chirurgicale. Le bilan après 1 an d'activité était très satisfaisant en termes de qualité de soins et de prise en charge ([de Saussure, 2017](#)).

En Belgique, les soins gériatriques pour les patients de plus de 75 ans ont été officiellement organisés par un Arrêté Royal approuvé en 2007. Ce programme de soins comprend une équipe de liaison interne gériatrique. Ces équipes multidisciplinaires mobiles appuient les professionnels de la santé dans le traitement des patients gériatriques à haut risque admis dans les unités non gériatriques. Ils procèdent à une évaluation gériatrique globale et formulent des recommandations aux équipes de soins. La présence d'une personne de ces équipes aux urgences n'est pas obligatoire. En 2010, une enquête du Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE) a indiqué que seulement 11 % de ces équipes collaboraient avec les services d'urgence ([Deschodt et al., 2015](#)). Dans une étude de Devriendt et al. ([2017](#)), 53 % des chefs de services de gériatrie ont mentionné un accord, principalement informel entre les gériatres et les services d'urgence concernant la gestion et le flux des personnes âgées dans les services d'urgence. Ce soutien était principalement disponible sur appel, concernant des problèmes spécifiques, principalement en journée et en semaine. La disponibilité des équipes de liaison gériatriques pour les services d'urgence en 2014 était de 85 %, ce qui est beaucoup plus élevé que les 11 % rapportés par le KCE en 2010. Ce support n'est cependant pas systématique, aucun n'a offert une présence continue aux urgences. La collaboration entre les services d'urgence et les services de gériatrie se fait jour en Belgique, mais est actuellement assez limitée.

Ce tour d'horizon des spécificités de prise en charge de nos aînés aux urgences nous amène à nous poser la question de nos pratiques à la Clinique Saint-Pierre à Ottignies. Dans ce mémoire, notre intérêt se portera donc sur l'évaluation des connaissances et des compétences perçues par les différents acteurs des urgences à propos des spécificités gériatriques de nos aînés.

Mesurer ou évaluer des connaissances, des compétences ou des habiletés peut s'avérer difficile. Il est dès lors intéressant de spécifier ce que nous entendons sous les termes abordés dans notre questionnaire. En effet, ces mots d'apparence simple peuvent recouvrir une sémantique plus complexe.

8. Les concepts de connaissance, habileté et compétence

Meirieu identifie les connaissances comme « des savoirs essentiellement programmatiques, renvoyant à des disciplines précisément identifiées, mobilisables pour résoudre des problèmes qui se posent spécifiquement dans les champs épistémologiques de ces disciplines ». ([Meirieu, 1993, p. 111](#))

L'habileté est définie par le Larousse en ligne comme « la qualité de quelqu'un qui est capable de réaliser un acte avec une bonne adaptation psychomotrice au but poursuivi... qui agit avec ingéniosité, intelligence. Qualité de ce qui est fait avec adresse, ingéniosité, dextérité ». ([Habileté s.d.](#)) Selon François Lasnier, elles « peuvent être d'ordre cognitif, affectif, social ou psychomoteur. Les habiletés ont un certain degré d'intégration entre elles, mais elles ne sont pas nécessairement toutes sollicitées lors de la réalisation d'une tâche ». ([Lasnier, 2001, p. 31](#)) L'habileté est donc plus du domaine du savoir-faire ou de la connaissance procédurale.

Une compétence, selon Pierre Gillet, se définit comme « un système de connaissances, conceptuelles et procédurales, organisées en schémas opératoires et qui permettent, à l'intention d'une famille de situations, l'identification d'une tâche-problème et sa résolution par une action efficace » ([as cited in Basque, 2015, p. 2](#)). Pour Jacques Tardif, une compétence est « un savoir-agir complexe prenant appui sur la mobilisation et la combinaison efficaces d'une variété de ressources internes et externes à l'intérieur d'une famille de situations » ([as cited in Basque, 2015, p. 3](#)). Selon Le Boterf,

une personne compétente est une personne qui sait agir avec pertinence dans un contexte particulier, en choisissant et en mobilisant un double équipement de ressources : ressources personnelles (connaissances, savoir-faire, qualités, culture, ressources émotionnelles ...) et ressources de réseaux (banques de données, réseaux documentaires, réseaux d'expertise, etc.). Savoir agir avec pertinence, cela suppose d'être capable de réaliser un ensemble d'activités selon certains critères souhaitables. (as cited in [Basque, 2015, p. 2](#))

Enfin Beckers nous enseigne qu'une compétence

est donc un savoir agir en situation complexe. ...Une compétence est la capacité à agir efficacement en mobilisant spontanément, correctement et de façon organisée ... des ressources internes (savoirs, savoir-faire, attitudes propres à l'individu) et externes (expérience d'autres collègues, documentation,...). ... Elle suppose la capacité de réflexion sur la situation (en identifier les caractéristiques de structure sous l'habillage contextuel pour favoriser le transfert à d'autres situations de la même famille) [et] la qualité de sa démarche (métacognition). ([Beckers, 2007, pp. 88-89](#))

Si la connaissance relève de ce que l'on apprend dans un ou plusieurs domaines, l'habileté relève plutôt du savoir-faire, et la compétence du savoir-agir en situation tout en mobilisant un ensemble de ressources internes et externes.

Pour le soignant, ces trois concepts nécessitent de détenir un certain nombre d'acquis de base, mais aussi de pouvoir les mobiliser, les organiser et les combiner. En plus de pouvoir réaliser une action, il devra comprendre pourquoi et comment il s'y prend pour agir ([Le Boterf, 2002](#)).

9. La Clinique Saint-Pierre et son service d'urgences

La Clinique Saint-Pierre est un centre hospitalier régional situé au cœur du Brabant Wallon. La clinique actuelle comporte 425 lits agréés (431 lits justifiés), dont 38 lits de gériatrie et 6 lits en hôpital de jour gériatrique.

Son service d'urgence accueille un peu plus de 50 000 patients par an. En 2018, les personnes de plus de 65 ans représentaient 22 % des passages aux urgences, soit un cinquième de sa fréquentation. 14 % étaient âgées de plus de 75 ans. Parmi ces dernières, plus de la moitié ont été hospitalisées et cette proportion monte même jusqu'à 59 % chez les patients de plus de 85 ans ([Wauthy, 2019](#)). Il s'agit donc d'une part non négligeable de notre patientèle en ce qui concerne le nombre de personnes, mais également de la charge de travail, au vu du nombre d'hospitalisations potentielles. Avoir une connaissance approfondie de cette population s'impose donc, au même titre que d'autres aspects plus aigus ou techniques de notre travail dans ce type de service.

METHODE

1. Objectifs et question de recherche

Pour rappel, notre question de recherche est :

« Quelles sont les connaissances et compétences des acteurs des urgences à propos des spécificités gériatriques de nos aînés ? »

Les objectifs de cette étude sont les suivants :

- Évaluer les connaissances des acteurs des urgences en ce qui concerne les personnes âgées de plus de 75 ans.
- Évaluer la perception que ces acteurs ont de leurs habiletés envers ces personnes.
- Évaluer la corrélation entre les connaissances réelles et les habiletés perçues des acteurs des urgences.

La diversité des situations individuelles ne permet pas de donner une frontière ou une limite de passage à la vieillesse. L'âge peut avoir diverses représentations et définitions : l'âge chronologique, biologique, social, ... La diversité des sources dans la littérature présente elle-même des seuils d'âge assez différents. La limite de 75 ans nous a semblé la plus pertinente pour rester en cohérence avec le programme de soins gériatriques établi dans notre pays et la période où la personne âgée est la plus fragile.

2. Définition du public cible

Pour ce mémoire, nous avons décidé d'interroger l'ensemble des acteurs des urgences de la Clinique Saint-Pierre à Ottignies. En effet, il nous semblait opportun de tester chacun des prestataires de soins se retrouvant au chevet des personnes âgées fréquentant notre service. Tous les aides-soignants, infirmiers, médecins du cadre et assistants en médecine aux urgences ont donc été conviés simultanément à participer à l'étude. Le seul critère d'inclusion retenu pour l'étude était d'exercer depuis plus de trois mois dans le service des urgences. Le personnel en écartement ou repos de maternité a également été inclus dans l'enquête.

3. Création du questionnaire

Pour le choix du questionnaire nous en avons identifié deux susceptibles d'être utilisés pour nous aider à évaluer les connaissances des acteurs des urgences au sujet de gériatrie :

a. « *The Knowledge about Older Patients - Quiz* »

The Knowledge about Older Patient Quiz est un questionnaire élaboré par Mr Jeroen Dikken, infirmier et professeur à « De Haagse Hogeschool ». Ce questionnaire est un instrument complet, fiable et validé, développé aux Pays-Bas pour évaluer les infirmières hospitalières au sujet des patients âgés. Ce questionnaire contient 30 questions de type vrai/faux évaluant les connaissances sur le vieillissement normal, les spécificités gériatriques, les problèmes de vulnérabilités liés à l'âge et les interventions envers des familles de ces patients. Chaque bonne réponse donne droit à un point. En parallèle, une échelle de certitude est appliquée à chaque question, où les répondants doivent évaluer leur degré de certitude par rapport à la question posée (allant 0 à 100 % de certitude) ([Dikken, 2017](#)).

Après avoir reçu l'autorisation d'utilisation de l'auteur, le KOP-Q a été traduit en français. Il s'agit d'une traduction libre de la version anglaise du questionnaire vers le français.

b. « *Perception des habiletés pratiques et des connaissances en matière de soins gériatriques chez des infirmières des services d'urgence en Suisse* »

Il s'agit d'un questionnaire élaboré par Mme Nadine Tacchini-Jacquier et Mme Diane Morin (inspiré d'une étude de C. Roethler), toutes deux infirmières. Ce questionnaire contient une section évaluant les connaissances théoriques et une autre section permettant de recueillir les perceptions des infirmières des urgences de leur niveau d'habileté à prodiguer des soins aux personnes âgées. Cette partie se présente sous la forme d'un questionnaire comprenant 15 items évalués à l'aide d'une échelle de Likert à 4 niveaux (Très bonne habileté, Bonne habileté, Faible habileté et Ne s'applique pas) ([Tacchini-Jacquier & Morin, 2016](#)).

Nous avons utilisé, avec l'autorisation de madame Tacchini-Jacquier la dernière section de ce questionnaire, qui permet de recueillir la perception des infirmières des urgences de leur niveau d'habileté à prodiguer des soins aux personnes âgées. Nous avons adapté la terminologie de

certaines questions car elles posaient des difficultés de compréhension entre la Suisse et la Belgique :

- L'item relatif à « l'évaluation fonctionnelle » a été modifié pour ne pas confondre l'évaluation gériatrique et les outils de dépistage gériatrique dont nous disposons dans nos hôpitaux.
- « Offrir des instructions reliées au congé qui soient spécifique à l'âge » : le terme « congé » a été remplacé par « sortie ».
- Le terme « références appropriées » a été remplacé par « explications appropriées ».

Ces questionnaires ont auparavant été utilisés dans d'autres études et le KOP-Q est validé scientifiquement. La méthodologie et le contexte belge ont imposé certaines adaptations, mais notre volonté était bien de rester au plus près des questionnaires d'origine afin de pouvoir comparer nos résultats avec les études précédentes.

Afin de mieux analyser notre population, nous avons ajouté une première partie concernant ses caractéristiques socio-professionnelles. Nous l'avons également complété par deux questions concernant le pourcentage estimé de personnes âgées en Belgique, ainsi que le pourcentage de personnes âgées fréquentant notre service d'urgence. Vous trouverez le questionnaire complet en annexe de ce mémoire.

Le questionnaire a été implémenté dans le logiciel de sondage Lime Survey. La durée estimée pour remplir le questionnaire était d'une dizaine de minutes.

4. Invitation à l'étude

Après avoir obtenu l'autorisation de la direction des soins infirmiers de l'institution concernée et l'accord du médecin-chef de service, une invitation à participer à l'étude a été envoyée via la messagerie électronique des soignants des urgences. L'anonymat des réponses a été garanti. Une adresse électronique permettant un lien direct avec le questionnaire était mentionnée dans le mail d'invitation. Le questionnaire a été envoyé le 8 février 2020. Trois rappels par courrier électronique ont été transmis à une semaine d'intervalle les 13, 20 et 27 février. L'enquête a été clôturée le 5 mars 2020.

5. Analyse des résultats

Les réponses au questionnaire ont été analysées à l'aide du programme Microsoft Excel (version 16.34) et du programme IBM SPSS Statistics (version 26). Seuls les questionnaires complétés à plus de 30 % ont été pris en compte pour l'analyse des résultats.

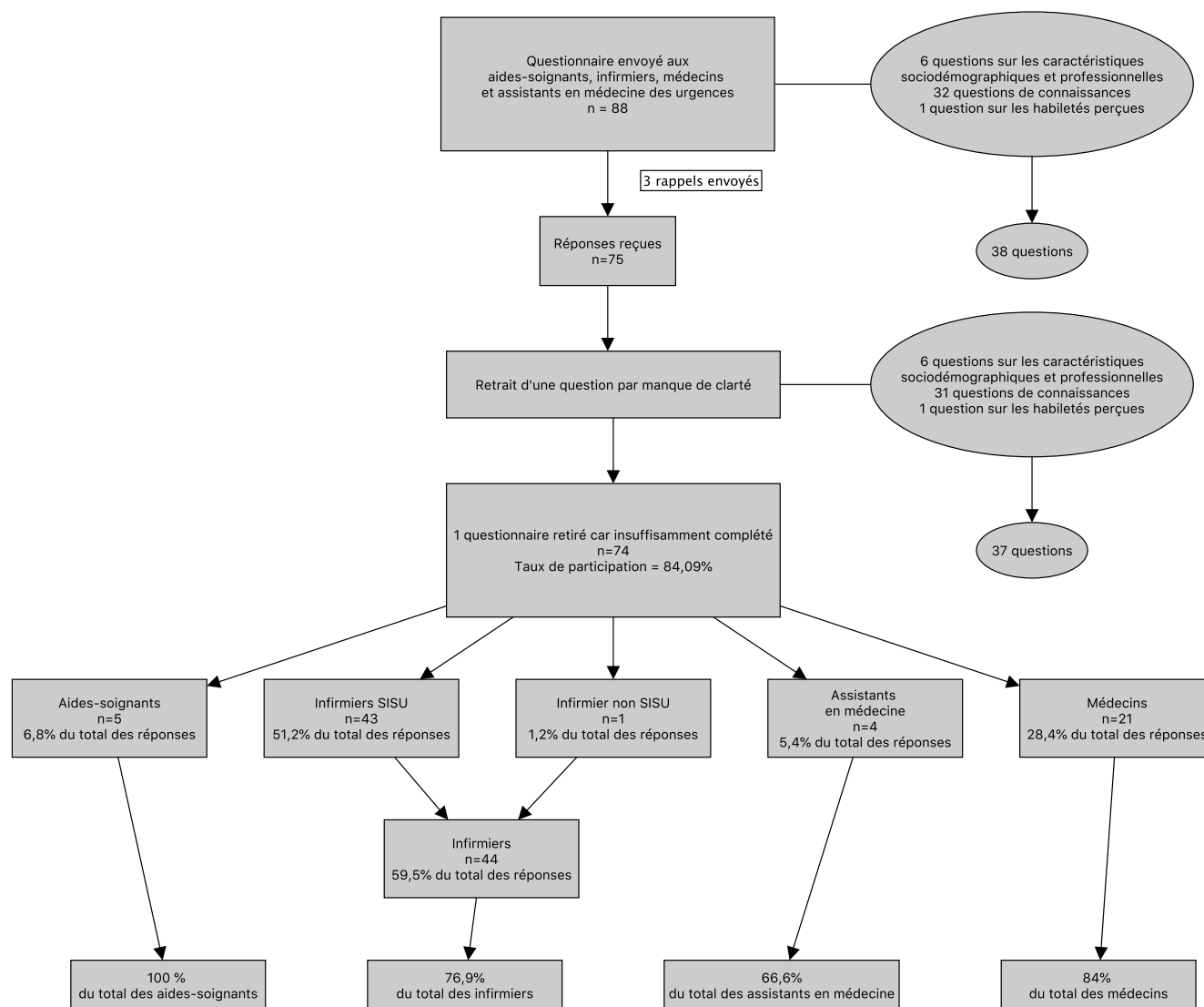
RESULTATS

Lors de cette enquête, 88 demandes de participation ont été envoyées. 75 questionnaires ont été complétés. Parmi ceux-ci, un questionnaire était rempli à moins de 30 %. Il n'a donc pas été pris en compte dans nos résultats. Le taux final de participation global à l'étude était donc de 84,09 %, réparti de manière assez uniforme selon les fonctions des différents acteurs en présence.

Une question a dû être retirée de l'ensemble du questionnaire par manque de clarté. Nous sommes donc arrivés à un total de 37 questions, reprenant 6 questions sur les caractéristiques sociodémographiques des participants, 31 questions de connaissances et 1 question sur les habiletés perçues des acteurs des urgences. Nous avons regroupé la catégorie des infirmiers SISU (n=43) et non SISU (n=1) en une seule catégorie (n=44).

La répartition des questions et du taux de participation des différents acteurs des urgences est détaillée dans le tableau 1, à la page suivante.

Tableau 1. Participation à l'étude



1. Caractéristiques sociodémographiques et professionnelles des acteurs des urgences

Le tableau 2 présente les caractéristiques sociodémographiques et professionnelles des participants. Les répondants se composent d'une majorité d'infirmiers et d'un tiers de médecins. Deux tiers sont des femmes. L'âge moyen des participants est de 37,7 ans. Si les plus de 50 ans sont un peu moins représentés, les autres classes d'âge sont représentées de manière équivalente. La répartition de l'expérience en tant que soignant aux urgences nous montre que 43,2 % ont entre 6 et 15 ans d'expérience. En ce qui concerne le nombre d'heures de formation suivie au cours de l'année 2019, 1 seule personne relate 200 heures de formation. 68,9 % des participants n'ont eu aucune formation concernant la gériatrie pendant l'année écoulée. Pour cette donnée, la médiane se situe à 0h.

Tableau 2. Caractéristiques sociodémographiques et professionnelles des répondants (n=74)

	Aides-soignants n=5	Infirmiers n=44	Assistants en médecine n=4	Médecins n=21	Total n=74
Taux de participation au questionnaire	6,80%	59,50%	5,40%	28,40%	84,09%
Taux de participation au questionnaire par rapport à la fonction	100,00%	76,90%	66,60%	84,00%	
Genre					
Femme	80,00%	65,90%	25,00%	61,90%	63,50%
Homme	20,00%	34,10%	75,00%	38,10%	36,50%
Age					
Moyenne d'âge en années ± DS (Min;Max)	29,4 ± 4,67 (24;36)	37,02 ± 9,99 (24;64)	24,75 ± 0,96 (24;26)	43,81 ± 7,32 (32;58)	37,77 ± 9,94 (24;64)
≤ 30 ans	60,00%	34,10%	100,00%	0,00%	29,70%
31- 40 ans	40,00%	27,30%	0,00%	42,90%	31,10%
41-50 ans	0,00%	22,70%	0,00%	38,10%	24,30%
50ans	0,00%	15,90%	0,00%	19,00%	14,90%
Expérience en tant que soignants					
Moyenne d'expérience aux urgences en années ± DS (Min;Max)	8,20 ± 4,97 (3;15)	13,70 ± 10,09 (0;40)	1,5 ± 2,38 (0;5)	17,10 ± 6,90 (6;30)	13,64 ± 9,34 (0;40)
≤ 5ans	40,00%	20,50%	100,00%	0,00%	20,30%
6-15 ans	60,00%	43,20%	0,00%	47,60%	43,20%
≥16 ans	0,00%	36,40%	0,00%	52,40%	36,50%

	Aides-soignants n=5	Infirmiers n=44	Assistants en médecine n=4	Médecins n=21	Total n=74
Expérience en tant que soignants aux urgences					
Moyenne d'expérience aux urgences en années $\pm$ DS (Min;Max)	4 $\pm$ 3,16 (0;8)	11,82 $\pm$ 9,52 (0;40)	1,25 $\pm$ 1,89 (0;4)	15,33 $\pm$ 6,04 (5;24)	11,72 $\pm$ 8,83 (0;40)
≤ 5 ans	60,00%	29,50%	100,00%	4,80%	28,40%
6-15 ans	40,00%	43,20%	0,00%	52,40%	43,20%
≥ 16 ans	0,00%	27,30%	0,00%	42,90%	28,40%
Nombre d'heures de formation en 2019					
Médiane du temps de formation exprimée en heure (Min;Max)	2,00 (0;4)	0,00 (0;8)	0,50 (0;200)	0,00 (0;6)	0,00 (0;200)
Aucune formation	20,00%	76,70%	50,00%	71,40%	69,90%
1- 4 heures	80,00%	14,00%	25,00%	23,80%	21,90%
5 -8 heures	0,00%	9,30%	0,00%	4,80%	6,80%
≥ 9 heures	0,00%	0,00%	25,00%	0,00%	1,40%

DS : déviation standard

2. Questions sur les connaissances

a. Moyenne de la connaissance

La moyenne de bonnes réponses aux 31 questions de connaissances est de 22,49 ($\pm 2,29$), ce qui correspond à un pourcentage de 72,5 %. On peut qualifier ce score de connaissance de bon. Nous pouvons constater que le taux de bonnes réponses est sensiblement différent en fonction du type de participants. Le tableau 3 présente la moyenne des scores sur les connaissances gériatriques.

Tableau 3. Moyenne des scores sur les connaissances gériatriques (n=74).

	Aides-soignants n=5	Infirmiers n=44	Assistants en médecine n=4	Médecins n=21	Pourcentage total n=74
Pourcentage de bonnes réponses générales	65,80%	71,20%	79,00%	75,70%	72,50%

b. Les personnes âgées en Belgique et dans les services d'urgence

Si les acteurs des urgences obtiennent de très bons scores sur l'évaluation de la proportion des personnes âgées dans le futur en Belgique (89,2 %), un tiers (36,5 %) des répondants ne sont pas à même d'évaluer le nombre de visites concernant les patients de plus de 75 ans dans les services d'urgence en 2018. Le détail des réponses se trouvent dans le tableau 4 et la figure 1.

Tableau 4. Moyenne des scores correspondant aux personnes âgées dans les services d'urgences (n=74).

	Aides-soignants n=5	Infirmiers n=44	Assistants en médecine n=4	Médecins n=21	Pourcentage total n=74	Pourcentage de certitudes moyennes n=74
Connaissance de la proportion des PA en 2070	100,00%	86,40%	100,00%	90,50%	89,20%	59,50%
Connaissance de la proportion des PA aux urgences en 2018	60,00%	63,60%	25,00%	71,40%	63,50%	58,90%

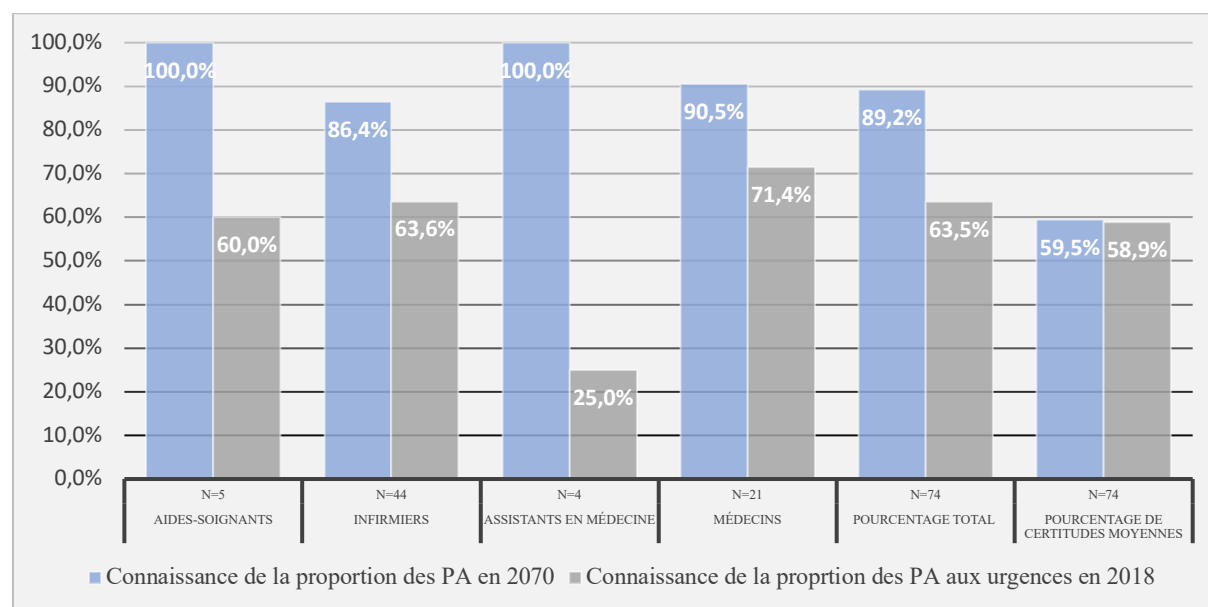


Figure 1. Moyenne des scores correspondant aux personnes âgées dans les services d'urgences (n=74).

c. Les points forts

Les pourcentages de bonnes réponses sont présentés dans le tableau 5. Nous constatons que les acteurs des urgences sont à même de répondre adéquatement aux questions concernant l'alitement des personnes âgées, les aidants proches et les signes de maltraitance, l'hydratation ou la nutrition. Ils répondent également majoritairement correctement aux questions relatives aux plaies de pression ou encore aux conséquences négatives de certains traitements médicamenteux chez les personnes âgées.

d. Les points faibles

En ce qui concerne les thèmes les moins maîtrisés, nous constatons que les moins bonnes réponses relèvent de la communication avec le patient âgé ou de l'empathie. Les réponses touchant certaines spécificités gériatriques comme le délirium, la dépression ou le risque de chute, obtiennent également des scores très peu satisfaisants.

Tableau 5. Pourcentage de bonnes réponses aux questions de connaissances (n=74).

	Bonne réponses	Pourcentage total de bonnes réponses n=74	Aides- soignants n=5	Infirmiers n=44	Assistants en médecine n=4	Médecins n=21	Pourcentage de certitudes moyennes n=74
Chez les personnes âgées, le fait de rester alité est important pour faciliter le rétablissement.	F	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	93,0%
L'épuisement des aidants proches peut conduire à la maltraitance de la personne dont ils s'occupent.	V	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	86,5%
Il est bon de faire boire les personnes âgées plus souvent, parce qu'elles ressentent moins la soif.	V	97,3%	100,0%	95,5%	100,0%	100,0%	93,6%
La malnutrition peut avoir un impact négatif sur les facultés de raisonnement et d'observation.	V	97,3%	80,0%	100,0%	100,0%	95,2%	81,2%
Si des tissus soumis à une pression ne reçoivent pas de flux sanguin durant 2 heures, des plaies de pression peuvent apparaître.	V	97,3%	100,0%	95,5%	100,0%	100,0%	80,1%
En cas de dépression, des troubles de la mémoire peuvent apparaître.	V	95,9%	80,0%	95,5%	100,0%	100,0%	78,2%
Les traitements médicamenteux peuvent causer des problèmes gériatriques tels que pertes de mémoire, incontinence, chutes et dépression.	V	95,9%	100,0%	93,2%	100,0%	100,0%	80,5%

	Bonne réponses	Pourcentage total de bonnes réponses n=74	Aides- soignants n=5	Infirmiers n=44	Assistants en médecine n=4	Médecins n=21	Pourcentage de certitudes moyennes n=74
On identifie les plaies de pression uniquement après l'apparition de phlyctènes ou d'abrasion.	F	94,6%	80,0%	93,2%	100,0%	100,0%	84,9%
Les personnes âgées ont besoin d'un apport liquidien moins élevé parce qu'elles ont moins d'activités physiques.	F	93,2%	80,0%	93,2%	100,0%	95,2%	86,7%
La rencontre avec les familles lors de l'évaluation d'un patient est uniquement requise pour les personnes souffrant de démence.	F	93,2%	100,0%	90,9%	100,0%	95,2%	84,2%
La plupart des aidants proches n'ont pas besoin du soutien des services d'aide à domicile.	F	93,2%	100,0%	88,6%	100,0%	100,0%	83,0%
En général les personnes âgées sont plus sensibles aux traitements médicamenteux parce que leurs fonctions rénale et hépatique sont moins efficaces.	V	91,9%	80,0%	88,6%	100,0%	100,0%	79,5%
Chez les patients incontinents, les vêtements souillés doivent être changés mais les patients n'ont pas besoin d'être amenés aux toilettes ensuite.	F	90,5%	100,0%	88,6%	100,0%	90,5%	74,5%
L'incontinence urinaire inhabituelle chez une personne âgée peut indiquer que le sujet souffre d'une infection des voies urinaires.	V	89,2%	20,0%	86,4%	100,0%	100,0%	84,3%
Selon le Bureau Fédéral du Plan, la proportion des adultes âgés (de 67 ans et plus) en Belgique passera de 16% en 2018 à 23% en 2070.	V	89,2%	100,0%	86,4%	100,0%	90,5%	59,5%
Demander aux patients s'ils ont été victimes de chutes au cours des 6 derniers mois est une bonne façon d'évaluer l'augmentation du risque de chutes.	V	85,1%	80,0%	81,8%	100,0%	90,5%	75,8%
Les analgésiques doivent être administrés le moins possible aux personnes âgées, en raison du risque d'accoutumance.	F	79,7%	60,0%	84,1%	75,0%	76,2%	72,6%
En cas de délirium, les activités doivent être réparties équitablement sur toute la journée.	V	74,3%	80,0%	81,8%	50,0%	61,9%	54,2%
Réduire la fréquence des prises dans un traitement médicamenteux est un moyen efficace d'assurer l'adhésion (au traitement) des patients.	V	70,3%	60,0%	59,1%	75,0%	95,2%	66,4%
La dépression est identifiée moins fréquemment chez les personnes âgées que chez les sujets plus jeunes.	V	68,9%	40,0%	61,4%	100,0%	85,7%	80,4%
Les patients présentant des troubles cognitifs, tels que la démence, sont davantage exposés au risque de délirium.	V	67,6%	80,0%	54,5%	100,0%	85,7%	66,4%
Environ 14% des visites aux urgences concerne la population des adultes âgés de plus de 75 ans en 2018.	V	63,5%	60,0%	63,6%	25,0%	71,4%	58,9%

	Bonne réponses	Pourcentage total de bonnes réponses n=74	Aides- soignants n=5	Infirmiers n=44	Assistants en médecine n=4	Médecins n=21	Pourcentage de certitudes moyennes n=74
En cas de délirium, une lumière vive doit être utilisée pour éclairer tous les coins de la pièce.	F	51,4%	40,0%	47,7%	100,0%	52,4%	51,9%
En cas de difficultés de déglutition, tous les médicaments doivent être broyés pour s'assurer qu'ils soient ingérés par les patients.	F	50,0%	0,0%	52,3%	75,0%	52,4%	73,2%
Oubli, difficultés de concentration et difficultés décisionnelles sont des manifestations du vieillissement plutôt que des indicateurs de dépression.	F	45,9%	60,0%	43,2%	100,0%	38,1%	61,5%
Le risque de chutes est plus élevé chez les personnes se trouvant en milieu hospitalier que chez les personnes vivant à domicile.	V	40,5%	20,0%	43,2%	0,0%	47,6%	74,9%
L'incontinence d'effort peut survenir chez les patients qui ne sont pas capables de défaire eux-mêmes leur pantalon.	F	36,5%	40,0%	29,5%	75,0%	42,9%	67,3%
Quand on s'adresse à des patients âgés malentendants, il est préférable de parler avec une intensité de voix normale.	V	35,1%	20,0%	43,2%	25,0%	23,8%	72,5%
Les patients se rappellent rarement avoir été anxieux et/ou agités durant le délirium.	F	28,4%	0,0%	25,0%	31,8%	28,6%	69,6%
En tant que soignant, vous devez parler distinctement à l'oreille du patient âgé malentendant.	F	20,3%	20,0%	22,7%	0,0%	19,0%	80,4%
Il est bon de donner des instructions détaillées sur la manière d'accomplir des tâches à des patients souffrant d'apraxie.	F	9,5%	20,0%	6,8%	25,0%	9,5%	73,4%

3. Certitude des répondants

La certitude de réponse aux questions se situe en moyenne à 75,2 %. On retrouve le niveau moyen de certitude le plus bas chez les infirmiers (72 %), et le plus élevé chez les médecins (80,7 %) (tableau 6). Le détail des moyennes de certitudes pour chaque question est présenté dans le tableau 5.

Tableau 6. Moyenne des certitudes des répondants (n=74)

	Aides-soignants n=5	Infirmiers n=44	Assistants en médecine n=4	Médecins n=21	Pourcentage total n=74
Pourcentage de certitude générale	76,20%	72,00%	79,40%	80,70%	75,20%

La moyenne des certitudes concernant les questions les mieux maîtrisées ($> 85\%$ de bonnes réponses) est de $81,6\%$. La moyenne des certitudes concernant les questions les moins bien maîtrisées ($\leq 50\%$ de bonnes réponses) est de $69,4\%$. Les questions pour lesquelles les certitudes sont les plus basses s'intéressent essentiellement aux problèmes de délirium, et à la répartition des personnes âgées en Belgique ou au sein de notre service d'urgence.

Après un test de Mann-Whitney, nous constatons, pour certaines questions uniquement, une différence significative en termes de certitude médiane entre les deux réponses données. Parmi ces questions, nous retrouvons entre autres celle à laquelle la grande majorité des acteurs des urgences ont le moins bien répondu. Cette question concernait le type d'instructions à donner à un patient souffrant d'apraxie. Nous constatons une différence significative entre le degré de certitude des répondants et le taux de bonne réponse (p -valeur = $0,006$). En effet, la plupart des participants ayant répondu correctement à la question avait un taux de certitude plus bas que les participants ayant mal répondu. Une seule personne ayant répondu correctement à cette question avait un taux de certitude élevé (80%). Cette constatation est illustrée dans la figure 2.

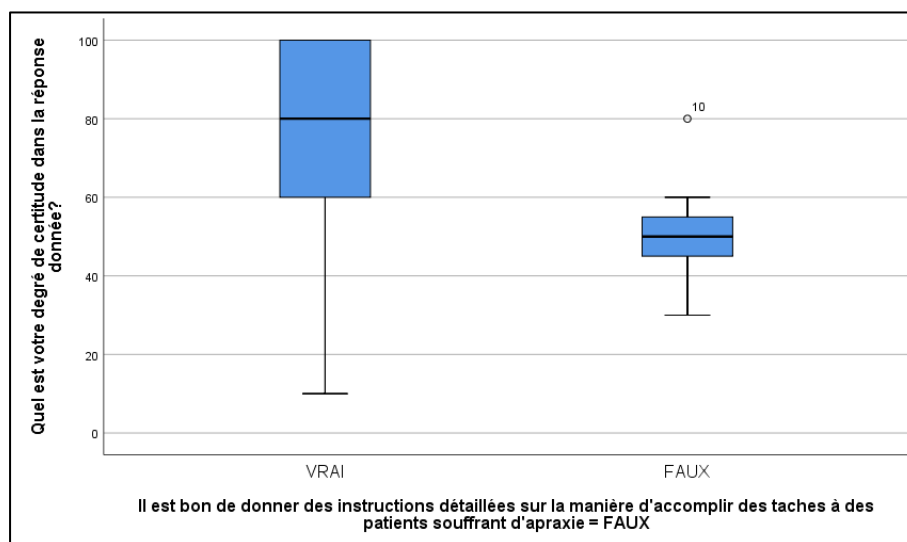


Figure 2. Degré de certitude par rapport à la réponse donnée pour l'affirmation : "Il est bon de donner des instructions détaillées sur la manière d'accomplir des tâches à des patients souffrant d'apraxie"

On retrouve également une différence significative pour d'autres questions, comme par exemple l'évaluation de l'augmentation du risque de chute en cas de chute au cours des 6 derniers mois (p -valeur= $0,042$). Dans ce cas, nous constatons que les répondants ayant donné

la bonne réponse sont significativement plus certains que ceux ayant donné la mauvaise réponse. Cette observation est illustrée dans la figure 3.

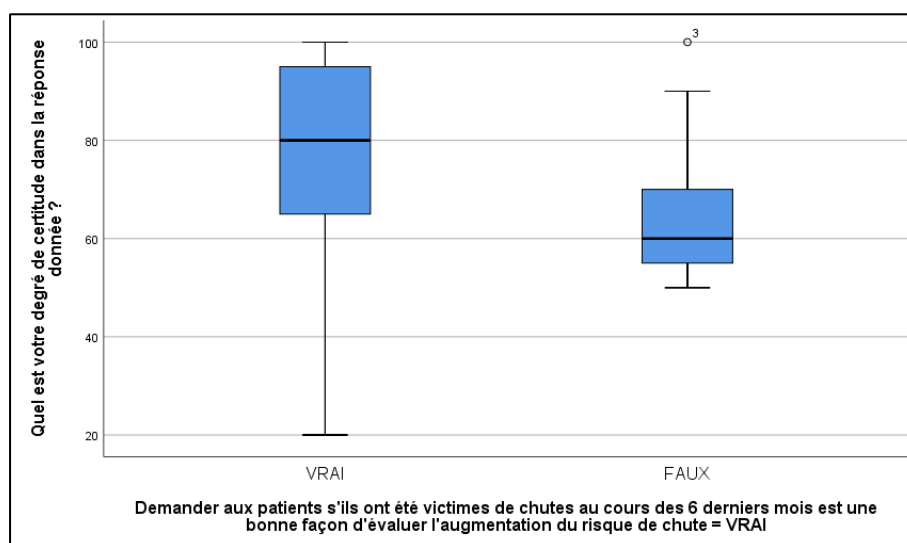


Figure 3. Degré de certitude par rapport à l'affirmation : « Demander aux patients s'ils ont été victimes de chutes au cours des 6 derniers mois est une bonne façon d'évaluer l'augmentation du risque de chutes ».

4. Les habiletés des répondants

Les habiletés perçues pouvaient être catégorisées en 3 niveaux :

- Très bonne habileté
- Bonne habileté
- Faible habileté

Pour calculer le score d'habileté, la première catégorie a reçu un score égal à 3, la seconde à 2 et la dernière à 1. Le total des scores est présenté dans le tableau 7, à la page suivante. Le score d'habileté global est de 1,64 sur 3, qui peut être qualifié de moyen. Un seul item dépasse le score de 2, celui concernant l'évaluation de la douleur. Les 4 énoncés perçus comme les plus faibles sont :

- Reconnaître la dépression (1,3/3)
- Conduire une évaluation (1,46/3)
- Évaluer l'état de nutrition (1,49/3)
- Offrir des instructions liées à la sortie du patient qui soient spécifiques au patient âgé (1,51/3)

Tableau 7. Moyenne des scores d'habileté (n=74)

	Moyenne des scores d'habileté (DS)				
	Score global n=74	Aides-soignants n=5	Infirmiers n=44	Assistants en médecine n=4	Médecins n=21
Évaluer la douleur	2,08 (0,57)	2,2 (0,84)	2,09 (0,60)	2	2,05 (0,50)
Reconnaître la démence	1,81 (0,54)	1,75 (0,50)	1,77 (0,52)	1,75 (0,50)	1,90 (0,62)
Offrir des explications appropriées pour des traitements	1,80 (0,58)	1,33 (0,58)	1,71 (0,60)	2	2 (0,55)
Triage	1,78 (0,56)	2	1,73 (0,51)	1,33 (0,58)	1,94 (0,64)
Évaluer l'environnement du patient	1,75 (0,63)	2	1,68 (0,61)	2 (0,82)	1,8 (0,70)
Évaluer la polymédication	1,69 (0,68)	1	1,62 (0,67)	2 (0,82)	1,86 (0,65)
Évaluer la présence de signes de maltraitance et/ou de négligence	1,65 (0,53)	2,2 (0,84)	1,66 (0,48)	1,50 (0,58)	1,52 (0,51)
Offrir de l'information sur des prises de décisions de fin de vie	1,63 (0,62)	1	1,47 (0,56)	1,75 (0,50)	2 (0,63)
Reconnaître le délirium	1,54 (0,60)	1,33 (0,58)	1,48 (0,59)	1,75 (0,50)	1,67 (0,66)
Offrir des explications appropriées pour des services (soins à domicile, santé mentale, domicile, ...)	1,53 (0,60)	1,8 (0,84)	1,45 (0,55)	1,75 (0,50)	1,57 (0,68)
Reconnaître des présentations atypiques des maladies	1,53 (0,53)	1,67 (0,58)	1,43 (0,50)	1,25 (0,25)	1,76 (0,54)
Offrir des instructions reliées à la sortie du patient qui soient spécifiques au patient âgé	1,51 (0,56)	1,40 (0,55)	1,43 (0,50)	1,75 (0,50)	1,65 (0,67)
Évaluer l'état de nutrition	1,49 (0,56)	1,4 (0,55)	1,56 (0,59)	1,25 (0,50)	1,43 (0,51)
Conduire une évaluation du sommeil, de la continence, du risque de chute, de l'altération du la peau,...	1,46 (0,56)	1,6 (0,89)	1,54 (0,55)	1,5 (0,58)	1,25 (0,44)
Reconnaître la dépression	1,3 (0,49)	1	1,37 (0,54)	1	1,25 (0,44)
Score global	1,64	1,58	1,60	1,64	1,71

DS : déviation standard

Dans le tableau suivant (tableau 8), les habiletés sont classées par ordre décroissant en partant des très bonnes habiletés déclarées. Nous constatons que la meilleure habileté perçue est l'évaluation de la douleur, mais qui ne concerne que 20,3 % des répondants. Les habiletés considérées comme bonnes sont l'évaluation de la douleur (67,5 %), la reconnaissance de la démence (66,2 %), la mise à disposition d'explications appropriées pour les traitements (59,5 %), et l'évaluation de la présence de signes de maltraitance et/ou de négligence (59,5 %). Les habiletés considérées comme les plus faibles sont la reconnaissance de la dépression (68,9 %), l'évaluation du sommeil, de la continence, du risque de chute... (52,7 %), l'évaluation de l'état de nutrition (51,4 %), ainsi que la mise à disposition d'explications appropriées pour des services (51,4 %).

Tableau 8. Niveaux d'habiletés perçues à offrir des soins gériatriques (n=74).

À quel niveau évaluez-vous votre habilité à offrir des soins gériatriques dans les différents domaines suivants ?	Pourcentage de réponses			
	Très bonne habileté	Bonne habileté	Faible habileté	Ne s'applique pas
Évaluer la douleur	20,30%	67,50%	12,20%	0,00%
Évaluer la polymédication	10,80%	40,50%	39,20%	9,50%
Évaluer l'environnement	9,50%	51,40%	32,40%	6,80%
Offrir des explications appropriées pour des traitements	8,10%	59,50%	27,00%	5,40%
Reconnaître la démence	6,80%	66,20%	25,70%	1,40%
Offrir de l'information sur des prises de décisions de fin de vie	6,80%	43,20%	40,50%	9,50%
Triage	5,40%	51,40%	23,00%	20,30%
Reconnaître le délirium	5,40%	41,90%	50,00%	2,70%
Offrir des explications appropriées pour des services (soins à domicile, santé mentale, domicile, ...)	5,40%	40,50%	51,40%	2,70%
Évaluer la présence de signes de maltraitance et/ou de négligence	2,70%	59,50%	37,80%	0,00%
Évaluer l'état de la nutrition	2,70%	41,90%	51,40%	4,10%
Offrir des instructions reliées à la sortie du patient qui soient spécifiques au patient âgé	2,70%	41,90%	48,60%	6,80%
Conduire une évaluation du sommeil, de la continence, du risque de chute, de l'altération du la peau,...	2,70%	36,50%	52,70%	8,10%
Reconnaître des présentations atypiques de maladies	1,40%	45,90%	44,60%	8,10%
Reconnaître la dépression	1,40%	25,70%	68,90%	4,10%

DISCUSSION

Ce mémoire avait pour objectif d'évaluer les connaissances et les compétences perçues par les acteurs des urgences, au sujet des spécificités gériatriques de nos aînés. Notre ambition était d'explorer les connaissances de ces soignants dans le domaine de la gériatrie, pour ensuite formuler des recommandations à mettre en œuvre au sein de notre service.

Pour évaluer ces connaissances, un questionnaire de 38 questions a été élaboré. Celui-ci reprenait une première section relative aux caractéristiques sociodémographiques des répondants. Une seconde section se composait d'affirmation concernant les spécificités gériatriques des personnes âgées, à propos desquelles les soignants devaient se prononcer par vrai ou faux. La dernière section reprenait une auto-évaluation des soignants au sujet de leur perception relative aux compétences en lien avec la gériatrie.

Les résultats de ce questionnaire dégagent plusieurs axes d'analyse (tableau 9) :

Tableau 9. Axes d'analyse des résultats de l'étude

ÉVALUATION DES CONNAISSANCES ET COMPÉTENCES DES ACTEURS DES URGENCES À PROPOS DES SPÉCIFICITÉS GÉRIATRIQUES DE NOS AÎNÉS
Taux de participation
La formation des acteurs des urgences
Les scores moyens de connaissances et de certitudes
La communication, l'empathie et les spécificités gériatriques
La perception des habiletés

1. Analyse des résultats

a. Le taux de participation

Dans notre travail, le taux de participation est significativement élevé avec un taux de réponse de 84,09 %, réparti de manière relativement uniforme entre les différents acteurs des urgences. Serait-ce une marque d'intérêt pour le sujet ? Les soignants des urgences ont une représentation de leur métier parfois relativement éloignée des attentes de la société et surtout des patients âgés en ce qui concerne leurs prises en charge. Les particularités de nos patients âgés,

l'organisation et le fonctionnement du service rendent parfois difficiles leurs séjours aux urgences ([Boulet et al., 2015](#)). Les professionnels des urgences estiment souvent devoir se concentrer sur les patients critiques dont ne font pas partie, à leurs yeux, beaucoup de personnes âgées. Ces mêmes soignants pensent cependant que nos aînés ne reçoivent pas les soins et attentions qu'ils méritent ([Kihlgren et al., 2005](#)). Ce taux de participation peut être le reflet d'une préoccupation certaine des soignants envers les patients âgés, qu'ils soient aide-soignant, infirmier, médecin du cadre ou en formation.

b. La formation

Si nous postulons que ce haut taux de participation est lié à une véritable attention pour les patients âgés, il nous faut cependant constater que ces acteurs sont peu formés aux particularités gériatriques. En effet, dans notre recherche, une seule personne déclare avoir suivi 200 heures de formation dans le domaine alors qu'une grande majorité (68,9 %) déclare ne pas en avoir suivi au cours de l'année 2019. Cela paraît bien peu en regard de la moyenne de 2,9 heures de formation par an déclarée par les 49 hôpitaux belges ayant participé à l'étude de Devrient et al. ([2017](#)) sur les supports gériatriques dans les services d'urgence.

c. Les scores moyens de connaissances et de certitudes

Dans notre étude, le score de connaissances moyen est de 72,5 %. Nous pouvons considérer ce score comme bon. Si nous nous concentrons un peu plus sur le score infirmier, celui-ci est de 71,2 %, donc proche du score général. Les études précédemment citées sur le sujet nous révèlent des scores nettement inférieurs à cette moyenne. En effet, l'étude suisse de Tacchini-Jacquier et Morin ([2016](#)) chez des infirmières de services d'urgence donnait un score général de 51,9 % de réponses correctes. L'étude américaine de Roethler et al. ([2011](#)), dont se sont inspirées ces infirmières suisses, nous indiquait un score de 60 % et concluait à un manque de connaissances du personnel des urgences en matière de particularités gériatriques.

Si nous comparons notre enquête avec celle réalisée par Mr Dikken ([2017](#)) auprès des infirmières en hôpital aux Pays-Bas, nos résultats pourraient cependant être relativisés. Pour rappel, nous avons utilisé une traduction française du KPO-Q pour tester les connaissances des soignants des urgences. Les résultats de nos infirmiers sont loin d'être semblables à ceux des Pays-Bas : le pourcentage de bonnes réponses est nettement inférieur dans notre service. Si

nous répartissons ces pourcentages en fonction des années d'expérience aux urgences, nous constatons également une différence avec les résultats néerlandais, qui restent plus élevés. Cette comparaison est présentée dans la figure 4. Les meilleurs résultats se retrouvent chez les personnes ayant moins de 15 ans d'ancienneté et diminuent sensiblement ensuite.

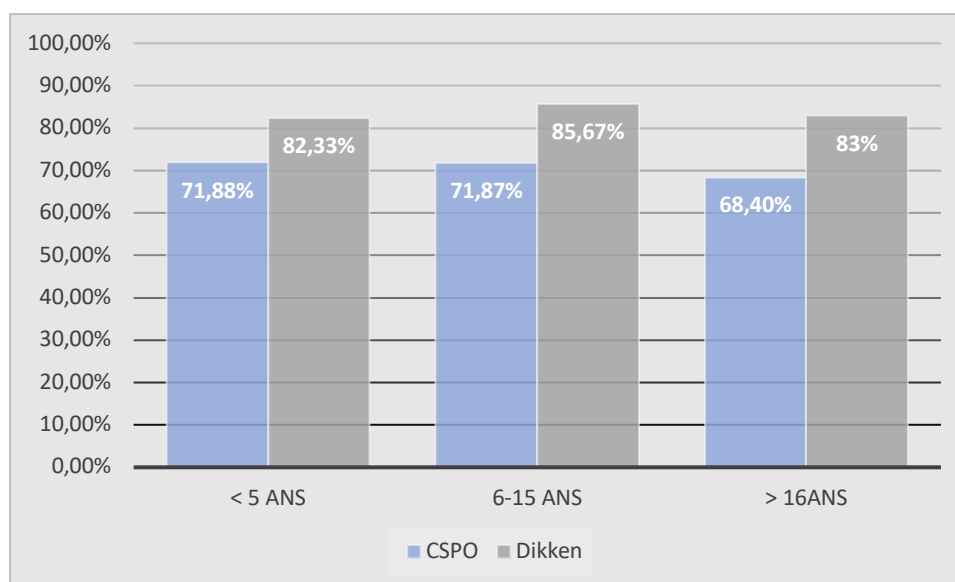


Figure 4. Comparaison du pourcentage de bonnes réponses au KOP-Q entre l'étude de J. Dikken et le service d'urgence de la Clinique Saint-Pierre à Ottignies.

Dans l'étude initiale, les résultats des participants ont été convertis dans le système de classement (grade) néerlandais. La formule suivante a été utilisée : $\text{Grade} = (x - 15) / 1,5$, était x est le nombre de points obtenus par le répondant et 1 est la classe minimale qu'un étudiant peut recevoir. Les classes néerlandaises vont de 1 (extrêmement pauvre) à 10 (excellent). La classe de passage la plus basse est de 5,5. La plupart des infirmières travaillant dans les hôpitaux ont réussi le KOP-Q, bien qu'une proportion considérable soit qualifiée de peu satisfaisante à extrêmement pauvre (allant de 10,4 % à 54,4 % dans différents groupes) (Dikken, 2017). Si l'on applique cette formule à notre échantillon d'infirmiers belges, aucun d'entre eux n'obtient le niveau bon ou excellent. Seuls 18,2 % des infirmiers interrogés prétendent à un niveau satisfaisant à très satisfaisant. La majorité, soit 82,8 % des infirmiers, obtiennent un niveau insatisfaisant à extrêmement pauvre (figure 5). En utilisant cette méthodologie, nous pouvons conclure qu'il existe un manque de connaissances des particularités gériatriques au niveau des infirmiers du service des urgences étudié.

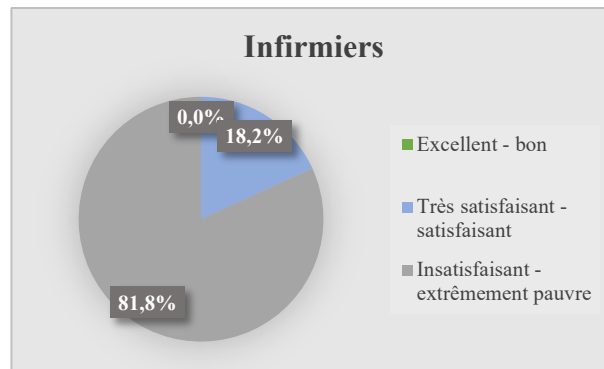


Figure 5. Pourcentage des scores obtenus au test de connaissances par les infirmiers

Nous constatons dans la figure 6 que les médecins obtiennent de meilleurs scores. 38,1 % ont des résultats satisfaisants à très satisfaisants, ce qui reste cependant une moyenne peu performante.

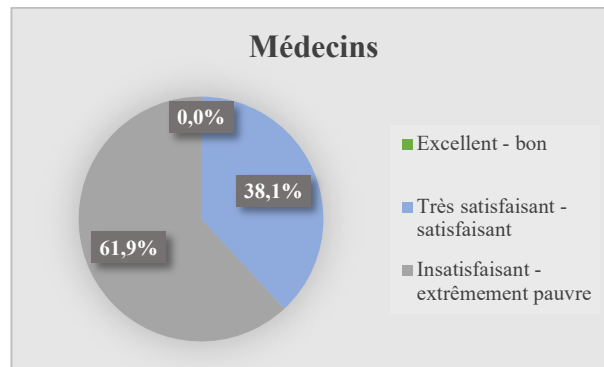


Figure 6. Pourcentage des scores obtenus au test de connaissances par les médecins

Le niveau de certitude moyen au KOP-Q se situe à 75,2 %. Pour la catégorie des infirmiers, la certitude moyenne est de 72 %, soit légèrement inférieure à l'ensemble des professionnels des urgences. La Figure 7 présente la comparaison du pourcentage de certitude au KOP-Q avec l'étude néerlandaise en fonction de l'expérience de travail des infirmiers. Nous constatons que la moyenne de certitude est la même pour les infirmiers ayant 6 à 15 ans d'expérience, mais que les jeunes infirmiers belges (moins de 5 ans d'expérience) ou ceux travaillant depuis plus de 16 ans aux urgences se sentent moins certains dans les réponses données.

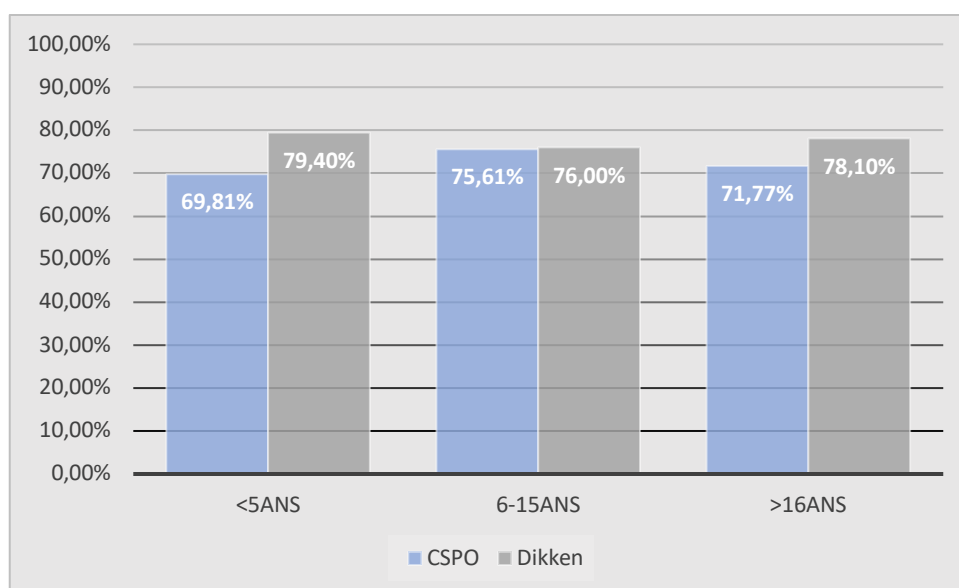


Figure 7. Comparaison du pourcentage de certitude au KOP-Q entre l'étude de J. Dikken et le service d'urgence de la Clinique Saint-Pierre à Ottignies.

d. La communication, l'empathie et les spécificités gériatriques

Les connaissances sur la proportion de personnes âgées dans notre pays en 2070 peuvent être considérées comme très bonnes (89,2 %). La connaissance de la proportion de personnes âgées dans notre service est par contre plus faible mais reste toutefois satisfaisante (63,5 %). La charge engendrée par ces patients au profil plus lourd pourrait donner l'impression qu'ils sont en effet plus nombreux dans nos services ([Schumacher et al., 2006](#)).

A la lecture des résultats du test de connaissances, il apparaît que les questions les mieux maîtrisées relèvent de savoirs plus techniques. Les questions relatives à l'hydratation et l'apport liquidien de la personne âgée, la malnutrition, les plaies de pression, les traitements médicamenteux ou les infections ne paraissent pas poser de problèmes. Cela semble en cohérence avec la sensibilité des soignants aux urgences pour le travail technique et plus aigu. Les questions relatives aux familles et aidants proches obtiennent également de très bons résultats.

Certains points plus particuliers de la personnes âgée donnent par contre des résultats décevants. Le risque de chute s'avère moins bien maîtrisé. Seulement 40,5 % des soignants savent que ce risque est plus élevé chez les personnes en milieu hospitalier que pour les personnes vivant à leur domicile. De même, les questions abordant le délirium ou la dépression de la personne âgée sont peu maîtrisées par les professionnels des urgences. 28,5 % répondent correctement à

la question de savoir si les personnes se rappellent rarement avoir été anxieuses et/ou agitées durant le délirium. Autre exemple, plus de la moitié des personnes interrogées (54,1 %) considèrent que les oublis, les difficultés de concentration et les difficultés décisionnelles sont des manifestations du vieillissement plutôt que des indicateurs de dépression.

Les réponses concernant les items en lien avec la communication et l'empathie sont dans l'ensemble assez, voire très mauvaises. 9,5 % des participants répondent correctement à la question concernant la communication avec le patient apraxique et seulement 20,3 % répondent adéquatement aux questions concernant la personne âgée malentendante. Dans l'étude de Boltz ([2013](#)), les infirmières participantes considèrent comme critique le respect envers les personnes âgées et leurs aidants proches. Elles pointent notamment une communication pauvre résultant d'un manque de compassion, d'âgisme et ne tenant pas compte des spécificités du patient âgé (patient malentendant, dément ou aphasique). Elles citent également un manque d'informations données au patient âgé et à sa famille contribuant ainsi à un sentiment de perte d'indépendance et de contrôle chez ce dernier. En raison de leurs limites fonctionnelles, notamment en ce qui concerne la cognition et la communication, les personnes âgées ont des besoins différents des personnes plus jeunes ([Gray et al., 2013](#)). Il est dès lors essentiel d'adopter un mode de communication adéquat pour bien comprendre leur état précédent l'admission, la raison de leur venue aux urgences, et transmettre les informations pour leur prise en charge dans le service et à leur sortie.

e. La perception des habiletés

En ce qui concerne la perception des habiletés pratiques, elle se situe à une moyenne de 1,64 sur une échelle de 3. Nous pouvons donc, la considérer comme faible à moyenne. Pour le cas particulier des infirmiers, elle est évaluée à 1,60. Dans l'étude suisse dont notre questionnaire sur les habiletés est inspiré, les infirmiers ont une moyenne de 1,54. Les résultats sont donc similaires. La comparaison entre les infirmières suisses et belges est présentée dans la figure 8.

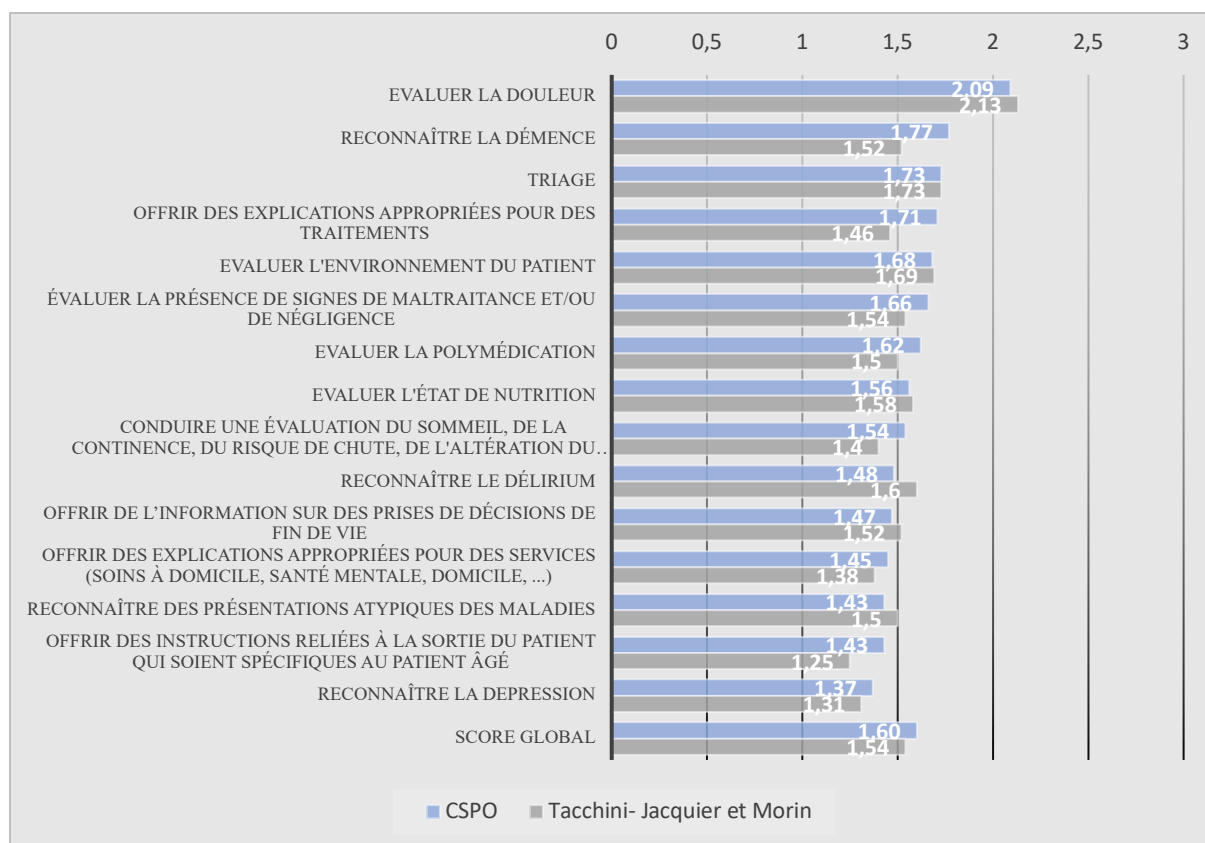


Figure 8. Comparaison du niveau de certitude dans l'étude de Tacchini-Jacquier et Morin et des infirmiers de la Clinique Saint-Pierre à Ottignies

Au niveau des habiletés perçues comme mieux maîtrisées, l'évaluation de la douleur arrive en première place, aussi bien dans notre service que dans l'étude suisse. La seule question relative à la douleur dans notre questionnaire de connaissance a remporté un score de 79,7 % de bonnes réponses. Nous pouvons cependant nous interroger sur la pertinence de cet item. En effet, la douleur est un élément particulièrement compliqué à évaluer aux urgences, de surcroît chez des patients âgés. De manière générale, la douleur est la principale raison d'admission aux urgences. Une étude réalisée aux États-Unis en 2007 a montré qu'une évaluation de la douleur était bien réalisée chez les patients dans 80 % des cas. Par contre, seuls 60% des patients recevaient une analgésie, souvent après de longs retards (90 minutes médianes, allant de 0 à 962 minutes) et la réévaluation de la douleur était peu fréquente. Un autre audit au Royaume-Uni chez des patients souffrant de fracture de col de fémur, a montré que 62 % des patients avaient eu un score de douleur à leur arrivée et que la proportion de patients ayant bénéficié d'une analgésie dans les 60 minutes était de 46 %. Plusieurs raisons sont invoquées pour expliquer ces mauvaises prises en charge de la douleur ([Keating & Smith, 2011](#)). Parmi celles-ci nous retrouvons la surcharge des salles d'urgence, dont une étude a démontré qu'elle était associée à une absence ou un retard important de l'analgésie chez le patient âgé admis pour

fracture de col du fémur ([Hwang, Richardson, Sonuyi, & Morrison, 2006](#)). Pour notre service, un benchmarking effectué en 2018 sur les « Attentes et satisfaction des patients et de leur entourage », stipulait d'ailleurs que, dans 20 % des cas, la douleur n'avait jamais été prise en charge et qu'elle n'avait été réévaluée que dans 48 % des cas ([Bielen & Janssens, 2018](#)). Chez la personne âgée, la douleur peut parfois être difficile à localiser et se présenter plutôt sous forme d'inconfort que de douleur aiguë ([Peters, 2010](#)). De plus, les outils d'évaluation de la douleur communément utilisés aux urgences paraissent ardu, voire impossibles à utiliser chez des patients déments ou confus.

Les perceptions des habiletés, déclarées par les professionnels des urgences comme étant plus faibles, sont la reconnaissance de la dépression (1,3) et aussi conduire une évaluation du sommeil, du risque de chutes, ou d'autres spécificités gériatriques (1,46). Nous constatons que cela reste en lien avec les connaissances identifiées comme les plus faibles lors du questionnaire. La reconnaissance du délirium obtient aussi un score de 1,54. A contrario, la reconnaissance de la démence se trouve en seconde position des meilleures habiletés (1,81). Tout comme l'évaluation de la douleur, la reconnaissance de la démence peut se révéler malaisée. En effet, un quart des patients âgés se présentant aux urgences souffrent d'un trouble de l'état mental résultant d'un délirium, d'une démence ou des deux. Cinquante pour cent des patients atteints de délirium, dans les services d'urgence, présentent également une démence sous-jacente. Distinguer les deux pathologies peut donc être compliqué ([Samaras, Chevalley, Samaras, & Gold, 2010](#)).

Dans son étude, Roethler ([2011](#)) constate que la majorité des infirmières se sont considérées comme « très bonnes » ou « bonnes » dans toutes les catégories d'évaluation des pratiques. Ceci donne à penser que leur niveau de connaissance est élevé et que leur prise en charge des patients gériatriques aux urgences est de haute qualité. A la vue des résultats du test de connaissances, il apparaît cependant un manque de congruence entre le niveau de connaissance et la perception de cette connaissance. Les infirmières semblent ignorantes de leur manque de connaissances et de compréhension des patients gériatriques. Nous ne retrouvons pas cette problématique dans notre étude.

Les soins aigus tels que nous les connaissons actuellement aux urgences, sont basés sur des traitements brefs, des séjours les plus courts possibles et une sortie rapide de nos services. Cette manière de travailler est difficilement compatible avec la prise en charge de cette catégorie de

personnes que sont nos aînés, présentant des pathologies chroniques et complexes, ainsi que des besoins physiques et psychosociaux spécifiques. Ces besoins non satisfaits, en raison de ce modèle de soins des urgences, peuvent avoir un impact sur la personne âgée et les soignants ([Deasey et al., 2016](#)). A la lumière des résultats de notre étude, nous pouvons dégager plusieurs axes de recommandations en ce qui concerne les acteurs des urgences de la Clinique Saint-Pierre (tableau 10) :

Tableau 10. Axes de recommandations

AXES DE RECOMMANDATIONS
Identification plus efficace des patients fragiles
Formation à la communication et travail sur l'empathie
Formation aux situations spécifiques méconnues
Évaluation régulière des connaissances et encadrement des nouveaux engagés
Collaboration entre les référents gériatriques et les urgences

2. Axes de recommandations

a. Identification plus efficace des patients fragiles

Tout d'abord, il paraît essentiel de pouvoir identifier les patients fragiles dès leur arrivée aux urgences afin de mettre en place rapidement un suivi adéquat. C'est en général aux infirmiers qu'incombe la responsabilité de prendre la décision de la priorité à attribuer au patient et de s'occuper de lui le temps de l'attente aux urgences ([Kihlgren et al., 2005](#)). Il apparaît dès lors fondamental qu'ils puissent utiliser un outil de dépistage de cette fragilité, à notifier au dossier. L'utilisation de l'outil de dépistage ISAR, déjà utilisé dans l'institution, pourrait être généralisée et remplie dès le triage des patients. Pour obtenir l'adhésion à ce genre de pratique, une conscientisation à l'utilité et l'efficacité de cet outil de dépistage de la fragilité est impérative.

b. Formation à la communication et travail sur l'empathie

Comme le démontrent notre enquête et la littérature, les soignants des urgences sont plus à l'aise avec les soins aigus et les patients qu'ils considèrent comme critiques. Le savoir est crucial pour de bons soins, mais il est nécessaire de trouver un certain équilibre entre le savoir

et l'empathie ([Kihlgren et al., 2005](#)). Être compétent regroupe à la fois des compétences de type « hardskills » (techniques et connaissances dans un domaine précis), mais aussi une série de compétences de type « softskills ». Ces dernières sont plus liées à la personnalité, aux capacités émotionnelles et aux qualités humaines d'une personne. Ce sont des capacités à interagir avec son environnement et ses interlocuteurs. C'est parmi ces « softskills » que nous retrouvons la communication, l'empathie, l'intelligence émotionnelle ou la créativité ([Conseil régional de la formation, s.d.](#)). Il paraît donc important de retrouver ces éléments dans les formations et compétences à travailler parmi les professionnels des urgences. La formation devrait être créée non seulement à partir des habiletés perçues des soignants, mais aussi sur base du vécu des patients âgés et de leurs difficultés rencontrées dans notre service. Le recours au « patient partenaire » peut être un procédé envisagé pour atteindre cet objectif. Ce type de formation doit être dispensée de manière dynamique et créative. L'utilisation, par exemple, d'un simulateur de vieillesse ou la mise en place de jeux de rôles peuvent être des moyens utiles pour éveiller les consciences des soignants à la complexité du quotidien de nos aînés.

c. Formations aux situations spécifiques méconnues

D'autres formations sont également à envisager, pour approfondir certaines connaissances des acteurs des urgences. Elles doivent porter sur plusieurs spécificités gériatriques, comme la reconnaissance du délirium ou le risque de chute chez la personne âgée. A partir de cas concrets, il serait intéressant de revoir les prises en charge effectuées et d'y apporter les éléments théoriques moins maîtrisés par les soignants. Cette démarche peut être effectuée à chaque niveau de prise en charge, du travail de soins de base à la prise en charge médicale plus complexe. L'aboutissement de ce processus mènerait à la mise en place de protocoles d'évaluation, de surveillance et de prise en charge de ces problèmes spécifiques. La formation et la mise en place de soignants référents en gériatrie aux urgences constituerait une plus-value pour le service, permettant ainsi d'assurer des interventions adéquates et en cohérence avec les besoins de nos aînés.

d. Évaluation régulière des connaissances et encadrement des nouveaux engagés

Une évaluation de l'efficacité des formations mises en place est indispensable. Celle-ci peut être implémentée via un nouveau questionnaire en ligne ou l'utilisation de plate-forme de e-learning déjà disponible dans l'institution. Pour certains points précis concernant les bonnes

pratiques (utilisation effective d'outils de dépistage par exemple), la mise en place d'audits ponctuels peut être recommandée.

Une formation spécifique pour les nouveaux engagés devrait être également envisagée, même si certains en ont bénéficié au cours de leur année de spécialisation. Cette formation ferait partie intégrante de l'accompagnement des nouveaux engagés, au même titre que certaines formations de soins plus critiques.

e. Collaboration entre les référents gériatriques et les urgences

Afin d'affiner la sensibilisation aux besoins particuliers de nos patients âgés et le contenu des formations, une collaboration avec les différents référents gériatriques de l'institution (gériatre, liaison gériatrique...) est indispensable. En effet, les professionnels de la gériatrie et des urgences évoluent dans deux mondes très différents, avec leurs affinités propres. Les premiers sont experts dans leur domaine, la gériatrie, et les seconds se doivent d'acquérir une expertise dans toutes les disciplines présentes dans un hôpital, en ce compris la gériatrie. L'organisation d'échanges pluridisciplinaires et la réflexion commune des deux secteurs sur la notion d'urgences de la personne âgée pourraient amener à des prises en charge plus cohérentes et réduire l'écart entre les pratiques « non gériatriques » de salle d'urgences et les spécificités des personnes âgées en situation aiguës.

3. Limites et perspectives

Ce mémoire présente plusieurs limites. La première est que ce travail ne concerne qu'un seul service d'urgence et ne peut donc être généralisable. Il serait dès lors intéressant de pouvoir étudier notre question de recherche dans d'autres services d'urgences afin de pouvoir faire un constat plus global des connaissances des acteurs des urgences au sujet des spécificités gériatriques. Nous avons tout de même pu nous comparer à d'autres, au travers des différentes études déjà réalisées sur le sujet. Nous nous sommes surtout concentrés sur les infirmiers car la littérature utilisée nous donnait ces référentiels pour comparer à des études extérieures. Nous regrettons de ne pas avoir pu bénéficier du même type de littérature pour les autres métiers de l'urgence.

Une autre limite de ce travail n'est pas intrinsèquement liée à son contenu mais bien au contexte dans lequel il a été réalisé. En effet, la plus grande partie de la revue de littérature et de la collecte des données a été réalisée avant la pandémie de Covid-19 vécue par notre pays ces derniers mois. Les résultats obtenus seraient peut-être différents si nous devions réitérer notre questionnaire au moment de la rédaction de cette discussion. En effet, cette pandémie touchant de manière importante les personnes âgées, les connaissances, les habiletés perçues et le ressenti des soignants par rapport à cette partie de la population pourraient avoir évolué. L'avenir et les recherches futures nous diront également ce que cette pandémie aura eu comme effet sur cette catégorie de personnes en termes de mortalité et de démographie.

Ce mémoire portait sur l'évaluation des connaissances et compétences perçues des acteurs des urgences à propos des spécificités gériatriques de nos aînés. Cette démarche ne traite que d'une partie de la problématique englobant les spécificités de la gériatrie aux urgences. D'autres éléments rentrent en compte dans cette problématique et devraient être évalués, à savoir :

- L'étude des facteurs influençant l'amont des urgences. En effet, les services d'urgences sont souvent le seul recours possible pour obtenir des examens ou des actes techniques. Il serait intéressant d'évaluer la pertinence de la mise en place d'admissions directes vers des structures plus spécifiques ou adaptées.
- Les besoins en termes d'informations et de ressources pour la bonne prise en charge de ces patients. Il pourrait être opportun d'étudier l'amélioration de la transmission de l'information entre les structures d'amont (maison de repos ou médecin traitant) et les services d'urgence afin d'éviter la perte de notions importantes pour la bonne prise en charge de ces personnes.
- Les besoins en termes d'environnement. La mise en place d'un cadre favorable à l'accueil gériatrique est un élément pouvant améliorer les prises en charge et prévenir certains risques en lien avec les spécificités de nos aînés. Nous pouvons par exemple étudier l'efficacité de la mise à disposition d'horloges, de coussins adaptés, la mise en place de barres de soutien ou de panneaux indicateurs appropriés.
- L'étude du type et du nombre de ressources humaines adéquates pour la prise en charge de ces personnes. En effet, des soins adéquats demandent des ressources suffisantes pour offrir des soins techniques mais également du temps non technique (de l'attention) aux patients.
- L'étude des facteurs qui limitent l'aval de ces patients engendrant un temps parfois prolongé aux urgences.

4. Conclusion

L'objectif visé dans ce mémoire était d'évaluer les connaissances et compétences perçues des acteurs des urgences de la Clinique Saint-Pierre, à propos des spécificités gériatriques des personnes âgées. A la lecture des résultats, nous pouvons affirmer que les connaissances des soignants des urgences sont globalement satisfaisantes. Certains points particuliers méritent cependant d'être approfondis. La communication et l'empathie constituent des points faibles à travailler avec ces soignants. Il est également nécessaire d'améliorer les connaissances au sujet de certaines spécificités relatives à la personnes âgée, telles que l'évaluation du risque de chute ou du risque de délirium. L'utilisation d'une échelle de dépistage de la fragilité de la personne âgée est également recommandée dès l'admission de ces patients. Les habiletés perçues à l'égard de la personne âgée sont considérées comme faibles par les acteurs des urgences. Cette perception corrobore les résultats au test de connaissances. Un travail pluridisciplinaire avec les référents gériatriques de notre institution est à envisager afin de sensibiliser les soignants des urgences aux besoins spécifiques de nos aînés, et de travailler la notion d'urgence chez la personne âgée.

En complément de la démarche effectuée, d'autres recherches devraient être envisagées afin d'étudier les facteurs influençant l'amont et l'aval des urgences, et les besoins en termes d'environnement ou de ressources humaines nécessaires à l'encadrement de ces patients.

BIBLIOGRAPHIE

- American College of Emergency Physicians. (2014). Geriatric Emergency Department Guidelines. *Annals of Emergency Medicine*, 63, 7-25. Retrieved from doi:10.1016/j.annemergmed.2014.02.008
- Arrêté royal du 29 janvier 2007 fixant, d'une part, les normes auxquelles le programme de soins pour le patient gériatrique doit répondre pour être agréé et, d'autre part, des normes complémentaires spéciales pour l'agrément d'hôpitaux et de services hospitaliers, Moniteur belge p.11197 (2007).
- Basque, J. (2015). Le concept de compétences : Quelques définitions. *Projet MAPES (Modélisation de l'approche-programme en enseignement supérieur)*. Retrieved from http://pedagogie.uquebec.ca/sites/default/files/documents/outils/r_2.1-1_le_concept_de_competence_quelques_definitions.pdf
- Beckers, J. (2007). *Compétences et identité professionnelles: L'enseignement et autres métiers de l'interaction humaine*. Louvain-la-Neuve, Belgique: De Boeck Supérieur.
- Bielen, F., & Janssens, S. (2018). « Attentes et Satisfaction des Patients et de leur Entourage » - Etude urgences [Présentation Power Point].
- Boisguérin, B., & Mauro, L. (2017). Les personnes âgées aux urgences : une santé plus fragile nécessitant une prise en charge plus longue. *Etudes et Résultats, Drees*, 1008, 6. Retrieved from <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1008.pdf>
- Boltz, M., Parke, B., Shuluk, J., Capezuti, E., & Galvin, J. E. (2013). Care of the older adult in the emergency department: nurses views of the pressing issues. *Gerontologist*, 53(3), 441-453. Retrieved from doi:10.1093/geront/gnt004
- Boucher, V., Lamontagne, M. E., Nadeau, A., Carmichael, P. H., Yadav, K., Voyer, P., . . . Emond, M. (2019). Unrecognized Incident Delirium in Older Emergency Department Patients. *J Emerg Med*, 57(4), 535-542. Retrieved from doi:10.1016/j.jemermed.2019.05.024
- Boulet, M.-C., Dami, F., Hugli, O., Renard, D., Foucault, E., & Carron, P. (2015). Seniors aux urgences, une question d'hospitalité ? *Revue Médicale Suisse*, 11, 2338-2341. Retrieved from <https://www.revmed.ch/RMS/2015/RMS-N-498/Seniors-aux-urgences-une-question-d-hospitalite>
- Büla, C., Jaccard Ruedin, H., & Carron, P.-N. (2012). Personnes âgées aux urgences : défis actuels et futurs. *Revue Médicale Suisse*, 8, 1534-1538. Retrieved from <https://www.revmed.ch/RMS/2012/RMS-350/Personnes-agees-aux-urgences-defis-actuels-et-futurs>

- Bureau fédéral du plan-Statbel. (2019). *Perspectives démographiques 2018-2070, Population et ménages*. Retrieved from <https://www.plan.be/publications/publication-1856-fr-perspectives+demographiques+2018+2070+population+et+menages>
- Conseil régional de la formation. (s.d.). Soft/hard skills. Retrieved June 28, 2020 from <https://crf.wallonie.be/compasinfo/breve.phpid=37&rub-id=54.html>
- Crouch, R. (2012). The older person in the emergency department: seeing beyond the frailty. *Int Emerg Nurs*, 20(4), 191-192. Retrieved from doi:10.1016/j.ienj.2012.09.001
- De Brauwier, I., D'Hoore, W., Swine, C., Thys, F., Beguin, C., & Cornette, P. (2014). Changes in the clinical features of older patients admitted from the emergency department. *Arch Gerontol Geriatr*, 59(1), 175-180. Retrieved from doi:10.1016/j.archger.2014.03.005
- de Saussure, N. (2017). Urgences gériatriques à l'hôpital des Trois-Chênes : une première année réussie [Press release]. Retrieved from https://www.hug-ge.ch/sites/interhug/files/presse/2017_11_06_cp_1er_anniversaire_urgences_geriatriques.pdf
- Deasey, D., Kable, A., & Jeong, S. (2016). Results of a national survey of Australian nurses' practice caring for older people in an emergency department. *J Clin Nurs*, 25(19-20), 3049-3057. Retrieved from doi:10.1111/jocn.13365
- Deschodt, M., Claes, V., Van Grootven, B., Milisen, K., Boland, B., Flamaing, J., . . . Van Den Heede, K. (2015). *Approche gériatrique globale : rôle des équipes de liaison interne gériatrique - Synthèse* (KCE Reports 245Bs). Retrieved from https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_245Bs_Approche_geriatrique_globale_Synthese.pdf
- Desy, P. M., & Prohaska, T. R. (2008). The Geriatric Emergency Nursing Education (GENE) course: an evaluation. *J Emerg Nurs*, 34(5), 396-402. Retrieved from doi:10.1016/j.jen.2007.08.023
- Devriendt, E., De Brauwier, I., Vandersaenen, L., Heeren, P., Conroy, S., Boland, B., . . . Milisen, K. (2017). Geriatric support in the emergency department: a national survey in Belgium. *BMC Geriatr*, 17(1), 68. Retrieved from doi:10.1186/s12877-017-0458-8
- Dikken, J. (2017). *How to measure nurses' knowledge and attitude regarding older patients ?* (Doctoral dissertation), University of applied sciences, Utrecht Retrieved from http://www.proefschriftenverpleegkunde.nl/wp-content/uploads/gravity_forms/6-e9dc63308c2d8e347e8c9e1a28bb67ce/2017/05/complet_proefschrift_Jeroen-Dikken_v2017051_def.pdf?TB_iframe=true
- Dikken, J., Hoogerduijn, J. G., Klaassen, S., Lagerwey, M. D., Shortridge-Baggett, L., & Schuurmans, M. J. (2017). The Knowledge-about-Older-Patients - Quiz (KOP-Q) for nurses: Cross-cultural validation between the Netherlands and United States of America. *Nurse Educ Today*, 55, 26-30. Retrieved from doi:10.1016/j.nedt.2017.05.003

- Ellis, G., Gardner, M., Tsiachristas, A., Langhorne, P., Burke, O., Harwood, R. H., . . . Shepperd, S. (2017). Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital. *Cochrane Database Syst Rev*, 9, CD006211. Retrieved from doi:10.1002/14651858.CD006211.pub3
- Ellis, G., Jamieson, C. A., Alcorn, M., & Devlin, V. (2012). An Acute Care for Elders (ACE) unit in the emergency department. *European Geriatric Medicine*, 3(4), 261-263. Retrieved from doi:10.1016/j.eurger.2012.03.004
- Emond, M., Boucher, V., Carmichael, P. H., Voyer, P., Pelletier, M., Gouin, E., . . . Lee, J. (2018). Incidence of delirium in the Canadian emergency department and its consequences on hospital length of stay: a prospective observational multicentre cohort study. *BMJ Open*, 8(3), e018190. Retrieved from doi:10.1136/bmjopen-2017-018190
- Graf, C., Chevalley, T., & Sarasin, F. (2012). Evaluation gériatrique aux urgences: boîte à outils pour les nuls. *Revue Médicale Suisse*, (8), 1544-1547. Retrieved from <https://www.revmed.ch/RMS/2012/RMS-350/Evaluation-geriatrique-aux-urgences-boite-a-outils-pour-les-nuls>
- Gray, L. C., Peel, N. M., Costa, A. P., Burkett, E., Dey, A. B., Jonsson, P. V., . . . Hirdes, J. (2013). Profiles of older patients in the emergency department: findings from the interRAI Multinational Emergency Department Study. *Ann Emerg Med*, 62(5), 467-474. Retrieved from doi:10.1016/j.annemergmed.2013.05.008
- Habilité.* (s.d.). In *Le Larousse en ligne*. Retrieved from <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/habileté/38757?q=habileté#38686>
- Han, J. H., Wilson, A., & Ely, E. W. (2010). Delirium in the older emergency department patient: a quiet epidemic. *Emerg Med Clin North Am*, 28(3), 611-631. Retrieved from doi:10.1016/j.emc.2010.03.005
- Hwang, U., Richardson, L. D., Sonuyi, T. O., & Morrison, R. S. (2006). The effect of emergency department crowding on the management of pain in older adults with hip fracture. *J Am Geriatr Soc*, 54(2), 270-275. Retrieved from doi:10.1111/j.1532-5415.2005.00587.x
- Jorgensen, R., & Braband, M. (2017). Screening of the frail patient in the emergency department: A systematic review. *European Journal of Internal Medicine*, 45, 71-73. Retrieved from doi:10.1016/j.ejim.2017.09.036
- Keating, L., & Smith, S. (2011). Acute Pain in the Emergency Department: The Challenges. *Rev Pain*, 5(3), 13-17. Retrieved from doi:10.1177/204946371100500304
- Kihlgren, A. L., Nilsson, M., & Sorlie, V. (2005). Caring for older patients at an emergency department -- emergency nurses' reasoning. *J Clin Nurs*, 14(5), 601-608. Retrieved from doi:10.1111/j.1365-2702.2004.01104.x

- Lasnier, F. (2001). Un modèle intégré pour l'apprentissage d'une connaissance. *Pédagogie collégiale*, 15(1), 28-33. Retrieved from https://aqpc.qc.ca/sites/default/files/revue/Lasnier_15_1.pdf
- Le Boterf, G. (2002). De quel concept de compétence avons-nous besoin? *Soins cadres*, 41, 20-22. Retrieved from <http://www.guyleboterf-conseil.com/images/Soins%20cadres.PDF>
- Meirieu, P. (1993). *L'envers du tableau : quelle pédagogie pour quelle école?* Paris: ESF éditeurs.
- Nagurney, J. M., Fleischman, W., Han, L., Leo-Summers, L., Allore, H. G., & Gill, T. M. (2017). Emergency Department Visits Without Hospitalization Are Associated With Functional Decline in Older Persons. *Annals of Emergency Medicine*, 69(4), 426-433. Retrieved from doi:10.1016/j.annemergmed.2016.09.018
- OCDE. (2019a). *Etat de santé* [Indicator]. Retrieved september 20, 2019 from: <https://doi.org/10.1787/data-00540-fr>
- OCDE. (2019b). *Health at a Glance 2019 : OECD indicators*. Retrieved from Paris: <https://doi.org/10.1787/4dd50c09-en>
- OCDE. (2019c). *Life expectancy at birth* [Indicator]. Retrieved november 14, 2019 from: <https://doi.org/10.1787/27e0fc9d-en>
- Organisation mondiale de la Santé. (2016a). *Action multisectorielle pour une approche du vieillissement en bonne santé prenant en compte toutes les étapes de la vie : projet de stratégie et de plan d'action mondiaux sur le vieillissement et la santé* (A69/17). Retrieved from http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_17-fr.pdf?ua=1
- Organisation mondiale de la Santé. (2016b). *Rapport mondial sur le vieillissement et la santé*. Retrieved from <https://www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/fr/>
- Peters, M. L. (2010). The older adult in the emergency department: aging and atypical illness presentation. *J Emerg Nurs*, 36(1), 29-34. Retrieved from doi:10.1016/j.jen.2009.06.014
- Roethler, C., Adelman, T., & Parsons, V. (2011). Assessing emergency nurses' geriatric knowledge and perceptions of their geriatric care. *J Emerg Nurs*, 37(2), 132-137. Retrieved from doi:10.1016/j.jen.2009.11.020
- Rosted, E., Wagner, L., Hendriksen, C., & Poulsen, I. (2012). Geriatric nursing assessment and intervention in an emergency department: a pilot study. *Int J Older People Nurs*, 7(2), 141-151. Retrieved from doi:10.1111/j.1748-3743.2012.00323.x
- Rutschmann, O., Chevalley, T., Zumwald, C., Luthy, C., Vermeulen, B., & Sarasin, F. (2005). Pitfalls in the emergency department triage of frail elderly patients without specific complaints. *Swiss Medical Weekly*, 135(9-10), 145-150. Retrieved from doi:10.2005/09/smw-10888

- Samaras, N., Chevalley, T., Samaras, D., & Gold, G. (2010). Older patients in the emergency department: a review. *Ann Emerg Med*, 56(3), 261-269. Retrieved from doi:10.1016/j.annemergmed.2010.04.015
- Schumacher, J. G., Deimling, G. T., Meldon, S., & Woolard, B. (2006). Older adults in the Emergency Department: predicting physicians' burden levels. *J Emerg Med*, 30(4), 455-460. Retrieved from doi:10.1016/j.jemermed.2005.07.008
- Skar, P., Bruce, A., & Sheets, D. (2015). The organizational culture of emergency departments and the effect on care of older adults: a modified scoping study. *Int Emerg Nurs*, 23(2), 174-178. Retrieved from doi:10.1016/j.ienj.2014.11.002
- Somes, J. (2014). Emergency medical care and the older adult. *Int Emerg Nurs*, 22(1), 37-39. Retrieved from doi:10.1016/j.ienj.2013.03.006
- Tacchini-Jacquier, N., & Morin, D. (2016). Perception des habiletés pratiques et des connaissances en matières de soins gériatriques chez des infirmières d'un service d'urgence en Suisse. *Recherche en soins infirmiers*, 124, 97-107. Retrieved from https://www-cairn-info.proxy.bib.ucl.ac.be:2443/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2016-1-page-97.htm#xd_co_f=YjQzMtK2YzEtMWRmNS00NTgxLTgzZDktNWE2NTdiNDg4YjNh~
- Wauthy, I. (2019). *Catégories d'âge aux urgences CSPO en 2018*. Unpublished document. Clinique Saint-Pierre. Ottignies.

ANNEXES

Evaluation des connaissances des acteurs des urgences sur les spécificités gériatriques des patients de plus de 75 ans

Nous vous remercions d'ores et déjà pour votre participation à cette étude. Celle-ci s'intéresse aux patients de plus de 75 ans et aux spécificités gériatriques aux urgences.

Le but de cette étude est d'évaluer les connaissances, compétences et habilités perçues, des acteurs des urgences à propos des spécificités gériatriques de nos aînés.

Ce questionnaire est divisé en 3 parties :

- La première partie s'intéresse aux caractéristiques socio-démographiques des participants.
- La seconde section explore les connaissances des acteurs des urgences au sujet du patient gériatrique. Elle est réalisée à partir d'une traduction française du « Knowledge about Older Patients Quiz », développé par Mr J. Dikken.
- Une troisième partie, consiste en une auto-évaluation des habilités perçues par les acteurs des urgences, dans l'offre de soins gériatrique. Cette partie est extraite du questionnaire sur les « Perception des habiletés pratiques et des connaissances en matière de soins gériatriques chez des infirmières des services d'urgence en Suisse », élaboré par Mme N. Tacchini-Jacquier.

L'utilisation des questionnaires est effectuée avec l'aimable autorisation des auteurs respectifs.

Votre participation est libre, et l'anonymat est garanti. Les données recueillies seront analysées par l'étudiante et le promoteur de mémoire, uniquement dans un cadre de recherche.

La durée estimée pour remplir ce questionnaire est d'une dizaine de minutes. Vous avez la possibilité de l'interrompre et de le reprendre ultérieurement. Il sera pris en compte dans l'étude s'il est complété à plus de 30 %.

Pour toutes questions ou commentaires, vous pouvez vous adresser à l'étudiante :

Stephanie Collet, étudiante en Master en Sciences de la santé publique – UCL, encadrée par le Professeur Frédéric Thys
colletst@student.uclouvain.be

Il y a 71 questions dans ce questionnaire.

CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES ET PROFESSIONNELLES

Genre *

❶ Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

☐ Femme

☐ Homme

Âge *

❶ Votre réponse doit être comprise entre 22 et 70

❷ Seul un nombre entier peut être inscrit dans ce champ.

Veuillez écrire votre réponse ici :

Fonction au sein des urgences *

❶ Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

☐ Aide-soignant(e)

☐ Infirmier(e) SISU

☐ Infirmier(e) autre

☐ Médecin aux urgences

☐ Assistant en médecine aux urgences

Nombre d'années d'expérience comme soignant (urgences et autre) *

❶ Votre réponse doit être comprise entre 0 et 40

❷ Seul un nombre entier peut être inscrit dans ce champ.

Veuillez écrire votre réponse ici :

Si expérience inférieure à 1 an -> noter "0"

Nombre d'années d'expérience comme soignant aux urgences *

❶ Votre réponse doit être comprise entre 0 et 40

❷ Seul un nombre entier peut être inscrit dans ce champ.

Veuillez écrire votre réponse ici :

Si expérience inférieure à 1 an -> noter "0"

Au cours de l'année 2019, combien d'heures de formation avez-vous suivies concernant la gériatrie ? *

❶ Seuls des nombres peuvent être entrés dans ce champ.

❶ Votre réponse doit être au moins 0

Veuillez écrire votre réponse ici :

QUESTIONS SUR LES CONNAISSANCES

Selon le Bureau Fédéral du Plan, la proportion des adultes âgés (de 67 ans et plus) en Belgique passera de 16% en 2018 à 23% en 2070.

❶ Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

☐ VRAI

☐ FAUX

Quel est votre degré de certitude dans la réponse donnée ? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'VRAI' ou 'FAUX' à la question '7 [PABEL]' (Selon le Bureau Fédéral du Plan, la proportion des adultes âgés (de 67 ans et plus) en Belgique passera de 16% en 2018 à 23% en 2070.)

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Incertain 10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	Certain 100%
Mon niveau de certitude est	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Environ 14% des visites aux urgences concerne la population des adultes âgés de plus de 75 ans en 2018.

❶ Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

☐ VRAI

☐ FAUX

Quel est votre degré de certitude dans la réponse donnée ? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'VRAI' ou 'FAUX' à la question '9 [PAURG]' (Environ 14% des visites aux urgences concerne la population des adultes âgés de plus de 75 ans en 2018.)

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Incertain 10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	Certain 100%
Mon niveau de certitude est	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Oubli, difficultés décisionnelles et de concentration, sont des manifestations du vieillissement plutôt que des indicateurs de dépression.

❶ Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

☐ VRAI

☐ FAUX

Quel est votre degré de certitude dans la réponse donnée ? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'VRAI' ou 'FAUX' à la question '11 [Q9]' (Oubli, difficultés décisionnelles et de concentration, sont des manifestations du vieillissement plutôt que des indicateurs de dépression.)

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Incertain 10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	Certain 100%
Mon niveau de certitude est	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

L'incontinence urinaire inhabituelle chez une personne âgée peut indiquer que le sujet souffre d'une infection des voies urinaires.

● Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ VRAI
☐ FAUX

Quel est votre degré de certitude dans la réponse donnée ? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'VRAI' ou 'FAUX' à la question '13 [Q10]' (L'incontinence urinaire inhabituelle chez une personne âgée peut indiquer que le sujet souffre d'une infection des voies urinaires.)

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Incertain 10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	Certain 100%
Mon niveau de certitude est	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Les patients présentant des troubles cognitifs, tels que la démence, sont davantage exposés au risque de délirium.

● Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ VRAI
☐ FAUX

Quel est votre degré de certitude dans la réponse donnée ? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'VRAI' ou 'FAUX' à la question '15 [Q11]' (Les patients présentant des troubles cognitifs, tels que la démence, sont davantage exposés au risque de délirium.)

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Incertain 10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	Certain 100%
Mon niveau de certitude est	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

La malnutrition peut avoir un impact négatif sur les facultés de raisonnement et d'observation.

● Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ VRAI
☐ FAUX

Quel est votre degré de certitude dans la réponse donnée ? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'VRAI' ou 'FAUX' à la question '17 [Q12]' (La malnutrition peut avoir un impact négatif sur les facultés de raisonnement et d'observation.)

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Incertain 10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	Certain 100%
Mon niveau de certitude est	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

En général les personnes âgées sont plus sensibles aux traitements médicamenteux parce que leurs fonctions rénale et hépatique sont moins efficaces.

● Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ VRAI
☐ FAUX

Quel est votre degré de certitude dans la réponse donnée ? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'VRAI' ou 'FAUX' à la question '19 [Q13]' (En général les personnes âgées sont plus sensibles aux traitements médicamenteux parce que leurs fonctions rénale et hépatique sont moins efficaces.)

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Incertain 10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	Certain 100%
Mon niveau de certitude est	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

La rencontre avec les familles lors de l'évaluation d'un patient est uniquement requise pour les personnes souffrant de démence.

● Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ VRAI
☐ FAUX

Quel est votre degré de certitude dans la réponse donnée ? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'VRAI' ou 'FAUX' à la question '21 [Q14]' (La rencontre avec les familles lors de l'évaluation d'un patient est uniquement requise pour les personnes souffrant de démence.)

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Incertain 10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	Certain 100%
Mon niveau de certitude est	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Chez les personnes âgées, le fait de rester alité est important pour faciliter le rétablissement.

● Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ VRAI
☐ FAUX

Quel est votre degré de certitude dans la réponse donnée ? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'VRAI' ou 'FAUX' à la question '23 [Q15]' (Chez les personnes âgées, le fait de rester alité est important pour faciliter le rétablissement.)

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Incertain 10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	Certain 100%
Mon niveau de certitude est	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Les patients se rappellent rarement avoir été anxieux et/ou agités durant le délirium.

● Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ VRAI
☐ FAUX

Quel est votre degré de certitude dans la réponse donnée ? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'VRAI' ou 'FAUX' à la question '25 [Q16]' (Les patients se rappellent rarement avoir été anxieux et/ou agités durant le délirium.)

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Incertain 10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	Certain 100%
Mon niveau de certitude est	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Les personnes âgées ont besoin d'un apport liquidien moins élevé parce qu'elles ont moins d'activité physique.

● Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ VRAI
☐ FAUX

Quel est votre degré de certitude dans la réponse donnée ? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'VRAI' ou 'FAUX' à la question '27 [Q17]' (Les personnes âgées ont besoin d'un apport liquidien moins élevé parce qu'elles ont moins d'activité physique.)

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Incertain 10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	Certain 100%
Mon niveau de certitude est	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Demander aux patients s'ils ont été victimes de chutes au cours des 6 derniers mois est une bonne façon d'évaluer l'augmentation du risque de chutes.

● Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ VRAI
☐ FAUX

Quel est votre degré de certitude dans la réponse donnée ? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'VRAI' ou 'FAUX' à la question '29 [Q18]' (Demander aux patients s'ils ont été victimes de chutes au cours des 6 derniers mois est une bonne façon d'évaluer l'augmentation du risque de chutes.)

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Incertain 10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	Certain 100%
Mon niveau de certitude est	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Si des tissus soumis à une pression ne reçoivent pas de flux sanguin durant 2 h, des plaies de pression peuvent apparaître.

● Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ VRAI
☐ FAUX

Quel est votre degré de certitude dans la réponse donnée ? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'VRAI' ou 'FAUX' à la question '31 [Q19]' (Si des tissus soumis à une pression ne reçoivent pas de flux sanguin durant 2 h, des plaies de pression peuvent apparaître.)

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Incertain 10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	Certain 100%
Mon niveau de certitude est	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

La dépression est identifiée moins fréquemment chez les personnes âgées que chez les sujets plus jeunes.

● Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ VRAI
☐ FAUX

Quel est votre degré de certitude dans la réponse donnée ? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'VRAI' ou 'FAUX' à la question '33 [Q20]' (La dépression est identifiée moins fréquemment chez les personnes âgées que chez les sujets plus jeunes.)

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Incertain 10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	Certain 100%
Mon niveau de certitude est	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Réduire la fréquence des prises dans un traitement médicamenteux est un moyen efficace d'assurer l'adhésion (au traitement) des patients.

ⓘ Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ VRAI
☐ FAUX

Quel est votre degré de certitude dans la réponse donnée ? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'VRAI' ou 'FAUX' à la question '35 [Q21]' (Réduire la fréquence des prises dans un traitement médicamenteux est un moyen efficace d'assurer l'adhésion (au traitement) des patients.)

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Incertain 10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	Certain 100%
Mon niveau de certitude est	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Chez les patients incontinents, les vêtements souillés doivent être changés mais les patients n'ont pas besoin d'être amenés aux toilettes ensuite.

ⓘ Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ VRAI
☐ FAUX

Quel est votre degré de certitude dans la réponse donnée ? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'VRAI' ou 'FAUX' à la question '37 [Q22]' (Chez les patients incontinents, les vêtements souillés doivent être changés mais les patients n'ont pas besoin d'être amenés aux toilettes ensuite.)

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Incertain 10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	Certain 100%
Mon niveau de certitude est	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Il est bon de faire boire les personnes âgées plus souvent, parce qu'elles ressentent moins la soif.

ⓘ Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ VRAI
☐ FAUX

Quel est votre degré de certitude dans la réponse donnée ? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'VRAI' ou 'FAUX' à la question '39 [Q23]' (Il est bon de faire boire les personnes âgées plus souvent, parce qu'elles ressentent moins la soif.)

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Incertain 10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	Certain 100%
Mon niveau de certitude est	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

En cas de délirium, une lumière vive doit être utilisée pour éclairer tous les coins de la pièce.

❶ Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ VRAI
☐ FAUX

Quel est votre degré de certitude dans la réponse donnée ? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'VRAI' ou 'FAUX' à la question '41 [Q24]' (En cas de délirium, une lumière vive doit être utilisée pour éclairer tous les coins de la pièce.)

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Incertain 10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	Certain 100%
Mon niveau de certitude est	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Les traitements médicamenteux peuvent causer des problèmes gériatriques tels que pertes de mémoire, incontinence, chutes et dépression.

❶ Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ VRAI
☐ FAUX

Quel est votre degré de certitude dans la réponse donnée ? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'VRAI' ou 'FAUX' à la question '43 [Q25]' (Les traitements médicamenteux peuvent causer des problèmes gériatriques tels que pertes de mémoire, incontinence, chutes et dépression.)

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Incertain 10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	Certain 100%
Mon niveau de certitude est	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

L'épuisement des aidants proches peut conduire à la maltraitance de la personne dont ils s'occupent.

❶ Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ VRAI
☐ FAUX

Quel est votre degré de certitude dans la réponse donnée ? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'VRAI' ou 'FAUX' à la question '45 [Q26]' (L'épuisement des aidants proches peut conduire à la maltraitance de la personne dont ils s'occupent.)

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Incertain 10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	Certain 100%
Mon niveau de certitude est	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Il est bon de donner des instructions détaillées sur la manière d'accomplir des tâches, à des patients souffrant d'apraxie.

❶ Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ VRAI
☐ FAUX

Quel est votre degré de certitude dans la réponse donnée ? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'VRAI' ou 'FAUX' à la question '47 [Q27]' (Il est bon de donner des instructions détaillées sur la manière d'accomplir des tâches, à des patients souffrant d'apraxie.)

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Incertain 10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	Certain 100%
Mon niveau de certitude est	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Quand on s'adresse à des patients âgés malentendants, il est préférable de parler avec une intensité de voix normale.

❶ Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ VRAI
☐ FAUX

Quel est votre degré de certitude dans la réponse donnée ? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'VRAI' ou 'FAUX' à la question '49 [Q28]' (Quand on s'adresse à des patients âgés malentendants, il est préférable de parler avec une intensité de voix normale.)

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Incertain 10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	Certain 100%
Mon niveau de certitude est	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Une personne âgée ayant un indice de masse corporelle inférieur à 25 ne peut pas souffrir de dénutrition.

❶ Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ VRAI
☐ FAUX

Quel est votre degré de certitude dans la réponse donnée ? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'VRAI' ou 'FAUX' à la question '51 [Q29]' (Une personne âgée ayant un indice de masse corporelle inférieur à 25 ne peut pas souffrir de dénutrition.)

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Incertain 10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	Certain 100%
Mon niveau de certitude est	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

En cas de difficultés de déglutition, tous les médicaments doivent être broyés pour s'assurer qu'ils soient ingérés par les patients.

❶ Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ VRAI
☐ FAUX

Quel est votre degré de certitude dans la réponse donnée ? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'VRAI' ou 'FAUX' à la question '53 [Q30]' (En cas de difficultés de déglutition, tous les médicaments doivent être broyés pour s'assurer qu'ils soient ingérés par les patients.)

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Incertain 10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	Certain 100%
Mon niveau de certitude est	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

En cas de dépression, des troubles de la mémoire peuvent apparaître.

❶ Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ VRAI
☐ FAUX

Quel est votre degré de certitude dans la réponse donnée ? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'VRAI' ou 'FAUX' à la question '55 [Q31]' (En cas de dépression, des troubles de la mémoire peuvent apparaître.)

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Incertain 10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	Certain 100%
Mon niveau de certitude est	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

La plupart des aidants proches n'ont pas besoin du soutien des services d'aide à domicile.

❶ Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ VRAI
☐ FAUX

Quel est votre degré de certitude dans la réponse donnée ? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'VRAI' ou 'FAUX' à la question '57 [Q32]' (La plupart des aidants proches n'ont pas besoin du soutien des services d'aide à domicile.)

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Incertain 10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	Certain 100%
Mon niveau de certitude est	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

En tant que soignant, vous devez parler distinctement à l'oreille du patient âgé malentendant.

❶ Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ VRAI
☐ FAUX

Quel est votre degré de certitude dans la réponse donnée ? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'VRAI' ou 'FAUX' à la question '59 [Q33]' (En tant que soignant, vous devez parler distinctement à l'oreille du patient âgé malentendant.)

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Incertain 10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	Certain 100%
Mon niveau de certitude est	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Les analgésiques doivent être administrés le moins possible aux personnes âgées, en raison du risque d'accoutumance.

❶ Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ VRAI
☐ FAUX

Quel est votre degré de certitude dans la réponse donnée ? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'VRAI' ou 'FAUX' à la question '61 [Q34]' (Les analgésiques doivent être administrés le moins possible aux personnes âgées, en raison du risque d'accoutumance.)

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Incertain 10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	Certain 100%
Mon niveau de certitude est	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

On identifie les plaies de pression uniquement après l'apparition de phlyctènes ou d'abrasion.

● Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ VRAI
☐ FAUX

Quel est votre degré de certitude dans la réponse donnée ? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'VRAI' ou 'FAUX' à la question '63 [Q35]' (On identifie les plaies de pression uniquement après l'apparition de phlyctènes ou d'abrasion.)

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Incertain 10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	Certain 100%
Mon niveau de certitude est	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

En cas de délirium, les activités doivent être réparties équitablement sur toute la journée.

● Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ VRAI
☐ FAUX

Quel est votre degré de certitude dans la réponse donnée ? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'VRAI' ou 'FAUX' à la question '65 [Q36]' (En cas de délirium, les activités doivent être réparties équitablement sur toute la journée.)

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Incertain 10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	Certain 100%
Mon niveau de certitude est	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Le risque de chutes est plus élevé chez les personnes se trouvant en milieu hospitalier que chez les personnes vivant à domicile.

● Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ VRAI
☐ FAUX

Quel est votre degré de certitude dans la réponse donnée ? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'VRAI' ou 'FAUX' à la question '67 [Q37]' (Le risque de chutes est plus élevé chez les personnes se trouvant en milieu hospitalier que chez les personnes vivant à domicile.)

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Incertain 10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	Certain 100%
Mon niveau de certitude est	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

L'incontinence d'effort peut survenir, par exemple, chez les patients qui ne sont pas capables de défaire eux-mêmes leur pantalon.

① Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ VRAI
☐ FAUX

Quel est votre degré de certitude dans la réponse donnée ? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'FAUX' ou 'VRAI' à la question '69 [Q38]' (L'incontinence d'effort peut survenir, par exemple, chez les patients qui ne sont pas capables de défaire eux-mêmes leur pantalon.)

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Incertain 10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	Certain 100%
Mon niveau de certitude est	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

AUTO- EVALUATION

À quel niveau évaluez-vous votre habilité à offrir des soins gériatriques dans des différents domaines suivants *

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Ne s'applique pas	Faible habilité	Bonne habilité	Très bonne habilité
Triage	☐	☐	☐	☐
Évaluer l'environnement du patient	☐	☐	☐	☐
Conduire une évaluation du sommeil, de la continence, du risque de chute, de l'altération de la peau,...	☐	☐	☐	☐
Évaluer la douleur	☐	☐	☐	☐
Reconnaître la dépression	☐	☐	☐	☐
Reconnaître le delirium	☐	☐	☐	☐
Reconnaître la démence	☐	☐	☐	☐
Reconnaître des présentations atypiques de maladies	☐	☐	☐	☐
Évaluer la polymédication	☐	☐	☐	☐
Évaluer l'état de la nutrition	☐	☐	☐	☐
Évaluer la présence de signes de maltraitance et/ou de négligence	☐	☐	☐	☐
Offrir de l'information sur des prises de décisions de fin de vie	☐	☐	☐	☐
Offrir des instructions reliées à la sortie du patient qui soient spécifiques au patient âgé	☐	☐	☐	☐
Offrir des explications appropriées pour des traitements	☐	☐	☐	☐
Offrir des explications appropriées pour des services (soins à domicile, santé mentale, domicile, ...)	☐	☐	☐	☐

C'EST TERMINÉ !

Nous vous remercions sincèrement de nous avoir aidé à mieux connaître les soignants des urgences !

