

PERCEPTION DES HABILITÉS PRATIQUES ET DES CONNAISSANCES EN MATIÈRE DE SOINS GÉRIATRIQUES CHEZ DES INFIRMIÈRES DES SERVICES D'URGENCE EN SUISSE

[Nadine Tacchini-Jacquier](#), [Diane Morin](#)

Association de Recherche en Soins Infirmiers | « [Recherche en soins infirmiers](#) »

2016/1 N° 124 | pages 97 à 107

ISSN 0297-2964

DOI 10.3917/rsi.124.0097

Article disponible en ligne à l'adresse :

<https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2016-1-page-97.htm>

Distribution électronique Cairn.info pour Association de Recherche en Soins Infirmiers.

© Association de Recherche en Soins Infirmiers. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

RECHERCHE

Perception des habiletés pratiques et des connaissances en matière de soins gériatriques chez des infirmières des services d'urgence en Suisse

Perception of practical skill and geriatric care knowledge among nurses working in a Swiss emergency department

Nadine TACCHINI-JACQUIER

Infirmière, Msc, Cheffe de projet en développement des pratiques, Hôpital du Valais - Direction générale - Direction des soins, Avenue du Grand-Champsec 80, 1950 Sion, Suisse

Diane MORIN

Infirmière, Ph.D, Professeure émérite, Université Laval, Québec, Canada et professeure invitée, Institut Universitaire de Formation et de Recherche en Soins, Faculté de Biologie et de Médecine, Université de Lausanne - Centre Hospitalier Universitaire Vaudois, Route de la Corniche 10, 1010 Lausanne, Suisse

RÉSUMÉ

Introduction : la démographie suisse indique une augmentation de la proportion des personnes de 65 ans et plus d'ici 2020. Des répercussions sont attendues sur le système sanitaire dont l'augmentation des recours aux urgences. Les patients âgés présentant une symptomatologie souvent atypique, cela peut rendre la priorisation des problèmes plus difficile.

But : mesurer les connaissances et la perception des habiletés relatives à l'approche gériatrique chez des infirmières d'urgence d'un hôpital cantonal suisse.

Méthode : étude descriptive et corrélationnelle qui utilise un questionnaire électronique préalablement traduit en français et en allemand suisse selon les recommandations.

Résultats : le score global au test de connaissances est considéré comme faible (51,9 % ; SD \pm 12.5). La perception des habiletés pratiques est évaluée en moyenne à 1.54 sur 3, ce qui reste à un niveau entre faible et moyen. Les corrélations démontrent des associations de faible envergure entre ces scores de même qu'entre ces scores et les caractéristiques sociodémographiques et professionnelles choisies.

Conclusion : les infirmières interrogées connaissent peu les particularités gériatriques et considèrent leur niveau d'habiletés entre faible et moyen. Voilà certainement un défi pour la formation, le coaching et la recherche pour les infirmières de pratique avancée en soins gériatriques.

Mots clés : service des urgences, soins infirmiers, gériatrie, connaissances, habiletés.

Pour citer l'article :

Tacchini-Jacquier N, Morin D. Perception des habiletés pratiques et des connaissances en matière de soins gériatriques chez des infirmières des services d'urgence en suisse. Rech Soins Infirm. 2016 Mar;(124):97-107.

Adresse de correspondance :

Nadine TACCHINI JACQUIER : nadine.tacchini-jacquier@hopitalvs.ch

ABSTRACT

Introduction : the Swiss demographics indicate an increase by 2020 in the proportion of people aged 65 and over. Impact is expected on the health system, including an increasing flow in the emergency services. Elderly patients often showing atypical symptoms, this can make more difficult the prioritization of the clinical problems.

Purpose : measuring knowledge and skill perception regarding the geriatric approach among emergency nurses of a Swiss cantonal hospital.

Methods : descriptive and correlational study using an electronic questionnaire previously translated into Swiss French and Swiss German using recommendations.

Results : the overall score in the knowledge test is considered low (51.9 % ; SD \pm 12.5). The perception of practical skills is estimated at an average of 1.54 on a 3-point scale, which can be interpreted at a level between medium and low. The correlations show weak associations between these small-scale scores and with the sociodemographic and professional characteristics chosen.

Conclusion : nurses respondents show little geriatric nursing knowledge and consider their level of skills to be mid-range or low. This is definitely a challenge for training, coaching and research for advanced practice nurses in geriatric nursing.

Key words : emergency services, nursing, geriatrics, knowledge, skills.

INTRODUCTION

Selon l'Office fédéral de la statistique suisse (OFS) (1), en 2010, la proportion de personnes âgées de 65 ans et plus était de 16,4 % et celle des 80 ans et plus de 4,4 %. Une projection à 2020 prédit une augmentation à 20,5 % pour les 65 ans et plus et à 5,4 % pour les 80 ans et plus. D'ici à 2035, on s'attend à ce qu'un Suisse sur dix soit âgé de 80 ans et plus (2). Cette transition démographique vers le grand âge a d'importantes répercussions sur le système sanitaire y compris les recours aux services des urgences. Ces derniers sont déjà plus fréquemment utilisés par les personnes âgées que par les autres tranches d'âge (3). À titre d'exemple, en 2011, le taux de recours à un service d'urgences en Suisse qui était de 204/1000 habitants était de deux fois supérieur chez les personnes âgées de 86 ans que chez celui des moins de 10 ans (1). Cela est inquiétant car leurs visites aux urgences sont associées à un plus haut risque d'hospitalisation (4). Rappelons toutefois que le modèle traditionnel d'un service hospitalier d'urgences se base sur une évaluation et un triage rapide, ceci dans un contexte de flux important.

La clientèle des patients âgés et très âgés présente souvent une combinaison de symptomatologie physique et psychique pouvant être atypiques. Cette complexité rend plus difficile l'identification et surtout la priorisation des problèmes pour les infirmières organisatrices de l'accueil (IOA) aux urgences qui ne sont pas spécialisées en gériatrie (5, 6, 7). Par contre, il est reconnu qu'un dépistage précoce des composantes de fragilité et vulnérabilité gériatriques aux urgences permettrait

de prévenir les risques de perte d'autonomie (8, 9, 10). Cela est jugé d'autant plus important que pour des patients fragilisés, l'attente aux urgences peut elle-même engendrer des péjorations de l'état clinique, telles que la déshydratation, les chutes, ou même les états confusionnels (11, 12, 13).

À ce jour, aucune étude connue n'a été conduite en Suisse qui détermine l'état des connaissances et habiletés perçues en matière de vieillissement et de soins gériatriques chez des infirmières aux urgences. Cette préoccupation est largement répandue car certaines études s'intéressant à cette problématique, dont celle de Roethler et al. (14), montrent qu'à peine le tiers des infirmières répondent correctement à la question de l'évaluation de la douleur chez les patients âgés. Cette étude montre aussi qu'il y a peu d'adéquation entre la perception des infirmières de leurs habiletés et le résultat de l'évaluation de leurs connaissances.

Le but de cette étude est précisément d'identifier le niveau de connaissances et la perception du niveau d'habileté dans les pratiques relatives à l'approche gériatrique chez des infirmières des services d'urgences d'un hôpital cantonal suisse. L'étude poursuit les objectifs suivants : (a) évaluer les connaissances théoriques des infirmières des urgences relatives à l'approche de la personne âgée de plus de 65 ans ; (b) procéder à l'auto-évaluation du niveau de pratique de soins infirmiers à la personne âgée lors de son passage aux urgences ; (c) vérifier la corrélation entre les niveaux des connaissances théoriques et l'auto-évaluation des pratiques des infirmières d'urgences et finalement, (d) vérifier la corrélation entre les niveaux de

Perception des habiletés pratiques et des connaissances en matière de soins gériatriques chez des infirmières des services d'urgence en Suisse

connaissances théoriques, la perception des pratiques en relation et les caractéristiques sociodémographiques et professionnelles des infirmières d'urgences.

ANALYSE CRITIQUE DES ÉCRITS

Pour cette recherche, les banques de données PubMed, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), et Cochrane ont été consultées. Les articles parus depuis 5 ans ont été sélectionnés. Les termes MeSH ont été utilisés selon les équations de recherche suivantes : « *Emergency AND Nursing AND Knowledge AND Aged* », « *Emergency AND Nursing AND Triage AND Knowledge AND Aged* », et aussi « *Aged AND Adults AND Geriatric AND Knowledge AND Emergency AND Nursing* ». Les 95 articles trouvés ont été lus avec la grille « MASTARI » de l'Institut Joanna Briggs. Parmi ceux-ci, 8 articles ont été retenus car procurant le plus haut niveau d'évidence et 13 autres articles ont été retenus même s'ils dataient de plus de cinq ans car ils étaient fréquemment cités en référence. Ainsi, 21 articles ont finalement été utilisés pour faire le point sur les travaux qui concernent les connaissances et pratiques des infirmières des urgences relatives au vieillissement et aux soins gériatriques.

LES DIFFICULTÉS DE L'ÉVALUATION DU PATIENT ÂGÉ

L'environnement des urgences est un milieu qu'on qualifie de peu adapté au patient âgé. Chaotique, bruyant, stressant, avec une pression importante, il est reconnu pour être complexe et déstabilisant. Bolzt (15) conclut que ce genre de milieu peut entraîner de l'inconfort et de l'insécurité chez les aînés. Des désagréments, des incidents et des risques, notamment les chutes ou des péjorations rapides de l'état cutané pourraient être évités par une adaptation des soins d'urgences aux réalités gériatriques.

Rutschmann et ses collègues (16) démontrent les difficultés que comporte l'évaluation gériatrique aux urgences, et le fait que le personnel infirmier de l'accueil se sente mal à l'aise face à la complexité du phénomène. Il identifie la cause de ce malaise par une symptomatologie peu claire, qui peut entraîner des difficultés de triage. Cette étude estime, après une vérification médicale, que 51 % auraient été sous-évalués dans leur gravité. 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 des urgences et des médecins, sur les pièges que présentent les profils cliniques des patients gériatriques. Une autre raison influençant l'évaluation initiale est la présence de pathologies chroniques multiples rendant le triage complexe avec un haut risque de mauvaise appréciation du degré de gravité.

Plusieurs auteurs s'accordent sur la nécessité de reconnaître rapidement les présentations atypiques des maladies afin d'en identifier les risques (17). Rosted et al. (18), dans leur étude testant une méthode d'évaluation et d'interventions infirmières aux urgences : *l'Identification Senior At Risk* (ISAR1), démontrent que 32 % des patients de plus de 70 ans souffrent de symptômes dépressifs, 59 % présentent des troubles cognitifs et 46 % sont hospitalisés suite à leur consultation aux urgences. L'étude suggère l'utilisation des outils afin d'identifier les patients à risque de déclin fonctionnel et l'amélioration des planifications de sorties. D'ailleurs, Peters (19) détaille les modifications relatives à l'âge selon les systèmes cardiovasculaire, neurologique, rénal et homéostatique. Par exemple, il indique que la douleur, signe prédominant lors de consultations aux urgences chez l'adulte plus jeune, se présente sous une forme très atténuée et exprimée dans des termes d'inconfort plutôt que de douleur et est rarement localisée. Des modifications de l'état mental telles la confusion et l'agitation sont également fréquentes dans les pathologies respiratoires et digestives (20). Lamantia et al. (21) démontre qu'un patient âgé avec des signes vitaux normaux peut souffrir d'une pathologie sévère à haut risque de se dégrader. Le degré de gravité relevant en partie des signes vitaux, peut être sous-évalué chez la personnes, rendant complexe la décision de l'IOA. En effet, les phénomènes physiologiques compensatoires sont diminués qui maintient les mesures dans la norme, et cela est souvent en lien avec les prescriptions médicamenteuses telles que les b-bloquants, les inhibiteurs de l'enzyme de conversion ou les anticalciques, qui masquent les réponses physiologiques (20). Selon le résultat de l'étude Lamantia (21), la prise en compte d'une modification des signes vitaux ne suffit pas à détecter les personnes âgées nécessitant une prise en charge immédiate. De plus, un quart des patients âgés se présentant aux urgences souffrent d'une déficience de l'état mental telle que l'état confusionnel aigu ou la démence, voire les deux (22). Ces troubles sont souvent l'expression d'un risque sévère sous-jacent, associé à une mortalité croissante et un risque d'hospitalisation important. Le manque d'information dû aux troubles cognitifs, à la baisse de l'acuité auditive et visuelle, accentue les difficultés d'évaluation. Un écart réside dans la non-reconnaissance des problèmes, et une évaluation gériatrique complète est identifiée comme l'outil le plus adéquat pour prendre de bonnes décisions de sortie (11). Mais le manque de temps, la charge de travail et le manque de connaissances dans ce domaine rendent l'évaluation gériatrique difficilement réalisable aux urgences. Toutefois, Tucker (20) précise que le *Triage Risk Screening Tool* (TRST) est reconnu pour être une échelle de triage utilisée par les infirmières permettant d'identifier les patients âgés à risque et pourrait être appliquée à tous les patients dès 75 ans. Un entraînement à l'identification rapide des situations critiques permettrait l'anticipation de problèmes complexes. Une approche holistique de soin dans cette complexité requiert des compétences averties de jugement clinique (17).

■ Les connaissances et pratiques infirmières face aux particularités gériatriques

Samaras (22) a mis en évidence dans une revue de littérature l'importance de l'amélioration des connaissances sur les syndromes gériatriques et les présentations atypiques des maladies afin d'assurer une qualité de soin. La complexité entre les conditions aiguës médicales et les conditions psychosociales demandent des outils d'évaluations spécifiques. Le patient âgé subit parfois des attitudes négatives dues aux croyances et aux stéréotypes qui lui sont associés. Deasy (17) explore ces croyances et les attribue au fait que certains professionnels estiment la présence de ces patients comme étant inappropriée aux urgences. Toujours concernant les croyances, la revue de littérature de Skar (23) précise que les infirmières des urgences se sentent plus compétentes pour les soins aigus que pour les soins de confort, de soutien ou d'accompagnement. D'ailleurs, la priorité des formations continues est donnée aux situations d'urgences vitales et non à l'approche du patient âgé. Elles estiment n'avoir pas suffisamment de temps pour des soins aussi complexes dont ces patients auraient besoin. L'étude de Boltz (15) souligne les thèmes de situations déficientes de soins dont le manque de respect de la personne âgée et de ses proches, et le manque de considération. En cause, un déficit d'information, de communication sur la maladie, le traitement, ainsi que les prises de décision des soignants avec les familles alors que l'état du patient permettrait sa participation. L'expression d'une posture empathique facilite les interactions avec le patient âgé et participe à son bien-être. L'approfondissement des connaissances relatives aux changements dus à l'âge contribuerait selon cet auteur, à l'apport d'un soutien psychologique adéquat en accompagnant le patient dans ses choix.

Très peu d'études se préoccupent de l'état des connaissances en particularités gériatriques des infirmières d'urgences. Roethler et ses collègues (14) ont examiné les compétences en soins gériatriques des infirmières sur la base d'un questionnaire d'évaluation des connaissances, qui sont comparées à la perception que les infirmières ont de leurs habiletés pratiques. Les résultats indiquent un manque de connaissances important. Ces résultats corroborent la revue de littérature de Deasey (17) qui met en évidence une formation insuffisante sur les modifications du processus physiologique dû à l'âge. Dans cette étude, les attitudes des infirmières démontrent qu'elles ne possèdent pas les connaissances et compétences nécessaires à la spécialité.

Désy et Prochaska (24) ont évalué le bénéfice d'un programme de formation en soins gériatriques, intitulé « *Geriactric Emergency Nursing Education Course* ». Le cours met l'accent sur des particularités comme la fréquence des symptômes et les signes de dépression, de démence, d'état confusionnel aigu, d'incontinence, de problèmes de mobilité et d'handicap, de pathologies chroniques, ainsi que de poly-médications.

Trois mois après la formation, le résultat de l'auto-évaluation montre que les infirmières des urgences estiment leur capacité à évaluer les problèmes liés à la santé de la personne âgée comme étant très bonne. Plus de 50 % des infirmières estiment que la formation a contribué à l'amélioration des compétences dans les situations enseignées notamment dans l'évaluation de la douleur, d'abus, ou de négligence et 95 % relèvent l'amélioration des compétences de triage.

CADRE THÉORIQUE D'IMOGÈNE KING

Une consultation d'urgence requiert une analyse complète de la situation du patient étant donné que les deux parties que sont les patients et les soignants, ne se connaissent pas. Cette analyse va dépendre des conditions dans lesquelles la consultation a lieu. La théorie intermédiaire d'Imogène King porte sur l'atteinte des objectifs (*Goal Attainment*) en proposant un système interactif centré sur le patient (*Interacting Systems Framework*) (25). King débute avec deux questions principales : Que suscite l'état du patient ? Que veut le patient ? Ces deux questions correspondent à celles de l'IOA aux urgences lorsqu'elle investigate les motifs de consultation. Dans les concepts clés de cette théorie, la notion de stress est prise en compte dans les interactions. La personne âgée se déstabilise rapidement lorsque celui-ci est important. Trois systèmes sont en interaction dynamique, le « système personnel - individuel », le « système interpersonnel - le groupe », le « système social - la société ». L'interaction se met en place dès que deux personnes et plus interagissent. Le système interpersonnel est influencé par les paramètres d'éducation, de culture, de cadre familial. Le système social dépend du contexte organisationnel lié à l'autorité. La connaissance du milieu permet de comprendre comment sont prises les décisions et quelles sont les offres du système.

Le défi des infirmières travaillant dans le milieu des urgences est donc de prendre en compte l'interaction au-delà de la technicité. Dans sa théorie, King (25) sensibilise les soignants à l'importance du processus de communication permettant les interactions indispensables aux quatre processus que sont : le processus de soin, le processus de la pensée critique, le processus de la transaction et le processus de prise de décision éthique. Les concepts de la théorie peuvent être cohérents avec le contexte des urgences car ils définissent le processus interactif qui permet d'évaluer la situation de santé, de planifier, de mettre en œuvre des interventions de soins, et d'évaluer des actions. Ces concepts font interagir les ressources humaines de l'individu ou du groupe afin de définir des buts. D'ailleurs, les transactions décrites dans la théorie décrivent le soin comme un processus interactif menant à la décision commune d'objectifs en tenant compte de l'environnement du patient, selon les limites de l'offre en soin. Les qualités humaines des relations interpersonnelles représentent la base de la transaction de soin. Les ressources du système sont la réflexivité, les moyens financiers et

Perception des habiletés pratiques et des connaissances en matière de soins gériatriques chez des infirmières des services d'urgence en Suisse

technologiques offerts par le système de santé. L'échange d'information entre les acteurs est un élément clé qui permet d'identifier les objectifs et de s'accorder sur une prise de décision qui est commune à toutes les personnes impliquées. King propose ainsi quatre étapes comme système d'actions favorisant l'interaction entre les concepts. D'abord « l'évaluation de l'état de santé », est influencée par la relation entre le patient et l'infirmière, celle-ci va dériver de leur perception individuelle, de leur communication et de leur interaction. La *planification* pose les objectifs et aboutit à une prise de décision commune. « La planification » est suivie de la « mise en œuvre des actions à entreprendre » afin d'atteindre les buts fixés. Et pour terminer, « l'évaluation » des atteintes des buts. Le processus a l'avantage d'optimiser le contexte du recueil d'information, essentiel à la bonne compréhension de l'environnement, du milieu de vie, des aidants naturels et des ressources de ceux-ci. Ces quatre étapes s'organisent au sein du modèle conceptuel interactif, créant une interdépendance entre la personne, le groupe et la société.

MÉTHODE

■ Devis, milieu, population, échantillon et recrutement

L'étude repose sur un devis quantitatif descriptif corrélationnel et s'est déroulée dans un hôpital cantonal suisse. Toutes les infirmières des services d'urgences étaient conviées à participer volontairement à l'étude. L'invitation leur a été faite par le biais de la direction des soins via leur messagerie électronique professionnelle. Le critère d'inclusion retenu était d'exercer depuis plus de trois mois dans un des services des urgences. Le seul critère d'exclusion retenu était d'être au service de pool de remplacement. Pour faciliter le recrutement, le projet de recherche a été présenté lors des colloques usuellement tenus dans les services respectifs. Les infirmières présentes aux colloques ont reçu l'adresse électronique pour une participation en ligne. Les personnes absentes ont reçu les informations par courrier électronique professionnel. Les infirmières qui choisissaient de participer à l'étude répondaient au questionnaire en ligne. L'anonymat des réponses a été garanti, le traceur par *cookie* ayant été désactivé. Afin de mieux informer et motiver la participation, des affiches en français et en allemand ont été mises en évidence dans les lieux stratégiques des services, proches des postes informatiques. Une adresse électronique permettant un lien direct avec le questionnaire était mentionnée sur les affiches. Une relance par courrier électronique, après trois semaines a été faite.

■ Variables et instrument de mesure

L'instrument qui a servi à l'évaluation des connaissances et des pratiques dans les soins gériatriques est le questionnaire de Roethler (14) intitulé « *Assessing Emergency Nurses's*

Geriatric Knowledge and Perceptions of Their Geriatric Care ». Celui-ci a été conçu pour évaluer les connaissances en gériatrie des infirmières des urgences avant et après un programme de formation intitulé « GENE » (*Geriatric Emergency Nursing Education*) (24). Plusieurs parties composent ce questionnaire, la première section comprend les caractéristiques sociodémographiques et professionnelles des infirmières des urgences, telles que l'âge ou les années d'expérience (cinq énoncés). La deuxième section est le test qui évalue les connaissances théoriques sur les réalités sociales et les pathologies particulières aux personnes âgées. Elle propose des énoncés sur lesquels les infirmières doivent se prononcer soit par vrai ou faux (sept énoncés), ou par un choix de réponse (huit énoncés). La dernière section permet de recueillir la perception des infirmières des urgences de leur niveau d'habileté à prodiguer des soins aux personnes âgées. Cette partie est construite avec une échelle de Likert à quatre points (Très bien, Bien, Faible et Non applicable). Il s'agit de 15 énoncés qui concernent principalement leurs capacités à conduire des évaluations pertinentes pour les pathologies de la personne âgée lors de leur admission aux urgences. Le résultat est exprimé en pourcentage de réponse. Ce questionnaire permet d'analyser la relation entre la perception des soins des infirmières et leur niveau de connaissances théoriques.

Après avoir reçu l'autorisation de l'auteur principal, une traduction française et allemande selon la méthode préconisée par Fortin (26) a été faite. La méthode comporte plusieurs étapes. La première est la traduction, suivie d'une traduction inversée dans la langue d'origine. Les deux versions ont été comparées afin de conserver le sens d'origine. Puis, cinq caractéristiques de la fidélité culturelle des énoncés ont été testées auprès de huit infirmières expertes en soins d'urgence ou en soins gériatriques. Ainsi, le questionnaire traduit a été soumis et pour chaque énoncé on demandait à la personne de nous dire si l'énoncé était pertinent pour la pratique en contexte cantonal (équivalence de contenu), s'il était facilement compréhensible (équivalence sémantique), si le format de réponse était adéquat (équivalence technique), et si, à leur avis l'énoncé pourrait être facilement compris en dehors du contexte de l'étude (équivalence de critère et équivalence conceptuelle). Cette analyse d'équivalence a permis d'ajouter une variable à deux catégories pour identifier les infirmières procédant à l'accueil et au triage des patients, des infirmières exerçant uniquement en salle de consultation des urgences. À la variable concernant le niveau de formation, une catégorie supplémentaire a été ajoutée pour distinguer les infirmières formées au « *Diploma of Advanced Studies* » (DAS) en soins d'urgences. Une modification a également été apportée en réponse à l'énoncé du test de connaissance de la question suivante : « Les directives anticipées et les ordres de non-réanimation constituent des moyens que les individus peuvent utiliser pour faire connaître leurs souhaits de fin de vie avant de perdre leurs facultés mentales. », pour laquelle la réponse dans l'échelle devient « vrai »

contrairement à l'échelle originale en anglais. En effet, pour des raisons réglementaires, consécutives à un article de loi suisse, inscrit dans le Code civil suisse (Art. 370) (27) sur le droit des personnes, dont le principe est : « Toute personne capable de discernement peut déterminer, dans des directives anticipées, les traitements médicaux auxquels elle consent ou non au cas où elle deviendrait incapable de discernement ». Les professionnelles suisses ont l'obligation de s'enquérir de l'existence de directives.

Plan d'analyse et considérations éthiques

Des analyses descriptives et corrélationnelles ont été effectuées au moyen des programmes informatiques « STATA[®]-v13 ». Pour les analyses descriptives, les tests appropriés ont été utilisés selon qu'il s'agisse de variables numériques (par exemple : âge ou score) ou nominales (par exemple : niveau d'études). Plus spécifiquement pour le test sur les connaissances, les nombres de réponses justes et fausses ont été calculés afin d'obtenir un pourcentage, une moyenne pour chaque item. Puis une moyenne pour l'ensemble a été générée avec un écart-type. Pour le volet sur les pratiques, la moyenne des scores sur l'échelle de Likert a été établie par participant ainsi qu'une moyenne totale avec son écart type, minimum et maximum. Les valeurs manquantes de la section du questionnaire de connaissance ont été considérées comme des réponses fausses et celles de la section de l'auto-évaluation comme ne s'appliquant pas. Les mesures de corrélation en lien avec la troisième et la quatrième question de recherche, ont visé à examiner le degré d'association entre le test de connaissances théoriques et la perception des habiletés pratiques telles qu'auto-évaluée par les infirmières des urgences ainsi que l'association entre le résultat des deux tests et les variables sociodémographiques. En fonction de l'anormalité de la distribution, le Tau (t) de Kendall a été choisi. Le protocole de recherche a été approuvé par la Commission d'éthique cantonale. L'autorisation écrite a également été obtenue auprès de la direction des services hospitaliers.

RÉSULTATS

Analyses descriptives

Sur les 80 personnes invitées, finalement 48 ont participé (taux de participation 60 %). Le tableau 1 présente les caractéristiques sociodémographiques et professionnelles des participants. On y voit que la majorité sont des femmes âgées de 31 à 40 ans, possède le DAS en soins d'urgences et cumule plus de 10 ans d'expérience totale, mais moins de dix ans d'expérience en soins d'urgences.

Le tableau 2 présente la moyenne du score sur les connaissances gériatriques. Il est de 51.87 sur 100 (écart type 12.51). On peut qualifier ce score de connaissances

Caractéristiques	n	Pourcentage (%)
Sexe		
Femme	30	62.50
Homme	16	33.33
Sans réponse	2	4.17
Age		
21-30 ans	3	6.25
31-40 ans	26	54.17
41-50 ans	13	27.08
51-60 ans	6	12.50
Formation		
Diplôme	17	35.42
Bachelor	5	10.42
Master	1	2.08
DAS	25	52.08
Lieu de pratique		
Urgences et triage	40	83.33
Urgences	8	16.67
Années d'expérience totale		
< 1	0	0.00
1-5	4	8.33
6-10	12	25.00
11-15	11	22.92
16-20	6	12.50
21-25	10	20.83
26-30	4	8.33
31-35	1	2.08
>36	0	0.00
Années d'expérience aux urgences		
< 1	2	4.17
1-5	11	22.92
6-10	17	35.42
11-15	8	16.67
16-20	5	10.42
21-25	4	8.33
26-30	1	2.08
31-35	0	0.00
>36	0	0.00

Tableau 1
Caractéristiques sociodémographiques et professionnelles (n=48)

comme moyen. Les trois énoncés avec les niveaux de connaissance les plus élevés concernent (a) la proportion des adultes âgés de 65 ans et plus en Suisse (97.9 % de bonnes réponses), (b) les directives anticipées (97.9 % de bonnes réponses) et, (c) le fait que d'avoir plusieurs personnes qui posent des questions, n'aident pas le patient à mieux comprendre (81.3 % de bonnes réponses). Les trois énoncés avec les niveaux de connaissance les moins élevés

Perception des habiletés pratiques et des connaissances en matière de soins gériatriques chez des infirmières des services d'urgence en Suisse

	Moyenne de bonnes réponses (%)	Écart-type	
Score total	51.87	12.51	
Score par question			Moyenne de bonnes réponses (%)
Selon une projection nationale la proportion des adultes âgés (65 ans et plus) en Suisse passera de 16 % en 2010 à 22 % en 2030.			97.9
Les directives anticipées et les ordres de non réanimation constituent des moyens que les individus peuvent utiliser pour faire connaître leurs souhaits de fin de vie avant de perdre leurs facultés mentales.			97.9
Pendant l'évaluation des personnes âgées, le fait d'avoir plusieurs personnes qui posent des questions peut aider le patient à mieux comprendre que s'il écoute la même personne de manière répétée.			81.3
Quel énoncé parmi les suivants est une option pour présenter la maladie chez les adultes âgés ?			79.2
Lors de l'évaluation de patients âgés qui prennent des médicaments traditionnels, des symptômes, comportements ou comportements inhabituels peuvent être causés par quelles interactions parmi les suivantes ?			62.5
En comparaison des adultes plus jeunes, les adultes âgés ont plus de maladies aiguës et d'accidents.			56.3
Des altérations dans l'absorption de médicaments peuvent être causées par quels facteurs parmi les suivants ?			56.3
Lequel des facteurs suivants n'est pas un facteur causal ou aggravant de la démence ?			52.1
De quelle manière la peau et les tissus conjonctifs sont-ils affectés chez les adultes âgés ?			46.8
Le délirium survient chez environ 30 % des personnes âgées durant une hospitalisation médicale.			45.8
Les patients adultes âgés sont plus susceptibles de recevoir des examens de dépistage que les patients plus jeunes.			31.3
Quel énoncé parmi les suivants est vrai ?			25.0
Lesquelles parmi les techniques suivantes ne sont pas appropriées pour lever les barrières aux apprentissages lors des instructions reliées au congé de patients âgés qui ont des problèmes de vision ou/et d'audition ?			23.4
Lors d'incidents reliés à l'abus auprès d'un adulte âgé, l'abuseur est un membre de la famille dans quel pourcentage de cas ?			14.9
Environ 25 % des visites aux urgences concernent les adultes âgés.			10.4

Tableau 2
Connaissances relatives aux particularités gériatriques (présentation en ordre décroissant des moyennes de bonnes réponses) d'après le questionnaire « Assessing Emergency Nurses's Geriatric Knowledge and Perceptions of Their Geriatric Care » (14) (traduction libre).

concernent (a) les instructions reliées au congé (23.4 % de bonnes réponses), (b) l'abus (14.9 % de bonnes réponses) et, (c) la proportion de visites aux urgences qui concerne les adultes âgés (10.4 % de bonnes réponses).

Maintenant, en ce qui concerne l'habileté perçue, en rappel, elle pouvait être catégorisée en trois niveaux : « Très bonne habileté » génère un score de 3, « Habileté moyenne » un score de 2 et « Habileté faible » un score de 1. Ainsi, au tableau 3, on peut voir que le score global est de 1.54 sur 3 ce qui peut être qualifié de score moyen. Un seul énoncé dépasse un niveau d'habileté moyenne, soit un score de 2 sur 3. Il s'agit de l'énoncé relatif à *Évaluer la douleur* (2.13 sur 3.00). Les autres énoncés n'atteignent pas le score de 2. Les trois énoncés les plus faibles sont les suivants : (a) offrir des références appropriées pour des traitements (1.38 sur 3.00) ; (b) reconnaître la dépression (1.31 sur 3.00)

et, (c) offrir des instructions reliées au congé spécifiques à l'âge (1.25 sur 3.00).

Au tableau 4, les pourcentages de bonnes réponses aux questions sur les connaissances sont classés en fonction des catégories d'habiletés déclarées par les participants. On peut voir qu'un seul énoncé d'habileté de soin est considéré comme une habileté de très bon niveau par plus de 50 % des participants. Il s'agit de l'énoncé relatif à la conduite d'une évaluation fonctionnelle (51.1 %). Près de la moitié inscrivent avoir plutôt une habileté moyenne face à 10 énoncés. Ce qui est plus frappant est que pour trois énoncés d'habiletés, la moitié ou presque des participants indiquent avoir un faible niveau d'habileté. Il s'agit des énoncés suivants : « Reconnaître la dépression » (56.3 %) ; « Offrir des références appropriées pour des traitements » (50.0 %) et, « Offrir des instructions reliées au congé spécifiques à l'âge » (48.9 %).

À quel niveau évaluez-vous votre habilité à offrir des soins gériatriques dans les différents domaines suivants ?	Moyenne (min 0 - max 3)
Évaluer la douleur	2.13
Conduire le triage	1.73
Évaluer l'environnement du patient	1.69
Reconnaître le délirium	1.60
Évaluer l'état de la nutrition	1.58
Évaluer la présence de signes d'abus et de négligence	1.54
Reconnaître la démence	1.52
Offrir de l'information sur des prises de décision de fin de vie	1.52
Reconnaître des présentations atypiques de maladies	1.50
Évaluer la polymédication	1.50
Offrir des références appropriées pour des traitements.	1.46
Conduire une évaluation fonctionnelle (ex. sommeil, incontinence, confusion, évidence de chute, altération de la peau, etc.)	1.40
Offrir des références appropriées pour des services (ex.: soins à domicile, santé mentale, domicile, etc.)	1.38
Reconnaître la dépression	1.31
Offrir des instructions reliées au congé qui soient spécifiques à l'âge	1.25
Score total	1.54

Tableau 3
Niveau d'habilité à offrir des soins gériatriques par énoncé d'habilité
(présentation on ordre décroissant d'habilité)

À quel niveau évaluez-vous votre habilité à offrir des soins gériatriques dans les différents domaines suivants ?	Pourcentage de réponse (%)			
	Niveau très bon	Niveau moyen	Niveau faible	Pas applicable
Conduire une évaluation fonctionnelle (ex. sommeil, incontinence, confusion, chute, altération de la peau, etc.)	51.1	40.4	2.1	6.38
Évaluer la douleur	29.2	58.3	8.3	0.0
Conduire le triage	14.6	52.1	25.0	4.2
Offrir de l'information sur des prises de décision de fin de vie	14.6	35.4	39.9	6.3
Reconnaître la démence	8.3	43.8	39.6	4.2
Évaluer la présence de signes d'abus et de négligence	8.3	41.7	45.8	0.0
Reconnaître le délirium	6.3	56.3	29.2	4.2
Évaluer l'état de la nutrition	6.3	50.0	39.6	4.2
Évaluer l'environnement du patient	4.2	64.6	27.1	4.2
Reconnaître la dépression	4.2	31.3	56.3	4.2
Évaluer la polymédication	4.2	45.8	45.8	0.0
Offrir des références appropriées pour des traitements.	4.2	41.7	50.0	0.0
Offrir des références appropriées pour des services (ex.: soins à domicile, santé mentale, domicile, etc.)	4.2	43.8	39.6	0.0
Offrir des instructions reliées au congé spécifiques à l'âge	2.1	36.2	48.9	8.5
Reconnaître des présentations atypiques de maladies	2.1	50.0	43.8	4.2

Tableau 4
Niveaux d'habilité à offrir des soins gériatriques par énoncé de connaissances sur les particularités gériatriques (présentation des niveaux d'habilité par ordre décroissant de pourcentage de très bon à pas applicable)

Perception des habiletés pratiques et des connaissances en matière de soins gériatriques chez des infirmières des services d'urgence en Suisse

Au tableau 5, l'analyse de corrélation montre qu'il n'y a pas de corrélation entre les connaissances et les pratiques ($t < 0.01$; $p > 0.05$). De meilleures connaissances ne sont donc pas corrélées à un meilleur score sur la perception des habiletés. Lorsqu'on examine les corrélations entre les six variables choisies et les scores aux connaissances et habiletés, les résultats montrent quand même que plus l'âge augmente, plus le score sur les habiletés augmente. Il s'agit d'une corrélation de moyenne envergure fortement significative ($t = 0.41$; $p < 0.001$). On peut voir également que le sexe féminin est corrélé à un meilleur score de connaissance mais à un moins bon score dans la perception d'habiletés. Ces corrélations sont de faible envergure ($t = 0.30$) mais sont significatives ($p < 0.05$). La troisième variable pour laquelle on observe des corrélations concerne l'expérience totale. Les résultats indiquent que plus grande est l'expérience totale moins bon est le score sur les connaissances ($t = -0.27$; $p < 0.05$) mais meilleur est le score dans la perception d'habiletés ($t = 0.33$; $p < 0.05$) ; malgré le fait que ce sont des corrélations de petite envergure, elles sont significatives.

DISCUSSION

Dans cette étude, la moyenne du score au test de connaissance peut être considérée comme faible, avec seulement 51,9 % de réponses correctes (écart-type 12.5). Ceci témoigne un manque de connaissance sur les particularités gériatriques de la part des participants. Ce résultat est similaire à celui de l'étude Roethler (14) qui présentait un score de 60 % et qui concluait à l'urgence d'améliorer les connaissances du personnel d'urgence en matière de particularités gériatriques.

En ce qui concerne la perception des habiletés pratiques, elle est évaluée quant à elle à 1.54 sur une échelle de 3. Cela correspond à une évaluation que l'on peut situer entre faible et moyen. Les résultats dans l'étude Roethler (14), sont beaucoup plus élevés que ceux de la présente étude. Les participants sont probablement conscients des enjeux

du vieillissement dans leur canton et réalisent qu'il existe un déficit dans leurs connaissances ce qui pourrait se refléter dans l'évaluation de leur niveau d'habileté dans leurs prestations de soins gériatriques.

Dans la présente étude, tant le résultat global de l'auto-évaluation des pratiques que le score moyen du test de connaissances, sont de niveau que l'on peut qualifier de faible à moyen. Dans le test des connaissances, la question de la proportion des personnes âgées dans la société suisse et celle relative aux directives anticipées paraissent être connues de tous. À l'inverse, les participants ne sont pas familiarisés avec le phénomène d'abus et de négligence, comme le montre la moyenne très faible de 14.9 % de réponses correctes.

L'étude de Kihlgren (13) interrogeant les infirmières des urgences sur ce qui permet des soins de qualité à la personne âgée, met en avant la connaissance des présentations des maladies afin de comprendre l'ensemble de la situation et d'identifier une péjoration. Certaines situations d'urgence demandent une réactivité et l'infirmière doit savoir poser les priorités d'intervention en regard de la situation, tout en conservant une posture compréhensive et empathique. Le faible taux de réponses correctes dans les questions liées aux facteurs causaux et aggravants une démence ainsi que la reconnaissance de symptômes comportementaux dus à des interactions médicamenteuses met en doute la capacité des infirmières des urgences à identifier les symptômes d'une démence. Or, un quart des patients âgés consultant aux urgences souffrent d'un trouble de l'état mental résultant d'un état confusionnel aigu, d'une démence ou des deux. Identifier un épisode d'état confusionnel aigu permet de le différencier des déficiences dues à une démence (22).

Dans la section de l'auto-évaluation des habiletés pratiques, les énoncés portaient principalement sur les notions d'évaluation spécifiques de la personne âgée. Les habiletés sont perçues comme étant de niveau faible à moyen, tous niveaux de formation confondus. Or, King (25) en parlant du

Corrélation entre connaissances et habiletés	tau Kendall <0.01		Valeur p <0.919	
	Score connaissances		Score habiletés	
	tau Kendall	p	tau Kendall	p
Corrélations avec six caractéristiques				
Age	-0.21	<0.073	0.41	<0.001
Sexe (dichotomique)	0.30	<0.016	-0.30	<0.015
Formation (4 niveaux)	-0.21	<0.073	-0.21	<0.078
Expérience totale (continu)	-0.27	<0.018	0.33	<0.003
Expérience urgences (continu)	-0.11	<0.340	0.09	<0.426
Lieu de pratique Urgences/ Triage (dichotomique)	-0.06	<0.650	0.10	<0.422

Tableau 5
Analyses exploratoires de corrélation

processus humain explique que la définition des objectifs communs de soins dépend de la pertinence de « l'évaluation de la condition de santé » effectuée par l'infirmière et de sa perception des problèmes de santé. Une auto-évaluation réaliste indique que les participants ont conscience de leurs limites, ceci pourra influencer la dynamique de leur développement professionnel. L'état des connaissances de l'infirmière a une influence sur la qualité du jugement clinique, et sur la qualité des actions et évaluations menées subséquentement. Rosted et ses collègues (18) précisent d'ailleurs la position idéale de l'infirmière des urgences entre le milieu hospitalier et les organisations de secours, lui permettant de collecter les informations essentielles à l'organisation des soins, à condition que sa formation considère l'approche holistique incluant la considération de l'environnement, la volonté et le respect de la personne. L'attention relative à la personne comme étant unique, avec des besoins particuliers, capable de réfléchir et de procéder à des choix, a toute son importance dans le système interactif de King (25). Ce processus dynamique interpersonnel demande des compétences basées sur la connaissance afin de fournir l'information à bon escient. Toujours dans la section de l'auto-évaluation des pratiques, cet aspect de la pertinence de l'information fournie par les infirmières est aussi autoévaluée entre faible et bien. Ce manque d'information sur la maladie et les traitements a aussi été relevé comme lacunaire dans l'étude de Boltz et ses collègues (15) et contribue à accentuer la dépendance du patient et le sentiment de perte de contrôle de la situation. Or, l'échange d'information est un élément clé de l'interaction entre le soignant, le patient et sa famille, permettant la définition des objectifs selon King (25).

Si l'on considère la culture actuelle des urgences avec son environnement changeant et sa charge de travail conséquente, il est attendu de l'infirmière une efficacité et une rapidité d'intervention permettant une adaptation constante de l'organisation de son travail et de l'accueil de nouveaux patients (7). La priorité est donnée aux traitements d'urgence vitale, or le patient âgé a parfois recours aux services d'urgences uniquement pour accéder aux soins. Un changement de culture intégrant les concepts de soins aux patients âgés légitimerait leur place aux urgences. En ce sens, une amélioration des connaissances avec des programmes de formation spécifiques, élargirait les champs d'intérêt des infirmières, rendant les soins plus attractifs et améliorerait la qualité de ces prises en charge.

■ Limites de l'étude

Une limite de l'étude réside dans la diversité des formations des participants. On note quand même que 52 % des répondants possèdent un DAS en soins d'urgences, ce qui aurait dû être favorable tant sur le plan des connaissances que des habilités. Toutefois, comme il s'agissait d'un échantillon de convenance, il est possible qu'il ne soit

pas représentatif de l'ensemble. Une autre limite est la distribution du questionnaire par courrier électronique, aucun contrôle n'a pu être effectué sur l'individualité des réponses. Des échanges entre professionnels ainsi que des recherches ont pu être faits, la méthode a fait confiance à la conscience professionnelle des participants. Dans l'étude, les pratiques sont auto-évaluées par les soignants, une évaluation des pratiques professionnelles réelles renforcerait l'étude.

Les résultats révèlent néanmoins la nécessité de valoriser des connaissances sur les particularités gériatriques dans les programmes de formation. Au vu des projections démographiques citées, il apparaît évident que les infirmières des urgences doivent améliorer leurs connaissances et habilités afin de pouvoir répondre aux besoins de santé des patients âgés et de reconnaître un patient à risque de péjoration. Des modules de formation, spécifiques à la gériatrie et adressés aux infirmières des urgences existent (24) dans certains milieux. Il serait opportun d'imaginer intégrer de tels modules dans les programmes de spécialisation des infirmières des urgences. Des protocoles de soins et de triage spécifiques à la personne âgée ainsi que des outils d'évaluation (10) amélioreraient la qualité des soins administrés aux urgences dans le sens d'une standardisation des prises en charge, en regard de la diversité des formations des professionnels. Quatre sociétés savantes (28) ont d'ailleurs établi des *guidelines* spécifiques au patient âgé aux urgences. Les directions de soins, les infirmières de pratique avancée et les professionnels pourraient s'en inspirer pour guider la pratique quotidienne.

CONCLUSION

Le but de cette étude était d'évaluer le niveau de connaissance en particularités gériatriques des infirmières des urgences, de recueillir une auto-évaluation des pratiques et de déterminer si certaines des caractéristiques sociodémographiques et professionnelles étaient corrélées avec les scores de connaissances et d'habilités. Les faibles résultats tant au test de connaissances qu'à l'auto-évaluation mettent en évidence la pertinence d'approfondir les connaissances des infirmières des urgences sur les caractéristiques du vieillissement. Au vu de la croissance démographique annoncée, cette préoccupation est un des enjeux majeurs pour les équipes soignantes des urgences. Cette recherche espère ouvrir la discussion sur la formation continue des infirmières des urgences afin de les préparer à répondre plus efficacement aux besoins des patients âgés. Bien que les résultats et le profil des participants soient semblables aux autres études, cela ne permet pas de généraliser les résultats car les formations diffèrent d'un centre à l'autre. Par contre, cette étude pourrait être le point de départ d'une réflexion interdisciplinaire sur l'avenir des prises en charge des aînés aux urgences en Suisse.

Perception des habiletés pratiques et des connaissances en matière de soins gériatriques chez des infirmières des services d'urgence en Suisse

CONFLITS D'INTÉRÊTS

L'auteure ne déclare aucun conflit d'intérêts.

Références

- 1 Office fédéral de la statistique [En ligne]. Genève: Office fédéral de la statistique OFS; 2011. [cité le 3 mars 2016]. Disponible: http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/01/03/blank/key_kant/01.html.
- 2 Observatoire Valaisan de la santé. Evolution de la structure par âge de la population, Valais [En ligne]. Sion: Office fédéral de la statistique; 2015. [cité le 3 mars 2016]. Disponible: www.ovs.ch/sante/evolution-structure-population-valais.html.
- 3 Carpenter CR, Heard K, Wilber S, Ginde AA, Stiffler K, Gerson LW, et al. Research priorities for high-quality geriatric emergency care: medication management, screening, and prevention and functional assessment. *Acad Emerg Med*. 2011 Jun;18(6):644–54.
- 4 Salvi F, Mattioli A, Giannini E, Vita D, Morichi V, Fallani M, et al. Pattern of use and presenting complaints of older patients visiting an Emergency Department in Italy. *Aging Clin Exp Res*. 2013 Oct;25(5):583–90.
- 5 Société française de médecine d'urgence. Infirmière Organisatrice de l'Accueil, Référentiel IOA 2004 [En ligne]. Paris; 2004. [cité le 3 mars 2016]. Disponible: <http://www.sfm.org/upload/referentielsSFMU/ioa2004.pdf>.
- 6 Voyer P. Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie : une approche adaptée aux CHSLD. Saint-Laurent, Québec: Éditions du Renouveau pédagogique; 2006.
- 7 Taylor BJ, Rush KL, Robinson CA. Nurses' experiences of caring for the older adult in the emergency department: A focused ethnography. *Int Emerg Nurs*. 2015 Apr;23(2):185–9.
- 8 Duquesne F. Vulnérabilité de la personne âgée. Dans: Société française de médecine d'urgence. Conférences : personne âgée en structures d'urgence [En ligne]. [cité le 3 mars 2016]. Paris: Société française de médecine d'urgence; 2011. Disponible: http://sofia.medicalistes.org/spip/IMG/pdf/Vulnerabilite_de_la_personnes_agee.pdf.
- 9 Grossmann FF, Zumbunn T, Frauchiger A, Delport K, Bingisser R, Nickel CH. At Risk of Undertriage? Testing the Performance and Accuracy of the Emergency Severity Index in Older Emergency Department Patients. *Ann Emerg Med*. 2012 Sep;60(3):317–25.e3.
10. Bissett M, Cusick A, Lannin NA. Functional assessments utilised in emergency departments: a systematic review. *Age Ageing*. 2013 Sept;42(2):163–72.
- 11 Büla C, Jaccard Ruedin H, Carron PN Personnes âgées aux urgences: défis actuels et futurs. *Rev Med Suisse*. 2012 Aug;350:1534–8.
- 12 Baumbusch J, Shaw M. Geriatric Emergency Nurses: Addressing the Needs of an Aging Population. *J Emerg Nurs*. 2011 Jul;37(4):321–7.
- 13 Kihlgren AL, Nilsson M, Sørli V. Caring for older patients at an emergency department—emergency nurses' reasoning. *J Clin Nurs*. 2005 May;14(5):601–8.
- 14 Roethler C, Adelman T, Parsons V. Assessing emergency nurses' geriatric knowledge and perceptions of their geriatric care. *J Emerg Nurs*. 2011 Mar;37(2):132–7.
- 15 Boltz M, Parke B, Shuluk J, Capezuti E, Galvin JE. Care of the older adult in the emergency department: Nurses' views of the pressing issues. *Gerontologist*. 2013 Feb;53(3):441–53.
- 16 Rutschmann OT, Chevalley T, Zumwald C, Luthy C, Vermeulen B, Sarasin FP. Pitfalls in the emergency department triage of frail elderly patients without specific complaints. *Swiss Med Wkly*. 2005 Mar;135(9-10):145–50.
- 17 Deasey D, Kable A, Jeong S. Influence of nurses' knowledge of ageing and attitudes towards older people on therapeutic interactions in emergency care: A literature review. *Australas J Ageing*. 2014 Dec;33(4):229–36.
- 18 Rosted E, Wagner L, Hendriksen C, Poulsen I. Geriatric nursing assessment and intervention in an emergency department: a pilot study. *Int J Older People Nurs*. 2012 Jun;7(2):141–51.
- 19 Peters ML. The older adult in the emergency department: aging and atypical illness presentation. *J Emerg Nurs*. 2010 Jan;36(1):29–34.
- 20 Tucker G, Clark NK, Abraham I. Enhancing ED Triage to Accommodate the Special Needs of Geriatric Patients. *J Emerg Nurs*. 2013 May;39(3):309–14.
- 21 LaMantia MA, Stewart PW, Platts-Mills TF, Biese KJ, Forbach C, Zamora E, et al. Predictive value of initial triage vital signs for critically ill older adults. *West J Emerg Med*. 2013 Sep;14(5):453–60.
- 22 Samaras N, Chevalley T, Samaras D, Gold G. Older Patients in the Emergency Department: A Review. *Ann Emerg Med*. 2010 Sep;56(3):261–9.
- 23 Skar P, Bruce A, Sheets D. The organizational culture of emergency departments and the effect on care of older adults: a modified scoping study. *Int Emerg Nurs*. 2015 Apr;23(2):174–8.
- 24 Désy PM, Prochaska TR. The Geriatric Emergency Nursing Education (GENE) course: an evaluation. *J Emerg Nurs*. 2008 Oct;34(5):396–402.
- 25 King IM. King's theory of goal attainment. *Nurs Sci Q*. 1992 Spring;5(1):19–26.
- 26 Fortin F. Fondements et étapes du processus de recherche. Montréal:Les Editions de la Chenelière; 2010.
- 27 Administration Fédérale. RS 210 Code civil suisse du 10 décembre 1907 [En ligne]. Genève: Le conseil fédéral Suisse; 2016. [cité le 3 mars 2016]. Disponible: <https://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/19070042/index.html>
- 28 American College of Emergency Physicians, American Geriatrics Society, Emergency Nurses Association, Society for Academic Emergency Medicine, Geriatric Emergency Department Guidelines Task Force. Geriatric emergency department guidelines. *Ann Emerg Med*. 2014 May;63(5):e7–25.