



Department of Clinical Epidemiology and
Community Studies
*Département d'épidémiologie clinique et
d'études communautaires*

SOINS D'URGENCE GERIATRIQUES : RECOMMANDATIONS DE POLITIQUE

**Le présent document émane d'une « séance de réflexion »
tenue en conjonction avec le Programme Gériatrique,
Congrès International Interdisciplinaire sur les Urgences,
Montréal, 29 Juin 2005
(CIU 2005)**

Préparé par :

Belinda Parke MSN PhD (Cand.)

Infirmière clinicienne spécialisée – Santé des aînés
Fraser Health, Colombie-Britannique, Canada

Coordinatrice et animatrice CIU 2005
Table ronde et Séance de réflexion

Jane McCusker MD, DrPH

Directrice, Département d'épidémiologie clinique et d'études communautaires,
Centre Hospitalier de St. Mary
Professeur, Département d'épidémiologie, de biostatistique,
et de santé au travail, Université McGill

Présidente du Comité d'Organisation du
Programme Gériatrique, CIU 2005



**Department of Clinical Epidemiology and Community Studies/
Département d'épidémiologie clinique et d'études communautaires
St. Mary's Hospital Center/Centre hospitalier de St-Mary
3830, Avenue Lacombe, Montréal (Québec), H3T 1M5, Canada**

9 juin, 2006

Remerciements

Les auteurs souhaitent remercier les personnes suivantes
de leur contribution :

Experts de la Table ronde

Linda August, MSW, SW
Travail social
Canada

Louise Mallet, Pharm D
Pharmacie
Canada

Katherine Berg, PhD, PT
Physiothérapie
Canada

Lorraine Mion, PhD, RN
Soins infirmiers gériatriques
Etats-Unis

Betty Ann Busse, MscHA, BSN
Administration
Canada

Manish N. Shah, MD, FACEP
Médecine d'urgence
Etats-Unis

Mary Fenn, RN, Dip Health Sc
Soins infirmiers communautaires -
urgences
Australie

Josée Verdon, MD, MSc, FRCP(C)
Gériatrie
Canada

Participants à la Séance de réflexion

Kashif Baig, BScOT, MBA
Ergothérapeute
Canada

Lowell Gerson, PhD
Epidémiologiste
Etats-Unis

Jane Bankes, RN, MN
Coordinatrice de la planification des
services aux personnes âgées
Canada

Eddy Lang, MD
Personnel traitant,
Département d'urgence
Canada

Sophia de Rooij, MD
Interniste-gériatre
Pays-Bas

Stephanie Mathijssen, MD, MPH
Psychiatre
Ecosse

Kathleen Friesen, MA
Directrice de projet,
Services gériatriques
Canada

Carol McGrandles, BScN
Directrice de Services de santé
Canada

Dora Fog, RN, MPH
Infirmière en chef, Réadaptation
Danemark

Claude Rivard, MD
Médecin chef, Département d'urgence
Canada

Elizabeth Rosted, RN, MScN
Infirmière clinicienne spécialisée
Danemark

Nathalie Veillette, OT, (PhD. Cand.)
Sciences biomédicales
Canada

Examineurs Extérieurs

Marilyn Bater, MD
Médecine gériatrique
Directrice médicale, Programmes aux personnes âgées
Canada

Arthur Sanders, MD
Médecine d'urgence
Etats-Unis

Lucie Tremblay, N. M.Sc., Adm. A
Directrice des Soins infirmiers
Canada

Urbain Ip, MD
Coprésident, Service clinique des urgences,
Equipe planification et prestation, Fraser Health
Canada

Merci à Maria Gordon et Desmond Bliet pour leur assistance administrative. Nous tenons à remercier Fraser Health de son soutien apporté à cette initiative, et plus particulièrement Betty Ann Busse, Vice-présidente Exécutive – Programmes de promotion de la santé et communautaires.

B. Parke
J. McCusker
mars 2006

RESUME

Aujourd'hui, les caractéristiques particulières d'une population vieillissante représentent un défi pour bon nombre d'autorités de la santé dans les pays développés occidentaux. Les services hospitaliers des urgences sont devenus un centre majeur de préoccupation du public. L'attention des médias a mis en évidence les retards accusés par les départements d'urgence (DU), ainsi que les longues attentes pour des lits d'hospitalisation et des examens et procédures de diagnostic. Cette situation a soulevé des préoccupations à l'égard de la sécurité des patients, de la rapidité des services des urgences, et de la qualité des soins dispensés dans cet environnement de soins aigus.

Un programme gériatrique s'est déroulé à l'occasion du premier Congrès International Interdisciplinaire sur les Urgences (CIU) qui s'est tenu à Montréal en juin 2005, identifiant les caractéristiques particulières qu'une population vieillissante apporte aux services des urgences. Une table ronde publique a été suivie d'une séance de réflexion réunissant des experts interdisciplinaires spécialisés dans les services des urgences gériatriques en provenance de six pays. Des recommandations de pratiques d'excellence visant à faire progresser la prestation de soins et de services d'urgence auprès des aînés ont été développées au moyen d'une technique de groupe nominal. Ceci a été suivi de plusieurs séries de débats afin de parvenir à un consensus au niveau des classements, et la contribution d'experts extérieurs. Sept catégories de recommandations ont été développées : éducation, intégration et coordination des soins, ressources, environnement physique DU, pratiques fondées sur des données probantes, recherche et évaluation, et plaidoyer. Ces recommandations peuvent aider les chercheurs, les

administrateurs, les responsables de politiques, et les cliniciens à déterminer les orientations futures dans le but d'améliorer la prestation de soins et services d'urgence.

INTRODUCTION

Aujourd'hui, les caractéristiques particulières d'une population vieillissante représentent un défi pour bon nombre d'autorités de la santé dans les pays développés occidentaux. Les services hospitaliers des urgences sont devenus un centre majeur de préoccupation du public. L'attention des médias a mis en évidence les retards accusés par les départements d'urgence (DU), ainsi que les longues attentes pour des lits d'hospitalisation et des examens et procédures de diagnostic. Cette situation a soulevé des préoccupations à l'égard de la sécurité des patients, de la rapidité des services des urgences, et de la qualité des soins dispensés dans cet environnement de soins aigus.

Le DU canalise le flux de patients à travers le système hospitalier et constitue un lien important entre l'hospitalisation des patients et la communauté (1). La documentation reconnaît les aînés (2) comme un groupe démographique distinct ayant des besoins insatisfaits multiples (à savoir, médicaux, fonctionnels, cognitifs, et soutien social) nécessitant une réponse interdisciplinaire gériatrique d'urgence coordonnée (3-6). Non seulement cette population exige une approche différente des soins, mais sa vulnérabilité à des résultats cliniques défavorables et à un déclin fonctionnel peut perpétuer une dépendance à l'égard du système de soins de santé (1, 7, 8).

Le premier Congrès International Interdisciplinaire sur les Urgences (CIU) qui s'est tenu à Montréal en juin 2005 a identifié les caractéristiques particulières qu'une population vieillissante apporte aux services des urgences. A l'occasion de ce congrès, un programme gériatrique spécial a été organisé, rassemblant pour la première fois des

chercheurs, des cliniciens, et des administrateurs de différents pays, pour discuter des questions afférentes aux aînés au sein du DU.

Ce programme gériatrique comprenait notamment une table ronde publique et une séance de réflexion parrainées par Fraser Health, Colombie-Britannique, Canada (Voir Annexe A). Cette activité a réuni des experts interdisciplinaires spécialisés dans les services d'urgences gériatriques en provenance de plusieurs pays. Cette séance a tenté d'approfondir le travail accompli par la RASP (activité visant à déterminer les priorités de recherche) de l'American Geriatric Society : «New Frontiers in Geriatrics Research: An Agenda for Surgical and Related Medical Specialties » (nouvelles frontières dans la recherche gériatrique : les priorités pour les spécialités chirurgicales et médicales apparentées) (9). L'objectif était de développer des recommandations de politique visant à faire progresser la prestation de soins et de services d'urgence auprès des aînés (4). Le présent rapport décrit le processus suivi par les participants pour identifier les catégories de politiques et présente les recommandations découlant de la séance de réflexion. Des données factuelles à l'appui étayaient le raisonnement des recommandations.

CONTEXTE DES ORIENTATIONS DE LA POLITIQUE

Les aînés sont des usagers fréquents des services hospitaliers et sont plus susceptibles que les adultes plus jeunes de faire appel à ces services (10). Par exemple, les tendances nationales de 1997/98 ont indiqué que les aînés représentaient 35% des 3 millions de sorties des hôpitaux canadiens et 52% des 21 millions de journées d'hospitalisation, et près d'un tiers de l'ensemble des démarches diagnostiques et actes chirurgicaux primaires exécutés dans les hôpitaux pendant cette période (11).

La demande en services d'urgence est apparentée à des facteurs multiples et concomitants comprenant le vieillissement de la population avec acuité accrue, l'accès limité aux médecins de soins primaires, et le manque d'alternatives communautaires (12, 13). Par rapport aux plus jeunes, les aînés font non seulement plus souvent appel aux services des urgences hospitaliers, mais consomment également davantage de ressources lors d'une consultation, ont une urgence plus grande, séjournent plus longtemps au DU, et sont plus susceptibles de revenir pour une nouvelle consultation (2, 7, 14). Les aînés connaissent également des taux supérieurs de résultats cliniques défavorables après leur sortie de l'hôpital (7) et lorsqu'on leur pose la question les aînés font état de la nécessité de recevoir davantage d'informations et d'une amélioration des communications avec les professionnels des DU (15).

Les données de l'Institut Canadien d'Information sur la Santé (ICIS) révèlent que 18,3% des femmes et 15,1% des hommes ayant fait appel au DU en 2001 avaient plus de 65 ans, ont été classés après triage dans des catégories nécessitant des prestations de soins aigus importants, et la plupart ont été renvoyés à leur domicile au sein de la communauté. Dans l'ensemble, les données disponibles suggèrent que la majorité des aînés (65 ans et +) se rendant en salle des urgences sont atteints de maladie aiguë, présentent des taux élevés de morbidité, et sont plus souvent hospitalisés (Voir Annexe B – Données ICIS Tabulées).

Bien que les aînés au DU soient un groupe hétérogène, les données factuelles montrent qu'ils présentent davantage de besoins de santé chroniques en relation avec leur vieillissement. Les maladies cardiovasculaires, l'hypertension et les accidents vasculaires cérébraux, les maladies respiratoires, le diabète, les problèmes digestifs, et

l'arthrite font partie des pathologies cliniques les plus courantes (11, 16, 17). En 1996, 82% de l'ensemble des aînés vivant à la maison présentaient une pathologie chronique et 28% étaient limités dans au moins certaines activités en raison de leur pathologie chronique (17). De plus, 25% de l'ensemble des aînés vivant à la maison et 45% des aînés de plus de 85 ans souffraient d'une invalidité de longue durée (17, 18). Jusqu'à 67% des coûts directs de santé en Colombie-Britannique, Canada, sont imputables à ces pathologies chroniques (19).

La tendance des maladies chroniques à s'accumuler avec l'âge entraîne une détérioration fonctionnelle et une invalidité accrue, ainsi qu'une dépendance (3). Les données factuelles indiquent que la réponse aux besoins des aînés exige des services de santé, de réadaptation et sociaux communautaires à la fois coordonnés, complets et intégrés (7, 9).

Les prédicteurs des consultations DU chez les aînés sont principalement apparentés au besoin et comprennent les diagnostics médicaux, la capacité cognitive, la capacité fonctionnelle, le nombre de médicaments et les problèmes co-morbides, et les consultations antérieures du DU ou un séjour d'une nuit à l'hôpital (5, 20-24). Outre le besoin, les problèmes d'accès aux et de continuité des soins primaires contribuent à un usage accru du DU (5). Parmi les événements indésirables potentiellement évitables suivant une consultation au DU au sein de cette population figurent déclin fonctionnel, nouvelles consultations du DU, hospitalisation, admission en maison de santé, et décès (25).

Les essais contrôlés conduits dans plusieurs pays – Canada (26), Etats-Unis (27), Royaume-Uni (28), Australie (29) – ont indiqué que certains événements indésirables

pouvaient être évités ou améliorés au moyen d'interventions gériatriques au DU (ex. liaison par l'infirmière et planification de la sortie de l'hôpital). Toutefois, la mesure dans laquelle ces approches sont adoptées par les hôpitaux et leurs conséquences sur la sécurité des patients ne sont pas bien comprises. De plus, les facteurs contextuels pouvant avoir un impact sur ces résultats (hôpital et communauté) exigent des investigations complémentaires. Parmi les éléments spécifiques de l'organisation des hôpitaux à étudier figurent : disponibilité et déploiement des ressources ; liaisons et communication entre le DU et les médecins communautaires et services de soins à domicile.

D'autres expérimentations ont été conduites pour réduire la fréquence des hospitalisations de patients, les consultations à répétition, et les consultations inappropriées au DU. Les expérimentations se sont échelonnées d'équipes pluridisciplinaires basées au DU à des modèles consultatifs intégrant des processus de recherche de cas et d'orientation avec le déploiement communautaire de ressources (30-36). L'Annexe C contient une liste des expérimentations pertinentes ; les différences de méthodologie d'étude, de type d'expérimentation et de populations cibles ont produit des résultats variables.

L'environnement DU très chargé, souvent intense, encourage une focalisation sur le traitement rapide des patients et les suites à donner. Une incapacité à assimiler les caractéristiques particulières d'une population vieillissante peut contribuer à une sortie prématurée de l'hôpital et des taux accrus de nouvelles consultations et autres résultats cliniques défavorables ayant un impact sur la sécurité des patients. Les facteurs compromettant la sécurité revêtent une importance primordiale pour le DU et les soins

des patients plus âgés, qui sont particulièrement vulnérables en raison de leurs taux supérieurs de co-morbidité, de troubles physiques et cognitifs, et de polypharmacie. Une orientation de politique est nécessaire pour focaliser les efforts afin : (a) d'améliorer la réponse du DU à la population vieillissante aussi bien au niveau hospitalier que communautaire, et (b) de déterminer l'efficacité des innovations au niveau des services de soins à domicile, des types et de la disponibilité des services de soins primaires, et de l'intégration des services entre le DU hospitalier et le domicile.

METHODES

Table ronde

Les participants à la séance ont écouté les présentations de huit experts. Chaque expert a présenté, du point de vue de sa discipline et de son expérience professionnelle dans le domaine de l'urgence gériatrique, ses opinions sur deux questions :

1. Quels sont les écarts entre les pratiques actuelles et les pratiques d'excellence?
2. Que manque-t-il pour atteindre les pratiques d'excellence?

Les participants à la table ronde ont également eu l'opportunité de répondre aux mêmes questions. Des scribes ont recueilli les commentaires et les questions soulevés par les participants, ainsi que les réponses des experts.

Séance de réflexion

Lors de la séance de réflexion, les experts ont rejoint d'autres participants invités dans le but de poursuivre les discussions entamées au cours de la table ronde. La séance de réflexion avait pour objectif de donner une dimension interdisciplinaire et internationale au document RASP à orientation médicale (9) en recherchant un consensus

sur les recommandations de politique. Les recommandations de politique ont offert des orientations futures visant à faire progresser les pratiques d'excellence interdisciplinaires pour la prestation de soins et de services d'urgence gériatrique. A titre d'informations générales, les participants ont examiné l'article de la RASP avant la séance de réflexion afin de se familiariser avec les études antérieures, et de contribuer aux délibérations du point de vue de leur discipline.

Une technique du groupe nominal (GN) (37) a été choisie comme l'approche la mieux adaptée à l'exploration des problèmes et au partage des connaissances pour parvenir à un consensus de groupe. Cette technique est définie comme un outil de planification de consensus aidant à classer les problèmes par ordre de priorité. La technique GN a suivi cinq étapes.

1^{ère} étape : Génération silencieuse d'idées par écrit

Les participants à la séance de réflexion se sont divisés en groupes de plus petite taille. Les participants ont passé plusieurs minutes en silence et en privé à réfléchir à leur réponse à cette question : *Quelles sont les recommandations de politique nécessaires pour combler l'écart et faire progresser les pratiques d'excellence gériatriques dans le service des urgences?* Une fois les idées générées en silence, chaque groupe a exploré les réponses à cette question ; un animateur de groupe s'est assuré du bon déroulement et de la bonne orientation des débats, tandis qu'un participant a pris des notes sur les discussions.

2^{ème} étape : Consignation tour de table des idées sur un tableau à feuilles mobiles

Avec les participants toujours répartis en groupes, les idées ont été partagées dans le cadre d'un tour de table (chacun son tour) et les réponses ont été notées sur un tableau

à feuilles mobiles. Cette procédure s'est poursuivie jusqu'à ce que chaque participant ait proposé sa première priorité. Ceci a été suivi d'un débat en petits groupes.

3^{ème} étape : Discussions en série à des fins de clarification

Les petits groupes ont fait part de leurs quatre premières priorités et ont fourni des explications selon les besoins. Tous les participants ont débattu de la pertinence des priorités aux pratiques actuelles. Les notes de ces discussions ont été rassemblées sur des tableaux à feuilles mobiles grand format, qui ont ultérieurement servi d'outils visuels au processus de vote.

4^{ème} étape : Vote préliminaire sur l'ordre d'importance

Les participants ont classé, par ordre d'importance, les idées consignées sur le tableau à feuilles mobiles. Les feuilles du tableau ont été collectées et les résultats tabulés conjointement au feedback des participants issu des discussions en petits groupes. Les votes ont été conduits en remettant à l'ensemble des participants des autocollants de couleur (à savoir, or, argent, rouge et bleu) valant différents points (à savoir, 4, 3, 2, et 1 respectivement). Les participants ont placé ces autocollants sur les tableaux à feuilles mobiles présentant les recommandations. Par exemple, un autocollant or valait quatre points, tandis qu'un autocollant bleu valait un point. Le classement par ordre de priorité des recommandations et la méthode de notation par points ont permis au groupe d'attribuer davantage de points à certains sujets en cas d'égalité. Le tableau 1 présente les résultats des votes du premier tour :

Tableau 1 : Tabulations des Votes du Premier Tour

Classement	Recommandation	Or	Argent	Rouge	Bleu	TOTAL
1	Education	16	9	10	5	40
2	Intégration/soins coordonnés	12	15	10	3	40
3	Ressources de base	20	6		1	27
4	Micro-environnement	4	15	4	4	27
5	Pratiques fondées sur des données probantes	12		10	2	24
6	Recherche	4	6	4	5	19
7	Engagement gouvernemental et de politique	16		2		18
8	Informatisation	4	3	2	1	10
9	Accès aux spécialistes gériatriques au sein du DU		3		3	
10	Ressources au sein du DU		3			3
11	Affectation des budgets		3			3
12	Plaidoyer/lobbying			2	1	3
13	Processus et systèmes					

5^{ème} étape : Discussion du vote préliminaire

La clarification du vote préliminaire a été discutée brièvement, le but étant de parvenir à un consensus. Les participants ont débattu des résultats et ont fourni une justification complémentaire de leurs points de vue. Ceci s’est traduit par un vote final pour la séance. La 4^{ème} étape a été répétée à l’issue de la séance une fois toutes les informations tabulées ; le vote final a été conduit par voie électronique.

Gestion et Analyse des Données

Au terme de la manifestation, les informations issues des groupes de travail et des présentations de table ronde publique ont été réorganisées en utilisant une méthode d’analyse comparative constante (38). Cette réorganisation a suivi les étapes suivantes : (a) transcription des tableaux à feuilles mobiles et des notes relevées par les scribes, (b) validation et intégration du feedback des participants ; et (c) analyse et catégorisation pour éliminer les répétitions et redondances manifestes.

Les participants ont validé par voie électronique les documents résultants. Les attributs descriptifs des catégories ont été formulés en énoncés de recommandations. Plusieurs catégories ont été comprimées au cours du deuxième tour du processus de groupe nominal pour former une seule catégorie, réduisant ainsi leur nombre à sept, au lieu de treize. Chaque catégorie comportait une définition correspondante. Au terme du processus de groupe nominal par tours, les participants ont nommé un examinateur extérieur pour fournir un feedback et valider les recommandations de politique finales. Onze personnes ont été nommées et quatre ont accepté l'invitation de faire office d'examineur extérieur.

RESULTATS : RECOMMANDATIONS DE POLITIQUE

Les catégories représentent les questions de politique identifiées par les participants comme revêtant une importance cruciale pour l'amélioration ou l'atteinte des pratiques d'excellence dans les services des urgences pour les aînés. Les catégories et les recommandations correspondantes sont classées par ordre hiérarchique (de la plus importante à la moins importante). La hiérarchisation des catégories et des recommandations est restée constante tout au long du processus. Il convient toutefois de noter que les experts universitaires et cliniques ont établi une hiérarchisation différente ; les participants universitaires ont accordé plus d'importance à la génération de nouvelles connaissances tandis que les cliniciens et les administrateurs ont focalisé davantage leur attention sur les aspects opérationnels de la prestation des soins et services. Les deux groupes ont considéré que le transfert de nouvelles connaissances en opérations revêtait

une importance cruciale. Les catégories et recommandations suivantes sont une synthèse des contributions de l'ensemble des participants.

CATEGORIES ET RECOMMANDATIONS DE POLITIQUE

1^{ère} CATEGORIE : EDUCATION

Définition pratique :

Les activités formelles qui :

- (a) consolident les compétences et connaissances des professionnels exerçant dans les domaines des urgences et de la gérontologie ;*
- (b) encouragent une collaboration interdisciplinaire et favorisent la clarté des rôles ;*
et
- (c) encouragent une auto-prise en charge indépendante chez l'ensemble des citoyens.*

1.1 Education

Recommandations

- 1.1.1 Faire pression sur les organismes d'enseignement d'agrément et les associations professionnelles pour obtenir des changements aux programmes d'enseignement en exigeant une gérontologie interdisciplinaire.
- 1.1.2 Faire pression sur les établissements d'enseignement pour mettre en œuvre des programmes d'enseignement de gérontologie interdisciplinaire dans les programmes médicaux de 1^{er} cycle, d'études supérieures et programmes préparatoires à un diplôme de deuxième cycle.
- 1.1.3 Développer des compétences gériatriques interdisciplinaires de base.
- 1.1.4 Développer et assurer une éducation professionnelle focalisée pour accroître le niveau de compétences et connaissances du personnel des DU.
- 1.1.5 Développer et fournir des ouvrages pédagogiques d'auto-prise en charge pour les aînés intéressés et aptes et leurs familles.

2^{ème} CATEGORIE : INTEGRATION & COORDINATION DES SOINS

Définition pratique :

Allier les activités hospitalières et communautaires ; un système fluide et réceptif qui agit en totale harmonie.

2.1 Infrastructure, systèmes et processus (à savoir, renforcer la réponse communautaire pour les populations âgées vulnérables).

Recommandations

- 2.1.1 Etablir des mécanismes opérationnels hospitaliers de soins aigus locaux pour faciliter la hiérarchisation de l'accès aux services dans le flux entre le DU, le patient hospitalisé, et la communauté.
- 2.1.2 Elargir le répertoire d'options de services DU (à savoir, déployer un soutien à domicile communautaire à court terme de la part du DU, élargir les options communautaires pour une intervention précoce).
- 2.1.3 Etablir des collaborations de services DU – communautaires communs afin de développer des innovations dans la gestion de la transition et la continuité des soins chez les personnes âgées fragiles (à savoir, voies de gestion intégrée des maladies chroniques pour les aînés).
- 2.1.4 Etablir des mécanismes pour une détection précoce des problèmes remédiables (à savoir, processus de dépistage et surveillance des groupes à haut risque au sein de la communauté et du DU) pour garantir le déploiement des bons services gériatriques au bon moment et au bon endroit par le DU.
- 2.1.5 Développer des programmes et ressources communautaires de santé mentale.
- 2.1.6 Conduire des projets pilotes innovateurs pour déterminer l'efficacité d'autres modèles de prestation de services (à savoir, DU gériatrique post-triage, unités d'évaluation et d'observation, DU spécifique aux personnes âgées).
- 2.1.7 Développer des modèles de soins partagés et de nouvelles liaisons dans le cadre de partenariats de prestataires communautaires (à savoir, infirmiers praticiens/infirmières praticiennes, techniciens médicaux d'urgence, communauté, pharmaciens, responsables de la gestion des cas, et autres premiers intervenants).
- 2.1.8 Développer un mécanisme d'accès 24h/24 aux médecins de soins primaires.

2.2 Communication

Recommandations

- 2.2.1 Améliorer la communication et l'échange d'informations entre les services, les partenaires des réseaux intégrés, et entre les membres des équipes interdisciplinaires (à savoir, prestataires de soins primaires, le DU et les aînés et leurs familles).
- 2.2.2 Conduire des entretiens avec les aînés et les familles pour déterminer l'efficacité des services DU.
- 2.2.3 Etablir des mécanismes de résolution des sujets de préoccupation.
- 2.2.4 Exploiter la technologie informatique pour soutenir l'inter et l'intra prestation de services sur l'ensemble du continuum de soins.

2.3 Systèmes Informatiques

Recommandations

- 2.3.1 Etablir un accès rapide aux informations de base de données au sein du DU entre les différents prestataires interdisciplinaires.
- 2.3.2 Renforcer le rôle du praticien de soins primaires en améliorant l'accès réciproque aux informations entre les médecins de famille et le DU.

3^{ème} CATEGORIE : RESSOURCES

Définition pratique :

Tout ce qui est requis pour améliorer les soins et services aux aînés au sein du DU (à savoir, ressources financières et personnes jouissant d'une expertise).

3.1 Accès à des spécialistes gériatriques interdisciplinaires au sein du DU

Recommandations

- 3.1.1 Etablir des effectifs interdisciplinaires qui reflètent les besoins des patients gériatriques du DU en élargissant l'expertise clinique au sein du DU aux ergothérapeutes, physiothérapeutes, pharmaciens cliniques, infirmiers/infirmières gériatriques, travailleurs sociaux et gériatres.

3.2 Support d'infrastructure local

Recommandations

- 3.2.2 Redéployer les ressources interdisciplinaires existantes pour établir un équilibre entre la prévention des hospitalisations et les sorties de l'hôpital.
- 3.2.3 Fournir des supports d'infrastructure aux membres des équipes interdisciplinaires tels que ordinateurs, accès à la documentation, outils d'évaluation et de référence rapides personnalisés, et éducation.
- 3.2.4 Etablir des systèmes et processus DU culturellement sensibles à l'âge.

3.3 Fournir des fonds supplémentaires

Recommandations

- 3.3.1 Conduire un examen en vue de la soumission de recommandations de processus de financement pour les médecins DU, et rémunérations des spécialistes gériatriques interdisciplinaires.
- 3.3.2 Réaffecter les ressources de santé pour soutenir les innovations permettant aux aînés de rester à la maison en diminuant par là-même les probabilités de traitements non urgents aux DU.

4^{ème} CATEGORIE : ENVIRONNEMENT PHYSIQUE DU DU

Définition pratique :

L'environnement bâti observable du DU ; ses caractéristiques architecturales, sa configuration physique, ses équipements, son mobilier, et son décor.

4.1 Environnement Physique du DU

Recommandations

- 4.1.1 Etablir un environnement physique qui favorise la sécurité et encourage un fonctionnement indépendant. Parmi les éléments clés figurent meubles, éclairages, signalétique/signalisation, et équipement approprié.
- 4.1.2 Fournir au DU des caractéristiques de matériel et de conception physique appropriées pour soutenir la capacité fonctionnelle chez les aînés.
- 4.1.3 Conduire des études pour établir des données factuelles sur les améliorations de l'environnement physique afin de déterminer l'efficacité des interventions au niveau de la conception.

5^{ème} CATEGORIE : PRATIQUES FONDEES SUR DES DONNEES PROBANTES (étroitement liée à la catégorie recherche)

Définition pratique :

Cette catégorie est focalisée sur la traduction des connaissances sur le lieu de travail. En conséquence, les données probantes représentent les informations et les connaissances acquises à travers une évaluation scientifique des pratiques. L'usage continu des meilleures connaissances interdisciplinaires disponibles dans la prise de décisions gériatriques et cliniques d'urgence intègre l'incorporation de données probantes issues de la recherche, de l'expertise clinique, et des préférences des aînés éclairant les décisions au sujet des personnes âgées au sein du DU.

5.1 Pratiques Fondées sur des Données Probantes

Recommandations

- 5.1.1 Améliorer la traduction des connaissances issues de la recherche pour développer des pratiques fondées sur des données probantes pour les pathologies, les syndromes et la gestion thérapeutique gériatriques.
- 5.1.2 Mettre en œuvre des outils cliniques basés sur des directives de pratiques cliniques et des normes de pratiques d'excellence.
- 5.1.3 Développer des normes de pratiques d'excellence DU gériatriques pour toutes les disciplines.
- 5.1.4 Etablir une amélioration continue de la qualité en incorporant des principes de pratiques d'excellence gériatriques.
- 5.1.5 Etablir des compétences de base pour l'évaluation et le diagnostic de présentations atypiques de pathologies et maladies (à savoir, douleurs abdominales, troubles cognitifs, infection).
- 5.1.6 Développer un mécanisme DU pour le dépistage de risques de routine (à savoir, chutes, mauvais traitements infligés aux personnes âgées).
- 5.1.7 Etablir des normes de qualité DU gériatriques nationales.

6^{ème} CATEGORIE : RECHERCHE ET EVALUATION

Définition pratique :

Une approche systématique pour répondre aux questions pertinentes à la santé et au bien-être des aînés au sein du DU.

6.1 Recherche et Evaluation

Recommandations

- 6.1.1 Etablir un ordre du jour de recherche interdisciplinaire international sur les pratiques d'excellence DU dans les domaines de la gériatrie, des services de santé, et des études cliniques.
- 6.1.2 Etablir des normes, des résultats mesurables spécifiques à la gériatrie interdisciplinaire DU qui soient accessibles et réalistes.
- 6.1.3 Etablir des résultats mesurables appropriés spécifiques à la médecine d'urgence gériatrique.

7^{ème} CATEGORIE : PLAIDOYER

Définition pratique :

Le lancement et le soutien d'actions pour répondre aux besoins des aînés consultant le DU.

7.1 Plaidoyer

Recommandations

- 7.1.1 Développer un plan coordonné pour sensibiliser, faire pression pour le développement de politiques et obtenir un financement dans la sphère politique (à savoir, organisations gouvernementales, organisations [personnes âgées] non gouvernementales (ONG), ensemble des citoyens).
- 7.1.2 Développer des réseaux, des coalitions et des liaisons avec les décideurs pour obtenir un soutien politique.
- 7.1.3 Forger des alliances avec les associations professionnelles existantes.

Résumé

Dans l'ensemble, tous les participants à la séance de réflexion et les examinateurs extérieurs ont accepté le classement et la catégorisation des recommandations à l'exception de deux catégories. Un participant a estimé que la 5^{ème} Catégorie : Pratiques Fondées sur des Données Probantes devait être classée en tête avant toutes les autres parce que de son avis, toutes les autres recommandations devaient découler des pratiques fondées sur des données probantes. Un examinateur extérieur a soutenu que la 4^{ème} Catégorie : Environnement Physique devait être classée en septième position. Les recommandations supplémentaires suivantes ont été suggérées et incorporées au document :

1^{ère} Catégorie : Education – Fournir un enseignement professionnel aux professionnels des soins de santé gériatriques sur les soins médicaux d'urgence et

éduquer les patients sur l'usage approprié du système d'assistance médicale d'urgence (AMU) et du DU ;

2^{ème} Catégorie : Communication – Le besoin d'inclure des informations sur les transferts entre les DU et les structures et maisons de santé compétentes ;

3^{ème} Catégorie : Ressources – Le besoin de ressources DU et AMU pour parer à un pic d'affluence suggérant que « le système AMU et le DU au sein de nombreuses communautés sont confrontés à de sérieux problèmes de surpeuplement et de limitation des ressources. A l'avenir, des ressources doivent être disponibles pour répondre à l'usage largement plus important du DU avec l'augmentation du nombre de patients plus âgés dans beaucoup de pays. Ceci grèvera davantage nos capacités limitées »

(Examineur Extérieur 2).

5^{ème} Catégorie : Recherche et Evaluation – Accroître le financement pour la recherche de médecine d'urgence gériatrique afin de faire progresser la qualité des soins.

CONCLUSION

Une consultation du DU par un aîné est un évènement sentinelle souvent associé à de nouveaux besoins de traitement et /ou services. La gestion appropriée de cet évènement peut avoir des répercussions importantes sur la sécurité à long terme, la morbidité, et l'utilisation continue. Une attention focalisée et des efforts coordonnés sont requis pour faire progresser les soins cliniques et les services de santé organisationnels.

Ce rapport a regroupé les données probantes de pratiques d'excellence présentées lors de la table ronde et de la séance de réflexion au cours du Programme Gériatrique du Congrès CIIU 2005, et a formulé les recommandations émanant de ces deux activités. La

synthèse de ces informations pourrait éventuellement aider les chercheurs, les administrateurs, et les cliniciens à déterminer les orientations futures dans le but d'améliorer la prestation des soins et services d'urgence.

ANNEXE A

Fraser Health (FH) est une zone géographiquement importante représentant 22 municipalités et est la région de santé qui connaît l'expansion la plus rapide en Colombie-Britannique. Chaque année, la population augmente de près de 25 000 personnes, soit plus de la moitié de la croissance totale de la province. FH dessert actuellement 1,5 million de personnes et d'ici à 2020 la population devrait atteindre 1,91 million.

La demande de services de santé au sein de FH devrait augmenter et devenir plus complexe en raison de la croissance et de l'évolution démographique. A l'heure actuelle, 13% de la population est âgée de 65 ans et d'ici à 2010 la population des plus de 65 ans devrait augmenter de 23% ou 41 500 personnes.

Les prévisions démographiques indiquent que la tranche d'âge des plus de 65 ans atteindra 210 000 personnes au total d'ici à 2010 avec 30 000 personnes de plus de 85 ans et 70 000 de plus de 75 ans. Cette évolution a des répercussions considérables sur tous les éléments des services de soins de santé.

En tant que région de santé, FH est responsable de la prévention, de la santé mentale, des soins à domicile et communautaires, ainsi que des services de soins en établissement et aigus. FH compte douze sites hospitaliers de soins aigus, et plus de 7 000 lits de soins en établissement. FH compte plus de 22 000 employés directs et sous-traités.

ANNEXE B

Données Tabulées de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS)

Source des Données

- Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA) - ICIS –2001. Les données ont été extraites du site Internet de l'ICIS à www.cihi.ca

Notes de Méthodologie

- Les consultations des Départements d'urgences (DU) pour l'exercice 2001 (1^{er} avril 2001 – 31 mars 2002) sont incluses ; l'exercice 2001 est la première année complète de données pour la base de données SNISA.
- Les hôpitaux de l'Ontario sont tenus par le Ministère de la Santé et des soins de longue durée de l'Ontario de soumettre les consultations des services des urgences à la base de données SNISA ; les données d'un établissement de Nouvelle-Écosse et d'un établissement de Colombie-Britannique sont également incluses.

Interprétation des Données

Les données présentées représentent le nombre de consultations des DU par âge à l'enregistrement et par sexe.

Suite à donner à une consultation fait référence à l'un des types suivants de sortie du DU :

- 1. Hospitalisation** (comprend les admissions en unité de soins intensifs ou en salle d'opération)
- 2. Décès** (comprend les décès aux urgences et les décès à l'arrivée)
- 3. Renvoi** au domicile
- 4. Départ contre avis médical**/traitement refusé
- 5. Autre** (comprend les patients non vus par un prestataire de soins de santé, les transferts vers d'autres établissements et transferts en chirurgie de jour, urgences des cliniques au sein du même établissement)

Les cinq **niveaux de triage** suivants pour les consultations des DU ont été développés par l'Association canadienne des médecins d'urgence (ACMU) avec des définitions conformes à l'Echelle canadienne de triage et de gravité pour les départements d'urgence (ETG).

1. Réanimation - Conditions qui menacent la vie ou la survie d'un membre (ou qui présentent un risque imminent de détérioration), commandant une intervention agressive et immédiate.

2. Très urgent - conditions représentant une menace potentielle pour la vie, l'intégrité d'un membre ou sa fonction, qui demandent une intervention médicale rapide ou bien l'exécution d'actes délégués.

3. Urgent - Conditions pouvant s'aggraver jusqu'à représenter un problème commandant une intervention urgente spécifique, pouvant être associées à un inconfort significatif ou affecter la capacité de travailler ou d'effectuer des activités journalières.

4. Moins urgent - Conditions qui, en relation avec l'âge du patient, le degré de détresse ou le potentiel de détérioration ou de complications, peuvent nécessiter une intervention ou des conseils dans un délai d'une à deux heures.

5. Non urgent - Conditions peut-être aiguës, mais non urgentes, ou pouvant relever d'un problème chronique mais sans toutefois de signes de détérioration. L'investigation et les interventions pour certains de ces problèmes ou traumatismes peuvent être retardées ou même référées à d'autres secteurs de l'hôpital ou du réseau de soins.

Tableau 1 Nombre de consultations DU par âge et par sexe

	Total		Femmes		Hommes	
	n	%	n	%	n	%
Tous âges	4.782.288	100,0	2.413.540	100,0	2.368.748	100,0
<65	3.982.703	83,3	1.972.076	81,7	2.010.627	84,9
65-74	359.601	7,5	181.480	7,5	178.121	7,5
75-84	315.683	6,6	178.630	7,4	137.053	5,8
85+	124.301	2,6	81.354	3,4	42.947	1,8

Tableau 2 Nombre de consultations DU par problème principal, âge et sexe

	Total		IMA		Asthme		Pneumonie		Traumatisme		Autre	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Total												
Tous âges	4.782.288	100,0	13.078	0,3	80.595	1,7	57.058	1,2	1.166.769	24,4	3.464.788	72,5
<65	3.982.703	100,0	5.357	0,1	75.370	1,9	34.727	0,9	1.050.194	26,4	2.817.055	70,7
65-74	359.601	100,0	3.187	0,9	2.912	0,8	7.290	2,0	49.458	13,8	296.754	82,5
75-84	315.683	100,0	3.048	1,0	1.810	0,6	9.326	3,0	44.021	13,9	257.478	81,6
85+	124.301	100,0	1.486	1,2	503	0,4	5.715	4,6	23.096	18,6	93.501	75,2
Femmes												
Tous âges	2.413.540	100,0	4.598	0,2	40.464	1,7	27.014	1,1	471.346	19,5	1.870.118	77,5
<65	1.972.076	100,0	1.126	0,1	37.232	1,9	15.988	0,8	399.216	20,2	1.518.514	77,0
65-74	181.480	100,0	1.140	0,6	1.684	0,9	3.371	1,9	26.603	14,7	148.682	81,9
75-84	178.630	100,0	1.438	0,8	1.199	0,7	4.362	2,4	28.503	16,0	143.128	80,1
85+	81.354	100,0	894	1,1	349	0,4	3.293	4,0	17.024	20,9	59.794	73,5
Hommes												
Tous âges	2.368.748	100,0	8.480	0,4	40.131	1,7	30.044	1,3	695.423	29,4	1.594.670	67,3
<65	2.010.627	100,0	4.231	0,2	38.138	1,9	18.739	0,9	650.978	32,4	1.298.541	64,6
65-74	178.121	100,0	2.047	1,1	1.228	0,7	3.919	2,2	22.855	12,8	148.072	83,1
75-84	137.053	100,0	1.610	1,2	611	0,4	4.964	3,6	15.518	11,3	114.350	83,4
85+	42.947	100,0	592	1,4	154	0,4	2.422	5,6	6.072	14,1	33.707	78,5

IMA : infarctus myocardique aigu

Tableau 3 Nombre de consultations DU par niveau de triage, âge et sexe

	Total		Réanimation		Très urgent		Urgent		Moins urgent		Non urgent	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Total												
Tous âges	4.782.288	100,0	16.554	0,3	248.955	5,2	1.456.483	30,5	2.092.146	43,7	968.150	20,2
<65	3.982.703	100,0	9.346	0,2	163.743	4,1	1.124.432	28,2	1.840.043	46,2	845.139	21,2
65+	799.585	100,0	7.208	0,9	85.212	10,7	332.051	41,5	252.103	31,5	123.011	15,4
Femmes												
Tous âges	2.413.540	100,0	6.513	0,3	116.936	4,8	768.145	31,8	1.053.064	43,6	468.882	19,4
<65	1.972.076	100,0	3.317	0,2	72.359	3,7	582.839	29,6	908.852	46,1	404.709	20,5
65+	441.464	100,0	3.196	0,7	44.577	10,1	185.306	42	144.212	32,7	64.173	14,5
Hommes												
Tous âges	2.368.748	100,0	10.041	0,4	132.019	5,6	688.338	29,1	1.039.082	43,9	499.268	21,1
<65	2.010.627	100,0	6.029	0,3	91.384	4,5	541.593	26,9	931.191	46,3	440.430	21,9
65+	358.121	100,0	4.012	1,1	40.635	11,3	146.745	41,0	107.891	30,1	58.838	16,4

Tableau 4 Nombre de consultations DU par suite à donner à une consultation, âge et sexe

	Total		Hospitalisatio		Décès		Renvoi		DAM		Autre	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Total												
Tous âges	4.782.288	100,0	485.663	10,2	6.246	0,1	4.052.713	84,7	129.337	2,7	108.329	2,3
<65	3.982.703	100,0	259.379	6,5	2.473	0,1	3.510.556	88,2	120.361	3,0	89.934	2,3
65+	799.585	100,0	226.284	28,3	3.773	0,5	542.157	67,8	8.976	1,1	18.395	2,3
Femmes												
Tous âges	2.413.540	100,0	249.831	10,4	2.184	0,09	2.046.307	84,8	63.535	2,6	51.683	2,1
<65	1.972.076	100,0	126.499	6,4	695	0,04	1.744.234	88,5	58.908	3,0	41.740	2,1
65+	441.464	100,0	123.332	27,9	1.489	0,34	302.073	68,4	4.627	1,1	9.943	2,3
Hommes												
Tous âges	2.368.748	100,0	235.832	10,0	4.062	0,17	2.006.406	84,7	65.802	2,8	56.646	2,4
<65	2.010.627	100,0	132.880	6,6	1.778	0,09	1.766.322	87,9	61.453	3,1	48.194	2,4
65+	358.121	100,0	102.952	28,8	2.284	0,64	240.084	67,0	4.349	1,2	8.452	2,4

DAM : départ contre avis médical

Tableau 5 Nombre de consultations DU par niveau de triage, âge et problème principal

	Total		Réanimation		Très urgent		Urgent		Moins urgent		Non urgent	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
IMA												
Tous âges	13.078	100,0	1.305	10,0	6.044	46,2	5.019	38,4	549	4,2	161	1,2
<65	5.357	100,0	492	9,2	2.749	51,3	1.847	34,5	202	3,8	67	1,3
65+	7.721	100,0	813	10,5	3.295	42,7	3.172	41,1	347	4,5	94	1,2
Asthme												
Tous âges	80.595	100,0	284	0,4	9.435	11,7	40.803	50,6	23.637	29,3	6.436	8
<65	75.370	100,0	264	0,4	8.671	11,5	37.994	50,4	22.489	29,8	5.952	7,9
65+	5.225	100,0	20	0,4	764	14,6	2.809	53,8	1.148	22	484	9,3
Pneumonie												
Tous âges	57.058	100,0	267	0,5	6.452	11,3	29.133	51,1	17.310	30,3	3.896	6,8
<65	75.370	100,0	88	0,3	2.857	8,2	16.140	46,5	12.761	36,7	2.881	8
65+	5.225	100,0	179	0,8	3.595	16,1	12.993	58,2	4.549	20,4	1.015	4,5
Traumatisme												
Tous âges	1.166.769	100,0	3.118	0,3	28.718	2,5	233.768	20	652.325	55,9	248.840	21,3
<65	1.050.194	100,0	2.671	0,3	24.729	2,4	195.430	18,6	595.893	56,7	231.471	22
65+	116.575	100,0	447	0,4	3.989	3,4	38.338	32,9	56.432	48,4	17.369	14,9
Autre												
Tous âges	3.464.788	100,0	11.580	0,3	198.306	5,7	1.147.760	33,1	1.398.325	40,4	708.817	20,5
<65	2.817.055	100,0	5.831	0,2	124.737	4,4	873.021	31	1.208.698	42,9	604.768	21,5
65+	647.733	100,0	5.749	0,9	73.569	11,4	274.739	42,4	189.627	29,3	104.049	16,1

IMA : infarctus myocardique aigu

Tableau 6 Nombre de consultations DU par suite à donner à une consultation, âge et problème principal

	Total		Hospitalisation		Décès		Renvoi		DAM		Autre	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
IMA												
Tous âges	13.078	100,0	11.439	87,5	875	6,7	216	1,7	28	0,2	520	4,0
<65	5.357	100,0	4.698	87,7	248	4,6	98	1,8	16	0,3	297	5,5
65+	7.721	100,0	6.741	87,3	627	8,1	118	1,5	12	0,2	223	2,9
Asthme												
Tous âges	80.595	100,0	8.443	10,5	6	0,01	70.849	87,9	718	0,9	579	0,7
<65	75.370	100,0	7.260	9,6	5	0,01	66.847	88,7	703	0,9	555	0,7
65+	5.225	100,0	1.183	22,6	1	0,02	4.002	76,6	15	0,3	24	0,5
Pneumonie												
Tous âges	57.058	100,0	21.584	37,8	66	0,1	34.568	60,6	88	0,2	752	1,3
<65	75.370	100,0	7.557	21,8	15	0,04	26.596	76,6	67	0,2	492	1,4
65+	5.225	100,0	14.027	62,8	51	0,2	7.972	35,7	21	0,1	260	1,2
Traumatisme												
Tous âges	1.166.769	100,0	41.903	3,6	514	0,04	1.075.613	92,2	20.529	1,8	28.210	2,4
<65	1.050.194	100,0	22.991	2,2	395	0,04	983.563	93,7	19.629	1,9	23.616	2,3
65+	116.575	100,0	18.912	16,2	119	0,1	92.050	79,0	900	0,8	4.594	3,9
Autres												
Tous âges	3.464.788	100,0	402.294	11,6	4.785	0,1	2.871.467	82,9	107.974	3,1	78.268	2,3
<65	2.817.055	100,0	216.873	7,7	1.810	0,1	2.433.452	86,4	99.946	3,6	64.974	2,3
65+	647.733	100,0	185.421	28,6	2.975	0,5	438.015	67,6	8.028	1,2	13.294	2,1

IMA : infarctus myocardique aigu

DAM : départ contre avis médical

ANNEXE C

INTERVENTIONS SELECTIONNEES

Parmi les exemples d'expérimentations publiées de modèles de services destinés aux aînés au sein du DU (ou pré-DU) figurent :

1. Travailleur social au sein du DU pour évaluer et conseiller et orienter vers d'autres services pour les besoins sociaux et de santé mentale (33).
2. L'application de plans de soins individualisés aux patients, gestion de cas multidisciplinaire et directives de pratiques (30, 31, 36).
3. Consultations de groupe mensuelles (8 à 12 aînés) auprès d'un médecin de soins primaires, d'un pharmacien et d'un infirmier/une infirmière. L'accent lors de la visite de groupe était l'auto-prise en charge des maladies chroniques, le soutien de pairs et le contact régulier avec l'équipe de soins primaires (39).
4. Equipes de prévention des hospitalisations pour une évaluation rapide, une sélection minutieuse des patients et une liaison étroite entre les équipes communautaires et des salles des urgences (40).
5. SIGNET – le programme « Systematic Intervention for a Geriatric Network of Evaluation and Treatment ». Cible la recherche des cas chez les aînés à risque en milieu DU et cherche à améliorer la planification des soins et l'orientation de ces personnes à leur sortie. Ce modèle de programme a pour objectif de coordonner les réseaux de services médicaux, infirmiers et sociaux. Les ressources gériatriques se trouvaient en milieu DU (34).
6. Equipe multidisciplinaire de coordination des soins pour améliorer le service de planification des sorties du DU. Une expérimentation pour déterminer l'efficacité de l'évaluation de l'équipe interdisciplinaire basée au DU visant à faciliter le retour des patients ou leur maintien au sein de la communauté (35).
7. Une intervention de soins pré-hospitaliers pour réduire l'usage du DU par les patients présentant des pathologies non urgentes. Intervention de soins pré-hospitaliers – soins offerts sur différents sites cliniques comprenant DU, clinique et domicile (41).
8. Couverture accrue des médecins d'urgence, désignation de coordinateurs de médecins et nouvelles politiques hospitalières concernant les procédures laboratoires, de consultation et d'admission pour gérer le surpeuplement au sein du DU (42).
9. Une intervention en 2 étapes (ISAR-2) comprenant tri DU au moyen de l'outil ISAR validé (25), suivi d'une évaluation infirmière standardisée et d'une orientation pour ceux considérés après triage comme étant à haut risque et ceux renvoyés au sein de la communauté (26).

10. Infirmier/infirmière gériatrique basé(e) au DU pour évaluer les patients plus âgés et dispenser un enseignement au personnel DU (32).
11. Pharmacien au sein du DU (43).

Références

1. McCusker J et al. Use of community services by seniors before and after an emergency visit. *Can J Aging* 2001;20:193-209.
2. Brown EM, Goel V. Factors related to emergency department use: Results from the Ontario Health Survey 1990. *Ann Emerg Med* 1994;24:1083-91.
3. Longino C, Murphy J. The old age challenge to the biomedical model: Paradigm strain and health policy. New York: Baywood Publishing Inc., 1995.
4. McCusker J et al. Return to the emergency department among elders: Patterns and predictors. *Acad Emerg Med* 2000;7:249-59.
5. McCusker J et al. Determinants of emergency department visits by older adults: A systematic review. *Acad Emerg Med* 2003;10:1362-70.
6. Siebens H. The domain management model - a tool for teaching and management of older adults in emergency departments. *Acad Emerg Med* 2005;12:162-8.
7. Aminzadeh F, Dalziel WB. Older adults in the emergency department: A systematic review of patterns of use, adverse outcomes, and effectiveness of interventions. *Ann Emerg Med* 2002;39:238-47.
8. Hebert R. Research on aging: Providing evidence for rescuing the Canadian Health Care System. CIHR. 2002.
9. Wilber ST, Gerson LW. A research agenda for geriatric emergency medicine. *Acad Emerg Med* 2003;10:251-60.
10. Statistics Canada. Canadian Census. 2003. Ottawa, Health and Welfare Canada.
11. Canadian Institute for Health Information. Canada's elderly primary users of hospitals reports. 2000.
12. Reeder T et al. ED utilization: The effect of changing demographics from 1992-2000. *Am J Emerg Med* 2002;20:583-7.
13. Van de Bogart L. Crisis in the emergency department: Contributing factors and potential solutions. Strategies for eliminating emergency room backlogs. Conference proceedings, June 28-29, Hallway Medicine. Toronto, Canada, 2000.
14. Béland F et al. Elderly patients' use of hospital-based emergency services. *Med Care* 1991;29:408-16.
15. Watson W, Marshall E, Fosbinder D. Elderly patient's perceptions of care in the emergency department. *J Emerg Nurs* 1999;25:88-92.

16. Segall A, Chappell N. Health and health care in Canada. Prentice Hall, Toronto, Canada. 2000.
17. National Advisory Council on Aging. Challenges of an Aging Canadian Society. 1999 and Beyond. 1999. Ottawa, ON, Minister of Public Works and Government Services Canada. Government of Canada.
18. Statistics Canada. Canadian Census. 1996. Ottawa, Health and Welfare Canada.
19. Broemeling A, Watson D, Black C. Chronic conditions and comorbidity among residents of British Columbia, Vancouver. 2005. College of Health Disciplines: University of British Columbia, Canada, Centre for Health Services and Policy Research.
20. Boulton C et al. Screening elders for risk of hospital admission. *J Am Geriatr Soc* 1993;41:811-7.
21. Caplan GA et al. Risk of admission within 4 weeks of discharge of elderly patients from the emergency department - the DEED study. *Age Ageing* 1998;27:697-702.
22. Meldon SW et al. A brief risk-stratification tool to predict repeat emergency department visits and hospitalization in older patients discharged from the emergency department. *Acad Emerg Med* 2003;10:224-32.
23. Pacala JT, Boulton C, Boulton L. Predictive validity of a questionnaire that identifies older persons at risk for hospital admission. *J Am Geriatr Soc* 1995;43:374-7.
24. Shah MN, Rathouz PJ, Chin MH. Emergency department utilization by non-institutionalized elders. *Acad Emerg Med* 2001;8:267-73.
25. McCusker J et al. Detection of older people at increased risk of adverse health outcomes after an emergency visit: The ISAR screening tool. *J Am Geriatr Soc* 1999;47:1229-37.
26. McCusker J et al. Rapid emergency department intervention for elders reduces risk of functional decline: Results of a multi-centre randomized trial. *J Am Geriatr Soc* 2001;49:1272-81.
27. Mion LC et al. Case finding and referral model for emergency department elders: A randomized clinical trial. *Ann Emerg Med* 2003;41:57-68.
28. Runciman P et al. Discharge of elderly people from an accident and emergency department: Evaluation of health visitor follow-up. *Journal of Advanced Nursing* 1996;24:711-8.
29. Caplan GA et al. A randomized controlled trial of comprehensive geriatric assessment and multidisciplinary intervention after discharge of elderly from the emergency department - The DEED II Study. *J Am Geriatr Soc* 2004;52:1417-23.

30. Baraff L et al. Practice guidelines for the ED management of falls in community-dwelling elderly persons. *Ann Emerg Med* 1997;30:480-9.
31. Baraff L et al. Effect of a practice guideline on the process of emergency department care of falls in elder patients. *Acad Emerg Med* 1999;6:1216-23.
32. Friesen K. ED Geriatric Nurse: Peace Arch Hospital Evaluation. 2005. Fraser Health, Victoria, BC, Unpublished Evaluation Report.
33. McCoy HV, Kipp CW, Ahern M. Reducing older patients' reliance on the emergency department. *Soc Work Health Care* 1992;17:23-37.
34. Mion LC et al. Establishing a case-finding and referral system for at-risk older individuals in the emergency department setting: The SIGNET model. *J Am Geriatr Soc* 2001;49:1379-86.
35. Moss JE et al. A multidisciplinary care coordination team improves emergency department discharge planning practice. *Med J Aust* 2002;177 :427-31.
36. Spillane LL et al. Frequent users of the emergency department: Can we intervene? *Acad Emerg Med* 1997;4:574-80.
37. Delbecq A, Van de Ven A, Gustafson D. Group techniques for program planning: a guide to nominal group and Delphi processes. Scott, Foresman, 1975.
38. Guba E, Lincoln Y. Effective evaluation. San Francisco: Jossey-Bass, 1984.
39. Coleman EA, Eilertsen TB, Kramer AM. Reducing emergency visits in older adults with chronic illness. *Eff Clin Pract* 2001;4:49-57.
40. Hardy C et al. Admission avoidance and early discharge of acute hospital admissions: An accident and emergency based scheme. *Emerg Med J* 2001;18:435-40.
41. Schaefer R et al. An emergency medical services program of alternate destination of patient care. *Prehosp Emerg Care* 2002;6:309-14.
42. Cardin S et al. Intervention to decrease emergency department crowding: Does it have an effect on return visits and hospital readmissions? *Ann Emerg Med* 2003;41:173-85.
43. Deschenes M, Gelinas-Lemay E, Simard M. Evaluation of the effect of 3 different intervention models by a pharmacist in regard to completeness and appropriateness of pharmacotherapy for patients admitted to ER of Hotel-Dieu Hospital. 2005. Faculty of Pharmacy, University of Montreal.