

# CANADIAN JOURNAL of EMERGENCY NURSING

## JOURNAL CANADIEN des INFIRMIÈRES D'URGENCE

THE OFFICIAL JOURNAL OF THE NATIONAL EMERGENCY NURSES ASSOCIATION

ISSN 2293-3921 (Print), 2563-2655 (Online)

VOLUME 45, NUMBER 1, SPRING 2022

### IN THIS ISSUE:

- 5 Mastering the Ottawa Ankle Rule: What is it?
- 7 Maîtriser le règle d'Ottawa concernant la radiographie de la cheville : Qu'est-ce que c'est ?
- 9 Implications of simulation and real-life learning for novice emergency nurses in COVID-19
- 16 Les implications de la simulation et de l'apprentissage en situation réelle pour les infirmières d'urgence novices en matière de COVID-19
- 23 The impact of standardized interprofessional rounds on critically ill patients in the emergency department: A quality improvement initiative
- 29 L'impact des visites interdisciplinaires normalisées sur les patients gravement malades aux urgences : Une initiative d'amélioration de la qualité
- 36 Intimate partner violence during the COVID-19 pandemic: A literature review
- 46 La violence entre partenaires intimes pendant la pandémie de COVID-19 : Une analyse documentaire
- 57 ENC(C) Review Questions
- 59 Questions de révision pour la CSU(C)
- 61 Nursing staff factors influencing pain management in the emergency department: Both quantity and quality matter
- 64 Les éléments du personnel infirmier qui influencent la prise en charge de la douleur dans les services d'urgence : Les aspects quantitatifs et qualitatifs comptent





## Healthcare is an ever-evolving field, are you prepared for what's next?

Build on your experience and specialize your knowledge and skills in the vital areas of **Critical Care** and **Emergency Nursing** to enhance your practice and expand your options.

Explore our online certificate program and courses.

Learn more at [MacEwan.ca/CriticalCare](https://MacEwan.ca/CriticalCare)



## Calling All Educators and Students!

The Canadian Journal of Emergency Nursing plans to launch a new feature “Emergency Nursing Education Showcase” for the Spring 2022 issue. We plan to showcase a variety of scholarly work demonstrating the techniques and the outcomes of Emergency Nursing education. Do you have a unique education format that was developed to address education during the pandemic? Do you have education strategies others could benefit from? Are you or your students doing scholarly work such as case studies or research? We are keen to receive unique case presentations, trending situations / presentations or traditional emergency education material that could be published in the CJEN bi-yearly journal. We would like to hear from you!

For more information, please contact feature editors  
Heather McLellan - [hmclellan@mtroyal.ca](mailto:hmclellan@mtroyal.ca)  
Carrie Meagher - [cmeagher2@bcit.ca](mailto:cmeagher2@bcit.ca)

## Appel à tous les enseignant(e)s et étudiant(e)s !

Le *Journal Canadien des Infirmières d'Urgence* prévoit de lancer une nouvelle rubrique pour le numéro du printemps 2022, intitulée « Vitrine sur l'enseignement des soins infirmiers d'urgence ». Nous avons l'intention de présenter une variété de travaux d'érudition démontrant les techniques et les résultats de l'enseignement des soins infirmiers d'urgence. Disposez-vous d'un format pédagogique unique qui a été développé pour aborder l'éducation pendant la pandémie? Avez-vous des stratégies éducatives dont les autres pourraient bénéficier? Vos étudiants ou vous-même effectuez-vous des travaux scientifiques tels que des études de cas ou des recherches? Nous sommes vivement intéressés à recevoir des présentations de cas uniques, des situations ou des exposés d'actualité ou du matériel pédagogique traditionnel sur les urgences qui pourraient être publiés dans la revue semestrielle du JCIU. N'hésitez pas à nous contacter !

Pour plus de renseignements, veuillez s'il vous plaît vous adresser aux rédactrices en chef  
Heather McLellan — [hmclellan@mtroyal.ca](mailto:hmclellan@mtroyal.ca)  
Carrie Meagher — [cmeagher2@bcit.ca](mailto:cmeagher2@bcit.ca)

# CANADIAN JOURNAL of EMERGENCY NURSING

## JOURNAL CANADIEN des INFIRMIÈRES D'URGENCE

THE OFFICIAL JOURNAL OF THE NATIONAL EMERGENCY NURSES' ASSOCIATION

ISSN 2293-3921 (Print) & ISSN 2563-2655 (Online)

VOLUME 45, NUMBER 1, SPRING 2022

### CJEN Editorial and Production

#### Team/Équipe de rédaction et de

#### production du JCIU

##### Editors/Rédacteurs

Matthew J Douma, PhD(c), RN, ENC(C),  
CCN(C), CNCC(C)

*Edmonton, Alberta*

Michelle Lalonde, PhD, MN, RN  
*Ottawa, Ontario*

Heather McLellan, MEd, BN, RN, CEN, CFRN  
*Calgary, Alberta*

Fabrice Mowbray, PhD(c), MScN, RN  
*Windsor, Ontario*

Christopher Picard, CD, BSN, RN, ENC(C)  
*Edmonton, Alberta*

##### Editorial Board Members/Comité de rédaction

Michelle Gagnon  
*Vancouver, British Columbia*

Steve Gagné, RN, MScN, CNCC(C)  
*Montreal, Quebec*

Allan Lai, BSN, RN, ENC(C)  
*Vancouver, British Columbia*

Domhnall O'Dochartaigh, MSc, RN, ENC(C),  
CNCC(C)  
*Edmonton, Alberta*

Rob Paquin, BSN, RN  
*Vancouver, British Columbia*

Emily Tang, BScN, RN  
*Vancouver, British Columbia*

##### Section Contributors/Collaborateurs à la section

Specialty Exam Preparation

Margaret Dymond, BSN, RN, ENC(C)  
*Edmonton, Alberta*

Leanne Tyler, MN, MHM, RN, ENC(C)  
*Ottawa, Ontario*

Translation Services/Services de traduction  
Tara Ryan (tarar226@hotmail.com)  
*Gatineau, Québec*

##### Print Publisher/Maison d'édition impression papier

##### Pappin Communications

Heather Coughlin (heather@pappin.com)  
Sherrri Keller (sherrri@pappin.com)

##### Online Publisher/Éditeur en ligne University of Alberta Digital Initiatives Project Librarians

### NENA elected officers

#### President

Joe Carr, president@nena.ca

#### Vice President

Dawn Peta, vicepresident@nena.ca

#### Secretary

vacant, secretary@nena.ca

#### Director of Education

Marie Grandmont,  
educationdirector@nena.ca

### Directors at Large:

BC director – vacant, bcdirector@nena.ca

AB director –  
Chris Picard, abdirector@nena.ca

SK director –  
Kristy Waffle, skdirector@nena.ca

MB director –  
Cheryl Swanson, mbdirector@nena.ca

ON director – vacant, ondirector@nena.ca

NB director – vacant, nbdirector@nena.ca

NL director – Niki Keats, nldirector@nena.ca

Maritime director – Samantha Kennedy,  
peidirector@nena.ca

NS director – Tanya Penney, nsdirector@  
nena.ca

NU/NWT/QC/YK director – Rebecca Reid,  
inddirector@nena.ca

#### Webmaster

Norman Carter-Sim webmaster@nena.ca

#### CJEN Editor-in-chief

Matthew J Douma, editor@nena.ca

#### CTAS Triage Committee

Colleen Brayman, Joy McCarron, Leanne  
Norrena, ctas@nena.ca

#### International Course Administration Committee

Monica De Rui, Stacey McEachern, Nada  
Melendez-Duke, and Julie Michaud,  
courses@nena.ca

### Committees:

#### Awards/Bursaries

Kristy Waffle, Tanya Kenney and Dawn Peta,  
awards@nena.ca

#### Certification Committee

Kristy Waffle and Joe Carr, certification@  
nena.ca

### Promotions and Marketing

Cheryl Swanson, promotions@nena.ca

### Nominations

Kristy Waffle and Dawn Peta, nominations@  
nena.ca

### Political Action

Joe Carr, president@nena.ca

### Professional Practice Documents

Dawn Peta, vicepresident@nena.ca

### Research

Marie Grandmont, educationdirector@nena.ca

### Social Media

Joe Carr, media@nena.ca

### Website Committee

Joe Carr, Chris Picard and Norman Carter-  
Sim, webmaster@nena.ca

### Member education committee

Marie Grandmont, Margaret Dymond,  
Andrea Elliott, Laila Brown, Erin Vanallen,  
and Tanya Penney

### Canadian Journal of Emergency Nursing

is the official publication of the National  
Emergency Nurses Association, published twice  
annually by Pappin Communications, 1012  
Snake River Line, Cobden, ON K0J 1K0. ISSN  
2293-3921. Indexed in CINAHL. Copyright NENA,  
Inc., 2022

The editors, association and the publisher do  
not guarantee, warrant or endorse any product  
or service mentioned in this publication. For  
information on advertising, contact Heather  
Coughlin, Advertising Manager, Pappin  
Communications, 1012 Snake River Line,  
Cobden, ON K0J 1K0  
telephone: 613-633-9818,  
email: heather@pappin.com

Rate card available at [www.pappin.com](http://www.pappin.com)

Send manuscript inquiries or submissions to:  
editor@nena.ca

CJEN is the official publication of the National  
Emergency Nurses Association. Articles, news  
items and illustrations relating to emergency  
nursing are welcome. CJEN is published twice  
per year. Opinions expressed are not necessarily  
those of NENA, or of the editor. The Canadian  
Journal of Emergency Nursing is published  
Open Access under a Creative Commons CC-BY  
4.0 license. Authors retain full copyright.

Cover image credit: Manny Martins-Karman

# About the cover artist: Manny Martins-Karman

## BIOGRAPHY

Born in Faro Portugal, Manuela Martins-Karman (Manny) is a contemporary visual artist in Winnipeg, Manitoba, Canada. Manny graduated from Red River Community College, where she majored in Graphic Design and minored in life drawing. There, she developed her acute attention to form and spatial analysis. She is balancing her creativity between graphic design and painting.

Manny's paintings are layered bursts of energy that record experience. She creates art that holds and dominates the room through colour, form, and line. Using large brushes, rollers, dripping, or even throwing paint, she creates intersections of emotions and thoughts that invites viewers to become part of the process. Abstraction occurs in a well-articulated composition that requires no explanation.

## STATEMENT

Gathering inspiration from personal experiences, Manny's work is an exploration of our need for human connections. With her masterful use of shapes, brush strokes and colour, she gently encourages you to get lost in the work and take part in the journey.

Her vision is to create paintings that are alive, astonishing, meaningful, immediate and exciting, to inspire curiosity and fuel the imagination of viewers around the world, to encourage wild ideas and defer judgment, thoughts so deep your brain will drown in ambiguity. She aspires to create art that sets you on a path to clearer seeing and a radical resetting of your priorities with a deep contentment and of course a little giggle.

We live in an interconnected world and nothing happens in isolation. An event in one place cannot be contained by borders; it spills around mountains and across oceans. It sends people fleeing in search of places to breathe, live and just be. "As an artist I feel a responsibility to use my voice to connect us. With the simplest form of visual language; colour, line and shape, converge to depict there is a oneness to humanity."

Here are my social channels.

<https://www.instagram.com/mannymartinskarman/>

[https://www.mbsa.ca/gallery/manny\\_martins\\_karman/](https://www.mbsa.ca/gallery/manny_martins_karman/)

<https://www.saatchiart.com/account/artworks/879129>

---

Née à Faro, au Portugal, Manuela Martins-Karman (Manny) est une artiste visuelle contemporaine établie à Winnipeg dans la province du Manitoba, au Canada. Manny est diplômée du *Red River Community College*, spécialisée en graphisme et en dessin d'après nature. C'est là qu'elle a développé son attention particulière à la forme et à l'analyse spatiale. Elle maintient l'équilibre de sa créativité entre le graphisme et la peinture.

Les peintures de Manny sont des éclats d'énergie superposés qui témoignent de l'expérience. Par la couleur, la forme et la ligne, elle crée un art qui trône la pièce. À l'aide de gros pinceaux, de rouleaux, de dégoulinades ou même de jetés, elle crée des lacis d'émotions et de pensées qui invitent les spectateurs à se fondre dans le processus. L'art abstrait est si bien articulé, il va de soi.

## Déclaration

S'inspirant d'expériences personnelles, l'œuvre de Manny est une observation de notre besoin de rapports humains. Par sa maîtrise des formes, des coups de pinceau et des couleurs, elle vous encourage à vous abandonner à l'œuvre et à prendre part à l'exploration.

Sa vision s'exprime par la création de tableaux vivants, étonnants, riches de sens, immédiats et passionnants. Manny veut inspirer la curiosité, stimuler l'imagination des gens du monde entier, encourager les idées folles, et surseoir au jugement; des pensées si profondes que votre cerveau se noiera dans l'ambiguïté. Elle désire créer un art qui vous mettra sur la voie d'une vision plus claire et d'une remise en question radicale de vos priorités. Un art qui vous apportera une profonde satisfaction et, bien sûr, un petit rire.

Nous vivons dans un monde interconnecté où rien ne se produit par phénomène isolé. Un événement survenu en un lieu ne peut être contenu à l'intérieur de frontières; il déborde sur les montagnes et traverse les océans. Il fait fuir les gens à la recherche d'endroits où respirer, vivre et simplement être. « En tant qu'artiste, il m'incombe d'utiliser ma voix pour nous unir, et ce, par la forme la plus simple du langage visuel; la couleur, la ligne et la forme se rejoignent pour illustrer l'unité de l'humanité ».

Voici mes chaînes de médias sociaux

<https://www.instagram.com/mannymartinskarman/>

[https://www.mbsa.ca/gallery/manny\\_martins\\_karman/](https://www.mbsa.ca/gallery/manny_martins_karman/)

<https://www.saatchiart.com/account/artworks/879129>

CLINICIAN'S CORNER

# Mastering the Ottawa Ankle Rule: What is it?

Allan Lai, BSN, RN, ENC(C), and Monique McLaughlin, MN, NP(F)

The Ottawa Ankle Rule (OAR) is a clinical decision-making tool to help guide clinicians' decision to obtain an ankle radiograph (x-ray) to rule out a clinically significant ankle or foot fracture among patients who have suffered a blunt, traumatic injury (Stiell et al., 1992). The Ottawa Ankle Rule (OAR) carries a 100% sensitivity for ankle or foot fractures (Stiell et al., 1992) and has been validated for use in multiple studies (Sperry et al., 1999; Stiell et al., 1993). Subsequent studies have found that the OAR can be applied to children aged 2–16 years presenting to the emergency department (ED) with similarly high sensitivity (Plint et al., 1999).

## Who can use it?

One randomized control trial in Canada found that triage nurses who were trained to use the OAR were found to have moderate interobserver agreement with physicians (Lee et al., 2016; MacLellan et al., 2017).

## When can I use it?

An ankle x-ray can be ordered for patients two years and older who have suffered a blunt, traumatic injury of the ankle (e.g. twisting, fall, direct blow) and meet at least one of the following criteria:

- Bony tenderness to the malleolar zone of the ankle, defined as the lateral and/or medial malleolus extending proximal 6 cm of the tibia
- Unable to take four steps on the affected limb immediately after the injury **AND** in the emergency department.

If the patient meets at least one of the criteria of the above, an ankle x-ray is indicated.

A foot x-ray is indicated in patients two years and older who have suffered a blunt, traumatic injury to their ankle who have pain to palpation in their foot in any of the following structures:

- base of the 5th metatarsal
- cuboid bone
- navicular bone.

## How do I do it?

Let's apply this to a case: A 28-year-old basketball player twisted his left ankle after jumping and landing on another player's foot. He was able to walk more than four steps at the time of injury.

1. Obtain a history—remember, the patient needs to have a blunt, traumatic injury.
2. Ask the patient to point to where the pain is the worst.
  - a. The patient points to his lateral malleolus.
3. Palpate.
  - a. Start at the medial malleolus (start where it is least painful) and palpate proximally 6 cm assessing for crepitus and pain.
  - b. Repeat step 3A for the lateral malleolus.
    - i. The patient states he has pain approximately 2 cm from the lateral malleolus.
  - c. Palpate the calcaneus, the navicular bone, the cuboid bone, the base of the 5th metatarsal, and the metatarsals (to look for concurrent injury).
    - i. The patient has no pain in the foot.
  - d. At this point, the OAR indicates an ankle x-ray is needed.
  - e. If the patient had no pain with palpation and **could not** walk four steps in the ED, an ankle x-ray is indicated. If the patient had no pain with palpation, but **could walk** four steps in the ED, an ankle x-ray is not indicated.

## What are the pitfalls?

If the ankle or foot looks grossly swollen, deformed, lacks sensation or movement, or has decreased perfusion, serious injury may be present despite a "normal" OAR. Remember, the OAR is a clinical decision-making tool and should not trump clinical judgement. Furthermore, the OAR is meant for blunt, traumatic injuries and not for atraumatic ankle or foot pain.

Consider using the Buffalo Modification to the OAR; this modification involves directly palpating the areas proximal to the proximal and medial malleoli, away from the tendons (Leddy et al., 1998).

Avoid distracting injuries by making a habit to palpate along the entire length of the fibula, tibia, ankle, and foot to rule in concomitant injury.

Finally, always practice within your own local scope of practice, policies, and level of comfort.

## Summary

*The OAR is a highly sensitive tool for detecting clinically significant fractures to the ankle or foot and can be used for patients two years and older presenting to the emergency department.*

## REFERENCES

- Lee, W. W., Filiatrault, L., Abu-Laban, R. B., Rashidi, A., Yau, L., & Liu, N. (2016). Effect of triage nurse-initiated radiography using the Ottawa Ankle Rules on emergency department length of stay at a tertiary centre. *Canadian Journal of Emergency Nursing, 18*(2), 90–97. <https://doi.org/10.1017/cem.2015.67>
- Leddy, J. J., Smolinski, R. J., Lawrence, J., Snyder, J. L., & Priore, R. L. (1998). Prospective evaluation of the Ottawa Ankle Rules in a university sports medicine center. *American Journal of Sports Medicine, 26*(2), 158–165. <https://doi.org/10.1177/03635465980260020201>
- MacLellan, J., Smith, T., Baserman, J., & Dowling, S. (2017). Accuracy of the Ottawa Ankle Rules applied by non-physician providers in a pediatric emergency department. *Canadian Journal of Emergency Nursing, 20*(5), 1–7. <https://doi.org/10.1017/cem.2017.399>
- Perry, S., Raby, N., & Grant, P. T. (1999). Prospective survey to verify the Ottawa Ankle Rules. *Emergency Medicine Journal, 16*(4), 258–260. <https://doi.org/10.1136/emj.16.4.258>
- Plint, A. C., Bulloch, B., Osmond, M. H., Stiell, I., Dunlap, H., Reed, M., Tenenbein, M., & Klassen, T. P. (1999). Validation of the Ottawa Ankle Rules in children with ankle injuries. *Academic Emergency Medicine, 6*(10), 1005–1009. <https://doi.org/10.1111/j.1553-2712.1999.tb01183.x>
- Stiell, I. G., Greenberg, G. H., McKnight, R. D., Nair, R. C., McDowell, I., & Worthington, J. R. (1992). A study to develop clinical decision rules for the use of radiography in acute ankle injuries. *Annals of Emergency Medicine, 21*(4), 384–390. [https://doi.org/10.1016/s0196-0644\(05\)82656-3](https://doi.org/10.1016/s0196-0644(05)82656-3)
- Stiell, I. G., Greenberg, G. H., McKnight, R. D., Nair, R. C., McDowell, I., Reardon, M., Stewart, J. P., & Maloney, J. (1993). Decision rules for the use of radiography in acute ankle injuries. Refinement and prospective validation. *JAMA, 3*(269), 1127–1132. <https://doi.org/10.1001/jama.1993.03500090063034>

## About the authors

Allan Lai is an emergency and critical care nurse in Vancouver, BC, and co-host of the Resus Tonight podcast. He can be found on Twitter at @RespRate16.

Monique McLaughlin is an emergency nurse practitioner in Vancouver, BC, and is the managing editor for the Emergency Practice, Interventions, Care – Canada program.

---

Look for supplemental materials such as author interviews and podcasts at [www.CJEN.ca](http://www.CJEN.ca)

The Canadian Journal of Emergency Nursing (CJEN) is the Official Journal of the National Emergency Nurses Association (NENA) of Canada. This article has been made available at no cost in partnership with NENA and the University of Alberta Libraries.

LE COIN DU CLINICIEN

# Maîtriser le règle d'Ottawa concernant la radiographie de la cheville : Qu'est-ce que c'est ?

Allan Lai, B.Sc.Inf., IA, CSU (C), et Monique Laughlin M.Sc.Inf., NP(F)

La règle d'Ottawa pour la cheville est un outil clinique décisionnel destiné à guider les cliniciens dans leur décision d'effectuer une radiographie (rayon X) de la cheville pour exclure une importante fracture de la cheville ou du pied chez les patients ayant subi une blessure traumatique contondante. (Stiell et coll., 1992). La règle d'Ottawa pour la cheville a une sensibilité de 100 % pour les fractures de la cheville ou du pied (Stiell et coll., 1992) et son utilisation a été approuvée dans de nombreuses études (Sperry et coll., 1999; Stiell et coll., 1993). Des études menées par la suite ont constaté que la règle peut être appliquée aux enfants âgés de 2 à 16 ans se présentant aux urgences avec une sensibilité tout aussi élevée (Plint et coll., 1999).

## Qui peut s'en servir ?

Un essai clinique comparatif et randomisé mené au Canada a révélé que les infirmières de triage formées à l'utilisation de la règle d'Ottawa pour la cheville présentaient une concordance interobservateur modérée avec les médecins (Lee et coll., 2016; MacLellan et coll., 2017).

## Dans quelles circonstances puis-je l'utiliser ?

On peut ordonner une radiographie de la cheville chez les patients âgés de 2 ans et plus qui ont subi une blessure traumatique contondante de la cheville (par exemple, une torsion, une chute, un coup direct) et qui répondent à au moins un des critères suivants :

- Tendresse osseuse au niveau de la zone malléolaire de la cheville, définie comme la malléole latérale ou médiale s'étendant de manière proximale à 6 cm du tibia.
- Incapacité à faire quatre pas sur le membre affecté immédiatement après la blessure ET au service des urgences.

Si le patient répond à au moins un des critères ci-dessus, une radiographie de la cheville est recommandée.

Une radiographie du pied est indiquée chez les patients âgés de 2 ans et plus qui ont subi une blessure traumatique contondante à la cheville et qui présentent une douleur à la palpation du pied dans l'une des structures suivantes :

- La base du 5<sup>e</sup> métatarsien
- L'os cuboïde
- L'os naviculaire

## Comment procéder ?

Examinons un cas concret : un joueur de basket de 28 ans s'est tordu la cheville gauche après avoir sauté et atterri sur le pied d'un autre joueur. Il était capable de marcher plus de 4 pas au moment de la blessure.

1. Obtenez un historique médical - rappelez-vous que le patient doit avoir subi une blessure traumatique contondante.
2. Demandez au patient de désigner l'endroit où la douleur est plus intense.
  - a. Le patient désigne sa malléole latérale
3. Palpez
  - a. Commencez au niveau de la malléole interne (là où c'est le moins douloureux) et palpez sur 6 cm en direction proximale pour évaluer la crépitation et la douleur
  - b. Répétez l'étape 3A pour la malléole latérale
    - i. Le patient signale qu'il a une douleur à environ 2 cm de la malléole latérale
  - c. Palpez le calcaneum, l'os naviculaire, l'os cuboïde, la base du 5<sup>e</sup> métatarsien et les métatarses (afin de déterminer s'il existe des lésions concomitantes).
    - i. Le patient n'a pas de douleur au pied
  - d. À ce stade, la règle d'Ottawa pour la cheville indique qu'une radiographie de la cheville est nécessaire
  - e. Si le patient ne ressent aucune douleur à la palpation et ne peut pas faire quatre pas aux urgences, une radiographie de la cheville est indiquée. Si le patient ne ressent aucune douleur à la palpation, mais peut marcher 4 pas aux urgences, une radiographie de la cheville n'est pas indiquée.

## Quels sont les écueils ?

Si la cheville ou le pied semble très enflé, déformé, dépourvu de sensation ou de mouvement, ou si la perfusion est réduite, une blessure grave peut être présente malgré un bilan « normal ». N'oubliez pas que la règle d'Ottawa sur la cheville est un outil de décision clinique et ne doit pas remplacer le jugement clinique. De plus, il est conçu pour les blessures traumatiques contondantes et non pour les douleurs atraumatiques de la cheville ou du pied.

Envisagez d'appliquer la modification de Buffalo à la règle d'Ottawa sur la cheville ; cette modification consiste à palper directement les zones situées à proximité des malléoles proximales et médiales, loin des tendons (Leddy et coll., 1998).

Évitez les blessures distrayantes en prenant l'habitude de palper sur toute la longueur du péroné, du tibia, de la cheville et du pied pour exclure toute blessure concomitante.

Pour conclure, exercez toujours dans le cadre de votre propre champ de pratique, de vos politiques et de votre niveau de confort.

## RÉFÉRENCES

- Leddy, J. J., Smolinski, R. J., Lawrence, J., Snyder, J. L., & Priore, R. L. (1998). Prospective Evaluation of the Ottawa Ankle Rules in a University Sports Medicine Center. *The American Journal of Sports Medicine*, 26(2), 158–165. <https://doi.org/10.1177/03635465980260020201>
- Lee, W. W., Filiatrault, L., Abu-Laban, R. B., Rashidi, A., Yau, L., & Liu, N. (2016). Effect of triage nurse-initiated radiography using the Ottawa Ankle Rules on emergency department length of stay at a tertiary centre. *Canadian Journal of Emergency Nursing*, 18(2), 90–97. <https://doi.org/10.1017/cem.2015.67>
- MacLellan, J., Smith, T., Baserman, J., & Dowling, S. (2017). Accuracy of the Ottawa Ankle Rules applied by non-physician providers in a pediatric emergency department. *Canadian Journal of Emergency Nursing*, 20(5), 1–7. <https://doi.org/10.1017/cem.2017.399>
- Perry, S., Raby, N., & Grant, P. T. (1999). Prospective survey to verify the Ottawa ankle rules. *Emergency Medicine Journal*, 16(4), 258–260. <https://doi.org/10.1136/emj.16.4.258>
- Plint, A. C., Bulloch, B., Osmond, M. H., Stiell, I., Dunlap, H., Reed, M., Tenenbein, M., & Klassen, T. P. (1999). Validation of the Ottawa Ankle Rules in children with ankle injuries. *Academic Emergency Medicine*, 6(10), 1005–1009. <https://doi.org/10.1111/j.1553-2712.1999.tb01183.x>
- Stiell, I. G., Greenberg, G. H., McKnight, R. D., Nair, R. C., McDowell, I., & Worthington, J. R. (1992). A study to develop clinical decision rules for the use of radiography in acute ankle injuries. *Annals of Emergency Medicine*, 21(4), 384–390. [https://doi.org/10.1016/s0196-0644\(05\)82656-3](https://doi.org/10.1016/s0196-0644(05)82656-3)
- Stiell, I. G., Greenberg, G. H., McKnight, R. D., Nair, R. C., McDowell, I., Reardon, M., Stewart, J. P., & Maloney, J. (1993). Decision rules for the use of radiography in acute ankle injuries. Refinement and prospective validation. *JAMA*, 3(269), 1127–1132. <https://doi.org/10.1001/jama.1993.03500090063034>

## Récapitulation

La règle d'Ottawa sur la cheville est un outil très précis pour déceler les fractures d'importance clinique de la cheville ou du pied. Elle peut être utilisée pour les patients de 2 ans et plus se présentant aux urgences.

## Notes des auteurs

Allan Lai est un infirmier spécialisé dans les urgences et les soins intensifs à Vancouver, en Colombie-Britannique. Il est également co-animateur du balado *Resus Tonight*. Retrouvez-le sur Twitter à l'adresse @RespRate16.

Monique McLaughlin est une infirmière-praticienne en soins d'urgence à Vancouver, en Colombie-Britannique, et est également rédactrice en chef du programme *Emergency Practice, Interventions, Care - Canada*.

Look for supplemental materials such as author interviews and podcasts at [www.CJEN.ca](http://www.CJEN.ca)

The Canadian Journal of Emergency Nursing (CJEN) is the Official Journal of the National Emergency Nurses Association (NENA) of Canada. This article has been made available at no cost in partnership with NENA and the University of Alberta Libraries.





# Implications of simulation and real-life learning for novice emergency nurses in COVID-19

Carrie Meagher<sup>1\*</sup>, MN, RN, Jenna M. McComb<sup>2</sup>, MN, RN, and Jennifer M. Burkhart<sup>3</sup>, BScN, RN

<sup>1</sup>Program Head, Emergency Nursing Specialty, British Columbia Institute of Technology

<sup>2</sup>Staff Nurse, Royal Columbian Hospital Emergency Department

<sup>3</sup>Staff Nurse, The Ottawa Hospital Emergency Department; MN Student, Faculty of Nursing, University of Victoria

\* Correspondence concerning this article should be addressed to [cmeagher2@bcit.ca](mailto:cmeagher2@bcit.ca), 604-451-7045, 3700 Willingdon Avenue, Burnaby, BC, V5G 3H2

## Abstract

In recent decades, technological influences have propelled the advancement of nursing education, in both practical and theoretical andragogy. Simulation technology has become an integral component of many nursing programs and clinical practice settings. The introduction of simulation challenges current mentorship and practice-based real-life learning, alluding to the question: Is the use of simulation to educate nurses within the clinical environment a sufficient replacement for real-life learning? The recent severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 disease (COVID-19) pandemic has caused emergency departments (EDs) to re-examine educational practices, potentially replacing real-life learning with simulation technology to support novice nurses as they care for acutely ill COVID-19 patients. Many experienced ED nurses have left the profession during the COVID-19 pandemic, and novice ED nurses with minimal ED experience have been hired in their places (Canadian Association of Emergency Physicians [CAEP], 2021). While their enthusiasm, skill, and knowledge are highly valued, novice ED nurses face many challenges in the complex ED environment, particularly in the rapidly changing COVID-19 pandemic. This article provides an overview of simulation learning and real-life learning and

how both of these models, along with their educational strategies, may be implemented by ED nurse educators to assist novice ED nurses transitioning to independent practice.

**Keywords:** simulation, real-life learning, novice nurse education, emergency department, COVID-19

Under routine practices, novice emergency department (ED) nurses face numerous challenges transitioning to clinical practice in a complex and dynamic clinical environment (Doherty, 2016; Garcia-Martin et al., 2021). Over the past several years, there has been an ongoing trend in Canadian EDs towards high patient volumes, staffing shortages, heavy workloads, and ED nurse moral distress and burnout—all of which affect the quality of patient and family care (Arnold, 2020; Canadian Association of Emergency Physicians, 2021). The recent severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 disease (COVID-19) pandemic has now amplified these nursing issues, adding rapidly changing policies and procedures, personal protective equipment (PPE), fatigue, moral distress, and personal safety risk to an already challenging professional environment (Garcia-Martin et al., 2021). Nurses, physicians, and news outlets across Canada have voiced their concerns regarding the high rate of ED nurse attrition, especially during the COVID-19 pandemic (Canadian Association of Emergency Physicians, 2021; Grant, 2021; Varner, 2021). In Ontario, many novice ED nurses have been hired to fill the void, dropping the median age

of ED nursing staff by almost a decade compared to one year ago (Varner, 2021). The Canadian Association of Emergency Physicians (CAEP) recently identified that “while [the physicians] value and respect [novice nurse] training and enthusiasm, they cannot immediately replace the experience and wisdom of a seasoned ED nurse” (2021, p. 2), nor should they be expected to. The authors believe novice ED nurses are entitled to mentorship, support, and powerful educational experiences to develop their practice and facilitate their transition into this complex professional environment. In the current clinical climate, these supports are lacking. ED nurse educators face many challenges in attempting to support existing staff with continuously changing information and practice, and have limited additional time, funding, and resources to address the learning needs of these novice nurses.

Further to this, ED clinical practice surrounding airway management has shifted significantly out of necessity to protect staff from COVID-19 (Begley et al., 2020). Intubations are performed in isolation rooms with only essential staff present, thus mitigating the risk of exposure to the virus (Sullivan et al., 2020). Skills and practice surrounding airway management are challenging to learn as a novice ED nurse, and the COVID-19 context creates an additional barrier to the delivery of safe educational experiences for the learners. In light of these barriers, ED educators are left to consider how to support powerful and dynamic educational experiences while minimizing learner risk, now that they cannot teach exclusively in the accustomed foundational mentorship style. This question has caused EDs to re-examine educational practices, potentially replacing real-life learning with simulation technology to support novice nurses as they care for acutely ill COVID-19 patients. In this article, the authors will discuss the benefits and limitations of real-life learning and simulation, analyze the two andragogical approaches with specific consideration of the novice ED nurse and COVID-19 airway management, and propose recommendations for practical implementation in emergency nursing education.

### **Real-life learning in nursing education**

After graduation, clinical registered nurses (RNs) continue to grow personally and professionally as they learn from real-life experience in the clinical environment. Papp et al. (2003) define the clinical environment as “encompass[ing] all that surrounds the student nurse, including the clinical settings, the equipment, the staff, the patients, the nurse mentor, and the nurse teacher” (p. 262). The clinical setting is a “powerful environment for learning” (Liljedahl, 2018, p. 272), one that is simultaneously complex and challenging, and critical to nursing education (Spence et al., 2019). This learning environment can be very difficult to control, but is highly valued by learners for the dualistic positive and negative learning opportunities they encounter (Papp et al., 2003). Over the past century, clinical education has grown and evolved alongside nursing practice. Particularly during COVID-19, the novelty and uncertainty of the pandemic caused rapid change to the real-life learning environment for novice and experienced nurses alike.

### **Benefits of real-life learning**

Nurse educators currently foster clinical learning through models, such as the facilitator model and the preceptor model, which emphasize mentorship and role modeling. Such models are designed to enable learners to synthesize nursing knowledge in the context of hands-on patient and family care, thus strengthening learner capacity for problem-solving, life-long learning, and critical reflection (Spence et al., 2019). Sterner et al. (2019) argue “experience of acute situations and the integration of theory and practice are pivotal in acquiring skills to provide appropriate care” in the practice setting (p. 135). Through clinical experiences, learners witness tangible, real-life examples of patient and family care, apply theory to the clinical setting, and practice person-centred care to grow their empathy, respect, and relational skills (Spence et al., 2019; Weller-Newton & McCormack, 2020). Novice nurses with more clinical experience than their peers complete tasks more efficiently and skillfully, further internalize theoretical knowledge, have improved professional identity, and are overall more competent (Manoochehri et al., 2015). Where simulation lacks realism (Lasater, 2007), real-life clinical experiences provide novice nurses with the opportunity to see objective signs in practice that are difficult to teach or simulate, such as pallor, mottling, diaphoresis, and discomfort. Lyneham et al. (2008) also describe the development of intuition or a patient who ‘looks sick’ as a critical aspect of real-life learning for the ED nurse.

Modern clinical teaching models that draw heavily on mentorship and role modeling (Ironside et al., 2014) expose learners to the realities of healthcare delivery, where learners have the opportunity to reflect on the environment, the quality of care, patient and family perspectives, and their own values and beliefs (Liljedahl, 2018; Sterner et al., 2019). These real-life experiences also allow for social workplace interactions, which are shown to have a positive correlation with learning and knowledge development (Kolb, 2014; Liljedahl, 2018). As novice nurses gain knowledge from peers, mentors, and role models, they hone their decision making and thought processes (Kolb, 2014; Liljedahl, 2018). For example, novice nurses who experienced quality team support and peer feedback when learning to properly don and doff PPE were less anxious, more confident, and felt a greater sense of being included as a member of the team (Garcia-Martin et al., 2021, Nelson et al., 2021). As the nursing profession advances, learners are becoming active stakeholders in their clinical learning (Liljedahl, 2018). Learners highly value experiences within the clinical environment that foster independence and growth (Liljedahl, 2018); such experiences have potential to influence their career path significantly (Weller-Newton & McCormack, 2020).

### **Challenges of real-life learning**

Ironside et al. (2014) suggest real-life learning opportunities can be random, difficult to predict, and time- or resource-intensive. Novice nurses may experience varying degrees of inclusion; at times, learners are used as staff members when they should be supernumerary or limited to an observational role rather than being included and supported (Ironside et al., 2014; Weller-Newton & McCormack, 2020). The clinical environment is

highly relational; therefore, learners need to succeed at relationships to gain access to knowledge (Liljedahl, 2018). This can be challenging, even more so when preceptors, mentors, or facilitators are demeaning, intimidating, or ill-prepared for teaching (Weller-Newton & McCormack, 2020). Additionally, the main emphasis and measure of progression in clinical education remains on task completion (Ironsides et al., 2014; Liljedahl, 2018; Weller-Newton & McCormack, 2020). Task completion is foundational to nursing care but when so heavily focused on, can overshadow more complex aspects of nursing, such as quality improvement, clinical reasoning, delegation, and the complexity and gravity of patient situations (Ironsides et al., 2014). Simulation learning offers an adjunct to clinical teaching that mitigates some of these key challenges of real-life learning, specifically lack of control over the types and quality of clinical learning experiences.

### Simulation learning in nursing education

Simulation technology has long been used in the healthcare setting as an effective and valuable modality for training healthcare professionals (Harder, 2009). The International Nursing Association for Clinical Simulation and Learning [INACSL] Standards Committee (2016) defines simulation as “an educational strategy in which a particular set of conditions are created or replicated to resemble authentic situations that are possible in real life” (p. 44). The realistic environment of simulation allows healthcare professionals to practice new, complex, or uncommon procedures in a safe and controlled environment before applying the skill or knowledge to patient care (Dieckmann et al., 2020). Over the last 70 years, healthcare simulation has evolved and transformed. Early examples of simulation include learners practicing injections on oranges (Harder, 2009) and presently, high fidelity simulations (HFS) are being utilized to prepare large numbers of healthcare professionals to safely and effectively improve hospitals’ responses to the current COVID-19 global pandemic (Dieckmann et al., 2020).

#### Benefits of simulation learning

Simulation learning is not only used in undergraduate nursing education but is used to support novice ED nurses as they transition to a different workplace (Sterner et al., 2019). Yang (2020) suggests simulation transforms critical thinking and clinical judgment capabilities of novice ED nurses. The repetitive practice in simulation increases cognitive abilities in the clinical setting, as the experience is similar to situations that have already taken place (Alshammari et al., 2018). During the simulation experience, novice ED nurses have the opportunity to make errors, and learn from these errors, by visually seeing the impact on the patient in a safe environment (McDougall, 2015). Debrief sessions provide an additional opportunity for further exploration of learning experiences and possible errors; the novice ED nurse develops a deeper reflection of the experience and greater understanding of the potential impact to patient care (McDougall, 2015).

The COVID-19 pandemic has brought attention to the significant stress and anxiety felt by novice ED nurses, identifying

the need for ongoing learning opportunities to further support clinical judgment and enhance confidence as novice ED nurses transition into an intense and dynamic practice environment (Garcia-Martin et al., 2021). The use of HFS in the clinical setting through the global pandemic has proven to be a supportive strategy in rapidly increasing the readiness and confidence of healthcare professionals when caring for COVID-19 patients (Alshammari et al., 2018). In-situ simulation offers a unique opportunity for novice ED nurses to experience high-risk situations in a supportive and calm environment.

#### Challenges of simulation learning

The success of in-situ simulation depends greatly on the engagement of the facilitator; the intended learning is at risk if facilitation lacks motivation, skill, enthusiasm, and authenticity (Bowen-Withington et al., 2020). Akhtar-Danesh et al. (2009) highlight challenges and barriers among nurse educators when implementing and applying in-situ simulation technology, such as the lack of time to learn and the number of resources required to maintain knowledge around simulation technology. Nurse educators may experience feelings of anxiety and fear around the in-situ simulation scenario being too advanced for the novice ED nurse, jeopardizing the intended learning outcomes (Akhtar-Danesh et al., 2009).

For the learner, relying on the facilitator for patient communication or interactive responses has the potential to interrupt the natural flow of assessing patients, reducing the realism of the simulation (Lasater, 2007). The absence of visual cues such as a smile or grimace from the manikin, the absence of paleness, diaphoresis, mottling, and seizure activity is another challenge. Additionally, HFS can be intimidating and overwhelming for some learners. If a pre-brief session is not included, learners can experience feelings of frustration when HFS technology fails or interrupts the simulation experience (Lasater, 2007).

As discussed above, both simulation and real-life learning have their respective benefits and challenges; both instructional strategies effectively support the growth and development of novice ED nurses, particularly in the COVID-19 context.

### Discussion: Novice nurses in the ED and COVID-19 education

The COVID-19 pandemic is a global health problem that has greatly affected many healthcare professionals, causing fear and anxiety, and significantly changing clinical practice for nurses (Begley et al., 2020). Specifically, new considerations for airway management and aerosol-generating procedures in the ED have led to new intubation guidelines and principles to keep healthcare workers safe and reduce risk of viral transmission (Begley et al., 2020; Chan, 2020; Sullivan et al., 2020). ED nurses require specialized knowledge, skills, and training in ventilation, intubation support, and formulation of emergency response plans to adequately care for patients with suspected or confirmed COVID-19 (Tan et al., 2020).

For novice ED nurses, navigating a complex working environment while trying to apply new skills, new knowledge, and deliver high quality clinical care can be extremely stressful,

overwhelming, and emotionally exhausting (Hussein et al., 2017). Sterner et al. (2019) argues the complexity of most acute care patients is too advanced for novice ED nurses; their underdeveloped skill set and gaps in knowledge can lead to negative learning experiences and patient safety concerns (Hussein et al., 2017). The acuity of a patient presenting with respiratory distress requires quick action by the nurse to identify life-threatening symptoms and intervene in a timely manner. For novice ED nurses, this situation under normal circumstances can be overwhelming and frightening; the fear of contracting COVID-19 adds an additional layer of stress, anxiety, and clinical complexity (Tan et al., 2020). Thus, ED nurse educators across Canada have become concerned with how to efficiently and adequately train and support novice nurses in these new practices and role transitions, exploring learning strategies such as simulation and real-life learning.

### **The use of real-life learning in COVID-19 education**

Real-life learning is a well-established method to build skill, knowledge, and confidence in the authentic clinical environment. One successful real-life learning strategy for novice nurses in the ED is active participation—not exclusion—in acute care situations, with experienced staff for support (Sterner et al., 2019). Novice nurses should also have role models, such as ED nurse educators or experienced ED nurses, to demonstrate skills, verbalize clinical reasoning, demonstrate professional behaviours such as empathy and respect, and help novice nurses bridge the gap between education and practice (Doherty, 2016; Matchim & Kongsuwan, 2015). Particularly during the COVID-19 pandemic, the visible presence of nursing leadership on the unit provides novice nurses with a resource and support in the midst of uncertainty and change (Nelson et al., 2021). Learning from role models in the clinical environment is also one way for novice nurses to discover their “craft knowledge... the combination of a nurse’s practice observations, knowledge, skill, and clinical experience to provide patient centered care” (Doherty, 2016, p. 159). Additionally, debriefing of real-life experiences is especially important during COVID-19, with its resultant risk for additional psychological distress, fear, and anxiety (Tan et al., 2020). Novice nurses should be provided with the opportunity to debrief their experiences with senior staff, discuss their questions and feelings, and be given tools, methods, and resources to help process their emotions (Doherty, 2016; Tan et al., 2020) and address knowledge gaps (Mok et al., 2020).

Due to the new and evolving COVID-19 pandemic, locating scholarly research and data regarding current real-life learning benefits and implications has presented a challenge. Most literature emphasizes the importance of simulation for healthcare professionals learning new procedures and processes to combat COVID-19 (Dieckmann et al., 2020; Sullivan et al., 2020). Mok et al. (2020) note that it is “critically important to balance learning objectives with learner safety” (p. 619), limiting any unnecessary learner exposure to COVID-19. Thus, creativity is required to support novice nurses in having real-life learning experience with COVID-19. Suggestions include having novice nurses be part of the airway management team

as a supportive role, or remaining outside the room, actively watching the resuscitation and discussing management and roles with a senior staff member or educator (Mok et al.). Mok et al. stress that while a busy ED and risk of viral exposure can make direct observation and participation in COVID-19 cases challenging for learners, it remains important to improve skills, identify deficiencies, and obtain targeted feedback. Having hands-on experience troubleshooting ventilators is especially important for first-line nurses during COVID-19, incorporating both theoretical knowledge and opportunity for practice (Tan et al., 2020).

### **The use of simulation in the era of COVID-19 education**

The use of simulation in the ED is vital to navigate clinical practice changes due to COVID-19. Dieckmann et al. (2020) state “simulation can rapidly facilitate hospital preparation and education of large numbers of healthcare professionals and students of various backgrounds” (p. 1). According to Sullivan et al. (2020), a meta-analysis of several studies emphasised the importance of simulation in healthcare education; the use of simulation significantly improves clinical knowledge and “a significant positive relationship between simulation performance and clinical performance exists” (p. 35). McDougall (2015) indicates practice through simulation is an ideal educational strategy for adult learners as simulation allows for a unique learner-centered experience building off existing knowledge and meets professional needs in an authentic, relevant, and practical way. Simulation provides novice ED nurses an opportunity to experience diverse clinical situations, make mistakes without causing harm, and integrate clinical skills, communication, and critical thinking in a controlled and supportive environment (Kapucu, 2017). Sullivan et al. (2020) suggest repetitive practice in a simulation setting will support novice nurses in real-life situations to feel prepared to implement a practical systematic process for safe airway management procedures in the treatment of potential or confirmed COVID-19-positive patients.

### **Recommendations for COVID-19 education of novice ED nurses**

Both real-life learning and simulation have indisputable benefits for novice ED nurses navigating the complex clinical environment during the COVID-19 pandemic. Relying solely on real-life learning experience for new airway management procedures in the ED is extremely risky, as high cognitive load, stress, and adrenalin can increase chances of errors, greatly affecting patient safety and the health and safety of novice nurses (Dieckmann et al., 2020). Simulations can be used in combination with clinical experiences to enhance nursing skills and abilities in critical thinking, decision making, problem solving, communication, teamwork, and professional development (Kapucu, 2017). Simulation and real-life learning are complementary, contributing to increased confidence and competency in the novice ED nurse (Tan et al., 2020; Weeks et al., 2019). We, therefore, recommend that ED nurse educators consider the importance of real-life learning in the ED, while emphasizing the use of

simulation as an effective strategy in preparing novice ED nurses and their interprofessional teams for care of COVID-19 patients. Specifically, ED nurse educators should consider the following recommendations:

- Real-life learning strategies, including observation, role modeling, and debriefing build confidence and competence in novice ED nurses working with COVID-19 patients. These strategies create opportunities for learners to witness expert clinical care in action, ask questions of their role models and educators, practice these skills with targeted feedback, and learn from their experiences (Doherty, 2016; Mok et al., 2020).
- Simulation learning strategies, such as relevant case scenarios, use of HFS, debrief sessions, and the creation of safe learning environments, build knowledge, nursing skill, and confidence for novice ED nurses caring for COVID-19 patients. These strategies create opportunities for novice ED nurses to learn and improve clinical performance, communication and teamwork skills, timely decision making, and critical thinking in a controlled environment (Dieckmann et al., 2020; Sullivan et al., 2020).
- In a real-life situation, novice ED nurses can draw on knowledge and experience gained from previous COVID-19 airway management simulations, reducing overall fear and anxiety and increasing confidence and competence (Kapucu, 2017). As an educator, it is essential to incorporate both simulation learning and real-life learning to create a holistic and dynamic educational experience for novice ED nurses.

## Conclusion

The ongoing exodus of experienced ED nurses, amplified by the COVID-19 pandemic, has threatened education, support, and mentorship for novice ED nurses. In health crises and emergencies, nurse competency directly impacts success rates and quality of patient care (Miao et al., 2018, as cited in Tan et al., 2020, p. 1388). Therefore, developing and implementing comprehensive educational programs and experiences for transitioning novice ED nurses is crucial to competent ED patient care. Both simulation and real-life learning are excellent ways to build confidence and competence for novice ED nurse learners. As nursing education trends toward the use of learner-centred andragogical approaches, many theories suggest facilitating a variety of teaching modalities to create educational opportunities for all types of learners (Garrett, 2020). Preferably, teaching through implementation of a blended education model, including both real-life and simulation activities, would facilitate comprehensive learning programs for students and novice nurses. While this article discusses two particular instructional styles, further investigation is required to effectively evaluate and implement a program that appropriately balances the two. ED nurse educators are called to think critically and creatively about the complex instructional environment and support novice ED nurse learning by designing unique models of clinical education to concurrently address the learning needs of novice ED nurses and improve retention in emergency nursing.

## Clinical Implications

- Novice nurses need better support in transitioning to independent practice in the ED, especially given the recent exodus of experienced ED nurses and resulting influx of novice ED nurses.
- Simulation learning cannot entirely replace real-life learning, yet is a vital strategy to develop knowledge and skills in a safe and controlled environment, while building confidence and competence for the novice ED nurse.
- Real-life learning strategies that emphasize mentorship create opportunities for learners to witness expert clinical care in action, ask questions of their role models and educators, practice these skills with targeted feedback, and learn from their experiences.
- COVID-19 airway management education requires careful planning to mitigate learner risk, while maximizing knowledge translation and application.
- ED nurse educators should implement and/or advocate for the integration of a blended model of simulation learning and real-life experiences to create a holistic and dynamic educational experience for novice ED nurses.

## About the authors

*Carrie Meagher is a registered nurse with 16 years of nursing experience. She is currently the Program Head for the British Columbia Institute of Technology Emergency Nursing Specialty Program. Carrie has a particular interest and passion for emergency medicine and critical care nursing, with all her nursing experience at Vancouver General Hospital. Carrie brings her emergency nursing expertise to support the growth and development of emergency nurses across British Columbia, Canada, and internationally. Carrie completed her Master's in Nursing Education from the University of Victoria in 2021. Outside of nursing, Carrie enjoys spending time with her husband and two young boys exploring British Columbia.*

*Jenna McComb obtained her Bachelor of Science in Nursing from Douglas College in 2017. She began her career at Langley Memorial Hospital, where she completed an Advanced Certificate in Emergency Nursing from British Columbia Institute of Technology in 2018. Shortly following certificate completion, Jenna began working at Royal Columbian Hospital. She has filled numerous different nursing roles including bedside emergency and trauma, intensive care, acute stroke nurse, cardiac catheterization laboratory, and clinical resource nurse positions. Additionally, she has participated in nursing research and mentorship roles within the Royal Columbian Hospital emergency department. More recently, Jenna completed her Master's in Nursing Education from the University of Victoria in 2021. When she's not in the hospital, Jenna can be found exploring the British Columbian wilderness with her husband, drinking a good quality latte, or baking and decorating cakes.*

*Jennifer Burkhart obtained her Bachelor of Science in Nursing from the University of Alberta in 2013 (a collaborative program with Grande Prairie Regional College) and has since worked in emergency departments all over Canada, from rural northern outposts to tertiary trauma centers. Jenn now resides in Ottawa, where she works as a bedside emergency nurse and is completing her*

Master's of Nursing Education at the University of Victoria. She is passionate about improving miscarriage management in the ED, incorporating simulation into clinical education, and supporting new nurses. In her rare spare time, Jenn loves simplifying her home and life, baking good bread, and exploring the outdoors with her husband and kids.

## Acknowledgements

The author team gratefully acknowledges the support of Lynne Young, their UVIC professor, whose experience, encouragement, and proofreading helped complete initial drafts of this manuscript. The authors also acknowledge and respect the lək'wəḡən peoples on whose traditional territory the University of Victoria stands and the Songhees, Esquimalt and WSÁNEĆ peoples whose historical relationships with the land continue to this day.

## REFERENCES

- Akhtar-Danesh, N., Baxter, P., Valaitis, R. K., Stanyon, W., & Sproul, S. (2009). Nurse faculty perceptions of simulation use in nursing education. *Western Journal of Nursing Research*, 31(3), 312–329. <https://doi.org/10.1177/0193945908328264>
- Alshammari, F., Pasay-an, E., Laarni Indonto, M. C., & Gonzales, F. (2018). Translating the importance of simulation to practice: Strengthening learning outcomes. *Journal of Health Specialties*, 6(2), 60–67. [https://doi.org/10.4103/jhs.JHS\\_84\\_17](https://doi.org/10.4103/jhs.JHS_84_17)
- Arnold, T. C. (2020). Moral distress in emergency and critical care nurses: A metaethnography. *Nursing Ethics*, 27(8), 1681–1693. <https://doi.org/10.1177/0969733020935952>
- Begley, J. L., Lavery, K. E., Nickson, C. P., & Brewster, D. J. (2020). The aerosol box for intubation in coronavirus disease 2019 patients: An in-situ simulation crossover study. *Anaesthesia*, 75(8), 1014–1021. <https://doi.org/10.1111/anae.15115>
- Bowen, J., Zambas, S., Macdiarmid, R., Cook, C., & Neville, S. (2020). Integration of high-fidelity simulation into undergraduate nursing education in Aotearoa New Zealand and Australia: An integrative literature review. *Nursing Praxis in New Zealand Inc.*, 36(3), 37–50. <https://doi.org/10.36951/27034542.2020.013>
- Canadian Association of Emergency Physicians (CAEP). (2021, September 7). *Emergency department workforce struggles amidst perfect storm*. <https://caep.ca/wp-content/uploads/2021/09/ED-Crisis-Sept7.pdf>
- Chan, A. (2020). COVID-19 airway management: Better care through simulation. <https://litfl.com/covid19-airway-management-better-care-through-simulation/>
- Dieckmann, P., Torgeisen, K., Qvindelund, S. A., Thomas, L., Bushell, V., & Langli Ersdal, H. (2020). The use of simulation to prepare and improve responses to infectious disease outbreaks like COVID-19: Practical tips and resources from Norway, Denmark, and the UK. *Advances in Simulation*, 5(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s41077-020-00121-5>
- Doherty, K. Q. (2016). Role modeling as a teaching strategy for the novice nurse in the emergency department. *Journal of Emergency Nursing*, 42(2), 158–160. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2016.02.001>
- García-Martín, M., Roman, P., Rodríguez-Arrastia, M., Díaz-Cortés, M. d. M., Soriano-Martín, P. J., & Roperó-Padilla, C. (2021). Novice nurse's transitioning to emergency nurse during COVID-19 pandemic: A qualitative study. *Journal of Nursing Management*, 29(2), 258–267. <https://doi.org/10.1111/jonm.13148>
- Garrett, B. M. (2020). Learning theory: Considerations for nurse educators. In K. Page-Cuttrara & P. Bradley (Eds.), *The role of the nurse educator in Canada* (pp. 35–63). Canadian Association of Schools of Nursing.
- Grant, K. (2021, July 16). Canadian nurses are leaving in droves, worn down by 16 merciless months on the front lines of COVID-19. *The Globe and Mail Canada*. <https://www.theglobeandmail.com/canada/article-canadian-nurses-are-leaving-in-droves-worn-down-by-16-merciless-months/>
- Harder, B. N. (2009). Evolution of simulation use in health care education. *Clinical Simulation in Nursing*, 5(5), 169–172. <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2009.04.092>
- Hussein, R., Everett, B., Ramjan, L. M., Hu, W., & Salamonson, Y. (2017). New graduate nurses' experiences in a clinical specialty: A follow up study of newcomer perceptions of transitional support. *BMC Nursing*, 16(42), 1–9. <http://doi.org/10.1186/s12912-017-0236-0>
- INACSL Standards Committee. (2016). INACSL standards of best practice: Simulation. *Clinical Simulation in Nursing*, 12(5), 39–47. <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2016.09.012>
- Ironside, P. M., McNelis, A. M., & Ebright, P. (2014). Clinical education in nursing: Rethinking learning in practice settings. *Nursing Outlook*, 62(3), 185–191. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2013.12.004>
- Kapucu, S. (2017). The effects of using simulation in nursing education: A thorax trauma case scenario. *International Journal of Caring Sciences*, 10(2), 1069–1074. <http://www.internationaljournalofcaringsciences.org/Issue.aspx?issueID=45>
- Kolb, D. (2014). *Experiential learning: Experience as the source of learning and development* (2nd ed.). Pearson Education.
- Lasater, K. (2007). High-fidelity simulation and the development of clinical judgment: Students' experiences. *Journal of Nursing Education*, 46(6), 269–276. <https://doi.org/10.3928/01484834-20070601-06>
- Liljedahl, M. (2018). On learning in the clinical environment. *Perspectives of Medical Education*, 7, 272–275. <https://doi.org/10.1007/s40037-018-0441-x>
- Lyneham, J., Parkinson, C., & Denholm, C. (2008). Intuition in emergency nursing: A phenomenological study. *International Journal of Nursing Practice*, 14(2), 101–108. <https://doi.org/10.1111/j.1440-172X.2008.00672.x>

## Conflict(s) of interest

Conflicts of interest: The authors have no conflicts of interest.

## CRedit Author Statement

Carrie Meagher - Conceptualization, Investigations, Resources, Writing - Original draft preparation, Writing - Reviewing and Editing, Visualization

Jenna McComb - Conceptualization, Writing - Original draft preparation, Writing - Reviewing and Editing, Visualization

Jennifer Burkhart - Conceptualization, Investigation, Resources, Writing - Original draft preparation, Writing - Reviewing and Editing, and Visualization

## Funding

Funding: The authors have no funding conflicts to disclose.

- Manoochehri, H., Imani, E., Atashzadeh-Shoorideh, F., & Alavi-Majd, A. (2015). Competence of novice nurses: Role of clinical work during studying. *Journal of Medicine and Life*, 8(Spec Iss 4), 32–38. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5319286/pdf/SIJMedLife-08-04-32.pdf>
- Matchim, Y., & Kongsuwan, W. (2015). Thai nursing students' experiences when attending real life situations involving cardiac life support: A phenomenological study. *Nurse Education Today*, 35(12), 1186–1191. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2015.05.010>
- McDougall, E. M. (2015). Simulation in education for health care professionals. *British Columbia Medical Journal*, 57(10), 444–448. <https://bcmj.org/articles/simulation-education-health-care-professionals>
- Mok, G., Schouela, N., Thurgur, L., Ho, M., Hall, A. K., Caudle, J., Rosenberg, H., & Syed, S. (2020). Resident learning during a pandemic: Recommendations for training programs. *Canadian Journal of Emergency Medicine*, 22(5), 1–5. <https://doi.org/10.1017/cem.2020.435>
- Nelson, H., Hubbard Murdoch, N., & Norman, K. (2021). The role of uncertainty in the experiences of nurses during the COVID-19 pandemic: A phenomenological study. *Canadian Journal of Nursing Research*, 53(2), 124–133. <https://doi.org/10.1177/0844562121992202>
- Papp, I., Markkanen, M., & von Bonsdorff, M. (2003). Clinical environment as a learning environment: Student nurses' perceptions concerning clinical learning experiences. *Nurse Education Today*, 23(4), 262–268. [https://doi.org/10.1016/S0260-6917\(02\)00185-5](https://doi.org/10.1016/S0260-6917(02)00185-5)
- Spence, D., Zambas, S., Mannix, J., Jackson, D., & Neville, S. (2019). Challenges to the provision of clinical education in nursing. *Contemporary Nurse: A Journal for the Australian Nursing Profession*, 55(4–5), 458–467. <https://doi.org/10.1080/10376178.2019.1606722>
- Sterner, A., Hagiwara, M. A., Ramstrand, N., & Palmér, L. (2019). Factors developing nursing students and novice nurses' ability to provide care in acute situations. *Nurse Education in Practice*, 35, 135–140. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2019.02.005>
- Sullivan, E. H., Gibson, L. E., Berra, L., Chang, M. G., & Bittner, E. A. (2020). In-hospital airway management of COVID-19 patients. *Critical Care*, 24(292), 1–8. <https://doi.org/10.1186/s13054-020-03018-x>
- Tan, R., Yu, T., Luo, K., Teng, F., Lui, Y., Luo, J., & Hu, D. (2020). Experiences of clinical first-line nurses treating patients with COVID-19: A qualitative study. *Journal of Nursing Management*, 28(6), 1381–1390. <https://doi.org/10.1111/jonm.13095>
- Varner, C. (2021, March 31). Hospitals grappling with nurse exodus. *CMAJ News*. <http://cmajnews.com/2021/03/31/nursingretirements-1095934/>
- Weeks, K. W., Coben, D., O'Neill, D., Jones, A., Weeks, A., Brown, M., & Pontin, D. (2019). Developing and integrating nursing competence through authentic technology-enhanced clinical simulation education: Pedagogies for reconceptualising the theory-practice gap. *Nurse Education in Practice*, 37, 29–38. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2019.04.010>
- Weller-Newton, J. M., & McCormack, B. (2020). From Nightingale to now: Time to rethink clinical education in nursing. *The Clinical Teacher*, 17(5), 461–463. <https://doi.org/10.1111/tct.13252>

Look for supplemental materials such as author interviews and podcasts at [www.CJEN.ca](http://www.CJEN.ca)

The Canadian Journal of Emergency Nursing (CJEN) is the Official Journal of the National Emergency Nurses Association (NENA) of Canada. This article has been made available at no cost in partnership with NENA and the University of Alberta Libraries.

# FORENSIC NURSE EXAMINER MICROCREDENTIALS

Enhance your career. Discover a short, focused way to master new skills and provide specialized care to patients.

[bcit.ca/forensichealth](http://bcit.ca/forensichealth)





# Les implications de la simulation et de l'apprentissage en situation réelle pour les infirmières d'urgence novices en matière de COVID-19

Carrie Meagher<sup>1\*</sup>, M.N. IA, Jenna M. McComb<sup>2</sup>, M.N. IA, and Jennifer M. Burkhart<sup>3</sup>, B.Sc.N, IA

<sup>1</sup>Chef de programme, spécialité en soins infirmiers d'urgence, British Columbia Institute of Technology

<sup>2</sup>Infirmière de chevet, Royal Columbian Hospital Emergency Department

<sup>3</sup>Infirmière de chevet, le service des urgences de l'hôpital d'Ottawa ; étudiante à la maîtrise en soins infirmiers, Faculté des sciences infirmières, University of Victoria

\* Auteure correspondante : Toute correspondance concernant cet article doit être adressée à [cmeagher2@bcit.ca](mailto:cmeagher2@bcit.ca), 604-451-7045, 3700 Willingdon Avenue, Burnaby, C.-B. V5G 3H2

## Résumé

Au cours des dernières décennies, les influences technologiques ont fait progresser la formation en soins infirmiers, tant sur le plan de la pédagogie pratique que théorique. Aujourd'hui, la technologie de la simulation est intégrée à de nombreux programmes de soins infirmiers et à des contextes de pratique clinique. L'introduction de la simulation remet en question le mentorat actuel et l'apprentissage pratique en milieu réel, ce qui soulève la question suivante : L'utilisation de la simulation pour former les infirmières dans l'environnement clinique remplace-t-elle de manière suffisante l'apprentissage en situation réelle ? À cause de la récente pandémie de syndrome respiratoire aigu sévère à coronavirus 2 (COVID-19), les services d'urgence à revoir leurs pratiques de formation, en remplaçant éventuellement l'apprentissage en situation réelle par une technologie de simulation pour aider les infirmières novices à soigner les patients atteints de COVID-19 durant la phase aigüe. De nombreuses infirmières d'urgence chevronnées ont quitté la profession pendant la pandémie de COVID-19, et ont été remplacées par des infirmières d'urgence novices ayant une expérience limitée (Association Canadienne des Médecins d'Urgence, ACMU, 2021). Bien que leur enthousiasme, leurs compétences et leurs connaissances soient très

appréciés, les infirmières novices des services d'urgence affrontent de nombreux défis dans l'environnement complexe des urgences, en particulier dans le contexte de la pandémie COVID-19 qui évolue rapidement. Cet article donne un aperçu de l'apprentissage à la fois par la simulation et par la vie réelle et explique comment ces deux modèles, ainsi que leurs stratégies pédagogiques, peuvent être mis en œuvre par les formateurs d'infirmières d'urgence pour aider les infirmières d'urgence novices à faire la transition vers la pratique indépendante.

**Mots-clés :** simulation, apprentissage en situation réelle, formation des infirmières novices, service des urgences, COVID-19

Dans le cadre des pratiques ordinaires, les infirmières novices des services d'urgence se voient confrontées à de nombreux défis lors de la transition vers la pratique clinique dans un environnement clinique complexe et dynamique (Doherty, 2016; Garcia-Martin et coll., 2021). Au cours des dernières années, les services d'urgence canadiens ont connu une tendance à l'augmentation du nombre de patients, à la pénurie de personnel, à la lourdeur de la charge de travail, à la détresse morale et à l'épuisement professionnel du personnel infirmier des services d'urgence ; tous ces facteurs ont une incidence sur la qualité des soins aux patients et aux familles (Arnold, 2020 ; Association Canadienne des Médecins d'Urgence, 2021). La récente



pandémie de syndrome respiratoire aigu sévère à coronavirus 2 (COVID-19) a maintenant amplifié ces problèmes infirmiers, en ajoutant à un environnement professionnel déjà difficile, des politiques et des procédures qui évoluent rapidement, une fatigue liée à l'équipement de protection individuelle (ÉPI), une détresse morale et un risque pour la sécurité personnelle (Garcia-Martin et coll., 2021). Des infirmières, des médecins et des médias de tout le Canada ont fait part de leurs inquiétudes concernant le taux élevé de départs du personnel infirmier des services d'urgence, en particulier pendant la pandémie de COVID-19 (Association Canadienne des Médecins d'Urgence, 2021; Grant, 2021; Varner, 2021). En Ontario, de nombreuses infirmières novices ont été embauchées pour combler le vide, ce qui a fait chuter l'âge moyen du personnel infirmier des urgences de quelque dix ans par rapport à l'année précédente (Varner, 2021). L'Association canadienne des médecins d'urgence (ACMU) a récemment souligné que « bien que [les médecins] apprécient et respectent la formation et l'enthousiasme des infirmières novices, celles-ci ne peuvent pas immédiatement remplacer l'expérience et la sagesse d'une infirmière chevronnée » (2021, p. 2), et on ne devrait pas s'attendre à ce qu'elles le fassent. Les auteurs sont d'avis que les infirmières novices des services d'urgence ont droit à un mentorat, à un soutien et à des expériences éducatives enrichissantes pour développer leur pratique et faciliter leur transition vers ce milieu professionnel complexe. Or, dans le présent environnement clinique, ces soutiens font défaut. Les formateurs d'infirmières d'urgence sont aux prises avec de nombreux problèmes lorsqu'ils tentent d'aider le personnel en place à s'adapter à l'évolution constante de l'information et de la pratique, et ils disposent de peu de temps, de fonds et de ressources supplémentaires pour répondre aux besoins d'apprentissage de ces infirmières novices.

De plus, par nécessité de protéger le personnel contre la COVID-19, la pratique clinique des urgences en matière de gestion des voies respiratoires a considérablement évolué (Begley et coll., 2020). Les intubations sont effectuées dans des chambres d'isolement où seul le personnel essentiel est présent, réduisant ainsi le risque d'exposition au virus (Sullivan et coll., 2020). Les compétences et la pratique relatives à la gestion des voies aériennes sont difficiles à acquérir pour une infirmière novice des urgences, et le contexte du COVID-19 crée un obstacle de plus à l'offre d'expériences éducatives sécuritaires pour les apprenants. Maintenant que les éducateurs des services d'urgence ne peuvent plus enseigner exclusivement dans le style habituel du mentorat traditionnel en raison de ces obstacles, ils doivent réfléchir à la manière de soutenir des expériences éducatives puissantes et dynamiques tout en minimisant le risque pour l'apprenant. Cette question a amené les services d'urgence à réexaminer les pratiques éducatives, en remplaçant éventuellement l'apprentissage en situation réelle par une technologie de simulation pour aider les infirmières novices à prendre en charge les patients gravement malades atteints de COVID-19. Les auteurs examineront les avantages et les contraintes de l'apprentissage en situation réelle et de la simulation, analyseront les deux approches andragogiques en se penchant plus particulièrement sur le cas de l'infirmière novice aux urgences et sur la gestion des voies aériennes COVID-19, et proposeront des recommandations pour une mise en œuvre pratique dans la formation des infirmières d'urgence.

## L'apprentissage pratique en situation réelle dans l'enseignement des soins infirmiers

Après l'obtention de leur diplôme, les infirmières autorisées (IA) continuent de s'épanouir sur le plan personnel et professionnel en tirant des apprentissages de la vie réelle dans l'environnement clinique. (Papp et coll., 2003) définissent l'environnement clinique comme « tout élément qui entoure l'étudiant infirmier, y compris le cadre clinique, l'équipement, le personnel, les patients, l'infirmier-mentor et l'infirmier-enseignant » [Trad.Lib] (p. 262). Le milieu clinique est un « puissant environnement d'apprentissage » (Liljedahl, 2018, p. 272, [Trad.Lib]), à la fois complexe et stimulant, et essentiel à la formation en soins infirmiers (Spence et coll., 2019, [Trad.Lib]). Cet environnement d'apprentissage peut être très difficile à gérer, mais il est très apprécié par les apprenants en raison de la dualité des opportunités d'apprentissage positives et négatives qui se présentent (Papp et coll., 2003). Au cours du siècle dernier, l'enseignement clinique a progressé et évolué parallèlement à la pratique infirmière. En particulier pendant la COVID-19, la nouveauté et l'incertitude de la situation ont entraîné un changement rapide de l'environnement d'apprentissage en situation réelle pour les infirmières novices et chevronnées.

### Avantages de l'apprentissage sur le terrain

Les infirmières-enseignantes favorisent actuellement l'apprentissage clinique à partir de modèles tels que le modèle du facilitateur et le modèle du préceptorat, qui mettent l'accent sur le mentorat et la modélisation des rôles. Ces modèles sont conçus pour permettre aux apprenants de synthétiser les connaissances en soins infirmiers dans le contexte des soins pratiques aux patients et aux familles, renforçant ainsi la capacité de l'apprenant à résoudre des problèmes, à se perfectionner tout au long de la vie et à réfléchir de manière critique (Spence et coll., 2019). Selon Sterner et coll. (2019) « l'expérience acquise dans des situations aiguës et l'intégration de la théorie et de la pratique sont essentielles à l'acquisition de compétences permettant de fournir des soins appropriés » dans le cadre de la pratique (p. 135 [Trad.Lib]). Par leurs expériences en milieu clinique, les apprenants sont témoins d'exemples concrets et réels de soins aux patients et aux familles. Ils appliquent la théorie et pratiquent des soins centrés sur la personne afin de développer leur empathie, leur respect et leurs compétences relationnelles (Spence et coll., 2019; Weller-Newton & McCormack, 2020). Les infirmières novices possédant plus de vécu clinique que leurs pairs accomplissent les tâches avec plus d'efficacité et d'habileté, assimilent davantage les connaissances théoriques, ont une meilleure identité professionnelle et sont généralement plus compétentes (Manoochehri et coll., 2015). Alors que la simulation manque de réalisme (Lasater, 2007), les expériences cliniques réelles permettent aux infirmières novices de constater dans la pratique des signes objectifs difficiles à enseigner ou à simuler, comme la pâleur, la marbrure, la diaphorèse et l'inconfort. Lyneham et coll. (2008) décrivent également le développement de l'intuition ou du sentiment qu'un patient « a l'air malade » comme un aspect essentiel de l'apprentissage sur le terrain pour le personnel infirmier des urgences.

Les modèles d'enseignement clinique moderne qui misent fortement sur le mentorat et la modélisation des rôles (Ironsides et coll., 2014) exposent les apprenants aux réalités de la prestation des soins de santé, où ils ont l'occasion de réfléchir à l'environnement, à la qualité des soins, aux perspectives des patients et des familles, ainsi qu'à leurs propres valeurs et croyances (Liljedahl, 2018;

Sterner et coll., 2019). Ces expériences sur le terrain favorisent également les interactions sociales sur le lieu de travail, dont on connaît l'impact positif sur l'apprentissage et le développement des connaissances (Kolb, 2014; Liljedahl, 2018). À mesure que les infirmières novices tirent des connaissances de leurs pairs, de leurs mentors et de leurs modèles, elles peaufinent leurs processus de décision et de réflexion (Kolb, 2014; Liljedahl, 2018). Par exemple, les infirmières novices qui ont bénéficié d'un véritable soutien de l'équipe et d'une rétroaction de leurs pairs lorsqu'elles ont appris à enfiler et à enlever correctement l'ÉPI étaient moins anxieuses, plus confiantes et avaient davantage le sentiment d'être intégrées à l'équipe (Garcia-Martin et coll., 2021, Nelson et coll., 2021). Tandis que la profession infirmière progresse, les apprenants deviennent des acteurs impliqués dans leur apprentissage clinique (Liljedahl, 2018). Les apprenants apprécient beaucoup les expériences en milieu clinique qui favorisent l'indépendance et la croissance (Liljedahl, 2018); de telles expériences ont le potentiel d'influencer considérablement leur cheminement de carrière (Weller-Newton et McCormack, 2020).

### **Les défis de l'apprentissage en situation de vie réelle**

Ironside et coll. (2014) proposent que les opportunités d'apprentissage dans la vie réelle puissent être aléatoires, difficiles à prévoir et exiger beaucoup de temps ou de ressources. Les infirmières novices peuvent vivre divers degrés d'inclusion; parfois, les apprenants sont employés comme membres du personnel alors qu'ils devraient être surnuméraires ou limités à un rôle à titre d'observateurs plutôt que d'être inclus et soutenus (Ironside et coll., 2014; Weller-Newton & McCormack, 2020). Le milieu clinique est hautement relationnel; les apprenants doivent donc parvenir à tisser des liens étroits pour avoir accès aux connaissances (Liljedahl, 2018). Cela peut poser un défi, particulièrement lorsque les précepteurs, les mentors ou les animateurs sont dévalorisants, intimidants ou mal préparés à l'enseignement (Weller-Newton et McCormack, 2020). En outre, l'accent principal et la mesure de la progression dans l'enseignement clinique dépendent de l'achèvement des tâches (Ironside et coll., 2014; Liljedahl, 2018; Weller-Newton et McCormack, 2020). En effet, l'exécution des tâches est fondamentale pour les soins infirmiers, mais lorsqu'on y accorde une telle importance, il peut rendre invisible des aspects plus complexes des soins infirmiers, comme l'amélioration de la qualité, le raisonnement clinique, la délégation, ainsi que la complexité et la gravité des situations des patients (Ironside et coll., 2014). La simulation offre un complément à l'enseignement clinique qui atténue certains de ces défis clés de l'apprentissage en situation réelle, en particulier une absence de maîtrise du type et de la qualité des expériences d'apprentissage clinique.

### **L'apprentissage par la simulation dans l'enseignement des soins infirmiers**

Dans le domaine des soins de santé, on utilise depuis longtemps la technologie de simulation comme une modalité efficace et précieuse pour la formation des professionnels de la santé (Harder, 2009). Le comité des normes de l'International Nursing Association for Clinical Simulation and Learning [INACSL] (2016 [Trad.Libre]) définit la simulation comme « une stratégie éducative dans laquelle un ensemble particulier de conditions est créé ou simulé pour ressembler à des situations réelles susceptibles de se produire dans la vie quotidienne » (p. 44). L'environnement réaliste de la simulation permet aux professionnels de la santé de

pratiquer de nouvelles procédures, complexes ou peu communes, dans un environnement sûr et contrôlé, avant d'appliquer ces compétences ou connaissances aux soins des patients (Dieckmann et coll., 2020). Au cours des 70 dernières années, la simulation en soins de santé a évolué et s'est transformée. Les premiers exemples de simulation sont ceux d'apprenants pratiquant des injections sur des oranges (Harder, 2009) et actuellement, les simulations haute-fidélité sont utilisées pour préparer un grand nombre de professionnels de la santé à améliorer de manière sûre et efficace les réponses des hôpitaux à la pandémie mondiale actuelle de COVID-19 (Dieckmann et coll., 2020).

### **Les avantages de l'apprentissage par la simulation**

L'apprentissage par simulation n'est pas seulement utilisé dans la formation infirmière de premier cycle, mais aussi pour soutenir les infirmières novices des urgences lors de leur transition vers un autre lieu de travail (Sterner et coll., 2019). Yang (2020) suggère que la simulation transforme la pensée critique et les capacités de jugement clinique des infirmières novices en soins d'urgence. Les exercices répétés en simulation augmentent les capacités cognitives en milieu clinique, car l'expérience est semblable à des situations qui ont déjà eu lieu (Alshammari et coll., 2018). Au cours de l'expérience de simulation, les infirmières novices des urgences ont la possibilité de commettre des erreurs, et d'apprendre de ces erreurs, en voyant l'impact sur le patient dans un environnement sécuritaire (McDougall, 2015). Les séances de compte rendu offrent une occasion supplémentaire d'explorer davantage les expériences d'apprentissage et de reconnaître les erreurs possibles; l'infirmière novice des services d'urgence approfondit sa réflexion sur l'expérience et comprend mieux les conséquences possibles sur les soins aux patients (McDougall, 2015).

La pandémie de COVID-19 a attiré l'attention sur le stress et l'anxiété considérables chez les infirmières novices des services d'urgence, faisant valoir la nécessité d'offrir des possibilités d'apprentissage continu afin de soutenir davantage le jugement clinique et d'accroître la confiance des infirmières novices des services d'urgence qui font la transition vers un milieu de pratique intense et dynamique (Garcia-Martin et coll., 2021). L'utilisation de simulations haute-fidélité dans le cadre clinique tout au long de la pandémie mondiale s'est avérée être une stratégie d'accompagnement pour accroître rapidement l'état de préparation et la confiance des professionnels de la santé lors de la prise en charge des patients COVID-19 (Alshammari et coll., 2018). La simulation sur le terrain offre une occasion unique aux infirmières novices des urgences de vivre des situations à haut risque dans un environnement favorable et calme.

### **Les défis de l'apprentissage par la simulation**

Le succès de la simulation sur le terrain dépend fortement de l'engagement de l'animateur; l'apprentissage prévu est menacé si l'animation manque de motivation, de compétences, d'enthousiasme et d'authenticité (Bowen-Withington et coll., 2020). Akhtar-Danesh et coll. (2009) soulignent les difficultés et les obstacles auxquels sont confrontés les formateurs d'infirmières lors de la mise en œuvre et de l'application de la technologie de simulation sur place, comme le manque de temps pour se familiariser avec la technologie de simulation et le nombre de ressources nécessaires pour maintenir ses connaissances. Les formateurs en soins infirmiers peuvent éprouver des sentiments d'anxiété et de crainte face à un scénario de simulation in situ trop avancé pour l'infirmière novice des urgences, ce qui compromet les résultats attendus de l'apprentissage (Akhtar-Danesh et coll., 2009).

Pour l'apprenant, le fait de dépendre du facilitateur pour la communication avec le patient ou les réponses interactives risque d'interrompre le déroulement naturel de l'évaluation des patients, limitant ainsi le réalisme de la simulation [Lasater, 2007]]. L'absence d'indices visuels tels qu'un sourire ou une grimace de la part du mannequin, l'absence de pâleur, de diaphorèse, de marbrure et de crise d'épilepsie sont autant de défis à relever. De plus, la simulation haute-fidélité peut être intimidante et accablante pour certains apprenants. Faute d'une séance d'information préalable, les apprenants peuvent éprouver un sentiment de frustration lorsque la technologie de simulation haute-fidélité échoue ou interrompt l'expérience de simulation (Lasater, 2007).

Comme abordé ci-dessus, la simulation et l'apprentissage en milieu réel ont leurs avantages et leurs défis respectifs ; les deux stratégies pédagogiques favorisent efficacement la croissance et le développement des infirmières novices des services d'urgence, notamment dans le contexte du COVID-19.

### **Analyse : Les infirmières novices aux urgences et la formation en matière de COVID-19**

La pandémie de COVID-19 est un problème de santé mondial qui a grandement affecté de nombreux professionnels de la santé, provoquant la crainte et l'anxiété, et modifiant considérablement la pratique clinique des infirmières (Begley et coll., 2020). Plus précisément, de nouvelles considérations sur la gestion des voies respiratoires et les interventions produisant des aérosols aux urgences ont mené à de nouvelles directives et de nouveaux principes d'intubation pour assurer la sécurité des travailleurs de la santé et réduire le risque de transmission virale (Begley et coll., 2020 ; Chan, 2020 ; Sullivan et coll., 2020). Pour bien soigner les patients dont la COVID-19 est suspectée ou confirmée, les infirmières des services d'urgence doivent posséder des connaissances, des compétences et une formation spécialisée en matière de ventilation, d'aide à l'intubation et de formulation de plans d'intervention d'urgence (Tan et coll., 2020).

Il peut être extrêmement stressant, accablant et émotionnellement épuisant pour les infirmières novices des urgences, de naviguer dans un environnement de travail complexe tout en essayant d'appliquer de nouvelles compétences, de nouvelles connaissances et de fournir des soins cliniques de haute qualité (Hussein et coll., 2017). Sterner et coll. (2019) affirment que la complexité de la plupart des patients de soins aigus est trop avancée pour les infirmières novices des urgences ; leur ensemble de compétences sous-développées et leurs lacunes en matière de connaissances peuvent entraîner des expériences d'apprentissage négatives et pourraient nuire à la sécurité des patients (Hussein et coll., 2017). La gravité des symptômes d'un patient présentant une détresse respiratoire exige une action rapide de la part de l'infirmière afin d'identifier les symptômes potentiellement mortels et d'intervenir en temps opportun. Pour les infirmières novices des urgences, cette situation, dans des circonstances normales, peut être écrasante et effrayante ; la crainte de contracter le COVID-19 ajoute un stress, une anxiété et une complexité clinique supplémentaires (Tan et coll., 2020). C'est ce qui amène les formateurs en soins infirmiers d'urgence du Canada à se demander comment former et encadrer efficacement et adéquatement les infirmières novices dans ces nouvelles pratiques et transitions de rôle, en explorant des stratégies d'apprentissage telles que la simulation et l'apprentissage sur le terrain.

### **La mise en œuvre de l'apprentissage en situation réelle dans l'enseignement du COVID-19**

L'apprentissage en conditions réelles est une méthode bien établie pour développer les compétences, les connaissances et la confiance dans un cadre clinique authentique. La participation active — et non l'exclusion — à des situations de soins aigus, avec le soutien d'un personnel expérimenté, est une stratégie d'apprentissage en situation réelle qui donne des résultats probants pour les infirmières novices aux urgences (Sterner et coll., 2019). Les infirmières novices devraient également avoir des modèles de rôle, comme des infirmières enseignantes ou expérimentées en service d'urgence, pour démontrer leurs compétences, exprimer leur raisonnement clinique, faire preuve de comportements professionnels comme l'empathie et le respect, et aider les infirmières novices à combler l'écart entre la formation et la pratique (Doherty, 2016 ; Matchim et Kongsuwan, 2015). Notamment pendant la pandémie de COVID-19, la présence visible du leadership infirmier dans l'unité offre aux infirmières novices des mesures de soutien et des ressources dans un climat d'incertitude et de changement (Nelson et coll., 2021). L'apprentissage auprès de modèles dans le milieu clinique est également un moyen pour les infirmières novices de découvrir leurs « connaissances du métier... la combinaison des observations de la pratique, des connaissances, des compétences et de l'expérience clinique d'une infirmière pour fournir des soins centrés sur le patient » [Doherty, 2016, p. 159 [Trad.Libre]]. De plus, le bilan des expériences de la vie réelle est particulièrement important pendant le COVID-19 en raison du risque de détresse psychologique, de peur et d'anxiété supplémentaire qui en résulte (Tan et coll., 2020). Les infirmières novices devraient avoir la possibilité de revenir sur leurs expériences avec le personnel chevronné, de discuter de leurs questions et de leurs sentiments, et de recevoir des outils, des méthodes et des ressources pour les aider à gérer leurs émotions (Doherty, 2016 ; Tan et coll., 2020) et à combler les lacunes en matière de connaissances (Mok et coll., 2020).

En raison de la nouvelle pandémie de COVID-19 et de son évolution, il a été assez difficile de trouver des recherches et des données érudites concernant les avantages et les implications de l'apprentissage en situation réelle. La plupart des publications soulignent l'importance de la simulation pour les professionnels de la santé qui apprennent de nouvelles procédures et de nouveaux processus pour combattre le COVID-19 (Dieckmann et coll., 2020 ; Sullivan et coll., 2020). Mok et coll. [2020 [Trad.Libre]] notent qu'il est « extrêmement important de trouver un équilibre entre les objectifs d'apprentissage et la sécurité de l'apprenant » (p. 619), en limitant toute exposition inutile de l'apprenant au COVID-19. Ainsi, il faut faire preuve de créativité pour aider les infirmières novices à vivre une expérience d'apprentissage réelle avec le COVID-19. Parmi les suggestions, citons le fait que les infirmières novices fassent partie de l'équipe de gestion des voies aériennes en tant que soutien, ou qu'elles restent à l'extérieur de la pièce, observent activement la réanimation et discutent de la gestion et des rôles avec un membre du personnel-cadre ou un éducateur (Mok et coll.). Mok et coll. soulignent que, même si une urgence occupée et le risque de contamination peuvent rendre l'observation directe et la participation aux cas COVID-19 difficiles pour les apprenants, il est néanmoins important d'améliorer les compétences, d'identifier les lacunes et d'obtenir une rétroaction ciblée. Il est particulièrement important pour les

infirmières de première ligne d'avoir une expérience pratique du dépannage des ventilateurs pendant le COVID-19, en intégrant à la fois des connaissances théoriques et des possibilités de pratique (Tan et coll., 2020).

### **Le recours à la simulation à l'ère dans l'enseignement du COVID-19**

Le recours à la simulation dans les urgences est essentiel pour s'orienter dans les changements de pratique clinique dus à COVID-19. Dieckmann et coll. [2020 [Trad.Libre]] affirment que « la simulation peut rapidement faciliter la préparation et la formation en milieu hospitalier d'un grand nombre de professionnels de la santé et d'étudiants de différents milieux (p.1). Selon Sullivan et coll. [2020 [Trad.Libre]], une méta-analyse de plusieurs études a révélé l'importance de la simulation dans l'enseignement des soins de santé; la simulation améliore de manière significative les connaissances cliniques et » il existe une corrélation positive significative entre la performance de la simulation et la performance clinique « (p. 35). McDougall (2015) indique que la pratique par la simulation est une stratégie pédagogique idéale pour les apprenants adultes, car la simulation permet une expérience unique axée sur l'apprenant, qui s'appuie sur les connaissances existantes et répond aux besoins professionnels de manière authentique, pertinente et pratique. La simulation permet aux infirmières novices des services d'urgence la possibilité de faire l'expérience de diverses situations cliniques, de faire des erreurs sans nuire et d'intégrer les compétences cliniques, la communication et la pensée critique dans un environnement contrôlé et favorable (Kapucu, 2017). Sullivan et coll. (2020) suggèrent que la pratique répétitive dans un cadre de simulation aidera les infirmières novices confrontées à des situations réelles à se sentir prêtes à mettre en œuvre un processus systématique pratique pour des procédures sûres de gestion des voies respiratoires dans le traitement des patients potentiellement atteints de COVID-19 et dans les cas confirmés.

### **Recommandations concernant la formation COVID-19 des infirmières novices des services d'urgence**

L'apprentissage sur le terrain et la simulation présentent tous deux des avantages irréfutables pour les infirmières novices des urgences qui naviguent dans un environnement clinique complexe dans le contexte de la pandémie de COVID-19. Il est extrêmement risqué de se fier uniquement à l'apprentissage sur le terrain pour les nouvelles procédures de gestion des voies respiratoires aux urgences, car la charge cognitive élevée, le stress et l'adrénaline peuvent accroître les risques d'erreurs, ce qui nuit grandement à la sécurité des patients et à la santé et la sécurité des infirmières novices (Dieckmann et coll., 2020). Les simulations peuvent être jumelées à des expériences cliniques afin d'améliorer les compétences et les aptitudes des infirmières sur le plan de la pensée critique, de la prise de décision, de la résolution de problèmes, de la communication, du travail d'équipe et du développement professionnel (Kapucu, 2017). La simulation et l'apprentissage en situation de vie réelle sont complémentaires et contribuent à accroître la confiance et les compétences de l'infirmière novice des urgences (Tan et coll., 2020; Weeks et coll., 2019). Nous conseillons donc aux formateurs d'infirmières des services d'urgence de tenir compte de l'importance de l'apprentissage sur le terrain, tout en mettant l'accent sur l'utilisation de la simulation comme stratégie efficace pour préparer les infirmières novices des services d'urgence et leurs équipes

interprofessionnelles à prendre en charge les patients atteints de la maladie COVID-19. En particulier, les formateurs d'infirmières d'urgence devraient réfléchir aux recommandations suivantes :

- Les stratégies d'apprentissage sur le terrain, telles que l'observation, la modélisation de rôle et la réunion de compte rendu, renforcent la confiance et les compétences des infirmières novices des urgences qui travaillent auprès des patients atteints de COVID-19. Ces stratégies créent des occasions pour les apprenants d'être témoins de soins cliniques spécialisés en action, de poser des questions à leurs modèles et à leurs éducateurs, de pratiquer ces compétences en profitant d'une rétroaction ciblée, et de tirer des leçons de leurs expériences (Doherty, 2016; Mok et coll., 2020).
- Les stratégies d'apprentissage par la simulation, telle que les scénarios de cas pertinents, les exercices de simulation haute-fidélité, les séances de comptes rendus et la création d'environnements d'apprentissage sécuritaires, renforcent les connaissances, les compétences et la confiance des infirmières novices des services d'urgence qui s'occupent de patients atteints de la maladie COVID-19. Ces stratégies permettent à ces infirmières d'apprendre et d'améliorer leur rendement clinique, leurs aptitudes à la communication et au travail d'équipe, leur capacité à prendre des décisions de manière efficace et leur pensée critique dans un environnement contrôlé (Dieckmann et coll., 2020; Sullivan et coll., 2020).
- Dans une situation réelle, les infirmières novices des urgences peuvent se servir des connaissances et de l'expérience acquises lors des précédentes simulations de gestion des voies aériennes COVID-19, ce qui réduit la peur et l'anxiété générales et augmente la confiance et la compétence (Kapucu, 2017). À titre d'éducateur, il est essentiel d'intégrer à la fois l'apprentissage par simulation et l'apprentissage sur le terrain afin de créer une expérience pédagogique holistique et dynamique pour les infirmières novices des services d'urgence.

### **Conclusion**

L'exode continu des infirmières chevronnées, aggravé par la pandémie de COVID-19, a menacé l'éducation, le soutien et le mentorat des infirmières novices des urgences. Lors des crises et des urgences sanitaires, la compétence du personnel infirmier a un impact direct sur les taux de réussite et la qualité des soins aux patients (Miao et coll., 2018, cité dans Tan et coll., 2020, p. 1388). L'élaboration et la réalisation de programmes et d'expériences de formation complets pour les infirmières novices des services d'urgence en transition sont donc essentielles à la prestation de soins compétents aux patients des services d'urgence. La simulation et l'apprentissage sur le champ sont d'excellents moyens de renforcer la confiance et les compétences des infirmières novices des urgences. Alors que l'enseignement des sciences infirmières vise à utiliser des approches pédagogiques centrées sur l'apprenant, de nombreuses théories proposent de faciliter une variété de modalités d'enseignement afin de créer des occasions de formation pour tous les types d'apprenants (Garrett, 2020). Idéalement, l'enseignement réalisé au moyen d'un modèle d'éducation mixte, comprenant à la fois des activités réelles et des activités de simulation, faciliterait la formation complète des étudiants et des infirmières novices. Bien que cet article traite de deux styles d'enseignement particuliers, il convient de poursuivre les recherches afin d'évaluer et de lancer un programme qui permettrait d'équilibrer ces deux styles. Les formateurs d'infirmières d'urgence sont invités à exercer

une réflexion critique et créative sur l'environnement pédagogique complexe et à soutenir l'apprentissage des infirmières d'urgence novices en concevant des modèles uniques de formation clinique pour répondre à leurs besoins d'apprentissage et améliorer la rétention des infirmières d'urgence.

## Implications pour la pratique clinique des soins d'urgence

- Les infirmières novices ont besoin d'un meilleur soutien pour faire la transition vers la pratique indépendante aux urgences, surtout en raison de l'exode récent des infirmières chevronnées et de la vague d'infirmières novices qui en résulte.
- L'apprentissage par simulation ne saurait remplacer entièrement l'apprentissage sur le terrain. C'est pourtant une stratégie essentielle pour développer les connaissances et les compétences dans un environnement sécuritaire et contrôlé, tout en renforçant la confiance et les compétences de l'infirmière novice des services d'urgence.
- Les stratégies d'apprentissage en milieu réel qui mettent l'accent sur le mentorat offrent aux apprenants la possibilité d'assister à des soins cliniques spécialisés en direct, de poser des questions à leurs modèles et à leurs éducateurs, de mettre en pratique ces compétences en bénéficiant de rétroactions ciblées et de tirer parti de l'expérience acquise.
- L'enseignement de la gestion des voies aériennes COVID-19 nécessite une planification minutieuse afin d'atténuer les risques pour l'apprenant, tout en optimisant le transfert et l'application des connaissances.
- Les formateurs d'infirmières d'urgence devraient appliquer ou préconiser l'intégration d'un modèle mixte d'apprentissage par simulation et d'expériences réelles afin de créer une formation holistique et dynamique pour les infirmières d'urgence novices.

## Note des auteures

Carrie Meagher est une infirmière autorisée qui se consacre depuis 16 ans aux soins infirmiers. Elle est actuellement responsable du programme de spécialisation en soins infirmiers d'urgence du British Columbia Institute of Technology. Carrie se passionne particulièrement pour la médecine d'urgence et les soins infirmiers intensifs, ayant acquis toute son expérience à l'hôpital général de Vancouver. Carrie apporte son expertise en soins infirmiers d'urgence pour soutenir la croissance et le développement des infirmières et infirmiers d'urgence en Colombie-Britannique, au Canada et à l'étranger. En 2021, Carrie a obtenu une maîtrise en enseignement des soins infirmiers à l'Université de Victoria. À part les soins infirmiers, Carrie aime passer du temps avec son mari et ses deux jeunes garçons à explorer la Colombie-Britannique.

Jenna McComb est titulaire d'un baccalauréat en sciences infirmières du Collège Douglas depuis 2017. Elle a débuté sa carrière au Langley Memorial Hospital, où elle a obtenu un certificat avancé en soins infirmiers d'urgence du British Columbia Institute of

Technology en 2018. Peu après l'obtention du certificat, Jenna a commencé à travailler à l'hôpital Royal Columbian. Elle a occupé de nombreux rôles infirmiers différents, y compris des postes d'infirmière d'urgence et de traumatologie au chevet du patient, de soins intensifs, d'AVC aigu, de laboratoire de cathétérisme cardiaque et de ressources cliniques. De plus, elle a participé à des recherches en soins infirmiers et à des rôles de mentorat au sein du service des urgences de l'hôpital Royal Columbian. En 2021, Jenna a obtenu une maîtrise en enseignement infirmier de l'Université de Victoria. Lorsqu'elle n'est pas à l'hôpital, on peut trouver Jenna en train d'explorer la nature de la Colombie-Britannique avec son mari, de boire un bon café au lait ou de préparer et de décorer des gâteaux.

Jennifer Burkhart a obtenu son baccalauréat en sciences infirmières à l'Université de l'Alberta en 2013 dans le cadre d'un programme de collaboration avec le Grande Prairie Regional College. Depuis, elle a exercé dans des services d'urgence partout au pays, des avant-postes ruraux du nord aux centres de traumatologie tertiaires. Aujourd'hui, Jenn réside à Ottawa, où elle travaille comme infirmière d'urgence au chevet des patients et termine sa maîtrise en enseignement infirmier à l'Université de Victoria. Elle se passionne pour l'amélioration de la gestion des fausses couches aux urgences, l'intégration de la simulation dans la formation clinique et le soutien aux nouvelles infirmières. Durant ses rares temps libres, Jenn aime simplifier sa maison et sa vie, faire du bon pain et explorer la nature avec son mari et ses enfants.

## Remerciements

L'équipe d'auteurs témoigne sa profonde gratitude à leur professeure à l'UVIC, Lynne Young, dont l'expérience, les encouragements et la relecture ont permis de compléter les premières versions de ce manuscrit. Les auteurs reconnaissent et respectent également les peuples *łək'wəḡən* sur le territoire traditionnel duquel se trouve l'Université de Victoria, ainsi que les peuples Songhees, Esquimalt et WSÁNEĆ dont les relations historiques avec la terre se poursuivent jusqu'à ce jour.

## Conflits d'intérêts

Les auteures n'ont pas de conflits d'intérêts.

## Déclaration de l'auteur (CRediT)

Carrie Meagher — Conceptualisation, Enquêtes, Ressources, Rédaction — Élaboration du projet original, Rédaction — Révision et correction, Visualisation

Jenna McComb — Conceptualisation, Rédaction — Élaboration du projet original, Rédaction — Révision et correction, Visualisation

Jennifer Burkhart — Conceptualisation, Enquêtes, Ressources, Rédaction - Élaboration du projet original, Rédaction - Révision et correction, Visualisation

## Financement

Les auteurs n'ont aucun conflit de financement à divulguer.

## RÉFÉRENCES

- Akhtar-Danesh, N., Baxter, P., Valaitis, R. K., Stanyon, W., & Sproul, S. (2009). Nurse faculty perceptions of simulation use in nursing education. *Western Journal of Nursing Research*, 31(3), 312–329. <https://doi.org/10.1177/0193945908328264>
- Alshammari, F., Pasay-an, E., Laarni Indonto, M. C., & Gonzales, F. (2018). Translating the importance of simulation to practice: Strengthening learning outcomes. *Journal of Health Specialties*, 6(2), 60–67. [https://doi.org/10.4103/jhs.JHS\\_84\\_17](https://doi.org/10.4103/jhs.JHS_84_17)
- Arnold, T. C. (2020). Moral distress in emergency and critical care nurses: A metaethnography. *Nursing Ethics*, 27(8), 1681–1693. <https://doi.org/10.1177/0969733020935952>
- Begley, J. L., Lavery, K. E., Nickson, C. P., & Brewster, D. J. (2020). The aerosol box for intubation in coronavirus disease 2019 patients: An in-situ simulation crossover study. *Anaesthesia*, 75(8), 1014–1021. <https://doi.org/10.1111/anae.15115>

- Bowen, J., Zambas, S., Macdiarmid, R., Cook, C., & Neville, S. (2020). Integration of high-fidelity simulation into undergraduate nursing education in Aotearoa New Zealand and Australia: An integrative literature review. *Nursing Praxis in New Zealand Inc*, 36(3), 37–50. <https://doi.org/10.36951/27034542.2020.013>
- Canadian Association of Emergency Physicians (CAEP). (2021, September 7). *Emergency department workforce struggles amidst perfect storm*. <https://caep.ca/wp-content/uploads/2021/09/ED-Crisis-Sept7.pdf>
- Chan, A. (2020). COVID-19 airway management: Better care through simulation. <https://litfl.com/covid19-airway-management-better-care-through-simulation/>
- Dieckmann, P., Torgeisen, K., Qvindelund, S. A., Thomas, L., Bushell, V., & Langli Ersdal, H. (2020). The use of simulation to prepare and improve responses to infectious disease outbreaks like COVID-19: Practical tips and resources from Norway, Denmark, and the UK. *Advances in Simulation*, 5(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s41077-020-00121-5>
- Doherty, K. Q. (2016). Role modeling as a teaching strategy for the novice nurse in the emergency department. *Journal of Emergency Nursing*, 42(2), 158–160. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2016.02.001>
- García-Martín, M., Roman, P., Rodríguez-Arrastia, M., Díaz-Cortes, M. d. M., Soriano-Martín, P. J., & Ropero-Padilla, C. (2021). Novice nurse's transitioning to emergency nurse during COVID-19 pandemic: A qualitative study. *Journal of Nursing Management*, 29(2), 258–267. <https://doi.org/10.1111/jonm.13148>
- Garrett, B. M. (2020). Learning theory: Considerations for nurse educators. In K. Page-Cuttrara & P. Bradley (Eds.), *The role of the nurse educator in Canada* (pp. 35–63). Canadian Association of Schools of Nursing.
- Grant, K. (2021, July 16). Canadian nurses are leaving in droves, worn down by 16 merciless months on the front lines of COVID-19. *The Globe and Mail Canada*. <https://www.theglobeandmail.com/canada/article-canadian-nurses-are-leaving-in-droves-worn-down-by-16-merciless-months/>
- Harder, B. N. (2009). Evolution of simulation use in health care education. *Clinical Simulation in Nursing*, 5(5), 169–172. <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2009.04.092>
- Hussein, R., Everett, B., Ramjan, L. M., Hu, W., & Salamonson, Y. (2017). New graduate nurses' experiences in a clinical specialty: A follow up study of newcomer perceptions of transitional support. *BMC Nursing*, 16(42), 1–9. <http://doi.org/10.1186/s12912-017-0236-0>
- INACSL Standards Committee. (2016). INACSL standards of best practice: Simulation. *Clinical Simulation in Nursing*, 12(5), 39–47. <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2016.09.012>
- Ironside, P. M., McNelis, A. M., & Ebright, P. (2014). Clinical education in nursing: Rethinking learning in practice settings. *Nursing Outlook*, 62(3), 185–191. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2013.12.004>
- Kapucu, S. (2017). The effects of using simulation in nursing education: A thorax trauma case scenario. *International Journal of Caring Sciences*, 10(2), 1069–1074. <http://www.internationaljournalofcaringsciences.org/Issue.aspx?issueID=45>
- Kolb, D. (2014). *Experiential learning: Experience as the source of learning and development* (2nd ed.). Pearson Education.
- Lasater, K. (2007). High-fidelity simulation and the development of clinical judgment: Students' experiences. *Journal of Nursing Education*, 46(6), 269–276. <https://doi.org/10.3928/01484834-20070601-06>
- Liljedahl, M. (2018). On learning in the clinical environment. *Perspectives of Medical Education*, 7, 272–275. <https://doi.org/10.1007/s40037-018-0441-x>
- Lyneham, J., Parkinson, C., & Denholm, C. (2008). Intuition in emergency nursing: A phenomenological study. *International Journal of Nursing Practice*, 14(2), 101–108. <https://doi.org/10.1111/j.1440-172X.2008.00672.x>
- Manoochehri, H., Imani, E., Atashzadeh-Shoorideh, F., & Alavi-Majd, A. (2015). Competence of novice nurses: Role of clinical work during studying. *Journal of Medicine and Life*, 8(Spec Iss 4), 32–38. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5319286/pdf/SIJMedLife-08-04-32.pdf>
- Matchim, Y., & Kongsuwan, W. (2015). Thai nursing students' experiences when attending real life situations involving cardiac life support: A phenomenological study. *Nurse Education Today*, 35(12), 1186–1191. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2015.05.010>
- McDougall, E. M. (2015). Simulation in education for health care professionals. *British Columbia Medical Journal*, 57(10), 444–448. <https://bcmj.org/articles/simulation-education-health-care-professionals>
- Mok, G., Schouela, N., Thurgur, L., Ho, M., Hall, A. K., Caudle, J., Rosenberg, H., & Syed, S. (2020). Resident learning during a pandemic: Recommendations for training programs. *Canadian Journal of Emergency Medicine*, 22(5), 1–5. <https://doi.org/10.1017/cem.2020.435>
- Nelson, H., Hubbard Murdoch, N., & Norman, K. (2021). The role of uncertainty in the experiences of nurses during the COVID-19 pandemic: A phenomenological study. *Canadian Journal of Nursing Research*, 53(2), 124–133. <https://doi.org/10.1177/0844562121992202>
- Papp, I., Markkanen, M., & von Bonsdorff, M. (2003). Clinical environment as a learning environment: Student nurses' perceptions concerning clinical learning experiences. *Nurse Education Today*, 23(4), 262–268. [https://doi.org/10.1016/S0260-6917\(02\)00185-5](https://doi.org/10.1016/S0260-6917(02)00185-5)
- Spence, D., Zambas, S., Mannix, J., Jackson, D., & Neville, S. (2019). Challenges to the provision of clinical education in nursing. *Contemporary Nurse: A Journal for the Australian Nursing Profession*, 55(4–5), 458–467. <https://doi.org/10.1080/10376178.2019.1606722>
- Sterner, A., Hagiwara, M. A., Ramstrand, N., & Palmér, L. (2019). Factors developing nursing students and novice nurses' ability to provide care in acute situations. *Nurse Education in Practice*, 35, 135–140. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2019.02.005>
- Sullivan, E. H., Gibson, L. E., Berra, L., Chang, M. G., & Bittner, E. A. (2020). In-hospital airway management of COVID-19 patients. *Critical Care*, 24(292), 1–8. <https://doi.org/10.1186/s13054-020-03018-x>
- Tan, R., Yu, T., Luo, K., Teng, F., Lui, Y., Luo, J., & Hu, D. (2020). Experiences of clinical first-line nurses treating patients with COVID-19: A qualitative study. *Journal of Nursing Management*, 28(6), 1381–1390. <https://doi.org/10.1111/jonm.13095>
- Varner, C. (2021, March 31). Hospitals grappling with nurse exodus. *CMAJ News*. <http://cmajnews.com/2021/03/31/nursingretirements-1095934/>
- Weeks, K. W., Coben, D., O'Neill, D., Jones, A., Weeks, A., Brown, M., & Pontin, D. (2019). Developing and integrating nursing competence through authentic technology-enhanced clinical simulation education: Pedagogies for reconceptualising the theory-practice gap. *Nurse Education in Practice*, 37, 29–38. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2019.04.010>
- Weller-Newton, J. M., & McCormack, B. (2020). From Nightingale to now: Time to rethink clinical education in nursing. *The Clinical Teacher*, 17(5), 461–463. <https://doi.org/10.1111/tct.13252>

Look for supplemental materials such as author interviews and podcasts at [www.CJEN.ca](http://www.CJEN.ca)

The Canadian Journal of Emergency Nursing (CJEN) is the Official Journal of the National Emergency Nurses Association (NENA) of Canada. This article has been made available at no cost in partnership with NENA and the University of Alberta Libraries.



# The impact of standardized interprofessional rounds on critically ill patients in the emergency department: A quality improvement initiative

Kalina Repin<sup>1</sup>, MN, NP(F), Will Thomas-Boaz<sup>2</sup>, RN, BScN, MN, ENC(C), Bourke Tillmann<sup>3</sup>, MD, FRCP(C), Barbara Duncan<sup>4</sup>, RN, BScN, and Grace Walter<sup>5</sup>, RN, BScN, CNCC(C)

<sup>1</sup> ORCID: 0000-0002-2062-078X, University of British Columbia, Fraser Health Authority, BC; [Kalina.Repin@Fraserhealth.ca](mailto:Kalina.Repin@Fraserhealth.ca)

<sup>2</sup> Sunnybrook Health Sciences Centre, Emergency, Toronto, ON; [Will.Thomas-Boaz@sunnybrook.ca](mailto:Will.Thomas-Boaz@sunnybrook.ca)

<sup>3</sup> Sunnybrook Health Sciences Centre, Department of Critical Care Medicine, Toronto, ON; [Bourke.Tillmann@sunnybrook.ca](mailto:Bourke.Tillmann@sunnybrook.ca)

<sup>4</sup> Sunnybrook Health Sciences Centre, Trauma Services, Toronto, ON; [Barb.Duncan@sunnybrook.ca](mailto:Barb.Duncan@sunnybrook.ca)

<sup>5</sup> Sunnybrook Health Sciences Centre, Trauma, Toronto, ON; [Grace.Walter@sunnybrook.ca](mailto:Grace.Walter@sunnybrook.ca)

**Corresponding author:** Kalina Repin, 1-10973 Barnston View Rd, Pitt Meadows, BC V3Y 0B8; 236-632-5837; Twitter: @kalinaRepin; Instagram: @KalinaChernoff @Will.Boaz

## Abstract

**Background & Local Problem:** Emergency department (ED) boarded intensive care unit (ICU) patients are generally not included in interprofessional ICU rounds. The project objective was to implement interprofessional rounds in the ED on boarded ICU patients.

**Methods & Interventions:** ICU patients in the ED were followed for two months from admission to transfer. The primary outcome was feasibility of ED ICU rounds, measured as the proportion of days on which rounds occurred. Secondary outcomes included communication quality, time to oral intake, and deep venous thrombosis (DVT) prophylaxis documentation.

**Results:** A total of 92 patients were included in this project. Rounds occurred on 33 of 36 possible days. Following rounds, nurses and physicians reported improved communication. New DVT prophylaxis orders were written for 42% of cases, and 61 near-miss events were corrected. Time from patient ED presentation to first oral intake decreased from 28 to 17 hours.

**Conclusions:** Interprofessional rounds in the ED are feasible, improve patient care, and enhance communication among team members.

**Keywords:** critical care, emergency medicine, quality improvement, nursing, patient care team, interprofessional relations

## Introduction

Emergency Department (ED) visits and length of stay (LOS) have increased dramatically over the past decade (CIHI, n.d.). In Canada, the annual number of ED visits increased from 1,041,271 in 2013 to 1,145,433 visits in 2017. Consequently, an increased proportion of patients are boarded in the ED. ED boarding occurs when a patient is held in the ED while awaiting transfer to an inpatient unit, and is associated with adverse patient outcomes (ACEP, 2018; Mohr et al., 2020; Santos et al., 2020).

One strategy to improve the outcome of critically ill patients is standardized interprofessional rounds (Jain et al., 2006). Bedside interprofessional rounding is the process where the intensive care unit (ICU) team meets at a set time every day to discuss and plan a patient's care (Holodinsky et al., 2015; Jain et al., 2006; McNeil et al., 2015). These rounds confer significant benefits including reduced infection rates and frequency of adverse events, shorter LOS, and lower costs to the healthcare system (Jain et al., 2006). Additionally, interprofessional rounds provide an opportunity for colleagues within different environments to collaborate (Longo, 2010; Platis et al., 2015). However, critically ill patients boarded in the ED are not routinely included in ICU rounds.

In this quality improvement project, we implemented standardized interprofessional rounds on critically ill patients boarded in the ED. To evaluate the impact of these rounds, we measured nursing satisfaction regarding communication between the ED and ICU teams, as well as two ICU best practice standards: time to enteral nutrition intake and prescription of appropriate deep venous thrombosis (DVT) prophylaxis.

## Methods

### Context

We included adult patients,  $\geq$  age 18, admitted to a Level 2 or 3 ICU through the ED of a single tertiary, academic hospital in Ontario, Canada. In Ontario, Level 3 ICU patients are considered the sickest patients and typically require 1:1 nursing care for invasive ventilator support or multisystem organ failure (Critical Care Ontario, 2020). Level 2 patients require close monitoring and extensive medical care for single organ failure or short-term, non-invasive ventilation (Critical Care Ontario, 2020).

At this facility in 2018 there were a total of 50 care spaces in the ED, 20 Level 2 ICU spaces, and 38 Level 3 spaces. Annual ED volumes in 2018 were near 61,000 and 1,363 of these patients were admitted to an ICU. The nurse-to-patient ratio is four to one (4:1), whereas in the Level 2 ICU the ratio is 2:1, and 1:1 in Level 3 units. In 2018, critically ill patients boarded in the ED waited on average 28 hours before being initiated enteral nutrition, and the 90th percentile ED LOS exceeded 48 hours.

### Interventions

This quality improvement project took place between January 3, 2019 to February 21, 2019. Rounds were performed in the ED Monday through Friday at 10:00 am, and all Level 2 or 3 ICU patients in the ED at the time of rounds were included. Rollout was based on the Plan-Do-Study-Act theory (Leis & Shojanja, 2017). Implementation was overseen by the project team, which consisted of an ED staff nurse, the ED clinical nurse specialist (advanced practice nurse) and unit educator, an ICU physician, the ICU clinical educator, the ED pharmacist, and the ED manager. The project team met biweekly for three months prior to project implementation, as well as throughout the project.

The study was conducted in three stages. The first stage was a needs assessment where data were collected through a chart audit of randomly selected patients admitted to the ICU from the ED in the summer of 2018. Additionally, during this stage, ED nurses and ICU physicians were asked to complete a survey to determine their perceptions of interprofessional communication in the ED.

The second stage included designing the rounds to fit in with ED processes. As it was not regular practice to have ICU rounds in the ED, ED nurses were educated on the process of ICU rounding and their role during these rounds. The third stage was implementation and data collection.

#### *Structure of the Rounds*

The rounds were structured to mirror daily rounds conducted in the ICU, and adjusted to fit the time constraints of the ED. The goal was to have bedside rounds in the ED every Monday to Friday at 10:00 and ensure an interprofessional team was in attendance; at minimum a physician representative (fellow or staff) and an ED nurse. Rounds were encouraged to take less than 10 minutes per patient to minimize disruption to the ED.

The rounds were designed through consultation with ICU physician leaders and best practice guidelines (Holodinsky et al., 2015; Jain et al., 2006; McNeil et al., 2015). Rounds were activated by an overhead page at 09:50, and the team was expected to assemble at the ED charge nurse desk by 10:00. The team fluctuated from its minimum size (ICU physician and ED nurse) up to its optimal composition, which included the staff, fellow, and resident ICU physicians, ED charge nurse, ICU nurse, pharmacist, respiratory therapist (RT), and a nursing leadership representative. The order of patients was determined based on acuity and location.

The rounding proceeded in a structured order as follows. To initiate rounds, the physician lead (staff, fellow, or resident) would introduce the team, summarize the case, and highlight critical laboratory values. If the patient required ventilation (invasive or non-invasive), the RT would then identify airway and breathing concerns or improvements. Next, the primary ED nurse would address three items: significant events within 24 hours, abnormal findings, and any concerns (from their own assessment or shared by family). Pharmacy would then review medications and the ICU nurse would be invited for comment. Following this, the lead physician would summarize the plan and invite family input. At the end, any significant changes in patient status were communicated to the ED Charge Nurse.

### Outcome measures

The primary outcome was feasibility of ICU rounds in the ED. This was measured as the proportion of days in which interprofessional rounds occurred during the study period. Secondary outcomes included quality of communication between nurses, physicians, and family regarding the patient's care plan, time to first enteral intake, interdisciplinary team attendance, family attendance, number of near misses (defined in this project as events that could have resulted in patient harm) corrected, and number of DVT prophylaxis orders written. Quality of communication was measured using a standard questionnaire on communication generated in collaboration with the project team (Appendix A; Critical Care Ontario, 2020; Stratton, 2018).

### Data collection

Quantitative and qualitative surveys were used to collect data regarding healthcare provider, patient, and family satisfaction with the rounding process (Appendix A). Prior to distribution, survey questions were reviewed with all members of the project team for validity and consistency. Survey questions were formulated using standardized questions through SurveyMonkey and used questions with Likert scale grading (Appendix A; Stratton, 2018; SurveyMonkey, 2020). Patient community partners were informed of project steps during quarterly community partner initiative meetings.

Surveys of healthcare staff were distributed and completed online through SurveyMonkey (Appendix A). Family satisfaction surveys were distributed and collected online from families who had received ICU care in the ED (Appendix A). Data related to patient care were collected daily by representatives of the project team attending rounds. Collected data included physician, ED nurse, ICU nurse, pharmacist, and family attendance, discussion of diet, ordering of new diet and appropriate DVT prophylaxis, identified near misses, and if the patient was downgraded to a ward team.



## Analysis

Baseline patient characteristics (age, gender, diagnosis, time in the ED) were evaluated using descriptive statistics (Figure 1). Continuous variables were presented as means with standard deviations and categorical variables as counts and percentages. To examine the representativeness of patients included in this project, baseline characteristics were compared between patients admitted to the ICU during weekdays and those admitted on the weekend. Categorical variables were compared using the Chi-square test and continuous variables using the T-test. Nurse survey responses were analyzed for changes in trends pre and post implementation of rounds.

As this project was structured using quality improvement guidelines, formal ethics approval was waived. Patients and the public were not involved in the design, conduct, or recruitment of the project.

## Results

Over the two-month intervention period, a total of 188 critically ill patients were boarded in the ED. Of these patients, 93 (49.5%) were in the ED during a weekday morning when rounds occurred. Most critically ill patients boarded in the ED during the study period were 65 years of age or older and a slightly greater proportion were male (Figure 1). Nearly a third of patients completed their entire ICU course while boarded in the ED. Although patients admitted on weekends appeared to be younger, there were no significant differences between patients admitted on weekdays or weekends.

### Feasibility

The project spanned a total of 36 weekdays, during which rounds occurred on 33 days (92%). Rounds were cancelled one day due to staff physician shortage, and twice due to high acuity in the ED.

### Participation in rounds

The patient's primary ED nurse attended 87 of the 93 cases. Attendance increased as the rounds went on, and by the last month of the project ED nurses were present at 100% of the cases. The most common reasons for nurse absence included

scheduled breaks ( $n = 4$ , 66.7% of absences) and assignment acuity ( $n = 2$ , 33.3% of absences).

An ICU physician was present at every case, an ICU nurse at 49% ( $n = 46$ ), a family member at 49% ( $n = 46$ ), and a pharmacist at 31% ( $n = 29$ ). RTs were requested to attend rounds on all ventilated patients ( $n = 37$ ) and attended rounds in 24% ( $n = 9$ ) of these instances.

### Patient outcomes

Diet was discussed during 95% of cases (Figure 2). Average time to first enteral nutrition intake decreased from 28 hours, as identified during the needs assessment, to 17 hours following implementation of the rounds. Thirty-nine patients (41%) had new DVT prophylaxis orders written during rounds and 22 patients were downgraded to lower acuity teams. Additionally, 61 near-miss incidents were caught and corrected.

### Change in communication

Prior to the implementation of rounds, 32 ED nurses and six ICU physicians were surveyed to understand their perception of the quality of interprofessional communication regarding critically ill patients boarded in the ED. Most ICU physicians (83%) stated that the plan of care was often very clear, while most nurses (84%) reported the plan of care was not very clear (Figures 3a and 3b). Following implementation of the rounds, most nurses (94%) stated that the plan of care improved to being very or extremely clear. Additionally, all surveyed physicians ( $n = 5$ ) stated that the plan of care was either often or always clear.

A total of three families were surveyed in the post implementation phase. All surveyed family members reported feeling involved in the discussion during rounds, and two families (67%) reported they understood the plan of care better following rounds.

## Discussion

### Summary & interpretation

Our quality improvement initiative suggests that standardized rounds for critically ill patients in the ED are feasible. Additionally, the implementation of these rounds was associated

**Figure 1**

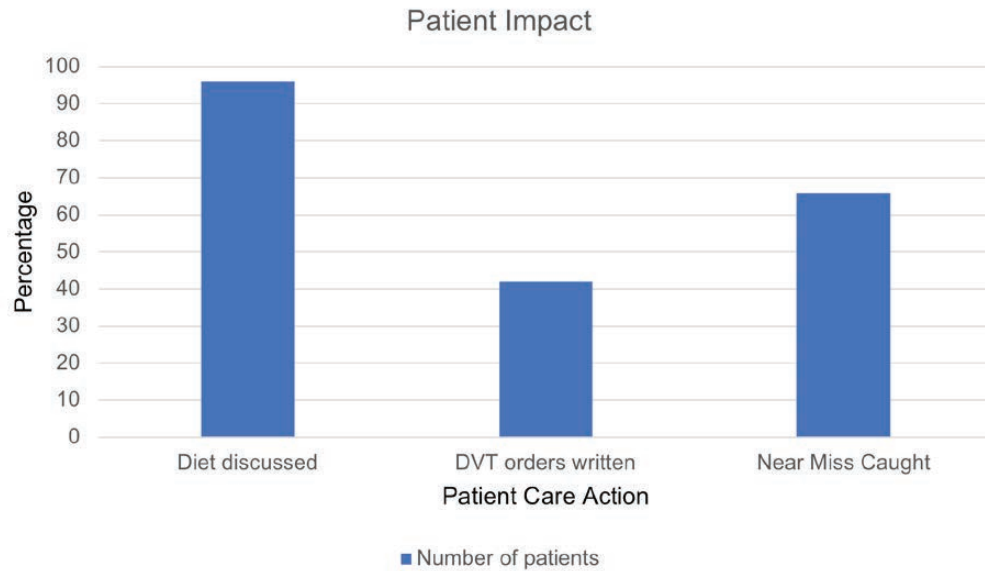
*Patient characteristics*

	All patients ( $n = 188$ )	Patients admitted to an ICU during the week ( $n = 129$ )	Patients admitted to an ICU during the weekend ( $n = 59$ )	p- value
Age, mean ( $\pm$ SD)	64.9 (21.9)	68.5 (21.7)	61.4 (22.0)	0.14
Age $\geq 65$ years, $n$ (%)	105 (55.9)	77 (59.7)	28 (47.5)	0.12
Female, $n$ (%)	88 (46.8)	60 (46.5)	28 (47.5)	0.90
Diagnosis, $n$ (%)				
Medical	86 (45.7)	60 (46.5)	26 (44.1)	
Neurologic	39 (20.7)	25 (19.4)	14 (23.7)	
Trauma	50 (26.6)	35 (27.1)	15 (25.4)	0.93
Surgical	13 (6.9)	$\leq 10$	$\leq 10$	
Completed entire ICU course in the ED, $n$ (%)	56 (29.8)	43 (33.3)	13 (22.0)	0.12

SD = standard deviation; ICU = intensive care unit; ED = Emergency Department

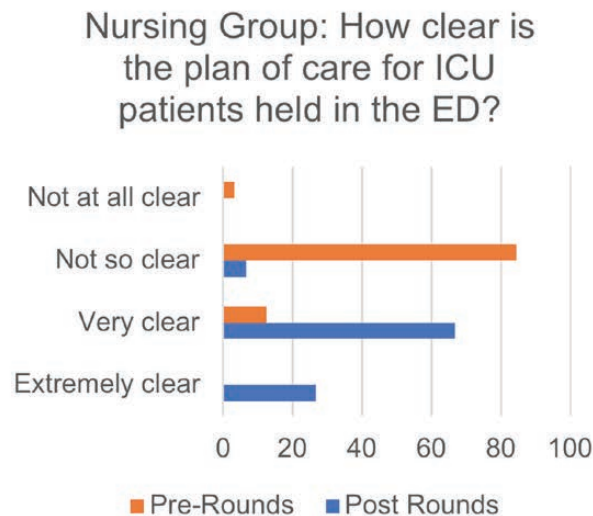
**Figure 2**

Comparison of pre- and post-implementation nursing perspective on the clarity of plan of care



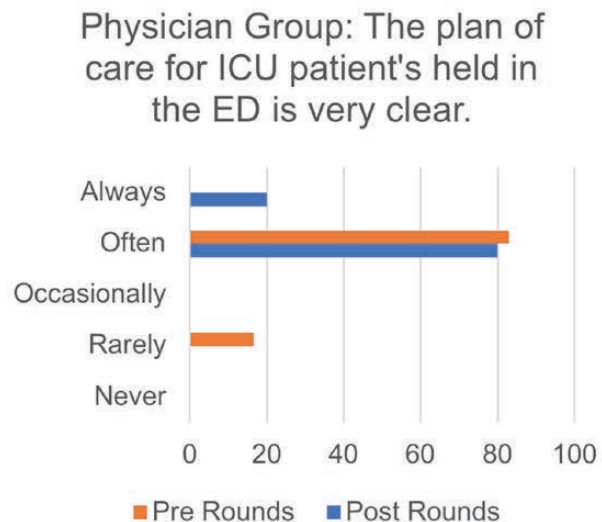
**Figure 3A**

Comparison of pre and post-implementation nursing perspective on the clarity of plan of care



**Figure 3B**

Physician comparison of pre- and post-implementation of communication



with improvement in the communication between the physician and nursing teams. Finally, our results suggest that standardized rounds offer an opportunity to improve the care of critically ill patients located outside of the ICU.

In this project, rounds were successfully run 92% of the time. This high-frequency rate, despite high levels of acuity and occupancy in the ED suggests this project could be successful in other institutions. In addition to the education campaign, key drivers identified by the project team in ensuring rounds took place were daily ED unit leadership engagement at the start of rounds, ICU leadership and nursing participation, and gaining

ICU staff physician buy-in, which was done via short presentations at the ICU quality rounds.

Following collection of our pre-implementation survey, we noticed the disparity between physicians' and nurses' perceived level of communication clarity. This finding highlights challenges in communication between members of the healthcare team (Bambi et al., 2014). Specifically, prior to the implementation of the rounds it appeared that communication occurred in silos. Physicians appeared to discuss the plan of care among themselves, with ED nurses not included in the process. Following implementation of rounds the perceived clarity

of communication improved between both groups. It is our hypothesis that this improvement in communication is one of the key drivers in the improvement in patient care demonstrated during this quality improvement endeavor. This finding is consistent with previous literature demonstrating that as communication between healthcare staff improves, so do patient outcomes (Townsend-Gervis et al., 2014; UMBERFIELD et al., 2019).

Staff engagement was encouraged throughout this project. Nursing and physician teams were notified, asked for feedback, and educated in the process changes for three months prior to rollout. Due to high ED and ICU workloads, the rounds were tailored to meet the needs of the busy ED and ICU teams. Likewise, it was crucial to have allied health teams (pharmacy, RT, clerks) participate in both planning and execution of the rounds to ensure their unique perspectives were integrated into the project. We feel that because of extensive staff education, communication, and project champions, the project required minimal adjustments following initiation and, therefore, only one PDSA cycle was run. ICU nurse presence during the rounds also encouraged team building and collaboration between the two nursing units. To ensure this collaboration succeeded, we solicited the input from the ICU clinical educator and leadership teams, and the ICU practice-council. Throughout the project adjustments were made to the rounds to improve functionality and process. We found that ED nurses were concerned that the 10:00 start time would impact break times and patient care; and so, following the first week of rounds, a page was made at 09:50 announcing the rounds. This page allowed nurses to schedule their breaks, patient care tasks, and rounds.

Unlike in the ICU, where every patient is rounded on and cared for by the same team and where nurse-to-patient ratios are lower, in the ED, patients from all admitting services are held waiting for an inpatient bed. As such, identifying the ICU rounding team was a challenge. Initially, when the ICU team arrived at the bedside the ED nurses were not aware of them. Therefore, in order to identify the ICU team better, unique lanyards and a designated computer on wheels were assigned to the ICU rounding team.

### Limitations & future research

The project strategies used and the impact of our project need to be interpreted in context of specific limitations. This project was performed at a multispecialty tertiary care centre with a large volume of high-acuity patients. Accordingly, our results may not be reflected in other settings with lower numbers of ICU admissions. Future research should include smaller settings with an environmental scan before implementation. Another limitation of our project was the absence of a cost analysis. However, no additional resources, materials, or equipment were used, and no additional personnel added, suggesting that, at worst, this initiative was cost neutral. Future projects should consider cost analysis of ICU rounds in the ED. Additionally, we obtained minimal family feedback. Previous data suggest that family involvement in rounds is beneficial to patients and medical staff, and improves communication among staff and families (Des Ordon et al., 2020; Kang et al., 2020). It is unlikely the results would be different in our project. Moreover, due to staffing limitations

our rounds did not include dietitians, physiotherapists, social workers, or occupational therapists. These disciplines would be beneficial to include in future rounding structures. A final consideration for future research should be aimed at an analysis of ICU rounds in the ED on patient morbidity and mortality, as this was not reviewed in this project.

### Conclusion

This quality improvement initiative demonstrated that bedside interprofessional rounds in the ED on ICU patients are feasible, improve staff communication, and enhance the patient and family experience. Rounding on ICU patients in the ED can be used as a safe approach to improve the care for ICU patients boarded in the ED without increasing burden to front line staff. Future projects should focus on the cost effectiveness of standardized rounds on critically ill patients outside of the ICU as well as further delineating the impact of these rounds on patient-centered outcomes.

### Implications for emergency clinical practice

- ED boarding of critically ill patients is an increasing concern globally
- ED boarded ICU patients may not be included in daily ICU rounds
- Interprofessional bedside rounds are feasible in the ED on ED boarded ICU patients
- These rounds improve communication between interdisciplinary staff and thus improve patient care

### Author notes

*Kalina Repin is a Family Nurse Practitioner currently practicing with the Fraser Health Authority near Vancouver, BC. She graduated from the University of Victoria in 2014 with her BScN and completed her graduate degree at the University of British Columbia. Kalina has spent the majority of her career in the Emergency Department and is passionate about change management, quality improvement, and patient-centred care.*

*Will Thomas-Boaz is a Patient Care Manager at Sunnybrook Health Sciences Centre. He graduated from McMaster University in 2005 with his BScN and has also completed a Master's of Nursing degree with a teaching focus from Athabasca University. Will has spent most of his nursing career in the Emergency Department setting and was a mentor to new staff, triage nurse, and charge nurse before moving into the role of Clinical Educator and then Advanced Practice Nurse. Will has an interest in quality improvement, professional practice, and education.*

*Bourke Tillmann is a Clinical Associate in the Department of Critical Care Medicine and a Trauma Team Leader at Sunnybrook Health Sciences Centre. He received his medical degree in 2010 from the University of Western Ontario and subsequently specialized in emergency medicine and adult critical care. Currently he is undertaking his PhD studies in Clinical Epidemiology and Health Care Research at the Institute of Health Policy, Management, and Evaluation at the University of Toronto. Dr. Tillmann's research interest is in health services, seeking to improve equity in access to critical care and trauma care services.*

## Acknowledgements

The following provided support and direction throughout the project:

- The Sunnybrook Health Sciences Centre Practice Based Research and Innovation Fellowship Program.
- The Toronto Academic Health Sciences Network & Faculty.
- Sunnybrook Health Sciences Centre Emergency Department and Intensive Care Units' Leadership Teams and Staff.

## Conflict(s) of interest

**Declarations of interest:** none

**Conflict of interest:** The authors have no conflicts of interest to disclose.

## REFERENCES

- ACEP. (2018). *Definition of boarded patient*. <https://www.acep.org/patient-care/policy-statements/definition-of-boarded-patient/>
- Bambi, S., Becattini, G., Giusti, G. D., Mezzetti, A., Guazzini, A., & Lumini, E. (2014). Lateral hostilities among nurses employed in intensive care units, emergency departments, operating rooms, and emergency medical services: A national survey in Italy. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 33(6), 347–354. <https://doi.org/10.1097/DCC.000000000000077>
- Content Search | CIHI. (n.d.). <https://www.cihi.ca/en/search?query=Canadian+Emergency+Department+visits+and+length+of+stay&Search+Submit=>
- Critical Care Ontario. (2020). *What is Critical Care?* Critical Care Services Ontario. <https://www.criticalcareontario.ca/EN/AboutUs/Pages/What-is-Critical-Care.aspx>
- Des Ordons, A. L. R., Au, S., Blades, K., & Stelfox, H. T. (2020). Family participation in ICU rounds—Working toward improvement. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 26(6), 1620–1628. <https://doi.org/10.1111/jep.13345>
- Holodinsky, J. K., Hebert, M. A., Zygun, D. A., Rigal, R., Berthelot, S., Cook, D. J., & Stelfox, H. T. (2015). A survey of rounding practices in Canadian adult intensive care units. *PLoS One; San Francisco*, 10(12). <http://dx.doi.org.ezproxy.library.ubc.ca/10.1371/journal.pone.0145408>
- Jain, M., Miller, L., Belt, D., King, D., & Berwick, D. M. (2006). Decline in ICU adverse events, nosocomial infections and cost through a quality improvement initiative focusing on teamwork and culture change. *BMJ Quality & Safety*, 15(4), 235–239. <https://doi.org/10.1136/qshc.2005.016576>
- Kang, J., Cho, Y.-J., & Choi, S. (2020). Family caregivers' experiences with family-centered multidisciplinary rounds in the ICU. *Critical Care Medicine*, 48(1), 385. <https://doi.org/10.1097/01.ccm.0000631380.75559.66>
- Leis, J. A., & Shojania, K. G. (2017). A primer on PDSA: Executing plan–do–study–act cycles in practice, not just in name. *BMJ Quality & Safety*, 26(7), 572–577. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2016-006245>
- Longo, J. (2010). Combating disruptive behaviors: Strategies to promote a healthy work environment. *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing*, 15(1). <https://doi.org/10.3912/OJIN.Vol15No01Man05>
- Mohr, N. M., Wessman, B. T., Bassin, B., Elie-Turenne, M.-C., Ellender, T., Emlet, L. L., Ginsberg, Z., Gunnerson, K., Jones, K. M., Kram, B., Marcolini, E., & Rudy, S. (2020). Boarding of critically ill patients in the emergency department. *Critical Care Medicine*, 48(8), 1180–1187. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000004385>
- McNeil, C., Muck, A., McHugh, P., Beberta, V., & Adams, B. (2015). Bedside rounds versus board rounds in an emergency department. *The Clinical Teacher*, 12(2), 94–98. <https://doi.org/10.1111/tct.12271>
- Platis, Ch., Reklitis, P., & Zimeras, S. (2015). Relation between job satisfaction and job performance in healthcare services. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 175, 480–487. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2015.01.1226>
- Santos, F. R. Q., Machado, M. de N., & Lobo, S. M. A. (2020). Adverse outcomes of delayed intensive care unit. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 32(1), 92–98. <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20200014>
- Stratton, S. (2018). Likert data. *Prehospital and Disaster Medicine*, 33(2), 117–118. <https://doi.org/doi:10.1017/S1049023X18000237>
- SurveyMonkey. (2020). *Likert Scale: What it is & how to use it*. SurveyMonkey. <https://www.surveymonkey.com/mp/likert-scale/>
- Townsend-Gervis, M., Cornell, P., & Vardaman, J. M. (2014). Interdisciplinary rounds and structured communication reduce re-admissions and improve some patient outcomes. *Western Journal of Nursing Research*, 36(7), 917–928. <https://doi.org/10.1177/0193945914527521>
- Umberfield, E., Ghaferi, A. A., Krein, S. L., & Manojlovich, M. (2019). Using incident reports to assess communication failures and patient outcomes. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 45(6), 406–413. <https://doi.org/10.1016/j.jcjq.2019.02.006>

**Funding:** This research did not receive any specific grant from funding agencies in the public, commercial, or not-for-profit sectors.

## CRedit Author Statement

Kalina Repin, Will Thomas-Boaz, Dr. Bourke Tillmann, Barb Duncan, Grace Walter: Conceptualization, Methodology. Kalina Repin, Will Thomas-Boaz, Dr. Bourke Tillmann: Data curation. Kalina Repin, Will Thomas-Boaz, Dr. Bourke Tillmann: Writing - Original draft preparation. Kalina Repin, Will Thomas-Boaz, Dr. Bourke Tillmann: Visualization, Investigation. Kalina Repin: Supervision. Kalina Repin, Will Thomas-Boaz, Dr. Bourke Tillmann, Barb Duncan, Grace Walter: Validation. Dr. Bourke Tillmann: Software. Kalina Repin, Will Thomas-Boaz, Dr. Bourke Tillmann: Writing- Reviewing and Editing.

Look for supplemental materials such as author interviews and podcasts at [www.CJEN.ca](http://www.CJEN.ca)

The Canadian Journal of Emergency Nursing (CJEN) is the Official Journal of the National Emergency Nurses Association (NENA) of Canada. This article has been made available at no cost in partnership with NENA and the University of Alberta Libraries.



# L'impact des visites interdisciplinaires normalisées sur les patients gravement malades aux urgences : Une initiative d'amélioration de la qualité

Kalina Repin<sup>1</sup>, M.Sc.Inf., NP(F), Will Thomas-Boaz<sup>2</sup>, I.A., B.Sc.N, M.Sc.Inf., CSU(C), Bourke Tillmann<sup>3</sup>, MD, FRCP(C), Barbara Duncan<sup>4</sup>, I. A., B.Sc.N, et Grace Walter<sup>5</sup>, I. A., B.Sc.N, CSI(C)

<sup>1</sup> ORCID: 0000-0002-2062-078 X, University of British Columbia, Fraser Health Authority, Colombie-Britannique; Kalina.Repin@Fraserhealth.ca

<sup>2</sup> Sunnybrook Health Sciences Centre, Emergency, Toronto, ON; Will.Thomas-Boaz@sunnybrook.ca

<sup>3</sup> Sunnybrook Health Sciences Centre, Department of Critical Care Medicine, Toronto, ON; Bourke.Tillmann@sunnybrook.ca

<sup>4</sup> Sunnybrook Health Sciences Centre, Trauma Services, Toronto, ON; Barb.Duncan@sunnybrook.ca

<sup>5</sup> Sunnybrook Health Sciences Centre, Trauma, Toronto, ON; Grace.Walter@sunnybrook.ca

**Auteurs correspondant :** Kalina Repin 1-10973 Barnston View Rd, Pitt Meadows, Colombie-Britannique V3Y 0B8; 236-632-5837;

Twitter : @kalinaRepin; Instagram: @KalinaChernoff @Will.Boaz

## Résumé

**Contexte et problème local :** Les patients hébergés aux urgences ne sont généralement pas inclus dans les visites interdisciplinaires des unités de soins intensifs. L'objectif du projet était de mettre en place ce genre de visites aux urgences pour les patients en soins intensifs.

**Méthodes et interventions :** De leur arrivée à leur transfert, les patients de l'USI au service des urgences ont été suivis pendant deux mois. Le principal résultat était la faisabilité des tournées aux USI, calculée en fonction de la proportion de jours pendant lesquels des tournées ont eu lieu. Les résultats secondaires concernaient la qualité de la communication, le délai d'ingestion et la documentation relative à la prophylaxie de la TVP.

**Résultats :** Un total de 92 patients ont participé à ce projet. Les visites ont eu lieu 33 jours sur 36 jours possibles. Après les visites, les infirmières et les médecins ont constaté une amélioration de la communication. De nouvelles ordonnances de prophylaxie de la TVP ont été rédigées dans 42 % des cas, et 61 quasi-incident ont été corrigés. Le délai entre la présentation du patient aux urgences et la première consommation orale a diminué de 28 à 17 heures.

**Conclusions :** Les tournées interdisciplinaires aux urgences sont réalisables, améliorent les soins aux patients et la communication entre les membres de l'équipe.

**Mots-clés :** soins intensifs, médecine d'urgence, amélioration de la qualité, soins infirmiers, équipe de soins aux patients, relations interprofessionnelles

## Introduction

Les visites aux services d'urgence et la durée du séjour ont augmenté de façon marquée au cours de la dernière décennie (ICIS, s.d.). Au Canada, le nombre annuel de visites aux urgences est passé de 1 041 271 en 2013 à 1 145 433 visites en 2017. Ainsi, une proportion accrue de patients sont hébergés à l'urgence. Ce phénomène se produit lorsqu'un patient est retenu à l'urgence en attendant d'être transféré dans une unité d'hospitalisation et est associé à des résultats négatifs pour le patient (ACEP, 2018 ; Mohr et coll., 2020 ; Santos et coll., 2020).

L'une des stratégies visant à améliorer les résultats des patients gravement malades consiste à mettre en place des tournées interdisciplinaires normalisées (Jain et coll., 2006). Les tournées interprofessionnelles au chevet des patients impliquent que l'équipe de l'unité de soins intensifs (USI) se réunisse à une heure fixe chaque jour pour discuter et planifier les soins d'un patient (Holodinsky et coll., 2015 ; Jain et coll., 2006 ; McNeil

et coll., 2015). Ces tournées accordent des avantages importants, y compris une réduction des taux d'infection et de la fréquence des événements indésirables, une DMS plus courte et une diminution des coûts pour le système de santé (Jain et coll., 2006). De plus, elles donnent l'occasion aux collègues de différents environnements de collaborer (Longo, 2010; Platis et coll., 2015). Toutefois, les patients gravement malades hébergés aux urgences ne sont pas habituellement inclus dans les visites des unités de soins intensifs.

Dans le cadre de ce projet d'amélioration de la qualité, nous avons mis en place des tournées interdisciplinaires normalisées pour les patients gravement malades accueillis aux urgences. Pour évaluer l'impact de ces tournées, nous avons évalué la satisfaction du personnel infirmier par rapport à la communication entre les équipes des services d'urgence et des USI, ainsi qu'à deux normes de pratiques exemplaires des unités de soins intensifs : le délai d'administration de la nutrition entérale et la prescription d'une prophylaxie appropriée de la thrombose veineuse profonde (TVP).

## Méthode

### Contexte

Cette étude a porté sur des patients adultes, âgés de plus de 18 ans, admis dans une unité de soins intensifs de niveau 2 ou 3 par les urgences d'un seul hôpital universitaire tertiaire de l'Ontario, au Canada. En Ontario, les patients des unités de soins intensifs de niveau 3 sont considérés comme les plus malades et nécessitent généralement des soins infirmiers 1 à 1 pour une assistance ventilatoire invasive ou une défaillance d'organe multisystémique (Soins aux malades en phase critique Ontario, 2020). Les patients de niveau 2 exigent une surveillance étroite et des soins médicaux intensifs en cas de défaillance d'un seul organe ou de ventilation non invasive à court terme (Soins aux malades en phase critique Ontario, 2020).

Dans cet établissement, en 2018, il y avait au total 50 places de soins aux urgences, 20 places d'USI de niveau 2 et 38 places de niveau 3. Le volume annuel des urgences en 2018 était près de 61 000. Parmi ces patients, 1 363 ont été admis dans une unité de soins intensifs. Le ratio infirmier/patient est de quatre pour un (4:1), tandis que dans l'USI de niveau 2, le ratio est de 2:1, et de 1:1 dans les unités de niveau 3. En 2018, les patients gravement malades admis aux urgences ont attendu en moyenne 28 heures avant de recevoir une alimentation entérale, et le 90<sup>e</sup> percentile de la durée de séjour aux urgences était supérieur à 48 heures.

### Interventions

Ce projet pour l'amélioration de la qualité s'est déroulé du 3 janvier au 21 février 2019. Les tournées ont eu lieu aux urgences du lundi au vendredi à 10 h, et tous les patients des unités de soins intensifs de niveau 2 ou 3 présents aux urgences au moment des tournées ont été inclus. Le déploiement était basé sur le modèle Planifier-Exécuter-Étudier-Agir (Leis et Shojanian, 2017). La mise en œuvre a été coordonnée par l'équipe de projets, composée d'une infirmière de l'urgence, de l'infirmière clinicienne spécialisée de l'urgence (infirmière en pratique avancée) et de l'éducatrice de l'unité, d'un médecin de l'unité de soins intensifs, de l'éducatrice clinique de l'unité de soins intensifs,

pharmacien de l'urgence et du directeur de l'urgence. L'équipe s'est réunie toutes les deux semaines pendant trois mois avant la mise en œuvre du projet, de même que pendant toute la durée du projet.

L'étude a été menée en trois étapes. La première a consisté en une évaluation des besoins au cours de laquelle des données ont été recueillies par une vérification des dossiers de patients sélectionnés au hasard et admis à l'USI en provenance des urgences au cours de l'été 2018. Parallèlement, au cours de cette étape, les infirmières des urgences et les médecins des unités de soins intensifs ont été invités à répondre à une enquête visant à déterminer leur perception de la communication entre professionnels aux urgences.

La deuxième étape a consisté à concevoir les tournées de sorte qu'elles s'intègrent aux processus des services d'urgence. Comme les rondes aux soins intensifs n'étaient pas une pratique courante dans les services d'urgence, les infirmières qui y travaillent ont reçu une formation sur le processus des tournées aux soins intensifs et sur leur rôle pendant ces tournées. La troisième étape a été la mise en œuvre et la collecte des données.

### Structure des tournées

Les tournées ont été organisées de manière à refléter les tournées quotidiennes effectuées à l'unité de soins intensifs, et adaptés aux contraintes de temps de l'urgence. Le but était d'organiser des visites au chevet des patients aux urgences du lundi au vendredi à 10 h et de s'assurer de la présence d'une équipe interdisciplinaire, c'est-à-dire au moins un représentant des médecins (associé ou membre du personnel) et une infirmière des urgences. Les visites devaient durer moins de 10 minutes par patient afin de minimiser les perturbations aux urgences.

Les tournées ont été élaborées après consultation des médecins-chefs des unités de soins intensifs et des lignes directrices sur les meilleures pratiques (Holodinsky et coll., 2015; Jain et coll., 2006; McNeil et coll., 2015). Les tournées ont été activées par un téléavertisseur à 9 h 50. L'équipe était attendue au bureau de l'infirmière en chef de l'urgence à 10 h. L'équipe a fluctué entre sa taille minimale (médecin de l'USI et infirmière de l'urgence) et sa composition optimale, qui comprenait les médecins de l'USI, les collègues-médecins et les résidents, l'infirmière responsable de l'urgence, l'infirmière de l'USI, le pharmacien, l'inhalothérapeute et un représentant de la direction des soins infirmiers. L'ordre des patients a été déterminé en fonction de leur gravité et de leur emplacement.

Les tournées se sont déroulées comme suit : pour débiter les visites, le médecin responsable (membre du personnel, collègue-médecin ou résident) présentait l'équipe, récapitulait le cas et soulignait les résultats de laboratoire critiques. Si le patient nécessitait une ventilation (invasive ou non invasive), l'inhalothérapeute identifiait ensuite les problèmes ou les améliorations concernant les voies respiratoires et la respiration. Ensuite, l'infirmière principale de l'urgence abordait trois éléments : les événements importants survenus dans les 24 heures, les résultats anormaux et toute préoccupation (issue de sa propre évaluation ou signalée par la famille). La pharmacie examinait ensuite les médicaments et l'infirmière de l'unité de soins intensifs était

invitée à émettre des commentaires. Le médecin en chef résumait ensuite le plan et invitait la famille à donner son avis. Enfin, tout changement significatif de l'état du patient a été communiqué à l'infirmière responsable des urgences.

### Mesures des résultats

Le résultat principal était la faisabilité des tournées de l'USI aux urgences. Ce critère a été mesuré en fonction de la proportion de jours où des visites interdisciplinaires ont eu lieu pendant la période d'étude. Les résultats secondaires comprenaient la qualité de la communication entre les infirmières, les médecins et la famille concernant le plan de soins du patient, le délai avant la première prise entérale, la présence de l'équipe interdisciplinaire, la présence de la famille, le nombre de quasi - incidents corrigés (définis dans ce projet comme des événements qui auraient pu entraîner des conséquences néfastes pour le patient) et le nombre d'ordonnances rédigées pour la prophylaxie de la TVP. La qualité de la communication a été évaluée à l'aide d'un sondage uniformisé sur la communication élaboré avec la participation de l'équipe du projet (annexe A) (Soins aux malades en phase critique Ontario ; Stratton, 2018).

### Collecte des données

Des enquêtes qualitatives et quantitatives ont été employées pour recueillir des données quant à la satisfaction des prestataires de soins, des patients et des familles à l'égard du processus de tournée (annexe A). Avant d'être distribuées, les questions du sondage ont été révisées par tous les membres de l'équipe de projets pour en vérifier la validité et la cohérence. À partir de SurveyMonkey, les questions ont été formulées à l'aide de questions normalisées et ont utilisé une échelle de Likert (annexe A) (Stratton, 2018 ; SurveyMonkey, 2020). Les partenaires communautaires des patients ont été informés des étapes du projet lors de leurs réunions trimestrielles.

Les sondages auprès du personnel soignant ont été distribués et remplis en ligne sur le site SurveyMonkey (annexe A). Des sondages sur la satisfaction des familles ont été distribués et recueillis en ligne auprès des familles ayant reçu des soins d'USI au service des urgences (annexe A). L'équipe du projet qui assistait aux

tournées a recueilli quotidiennement des données sur les soins aux patients. Les données recueillies comprenaient la présence du médecin, de l'infirmière de l'urgence, de l'infirmière de l'USI, du pharmacien et de la famille, la discussion sur la nutrition, la commande d'une nouvelle alimentation et d'une prophylaxie appropriée contre la TVP, les quasi-accidents identifiés et si le patient a été transféré dans une unité de soins.

### Analyse

Les caractéristiques de base des patients (âge, sexe, diagnostic, durée de séjour aux urgences) ont été évaluées à l'aide de statistiques descriptives (figure 1). Les variables continues ont été présentées par la moyenne et l'écart-type et les variables qualitatives par le nombre et le pourcentage. Pour examiner la représentativité des patients inclus dans ce projet, les caractéristiques de base ont été comparées entre les patients admis aux urgences en semaine et ceux admis durant les fins de semaine. Les variables qualitatives ont été comparées à l'aide d'une analyse Khi-carré et les variables continues au moyen du test T. Les réponses du personnel infirmier ont été analysées afin de déterminer les changements de tendances avant et après la mise en œuvre des tournées.

Puisqu'il s'agissait d'un projet structuré selon des directives d'amélioration de la qualité, on a renoncé à l'approbation éthique formelle. Ni les patients ni le public n'ont été impliqués dans la conception, la conduite ou le recrutement de ce projet.

### Résultats

Au cours de la période d'intervention de deux mois, un total de 188 patients gravement malades ont été hébergés aux urgences. Parmi ces patients, 93 (49,5 %) se trouvaient aux urgences un matin de semaine, au moment des tournées. La majorité des patients gravement malades admis aux urgences pendant la période d'étude étaient âgés de 65 ans ou plus, et les hommes étaient légèrement plus nombreux (figure 1). Près d'un tiers des patients ont terminé leur séjour aux soins intensifs alors qu'ils étaient hospitalisés aux urgences. Par ailleurs, bien que les patients admis la fin de semaine semblaient plus jeunes, aucune différence significative n'a été observée entre les patients admis la semaine et ceux admis la fin de semaine.

**Figure 1**

*Patient characteristics*

	All patients (n = 188)	Patients admitted to an ICU during the week (n = 129)	Patients admitted to an ICU during the weekend (n = 59)	p- value
Age, mean (±SD)	64.9 (21.9)	68.5 (21.7)	61.4 (22.0)	0.14
Age ≥65 years, n (%)	105 (55.9)	77 (59.7)	28 (47.5)	0.12
Female, n (%)	88 (46.8)	60 (46.5)	28 (47.5)	0.90
Diagnosis, n (%)				
Medical	86 (45.7)	60 (46.5)	26 (44.1)	
Neurologic	39 (20.7)	25 (19.4)	14 (23.7)	0.93
Trauma	50 (26.6)	35 (27.1)	15 (25.4)	
Surgical	13 (6.9)	≤ 10	≤ 10	
Completed entire ICU course in the ED, n (%)	56 (29.8)	43 (33.3)	13 (22.0)	0.12

*SD = standard deviation; ICU = intensive care unit; ED = Emergency Department*

## Faisabilité

Le projet s'est déroulé sur un total de 36 jours de semaine, au cours desquels les tournées ont eu lieu 33 jours (92 %). Les tournées ont été annulées un jour en raison d'une pénurie de médecins, et deux fois en raison de la gravité de la situation à l'urgence.

## La participation aux tournées

L'infirmière des urgences des soins primaires du patient a assisté à 87 des 93 cas. La participation a augmenté au fur et à mesure des tournées et, au cours du dernier mois du projet, les infirmières des services d'urgence étaient présentes lors de 100 % des cas. Les raisons les plus courantes pour lesquelles les infirmières étaient absentes étaient les pauses prévues ( $n = 4$ , 66,7 % des absences) et l'acuité de la tâche ( $n = 2$ , 33,3 % des absences).

Un médecin de l'USI était présent dans tous les cas, une infirmière de l'USI dans 49 % des cas ( $n = 46$ ), un membre de la famille dans 49 % des cas ( $n = 46$ ) et un pharmacien dans 31 % des cas ( $n = 29$ ). Il a été demandé aux inhalothérapeutes d'assister aux visites de tous les patients ventilés ( $n = 37$ ) et ils ont assisté aux visites dans 24 % ( $n = 9$ ) de ces cas.

## Résultats des patients

Dans 95 % des cas, la nutrition a été abordée (figure 2). Le délai moyen avant la première alimentation entérale a diminué, passant de 28 heures, comme indiqué lors de l'analyse des besoins, à 17 heures suivant la mise en œuvre des tournées. Trente-neuf patients (41 %) ont fait l'objet d'une nouvelle ordonnance de prophylaxie de la TVP pendant les tournées et 22 patients ont été transférés à une équipe de soins moins intensifs. On a également détecté et corrigé 61 quasi-incidents.

## Changements en matière de la communication

Avant de procéder aux tournées, 32 infirmières des urgences et six médecins des USI ont été interrogés pour connaître leur perception de la qualité de la communication interdisciplinaire en ce qui concerne les patients gravement malades hospitalisés aux urgences. La plupart des médecins des USI (83 %) ont déclaré que le plan de soins était souvent très clair, tandis que la plupart des infirmières (84 %) ont indiqué que le plan de soins n'était pas très clair (figures 3a et 3b). Une fois la mise en œuvre des tournées effectuée, la plupart des infirmières (94 %) ont déclaré que le plan de soins était devenu très ou extrêmement clair. De plus, tous les médecins interrogés ( $n = 5$ ) ont déclaré que le plan de soins était souvent ou toujours clair.

Au total, trois familles ont été sondées en aval de la phase de mise en œuvre. Tous les membres des familles interrogés ont affirmé se sentir impliqués dans la discussion au cours des tournées, et deux familles (67 %) ont indiqué qu'elles comprenaient mieux le plan de soins après les tournées.

## Discussion

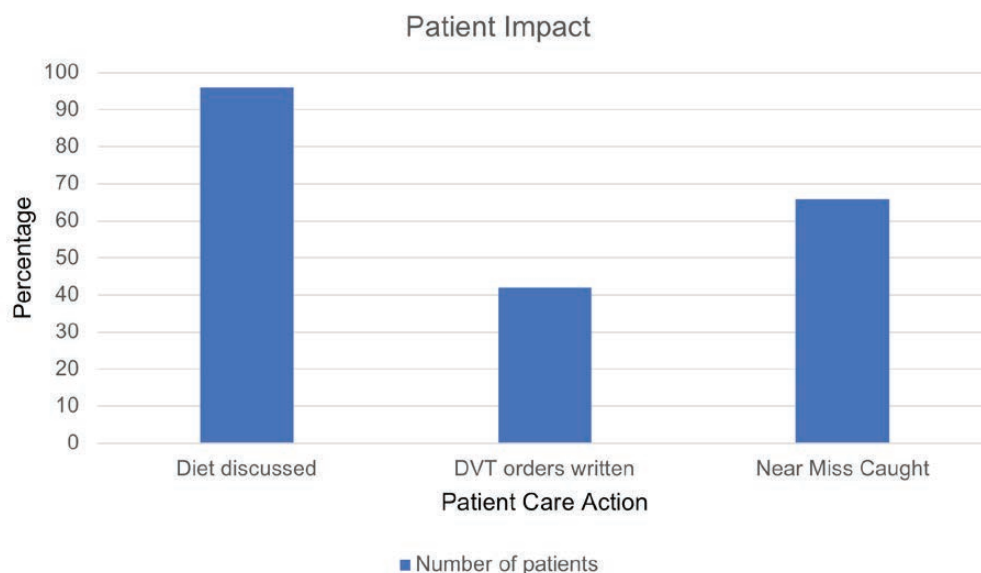
### Résumé et interprétation

Notre initiative d'amélioration de la qualité semble indiquer que les tournées normalisées pour les patients gravement malades aux urgences sont faisables. En plus, le déroulement de ces tournées fut associé à une amélioration de la communication entre les équipes médicales et infirmières. Enfin, nos résultats révèlent que les tournées normalisées offrent la possibilité d'améliorer les soins aux patients gravement malades qui ne se trouvent pas dans l'USI.

Les séries de tournées ont été effectuées avec succès dans 92 % des cas dans le cadre de ce projet. Ce taux de fréquence élevé,

Figure 2

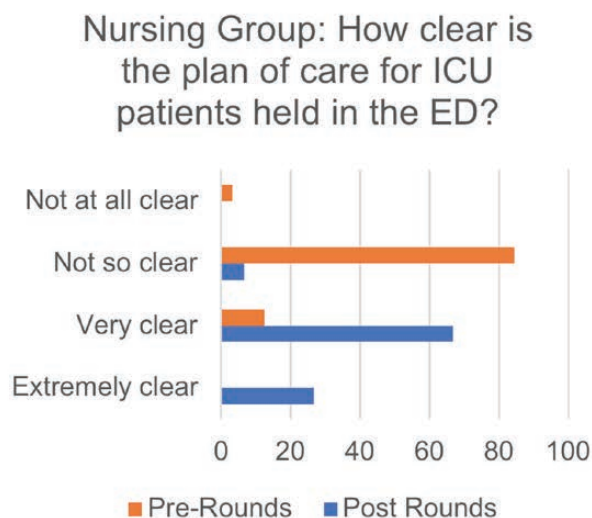
Comparison of pre- and post-implementation nursing perspective on the clarity of plan of care





**Figure 3A**

Comparison of pre and post-implementation nursing perspective on the clarity of plan of care



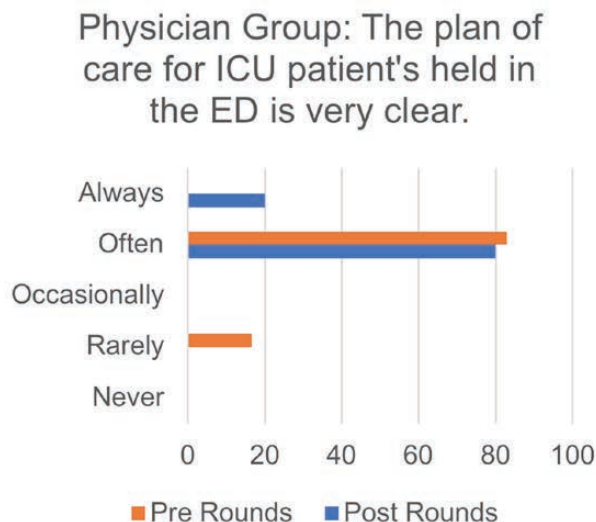
malgré les niveaux élevés d'acuité et d'occupation de l'urgence, laisse croire que ce projet pourrait être fructueux dans d'autres établissements. En plus de la campagne d'éducation, l'équipe du projet a déterminé que les facteurs clés pour assurer la tenue des tournées étaient l'engagement quotidien des dirigeants de l'unité des urgences au début des tournées, la participation des dirigeants et du personnel infirmier de l'USI et l'adhésion des médecins de l'USI qui s'est faite par de courtes présentations lors des tournées de qualité au département.

Après la collecte de notre enquête réalisée avant la mise en œuvre, nous avons remarqué un écart entre le niveau de clarté de la communication perçue par les médecins et les infirmières. Cette constatation fait ressortir les difficultés de communication entre les membres de l'équipe de soins (Bambi et coll., 2014). Plus précisément, avant la mise en œuvre des tournées, il semblait que la communication se faisait en vase clos. Les médecins semblaient discuter du plan de soins entre eux, sans inclure les infirmières de l'urgence dans le processus. Après la mise en œuvre des tournées, la précision perçue de la communication s'est améliorée entre les deux groupes. Nous formulons l'hypothèse que cette amélioration de la communication est l'un des principaux facteurs de l'amélioration des soins aux patients démontrée au cours de cette initiative d'amélioration de la qualité. Ce résultat correspond à la littérature antérieure qui démontre que les résultats des patients s'améliorent à mesure que la communication entre le personnel de santé s'améliore (Townsend-Gervis et coll., 2014; Umberfield et coll., 2019).

L'engagement du personnel a été encouragé tout au long de ce projet. Pendant les trois mois précédant le lancement, les équipes infirmières et médicales ont été informées, invitées à donner leur avis et sensibilisées aux changements de processus. Les tournées ont été adaptées aux besoins des équipes des services

**Figure 3B**

Physician comparison of pre- and post-implementation of communication



d'urgence et des USI en raison de leur charge de travail élevée. Il était également essentiel que les équipes paramédicales (pharmacie, inhalothérapeutes, commis) participent à la planification et à l'exécution des tournées afin de s'assurer que leurs perspectives uniques soient intégrées au projet. Nous croyons qu'en raison de la formation approfondie du personnel, de la communication et des champions du projet, le déroulement a nécessité un minimum de révision après son lancement. Par conséquent, un seul cycle PEÉA a été effectué. La présence du personnel infirmier de l'USI pendant les tournées a également encouragé l'esprit d'équipe et la collaboration entre les deux unités de soins infirmiers. Pour favoriser la réussite de cette collaboration, nous avons demandé l'avis des équipes d'enseignants et de dirigeants cliniques de l'USI, ainsi que du conseil de pratique de l'USI. Tout au long du projet, des ajustements ont été apportés aux tournées pour améliorer le fonctionnement et le processus. Nous avons constaté que le personnel infirmier des services d'urgence craignait que l'heure de début de 10 h ait un impact sur les temps de pause et les soins aux patients; donc, après la première semaine des tournées, une annonce a été faite par téléavertisseur à 9 h 50 pour annoncer les tournées. Celle-ci a permis aux infirmières de planifier leurs pauses, leurs tâches de soins aux patients et leurs tournées.

Contrairement à l'unité de soins intensifs, où chaque patient est examiné et soigné par la même équipe, et où le ratio infirmière-patients est plus faible, aux urgences, les patients de tous les services d'admission attendent un lit d'hospitalisation. De ce fait, l'identification de l'équipe de tournée de l'USI a posé un défi. Au début, lorsque l'équipe de l'USI est arrivée au chevet du patient, les infirmières de l'urgence n'étaient pas au courant de leur présence. Afin de mieux identifier l'équipe de l'USI, on a donc attribué à l'équipe de tournée de l'USI des cordons uniques et un ordinateur sur roulettes.

## Limites et recherches ultérieures

Les stratégies de projet adoptées et l'impact de notre projet doivent être interprétés dans le contexte de limitations précises. Ce projet a été réalisé dans un centre de soins tertiaires multispecialités avec un grand nombre de patients à haute gravité. Il est donc possible que nos résultats ne se reflètent pas dans d'autres établissements où le nombre d'admissions en soins intensifs est plus faible. Les recherches à venir devraient porter sur des établissements plus petits, en procédant à une analyse de l'environnement avant la mise en œuvre. L'absence d'une analyse des coûts est une autre limite de notre projet. Cependant, ce projet laisse supposer qu'au pire, cette initiative n'a pas eu d'incidence sur les coûts, car aucune ressource, aucun matériel ou équipement supplémentaire n'a été utilisé et aucun personnel n'a été ajouté. À l'avenir, les projets devraient envisager l'analyse des coûts des tournées de l'USI aux urgences. La rétroaction des familles a également été minime. Des données antérieures révèlent que la participation des familles aux tournées est bénéfique pour les patients et le personnel médical et améliore la communication entre le personnel et les familles (Des Ordon et coll., 2020 ; Kang et coll., 2020). Il est vraisemblable que les résultats soient différents dans notre projet. De plus, dû au faible nombre d'employés, nos tournées n'ont pas inclus de diététiciens, de physiothérapeutes, de travailleurs sociaux ou d'ergothérapeutes. Il serait bon d'inclure ces disciplines dans les structures de tournée futures. Pour finir, il serait bon d'envisager une recherche future visant à analyser l'impact des tournées des services d'USI aux urgences sur la morbidité et la mortalité des patients, car cet aspect n'a pas été examiné dans le cadre de ce projet.

## Conclusion

Cette initiative d'amélioration de la qualité a démontré que les tournées interdisciplinaires au chevet des patients de l'USI sont faisables, qu'elles améliorent la communication entre les membres du personnel et qu'elles enrichissent l'expérience du patient et de sa famille. La tournée des patients de l'USI aux urgences peut être considérée comme une approche sûre pour améliorer les soins aux patients de l'USI admis aux urgences sans augmenter la charge de travail du personnel de première ligne. À l'avenir, les projets devraient se concentrer sur le rapport coût-efficacité des tournées normalisées pour les patients gravement malades en dehors de l'USI, ainsi que sur la définition de l'impact de ces tournées sur les résultats de santé axés sur le patient.

## Incidences sur la pratique clinique des urgences

- L'hébergement aux urgences des patients gravement malades est une préoccupation croissante dans le monde entier
- Les patients de l'USI hospitalisés aux urgences peuvent ne pas être inclus dans les visites quotidiennes de l'USI
- Les tournées interdisciplinaires au chevet des patients hospitalisés en soins intensifs sont réalisables aux urgences
- Ces tournées améliorent la communication entre le personnel interdisciplinaire et améliorent ainsi les soins aux patients.

## Notes des auteurs

*Kalina Repin : Kalina est une infirmière-praticienne en médecine familiale qui exerce actuellement au sein de Fraser Health Authority, près de Vancouver en Colombie-Britannique). Elle a obtenu son baccalauréat en sciences infirmières à la University of Victoria en 2014 et a obtenu son diplôme d'études supérieures à la University of British Columbia. Kalina a passé la majorité de sa carrière au service des urgences. Elle est passionnée par la gestion du changement, l'amélioration de la qualité et les soins axés sur le patient.*

*Will Thomas-Boaz: Will Thomas-Boaz est gestionnaire des soins aux patients au Sunnybrook Health Sciences Centre. Il a obtenu un baccalauréat en sciences infirmières de McMaster University en 2005 et a également obtenu une maîtrise en sciences infirmières axée sur l'enseignement de Athabasca University. Will a consacré la majeure partie de sa carrière d'infirmier au service des urgences, où il a été mentor pour les nouveaux employés, infirmier de triage et infirmier en chef avant de prendre le rôle d'éducateur clinique, puis d'infirmier de pratique avancée. Will possède un intérêt pour l'amélioration de la qualité, la pratique professionnelle et l'éducation.*

*Le Dr Bourke Tillmann : Le Dr Bourke Tillmann est un associé clinique du département de médecine des soins intensifs et un chef d'équipe de traumatologie au Sunnybrook Health Sciences Centre. En 2010, il a obtenu son diplôme de médecine à la University of Western Ontario et s'est ensuite spécialisé en médecine d'urgence et en soins intensifs pour adultes. Il entreprend actuellement des études de doctorat en épidémiologie clinique et en recherche sur les soins de santé à l'Institute of Health Policy, Management, and Evaluation de University of Toronto. Le Dr Tillmann s'intéresse aux services de santé et cherche à améliorer l'équité dans l'accès aux services de soins intensifs et de traumatologie.*

## Remerciements

*Les personnes suivantes ont apporté leur appui et leur encadrement tout au long du projet :*

- *Les gens chez Sunnybrook Health Sciences Centre dans le programme de bourses de recherche et d'innovation fondées sur la pratique.*
- *Le réseau et la faculté de Toronto Academic Health Sciences.*

*Les équipes de direction et le personnel du service des urgences et des unités de soins intensifs du Sunnybrook Health Sciences Centre*

## Conflits d'intérêts

**Déclarations de conflits d'intérêts :** aucune

**Conflit d'intérêts :** Les auteurs n'ont aucun conflit d'intérêts à divulguer.

**Soutien financier :** Cette recherche n'a bénéficié d'aucune subvention particulière de la part d'organismes de financement des secteurs publics, commercial ou à but non lucratif.

## Déclaration de l'auteur (CRediT)

Kalina Repin, Will Thomas-Boaz, le Dr Bourke Tillmann, Barb Duncan, Grace Walter: Conceptualisation, méthodologie. Kalina Repin, Will Thomas-Boaz, le Dr Bourke Tillmann: Conservation des données. Kalina Repin, Will Thomas-Boaz, le Dr Bourke Tillmann: Rédaction - Préparation de la première ébauche. Kalina

Repin, Will Thomas-Boaz, le Dr Bourke Tillmann: Visualisation, enquête. Kalina Repin: Surveillance. Kalina Repin, Will Thomas-Boaz, le Dr Bourke Tillmann, Barb Duncan, Grace Walter: Approbation. Le Dr Bourke Tillmann: Logiciel. Kalina Repin, Will Thomas-Boaz, le Dr Bourke Tillmann: Rédaction - Révision et édition.

## RÉFÉRENCES

- ACEP. (2018). *Definition of boarded patient*. <https://www.acep.org/patient-care/policy-statements/definition-of-boarded-patient/>
- Bambi, S., Becattini, G., Giusti, G. D., Mezzetti, A., Guazzini, A., & Lumini, E. (2014). Lateral hostilities among nurses employed in intensive care units, emergency departments, operating rooms, and emergency medical services: A national survey in Italy. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 33(6), 347–354. <https://doi.org/10.1097/DCC.0000000000000077>
- Content Search | CIHI. (n.d.). <https://www.cihi.ca/en/search?query=Canadian+Emergency+Department+visits+and+length+of+stay&Search+Submit=>
- Critical Care Ontario. (2020). *What is Critical Care?* Critical Care Services Ontario. <https://www.criticalcareontario.ca/EN/AboutUs/Pages/What-is-Critical-Care.aspx>
- Des Ordons, A. L. R., Au, S., Blades, K., & Stelfox, H. T. (2020). Family participation in ICU rounds—Working toward improvement. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 26(6), 1620–1628. <https://doi.org/10.1111/jep.13345>
- Holodinsky, J. K., Hebert, M. A., Zygun, D. A., Rigal, R., Berthelot, S., Cook, D. J., & Stelfox, H. T. (2015). A survey of rounding practices in Canadian adult intensive care units. *PLoS One; San Francisco*, 10(12). <http://dx.doi.org.ezproxy.library.ubc.ca/10.1371/journal.pone.0145408>
- Jain, M., Miller, L., Belt, D., King, D., & Berwick, D. M. (2006). Decline in ICU adverse events, nosocomial infections and cost through a quality improvement initiative focusing on teamwork and culture change. *BMJ Quality & Safety*, 15(4), 235–239. <https://doi.org/10.1136/qshc.2005.016576>
- Kang, J., Cho, Y.-J., & Choi, S. (2020). Family caregivers' experiences with family-centered multidisciplinary rounds in the ICU. *Critical Care Medicine*, 48(1), 385. <https://doi.org/10.1097/01.ccm.0000631380.75559.66>
- Leis, J. A., & Shojania, K. G. (2017). A primer on PDSA: Executing plan–do–study–act cycles in practice, not just in name. *BMJ Quality & Safety*, 26(7), 572–577. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2016-006245>
- Longo, J. (2010). Combating disruptive behaviors: Strategies to promote a healthy work environment. *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing*, 15(1). <https://doi.org/10.3912/OJIN.Vol15No01Man05>
- Mohr, N. M., Wessman, B. T., Bassin, B., Elie-Turenne, M.-C., Ellender, T., Emlet, L. L., Ginsberg, Z., Gunnerson, K., Jones, K. M., Kram, B., Marcolini, E., & Rudy, S. (2020). Boarding of critically ill patients in the emergency department. *Critical Care Medicine*, 48(8), 1180–1187. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000004385>
- McNeil, C., Muck, A., McHugh, P., Bebar, V., & Adams, B. (2015). Bedside rounds versus board rounds in an emergency department. *The Clinical Teacher*, 12(2), 94–98. <https://doi.org/10.1111/tct.12271>
- Platis, Ch., Reklitis, P., & Zimeras, S. (2015). Relation between job satisfaction and job performance in healthcare services. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 175, 480–487. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2015.01.1226>
- Santos, F. R. Q., Machado, M. de N., & Lobo, S. M. A. (2020). Adverse outcomes of delayed intensive care unit. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 32(1), 92–98. <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20200014>
- Stratton, S. (2018). Likert data. *Prehospital and Disaster Medicine*, 33(2), 117–118. <https://doi.org/doi:10.1017/S1049023X18000237>
- SurveyMonkey. (2020). *Likert Scale: What it is & how to use it*. SurveyMonkey. <https://www.surveymonkey.com/mp/likert-scale/>
- Townsend-Gervis, M., Cornell, P., & Vardaman, J. M. (2014). Interdisciplinary rounds and structured communication reduce re-admissions and improve some patient outcomes. *Western Journal of Nursing Research*, 36(7), 917–928. <https://doi.org/10.1177/0193945914527521>
- Umberfield, E., Ghaferi, A. A., Krein, S. L., & Manojlovich, M. (2019). Using incident reports to assess communication failures and patient outcomes. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 45(6), 406–413. <https://doi.org/10.1016/j.jcjq.2019.02.006>

Look for supplemental materials such as author interviews and podcasts at [www.CJEN.ca](http://www.CJEN.ca)

The Canadian Journal of Emergency Nursing (CJEN) is the Official Journal of the National Emergency Nurses Association (NENA) of Canada. This article has been made available at no cost in partnership with NENA and the University of Alberta Libraries.



# Intimate partner violence during the COVID-19 pandemic: A literature review

Tammy Nelson<sup>1</sup>, RN, MN, ENC (C), Arlene Kent-Wilkinson<sup>2</sup>, RN, BSN, MN, PhD, CPMHN (C) and Hua Li<sup>3</sup>, BSN, RN, MPH, PhD

<sup>1</sup> Clinical Nurse Educator, Alberta Health Services

<sup>2</sup> Associated Professor, College of Nursing, University of Saskatchewan

<sup>3</sup> Assistant Professor, College of Nursing, University of Saskatchewan

Address all correspondence regarding article to first author; Tammy Nelson at [tammya.nelson@albertahealthservices.ca](mailto:tammya.nelson@albertahealthservices.ca)

## Abstract

**Background:** Intimate partner violence (IPV) has been the silent pandemic that has raged behind the scenes during COVID-19. Since March 2020, various public health orders put in place including the stay-at-home order to stop the spread of COVID-19 have created new challenges among general population and vulnerable groups, particularly victims of IPV. The purpose of this study is to review the current literature that evaluates the impact that the COVID-19-associated public health orders have had on the IPV victims during the pandemic. How have IPV victims been impacted by the COVID-19 pandemic?

**Methods:** A targeted literature review using PICO format (population, intervention, comparison, and outcomes) examines how IPV victims have been impacted by the COVID-19 pandemic and factors associated with the increased rates of IPV.

**Results:** The rates of IPV have increased during the COVID-19 in comparison with pre-COVID-19 IPV rates. Notably more severe cases of abuse were documented, as well as new forms of abuse. Risk factors for the increased rate of IPV included financial factors, caregiver burnout, stress and other factors.

**Conclusion:** Healthcare professionals have a key role to play in helping IPV victims to access resources.

**Keywords:** COVID-19, intimate partner violence, domestic violence, risk factors, healthcare professionals.

The public health restrictions that have been enforced due to the COVID-19 pandemic have created the perfect environment for intimate partner violence (IPV) to escalate. Domestic violence (DV) and IPV are both terms that are used to describe when one partner uses abusive behaviour to control or harm the other partner in the relationship (Burczycka, 2018). The partner may be in a marriage, living common law or dating. Intimate partner violence can occur within a same sex or opposite sex relationship and can happen at any time during a relationship (Government of Canada, 2017). There are many different forms of abuse and neglect that can be carried out during the relationship, and IPV can be just one act of violence or multiple acts that form patterns of abuse. For the victims of abuse, IPV can lead to very serious and sometimes fatal consequences (Government of Canada, 2017). Intimate partner violence has been further complicated by the COVID-19 pandemic restrictions, such as the stay-at-home orders put in place to help to protect the public from the spread of the virus. However, these “safer at home” policies and guidelines have had a negative effect on those who are victims of IPV (Kofman & Garfin, 2020).

## Background

Canadian studies have found that IPV has a significant negative impact on the health and wellbeing of women and men (Stewart et al., 2020). Rates of IPV are known to escalate during periods

of uncertainty. These periods of uncertainty can come in the form of social isolation, economic hardship due to job loss, and housing instability. These factors escalate the tensions within the home thereby increasing IPV (Allen & Jaffray, 2020). Intimate partner violence is the most common non-fatal injury to women world-wide (Allen & Jaffray, 2020).

Early in the pandemic, on April 18, 2020, in Portapique, Nova Scotia, a man assaulted his girlfriend. This IPV incident was the catalyst that resulted in a 13-hour murder spree, which ended with a total of 22 people murdered (Thomson & Chiu, 2020). This was the worst mass shooting in Canada's history (Thomson & Chiu, 2020). Although this has not been directly linked to the pandemic, stay-at-home orders were in place, and this may have made the victims more vulnerable because they were unable to leave their homes to be out in public areas (Thomson & Chiu, 2020).

Currently in Canada, a woman or girl is killed every three days and the number of IPV murders increased from 118 in 2019 to 157 in 2020 (Canadian Femicide Observatory for Justice and Accountability, 2020; Dawson, 2019). This highlights the need to recognize that IPV affects everyone, and it is underrepresented by society. Exploring the differences in the rates of IPV prior to the COVID-19 pandemic and during the pandemic has elucidated the issues that the victims are facing and how we might be able to address the victims' needs.

#### **Pre-COVID-19**

Intimate partner violence is one of the most prevalent types of violence in Canada. Burczycka (2018) found that a third of all police-reported violence involves IPV and there were more than 99,000 victims between the ages of 15–89 in Canada. Women account for 79% of the victims of IPV and rates have been increasing steadily (Burczycka, 2018). One in seven victims experienced violence with a weapon, which adds to the severity of the abuse. Fifty-six percent of victims were physically harmed in some way with the majority having minor injuries and two percent resulted in death. Between 2008 and 2018 there were 945 spousal homicides in Canada and 79% of those killed were female (Burczycka, 2018). The World Health Organization has estimated that 35% of women globally have experienced sexual or physical violence from an intimate partner (Buttall & Ferreira, 2020).

Victims of IPV often do not seek help, which is why it is essential for healthcare professionals to try and identify victims through screening when patients are alone, so they can inform them of the resources that might be able to help them in the situation they are in (Evans et al., 2020). Statistics have indicated that it takes a woman an average of seven times to leave an abusive relationship (Treleaven, 2020). Spousal homicide rates increase upon separation and the woman's risk of being murdered by her spouse immediately following separation is six times higher (Sinha, 2015). Of women murdered by their partner, 45% of them had presented to a healthcare facility for treatment within two years of their death (Bradley et al., 2020).

#### **During COVID-19**

In terms of IPV services in Canada between mid-March and early July 2020, 50% of victim's services reported that there was no change in call volumes, while others revealed a 31% increase

(Allen & Jaffray, 2020). In some major cities in the United States, there has been an increase of 20–30% in domestic violence calls, with some regions reporting increases as high as 62% (Kofman & Garfin, 2020). One study found that calls to battered women's shelters have tripled in Vancouver, British Columbia and in Alberta, Canada, while calls to crisis lines have had a 30 to 50% increase (Bradley et al., 2020). Ontario has seen a 22% increase in the number of domestic incidences and sexual assault reports since the beginning of the pandemic (Bradley et al., 2020).

#### **Reasons for the abuse**

In cases of IPV, the abuser wants power and control over their partner. This desire for power may take the form of physical, financial, sexual, emotional abuse or neglect (Government of Canada, 2017; Kent-Wilkinson, 1996). Victims may also experience coercive control, which occurs when a pattern of behaviour is used by the abuser to gain control, exploit, or show domination over their partner (Richards, 2021). Victims are micro-managed by the abuser every day and this behaviour increases to a higher level when the victim is trapped in the home with the abuser. Of the victims that experience coercive control, 51% do not even realize that they are being controlled and will often defend the perpetrator (Richards, 2021). This is a large part of what makes coercive control so dangerous (Richards, 2021). Although lockdown orders are slowing down the spread of the COVID-19 virus, IPV acts like an opportunistic infection that is thriving in the conditions created by the pandemic (Sharma & Borah, 2020). This has created social isolation for victims whereby their abuser may take full advantage of having the victim isolated from others.

Intimate partner violence is an increasing health concern for the victims and families of abuse. Due to the unprecedented nature of COVID-19, governments and health agencies were required to act fast to prevent transmission of the virus by implementing strict orders such as social distancing and staying-at-home. However, the restrictions or policies did not address the possible elevated risk of IPV victims being trapped at home with their abusers (Kofman & Garfin, 2020). The purpose of this targeted review was to examine existing literature that investigates the impact of COVID-19 on IPV victims, factors associated with IPV and the role healthcare professionals can play to help these victims.

#### **Methods**

A targeted literature review was conducted. This type of review is meant to be informative and takes an in-depth analysis of the chosen topic (Huelin et al., 2015). A targeted literature review focuses on identifying trends and gaps in the current research, examines the need for more research, and supports evidence-based decision making (Huelin et al., 2015). This type of research also bridges the information between related areas, which allows us to better understand the current state of IPV in the COVID-19 pandemic. Themes were derived by content analysis. A PICO format has been used to locate current evidence on the topic of IPV and the COVID-19 pandemic (Grove & Gray, 2019). The P – population is all the IPV victims from the start of the pandemic from Dec 2019 to Jan 31, 2021, irrespective

of gender. I – intervention will be the stay-at-home orders. C – comparisons will be made between the IPV pre-COVID 19 to IPV rates within the specified pandemic timeframe. O – outcomes of impact of violence in the victims of IPV. This review addressed the research question: how have IPV victims been impacted by the COVID-19 pandemic restrictions or orders?

### Search strategy

Three data bases were searched including MEDLINE, PubMed and Pro-Quest. Keywords used in the search process were domestic violence, intimate partner violence, domestic abuse, COVID-19, novel coronavirus, and nurse/nursing/nursing care (see Appendixes A & B for Search Strategies). These keywords were developed by reviewing pre-existing literature and in consultation with a health services librarian and co-authors. The inclusion criteria included studies that investigated IPV during the COVID-19 in North America from December 1, 2019 to January 31, 2021. The study was limited to North America because Canada and the United States are very similar in how society functions and both countries have similar resources available.

### Results

A total of 186 articles were retrieved and after duplicates removed, 166 articles were screened for titles and abstracts against inclusion criteria, which resulted in five full-text reviews. After the full-text review, all five articles met inclusion criteria and were selected for data extraction. Among selected studies, five articles were peer-reviewed including two qualitative studies, two cross-sectional studies and a case study. Of the five

studies evaluated, four were from the United States and one was from Canada. All five studies were published in 2020.

### Themes

After reviewing the literature, five main themes were identified. These were increased number of calls of IPV, increased severity of IPV, risk factors associated with IPV, lack of resources and the healthcare professional's role.

#### *Increased number of calls of IPV*

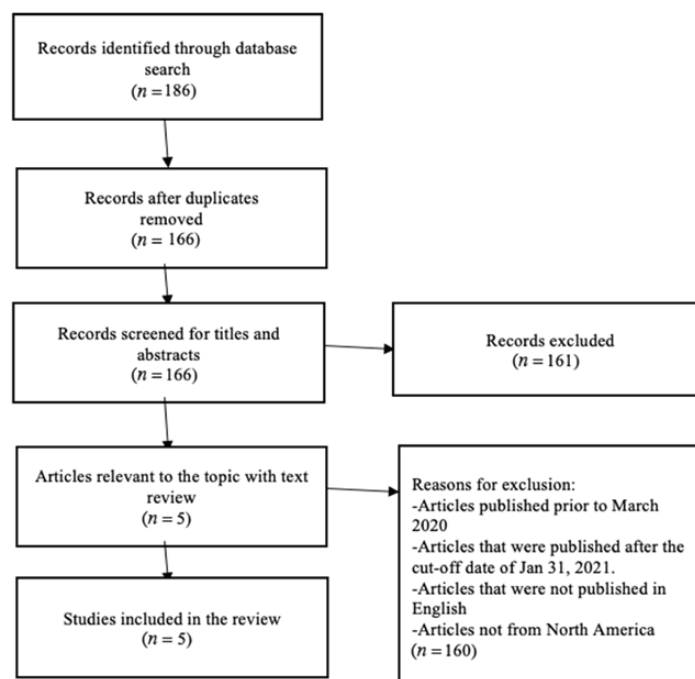
Bullinger et al. (2020) found that there was an increase in the numbers of IPV calls to police by 7.5%, which was equivalent to 1,875 calls over a 12-week period. Studies suggested that the increase in calls may be attributed to the stay-at-home order that was initiated in March 2020 (Sabri et al., 2020; Sharma & Borah, 2020). It was also noted that in 2020 there was a 1.8-fold increase in numbers of IPV compared to 2017–2019 (Gosangi et al., 2020). There has been an increase in the numbers of all forms of abuse, including IPV and an increase in aggression and coercive control (Xue et al., 2020).

#### *Increased severity of IPV*

Gosangi et al. (2020) found that the severity of injuries including strangulation, stabbings and burns was two times higher in 2020 when compared to the numbers of injuries from 2017–2019. This study also found that victims were more delayed in presenting to the hospital with their injuries than prior to the pandemic. In addition, increases in IPV due to forced isolation can increase the effects of violence and trauma, as well as injuries, anxiety, depression, substance use and post-traumatic stress disorder (Sabri et al., 2020).

**Figure 1**

*Literature search process diagram*



### *Risk factors associated with IPV*

The literature showed that there are increased risk factors associated with increased IPV. These risk factors include financial, caregiver, burnout, stress and other factors.

**Financial factors.** Increased IPV due to financial stressors including layoffs, unemployment and loss of income have been indicated (Sabri et al., 2020; Xue et al., 2020). Sharma and Borah (2020) found that partnerships without a history of IPV prior to the pandemic have endured increased rates of IPV because of financial hardship (Sharma & Borah, 2020).

**Caregiver burnout and stress.** There has been increased caregiver burnout due to the stay-at-home orders, school closures, difficulties with childcare and challenges related to virtual learning (Sabri et al., 2020; Sharma & Borah, 2020). High-stress situations have been found to increase the rate of IPV by 3.5 times more than low-stress times (Sharma & Borah, 2020).

**Other factors.** There have been increased numbers of stalking and coercive control during the pandemic (Sabri et al., 2020). Prior to the pandemic, IPV victims were able to leave the home, but they were confined to staying at home during COVID-19; with the abuser and the victim in a very tense emotional situation, this may result in increased frequency and severity of abuse (Sabri et al., 2020). Coercive control is where the abuser uses a strategic pattern of behaviour to control the victim and this has led to newer forms of abuse including threatening not to wear a mask outside to catch COVID-19 to infect the IPV victims with the virus to control them (Sabri et al., 2020). This controlling and manipulating behaviour has come to a whole new level with the COVID-19 pandemic. Abusers look for new ways to isolate, deprive, regulate, and exploit their victims (Battered Women's Justice Projects, 2020). With COVID-19, the abuser may force the victim to excessively wash their hands, exploit the victim's fears, or demand social distancing. The abuser may purposefully contaminate things, lie about test results or foment panic (Battered Women's Justice Projects, 2020). These behaviours increase the isolation of the victims and increase the victim's risk of getting the COVID-19 virus.

### *Lack of resources*

Victims found that there was a lack of resources available during the COVID pandemic. There were closures to mobile advocacy and community-run services that IPV victims use on a regular basis and those that remained open had to alter the way they were run due to the pandemic (Sabri et al., 2020). Many community support systems moved to operating using virtual platforms. Overall, there was a lack of mental health supports available during the pandemic (Sabri et al., 2020). Some community programs such as babysitting were not available (Sabri et al., 2020).

### *Healthcare professional's role*

Providing care to patients during a pandemic is very challenging with physician offices, walk-in clinics, and outpatient clinics having moved to virtual platforms like telehealth (Gosangi et al., 2020). If a victim has an appointment with a healthcare professional by telehealth, he/she may be supervised by the abuser. Therefore, healthcare professionals may not be able to get an accurate assessment of what is going on with their victim

(Jack et al., 2020). Victims may go to the emergency department with injuries consistent with abuse due to lack of access to family physicians or walk in clinics. Every visit in the emergency department is an opportunity for healthcare professionals to ask about IPV and be able to help victims with access to community resources (Zero & Geary, 2020). In terms of accessing cell phones to meet victims' needs, IPV organizations have worked to obtain used cell phones and find cheaper cell phone plans so that victims can report IPV incidents and contact DV services (Sabri et al., 2020). The main issues are privacy, WiFi connectivity, and issues with those who are not familiar with technology, which may impede accessing help (Sabri et al., 2020). All these issues may lead to victims not reaching out for help. Healthcare professionals need to be aware these issues exist and find ways to help victims get the help they need.

## **Discussion**

### **Increased number of IPV-related calls**

Since the beginning of the pandemic there has been a dramatic increase globally in cases of IPV. The surge within this pandemic is not a new phenomenon. Surges of cases happen when there are natural or environmental disasters (Jack et al., 2020; Sharma & Borah, 2020). Early estimates from multiple countries have suggested an increase of 20–50% in calls to emergency support lines, as well as police reports and emergency shelters (Jack et al., 2020). Bullinger et al. (2020) found that there was an increase of 7.5% in the number of DV calls and this corresponds to 1,875 more calls during a 12-week period in Chicago, USA. In Canada, there has been varied reports to the DV numbers, which may be attributed to the fact that women who experience IPV are unable to safely contact DV services because they are trapped at home with their abuser (Evans et al., 2020). Therefore, IPV hotlines should consider alternative solutions to allow easier access to services. In creating emergency plans, whether it is a natural disaster or a pandemic, how to provide IPV victims with supports during a crisis needs to be addressed. This can be in the form of emergency funding that is set aside to hire more staff to help with the increase in need. For example, law enforcement needs to have more officers available to respond to increased volumes of IPV-related calls during the pandemic and providing training to the officers in terms of recognizing the signs of IPV. In addition, resources should be available for victims, such as emergency shelters where they are safe and are able to receive much needed support.

### **Increased severity of IPV**

During the COVID-19 pandemic, there has been a rise in the level of severity of injuries in IPV victims at hospital. According to a US study, Gosangi et al. (2020) found that there were a lower number of victims, but the victims that did present at the ED had more severe injuries including injuries caused by using weapons. The lower number of ED visits may be due to fear of catching the COVID-19 virus or increasing their risk of exposure that led victims to avoid seeking care for their injuries. In addition, transition to telehealth may prevent healthcare professionals in performing IPV screening because the abusers may overhear the conversation between the victim and the healthcare professional (Evans et al., 2020; Gosangi et al., 2020).

**Table 1**

Summary of reviewed studies

Author (year), Country	Study design	Study Aim	Sample	Measures	Major findings
Bullinger et al. (2020, August). US	Cross-sectional	Effects of the stay-at-home orders on IPV, based on number of IPV calls between March and April 2020	54,000 calls per week or 7,700 calls per day in the city of Chicago	GPS tacking data, polices call volumes for services, crime reports and arrests	Increased numbers of calls for IPV by 7.5%, which is equivalent to 1,875 calls over a 12-week period; decreases in numbers of domestic crimes by 8.2% and arrests for IPV were down 27.1%, which was down due to underfilling of the official incidence reports for domestic crimes. There were an estimated 1,000 cases of IPV not reported.
Gosangi et al. (2020, August 13). US	Case study	To evaluate the incidence, severity and pattern of injuries seen in IPV victims from March 11 to May 3, 2020, during the COVID-19 pandemic as compared to the previous 3 years	26 IPV victims who experienced physical abuse from their partners	Through radiological imaging and electronic health records, they were able to determine the severity of the injuries were grouped into 9 anatomical areas as well as labelled as superficial or deep, central, or peripheral	Incidence of IPV in 2020 during the pandemic was 1.8-fold higher than in 2017–2019. There was an overall decrease in the number of victims seeking care during the pandemic, but there were increased numbers of high-risk abuse like strangulation, stabbings and burns. Women killed by their spouses account for 58% of homicides. Radiologists can play a role in recognizing patterns of injury.
Sabri et al. (2020, October 2). US	Qualitative: phenomenological	What is the impact of COVID-19 pandemic on immigrant survivors of IPV?	45 in-depth interviews with IPV survivors	Interviews were conducted with survivors and to evaluate how COVID-19 has impacted their lives	Increased stressors like financial hardship from unemployment and layoffs can lead to increased conflict that led to the frequency and severity of IPV; increased caregiver burden due to stay-at home orders; mental health issues because community resources are closed; increasing numbers of IPV because spouses are at home as well as increases to stalking and control. Inability to seek help or to leave the relationship was highlighted. There is an enhanced need for services to address basic needs. There is a lack of comfort with using virtual platforms because of lack of skills with technology.
Sharma & Borah (2020, Oct 21), US	Qualitative: exploratory descriptive	Identify associations between COVID-19 and the IPV. To investigate factors associated with the increase in the number of cases and how communities, victims and governments can help to mitigate the risk of violence on society	A few IPV resources providers in US, Bangladesh and India through their help line numbers	Collection of data from service providers who responsible for responding to IPV victims. To better understand their life experiences, their perspectives, and their suggestions	Increasing the time spent together as a family will increase the violence. Increases in economic hardships including layoffs, loss of income increases IPV. High stress increases IPV by 3.5 times more than low stress times. There are less resources available including social support networks, which help the victims of IPV manage. Governments need to ensure that they take strategic steps to ensuring IPV is integrated into healthcare systems expanding social safety nets by offering temporary shelter and housing and integration of IPV into pandemic preparedness strategies.
Xue et al. (2020, November 22). Canada	Cross-sectional	Large analysis of public disclosure on IPV and the pandemic on Twitter	Over one million tweets from April 12 to July 16, 2020	Evaluation was done using the machine learning approach using Latent Dirichlet Allocation	Increased vulnerability with COVID-19, therefore increasing IPV. There are several types of family violence that are increasing including child abuse, assault, and IPV. Physical aggression and coercive control have been highlighted. Increased numbers of risk factors like drug abuse and alcohol abuse. Increased number of tweets for victims of violence increasing in the LGBTQ community; lack of social services available, like shelters; law enforcement having increased number of calls; social awareness movement to support victims and families; increases noted in DV related news related to celebrities.



An injury like strangulation is a lethal form of injury in IPV victims which cannot be ignored, since strangulation is the prelude to homicide (De Boos, 2019). However, it is often missed during initial assessment by healthcare professionals because bruising can take time to surface (De Boos, 2019). Victims of non-fatal strangulation may present with neurological symptoms, including strokes, seizures, dysphonia, difficulty swallowing, loss of consciousness and physical symptoms such as incontinence of urine or stool (De Boos, 2019). Healthcare professionals need to assess for all these symptoms when a victim presents. One of the most lethal forms of IPV is using firearms and according to a study in the US, 50 to 60% of IPV homicides are perpetrated with firearms (Websdale et al., 2019). As there has been an escalation in the severity of injuries seen in IPV situations (strangulations, stabbings, and use of firearms) during the pandemic, the criminal justice system, healthcare system, community leaders and service agencies should come together to evaluate cases and develop policies and procedures to help prevent and reduce all types of IPV, particularly homicide (Websdale, 2019).

### **Risk factors associated with IPV**

As intimate partner violence often starts in adolescence, it means that education on relationships needs to start in high school (Center for Disease Control and Prevention [CDC], 2017). Education needs to include social-emotional learning programs for youth, such as conflict resolution, modelling of healthy relationships and how to communicate, and understanding what risk factors may increase an individual's susceptibility to IPV (CDC, 2017). Risk factors that can increase the risk for perpetrating IPV are identified as low income, low education, a history of abuse or neglect during childhood, unemployment, and poor parenting (CDC, 2017). Thus, education programs should be tailored to address the risk factors in order to prevent IPV, including programs that support employment and educate adult couples on healthy relationships (CDC, 2017).

**Financial factors.** There were 225 million jobs lost worldwide in 2020 due to the COVID-19 pandemic (Larson, 2021). Many families have had multiple layoffs within the household at the same time, which has created a lot of stress. Stress in relation to financial instability increased the amount of IPV. In Canada, many families have had to resort to using government-funded programs created to deal with the economic hardships (Government of Canada, 2021). Funding for programs to address IPV is particularly important during the pandemic. In 2020, the Canadian government committed to support women who are experiencing gender-based violence during the COVID-19 pandemic, allocating \$40 million to Women and Gender Equity (WAGE) and \$30 million to address the need of women for shelters and sexual assault centres (Government of Canada, 2020). This funding will be able to create 575 IPV shelters across Canada, which will allow more women to escape from unsafe situations.

**Caregiver burnout.** Caregiver burnout has increased with the COVID-19 pandemic as children were staying home either learning by themselves or attending online school and parents had to commit a lot of time to helping their children learn, which was identified as a risk factor for IPV during the pandemic (Sabri

et al., 2020; Sharma & Borah, 2020). Community supports are an integral part of helping families in times of hardship, such as during COVID-19. With the stay-at-home order in place, many IPV victims have limited access to services that are helping them cope in their everyday lives, while providing a safe environment for children to live. To reduce caregiver burnout, families can partner up with one other family in their community and commit to being there for each other when needed, which allows the families to share some of the burden.

**Stress.** The pandemic has a negative impact on psychological wellbeing including increased level of stress (Sharma & Borah, 2020). COVID-19 associated stress has been reported to cause relationship issues, thus an increase in the rate of IPV can be expected (Sharma & Borah, 2020). Studies have found that elevated stress has led to an amplification of pre-existing mental health conditions in IPV victims and abusers, including depression, anxiety, suicidal ideation, post-traumatic stress disorder and panic disorders (Emezue, 2020; Jack et al., 2020; Sharma & Borah, 2020; Xue et al., 2020). Additional resources are required to provide support and care to IPV victims and their abusers to address COVID-19-related stresses and mental health conditions (Centre for Addiction and Mental Health [CAMH], 2020). A system-wide response is needed that encourages individuals at risk for IPV to reach out and seek help before the mental health conditions deteriorate, as well as providing education on how to manage stress in positive ways, including taking breaks from social media, mediating/deep breathing, getting lots of sleep, exercising regularly and eating healthy, and avoiding alcohol and drugs (CDC, 2021).

**Other factors.** There have been increases in rates of stalking and coercive control of women by their partners. Stalking escalated during the pandemic with the abuser tracking their victim's every move because the victim had to follow the stay-at-home orders (Sabri et al., 2020). Coercive control has surged because the abusers are able to control when and where an IPV victim is going, they are able to limit the access to services, as well as access to money (Jack et al., 2020; Sabri et al., 2020). Newer forms of abuse have emerged, including abusers threatening to not wear masks outside the home with the intention of contracting the virus and then infecting the IPV victims as a way to control the victim (Emezue, 2020; Sabri et al., 2020). Therefore, intervention programs and healthcare professionals should adapt new strategies to address the new forms of IPV to provide support that meets the IPV victim's needs.

### *Lack of resources*

**Shelters and community support.** The COVID-19 pandemic has created issues for IPV survivors who seek out shelters and community resources due to the stay-at-home orders. Shelters are a means of escape from the abusive relationship and are an important source of temporary housing for women. They are also used as a platform to help with many other interventions like providing emotional support, guidance, and social belonging (Andermann et al., 2021). Many shelters have had to alter their operations by decreasing their capacity or by shutting down completely to comply with public health orders (Evans et al., 2020). Many public agencies have shifted from in person

services to operating via virtual platforms to meet victim's needs. Ideally, all the services required by IPV victims should be classified as essential services and should not be affected by public health orders.

### **Interventions and safety plan**

To enhance the effectiveness of existing interventions that aim to help IPV victims, the interventions should be driven by the victim. There is not a one-solution-fits-all, so it is important to listen to the victim and to try and explore alternative options that will fit their needs (Abramson, 2020). For example, a safety plan needs to include available resources that victims can access, which means community agencies need to know what resources are available and how victims can access them. The agencies need to be aware, as once the pandemic is over there will be even more victims seeking help. IPV agencies and mental health agencies will need to prepare for an influx of victims seeking help.

### **Healthcare professionals' role**

Providing healthcare during a pandemic is challenging. Physician offices, walk-in clinics, and outpatient clinics usually have DV screening processes for patients and, because of the pandemic, they have had to change the way that patients are being seen and treated by moving to phone consults or virtual platforms like telehealth (Evans et al., 2020; Gosangi et al., 2020; Jack et al., 2020). As such, they cannot ensure 100% privacy when talking to patients or clients and this presents many issues around patient safety and privacy (Emezue, 2020; Jack et al., 2020). Standardization of telehealth is essential, given the potential to utilize telehealth to be able to provide better access to care for patients, to enhance the healthcare infrastructure and increase best practice guidelines, standardization of telehealth is essential (Emezue, 2020; Jack et al., 2020). Standardizing telehealth care for health professionals, ensures that there are clear roles and responsibilities, there are strategies to ensure patient consent, to ensure confidentiality and ethical and legal obligations to the patient (Jack et al., 2020). Every visit should be viewed as an opportunity to make a connection with patients to enquire about their mental health and assess what resources they may require (Li et al., 2021; Zero & Geary, 2020). Healthcare professionals have less control and fewer options in managing the patient's safety concerns when using telehealth (Jack et al., 2020). This means that the healthcare professional needs to take additional steps and be extra vigilant in observing the patient and their behaviours and be mindful that someone else may be monitoring the call (Jack et al., 2020). The World Health Organization uses the acronym of "LIVES" to guide healthcare professionals in telehealth encounters. LIVES stands for "Listen, inquire about needs and concerns, Validate, Enhance safety and Support" (Jack et al., 2020, p. 14). This acronym gives guidance to the healthcare professional by allowing the victim to guide their own care. As healthcare professionals, we cannot make decisions for the patient, but we can be there to listen and support.

"Safe words" or "signal for help" campaigns have started, so that IPV victims have a way to notify the healthcare professional that they are experiencing IPV, or it is not safe to talk (Bradley et al., 2020). There are also many different types of programs like EDUCATE, which is a Canadian training program that provides resources for trauma victims to help promote knowledge and

comfort around IPV screening (Bradley et al., 2020). Education needs to be provided to healthcare professionals within the emergency departments about IPV and how it affects the victims' lives, as this is a common place for victims to come when they are injured. Healthcare professionals need to be aware of the increased risk that victims have during the pandemic, to identify red flags to provide resources to the victims. In addition, expanding education to different disciplines of healthcare professionals could allow for regular screening and give victims a safe place to disclose the abuse (Bradley et al., 2020). For example, screening of pregnant women who attend prenatal clinics, as well as in the hospital, since between three and nine percent of maternity patients experience abuse during their pregnancy (Alhusen et al., 2015). To ensure mothers' and their babies' safety, implementation of the screening IPV among maternal women in all units of the hospital should be added to accreditation guidelines (Accreditation Canada, 2021).

Healthcare professionals should be aware of new available resources to provide better care. For example, there are three free and easy-to-access apps called I-DECIDE, myPlan, and iSafe that were tested as being effective with many different groups of people including Indigenous, immigrant, lesbian, bisexual, gay, transgender, queer, pregnant, and rural females (Emezue, 2020). The myPlan app was the first one that was created to help the user to make informed decisions about their safety and well-being by providing education on relationship red flags and fatality risk factors, which are calculated using a danger assessment component (Emezue, 2020). Additionally, it is important for healthcare professionals to create resources that can be easily hidden from the abuser, such as lipstick campaigns where the IPV victims can store the phone numbers of IPV shelters and resources in a fake lipstick container, so that it won't stand out to the abuser (The Awesome Foundation, 2014). Other strategies include serial bar codes that can be created as stickers so that they can be hidden on the victim while away from the abuser and placing posters with IPV hotline numbers that can be torn away and kept by the victim can be stored in common places like bathrooms that allow the victim to obtain the information anonymously.

Healthcare professionals are also key advocates for IPV victims by petitioning the government for more funding for programs that help IPV victims get access to resources and by helping IPV victims to connect with other services to be financially independent including seeking employment opportunities or attending employment training programs, since economic independence is a critical factor in violence prevention, especially during the pandemic (Evans et al., 2020).

### **Limitations**

There are several limitations in this review. First, the lack of studies limited our ability to discuss the topic in a broader perspective. More research on the effects of COVID-19 on IPV victims and their families is required to understand the IPV during the pandemic. Second, there is limited research that examined risk factors for violence perpetration, the socio-contextual determinants, and victimization that has occurred during this time that can be addressed by increasing awareness and being prepared in the future (Evans, 2020). Third, this review only included

studies conducted in North America and published in English, which limited the generalization of the findings. Finally, the pandemic was not over at the time of the literature review, which included studies for only the first 10 months of the pandemic (up to January 2021). Therefore, the prevalence of IPV could be much higher, with further or different risk factors.

## Conclusion

This targeted review has highlighted key issues related to IPV and the COVID-19 pandemic. Pandemic planning needs to address how to protect and help IPV victims and their families from abuse. Health promotion focusing on increasing awareness of IPV among individuals at risk and early childhood education that teaches children the features of healthy relationships that are key to preventing the abuse from happening and continuing. Healthcare professionals and the public need to be well educated in terms of prevention and intervention of IPV in our communities, as well as new forms of abuse in the changing society of this pandemic.

## Implications for emergency clinical practice

- The emergency room (ER) is often the first point of care for victims to come to when they are injured, therefore visits to the ER are an opportunity for healthcare professionals to screen for IPV by enquiring about their patients' mental health, assessing what resources they may need, and educating potential victims.
- As the risk for IPV is increased during the pandemic, healthcare professionals need to provide potential victims with a safe place to disclose the abuse.
- Education includes the healthcare provider being aware of and communicating to victims some of the free and easy-to-access apps, so the victims can make informed decisions about their safety and well-being.
- The apps provide education on relationship red flags and fatality risk factors.

## About the authors

Tammy Nelson, MN, was a graduate student when this paper was first written in April 2021. Tammy graduated with a master's in professional practice from the University of Saskatchewan and June 2021. Tammy has been a registered nurse for 20 years and graduated from the conjoint nursing program through the University of Calgary and Mount Royal College in June 2021. She

is an emergency certified RN through CNA and has been certified for 15 years as well as an instructor in ACLS, PALS, PEARS, TNCC, ENPC, CTAS and BLS. Currently, Tammy is a clinical nurse educator with Central Zone Rural with Alberta Health Services. Tammy loves to travel, read, bike, and spend time with her son Ben who is 14 and her dog Baxter.

Dr. Arlene Kent-Wilkinson has been a registered nurse for more than 50 years. She graduated from a three-year hospital diploma in nursing at the Plummer Memorial Public Hospital in Sault Ste. Marie, Ontario. Arlene completed her BSN from the University of Victoria, Vancouver, BC, her MN from University of Calgary, and her PhD from the University of Saskatchewan. As an Associate Professor, College of Nursing, USask, her focus areas over the years in practice, education and research have been mainly emergency and forensic mental health nursing. Arlene enjoys spending time with her three grandsons.

Dr. Hua Li, Assistant Professor, has worked as a registered nurse in the mental health and addiction area after graduating from the College of Nursing, University of Saskatchewan. As an assistant professor, her research has focused on mental health and wellbeing in patients living with mental health conditions, their caregivers, and pregnant and postpartum women. In her leisure time, she enjoys walking, reading, and traveling.

## Acknowledgements

The lead author would like to thank her supervisors for their expertise and guidance in the writing of this literature review.

## Conflicts of Interest

The authors report there was no conflicts of interest

## Credits

Tammy Nelson selected the topic and prepared the first draft of the paper for her master's of nursing class in spring 2021. Dr. Kent-Wilkinson provided guidance in the literature search strategy, organization and APA formatting of the paper. Dr. Li provided expertise in the methodology, tables and analyses. The paper was reviewed and edited several times by both supervisors.

## Funding

The authors report there was no funding for this paper.

## REFERENCES

- Abramson, A. (2020, April 8). How COVID-19 may increase domestic violence and child abuse. *American Psychological Association*. <https://www.apa.org/topics/covid-19/domestic-violence-child-abuse>
- Accreditation Canada. (2021). *Improving outcomes through assessments against global standards*. <https://accreditation.ca/about/>
- Alhusen, J., Ray, E., Sharps, P., & Bullock, L. (2015). Intimate partner violence during pregnancy: Maternal and neonatal outcomes. *Journal of Woman's Health Promotion*, 24(1), 100–106. <https://doi.org/10.1089/jwh.2014.4872>
- Allen, M., & Jaffray, B. (2020, July 30). The COVID-19 pandemic and its impacts on Canadian victim services. *Statistics Canada*. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/45-28-0001/2020001/article/00065-eng.htm>
- Andermann, A., Mott, S., Mathew, C., Kendall, C., Mendonca, O., Harriott, D., McLellan, A., Riddle, A., Saad, A., Iqbal, W., & Magwood, O. (2021). Evidence-informed interventions and the best practices for supporting women experiencing or at risk of homelessness: A scoping review with gender and equity analysis. *Health Promotion and Chronic Disease Prevention in Canada*, 41(1), 1–13. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.41.1.01>
- Battered Women's Justice Project. (2020, April 24). *Coercive control during COVID-19: New tactics* [video]. <https://www.bwjp.org/news/coercive-control-covid-19.html>
- Bradley, N., DiPasquale, A., Dillabough, K., & Schneider, P. (2020). Health care practitioner's responsibility to address intimate partner violence related to the COVID-19 pandemic. *Canadian Medical Association Journal*, 192(22), E609–E610. <https://doi.org/10.1503/cmaj.200634>

- Bullinger, L., Carr, J., & Packham, A. (2020). COVID-19 and crime: Effects of stay-at-home orders on domestic violence. *National Bureau of Economic Research*. Working Paper 27667. <https://www.nber.org/papers/w27667>
- Burczycka, M. (2018). Section 2: Police-reported intimate partner violence in Canada, 2018. *Statistics Canada*. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/85-002-x/2018001/article/54893/03-eng.htm>
- Buttall, F., & Ferreira, R. (2020). The hidden disaster of COVID-19: Intimate partner violence. *American Psychological Association*, 12(S1), S197–S198. <http://dx.doi.org/10.1037//tra0000646>
- Canadian Femicide Observatory for Justice and Accountability. (2020). *Femicide is preventable*. <https://www.femicideincanada.ca>
- Centre for Addiction and Mental Health. (2020, July). *Mental health in Canada: COVID-19 and beyond CAMH policy advice*. <https://www.camh.ca/-/media/files/pdfs---public-policy-submissions/covid-and-mh-policy-paper-pdf.pdf>
- Center for Disease Control and Prevention. (2017). *Preventing intimate partner violence across the lifespan: A technical package of programs, policies, and practices*. <https://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/ipv-technicalpackages.pdf>
- Center for Disease Control and Prevention. (2021, July 22). *Coping with stress*. <https://www.cdc.gov/mentalhealth/stress-coping/cope-with-stress/index.html>
- Dawson, M. (2019). *U of G releases annual report on national femicide rates*. University of Guelph. <https://news.uoguelph.ca/2019/12/u-of-g-releases-annual-report-on-national-femicide-rates/>
- De Boos, J. (2019). Review article: Non-fatal strangulation: Hidden injury, hidden risks. *Emergency Medicine Australasia*, 31(3), 302–308. <https://doi.org/10.1111/1742-6723.13243>
- Emezue, C. (2020). Digital or digital delivered responses to domestic and intimate partner violence during COVID-19. *Journal of International Medical Research Public Health Surveillance*, 6(3), 1–15. <https://publichealth.jmir.org/2020/3/e19831/>
- Evans, D. (2020). COVID-19 and violence: A research call to action. *BMC Women's Health*, 20(249), 1–3. <https://doi.org/10.1186/s12905-020-01115-1>
- Evans, M., Lindauer, M., & Farrell, M. (2020). A pandemic within a pandemic – Intimate partner violence during COVID-19. *The New England Journal of Medicine*, 383(24), 2302–2304. <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp2024046>
- Gosangi, B., Park, H., Thomas, R., Gujrathi, R., Bay, C., Raja, A., Seltzer, S., Balcom, M., McDonald, M., Orgill, D., Harris, M., & Boland, G. (2020). Exacerbation of physical intimate partner violence during COVID-19 lockdown. *Radiology*, 298(1), E38–E45. <https://doi.org/10.1148/radiol.2020202866>
- Government of Canada. (2017, July 26). *About family violence*. Department of Justice. <https://www.justice.gc.ca/eng/cj-jp/fv-vf/about-apospos.html>
- Government of Canada. (2020, April 4). *Canada announces support to those experiencing homelessness and women fleeing gender-based violence during the coronavirus disease (COVID-19) pandemic*. Employment and Social Development Canada. <https://www.canada.ca/en/employment-social-development/news/2020/04/canada-announces-support-to-those-experiencing-homelessness-and-women-fleeing-gender-based-violence-during-the-coronavirus-disease-covid-19-pandemic.html>
- Government of Canada. (2021, April 30). *Canadian emergency response benefit*. <https://www.canada.ca/en/services/benefits/ei/cefb-application.html>
- Grove, S., & Gray, J. (2019). *Understanding nursing research building an evidence-based practice* (7<sup>th</sup> ed.). Elsevier.
- Huelin, R., Iheanacho, I., Payne, K., & Sandman, K. (2015). What is in a name? Systematic and non-systematic literature reviews, and why the distinction matters. *The Evidence Forum*, 1–2. <https://www.evidera.com/wp-content/uploads/2015/06/Whats-in-a-Name-Systematic-and-Non-Systematic-Literature-Reviews-and-Why-the-Distinction-Matters.pdf>
- Jack, S., Munro-Kramer, M., Williams, J., Schminkey, D., Tomlinson, E., Mayo-Wilson, L., Bradbury-Jones, C., & Campbell, J. (2020). Recognizing and responding to intimate partner violence using telehealth: A practical guide for nurse and midwives. *Journal of Clinical Nursing*, 30(3–4), 588–602. <https://doi.org/10.1111/jocn.15554>
- Kent-Wilkinson, A. (1996, October). Spousal abuse/ homicide: A current issue in health risk management. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 34(10), 12–15. <http://doi.org/10.3928/0279-3695-19961001-06>
- Kofman, Y., & Garfin, D. (2020). Home is not always a haven: The domestic violence crisis amid the COVID-19 pandemic. *American Psychological Association*, 12(S1), S199–S201. <https://psycnet.apa.org/fulltext/2020-37317-001.pdf>
- Larson, N. (2021, January 25). *225 million jobs were lost worldwide in 2020, thanks to the pandemic, report finds*. <https://www.ctvnews.ca/health/coronavirus/225-million-jobs-were-lost-worldwide-in-2020-thanks-to-the-pandemic-report-finds-1.5281152>
- Li, H., Glicia, A., Kent-Wilkinson, A., Leidl, D., Kleib, M., & Risling, T. (2021, May 30). Transition of mental health service delivery to tele-psychiatry in response to COVID-19: A literature review. *Psychiatry Quarterly*, 1–17. <http://doi.org/10.1007/s11126-021-09926-7>
- Richards, L. (2021). *What exactly is coercive control?* Laura Richards CO. <https://www.laurarichards.co.uk/coercive-control/>
- Sabri, B., Hartley, M., Saha, J., Murray, S., Glass, N., & Campbell, J. (2020). Effect of COVID-19 pandemic on women's health and safety: A study of immigrant survivors of intimate partner violence. *Health Care for Women International*, 41(5), 1–17. <https://doi.org/10.1080/07399332.2020.1833012>
- Sharma, A., & Borah, S. (2020). COVID-19 and domestic violence: An indirect path to social and economic crisis. *Journal of Family Violence*, 35(5), 1–7. <https://doi.org/10.1007/s10896-020-00188-8>
- Sinha, M. (2015). Section 3: Intimate partner violence 2013. *Statistics Canada*. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/85-002-x/2013001/article/11805/11805-3-eng.htm#a5>
- Stewart, D., MacMillian, H., & Kimber, M. (2020). Recognizing and responding to intimate partner violence: An update. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 65(8), 1–36. <https://doi.org/10.1177/0706743720939676>
- The Awesome Foundation. (2014, November). DVAC lipstick holder outreach project. <https://www.awesomefoundation.org/en/projects/35465-dvac-lipstick-holder-outreach-project>
- Thomson, A., & Chiu, E. (2020, April 27). N.S. shooting rampage highlights public threat of domestic violence: Victim advocates. *Canadian Broad Casting Corporation (CBC) News*. <https://www.cbc.ca/news/canada/nova-scotia/shooting-rampage-public-threat-domestic-violence-1.5545726>
- Treleaven, S. (2020, February 13). Why don't women leave abusive relationships? *Local Love*. [https://locallove.ca/issues/why-dont-women-leave-abusive-relationships/#.YC7\\_6C295QI](https://locallove.ca/issues/why-dont-women-leave-abusive-relationships/#.YC7_6C295QI)
- Websdale, N., Ferraro, K., & Barger, S.D. (2019) The domestic violence fatality review clearinghouse: Introduction to a new national data system and a focus on firearms. *Injury Epidemiology*, 6(6), 1–8. <https://doi.org/10.1186/s40621-019-0182-2>
- Xue, J., Chen, J., Chen, C., Hu, R., & Zhu, T. (2020). The hidden pandemic of family violence during COVID-19: Unsupervised learning of tweets. *Journal of Medical Internet Research*, 22(11), 1–17. <https://www.jmir.org/2020/11/e24361/>
- Zero, O., & Geary, M. (2020). COVID-19 and intimate partner violence: A call to action. *Rhode Island Medical Journal*, 103(5), 57–59. <http://www.rimed.org/rimedicaljournal/2020/06/2020-06-57-contribution-zero.pdf>

## Appendix A

### Search Strategy

---

#### Database Search

A literature search that focused on the COVID-19 pandemic and intimate partner violence from March 2020 to January 31, 2021 was conducted.

#### List of Database Searched

Three data bases were searched: MEDLINE, PubMed and Pro-quest.

#### Research Question

How have intimate partner violence (IPV) victims been impacted by the COVID-19 pandemic associated restrictions or orders?

#### Inclusion Criteria

- Studies that involved IPV during the COVID-19 pandemic
- Peer reviewed
- Limited to North America (the US and Canada)
- Published in English
- From March 2020 to January 31, 2021

#### Exclusion Criteria

- Non-English publications
- Non-peer reviewed
- Articles published prior to March 2020
- Articles published after January 31, 2021
- Articles not from North America

---

Look for supplemental materials such as author interviews and podcasts at [www.CJEN.ca](http://www.CJEN.ca)

The Canadian Journal of Emergency Nursing (CJEN) is the Official Journal of the National Emergency Nurses Association (NENA) of Canada. This article has been made available at no cost in partnership with NENA and the University of Alberta Libraries.

## Appendix B

### Search Terms for Each Database

---

#### Database: Ovid MEDLINE

March 2020 to January 2021

Search Date: January 31, 2021

1. Domestic Violence
2. COVID 19
3. Nursing
4. 1 & 2 & 3
5. Interpersonal violence
6. 2 & 5
7. 5 & 2 & 3

#### Database: Ovid PubMed

March 2020 to January 2021

Search Date: January 31, 2021

1. Domestic Violence
2. COVID 19
3. Nursing
4. 1 & 2 & 3
5. 1 & 2

#### Database: ProQuest

March 2020 to January 2021

Search Date: February 1, 2021

1. Domestic Violence
2. COVID 19
3. Nursing
4. 1 & 2 & 3

**UNDERSTANDING CANNABIS IN CLINICAL PRACTICE**

UPGRADE YOUR CANNABIS KNOWLEDGE WITH CNA ACCREDITED E-LEARNING MODULES



SCAN HERE WITH YOUR PHONE TO REGISTER

 Canadian Nurses Association



Production of this document has been made possible through a financial contribution from Health Canada. The views expressed herein do not necessarily represent the views of Health Canada.



# La violence entre partenaires intimes pendant la pandémie de COVID-19 : Une analyse documentaire

Tammy Nelson<sup>1</sup>, I.A., MN, CSU (C), Arlene Kent-Wilkinson<sup>2</sup>, I.A., B.Sc.Inf., MN, PhD, CSPSM (C), et Hua Li<sup>3</sup>, B.Sc. Inf., I.A., MPH, PhD

<sup>1</sup> Infirmière clinicienne enseignante, Alberta Health Services

<sup>2</sup> Professeure associée, College of Nursing, University of Saskatchewan

<sup>3</sup> Professeure adjointe, College of Nursing, University of Saskatchewan

Adressez toute correspondance concernant l'article à son auteure principale, Tammy Nelson [tammya.nelson@albertahealthservices.ca](mailto:tammya.nelson@albertahealthservices.ca)

## Résumé

**Contexte :** La violence entre partenaires intimes (VPI) est la pandémie silencieuse qui a ravagé les coulisses du COVID-19. Depuis mars 2020, les ordres de santé publique mis en place, y compris l'ordre de rester à domicile pour arrêter la propagation du COVID-19, ont créé de nouveaux défis parmi la population générale et les groupes vulnérables, en particulier les victimes de VPI. L'objectif de cette étude est de réviser la documentation actuelle qui évalue l'impact que les ordres de santé publique associés au COVID-19 ont eu sur les victimes de VPI pendant la pandémie. Comment les victimes de VPI ont-elles été affectées par la pandémie de COVID-19?

**Méthodes :** Une recension ciblée des publications pertinentes en utilisant le format PICO (population, intervention, comparaison et résultats) examine comment les victimes de VPI ont été touchées par la pandémie de COVID-19 et les facteurs associés à l'augmentation des taux de VPI.

**Résultats :** Comparativement aux taux de VPI avant COVID-19, nous constatons qu'ils ont augmenté pendant la pandémie. En particulier, des cas plus graves de maltraitance ont été documentés, ainsi que de nouvelles

formes de violence. Les facteurs de risque pour l'augmentation du taux de VPI sont : les facteurs financiers, l'épuisement des soignants, le stress et d'autres facteurs.

**Conclusion :** Les professionnels de la santé ont un rôle de premier plan à jouer pour aider les victimes de VPI à accéder aux ressources.

**Mots-clés :** COVID-19, Violence entre partenaires intimes, violence domestique, facteurs de risque, professionnels de la santé

Les restrictions en matière de santé publique qui ont été imposées en raison de la pandémie de COVID-19 ont créé un environnement idéal et propice à une intensification de la violence entre partenaires intimes (VPI). La violence domestique (VD) et la VPI sont deux termes utilisés pour décrire le cas où un partenaire a recours à un comportement abusif pour contrôler son partenaire ou lui nuire (Buczycka, 2018). Le partenaire peut être marié, vivre en union libre ou sortir ensemble. La violence entre partenaires intimes peut se produire au sein d'une relation entre personnes de même sexe ou de sexe opposé et peut survenir à n'importe quel moment de la relation (Gouvernement du Canada, 2017). Plusieurs formes d'abus et de négligence peuvent être commises au cours de la relation, et la VPI peut être un seul acte de violence ou des actes multiples commis de manière systématique. Pour les victimes de violence,

la VPI peut avoir des conséquences très graves et parfois fatales (Gouvernement du Canada, 2017). La violence entre partenaires intimes a été rendue encore plus complexe en raison des restrictions imposées par la pandémie de COVID-19, comme les ordonnances de rester à domicile mises en place pour aider à protéger le public de la propagation du virus. Mais ces politiques et directives de « sécurité au foyer » ont eu un impact négatif sur les victimes de VPI (Kofman et Garfin, 202).

## Contexte

Selon des études canadiennes, la VPI a des conséquences négatives importantes sur la santé et le bien-être des femmes et des hommes (Stewart et coll., 2020). Il est démontré que les taux de VPI augmentent pendant les périodes d'incertitude. Ces périodes d'incertitude peuvent prendre la forme d'un isolement social, de difficultés économiques en raison de la perte d'un emploi et de la précarité du logement. Ces facteurs accentuent les tensions au sein du foyer, augmentant par le fait même la VPI (Allen & Jaffray, 2020). La violence entre partenaires intimes est la blessure non fatale la plus courante chez les femmes dans le monde (Allen & Jaffray, 2020).

Le 18 avril 2020, à Porta piqué en Nouvelle-Écosse, tôt au cours de la pandémie, un homme a agressé sa conjointe. Cet incident de VPI a été le catalyseur d'une folie meurtrière de 13 heures qui s'est terminée par le meurtre de 22 personnes au total (Thomson et Chiu, 2020). Ce fut la pire fusillade de masse de l'histoire du Canada (Thomson et Chiu, 2020). Malgré l'absence de lien direct avec la pandémie, les ordres de rester à domicile étaient en vigueur, ce qui a pu rendre les victimes plus vulnérables, car elles ne pouvaient pas quitter leur domicile pour se rendre dans des lieux publics (Thomson et Chiu, 2020).

Au Canada, une femme ou une fille est tuée tous les trois jours et le nombre de meurtres liés à la VPI a augmenté de 118 en 2019 à 157 en 2020 (Observatoire canadien du fémicide pour la justice et la responsabilité, 2020; Dawson, 2019). Ces données soulignent la nécessité de reconnaître que la VPI touche tout le monde et qu'elle est sous-représentée par la société. En examinant les différences dans les taux de VPI avant et pendant la pandémie de COVID-19, il a été possible d'élucider les problèmes auxquels les victimes sont confrontées et la façon dont nous pourrions répondre à leurs besoins.

## Avant la COVID-19

La violence entre partenaires intimes est l'un des types de violence les plus fréquents au Canada. En effet, Burczycka (2018) a constaté qu'un tiers de toutes les violences déclarées par la police impliquent la VPI et que le Canada comptait plus de 99 000 victimes âgées de 15 à 89 ans. Les femmes représentent 79 % des victimes de VPI et les taux sont en croissance constante (Burczycka, 2018). Une victime sur sept a subi des violences avec une arme, ce qui rend la situation encore plus grave. Cinquante-six pour cent des victimes ont été blessées physiquement d'une manière ou d'une autre, la majorité ayant des blessures mineures et deux pour cent ayant été mortelles. Entre 2008 et 2018, il y a eu 945 homicides conjugaux au Canada et 79 % des personnes tuées étaient des femmes (Burczycka, 2018). L'Organisation

mondiale de la santé a estimé que 35 % des femmes dans le monde ont subi des violences sexuelles ou physiques infligées par un partenaire intime (Buttall & Ferreira, 2020).

La plupart du temps, les victimes de VPI ne cherchent pas à obtenir de l'aide, c'est pourquoi il est essentiel que les professionnels de la santé essaient d'identifier les victimes par le biais d'un dépistage lorsque les patients sont seuls, afin de les informer des ressources qui pourraient les aider dans la situation dans laquelle ils se trouvent (Evans et coll., 2020). D'après les statistiques, il faut en moyenne sept fois à une femme pour quitter une relation violente (Treleven, 2020). Les taux d'homicides entre conjoints augmentent lors de la séparation. Le risque encouru par la femme d'être assassinée par son conjoint immédiatement après la séparation est six fois plus élevé (Sinha, 2015). Parmi les femmes assassinées par leur partenaire, 45 % se sont présentées dans un établissement de soins de santé pour y être traitées dans les deux ans précédant leur décès (Bradley et coll., 2020).

## Pendant la COVID-19

Sur le plan des services de lutte contre la VPI au Canada, entre la mi-mars et le début du mois de juillet 2020, 50 % des services d'aide aux victimes ont dit qu'il n'y avait pas eu de changement dans le volume des appels, tandis que d'autres ont révélé une augmentation de 31 % (Allen et Jaffray, 2020). Dans certaines grandes villes des États-Unis, une augmentation de 20 à 30 % des appels pour violence conjugale a été observée, alors que certaines régions ont signalé des augmentations allant jusqu'à 62 % (Kofman & Garfin, 2020). Au Canada, en particulier en Colombie-Britannique et en Alberta, une étude a révélé que le nombre d'appels aux refuges pour femmes violentées a triplé, tandis que les appels aux lignes d'écoute téléphonique ont augmenté de 30 à 50 % (Bradley et coll., 2020). L'Ontario a subi une augmentation de 22 % du nombre d'incidents domestiques et de rapports d'agression sexuelle depuis le début de la pandémie (Bradley et coll., 2020).

## Motifs de la violence

Dans un contexte de VPI, l'agresseur veut exercer un pouvoir et un contrôle sur son partenaire. Ce désir de puissance peut prendre la forme de violence physique, financière, sexuelle, émotionnelle ou de négligence (Gouvernement du Canada, 2017; Kent-Wilkinson, 1996). Les victimes peuvent également faire l'expérience d'un contrôle coercitif qui se produit lorsqu'un type de comportement est adopté par l'agresseur pour contrôler, exploiter ou dominer son partenaire (Richards, 2021). Les victimes font l'objet d'une microgestion quotidienne de la part de l'agresseur et ce comportement s'intensifie lorsque la victime est piégée au foyer avec l'agresseur. Parmi les victimes qui subissent un contrôle coercitif, 51 % ignorent qu'elles sont contrôlées et défendent souvent l'agresseur (Richards, 2021). C'est ce qui explique en grande partie la dangerosité du contrôle coercitif (Richards, 2021). Si les ordres de confinement ralentissent la propagation du virus COVID-19, la VPI, elle, se comporte comme une infection opportuniste qui prospère dans les conditions créées par la pandémie (Sharma et Borah, 2020). Cette situation a créé un isolement social pour les victimes, permettant à leur agresseur de profiter pleinement du fait que la victime est isolée des autres.

La violence entre partenaires intimes est un problème de santé croissant pour les victimes et leurs familles. Le caractère exceptionnel de la COVID-19 a incité les gouvernements et les organismes de santé à agir rapidement pour prévenir la transmission du virus en ordonnant des mesures strictes telles que la distanciation sociale et le confinement à domicile. Cependant, ni les restrictions ni les politiques n'ont abordé le risque élevé que les victimes de VPI soient enfermées à la maison avec leur agresseur (Kofman et Garfin, 2020). L'objectif de la présente étude ciblée était d'examiner la documentation pertinente sur l'impact de la COVID-19 sur les victimes de VPI, les facteurs associés à la VPI et le rôle que les professionnels de la santé peuvent jouer pour aider ces victimes.

## Méthodes

Une revue de la documentation ciblée a été menée. Ce type de revue est conçu pour être informatif et propose une analyse approfondie du sujet choisi (Huelin et coll., 2015). Une revue de la documentation ciblée vise à identifier les tendances et les lacunes de la recherche actuelle, à examiner le besoin de recherches supplémentaires et à soutenir la prise de décision fondée sur les faits (Huelin et coll., 2015). Cette méthode de recherche permet également de faire le lien entre des domaines connexes, ce qui nous permet de mieux comprendre l'état actuel de la VPI dans le contexte de la pandémie de COVID-19. Les thèmes ont été obtenus à l'aide d'une analyse de contenu. La méthode PICO a été employée pour localiser les preuves actuelles sur le sujet de la VPI et de la pandémie de COVID-19 (Grove et Gray, 2019). La population (P) — est constituée de toutes les victimes de VPI du début de la pandémie, de décembre 2019 au 31 janvier 2021, sans distinction de sexe. (I)

— l'intervention sera composée de l'ordre de demeurer à domicile. (C) - des comparaisons seront effectuées entre les taux de VPI avant l'étude COVID 19 et ceux de la période pandémique spécifiée. (O) — résultats de l'impact de la violence chez les victimes de VPI. Cette analyse répond à la question de recherche suivante : comment les victimes de VPI ont-elles été affectées par les restrictions liées à la pandémie de COVID-19?

## Méthode de recherche

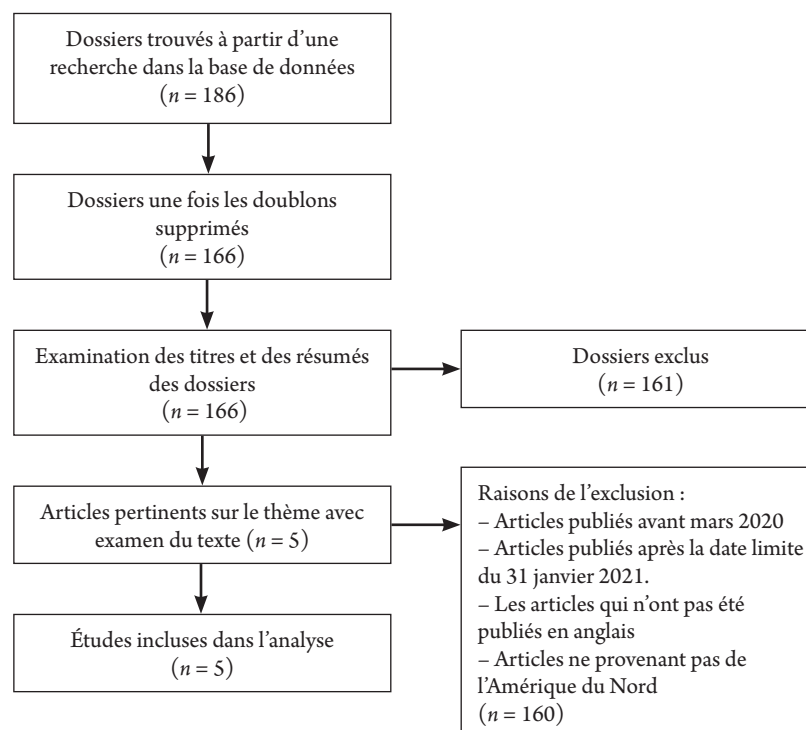
Trois bases de données ont été consultées : MEDLINE, PubMed et Pro-Quest. Les mots-clés utilisés pour effectuer les recherches étaient les suivants : violence domestique, violence entre partenaires intimes, abus domestique, COVID-19, nouveau coronavirus, et infirmière/infirmiers/soins infirmiers (voir les annexes A et B pour les méthodes de recherche). Ces mots-clés ont été élaborés en consultant la documentation antérieure et en consultant un bibliothécaire spécialisé dans les services de santé et les coauteurs. Les études relatives à la VPI pendant la période COVID-19 en Amérique du Nord, du 1er décembre 2019 au 31 janvier 2021, ont été ajoutées aux critères d'inclusion. L'étude a privilégié l'Amérique du Nord parce que le Canada et les États-Unis sont très similaires dans le fonctionnement de la société et les deux pays possèdent des ressources semblables.

## Résultats

Un total de 186 articles a été récupéré et, une fois les doublons supprimés, 166 articles ont été triés pour les titres et les résumés en fonction des critères d'inclusion, ce qui a donné lieu à cinq révisions intégrales. Après vérification du texte intégral, les cinq articles répondaient aux critères d'inclusion et ont été sélectionnés pour l'extraction des données. Parmi les études sélectionnées, cinq articles ont été examinés par des pairs, dont

**Figure 1**

Tableau du processus de recherche documentaire





deux études qualitatives, deux études transversales et une étude de cas. Parmi les cinq études évaluées, quatre provenaient des États-Unis et une du Canada. Chacune des cinq études a été publiée en 2020.

### Thèmes

Cinq thèmes principaux ont été identifiés après l'examen de la documentation. Ceux-ci sont l'augmentation du nombre d'appels et de la gravité de la VPI, les facteurs de risque associés à la VPI, le manque de ressources et le rôle du professionnel de la santé.

#### *Augmentation du nombre d'appels de VPI*

La recherche de Bullinger et coll. (2020) a révélé une augmentation de 7,5 % du nombre d'appels à la police concernant la VPI, ce qui équivaut à 1 875 appels sur une période de 12 semaines. Cette augmentation pourrait être attribuée au décret ordonnant de rester à domicile qui a été pris en mars 2020 (Sabri et coll., 2020; Sharma et Borah, 2020). On remarque également qu'en 2020, le nombre de VPI a été multiplié par 1,8 par rapport à 2017–2019 (Gosangi et coll., 2020). Il y a eu une augmentation de toutes les formes d'abus, y compris la VPI, et une augmentation de l'agression et du contrôle coercitif (Xue et coll., 2020).

#### *Gravité accrue de la VPI*

En 2020, la gravité des blessures, notamment les strangulations, les agressions à l'arme blanche et les brûlures, était deux fois plus élevée que le nombre de blessures enregistrées entre 2020 et 2017–2019, selon Gosangi et coll. (2020). Cette étude a également révélé que les victimes se présentaient à l'hôpital avec leurs blessures de manière plus tardive qu'avant la pandémie. Les augmentations de la VPI dues à l'isolement forcé peuvent en outre accroître les effets de la violence et des traumatismes ainsi que les blessures, l'anxiété, la dépression, la consommation de substances et le syndrome de stress post-traumatique (Sabri et coll., 2020).

#### *Facteurs de risque associés à la VPI*

La documentation a fait ressortir que des facteurs de risque accrus sont associés à une augmentation de la VPI. Ces facteurs de risque sont liés à l'aspect financier, l'épuisement des soignants, à l'épuisement professionnel, au stress et à d'autres facteurs.

**Facteurs financiers.** On indique une augmentation de la VPI provoquée par des facteurs de stress financier, notamment les licenciements, le chômage et la perte de revenus (Sabri et coll., 2020; Xue et coll., 2020). Sharma et Borah (2020) ont constaté que les couples sans antécédents de VPI avant la pandémie ont subi des taux accrus de VPI en raison de difficultés financières (Sharma et Borah, 2020).

**Épuisement des soignants et Stress.** L'épuisement des soignants a augmenté en raison des décrets ordonnant de rester à domicile, des fermetures d'écoles, des difficultés quant à la garde des enfants et des défis liés à l'apprentissage virtuel (Sabri et coll., 2020; Sharma et Borah, 2020). Selon les études, les situations de stress élevé augmentent le taux de VPI de 3,5 fois plus que les situations de stress faible (Sharma & Borah, 2020).

**Autres Facteurs.** Au cours de la pandémie, on a constaté une augmentation du nombre de cas de harcèlement et de contrôle coercitif (Sabri et coll., 2020). Avant la pandémie, les victimes

de VPI pouvaient quitter la maison. Mais pendant le COVID-19, elles ont été confinées à la maison; l'agresseur et la victime se trouvant dans une situation émotionnelle très tendue, ce qui peut entraîner une augmentation de la fréquence et de la gravité des abus (Sabri et coll., 2020). Le contrôle coercitif se manifeste lorsque l'agresseur se comporte de manière stratégique pour contrôler la victime. Ce comportement a entraîné de nouvelles formes d'abus, notamment la menace de ne pas porter de masque à l'extérieur afin d'attraper le COVID-19 et d'infecter les victimes de VPI avec le virus afin de les contrôler (Sabri et coll., 2020). Ce comportement de contrôle et de manipulation a atteint un tout nouveau niveau avec la pandémie de COVID-19. Les agresseurs cherchent de nouvelles façons d'isoler, de priver, de contrôler et d'exploiter leurs victimes (Battered Women's Justice Projects, 2020). Dans le cadre de la COVID-19, l'agresseur peut forcer la victime à se laver excessivement les mains, exploiter les peurs de la victime ou exiger une distanciation sociale. L'agresseur peut contaminer volontairement des objets, peut mentir au sujet des résultats des tests ou semer la panique (Battered Women's Justice Projects, 2020). Ces comportements renforcent l'isolement des victimes et augmentent le risque pour elles de contracter le virus COVID-19.

#### *Manque de ressources*

Selon les victimes de VPI, il y avait un manque de ressources disponibles pendant la pandémie de COVID. Des services mobiles de défense des droits et des services communautaires que les victimes utilisent régulièrement ont été fermés et ceux qui sont restés ouverts ont dû modifier leur mode de fonctionnement en raison de la pandémie (Sabri et coll., 2020). Bon nombre de systèmes de soutien communautaire ont adopté un mode de fonctionnement basé sur des plateformes virtuelles. En somme, les soutiens offerts en matière de santé mentale ont été insuffisants pendant la pandémie (Sabri et coll., 2020). Certains programmes communautaires, comme le gardiennage, n'étaient pas disponibles (Sabri et coll., 2020).

#### *Le rôle du professionnel de la santé*

Depuis que les cabinets de médecins, les cliniques sans rendez-vous et les consultations externes sont passés à des plateformes virtuelles comme télésanté lors de la pandémie, il est très difficile de fournir des soins aux patients (Gosangi et coll., 2020). Si une victime a un rendez-vous avec un professionnel de la santé par le biais de télésanté, elle peut être observée par son agresseur. Le professionnel de la santé peut donc ne pas être en mesure d'obtenir une évaluation précise de ce qui se passe avec la victime (Jack et coll., 2020). En raison du manque d'accès aux médecins de famille ou aux cliniques sans rendez-vous, les victimes peuvent se rendre au service des urgences avec des blessures correspondant à des abus. Chaque visite aux urgences est une occasion pour les professionnels de la santé de poser des questions sur la VPI et d'aider les victimes à accéder aux ressources communautaires (Zero et Geary, 2020). Pour répondre aux besoins des victimes, les organisations de lutte contre la VPI se sont efforcées d'obtenir des téléphones portables usagés et de trouver des plans de téléphone portable plus abordables afin que les victimes puissent signaler les incidents de VPI et contacter les services de VD (Sabri et coll., 2020). Les principaux enjeux sont la confidentialité, la connectivité WIFI et les difficultés liées

**Tableau 1**

Synthèse des études examinées

Auteur (année), Pays	Conception de l'étude	Objectif de l'étude	Échantillon	Mesures	Principales constatations
Bullinger et coll. (août 2020), É-U	Transversale	Effets des décrets ordonnant de rester à domicile sur les VPI en fonction du nombre d'appels VPI entre mars et avril 2020.	54 000 appels par semaine ou 7700 appels par jour dans la ville de Chicago.	Données de localisation GPS, volumes d'appels de services de police, rapports criminels et arrestations.	Augmentation de 7,5 % du nombre d'appels pour la VPI, ce qui équivaut à 1875 appels sur une période de 12 semaines. Diminution du nombre de crimes domestiques de 8,2 %. Les arrestations pour VPI ont diminué de 27,1 %, dû au fait que les rapports d'incidence officiels sur les crimes domestiques ne sont pas suffisamment remplis. Le nombre de cas de VPI non signalés est estimé à 1 000.
Gosangi et coll. (13 août 2020), É-U	Étude de cas	Évaluer l'incidence, la gravité et le type de blessures observées chez les victimes de VPI entre le 11 mars et le 3 mai 2020, pendant la pandémie de COVID-19, par rapport aux 3 années précédentes.	26 victimes de VPI ayant subi des violences physiques de la part de leur partenaire.	L'imagerie radiologique et les dossiers médicaux électroniques ont révélé la gravité des blessures, regroupées en neuf zones anatomiques et étiquetées comme superficielles ou profondes, centrales ou périphériques.	Le nombre de VPI en 2020 pendant la pandémie était 1,8 fois plus élevé qu'en 2017–2019. Globalement, une diminution du nombre de victimes demandant des soins pendant la pandémie, mais une augmentation du nombre d'abus à haut risque comme la strangulation, les coups de couteau et les brûlures. Les femmes tuées par leur conjoint représentent 58 % des homicides. Les radiologues peuvent jouer un rôle dans la reconnaissance des types de blessures.
Sabri et coll. (2 octobre 2020), É-U	Qualitative : phénoménologique	Quel est l'impact de la pandémie de la COVID-19 sur les immigrés survivants de VPI?	45 entretiens approfondis avec des survivants de VPI.	Des entretiens ont été menés avec des survivants pour évaluer comment COVID-19 a eu une incidence sur leurs vies.	Des facteurs de stress accrus (difficultés financières dues au chômage et aux licenciements) peuvent provoquer une augmentation des conflits qui mènent à la fréquence et à la gravité de la VPI. Augmentation du fardeau des soignants en raison des décrets ordonnant de rester à domicile. Problèmes de santé mentale en raison de la fermeture des ressources communautaires. Augmentation de la VPI, du harcèlement et du contrôle, car les conjoints sont à la maison. Incapacité de chercher de l'aide ou de quitter la relation. Besoin accru de services pour répondre aux besoins fondamentaux. Manque de confort dans l'utilisation des plateformes virtuelles en raison du manque de compétences en matière de technologie.
Sharma et Borah (21 octobre 2020), É-U	Qualitative : Analyse descriptive exploratoire	Identifier les liens entre COVID-19 et la VPI. Étudier les facteurs associés à l'augmentation du nombre de cas et la manière dont les communautés, les victimes et les gouvernements peuvent contribuer à atténuer le risque de violence sur la société.	Quelques fournisseurs de ressources en matière de VPI aux États-Unis, au Bangladesh et en Inde, par le biais de leurs lignes téléphoniques d'assistance.	Collecte de données auprès des prestataires de services chargés de répondre aux victimes de VPI. Pour mieux comprendre leurs expériences de vie, leurs perspectives et leurs suggestions.	L'augmentation du temps passé ensemble en famille augmente la violence. L'augmentation des difficultés économiques, y compris les licenciements, la perte de revenus, augmente la VPI. Un stress élevé augmente la VPI de 3,5 fois plus que les périodes de faible stress. Il y a moins de ressources disponibles (réseaux de soutien social) qui aident les victimes de la VPI à s'en sortir. Les gouvernements doivent s'assurer qu'ils prennent des mesures stratégiques pour garantir l'intégration de la VPI dans les systèmes de soins de santé, étendre les filets de sécurité sociale en offrant des abris et des logements temporaires et intégrer la VPI dans les stratégies de préparation aux pandémies.
Xue et coll. (22 novembre 2020), Canada	Transversale	Analyse à grande échelle de la communication publique sur Twitter concernant les VPI et la pandémie.	Plus d'un million de tweets du 12 avril au 16 juillet 2020.	L'évaluation a été réalisée en utilisant des algorithmes d'apprentissage par la méthode de l'allocation de Dirichlet latente.	Vulnérabilité accrue avec COVID-19 = augmentation de la VPI. Plusieurs types de violence familiale sont en augmentation (maltraitance des enfants, les agressions et la VPI). L'agression physique et le contrôle coercitif ont été mis en évidence. Augmentation du nombre de facteurs de risque (toxicomanie et alcoolisme). Augmentation du nombre de tweets pour les victimes de violence, notamment dans la communauté LGBTQ. Manque de services sociaux disponibles comme les refuges. La police reçoit un nombre croissant d'appels. Mouvement de sensibilisation sociale pour soutenir les victimes et les familles. Augmentation notée dans les nouvelles liées à la DV chez les célébrités.

à la technologie pour les personnes qui ne sont pas familières avec celle-ci, ce qui peut empêcher l'accès à l'aide (Sabri et coll., 2020). Tous ces facteurs peuvent empêcher les victimes de demander de l'aide. Les professionnels de la santé doivent être conscients de ces facteurs et trouver des moyens d'aider les victimes à obtenir l'aide dont elles ont besoin.

## Discussion

### Augmentation du nombre d'appels portant sur la VPI

On constate une augmentation considérable des cas de VPI dans le monde depuis le début de la pandémie. La croissance de la VPI durant cette pandémie n'est pas un phénomène nouveau. En effet, les catastrophes naturelles ou environnementales entraînent une augmentation du nombre de cas (Jack et coll., 2020 ; Sharma et Borah, 2020). Les premières estimations effectuées dans plusieurs pays ont indiqué une augmentation de 20 à 50 % des appels aux lignes d'assistance d'urgence ainsi que des rapports de police et des refuges d'urgence (Jack et coll., 2020). Bullinger et coll. (2020) ont constaté une augmentation de 7,5 % du nombre d'appels de VD, ce qui correspond à 1875 appels supplémentaires sur une période de 12 semaines à Chicago, aux États-Unis. Au Canada, les données sur les VD varient. Cela peut être attribué au fait que les femmes victimes de VPI ne peuvent pas contacter les services de VD en toute sécurité parce qu'elles sont enfermées chez elles avec leur agresseur (Evans et coll., 2020). Par conséquent, les lignes d'assistance VPI devraient envisager des solutions alternatives pour permettre un accès plus facile aux services. Le mode de soutien aux victimes de VPI pendant une crise doit être pris en compte lors de la création de plans d'urgence, qu'il s'agisse d'une catastrophe naturelle ou d'une pandémie. Cela peut prendre la forme d'un financement d'urgence mis de côté pour embaucher plus de personnel afin de répondre à la forte augmentation des besoins. Par exemple, les autorités policières doivent disposer d'un plus grand nombre d'agents pour répondre à l'augmentation du nombre d'appels liés à la VPI pendant la pandémie, tout en formant les agents à reconnaître les signes de la VPI. Il convient en outre de mettre à la disposition des victimes des ressources telles que des refuges d'urgence où elles seront en sécurité et pourront recevoir le soutien dont elles ont tant besoin.

### Gravité accrue de la VPI

Pendant la pandémie de COVID-19, les victimes de VPI hospitalisées ont montré une augmentation du niveau de gravité des blessures. Selon une étude américaine, Gosangi et coll. (2020) ont constaté que le nombre de victimes était moins élevé, mais que les victimes qui se sont présentées aux urgences présentaient des blessures plus graves, y compris des blessures causées par l'utilisation d'armes. La crainte d'attraper le virus COVID-19 ou d'augmenter leur risque d'exposition pourrait expliquer pourquoi les victimes évitent de se faire soigner pour leurs blessures. Aussi, la transition vers télésanté peut empêcher les professionnels de la santé d'effectuer le dépistage de la VPI, car les agresseurs peuvent surprendre la conversation entre la victime et le professionnel de la santé (Evans et coll., 2020 ; Gosangi et coll., 2020).

Une blessure comme la strangulation est une forme fatale de blessure chez les victimes de VPI. Elle ne peut être ignorée puisque la strangulation est le prélude à l'homicide (De Boos,

2019). Cependant, elle passe souvent inaperçue lors de l'évaluation initiale par les professionnels de la santé, car les ecchymoses peuvent prendre du temps à apparaître (De Boos, 2019). Les victimes d'une strangulation peuvent présenter des symptômes neurologiques, tels que des AVC, des crises, une dysphonie, des difficultés à avaler, une perte de conscience et des symptômes physiques tels que l'incontinence d'urine ou de selles (De Boos, 2019). Lorsqu'une victime se présente, les professionnels de santé doivent évaluer tous ces symptômes. L'une des formes les plus mortelles de VPI est l'utilisation d'armes à feu. Selon une étude menée aux États-Unis, 50 à 60 % des homicides liés à la VPI sont commis avec des armes à feu (Websdale et coll., 2019). Comme la gravité des blessures observées dans les situations de VPI (étranglements, coups de couteau et utilisation d'armes à feu) s'est intensifiée pendant la pandémie, le système de justice pénale, le système de soins de santé, les dirigeants communautaires et les organismes de service devraient se réunir pour évaluer les cas et élaborer des politiques et des procédures pour aider à prévenir et à réduire tous les types de VPI, en particulier les homicides (Websdale, 2019).

### Facteurs de risque associés à la VPI

La violence entre partenaires intimes se manifeste souvent à l'adolescence, ce qui signifie que l'éducation sur les relations doit commencer dès le secondaire (Center for Disease Control and Prevention [CDC], 2017). La sensibilisation doit inclure des programmes d'apprentissage socioémotionnel pour les jeunes, tels que la résolution des conflits, le modelage de relations saines et la façon de communiquer, ainsi que la compréhension des facteurs de risque qui peut accroître la vulnérabilité d'un individu à la VPI (CDC, 2017). Un faible revenu et niveau d'éducation, des antécédents d'abus ou de négligence durant l'enfance, le chômage et un mauvais parentage sont des facteurs qui peuvent augmenter le risque de commettre une VPI (CDC, 2017). Par conséquent, les programmes d'éducation devraient être adaptés aux facteurs de risque afin de prévenir la VPI, y compris les programmes qui soutiennent l'emploi et sensibilisent les couples adultes à des relations saines (CDC, 2017).

**Facteurs financiers.** En 2020, 225 millions d'emplois ont été perdus dans le monde en raison de la pandémie de COVID-19 (Larson, 2021). Plusieurs familles ont connu des licenciements simultanés au sein du ménage, ce qui a créé beaucoup de stress. Le stress lié à l'instabilité financière a augmenté le nombre de VPI. Au Canada, de nombreuses familles ont dû recourir aux programmes financés par le gouvernement et créés pour faire face aux difficultés économiques (Gouvernement du Canada, 2021). Le financement des programmes de lutte contre la VPI est d'autant plus important pendant la pandémie. En 2020, le gouvernement canadien s'est engagé à soutenir les femmes victimes de violence sexospécifique pendant la pandémie de COVID-19. Ainsi, il a alloué 40 millions de dollars à l'organisme Femmes et Égalité des genres Canada (FEGC) et 30 millions de dollars pour répondre aux besoins des femmes en matière de refuges et de centres d'aide aux victimes d'agressions sexuelles (Gouvernement du Canada, 2020). Cette subvention permettra de créer 575 refuges pour victimes de violences IPV dans tout le Canada, offrant ainsi à davantage de femmes la possibilité d'échapper à des situations dangereuses.

**Épuisement des soignants.** Puisque les enfants devaient faire l'école à la maison, soit par eux-mêmes, soit en ligne, l'épuisement des soignants a augmenté. Ainsi, les parents ont dû consacrer beaucoup de temps à aider leurs enfants à apprendre, ce qui a été identifié comme un facteur de risque de VPI pendant la pandémie (Sabri et coll., 2020; Sharma et Borah, 2020). Les soutiens communautaires font partie intégrante de l'aide apportée aux familles dans les moments difficiles, comme pendant la COVID-19. Avec l'ordonnance de confinement, de nombreuses victimes de VPI ont un accès limité aux services qui les aident à faire face à la vie quotidienne, tout en offrant un environnement sûr aux enfants. Pour réduire l'épuisement des aidants, les familles peuvent s'associer à une autre famille de leur communauté et s'engager à se soutenir mutuellement en cas de besoin. Cela permet aux familles de partager une partie de la charge.

**Stress.** La pandémie a un impact négatif sur le bien-être psychologique, notamment une augmentation marquée des niveaux de stress (Sharma & Borah, 2020). Le stress associé à la COVID-19 a signalé comme un facteur de problèmes relationnels et l'on peut donc s'attendre à une augmentation du taux de VPI (Sharma & Borah, 2020). Selon certaines études, le stress élevé a provoqué une intensification des problèmes de santé mentale antérieures chez les victimes et les agresseurs de VPI, notamment la dépression, l'anxiété, les idées suicidaires, le syndrome de stress post-traumatique et les troubles de panique (Emezue, 2020; Jack et coll., 2020; Sharma et Borah, 2020; Xue et coll., 2020). Il faut donc des ressources supplémentaires pour fournir un soutien et des soins aux victimes de VPI et à leurs agresseurs afin de traiter les stress et les problèmes de santé mentale liés à la VPI (Centre de toxicomanie et de santé mentale [CAMH], 2020). Cela exige une intervention de l'ensemble du système qui encourage les personnes à risque de VPI à demander de l'aide avant que les conditions de santé mentale ne se détériorent, ainsi qu'une éducation sur la façon de gérer le stress de manière positive, notamment en faisant des pauses dans les médias sociaux, en pratiquant la médiation et la respiration profonde, en dormant suffisamment, en faisant régulièrement de l'exercice, en mangeant sainement et en évitant l'alcool et les drogues (CDC, 2021).

**Autres facteurs.** Une augmentation des taux de harcèlement et de contrôle coercitif des femmes par leur partenaire a été observée. Le harcèlement s'est intensifié au cours de la pandémie, l'agresseur suivant les moindres mouvements de sa victime parce que celle-ci doit respecter la consigne de rester à domicile (Sabri et coll., 2020). Le contrôle coercitif a augmenté parce que les agresseurs sont capables de contrôler les déplacements de la victime de VPI, de limiter son accès aux services et à l'argent (Jack et coll., 2020; Sabri et coll., 2020). De nouvelles formes d'abus sont apparues. Par exemple, les agresseurs menacent de ne pas porter de masque à l'extérieur dans l'intention de contracter le virus et d'infecter ensuite les victimes de VPI dans le but de contrôler la victime (Emezue, 2020; Sabri et coll., 2020). Les programmes d'intervention et les professionnels de la santé devraient donc adapter de nouvelles stratégies pour répondre aux nouvelles formes de VPI et fournir un soutien qui satisfait les besoins des victimes de VPI.

#### *Manque de ressources*

**Refuges et soutien communautaire.** La pandémie de COVID-19 et le décret ordonnant de rester à domicile ont créé des problèmes pour les survivants de VPI qui cherchent des refuges et des ressources communautaires. Les refuges permettent d'échapper à la relation violente et constituent une source importante de logement temporaire pour les femmes. Ils servent également de plateforme pour de nombreuses autres interventions, comme le soutien émotionnel, l'orientation et l'appartenance sociale (Andermann et coll., 2021). Bon nombre de refuges ont dû modifier leurs opérations en réduisant leur capacité ou en fermant complètement leurs portes pour se conformer aux ordres de santé publique (Evans et coll., 2020). De nombreux organismes publics sont passés de services en personne à des plateformes virtuelles pour répondre aux besoins des victimes. Idéalement, tous les services requis par les victimes de VPI devraient être classés comme des services essentiels et ne devraient pas être affectés par des ordres de santé publique comme ce fut le cas jusqu'à présent.

#### **Interventions et plan de sécurité**

Pour améliorer l'efficacité des interventions en place qui visent à aider les victimes de VPI, celles-ci devraient être guidées par la victime. Il n'y a pas de solution unique pour tous. Il est donc important d'écouter la victime et d'essayer d'explorer les possibilités alternatives qui répondront à ses besoins (Abramson, 2020). Par exemple, un plan de sécurité doit inclure les ressources disponibles auxquelles les victimes peuvent accéder. Pour ce faire, les organismes communautaires doivent connaître les ressources disponibles et la manière dont les victimes peuvent y accéder. Les organismes doivent être conscients qu'une fois la pandémie terminée, il y aura davantage de victimes qui chercheront de l'aide. Les organismes de lutte contre la VPI et les organismes de santé mentale devront se préparer à l'arrivée d'un grand nombre de victimes cherchant de l'aide.

#### **Le rôle du professionnel de la santé**

Pendant une pandémie, il est difficile de fournir des soins de santé. Les cabinets médicaux, les cliniques sans rendez-vous et les consultations externes ont généralement des processus de dépistage DV pour les patients. En raison de la pandémie, ils ont dû changer la façon dont les patients sont vus et traités en passant à des consultations par téléphone ou à des plateformes virtuelles comme télésanté (Evans et coll., 2020; Gosangi et coll., 2020; Jack et coll., 2020). Ils ne peuvent donc pas garantir une confidentialité totale lorsqu'ils rencontrent des patients ou des clients, ce qui pose de nombreux problèmes en matière de sécurité et de confidentialité des patients (Emezue, 2020; Jack et coll., 2020). Il est essentiel de normaliser la télésanté, étant donné la possibilité de se servir de ce service pour offrir un meilleur accès aux soins aux patients, améliorer l'infrastructure des soins de santé et renforcer les lignes directrices sur les meilleures pratiques (Emezue, 2020; Jack et coll., 2020). Pour les professionnels de la santé, la normalisation des soins de télésanté permet de clarifier leurs rôles et responsabilités, de s'assurer qu'il existe des stratégies pour assurer le consentement du patient et de garantir la confidentialité et les obligations éthiques et légales envers celui-ci (Jack et coll., 2020). Chaque visite doit être perçue en tant qu'occasion d'établir un lien avec les patients pour

s'enquérir de leur santé mentale et évaluer les ressources dont ils peuvent avoir besoin (Li et coll., 2021 ; Zero et Geary, 2020). Les professionnels de la santé ont moins de contrôle et moins d'options pour gérer les problèmes de sécurité des patients lorsqu'ils emploient la télésanté (Jack et coll., 2021). Le professionnel de la santé doit donc prendre des mesures supplémentaires et faire preuve d'une vigilance accrue en observant le patient et ses comportements et en reconnaissant que quelqu'un d'autre peut être en train de surveiller l'appel (Jack et coll., 2020). L'Organisation mondiale de la santé utilise l'acronyme « LIVES » pour orienter les professionnels de la santé dans les rencontres de télésanté. LIVES signifie « *Listen, inquire about needs and concerns, Validate, Enhance safety and Support* » (Écouter, s'enquérir des besoins et des préoccupations, valider, améliorer la sécurité et soutenir) (Jack et coll., 2020, p. 14). Cet acronyme oriente le professionnel de santé en permettant à la victime de déterminer ses propres soins. En tant que professionnels de la santé, nous ne pouvons pas prendre de décisions à la place du patient, mais nous pouvons être là pour l'écouter et le soutenir.

Des campagnes de « mots sécuritaires » ou de « signaux d'aide » ont été lancées pour que les victimes de VPI aient un moyen d'informer le professionnel de la santé qu'elles subissent une VPI ou encore qu'il n'est pas sécuritaire de parler (Bradley et coll., 2020). Il existe également de nombreux types de programmes. Par exemple, EDUCATE, est un programme de formation canadien qui fournit des ressources aux victimes de traumatismes afin de promouvoir les connaissances et le confort en matière de dépistage de la VPI (Bradley et coll., 2020). Les professionnels de la santé des services d'urgence doivent être sensibilisés à la VPI et à ses conséquences sur la vie des victimes, car c'est un endroit où les victimes se rendent souvent lorsqu'elles sont blessées. Les professionnels de la santé doivent être conscients du risque accru que courent les victimes pendant la pandémie, identifier les signaux d'alarme et fournir des ressources aux victimes. De plus, en élargissant l'éducation à différentes disciplines des professionnels de la santé, on pourrait permettre un dépistage régulier et donner aux victimes un endroit sécuritaire pour révéler l'abus (Bradley et coll., 2020). Par exemple, entre trois et neuf pour cent des patientes en maternité subissent des abus pendant leur grossesse, par conséquent, le dépistage des ces femmes dans les cliniques prénatales ainsi qu'à l'hôpital permettrait d'assurer leur sécurité (Alhusen et coll., 2015). Pour assurer la sécurité des mères et de leurs bébés, les directives relatives à l'agrément devraient inclure le dépistage de la VPI chez les femmes enceintes dans toutes les unités de l'hôpital (Agrément Canada, 2021).

Les professionnels de la santé doivent connaître les nouvelles ressources disponibles pour fournir de meilleurs soins. Par exemple, il existe trois applications gratuites et faciles d'accès appelées I-DECIDE, myPlan et iSafe. Celles-ci ont été évaluées comme étant efficaces auprès de nombreux groupes de personnes, notamment les femmes autochtones, immigrantes, lesbiennes, bisexuelles, homosexuelles, transgenres, enceintes et vivant en milieu rural (Emezue, 2020). Le myPlan a été le premier à être conçu pour aider l'utilisateur à prendre des décisions éclairées sur sa sécurité et son bien-être en l'informant sur les signaux d'alerte et les facteurs de risque de fatalité calculés à

l'aide d'une analyse du danger (Emezue, 2020). Il est également important que les professionnels de la santé créent des ressources qui peuvent être facilement cachées de l'agresseur. Tel est le cas des campagnes de rouge à lèvres où les victimes de VPI peuvent stocker les numéros de téléphone des refuges et des ressources pour VPI dans un faux contenant de rouge à lèvres afin qu'il ne soit pas évident pour l'agresseur (The Awesome Foundation, 2014). Citons également les codes à barres qui peuvent être créés sous forme d'autocollants afin d'être cachés sur la victime lorsqu'elle est éloignée de l'agresseur, et la pose d'affiches avec le numéro de la ligne d'assistance VPI qui peuvent être arrachées et conservées par la victime dans des lieux communs comme la salle de bains, permettant ainsi à la victime d'obtenir l'information de manière anonyme.

Les professionnels de la santé sont également des intervenants clés pour les victimes de VPI. Ils peuvent demander au gouvernement de financer davantage les programmes qui aident les victimes de VPI à avoir accès aux ressources et ils peuvent aider les victimes de VPI à se connecter à d'autres services pour être financièrement indépendantes, notamment en recherchant des opportunités d'emploi ou en participant à des programmes de formation professionnelle. L'indépendance économique est un facteur essentiel de la prévention de la violence, surtout pendant la pandémie (Evans et coll., 2020).

### Limites

La présente analyse comporte plusieurs limites. Dans un premier temps, le peu d'études a limité notre capacité à discuter du sujet sous un angle plus large. Pour mieux comprendre la VPI pendant la pandémie, il faudrait davantage de recherches sur les effets de la COVID-19 sur les victimes de VPI et leurs familles. Deuxièmement, très peu de recherches ont examiné les facteurs de risque de perpétration de violence, les déterminants socio-contextuels et la victimisation qui s'est produite pendant cette période. Il est possible d'y remédier en augmentant la sensibilisation et en se préparant à l'avenir (Evans, 2020). Troisièmement, la présente analyse ne comprenait que des études menées en Amérique du Nord et publiées en anglais, ce qui a limité la généralisation des résultats. Enfin, la pandémie était toujours en cours au moment de la revue de la littérature, qui ne comprenait que les études portant sur les 10 premiers mois de la pandémie (jusqu'en janvier 2021). Par conséquent, la prévalence de la VPI pourrait être beaucoup plus élevée, et présenter des facteurs de risque supplémentaires ou différents.

### Conclusion

Cette analyse ciblée a permis de faire émerger les principaux problèmes liés à la VPI par rapport à la pandémie de COVID-19. Les préparatifs de la pandémie doivent prévoir la manière de protéger et d'aider les victimes de VPI et leurs familles contre les abus. Pour empêcher les abus de se produire et de se poursuivre, il faut veiller à ce que la promotion de la santé soit axée sur la sensibilisation des personnes à risque à la VPI et à ce que l'éducation de la petite enfance enseigne aux enfants les caractéristiques des relations saines. Les professionnels de la santé et le public doivent être bien sensibilisés à la prévention et à l'intervention en matière de VPI dans nos communautés, ainsi qu'aux nouvelles formes de violence dans la société modifiée par cette pandémie.

## Implications pour la pratique clinique des urgences

- La salle d'urgence représente souvent la première source de soins pour les victimes lorsqu'elles sont blessées. Les visites à la salle d'urgence sont donc l'occasion pour les professionnels de la santé de dépister la VPI en s'informant sur la santé mentale de leurs patients, en évaluant les ressources dont ils peuvent avoir besoin et en informant les victimes potentielles.
- Étant donné que le risque de VPI est accru pendant la pandémie, les professionnels de la santé doivent offrir aux victimes potentielles un endroit sécuritaire où déclarer l'abus.
- L'éducation comprend la sensibilisation et la communication des prestataires de soins de santé aux victimes de certaines des applications gratuites et faciles d'accès afin que les victimes puissent prendre des décisions éclairées sur leur sécurité et leur bien-être.
- Les applications fournissent des informations sur les signaux d'alerte en matière de relations et les facteurs de risque de fatalité.

## Les auteures

Tammy Nelson MN était aux études supérieures lorsque ce document a été rédigé en avril 2021. Tammy a obtenu une maîtrise en pratique professionnelle de la University of Saskatchewan en juin 2021. Tammy est infirmière autorisée depuis 20 ans et est diplômée du programme conjoint de soins infirmiers de la University of Calgary et du Mount Royal College depuis juin 2021. Elle est une infirmière d'urgence autorisée par l'AICC et certifiée depuis 15 ans. Elle est une infirmière d'urgence autorisée par l'AICC et certifiée depuis 15 ans. Elle est également instructrice en ACLS, PALS, PEARS, TNCC, ENPC, ÉTG et BLS. Tammy travaille actuellement en tant qu'infirmière clinicienne éducatrice pour Central Zone Rural (Alberta Health Services). Tammy aime voyager, lire, faire du vélo et passer du temps avec son fils Ben, âgé de 14 ans, et son chien Baxter.

La docteure Arlene Kent-Wilkinson est infirmière autorisée depuis plus de 50 ans; elle a obtenu son diplôme après avoir suivi un programme de trois ans en soins infirmiers à l'hôpital public Plummer Memorial de Sault Ste. Marie, en Ontario. Arlene a

obtenu son baccalauréat en sciences infirmières à la University of Victoria, à Vancouver (Colombie-Britannique) et sa maîtrise en sciences infirmières à la University of Calgary ainsi que son doctorat à la University of Saskatchewan. En tant que professeure agrégée au College of Nursing de l'USask, ses domaines d'intérêt au fil des ans en matière de pratique, d'éducation et de recherche ont surtout visé les soins infirmiers d'urgence et de santé mentale médico-légale. Arlene aime passer du temps avec ses trois petits-fils.

La Dre Hua Li, professeure adjointe, a travaillé comme infirmière autorisée dans le domaine de la santé mentale et de la toxicomanie après avoir obtenu son diplôme du College of Nursing de la University of Saskatchewan. À titre de professeure adjointe, ses recherches ont porté sur la santé mentale et le bien-être des patients souffrant de troubles mentaux, de leurs soignants et des femmes enceintes ou en post-partum. Dans ses temps libres, elle aime marcher, lire et voyager.

## Remerciements

L'auteure principale tient à remercier ses superviseurs pour leur expertise et leurs conseils lors de la rédaction de cette analyse documentaire.

## Conflits d'intérêts

Les auteures déclarent qu'il n'y a pas de conflits d'intérêts

## Déclaration de l'auteur

Tammy Nelson a choisi le sujet et préparé la toute première ébauche du document pour son cours de maîtrise en soins infirmiers au printemps 2021. La Dre Kent-Wilkinson a fourni des conseils sur la stratégie de recherche documentaire, l'organisation et le style de présentation APA du document. La Dre Li a apporté son expertise dans la méthodologie, les tableaux et les analyses. Le document a été révisé et édité plusieurs fois par les deux superviseurs.

## Financement

Les auteurs signalent qu'il n'y a eu aucun financement pour cet article.

## REFERENCES

- Abramson, A. (2020, April 8). How COVID-19 may increase domestic violence and child abuse. *American Psychological Association*. <https://www.apa.org/topics/covid-19/domestic-violence-child-abuse>
- Accreditation Canada. (2021). *Improving outcomes through assessments against global standards*. <https://accreditation.ca/about/>
- Alhusen, J., Ray, E., Sharps, P., & Bullock, L. (2015). Intimate partner violence during pregnancy: Maternal and neonatal outcomes. *Journal of Woman's Health Promotion*, 24(1), 100–106. <https://doi.org/10.1089/jwh.2014.4872>
- Allen, M., & Jaffray, B. (2020, July 30). The COVID-19 pandemic and its impacts on Canadian victim services. *Statistics Canada*. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/45-28-0001/2020001/article/00065-eng.htm>
- Andermann, A., Mott, S., Mathew, C., Kendall, C., Mendonca, O., Harriott, D., McLellan, A., Riddle, A., Saad, A., Iqbal, W., & Magwood, O. (2021). Evidence-informed interventions and the best practices for supporting women experiencing or at risk of homelessness: A scoping review with gender and equity analysis. *Health Promotion and Chronic Disease Prevention in Canada*, 41(1), 1–13. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.41.1.01>
- Battered Women's Justice Project. (2020, April 24). *Coercive control during COVID-19: New tactics* [video]. <https://www.bwjp.org/news/coercive-control-covid-19.html>
- Bradley, N., DiPasquale, A., Dillabough, K., & Schneider, P. (2020). Health care practitioner's responsibility to address intimate partner violence related to the COVID-19 pandemic. *Canadian Medical Association Journal*, 192(22), E609–E610. <https://doi.org/10.1503/cmaj.200634>
- Bullinger, L., Carr, J., & Packham, A. (2020). COVID-19 and crime: Effects of stay-at-home orders on domestic violence. *National Bureau of Economic Research*. Working Paper 27667. <https://www.nber.org/papers/w27667>
- Burczycka, M. (2018). Section 2: Police-reported intimate partner violence in Canada, 2018. *Statistics Canada*. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/85-002-x/2018001/article/54893/03-eng.htm>
- Buttall, F., & Ferreira, R. (2020). The hidden disaster of COVID-19: Intimate partner violence. *American Psychological Association*, 12(S1), S197–S198. <http://dx.doi.org/10.1037//tra0000646>

- Canadian Femicide Observatory for Justice and Accountability. (2020). *Femicide is preventable*. <https://www.femicideinCanada.ca>
- Center for Addiction and Mental Health. (2020, July). *Mental health in Canada: COVID-19 and beyond CAMH policy advice*. <https://www.camh.ca/-/media/files/pdfs--public-policy-submissions/covid-and-mh-policy-paper-pdf.pdf>
- Center for Disease Control and Prevention. (2017). *Preventing intimate partner violence across the lifespan: A technical package of programs, policies, and practices*. <https://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/ipv-technicalpackages.pdf>
- Center for Disease Control and Prevention. (2021, July 22). *Coping with stress*. <https://www.cdc.gov/mentalhealth/stress-coping/cope-with-stress/index.html>
- Dawson, M. (2019). *U of G releases annual report on national femicide rates*. University of Guelph. <https://news.uoguelph.ca/2019/12/u-of-g-releases-annual-report-on-national-femicide-rates/>
- De Boos, J. (2019). Review article: Non-fatal strangulation: Hidden injury, hidden risks. *Emergency Medicine Australasia*, 31(3), 302–308. <https://doi.org/10.1111/1742-6723.13243>
- Emezue, C. (2020). Digital or digital delivered responses to domestic and intimate partner violence during COVID-19. *Journal of International Medical Research Public Health Surveillance*, 6(3), 1–15. <https://publichealth.jmir.org/2020/3/e19831/>
- Evans, D. (2020). COVID-19 and violence: A research call to action. *BMC Women's Health*, 20(249), 1–3. <https://doi.org/10.1186/s12905-020-01115-1>
- Evans, M., Lindauer, M., & Farrell, M. (2020). A pandemic within a pandemic- Intimate partner violence during the COVID-19. *The New England Journal of Medicine*, 383(24), 2302–2304. <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp2024046>
- Gosangi, B., Park, H., Thomas, R., Gujrathi, R., Bay, C., Raja, A., Seltzer, S., Balcom, M., McDonald, M., Orgill, D., Harris, M., & Boland, G. (2020). Exacerbation of physical intimate partner violence during COVID-19 lockdown. *Radiology*, 298(1), E38–E45. <https://doi.org/10.1148/radiol.2020202866>
- Government of Canada. (2017, July 26). *About family violence*. Department of Justice. <https://www.justice.gc.ca/eng/cj-jp/fv-vf/about-apropos.html>
- Government of Canada. (2020, April 4). *Canada announces support to those experiencing homelessness and women fleeing gender-based violence during the coronavirus disease (COVID-19) pandemic*. Employment and Social Development Canada. <https://www.canada.ca/en/employment-social-development/news/2020/04/canada-announces-support-to-those-experiencing-homelessness-and-women-fleeing-gender-based-violence-during-the-coronavirus-disease-covid-19-pandemic.html>
- Government of Canada. (2021, April 30). *Canadian emergency response benefit*. <https://www.canada.ca/en/services/benefits/ei/ce/b-application.html>
- Grove, S., & Gray, J. (2019). *Understanding nursing research building an evidence-based practice* (7<sup>th</sup> ed.). Elsevier.
- Huelin, R., Iheanacho, I., Payne, K., & Sandman, K. (2015). What is in a name? Systematic and non-systematic literature reviews, and why the distinction matters. *The Evidence Forum*, 1–2. <https://www.evidera.com/wp-content/uploads/2015/06/Whats-in-a-Name-Systematic-and-Non-Systematic-Literature-Reviews-and-Why-the-Distinction-Matters.pdf>
- Jack, S., Munro-Kramer, M., Williams, J., Schminkey, D., Tomlinson, E., Mayo-Wilson, L., Bradbury-Jones, C., & Campbell, J. (2020). Recognizing and responding to intimate partner violence using telehealth: A practical guide for nurse and midwives. *Journal of Clinical Nursing*, 30(3–4), 588–602. <https://doi.org/10.1111/jocn.15554>
- Kent-Wilkinson, A. (1996, October). Spousal abuse/ homicide: A current issue in health risk management. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 34(10), 12–15. <http://doi.org/10.3928/0279-3695-19961001-06>
- Kofman, Y., & Garfin, D. (2020). Home is not always a haven: The domestic violence crisis amid the COVID-19 pandemic. *American Psychological Association*, 12(S1), S199–S201. <https://psycnet.apa.org/fulltext/2020-37317-001.pdf>
- Larson, N. (2021, January 25). *225 million jobs were lost worldwide in 2020, thanks to the pandemic, report finds*. <https://www.ctvnews.ca/health/coronavirus/225-million-jobs-were-lost-worldwide-in-2020-thanks-to-the-pandemic-report-finds-1.5281152>
- Li, H., Glecia, A., Kent-Wilkinson, A., Leidl, D., Kleib, M., & Rislung, T. (2021, May 30). Transition of mental health service delivery to tele-psychiatry in response to the COVID-19: A literature review. *Psychiatry Quarterly*, 1–17. <http://doi.org/10.1007/s1126-021-09926-7>
- Richards, L. (2021). *What exactly is coercive control?* Laura Richards CO. United Kingdom. <https://www.laurarichards.co.uk/coercive-control/>
- Sabri, B., Hartley, M., Saha, J., Murray, S., Glass, N., & Campbell, J. (2020). Effect of COVID-19 pandemic on women's health and safety: A study of immigrant survivors of intimate partner violence. *Health Care for Women International*, 41(5), 1–17. <https://doi.org/10.1080/07399332.2020.1833012>
- Sharma, A., & Borah, S. (2020). COVID-19 and domestic violence: An indirect path to social and economic crisis. *Journal of Family Violence*, 35(5), 1–7. <https://doi.org/10.1007/s10896-020-00188-8>
- Sinha, M. (2015). Section 3: Intimate partner violence 2013. *Statistics Canada*. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/85-002-x/2013001/article/11805/11805-3-eng.htm#a5>
- Stewart, D., MacMillian, H., & Kimber, M. (2020). Recognizing and responding to intimate partner violence: An update. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 65(8), 1–36. <https://doi.org/10.1177/0706743720939676>
- The Awesome Foundation. (2014, November). DVAC lipstick holder outreach project. <https://www.awesomefoundation.org/en/projects/35465-dvac-lipstick-holder-outreach-project>
- Thomson, A., & Chiu, E. (2020, April 27). N.S. shooting rampage highlights public threat of domestic violence: Victim advocates. *Canadian Broad Casting Corporation (CBC) News*. <https://www.cbc.ca/news/canada/nova-scotia/shooting-rampage-public-threat-domestic-violence-1.5545726>
- Treleaven, S. (2020, February 13). Why don't women leave abusive relationships? *Local Love*. [https://locallove.ca/issues/why-dont-women-leave-abusive-relationships/#.YC7\\_6C295QJ](https://locallove.ca/issues/why-dont-women-leave-abusive-relationships/#.YC7_6C295QJ)
- Websdale, N., Ferraro, K., & Barger, S.D. (2019) The domestic violence fatality review clearinghouse: Introduction to a new national data system and a focus on firearms. *Injury Epidemiology*, 6(6), 1–8. <https://doi.org/10.1186/s40621-019-0182-2>
- Xue, J., Chen, J., Chen, C., Hu, R., & Zhu, T. (2020). The hidden pandemic of family violence during COVID-19: Unsupervised learning of tweets. *Journal of Medical Internet Research*, 22(11), 1–17. <https://www.jmir.org/2020/11/e24361/>
- Zero, O., & Geary, M. (2020). COVID-19 and intimate partner violence: A call to action. *Rhode Island Medical Journal*, 103(5), 57–59. <http://www.rimed.org/rimedicaljournal/2020/06/2020-06-57-contribution-zero.pdf>

## Annexe A

### *Méthode de recherche*

---

#### **Recherche de bases de données**

On a mené une recherche documentaire axée sur la pandémie de COVID-19 et la violence entre partenaires intimes de mars 2020 au 31 janvier 2021.

#### **Liste des bases de données recherchées**

Trois bases de données ont été consultées : MEDLINE, PubMed et ProQuest.

#### **Question posée par la recherche**

Comment les victimes de violence entre partenaires intimes (VPI) ont-elles été touchées par les restrictions ou les ordonnances associées à la pandémie de COVID-19?

#### **Critères d'admissibilité**

- Études traitant de la VPI pendant la pandémie de COVID-19
- Révisées par des pairs
- Limitées à l'Amérique du Nord (États-Unis et Canada)
- Publiées en anglais
- De mars 2020 au 31 janvier 2021

#### **Critères d'exclusion**

- Publications non anglophones
- Non évalués par des pairs
- Articles publiés avant mars 2020
- Articles publiés après le 31 janvier 2021
- Articles ne provenant pas d'Amérique du Nord

## Annexe B

### *Mots-clés de recherche pour chaque base de données*

---

#### **Base de données : Ovid MEDLINE**

Mars 2020 à janvier 2021

Date de la recherche : 31 janvier 2021

1. Domestic Violence
2. COVID 19
3. Nursing
4. 1 & 2 & 3
5. Interpersonal violence
6. 2 & 5
7. 5 & 2 & 3

#### **Base de données : Ovid PubMed**

Mars 2020 à janvier 2021

Date de la recherche : 31 janvier 2021

1. Domestic Violence
2. COVID 19
3. Nursing
4. 1 & 2 & 3
5. 1 & 2

#### **Base de données : ProQuest**

Mars 2020 à janvier 2021

Date de la recherche : 1er février 2021

1. Domestic Violence
2. COVID 19
3. Nursing
4. 1 & 2 & 3





# ENC(C) Review Questions

Section Editor: Heather McLellan, MEd, BN, RN, CEN, CFRN

Authors: Heather McLellan MEd, BN, RN, CEN, CFRN, Leanne Tyler, MN, RN, MHN, ENC(C), and Margaret Dymond, BSN, RN, ENC(C)

1. You are caring for a patient with complaints of central chest pain radiating to their neck, arms, and shoulders. The pain worsens with deep inspiration. Vitals signs are BP 110/60 mmHg, HR 110 bpm, respiratory rate (RR) 18 breaths/minute, Temp 38.8°C. The electrocardiogram (ECG) reveals diffuse ST segment elevation. Which of the following assessment findings would you anticipate when auscultating the patient's chest?
  - A. Pleural friction rub
  - B. Pansystolic murmur
  - C. Pericardial friction rub
  - D. S<sub>3</sub> gallop
2. You are caring for a patient who has just arrived via air ambulance. He was the driver of a single vehicle rollover collision, ejected from the vehicle. The patient has suffered multiple traumatic injuries to his face, chest, and abdomen. Which of the following assessment findings is most concerning?
  - A. Moderate bleeding from scalp laceration
  - B. Clear, yellowish liquid draining from the ears
  - C. Harsh, high pitched sound on inspiration/expiration
  - D. Bilateral sluggish pupils of 3 mm
3. You are caring for a patient who sustained burns in an explosion in the garden shed. Which of the following assessment findings would make you anticipate early intubation?
  - A. Circumferential burns to both arms
  - B. Carboxyhemoglobin (COHgb) level of 14%
  - C. Arterial CO<sub>2</sub> level (PaCO<sub>2</sub>) of 45 mmHg
  - D. Nasal mucosa inflammation
4. An 18-year-old patient with sickle cell disease is being discharged home after being in the emergency department for an acute pain episode. Which statement below indicates that they understand their treatment plan?
  - A. "I have been thinking of taking an iron supplement to boost my hemoglobin."
  - B. "I think I should drink extra fluids today"
  - C. "I plan on travelling to the mountains tomorrow"
  - D. "I will take a cold shower when I get home to help the pain"
5. You are caring for a patient with acute diabetic ketoacidosis (DKA). You receive medical orders to initiate an intravenous (IV) with normal saline and regular insulin 10 units bolus. Prior to administering the medication, you note the following lab results:
  - pH 7.25
  - Glucose 26.4 mmol/L
  - Potassium 2.7 mmol/L
6. Which of the following is the most appropriate response to this situation?
  - A. Start the IV fluids and administer the insulin bolus as ordered
  - B. Hold the insulin and notify the physician of the potassium level of 2.2 mmol/L
  - C. Hold the IV fluids and insulin until the patient is examined by physician
  - D. Recheck the glucose level

## Answer key with rationale

### 1. Correct answer: C

Rationale: The patient is exhibiting signs and symptoms of pericarditis. Therefore, a typical assessment finding would include auscultation of a pericardial friction rub (best heard with the patient leaning forward) (Foley & Sweet, 2020, p. 237, 246). A pleural friction rub is most often related to pleural effusion or pleurisy; however, it may also present as a result of viral infection and/or other inflammatory conditions within the chest (Adderley & Sharma, 2021, para. 4), such as myocarditis (Navarroli, 2018, p. 175). A pansystolic (holosystolic) murmur is caused by regurgitation of the mitral or tricuspid valve (Meyer, 2020), as well as ventricular septal defect (Haynes & Henry, 2022, p. 319). An S<sub>3</sub> gallop is indicative of a noncompliant ventricle with fluid overload, such as in heart failure and valvular disease (Lough, 2022a, pp. 200–201). It may also be heard in myocarditis if cardiac dysfunction continues to progress (Navarroli, 2018, p. 175). It is important to remember that although an S<sub>3</sub> gallop can be normal in children, young adults, and pregnant women, it is indicative of cardiac dysfunction if other cardiac symptoms are present (Lough, 2022a, pp. 200–201).

## 2. Correct answer: C

Rationale: Stridor is a harsh, high-pitched sound indicative of airway obstruction; it may be heard on inspiration and/or expiration. Stridor is a critical finding during the initial assessment (primary survey [ABCDE-FG] - Airway) requiring immediate life-saving intervention. Moderate bleeding from a scalp laceration requires pressure and/or dressing be applied; however, unless the patient's condition requires reprioritization (i.e., C-ABC), such as in massive hemorrhage, critical findings related to airway must be addressed before moving on in the primary survey. Clear, yellowish drainage from the ears (cerebrospinal fluid [CSF]) is typically indicative of basal skull fracture. Bilateral sluggish pupils may also reflect serious neurological injury. While these findings are concerning, they do not take priority over airway. The aim at this point would be to prevent secondary brain injury and plan/prepare for interventions in the secondary survey (Powers-Jarvis, 2020, pp. 28–34).

## 3. Correct answer: D

Rationale: Nasal mucosa inflammation or irritation along with mild edema may progress rapidly with further edema and airway occlusion due to heat-related trauma and smoke inhalation (McLellan, 2018, p. 278). Circumferential burns to both arms would cause the nurse to anticipate the need for escharotomy to restore circulation and neurovascular status to the limb(s) (Wraa, 2020, p. 513). PaCO<sub>2</sub> level of 45 mmHg is within normal range (35–45 mmHg) (Milici, 2018, p. 454). COHgb levels below 15% are rarely associated with intoxication and are not uncommon in heavy smokers (Wraa, 2020, p. 509).

## 4. Correct answer: C

Rationale: Adequate hydration is essential to managing prevention of acute pain episodes and sickling of the red blood cells. Iron supplements are not prescribed although you may see Folic Acid prescribed to enhance RBC production and repair, as well as reduce symptoms of anemia. This type of anemia is not caused by low iron levels, and patients who take iron supplements with

sickle cell disease are at risk for building up too much iron in the body, which will lead to end organ damage. Sickle cell crisis can be caused by blood loss, illness (it's important the patient is up-to-date with all vaccinations), high altitudes, stress, dehydration, elevated temperature, or extreme cold temperatures (Field & Vichinsky, 2022). All options are incorrect except B.

## 5. Correct answer B

Rationale: Diabetic ketoacidosis is a complication of insulin deficiency typified by elevated glucose levels, urine ketones, and metabolic acidosis (pH between 6.8–7.3), which may also be accompanied by sodium and potassium abnormalities (Miller, 2022). In early DKA, potassium levels may be normal or elevated due to volume depletion (hyperosmolality) and movement of potassium from the intracellular space to the intravascular space (into the blood) as a result of metabolic acidosis. With progression of DKA and continued urinary excretion of potassium, total body deficiency of potassium occurs (hypokalemia) (Brashers et al., 2019, pp. 693–694). Administration of insulin promotes the influx of potassium back into the cell, causing serum potassium levels to fall even lower (Miller, 2020). Thus, insulin therapy is to be initiated only if the patient's potassium level is 3.3 mmol/L or greater (Hirsch & Emmet, 2021; Recznik, 2020).

## About the authors

Heather McLellan MEd, BN, RN, CEN, CFRN, Associate Professor – Advanced Studies in Critical Care Nursing – Emergency stream, Mount Royal University

Leanne Tyler, RN, MN, MHM, ENC(C), Faculty, Course Developer - Critical Care/Emergency Nursing Program, Centre for Professional Nursing Education, MacEwan University

Margaret Dymond, RN, BSN, ENC(C), DCS, Clinical Nurse Educator, Emergency Department, University of Alberta Hospital, Stollery Children's Hospital, Mazankowski Heart Institute

## REFERENCES

- Adderley, N., & Sharma, S. (2021, July 21). Pleural friction rub. *StatPearls*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537118/>
- Brashers, V. L., Jones, R. E., & Huether, S. E. (2019). Alterations of hormonal regulation. In K. L. McCance & S. E. Huether (Eds.), *Pathophysiology: The biologic basis for disease in adults and children* (8th ed.). Elsevier.
- Field, J. J., & Vichinsky, E. P. (2022). Overview of the management and prognosis of sickle cell disease. *UpToDate*. <https://www.uptodate.com/contents/overview-of-the-management-and-prognosis-of-sickle-cell-disease>
- Foley, A. & Sweet, V. (2020). Cardiovascular emergencies. In V. Sweet & A. Foley (Eds.), *Sheehy's emergency nursing: Principles and practice* (7th ed., pp. 227–248). Elsevier.
- Haynes, A., & Henry, P. (2022). Cardiovascular disorders. In L. D. Urden, K. M. Stacy, & M. E. Lough (Eds.), *Critical care nursing: Diagnosis and management* (9th ed., pp. 298–368). Elsevier.
- Hirsch, I. B., & Emmett, M. (2021). Diabetic ketoacidosis and hyperosmolar hyperglycemic state in adults: Treatment. *UpToDate*. <https://www.uptodate.com/contents/diabetic-ketoacidosis-and-hyperosmolar-hyperglycemic-state-in-adults-treatment>
- Kotter, M. (2022). Alterations in oxygen transport. In J. Banasik (Ed.), *Pathophysiology* (7th ed., pp. 269–303). Elsevier.
- Lough, M. E. (2022a). Cardiovascular clinical assessment. In L. D. Urden, K. M. Stacy, & M. E. Lough (Eds.), *Critical care nursing: Diagnosis and management* (9th ed., pp. 190–205). Elsevier.
- Miller, B. (2022). Diabetes mellitus. In J. Banasik (Ed.), *Pathophysiology* (7th ed., pp. 830–853). Elsevier.
- McLellan, H. M. (2018). Burn trauma. In R. Holleran, A. Wolfe & M. Frakes (Eds.), *Patient transport: Principles & practice* (5th ed., pp. 274–286). Elsevier.
- Navarro, J. E. (2018). Cardiovascular emergencies. In V. Sweet (Ed.), *Emergency nursing core curriculum* (7th ed., pp. 142–182). Elsevier.
- Powers-Jarvis, R. S. (2020). Initial assessment. In Emergency Nurses Association (ENA), *Trauma nursing core course: Provider manual* (8th ed., pp. 25–46). Jones & Bartlett Learning.
- Pritts W. A. (2020). Hematologic and oncologic emergencies. In V. Sweet & A. Foley (Eds.), *Sheehy's emergency nursing: Principles and practice* (7th ed., pp. 227–248). Elsevier.
- Recznik, C. (2020). Endocrine emergencies. In V. Sweet & A. Foley (Eds.), *Sheehy's emergency nursing: Principles and practice* (7th ed., pp. 297–310). Elsevier.
- Wraa, C. (2020). Burns. In V. Sweet & A. Foley (Eds.), *Sheehy's emergency nursing: Principles and practice* (7th ed., pp. 503–516). Elsevier.

# Questions de révision pour la CSU(C)

Rédactrice de section : Heather McLellan MEd, B.Sc., I.A., CEN, CFRN

Auteurs : Heather McLellan MEd, B.Sc., I.A., CEN, CFRN ; Leanne Tyler MN, I.A., MHN, CSU (C), Margaret Dymond B.Sc.N, I.A., CSU (C)

1. Vous prenez en charge un patient qui se plaint d'une douleur thoracique centrale irradiant vers le cou, les bras et les épaules. La douleur est plus intense lorsque le patient inspire profondément. Les signes vitaux sont les suivants : TA 110/60 mmHg, FC 110 bpm, fréquence respiratoire (FR) 18 respirations/minute, température 38,8°C. L'électrocardiogramme (ECG) révèle un sus-décalage diffus du segment ST. Lequel des résultats d'évaluation suivants prévoyez-vous en auscultant la poitrine du patient ?
  - A. Frottements pleuraux
  - B. Souffle pansystolique
  - C. Frottement péricardique
  - D. Bruit de Galop S<sub>3</sub>
2. Vous soignez un patient qui vient d'arriver par ambulance aérienne. Il était le conducteur d'un véhicule qui a subi une collision avec renversement, et a été éjecté du véhicule. Le patient a présenté de multiples lésions traumatiques au visage, à la poitrine et à l'abdomen. Lequel des résultats d'évaluation suivants est le plus préoccupant ?
  - A. Saignement modéré d'une lacération du cuir chevelu
  - B. Liquide clair et jaunâtre s'écoulant des oreilles
  - C. Bruit sévère et aigu à l'inspiration ou l'expiration
  - D. Réponse lente des deux pupilles, écart de 3 mm
3. Vous prodiguez des soins à un patient qui a subi des brûlures lors d'une explosion dans une remise. Parmi les résultats d'évaluation suivants, lesquels vous feraient prévoir une intubation précoce ?
  - A. Brûlures circulaires aux deux bras
  - B. Taux de carboxyhémoglobine (COHgb) de 14 %
  - C. Taux de CO<sub>2</sub> artériel (PaCO<sub>2</sub>) de 45 mmHg
  - D. Inflammation de la muqueuse nasale
4. Un patient de 18 ans atteint de drépanocytose est renvoyé chez lui après avoir été admis aux urgences pour une crise de douleur aiguë. Quelle affirmation ci-dessous indique qu'il comprend son plan de traitement ?
  - A. « Je compte prendre un supplément de fer pour augmenter mon taux d'hémoglobine. »
  - B. « Je pense que je devrais boire plus de liquides aujourd'hui. »
  - C. « Je prévois partir en voyage en montagne demain »
  - D. « Je prendrai une douche froide en rentrant chez moi pour soulager la douleur. »
5. Vous vous occupez d'un patient souffrant d'acidocétose diabétique aiguë. Vous recevez l'ordre d'amorcer une intraveineuse (IV) avec une solution saline normale et de l'insuline en bolus de 10 unités. Avant d'administrer le médicament, vous notez les résultats de laboratoire suivants :
  - pH 7.25
  - Glucose 26.4 mmol/L
  - Potassium 2.7 mmol/L
6. Laquelle des mesures suivantes est la plus appropriée ?
  - A. Commencez la réhydratation par voie intraveineuse et administrez le bolus d'insuline comme demandé.
  - B. Suspendre l'insuline et informer le médecin du taux de potassium de 2,2 mmol/L.
  - C. Maintenir les fluides IV et l'insuline jusqu'à ce que le patient soit examiné par le médecin.
  - D. Revérifier le taux de glucose

## Clé de correction et justification

### 1. Réponse : C

Justification : Le patient présente des signes et des symptômes de péricardite ; par conséquent, une évaluation standard comprendrait l'auscultation d'un frottement péricardique (qui s'entend mieux lorsque le patient est penché en avant) (Foley et Sweet, 2020, p. 237, 246). Un frottement pleural est habituellement associé à un épanchement pleural ou à une pleurésie ; mais il peut aussi résulter d'une infection virale ou d'autres conditions inflammatoires dans la poitrine (Adderley & Sharma, 2021, para. 4), comme une myocardite (Navarroli, 2018, p. 175). Un souffle pansystolique (holosystolique) est causé par une régurgitation de la valve mitrale ou tricuspide (Meyer, 2020), ainsi que par une communication interventriculaire (Haynes & Henry, 2022, p. 319). Un galop S<sub>3</sub> témoigne d'un ventricule non souple avec surcharge liquidienne, comme dans l'insuffisance cardiaque et les maladies valvulaires (Lough, 2022a, p. 200–201). Ce galop peut également être entendu en cas de myocardite si la dysfonction cardiaque persiste toujours (Navarroli, 2018, p. 175). Il est important de se rappeler que même si un galop S<sub>3</sub> peut être normal chez les enfants, les jeunes adultes et les femmes enceintes, il révèle un dysfonctionnement cardiaque si d'autres symptômes cardiaques sont présents (Lough, 2022a, p. 200–201).

### 2. Réponse : C

Justification : Le stridor est un son rude et aigu indiquant une obstruction des voies respiratoires ; il peut être entendu à l'inspiration ou à l'expiration. Le stridor est une observation importante lors

de l'évaluation initiale (examen primaire [ABCDE-FG] — Voies respiratoires) qui nécessite une intervention immédiate pour sauver des vies. Une hémorragie modérée résultant d'une laceration du cuir chevelu nécessite l'application d'une pression ou d'un pansement; sauf si l'état du patient nécessite une redéfinition des priorités (c.-à-d. C-ABC), comme dans le cas d'une hémorragie massive, les résultats critiques relatifs aux voies respiratoires doivent être traités avant de poursuivre l'examen primaire. Un écoulement clair et jaunâtre des oreilles (liquide céphalorachidien [LCR]) indique généralement une fracture de la base du crâne. Une réponse lente des deux pupilles peut également être le signe d'une lésion neurologique grave. Bien que ces résultats soient préoccupants, ils ne priment pas sur les voies aériennes; l'objectif à ce stade serait de prévenir les lésions cérébrales secondaires et de planifier et préparer les interventions dans le cadre de la deuxième étude (Powers-Jarvis, 2020, p. 28–34).

### 3. Réponse : D

Justification : L'inflammation ou l'irritation de la muqueuse nasale en parallèle avec un léger œdème peut évoluer rapidement vers une aggravation de l'œdème et une occlusion des voies respiratoires en raison du traumatisme lié à la chaleur et de l'inhalation de fumée (McLellan, 2018, p. 278). Des brûlures circulaires aux deux bras amèneraient l'infirmière à prévoir la nécessité d'une escarrotomie pour rétablir la circulation et l'état neurovasculaire des membres (Wraa, 2020, p. 513). Un niveau de PaCO<sub>2</sub> de 45 mmHg se situe dans la plage normale (35–45 mmHg) (Milici, 2018, p. 454). Des niveaux de COHgb inférieurs à 15 % sont rarement associés à une intoxication et ne sont pas rares chez fumeurs invétérés (Wraa, 2020, p. 509).

### 4. Réponse: B

Justification : Une bonne hydratation est essentielle à la prévention des épisodes de douleur aiguë et de la falciformation des globules rouges. Aucun supplément de fer n'est prescrit, mais l'acide folique peut être prescrit pour améliorer la production et la réparation des globules rouges et réduire les symptômes d'anémie. Ce type d'anémie ne résulte pas d'un faible taux de fer, et les patients qui prennent des suppléments de fer avec une drépanocytose risquent d'accumuler trop de fer dans l'organisme, ce qui

entraînera des lésions des organes cibles. La crise drépanocytaire peut être causée par une perte de sang, une maladie (il est important que le patient soit à jour de toutes ses vaccinations), les hautes altitudes, le stress, la déshydratation, une température élevée ou des températures extrêmement froides (Field & Vichinsky, 2022). Toutes les options sont incorrectes, sauf B.

### 5. Réponse: B

Justification : L'acidocétose diabétique est la conséquence d'une carence en insuline et se caractérise par des taux élevés de glucose, des corps cétoniques dans l'urine et une acidose métabolique (pH entre 6,8 et 7,3), pouvant également se combiner à des anomalies du sodium et du potassium (Miller, 2022). Dans les premiers stades de l'acidocétose diabétique, les taux de potassium peuvent être normaux ou élevés en raison de la déplétion volumique (hyperosmolalité) et du déplacement du potassium de l'espace intracellulaire vers l'espace intravasculaire (dans le sang) à la suite de l'acidose métabolique. À mesure que l'acidocétose diabétique progresse et que l'excrétion urinaire de potassium se poursuit, une carence corporelle totale en potassium se produit (hypokaliémie) (Brashers et coll., 2019, p. 693–694). L'administration d'insuline favorise le retour du potassium dans la cellule, ce qui entraîne une baisse encore plus importante du taux de potassium sérique (Miller, 2020). Ainsi, l'insulinothérapie ne doit être initiée que si le taux de potassium du patient est de 3,3 mmol/L ou plus (Hirsch et Emmet, 2021 ; Recznik, 2020).

## Les auteures

Heather McLellan, MEd, B.Sc., I.A., CEN, CFRN, Professeure agrégée — Études avancées en soins infirmiers intensifs — volet urgence, Mount Royal University

Leanne Tyler, MN, I.A., MHN, CSU (C), Corps enseignant, Créatrice de cours — Programme de soins infirmiers en soins critiques d'urgence, Centre for Professional Nursing Education, MacEwan University

Margaret Dymond, B.Sc.N, I.A., CSU (C), DCS, Infirmière clinicienne formatrice, service des urgences, University of Alberta Hospital, Stollery Children's Hospital, Mazankowski Heart Institute

## RÉFÉRENCES

- Adderley, N., & Sharma, S. (2021, July 21). Pleural friction rub. *StatPearls*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537118/>
- Brashers, V. L., Jones, R. E., & Huether, S. E. (2019). Alterations of hormonal regulation. In K. L. McCance & S. E. Huether (Eds.), *Pathophysiology: The biologic basis for disease in adults and children* (8th ed.). Elsevier.
- Field, J. J., & Vichinsky, E. P. (2022). Overview of the management and prognosis of sickle cell disease. *UpToDate*. <https://www.uptodate.com/contents/overview-of-the-management-and-prognosis-of-sickle-cell-disease>
- Foley, A. & Sweet, V. (2020). Cardiovascular emergencies. In V. Sweet & A. Foley (Eds.), *Sheehy's emergency nursing: Principles and practice* (7th ed., pp. 227–248). Elsevier.
- Haynes, A., & Henry, P. (2022). Cardiovascular disorders. In L. D. Urden, K. M. Stacy, & M. E. Lough (Eds.), *Critical care nursing: Diagnosis and management* (9th ed., pp. 298–368). Elsevier.
- Hirsch, I. B., & Emmett, M. (2021). Diabetic ketoacidosis and hyperosmolar hyperglycemic state in adults: Treatment. *UpToDate*. <https://www.uptodate.com/contents/diabetic-ketoacidosis-and-hyperosmolar-hyperglycemic-state-in-adults-treatment>
- Kotter, M. (2022). Alterations in oxygen transport. In J. Banasik (Ed.), *Pathophysiology* (7th ed., pp. 269–303). Elsevier.
- Lough, M. E. (2022a). Cardiovascular clinical assessment. In L. D. Urden, K. M. Stacy, & M. E. Lough (Eds.), *Critical care nursing: Diagnosis and management* (9th ed., pp. 190–205). Elsevier.
- Miller, B. (2022). Diabetes mellitus. In J. Banasik (Ed.), *Pathophysiology* (7th ed., pp. 830–853). Elsevier.
- McLellan, H. M. (2018). Burn trauma. In R. Holleran, A. Wolfe & M. Frakes (Eds.), *Patient transport: Principles & practice* (5th ed., pp.274–286). Elsevier.
- Navarroli, J. E. (2018). Cardiovascular emergencies. In V. Sweet (Ed.), *Emergency nursing core curriculum* (7th ed., pp. 142–182). Elsevier.
- Powers-Jarvis, R. S. (2020). Initial assessment. In Emergency Nurses Association (ENA), *Trauma nursing core course: Provider manual* (8th ed., pp. 25–46). Jones & Bartlett Learning.
- Pritts W. A. (2020). Hematologic and oncologic emergencies. In V. Sweet & A. Foley (Eds.), *Sheehy's emergency nursing: Principles and practice* (7th ed., pp. 227–248). Elsevier.
- Recznik, C. (2020). Endocrine emergencies. In V. Sweet & A. Foley (Eds.), *Sheehy's emergency nursing: Principles and practice* (7th ed., pp. 297–310). Elsevier.
- Wraa, C. (2020). Burns. In V. Sweet & A. Foley (Eds.), *Sheehy's emergency nursing: Principles and practice* (7th ed., pp. 503–516). Elsevier.



## RESEARCH REVIEW

# Nursing staff factors influencing pain management in the emergency department: Both quantity and quality matter

Jonah Swen, BN, RN, ACCN (student), and Heather McLellan, MEd, BN, RN, CEN, CFRN

## Citation

Lee, S. R., Hong, H., Choi, M., & Yoon, J. Y. (2021). Nursing staff factors influencing pain management in the emergency department: Both quantity and quality matter. *International Emergency Nursing*, 58, 101034. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2021.101034>

## Background

Pain is a multifaceted and complex condition influenced by physical, psychological, cultural, and sociodemographic factors (Pierik et al., 2017). Attempting to summarize the experience of pain in a single numerical value undermines the dual nature of pain (being both a sign and a symptom of possible physical and psychological origin). The medical model of care focuses primarily on physiology/pathophysiology in seeking a source of pain and may overlook other factors that contribute. Cartesian Mind-Body dichotomy of pain suggests pain is of physical or psychological origin, mutually exclusive of one another; why pain is individualistically perceived and expressed (Stilwell & Harman, 2019). Furthermore, nursing care is more fluid than the medical model of care; when there are no conclusive diagnoses, nurses utilize their experience to perform further assessments and diagnostics and help modify interventions (Donnelly et al., 2019). A multidisciplinary approach utilizing multifactorial pain assessment tools is warranted to improve pain management outcomes effectively (Pierik et al., 2017). Examples of tools that move beyond the numeric rating scales include the Clinically Aligned Pain Assessment (CAPA) tool allows for a comprehensive assessment of pain and facilitates development more effective treatment plans (Vitulo, 2020). Tools for patients with dementia might include the Checklist of Nonverbal Pain Indicators (CNPI) or the Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) for non-verbal pain assessment (Smith, 2005). A key initiative in pain management requires health records to incorporate pain assessment tools that are reviewed and revised continuously to reflect the patient's dynamic state.

## Purpose of the study

The purpose of this study was to evaluate nursing factors related to analgesic administration and reassessment of pain status.

## Research approach and methods

The authors used a retrospective correlational approach to explore their research question. After receiving ethics approval, they collected demographic and patient care information from a variety of sources including their clinical data warehouse, physician and nursing records, as well as general nursing demographic information including years of experience and nurse-patient ratios. Other factors studied included time from order to administration of analgesic (TTA), whether reassessment occurred post analgesic and, if so, how long did it take. The data were categorized and coded then analyzed using descriptive statistics. Demographic data was summarized using descriptive statistics. Time-to-administration was evaluated with a log-transformation then a linear mixed effect model. Type I errors were controlled using the Bonferroni correction method, a statistical method for multiple comparisons.

## Setting and sample

The setting for this study was a tertiary Emergency Department (ED) in Korea. The authors used a convenience sample. Inclusion criteria were adults (age 18 and older) who presented to the ED during the study period with complaints of abdominal pain 4/10 or greater and received pharmacologic analgesia.

## Findings

Of the more than 52,000 patients who visited the ED during the study period, 1,428 were included in the analysis having met both the inclusion criteria and having complete documentation. The mean age of participants was just over 57 with an even split between male and female. The vast majority had a triage score of "3/5" on the Korean Triage Acuity Scale (89.4%) and reported

their pain score as being between 4 and 7 (87.8%). The median time from order of analgesic to administration was 16 minutes. Only 55% of patient were reassessed after receiving analgesic. Nurse to patient ratio was noted to be the factor that most significantly influenced time to analgesic administration while nursing experience was correlated most closely with nursing experience level. Other factors that were correlated with reassessment included marginally higher KTAS score and abnormal vital signs on presentation.

## Commentary

Pain management in the emergency department (ED) can be a complex intervention for healthcare practitioners, as there is an attempt to promptly balance patients' emotional and physical distress with their comorbidities while providing care to other patients in between. The authors postulated a statistically significant positive association between nurse-to-patient ratio and TTA. However, this same interval was not influenced by the nurse's ED experience. They further noted that the nurse-to-patient ratio had little impetus for reassessing the patient, although nurses with greater ED experience did. Lee et al. (2018) found that 55% of patients were reassessed after receiving analgesia, and only 24.6% of all patients were reassessed in less than one hour—elucidating concerning gaps in patient care. Patients reassessed after one hour tended to be older, have more severe NRS, and have more vital signs outside of normal parameters. The authors incidentally discovered a link between types of analgesics (opioid versus non-opioid) and TTA, with non-opioids taking longer to administer.

Some of the strengths of this article are that the authors addressed a focused issue and were diligent about inclusion criteria and methods of gathering data. The focus of TTA and the three reassessment groups concerning defined nursing factors gave this study a uniform method of collecting information and showed diminished potentials for biases. Additionally, the authors used an appropriate method to answer the question by retrospectively evaluating data sets to generate quantitative insight into the issue of nursing staff factors that influence pain management.

The authors collected data from multiple sources of health record, as noted above, using pre-determined intervals with NRS of pain in a retrospective fashion. This allowed the authors' identification of concerning gaps present in pain management without potentially manipulating variables. Furthermore, evaluating these data points allowed them to correlate their findings to nursing factors they considered to be influencing the time intervals. A robust literature review of best practice standards of time to analgesia in the ED, performed by Hatherley, Jennings, and Cross (2016), further acknowledges similar benchmark time intervals and NRS used for standardization of care globally. A standardized measurement allows for consistency across the research of similar focus and strengthens the validity and applicability of evidence into practice.

As noted by the authors, the finding of increasing time between order to initial administration of analgesics associated with a widening nurse-to-patient ratio are consistent across the literature. Increased workloads and poor staffing reduce the time

nurses can allocate to each patient and is directly associated with inadequate pain management, missed documentation of pain assessments, and extended ED length of stay (Varndell et al., 2019; Hughes et al., 2021).

Using a similar NRS for the pain and assessment intervals to track data points retrospectively, Hughes et al. (2021) found that more than 60% of patients who received analgesia in the ED had no documented score in their records causing discordance with actual performance. In addition, when pain documentation is performed, there is little time and space to effectively depict all the aforementioned multifactorial elements of pain, negatively impacting patient care (Hughes et al., 2021; Sampson et al., 2019).

One of the limitations to this study is the possibility of incomplete data collection, which is inherently more prevalent with a retrospective study (Hatherley, Jennings, & Cross, 2016). The effective management of pain in the ED requires an individual approach that cannot be completely captured in the electronic health record and adequately analyzed through retrospective analysis.

The author's claim that "nurses with more ED experience were more likely to reassess patients' pain," based on objective data points, might be better explained by the fact that nurses with more emergency experience have a broader foundation in the ability to efficiently manage assessment, diagnostics, and interventions and the time intervals between reassessment is evidence of that.

The need to assign a numerical value to a complex condition monitored by parameters that only account for objective data points is a significant barrier to translating Lee et al.'s (2021) findings into practices that will make effective changes; objectivity is considered a bias in nursing literature (Vuille et al., 2018). Barriers are evident in emergency nurses' lack of knowledge surrounding the complexity of pain resulting in stigmatization of patients who frequently return to the ED. There is a cycle of inappropriate pain management and recurrence often causing patients to feel invalidated and are labelled as drug-seekers (Martorella et al., 2019; Kahsay & Pitkajarvi, 2019; Shoqirat et al., 2019; Brant et al., 2016). Furthermore, recognizing pain as a fifth vital sign in isolation of other confounding factors has increased pressure for healthcare providers to prescribe pain-relieving opioids to avoid allegations of malpractice, directly contributing to the current opioid crisis—a result of inaccurate pain assessments, analgesics not reflective of the patient's needs, and subsequent patient dissatisfaction with their care (Scher et al., 2018).

Future research in pain management would benefit from adding Boolean search and machine learning algorithms within electronic health records to extrapolate and analyze clinical notes beyond objective data points to provide a more comprehensive evaluation of pain management outcomes (Fodeh et al., 2017). Developing comprehensive pain assessment questionnaires in both paper and electronic form, available to patients prior to their emergency visit, is fundamental to streamlining a complex condition within a time-constrained environment. Scher et al. (2018) found that a multifactorial questionnaire provided to patients identified the various factors contributing to the patient's NRS of pain.

This research highlights concerning gaps in ED pain management. However, these findings need to be cautiously applied to the clinical setting. Emergency nurses face constant evolving circumstances within a fast-paced environment and cannot budget more time to focus solely on the complexities of pain management.

## Key Findings

- Reorientating the focus of pain assessment from a symptom to an underlying sign would encourage emergency nurses to direct further assessments, diagnostics, and interventions, contributing actively and dynamically to the diagnostic process.
- When emergency nurses have more control over care provision, it can be more collaborative, and patient centred
- Multifactorial questionnaires have strong reliability, construct validity, and receptiveness in patients with pain. In addition, it is simple to use in clinical practice and offers a more comprehensive insight than the NRS into how the pain impacts the patient's quality of life (Scher et al., 2018).

## REFERENCES

- Brant, J. M., Mobr, C., Coombs, N. C., Finn, S., & Wilmarth, E. (2016). Nurses' knowledge and attitudes about pain personal and professional characteristics and patient reported pain satisfaction. *Pain Management Nursing*, 18(4), 214–223. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pmn.2017.04.003>
- Donnelly, F., Feo, R., Jangland, E., & Athlin, A. M. (2019). The management of patients with acute abdominal pain in the emergency department: A qualitative study of nurse perceptions. *Australasian Emergency Care*, 22, 97–102. <https://doi.org/10.1016/j.auec.2019.04.002>
- Fodeh, S. J., Finch, D., Bouayad, L., Luther, S. L., Ling, H., Kerns, R. D., & Brandt, C. (2018). Classifying clinical notes with pain assessment using machine learning. *Medical & Biological Engineering & Computing*, 56, 1285–1292. <https://doi.org/10.1007/s11517-017-1772-1>
- Hatherley, C., Jennings, N., & Cross, R. (2016). Time to analgesia and pain score documentation best practice standards for the Emergency Department: A literature review. *Australasian Emergency Nursing Journal*, 19, 26–36. <https://dx.doi.org/10.1016/j.aenj.2015.11.001>
- Hughes, J. A., Chiu, J., Hills, A., Allwood, B., & Chu, K. (2021). The documentation of pain intensity and its influences on care in the emergency department. *International Emergency Nursing*, 57, 1–6. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2021.101015>
- Kahsay, D. T., & Pitkajarvi, M. (2019). Emergency nurses' knowledge, attitude and perceived barriers regarding pain management in resource-limited settings: Cross-sectional study. *BioMed Central Nursing*, 1–13. <https://doi.org/10.1186/s12912-019-0380-9>
- Lee, S.R., Hong, H., Choi, M., & Yoon, J.Y. (2021). Nursing staff factors influencing pain management in the emergency department: Both quantity and quality matter. *International Emergency Nursing*, 58, 1–6. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2021.101034>
- Martorella, G., Kostic, M., Lacasse, A., Schluk, G., & Abbott, L. (2019). Knowledge, beliefs, and attitudes of emergency nurses toward people with chronic pain. *SAGE Open Nursing*, 5, 1–10. <https://doi.org/10.1177/2377960819871805>
- Pierik, J. G., Ijzerman, M. J., Gaakeer, M. I., Vollenbroek-Hutten, M., & Doggen, C. J. (2017). Painful discrimination in the emergency department: Risk factors for underassessment of patients' pain by nurses. *Journal of Emergency Nursing*, 43(3), 228–238. <https://dx.doi.org/10.1016/j.jen.2016.10.007>
- Sampson, F. C., O'Cathain, A., & Goodcare, S. (2019). How can pain management in the emergency department be improved? Findings from multiple case study analysis of pain management in three UK emergency departments. *Emergency Medical Journal*, 37, 85–94. <http://dx.doi.org/10.1136/emmermed-2019-208994>
- Scher, C., Meador, L., Van Cleave, J. H., & REid, C. (2018). Moving beyond pain as the fifth vital sign and patient satisfaction scores to improve pain care in the 21st century. *American Society for Pain Management Nursing*, 125–129. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2017.10.010>
- Shoqirat, N., Mahasneh, D., Singh, C., AL-Sagarat, A. Y., & Habashneh, S. (2019). Barriers to nursing pain management in the emergency department: A qualitative study. *International Journal of Nursing Practice*, 1–7. <https://doi.org/10.1111/ijn.12760>
- Smith, M. (2005). Pain Assessment in Nonverbal Older Adults with Advanced Dementia. *Perspectives in Psychiatric Care*, 41(3), 99–113. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6163.2005.00021.x>
- Stilwell, P., & Harman, K. An enactive approach to pain: Beyond the biopsychosocial model. *Phenom Cogn Sci*, 18, 637–665 (2019). <https://doi.org/10.1007/s11097-019-09624-7>
- Varndell, W., Fry, M., & Elliott, D. (2019). Pain assessment and interventions by nurses in the emergency department: A national survey. *Journal of Clinical Nursing*, 20, 2352–2362. <https://doi.org/10.1111/jocn.15247>
- Vitullo, M., Holloway, D., Tellson, A., Nguyen, H., Estimon, K., Linthicum, J., Viejo, H., Coffee, A., & Huddleston, P. (2020). Surgical patients' and registered nurses' satisfaction and perception of using the Clinically Aligned Pain Assessment (CAPA©) Tool for pain assessment. *Journal of Vascular Nursing*, 38(3), 118–131. <https://doi.org/10.1016/j.jvn.2020.07.001>
- Vuille, M., Foerster, M., Foucault, E., & Hugli, O. (2018). Pain assessment by emergency nurses at triage in the emergency department: A qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 27, 669–676. <https://doi.org/10.1111/jocn.13992>

Look for supplemental materials such as author interviews and podcasts at [www.CJEN.ca](http://www.CJEN.ca)

The Canadian Journal of Emergency Nursing (CJEN) is the Official Journal of the National Emergency Nurses Association (NENA) of Canada. This article has been made available at no cost in partnership with NENA and the University of Alberta Libraries.

## ÉTUDE DE RECHERCHE

# Les éléments du personnel infirmier qui influencent la prise en charge de la douleur dans les services d'urgence : Les aspects quantitatifs et qualitatifs comptent

Jonah Swen, B.Sc., I.A., ACCN (étudiant) et Heather McLellan, MEd, B.Sc., I.A., CEN, CFRN

## Citation

Lee, Hong, H., Choi, M., & Yoon, J. Y. (2021). Nursing staff factors influencing pain management in the emergency department: Both quantity and quality matter. *International Emergency Nursing*, 58, 101034 <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2021.101034>

## Contexte

La douleur est un état multidimensionnel et complexe influencé par des facteurs physiques, psychologiques, culturels et sociodémographiques (Pierik et coll., 2017). Tenter de résumer l'expérience de la douleur en une seule valeur numérique mine la double nature de la douleur (étant à la fois une indication et un symptôme d'origine physique et psychologique possible). L'approche médicale se focalise principalement sur la physiologie et la pathophysiologie dans la recherche d'une source de douleur et peut négliger d'autres facteurs qui y contribuent. La dichotomie cartésienne corps-esprit de la douleur suppose que la douleur est d'origine physique ou psychologique, mutuellement exclusive l'une de l'autre; pourquoi la douleur est perçue et exprimée de manière individuelle (Stilwell et Harman, 2019). Par ailleurs, les soins infirmiers sont plus fluides que le modèle de soins médicaux; faute de diagnostics concluants, les infirmières utilisent leur expérience pour effectuer d'autres évaluations et diagnostics et contribuer à modifier les interventions (Donnelly et coll., 2019). Pour améliorer efficacement les résultats de la gestion de la douleur, il convient d'adopter une approche multidisciplinaire en utilisant des outils multifactoriels d'évaluation de la douleur (Pierik et coll., 2017). Parmi les exemples d'outils qui dépassent les limites des échelles d'évaluation numériques, citons l'outil d'évaluation de la douleur CAPA (Clinically Aligned Pain Assessment) qui permet une évaluation complète de la douleur et favorise l'élaboration de plans de traitement plus efficace (Vitulo, 2020). Les outils destinés aux patients atteints de démence peuvent

comprendre la Checklist of Nonverbal Pain Indicators (CNPI) ou le Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) pour l'évaluation de la douleur non verbale (Smith, 2005). L'une des principales initiatives en matière de gestion de la douleur exige que les dossiers médicaux intègrent des outils d'évaluation de la douleur qui sont examinés et révisés en permanence afin de refléter l'état dynamique du patient.

## Objet de l'étude

L'objectif de cette étude était d'évaluer les éléments infirmiers liés à l'administration d'analgésiques et à la réévaluation de la douleur.

## Orientation et méthodologie de la recherche

Les auteurs ont utilisé une approche rétrospective de type corrélationnelle pour explorer leur sujet de recherche. Une fois l'approbation éthique obtenue, ils ont recueilli des informations démographiques et des données sur les soins aux patients à partir de diverses sources, dont leur entrepôt de données cliniques, les dossiers des médecins et des infirmières, ainsi que des informations démographiques générales sur les infirmières, comme le nombre d'années d'expérience et les rapports infirmières-patients. Parmi les autres facteurs étudiés, on trouve le délai entre la requête et l'administration de l'analgésique (TTA), le fait que la réévaluation ait eu lieu ou non après l'administration de l'analgésique et, dans l'affirmative, le temps qu'elle a pris. Les données ont été classées et codées puis analysées à l'aide de statistiques descriptives. Les données démographiques ont été résumées au moyen de statistiques descriptives. Le délai d'administration a été évalué par une transformation logarithmique puis un modèle linéaire mixte. Les erreurs de type I ont été contrôlées à l'aide de la méthode de correction de Bonferroni, une méthode statistique pour les comparaisons multiples.



## Cadre et échantillon

Cette étude a été menée dans un service d'urgence tertiaire en Corée. Les auteurs ont employé un échantillon de convenance. Parmi les critères d'inclusion figuraient les adultes (âgés de 18 ans et plus) qui se sont présentés aux urgences pendant la période d'étude pour des douleurs abdominales de 4/10 ou plus et qui ont reçu une analgésie.

## Constats

Des plus de 52 000 patients qui se sont rendus aux urgences pendant la période d'étude, 1 428 ont été inclus dans l'analyse, car ils répondaient aux critères d'inclusion et disposaient d'une documentation complète. L'âge moyen des participants était d'un peu plus de 57 ans, avec une représentation égale des hommes et des femmes. La grande majorité d'entre eux avaient un score de triage de « 3/5 » sur l'échelle coréenne de gravité du triage (89,4 %) et ont indiqué que leur score de douleur se situait entre 4 et 7 (87,8 %). La période médiane entre l'ordonnance de l'analgésique et son administration était de 16 minutes. Seuls 55 % des patients ont été réévalués après avoir reçu un analgésique. Le rapport infirmière/patient a été noté comme le facteur le plus significatif du délai d'administration de l'analgésique, tandis que l'expérience des infirmières était plus étroitement associée au niveau d'expérience des infirmières. Le score KTAS légèrement plus élevé et des signes vitaux anormaux à la présentation sont d'autres facteurs corrélés à la réévaluation.

## Analyse

La gestion de la douleur aux urgences peut s'avérer une intervention complexe pour les professionnels de la santé, car il faut tenter de contrebalancer rapidement la détresse émotionnelle et physique des patients et leurs comorbidités tout en prodiguant des soins à d'autres patients en parallèle. Les auteurs ont supposé une association positive considérable sur le plan statistique entre le rapport infirmière-patient et le délai d'administration de l'analgésique ; toutefois, ce même rapport n'était pas influencé par l'expérience de l'infirmière aux urgences. Ils soulignent également que le rapport infirmière-patient n'incite guère à réévaluer le patient, bien que les infirmières ayant une plus grande expérience des urgences aient été plus disposées à le faire. Selon Lee et coll. (2018), 55 % des patients ont été réévalués après avoir reçu une analgésie, et seulement 24,6 % de tous les patients ont été réévalués en moins d'une heure. Cela révèle des lacunes importantes dans la prise en charge des patients. Les patients réévalués après une heure avaient tendance à être plus âgés, à avoir une cote ÉEN (échelle d'évaluation numérique) plus sévère et à présenter plus de signes vitaux en dehors des paramètres normaux. Les auteurs ont découvert par hasard un lien entre les types d'analgésiques (opioïdes et non opioïdes) et le temps d'administration de l'analgésique, les non-opioïdes étant plus longs à administrer.

Le fait que les auteurs aient abordé une question ciblée et qu'ils aient fait preuve de diligence quant aux critères d'inclusion et aux méthodes de collecte des données constitue l'un des points forts de cet article. Le temps consacré à l'analgésie et les trois groupes de réévaluation concernant des facteurs infirmiers définis ont donné à cette étude une méthode uniforme de collecte

des données et ont réduit les risques de biais. Pour répondre à la question, les auteurs ont utilisé une méthode appropriée en évaluant rétrospectivement des ensembles de données afin de générer un aperçu quantitatif de la question des facteurs du personnel infirmier qui influencent la gestion de la douleur.

Comme précisé ci-dessus, les auteurs ont recueilli des données à partir de plusieurs sources de dossiers médicaux, en se servant d'intervalles prédéterminés avec une ÉEN de la douleur, de manière rétrospective. Cela a permis aux auteurs d'identifier les lacunes dans la gestion de la douleur, sans manipuler les variables. Cette évaluation leur a également permis d'établir une corrélation entre leurs résultats et les facteurs liés aux soins infirmiers qui, selon eux, influent sur les intervalles de temps. Selon une solide analyse documentaire des normes de pratiques exemplaires en matière de délai d'analgésie aux urgences, effectuée par Hatherley, Jennings et Cross (2016), les intervalles de référence et l'ÉEN utilisés pour la normalisation des soins sont semblables partout dans le monde. Une mesure normalisée permet d'assurer une uniformité entre les recherches de même nature et renforce la validité et l'applicabilité des preuves dans la pratique.

Comme le soulignent les auteurs, la constatation de l'augmentation du délai entre la requête et l'administration initiale d'analgésiques associée à l'augmentation du rapport infirmière-patient est cohérente dans la documentation. Une charge de travail accrue et une dotation en personnel insuffisante réduisent le temps que le personnel infirmier peut consacrer à chaque patient, ce qui est directement associé à une gestion inadéquate de la douleur, à l'absence de documentation des évaluations de la douleur et à la prolongation de la durée du séjour aux urgences (Varndell et coll., 2019 ; Hughes et coll., 2021).

En se servant d'une ÉEN semblable pour les intervalles de douleur et d'évaluation afin de suivre les points de données de manière rétrospective, Hughes et coll. (2021) ont constaté que plus de 60 % des patients ayant reçu une analgésie aux urgences n'avaient pas de scores inscrits dans leur dossier, ce qui entraîne une certaine incohérence avec les résultats réels. En outre, au moment de la documentation de la douleur, il y a peu de temps et d'espace pour décrire efficacement tous les éléments multifactoriels de la douleur mentionnés ci-dessus, ce qui nuit aux soins du patient (Hughes et coll., 2021 ; Sampson, O'Cathain et Goodcare, 2019).

Le risque d'une collecte incomplète des données est l'une des limites de cette étude, car il est intrinsèquement plus répandu dans le cadre d'une étude rétrospective (Hatherley, Jennings et Cross, 2016). La gestion efficace de la douleur aux urgences nécessite une approche individuelle qui ne peut être entièrement saisie dans le dossier médical électronique et analysée de manière adéquate par une analyse rétrospective.

L'affirmation de l'auteur qui prétend que « les infirmières ayant plus d'expérience aux urgences étaient plus susceptibles de réévaluer la douleur du patient » [Trad.Libre], fondée sur des points de données objectives, pourrait être mieux expliquée par le fait que les infirmières ayant plus d'expérience aux urgences ont une base plus large dans la capacité de gérer efficacement

l'évaluation, les diagnostics et les interventions, et que les intervalles entre les réévaluations en sont la preuve.

Le fait de devoir attribuer une valeur numérique à un état complexe évalué en fonction de certains paramètres qui ne prennent en compte que des points de données objectives constitue un obstacle important à la traduction des conclusions de Lee et coll. (2021) pour en faire des pratiques qui apporteront des changements efficaces; l'objectivité est considérée comme un préjugé dans la documentation sur les soins infirmiers (Vuille et coll., 2018). Les entraves sont évidentes quant au manque de connaissances du personnel infirmier des urgences concernant la complexité de la douleur, ce qui entraîne la stigmatisation des patients qui reviennent fréquemment aux urgences. Il y a un cycle de gestion inappropriée de la douleur et de récidive qui fait que les patients se sentent souvent invalidés et sont étiquetés comme des patients dépendants (Martorella et coll., 2019; Kahsay et Pitkajarvi, 2019; Shoqirat et coll., 2019; Brant et coll., 2016). Enfin, le fait de reconnaître la douleur comme un cinquième signe vital, sans tenir compte des autres facteurs concomitants, a accru la pression exercée sur les prestataires de soins de santé pour qu'ils prescrivent des opioïdes antidouleur afin d'éviter les allégations de faute professionnelle, ce qui a directement contribué à la crise actuelle des opioïdes. Cette crise est le résultat d'évaluations incorrectes de la douleur, de la prescription d'analgésiques qui ne reflètent pas les besoins du patient et de l'insatisfaction subséquente des patients à l'égard des soins qu'ils reçoivent (Scher, van Cleave et Reid, 2018).

À l'avenir, les recherches sur la prise en charge de la douleur tireraient profit de l'ajout d'algorithmes de recherche booléenne et d'apprentissage automatique dans les dossiers médicaux électroniques. Ceux-ci permettraient d'extrapoler et d'analyser les notes cliniques au-delà des points de données objectifs afin de fournir une évaluation plus complète des résultats de la gestion de la douleur (Fodeh et coll., 2017). Il est fondamental, pour rationaliser une maladie complexe dans un environnement où le temps est compté, d'élaborer des questionnaires complets d'évaluation de la douleur, sous forme papier et électronique, mis à la disposition des patients avant leur visite aux urgences. Scher et coll. (2018) ont constaté qu'un questionnaire à caractère multifactoriel fourni aux patients permettait d'identifier les différents facteurs contribuant à l'ÉEN de douleur du patient.

Cette recherche fait état de lacunes préoccupantes dans la gestion

de la douleur aux urgences; toutefois, ces conclusions doivent être appliquées avec prudence au milieu clinique. Le personnel infirmier des urgences doit affronter des circonstances en constante évolution dans un environnement au rythme rapide et ne peut pas consacrer plus de temps aux complexités de la gestion de la douleur.

## Conclusions importantes

- En réorientant l'évaluation de la douleur d'un symptôme vers un signe sous-jacent, les infirmières d'urgence seraient encouragées à diriger d'autres évaluations, diagnostics et interventions, contribuant ainsi au processus de diagnostic de manière active et dynamique.
- Lorsque le personnel infirmier d'urgence a plus de contrôle sur la prestation des soins, les soins peuvent être davantage axés sur la collaboration et le patient
- Les questionnaires plurifactoriels présentent une fiabilité, une validité et une réceptivité solides chez les patients souffrant de douleur. Ils sont par ailleurs simples à utiliser en pratique clinique et offrent un aperçu plus complet que l'ÉEN de l'impact de la douleur sur la qualité de vie du patient (Scher et coll., 2018).

## Les auteurs

*Au cours des 12 dernières années, Jonah Swen a travaillé comme ambulancier paramédical de soins avancés, de soins intensifs et de vol dans des milieux urbains et ruraux en Alberta et au Moyen-Orient. Au cours de la dernière année, Jonah a commencé à travailler à temps plein à titre d'infirmier autorisé au service des urgences de la Rockyview General Hospital, tout en continuant à travailler comme ambulancier paramédical et en entreprenant des études supérieures en soins infirmiers intensifs à la Mount Royal University. Il s'intéresse principalement aux soins intensifs et à la médecine d'urgence, et souhaite devenir éducateur.*

*Heather McLellan est infirmière d'urgence en soins intensifs, spécialisée en transport depuis plus de 40 ans. Elle travaille actuellement comme professeure agrégée dans le cadre du programme d'études avancées en soins infirmiers intensifs (ACCN) de l'Université Mount Royal et comme infirmière clinique au chevet des patients au service des urgences pour Alberta Health Services. Ses recherches portent notamment sur l'hypothermie dans les transports et sur l'enseignement et l'apprentissage des soins infirmiers dans les domaines de pratique de gravité élevée.*

## Références

- Brant, J. M., Mober, C., Coombs, N. C., Finn, S., & Wilmarth, E. (2016). Nurses' knowledge and attitudes about pain personal and professional characteristics and patient reported pain satisfaction. *Pain Management Nursing, 18*(4), 214–223. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pmn.2017.04.003>
- Donnelly, F., Feo, R., Jangland, E., & Athlin, A. M. (2019). The management of patients with acute abdominal pain in the emergency department: A qualitative study of nurse perceptions. *Australasian Emergency Care, 22*, 97–102. <https://doi.org/10.1016/j.auec.2019.04.002>
- Fodeh, S. J., Finch, D., Bouayad, L., Luther, S. L., Ling, H., Kerns, R. D., & Brandt, C. (2018). Classifying clinical notes with pain assessment using machine learning. *Medical & Biological Engineering & Computing, 56*, 1285–1292. <https://doi.org/10.1007/s11517-017-1772-1>
- Hatherley, C., Jennings, N., & Cross, R. (2016). Time to analgesia and pain score documentation best practice standards for the Emergency Department: A literature review. *Australasian Emergency Nursing Journal, 19*, 26–36. <https://dx.doi.org/10.1016/j.aenj.2015.11.001>
- Hughes, J. A., Chiu, J., Hills, A., Allwood, B., & Chu, K. (2021). The documentation of pain intensity and its influences on care in the emergency department. *International Emergency Nursing, 57*, 1–6. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2021.101015>

- Kahsay, D. T., & Pitkajarvi, M. (2019). Emergency nurses' knowledge, attitude and perceived barriers regarding pain management in resource-limited settings: Cross-sectional study. *BioMed Central Nursing*, 1–13. <https://doi.org/10.1186/s12912-019-0380-9>
- Lee, S.R., Hong, H., Choi, M., & Yoon, J.Y. (2021). Nursing staff factors influencing pain management in the emergency department: Both quantity and quality matter. *International Emergency Nursing*, 58, 1–6. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2021.101034>
- Martorella, G., Kostic, M., Lacasse, A., Schluk, G., & Abbott, L. (2019). Knowledge, beliefs, and attitudes of emergency nurses toward people with chronic pain. *SAGE Open Nursing*, 5, 1–10. <https://doi.org/10.1177/2377960819871805>
- Pierik, J. G., Ijzerman, M. J., Gaakeer, M. I., Vollenbroek-Hutten, M., & Doggen, C. J. (2017). Painful discrimination in the emergency department: Risk factors for underassessment of patients' pain by nurses. *Journal of Emergency Nursing*, 43(3), 228–238. <https://dx.doi.org/10.1016/j.jen.2016.10.007>
- Sampson, F. C., O' Cathain, A., & Goodcare, S. (2019). How can pain management in the emergency department be improved? Findings from multiple case study analysis of pain management in three UK emergency departments. *Emergency Medical Journal*, 37, 85–94. <http://dx.doi.org/10.1136/emermed-2019-208994>
- Scher, C., Meador, L., Van Cleave, J. H., & Reid, C. (2018). Moving beyond pain as the fifth vital sign and patient satisfaction scores to improve pain care in the 21st century. *American Society for Pain Management Nursing*, 125–129. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2017.10.010>
- Shoqirat, N., Mahasneh, D., Singh, C., AL-Sagarat, A. Y., & Habashneh, S. (2019). Barriers to nursing pain management in the emergency department: A qualitative study. *International Journal of Nursing Practice*, 1–7. <https://doi.org/10.1111/ijn.12760>
- Smith, M. (2005). Pain Assessment in Nonverbal Older Adults with Advanced Dementia. *Perspectives in Psychiatric Care*, 41(3), 99–113. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6163.2005.00021.x>
- Stilwell, P., & Harman, K. An enactive approach to pain: Beyond the biopsychosocial model. *Phenom Cogn Sci*, 18, 637–665 (2019). <https://doi.org/10.1007/s11097-019-09624-7>.
- Varndell, W., Fry, M., & Elliott, D. (2019). Pain assessment and interventions by nurses in the emergency department: A national survey. *Journal of Clinical Nursing*, 20, 2352–2362. <https://doi.org/10.1111/jocn.15247>
- Vitullo, M., Holloway, D., Tellson, A., Nguyen, H., Estimon, K., Linthicum, J., Viejo, H., Coffee, A., & Huddleston, P. (2020). Surgical patients' and registered nurses' satisfaction and perception of using the Clinically Aligned Pain Assessment (CAPA©) Tool for pain assessment. *Journal of Vascular Nursing*, 38(3), 118–131. <https://doi.org/10.1016/j.jvn.2020.07.001>
- Vuille, M., Foerster, M., Foucault, E., & Hugli, O. (2018). Pain assessment by emergency nurses at triage in the emergency department: A qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 27, 669–676. <https://doi.org/10.1111/jocn.13992>

---

Look for supplemental materials such as author interviews and podcasts at [www.CJEN.ca](http://www.CJEN.ca)

The Canadian Journal of Emergency Nursing (CJEN) is the Official Journal of the National Emergency Nurses Association (NENA) of Canada. This article has been made available at no cost in partnership with NENA and the University of Alberta Libraries.

# RECOGNIZING HS

## DO YOU RECOGNIZE PATIENTS WITH HIDRADENITIS SUPPURATIVA (HS)?



**DR. NEIL SHEAR**  
Head of Dermatology, Sunnybrook Hospital

"People with HS come to the emergency room in severe pain and discomfort requiring assistance with the draining of the boils during a flare-up. It's not unusual for patients to go home undiagnosed."



**DR. RALPH GEORGE**  
Associate Professor, University of Toronto,  
Division of General Surgery

"HS is a chronic, painful, inflammatory skin disease that affects 1-4% of the general adult population. It is characterized by boils usually occurring where certain sweat glands are located, such as under the breasts, buttocks, and inner thighs."



**DR. VU KIET TRAN**  
ER physician at University Health Network

"There is currently no cure for HS. Early diagnosis and proper management is important for a patient's quality of life. The first step for those with HS is to speak to their dermatologist to get an accurate diagnosis."

To learn more about HS from these specialists, go to [www.RecognizingHS.com/CJEN](http://www.RecognizingHS.com/CJEN)

## WHEN YOU SEE THESE LESIONS, DO YOU SUSPECT HS? DO YOU ASK ABOUT RECURRENCE?



Photo compliments of Dr. Afsaneh Alavi.



Photo compliments of Dr. Marc Bourcier.

## ASSESSING PATIENTS WITH RECURRENT BOILS

Most HS cases can be recognized with high reliability by the presence of 3 main features:<sup>1-3</sup>

1. **Typical lesions:** nodules, sinus tracts, abscesses, scarring
2. **Typical anatomical location:** axilla, groin, genitals, under the breasts, others (perianal, neck, abdomen, buttocks)
3. **Relapses and chronicity:**  $\geq 2$  times per 6 months

Questions to ask your patients with suspected HS:<sup>2</sup>

1. Have you had outbreaks of boils during the last 6 months?
2. Where were the boils and how many did you have?

To confirm an HS diagnosis,  
please refer your patient to a dermatologist.

**References:** 1. Zouboulis CC, et al. European S1 guideline for the treatment of hidradenitis suppurativa/acne inversa. *JEADV* 2015;29:619-44. 2. Lockwood S.J. et al. Diagnostic workup. In: Kimball AB, Jemec GBE, eds. *Hidradenitis Suppurativa: A Disease Primer*. Cham, Switzerland: Springer; 2016:27-37. 3. PoitF, et al. Clinical presentation. In: Jemec GBE, Revuz J, Leyden JJ, eds. *Hidradenitis Suppurativa*. Berlin, Germany: Springer; 2006:11-24.