

Perceptions du personnel infirmier et du personnel cadre sur la transition des aînés des établissements de soins de longue durée vers l'urgence : une étude à méthodes mixtes

Gabriela Peguero-Rodriguez^{a,b}, Viola Polomeno^a, Chantal Backman^{a,c,d}, Julie Chartrand^{a,e}, Michelle Lalonde^{a,f}

^aÉcole des sciences infirmières, Faculté des sciences de la santé, Université d'Ottawa, Ontario, Canada

^bDépartement des sciences infirmières, Université du Québec en Outaouais, Québec, Canada

^cChercheure affiliée, Institut de recherche de l'Hôpital d'Ottawa, Ontario, Canada

^dChercheure affiliée, Institut de recherche Bruyère, Ontario, Canada

^eChercheure associée, Institut de recherche du Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario (CHEO), Ontario, Canada

^fChercheure sénior, Institut du Savoir Montfort, Hôpital Montfort, Ontario, Canada

Auteur de correspondance : Gabriela Peguero-Rodriguez, 283, Boulevard Alexandre-Taché, bureau F1054

Courriel : gabriela.peguero-rodriguez@uqo.ca; Téléphone : (819) 595-3900, poste 2396

Résumé

Problématique : La transition des aînés des établissements de soins de longue durée (ÉSLD) vers l'urgence présente plusieurs défis. Lors de cette transition, le personnel infirmier y détient un rôle important tant dans les ÉSLD qu'à l'urgence.

Objectif : Décrire les perceptions du personnel infirmier et cadre de l'Outaouais (Québec) à l'égard de cette transition.

Méthode : Cette étude a employé un devis mixte séquentiel explicatif. À la phase 1 (quantitative), un questionnaire en ligne a été distribué au personnel infirmier des ÉSLD et des urgences. À la phase 2 (qualitative), des entrevues individuelles semi-dirigées ont été menées auprès du personnel cadre de ces milieux. Des analyses statistiques ont été effectuées et des tests-t sur les données quantitatives. Les données qualitatives ont été analysées à l'aide d'une analyse thématique.

Résultats : À la lumière des réponses provenant du questionnaire ($n = 38$), le personnel infirmier des ÉSLD et des urgences partageaient des perceptions similaires et considéraient que cette transition se déroulait inefficacement et que la communication interétablissements était inefficace. À partir des entrevues menées avec le personnel cadre ($n = 7$), quatre thèmes ont été développés témoignant des limites des ÉSLD dans la prise en charge des aînés, des obstacles dans le transfert de l'information, des répercussions d'un séjour à l'urgence pour les aînés et de la contribution des personnes proches aidantes (PPA).

Conclusion : Quatre constats sont tirés : 1) cette transition est influencée par les ressources humaines et matérielles des ÉSLD; 2) le transfert de l'information est inefficace; 3) l'environnement de l'urgence n'est pas adapté aux besoins des aînés; et 4) l'intégration des PPA est importante, mais présente des défis.

Mots-clés : transition, établissement de soins de longue durée, urgence, infirmières, aînés.

Introduction

Vingt pour cent de la population québécoise est âgée de 65 ans et plus (Institut de la statistique du Québec, 2023). Cette statistique démographique pose d'importants défis, notamment en termes d'utilisation des services d'urgence. Le Commissaire à la santé et au bien-être du Québec (CSBE, 2017) a établi une forte corrélation entre l'augmentation des aînés et la hausse des visites pour cette tranche d'âge dans les urgences du Québec. Cette réalité entraîne une hausse des admissions dans les établissements de soins de longue durée (ÉSLD) où les aînés qui y demeurent semblent utiliser plus fréquemment les urgences que ceux de la communauté (Brucksch et al., 2018; Dwyer et al., 2014).

Malgré les défis bien documentés dans la littérature en lien avec la transition des aînés des ÉSLD vers l'urgence (p.ex., communication interétablissements inefficace et développement de complications chez l'aîné à l'urgence, piètre intégration des personnes proches aidantes [PPA]) (Brucksch et al., 2018; Dwyer et al., 2014; Lemoyne et al., 2019), seuls quelques études ont exploré les perceptions du personnel infirmier des ÉSLD et des urgences face à cette transition. Les études existantes décrivent le rôle décisionnel du personnel infirmier des ÉSLD dans cette transition (Gurung et al., 2021; Laging et al., 2014; Laging et al., 2015; Nguyen et al., 2022; O'Neill et al., 2015), tandis que les perceptions du personnel infirmier des urgences ont été étudiées par rapport à la communication interétablissement (Griffiths et al., 2014). Peu d'études ont d'ailleurs intégré les perceptions du personnel infirmier des deux milieux sur l'ensemble du processus de cette transition, et aucune n'a intégré leurs perceptions dans une même étude. De plus, les perceptions du personnel cadre sont absentes de la littérature.

Puisque le personnel infirmier joue un rôle important dans la surveillance de l'état clinique des aînés et dans leur prise en charge (Choi & Chang, 2022; O'Neill et al., 2015; Steinmiller et al., 2015), il est essentiel de mieux comprendre leurs perceptions pour améliorer cette transition. L'étude présentée dans cet article met la lumière sur les perceptions du personnel infirmier et cadre des ÉSLD et des urgences sur le processus intégral de transition des aînés. La théorie des transitions (Meleis et al., 2000), bonifiée par la théorie des systèmes (Kaakinen 2018; Shajani & Snell, 2023), ont guidé cette étude (Peguero-Rodriguez & Polomeno, 2023).

Objectif et questions de recherche

L'objectif de l'étude était de décrire les perceptions du personnel infirmier et cadre des

ÉSLD du réseau public et des urgences à l'égard de la transition des aînés et des PPA d'un ÉSLD vers l'urgence (voir figure 1 pour les questions de recherche).

Méthodologie

Type et devis de recherche

Les méthodes mixtes de recherche (MMR) ont été utilisées, soit un devis mixte séquentiel explicatif (QUAN → qual) (Creswell & Plano Clark, 2018) (voir figure 1). Afin de guider la rédaction de cet article, le *Mixed Methods Article Reporting Standards* (MMARS) a été utilisé.

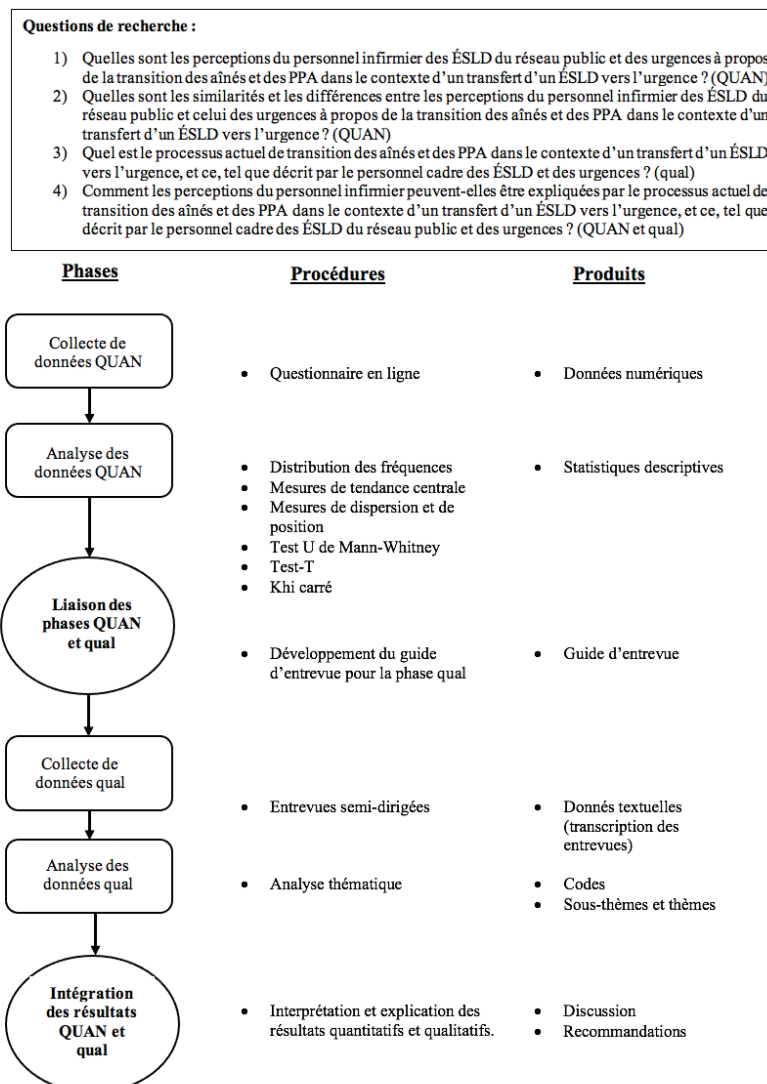
Population et échantillon à l'étude

Phase 1 – Quantitative

La population à la phase 1 était le personnel infirmier des ÉSLD du réseau public et des urgences de l'Outaouais (Québec, Canada). Un échantillonnage de convenance (Polit & Beck, 2021) a été utilisée selon les critères d'inclusion suivants : 1) détenir le titre d'infirmière, d'infirmière clinicienne, d'infirmière auxiliaire ; 2) détenir un poste ou une affectation dans une

Figure 1

Questions de recherche et modèle visuel du devis mixte séquentiel explicatif utilisé



urgence, dans un ÉSLD du réseau public ou dans un Centre local de services communautaires (CLSC) de l'Outaouais; 3) avoir soigné, au cours de la dernière année, au moins un aîné ayant vécu la transition d'un ÉSLD vers l'urgence; et 4) lire, écrire et parler le français. Aucun critère d'exclusion n'était appliqué.

Le recrutement, mené de mai 2021 à avril 2022 pendant la pandémie de la COVID-19, s'est déroulé dans les ÉSLD et des urgences qui ont été particulièrement affectés. La chercheuse principale de l'étude (première auteure) n'ayant pas accès physiquement aux milieux de recherche en raison du contexte pandémique, l'équipe de recherche a dû surmonter plusieurs obstacles de recrutement.

Phase 2 – Qualitative

L'objectif de la phase 2 était d'expliquer les résultats quantitatifs de la phase 1. La population était le personnel cadre des ÉSLD du réseau public et des urgences de l'Outaouais. Un échantillonnage par choix raisonné (Polit & Beck, 2021) a été utilisé selon les critères d'inclusion suivants : 1) occuper un poste ou une affectation à titre d'infirmière de liaison, de conseillère en soins infirmiers, de conseillère cadre en soins infirmiers, de chef d'unité ou de directrice de soins infirmiers dans un ÉSLD du réseau public ou des urgences de l'Outaouais; et 2) lire, écrire et parler le français. Aucun critère d'exclusion n'était appliqué. Le recrutement s'est déroulé de mars à mai 2022. La taille de l'échantillon a été déterminée selon le modèle de Malterud et al. (2016). Les participants recrutés occupaient des postes clés au sein de l'organisation et ont fourni des informations riches et précieuses sur la problématique étudiée, ainsi ceci limitait le nombre de participants nécessaires.

Collecte de données

Phase 1 – Quantitative

Deux questionnaires ont été élaborés et préalablement validés (validité apparente et validité de contenu) auprès d'experts et prétestés auprès de quatre infirmières répondant aux critères d'inclusion (deux des ÉSLD et deux des urgences) (Peguero-Rodriguez, 2024). Ils ont ensuite été distribués via la plateforme SurveyMonkey®, accessible par un lien QR sur les affiches de recrutement ou dans le courriel d'invitation envoyé par le personnel administratif du Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) impliqué.

Deux versions du questionnaire ont été développées : l'une pour le personnel infirmier des ÉSLD (47 questions) et l'autre pour celui des urgences (49 questions) (Peguero-Rodriguez, 2024). Bien que la majorité des questions étaient similaires, certaines variaient pour aborder des aspects spécifiques à chaque milieu. La complétion moyenne était de 18 minutes pour le personnel des ÉSLD et de 14 minutes pour celui des urgences. Les questionnaires comprenaient deux sections : 1) Profil sociodémographique (10 questions) recueillant les informations, telles l'âge des participants, leur titre d'emploi et le nombre d'années d'expérience de travail, et 2) Perceptions du personnel infirmier (37 questions pour les ÉSLD et 39 questions pour les urgences) mesurant les perceptions à propos de la transition des aînés des ÉSLD vers l'urgence.

Phase 2 – Qualitative

Des entrevues semi-dirigées individuelles en vidéoconférence ont été menées par la chercheuse principale auprès du personnel

cadre des ÉSLD et des urgences. Le guide d'entrevue, élaboré après une analyse préliminaire des résultats quantitatifs de la phase 1, comprenait 16 questions pour les ÉSLD et 14 questions pour les urgences (Peguero-Rodriguez, 2024). Douze questions étaient communes aux deux versions. Les entrevues, d'une durée moyenne de 45 minutes, ont été enregistrées via la plateforme de vidéoconférence Zoom® où elles ont eu lieu. Les entrevues ont par la suite été transcrites pour analyse. Les participants ont également complété un questionnaire sociodémographique en ligne sur SurveyMonkey®, composé de huit questions afin de recueillir des données, tels que l'âge, le niveau de scolarité et le titre d'emploi.

Analyse des données

Phase 1 – Quantitative

Des analyses statistiques descriptives ont été menées sur les données quantitatives recueillies via les questionnaires en ligne distribués au personnel infirmier, à l'aide du logiciel IBM SPSS Statistics (Version 28). Pour synthétiser les résultats, les réponses sur l'échelle de Likert ont été regroupées en trois catégories : en accord (1 = tout à fait en accord, 2 = plutôt en accord), ni en accord ni en désaccord, ou en désaccord (4 = plutôt en désaccord, 5 = tout à fait en désaccord). Les détails des réponses sont accessibles dans les données supplémentaires en ligne.

Les données des questions communes entre les deux questionnaires ont été comparées selon le milieu d'appartenance des participants (ÉSLD vs urgence). Des tests-t ont été réalisés pour déterminer s'il y avait une différence statistiquement significative entre les perceptions du personnel infirmier des deux milieux, avec un seuil de signification choisi de 0,05. La taille d'effet (d de Cohen) et son intervalle de confiance ont été rapportés, avec une attention particulière aux tailles d'effet importantes ($d \geq 0,8$) (Cohen, 1988). Des tests non paramétriques (test U de Mann-Whitney) ont également été effectués pour valider les tests-t, du fait de la petite taille d'échantillon et de la distribution possiblement anormale.

Phase 2 – Qualitative

Une analyse thématique a été réalisée selon la méthode de Braun et Clarke (2006, 2022) via la plateforme NVivo version 12. Bien que le guide d'entrevue visait à approfondir les résultats quantitatifs, une analyse inductive a été réalisée en suivant le processus en six étapes : 1) se familiariser avec les données, 2) codifier, 3) générer les thèmes initiaux, 4) développer et réviser les thèmes, 5) raffiner, définir et nommer les thèmes, et 6) rédiger le rapport final. L'analyse thématique a été menée par la chercheuse principale, avec des révisions effectuées jusqu'à l'obtention d'un consensus avec les co-chercheurs.

Les données sociodémographiques recueillies ont été analysées à l'aide de statistiques descriptives en utilisant le logiciel IBM SPSS Statistics (Version 28).

Analyse mixte (point d'intégration)

Bien que les analyses des données quantitatives et qualitatives aient été menées séparément, un premier point d'intégration entre ces deux phases a eu lieu lors du développement du guide d'entrevue basé sur les résultats quantitatifs (Creswell & Plano Clark, 2018). Par la suite, un effort de synthèse et d'intégration des deux types de résultats s'est fait à l'aide de l'élaboration d'une matrice (*joint displays*) (Creswell & Plano Clark, 2018).

Considérations éthiques

Trois approbations éthiques ont été obtenues : 1) Université d'Ottawa (H-10-20-6151) ; 2) CISSS de l'Outaouais (Projet 2020-319_169) ; et 3) Université du Québec en Outaouais (Projet # 2022-1585). Tous les participants ont préalablement rempli un formulaire de consentement pour participer à l'étude et la confidentialité de tous les participants a été préservée.

Résultats

Phase 1. Résultats quantitatifs

1.1 Profil sociodémographique

À la phase 1, 38 membres du personnel infirmier des ÉSLD ($n = 10$) et des urgences ($n = 28$) ont participé à l'étude (voir tableau 1).

1.2 Perceptions du personnel infirmier des ÉSLD du réseau public et des urgences

Transition des aînés des ÉSLD vers l'urgence. La majorité des participants (ÉSLD $n = 7$, 70%; urgences $n = 18$, 64,3 %) percevait que les transferts ne se déroulaient pas efficacement et sans lacunes. Lorsque les aînés des ÉSLD devaient transférer vers l'urgence, certains participants (ÉSLD $n = 4$, 40 %; urgences $n = 4$, 14,3 %) percevaient que ces transferts étaient justifiés, tandis que d'autres (ÉSLD $n = 4$, 40 %; urgences $n = 19$, 67,9 %) étaient plutôt en désaccord. Tous les participants des urgences ($n = 28$, 100%) estimaient que davantage de stratégies proactives pourraient être instaurées dans les ÉSLD avant de procéder aux transferts des aînés. En cas de détérioration de l'état d'un aîné, 40 % ($n = 4$) des participants des ÉSLD ont indiqué disposer de l'aide nécessaire dans le processus de transfert, et 50% ($n = 5$) ont mentionné toujours avoir accès à un médecin (sur place ou sur appel) pour les aider à prendre la décision de transférer un aîné vers l'urgence.

Communication interétablissements lors de la transition vers l'urgence. Concernant la communication interétablissements, 20% ($n = 2$) du personnel infirmier des ÉSLD et 7,4% ($n = 2$)¹ du personnel infirmier des urgences la percevaient efficace. Dix pour cent ($n = 1$) des participants des ÉSLD trouvaient facile de rejoindre le personnel soignant de l'urgence. Selon les participants des urgences, l'information qui était souvent manquante était le niveau d'autonomie, l'état cognitif et physique de base de l'aîné, suivi du niveau d'intervention médicale, les coordonnées des personnes-ressources, ainsi que la raison détaillée de transfert et les interventions préalablement effectuées. La majorité des participants des ÉSLD ($n = 8$, 80%) et des urgences ($n = 25$, 89,3%) considéraient qu'un formulaire standardisé dans lequel se trouve l'information pertinente lors du transfert d'un aîné d'un ÉSLD vers l'urgence était ou serait bénéfique.

Séjour à l'urgence. Tous les participants des urgences ($n = 28$, 100%) ont indiqué que les aînés provenant des ÉSLD représentaient une clientèle vulnérable, avec 85 % ($n = 23$) percevant qu'elle nécessitait autant de soins que les autres patients de

l'urgence. Certains participants des urgences ($n = 13$, 48,1 %) ont indiqué de ne pas avoir du temps nécessaire pour prodiguer des soins de qualité, et que les soins de base (p.ex., hygiène, hydratation, alimentation) n'étaient pas adéquatement offerts ($n = 18$, 66,7 %). Tous les participants ($n = 27$, 100 %) ont convenu de l'importance d'une approche interdisciplinaire pour une prise en charge efficace des aînés qui proviennent des ÉSLD à l'urgence.

Communication interétablissements après le congé de l'urgence. Une fois que l'aîné avait son congé de l'urgence, certains participants des ÉSLD ($n = 20$, 20%) et des urgences ($n = 12$, 44,4%) ont mentionné que la façon dont les congés étaient effectués à l'urgence était appropriée et efficace. Tous les participants des ÉSLD ($n = 10$, 100 %) ont souligné l'importance que le personnel de l'urgence communiquait verbalement ou par écrit avec le personnel des ÉSLD suivant le congé. Le personnel infirmier des urgences ($n = 25$, 93 %) jugeait qu'il était important de communiquer verbalement avec le personnel des ÉSLD, et 67 % ($n = 18$) par écrit. Selon les participants des ÉSLD, les informations essentielles à obtenir suivant le congé étaient les soins prodigués à l'urgence, les investigations effectuées et les résultats, ainsi que le changement de médication.

Intégration des PPA durant le processus de transition vers l'urgence. La majorité des participants des ÉSLD ($n = 7$, 80%)² et des urgences ($n = 25$, 92,6 %) estimaient que les PPA étaient une source d'information importante sur l'état de santé de l'aîné. Soixante-quinze pour cent ($n = 6$) des participants des ÉSLD et tous les participants des urgences ($n = 27$, 100 %) considéraient que les PPA pouvaient identifier les besoins prioritaires de leur aîné. Soixante-trois pour cent ($n = 5$) du personnel infirmier des ÉSLD a indiqué que les PPA devaient être consultées avant de décider de transférer l'aîné vers l'urgence, 50 % ($n = 4$) a signifié que les PPA possédaient les connaissances nécessaires pour participer au processus décisionnel, et 88 % ($n = 7$) se sentaient à l'aise de soutenir les PPA lors de cette transition.

À l'urgence, 74% ($n = 20$) des participants estimaient que les PPA étaient utiles, 93 % ($n = 25$) ont convenu de leur inclusion dans le processus décisionnel relatif aux choix des investigations et des traitements, 96 % ($n = 26$) ont souligné l'importance de fournir régulièrement de l'information sur les investigations et les traitements aux aînés et à leur PPA, et 22 % ($n = 6$) jugeaient que les PPA étaient bien suffisamment informées. Soixante-sept pour cent ($n = 18$) estimaient qu'il était de la responsabilité des PPA de demander de l'information relative à l'état de l'aîné, et 81% ($n = 22$) ont signifié que les PPA pouvaient s'occuper des soins de base de leur aîné.

1.3 Comparaison des perceptions entre le personnel infirmier des ÉSLD du réseau public et des urgences

Les tests-t indépendants effectués n'ont pas montré de différences statistiquement significatives ($p \leq 0,05$), sauf pour deux énoncés (tableau 2).

1. La taille de l'échantillon varie entre 27 et 28 participants, puisque certaines questions n'ont pas été répondues par tous les participants. Afin d'avoir le détail du nombre de répondants par énoncé, il est possible d'y avoir accès dans la section « données supplémentaires » de l'article.

2. La taille de l'échantillon varie entre 8 et 10 participants, puisque certaines questions n'ont pas été répondues par tous les participants. Afin d'avoir le détail du nombre de répondants par énoncé, il est possible d'y avoir accès dans la section « données supplémentaires » de l'article.

Tableau 1

Caractéristiques sociodémographiques du personnel infirmier des établissements de soins de longue durée (ÉSLD) du réseau public (n = 10) et des urgences (n = 28) de la phase 1 (quantitative)

Variable	n(%) ^a		Moyenne (écart-type)	
	ÉSLD	Urgences	ÉSLD	Urgences
Genre				
Féminin	10 (100,0)	23 (82,1)		
Masculin	0 (0,0)	5 (17,9)		
Âge (ans)			47,6 (5,7)	32,2 (7,7)
18-< 25	0 (0,0)	3 (10,7)		
25-< 35	0 (0,0)	16 (57,1)		
35-< 45	1 (10,0)	7 (25,0)		
45-< 55	6 (60,0)	2 (7,1)		
55-< 65	1 (10,0)	0 (0,0)		
Non partagé	2 (20,0)	0 (0,0)		
Plus haut niveau de scolarité atteint				
Diplôme d'études professionnelles (DEP) en santé, assistance et soins infirmiers	0 (0,0)	3 (10,7)		
Diplôme d'études collégiales (DEC) en soins infirmiers	2 (20,0)	7 (25,0)		
Baccalauréat en sciences infirmières	8 (80,0)	19 (67,8)		
Diplôme d'études supérieures spécialisées en sciences infirmières (DESS)	0 (0,0)	1 (3,57)		
Statut d'emploi				
Emploi à temps partiel	1 (10,0)	6 (21,4)		
Emploi à temps plein	9 (90,0)	22 (78,6)		
Quart de travail majoritairement travaillé				
Jour	9 (90,0)	5 (17,9)		
Soir	0 (0,0)	3 (10,7)		
Nuit	1 (10,0)	8 (28,6)		
Jour/Soir	0 (0,0)	9 (32,1)		
Jour/Nuit	0 (0,0)	3 (10,7)		
Nombre d'années d'expérience à titre d'infirmière ou d'infirmier, d'infirmière clinicienne ou d'infirmier clinicien, d'infirmière ou d'infirmier auxiliaire			21,1 (12,6)	9,4 (7,3)
< 5	2 (20,0)	8 (28,6)		
5-<15	2 (20,0)	13 (46,4)		
15-< 25	4 (40,0)	6 (21,4)		
≥ 25	2 (20,0)	1 (3,6)		
Nombre d'années d'expérience à l'urgence			N/A	6,02 (6,3)
< 5	N/A	8 (28,6)		
5-< 15	N/A	13 (46,4)		
15-< 25	N/A	6 (21,4)		
≥ 25	N/A	1 (3,6)		
Nombre d'années d'expérience dans un ÉSLD			17,7 (14,6)	N/A
< 5	3 (30,0)	N/A		
5-< 15	2 (20,0)	N/A		
15-< 25	2 (20,0)	N/A		
≥ 25	3 (30,0)	N/A		
Expérience professionnelle des participants dans l'établissement opposé (p.ex., participant d'un ÉSLD ayant déjà travaillé dans une urgence et vice-versa).				
Oui	3 (30,0)	1 (3,6)		
Non	7 (70,0)	27 (96,4)		

Note. ^a Les totaux peuvent ne pas être égaux à 100 % en raison de l'arrondissement des chiffres.

Tableau 2

Comparaison statistique des perceptions du personnel infirmier des ÉSLD du réseau public et des urgences sur la transition des aînés et des PPA des ÉSLD vers l'urgence (n = 38)

Énoncés	n		Test-T	Degré de liberté	Valeur p	d de Cohen (IC 95 %)
	Moyenne (écart-type)					
	ÉSLD	Urgence				
1. Les transferts des aînés des ÉSLD vers l'urgence se déroulent efficacement et sans lacunes.	n = 10 3,60 (0,97)	n = 28 3,46 (1,03)	-0,362	36	0,720	-0,133 (-0,855, 0,590)
2. La communication entre le personnel soignant des ÉSLD et celui de l'urgence se fait de manière efficace.	n = 10 4,00 (1,16)	n = 27 4,00 (0,88)	0,000	35	1,00	0,000 (-0,710, 0,710)
3. Au besoin, il est facile de rejoindre le personnel soignant de l'autre établissement (ÉSLD ou urgence).	n = 10 3,80 (0,92)	n = 28 4,00 (0,98)	0,562	36	0,578	0,207 (-0,518, 0,929)
4. L'envoi d'un formulaire standardisé dans lequel se trouve de l'information pertinente lors du transfert d'un aîné d'une ÉSLD vers l'urgence est/serait bénéfique.	n = 10 1,80 (1,23)	n = 28 1,54 (0,92)	-0,712	36	0,481	-0,262 (-0,985, 0,464)
5. Les transferts des aînés des ÉSLD vers l'urgence sont justifiés et ne peuvent pas être évités.	n = 10 2,80 (1,48)	n = 28 3,68 (0,91)	1,768	12	0,104	0,816 (0,065, 1,557)
6. Le personnel infirmier de l'autre établissement est compétent et apte à prodiguer des soins de qualité aux aînés.	n = 10 3,00 (1,16)	n = 28 3,18 (0,82)	0,450	12	0,660	0,195 (-0,530, 0,917)
7. Davantage de stratégies proactives pourraient être instaurées dans les ÉSLD avant de procéder au transfert.	n = 10 1,90 (0,88)	n = 28 1,46 (0,51)	-1,487	11,24	0,165	-0,702 (-1,437, 0,042)
8. La façon dont le retour à l'ÉSLD est organisé suivant le congé d'un aîné à l'urgence est appropriée et efficace pour la continuité des soins.	n = 10 3,90 (1,20)	n = 27 2,96 (0,96)	-2,456	34	0,019*	-0,914 (-1,668, -0,147)
9. Je dispose toujours de l'information nécessaire pour prodiguer des soins adaptés à l'aîné (de la part de l'ÉSLD ou de l'urgence).	n = 10 3,70 (1,34)	n = 27 3,70 (0,82)	0,008	12	0,994	0,004 (-0,722, 0,729)
10. Les PPA sont une source d'information importante sur l'état de santé de l'aîné.	n = 8 1,63 (1,06)	n = 27 1,56 (0,64)	-0,176	9	0,864	-0,093 (-0,881, 0,697)
11. Les PPA peuvent participer à identifier les besoins prioritaires et à faire valoir les préférences et les besoins des aînés.	n = 8 2,00 (1,30)	n = 27 1,48 (0,51)	-1,096	8	0,306	-0,688 (-1,489, 0,123)
12. Les PPA sont bien préparées pour accompagner l'aîné durant le transfert.	n = 8 3,63 (1,06)	n = 27 3,30 (1,17)	-0,711	33	0,482	-0,286 (-1,076, 0,508)
13. PPA utilisent de bonnes stratégies de coping durant le transfert de leur aîné d'une ÉSLD vers l'urgence.	n = 8 3,63 (1,19)	n = 27 2,93 (0,96)	-1,524	10	0,095	-0,692 (-1,493, 0,120)
14. Les PPA partagent une relation harmonieuse avec leur aîné.	n = 8 2,38 (0,74)	n = 27 2,26 (0,53)	-0,411	9	0,623	-0,200 (-0,989, 0,592)
15. Les PPA présentent un fardeau et du stress lors des transferts.	n = 7 2,43 (1,13)	n = 27 2,93 (0,87)	1,080	8	0,216	0,536 (-0,310, 1,373)
16. Il est important de soutenir les PPA durant les transferts de leur aîné d'un ÉSLD vers l'urgence.	n = 8 1,38 (0,52)	n = 27 1,96 (0,71)	2,178	33	0,037*	0,877 (0,054, 1,687)
17. Je détiens les connaissances et compétences pour soutenir les PPA qui vivent le transfert de leur aîné d'un ÉSLD vers l'urgence.	n = 8 1,75 (0,71)	n = 27 2,30 (0,87)	1,621	33	0,115	0,653 (-0,157, 1,452)
18. Les PPA comprennent ma charge de travail.	n = 8 3,38 (1,41)	n = 27 3,59 (1,19)	0,437	33	0,665	0,176 (-0,615, 0,942)

Note. *p ≤ 0.05

Une différence statistiquement significative a été notée entre les deux groupes concernant l'énoncé suivant : « La façon dont le retour à l'ÉSLD est organisé suivant le congé d'un aîné à l'urgence est appropriée et efficace pour la continuité des soins » ($t(34) = -2,456, p = 0,019$). Le personnel infirmier des urgences semblait être d'accord avec cet énoncé ($\bar{x} = 2,96, \text{É.T.} = 0,96$), tandis que le personnel infirmier des ÉSLD était plutôt en désaccord ($\bar{x} = 3,90, \text{É.T.} = 1,20$). Il y a également une taille d'effet (d de Cohen = $-0,914$) qui suggère une grande différence standardisée entre les deux groupes.

La deuxième différence statistiquement significative est concernant l'énoncé suivant : « Il est important de soutenir les PPA durant les transferts de leur aîné d'un ÉSLD vers l'urgence » ($t(33) = 2,178, p = 0,037$). Les deux groupes étaient d'accord avec cet énoncé (ÉSLD : $\bar{x} = 1,38, \text{É.T.} = 0,52$; urgences : $\bar{x} = 1,96, \text{É.T.} = 0,71$). La différence réside dans le fait que le personnel infirmier des ÉSLD tendait à être « tout à fait en accord », tandis que le personnel infirmier des urgences était « plutôt en accord ».

Tableau 3

Caractéristiques sociodémographiques du personnel cadre des établissements de soins de longue durée (ÉSLD) ($n = 5$) et des urgences ($n = 2$) de la phase 2 (qualitative)

Variable	n (%)		Moyenne (écart-type)	
	ÉSLD	Urgences	ÉSLD	Urgences
Genre				
Féminin	5 (100,0)	1 (50,0)		
Masculin	0 (0,0)	1 (50,0)		
Âge (ans)			39,8 (5,5)	37,5 (3,5)
35-< 45	4 (80,0)	2 (100,0)		
45-< 55	1 (20,0)	0 (0,0)		
Plus haut niveau de scolarité atteint				
Diplôme d'études collégiales (DEC) en soins infirmiers	1 (20,0)	0 (0,0)		
Baccalauréat en sciences infirmières	2 (40,0)	2 (100,0)		
Microprogramme en administration publique	1 (20,0)	0 (0,0)		
Maîtrise en gestion	1 (20,0)	0 (0,0)		
Statut d'emploi				
Emploi à temps plein	5 (100,0)	2 (100,0)		
Titre professionnel				
Infirmière	4 (80,0)	2 (100,0)		
Travailleur social	1 (20,0)	0 (0,0)		
Nombre d'années d'expérience à titre de professionnel de la santé			17,0 (7,1)	11,0 (9,9)
< 5	0 (0,0)	1 (50,0)		
5-< 15	2 (40,0)	0 (0,0)		
15-< 25	2 (40,0)	1 (50,0)		
25-< 35	1 (20,0)	0 (0,0)		
Poste occupé				
Infirmière de liaison	0 (0,0)	1 (50,0)		
Responsable de site	1 (20,0)	0 (0,0)		
Chef de secteur/Chef d'unité	4 (80,0)	1 (50,0)		
Nombre d'années au poste actuel			1,28 (0,99)	3,50 (3,54)
< 5	5 (100,0)	1 (50,0)		
5-< 10	0 (0,0)	1 (50,0)		

Phase 2. Résultats qualitatifs

2.1 Profil sociodémographique

Sept membres du personnel cadre des milieux des ÉSLD du réseau public ($n = 5$) et des urgences ($n = 2$) ont participé à la phase 2 de cette étude (tableau 3).

2.2 Analyse thématique

Quatre thèmes ont été développés afin de clarifier et d'apporter un complément explicatif aux résultats quantitatifs.

2.2.1 Thème 1. Les limites des ÉSLD à intervenir : « on peut pas tout faire non plus ici »

Ce premier thème reflète l'idée que la décision de transférer un aîné d'un ÉSLD vers l'urgence est principalement influencée par l'écart entre les ressources matérielles et humaines dans les ÉSLD et les ressources nécessaires pour répondre aux besoins de l'aîné.

Le niveau d'intervention médicale (NIM) a été soulevé chez tous les participants comme étant un élément essentiel à considérer avant de prendre la décision de transférer. En CHSLD,

la décision de transférer appartient généralement au médecin. En ressources intermédiaires (RI), le contexte diffère selon le moment de la journée, puisque ce sont des aides-soignants qui sont présents. La décision de transférer sera alors prise par l'infirmière de garde ou bien par l'aide-soignant lui-même : « *(Les RI) on(t) a une clientèle super vulnérable, mais ceux qui s'occupent de notre clientèle, c'est des aides-soignants. Donc c'est même pas des préposés (...)* » (ÉSLD04).

La décision de transférer l'ainé vers l'urgence est souvent perçue comme inévitable, une fois toutes les ressources disponibles dans les ÉSLD ont été mobilisées : « *(...) quand on transfère, c'est qu'on est rendu là (...) on peut pas tout faire non plus ici* » (ÉSLD03). Cependant, cette réalité des ÉSLD n'est pas toujours comprise par le personnel des urgences, créant parfois des malentendus : « *les médecins (de l'urgence) ne comprennent pas notre réalité RI. Ils pensent qu'on est comme en CHSLD... "On peut pas le faire évaluer chez nous, j'ai pas personne"* » (ÉSLD04). Ce décalage contribue à l'idée que les transferts semblent justifiés pour les ÉSLD, mais pas toujours pour les urgences.

2.2.2 Thème 2. Le transfert de l'information : processus « pas très très fluide »

Ce deuxième thème renvoie aux lacunes présentes lors du transfert de l'information entre les ÉSLD et l'urgence. Selon le personnel cadre des deux milieux, le processus de transfert de l'information est variable et souvent inefficace. Certains ÉSLD utilisaient des listes de vérification ou des résumés de dossier. À l'urgence, un aide-mémoire a été créé pour guider le personnel soignant une fois le congé donné, notamment quant à l'information à transmettre. Cependant, il est parfois difficile d'obtenir, en temps opportun et de manière efficiente, l'information nécessaire pour assurer une prise en charge efficace de l'ainé. Le transfert d'information pourrait être résumé en un processus qui n'« *est pas tout le temps très, très fluide (...)* » (ÉSLD03). Deux sous-thèmes ont été développés pour représenter les défis rencontrés.

2.2.2.1 Obtenir de l'information des ÉSLD : « c'est très compliqué de les rejoindre »

Lorsque l'ainé arrive à l'urgence sans informations adéquates, obtenir des précisions des ÉSLD est difficile :

C'est très compliqué de les rejoindre (...) t'appelles à la résidence, il faut que tu fasses trois cents numéros pour réussir à rejoindre quelqu'un que t'as aucune idée c'est qui. En fin de compte, tu t'es trompé de tour donc t'as pas la bonne personne (...) C'est l'enfer ! (URG01).

Le personnel cadre de l'urgence se plaint également de la faible pertinence des informations reçues :

Ils nous envoient des résidents avec le nom du patient, puis s'il porte des lunettes, puis le numéro de sa fille. C'est tout ce que j'ai sur la feuille. C'est ridicule ! (...) Je sais même pas s'il a besoin d'aide à la mobilité, je sais même pas son niveau d'intervention, je sais même pas ses antécédents. (URG02)

Le personnel cadre a indiqué que l'information indispensable à avoir à l'urgence était notamment l'état usuel de base de l'ainé, le niveau d'intervention médicale (NIM), la raison de consultation, les antécédents médicaux, le niveau d'autonomie et

de mobilité et les coordonnées de la famille et de la personne contact à l'ÉSLD. Ultimement, c'est l'ainé qui subit les répercussions du manque d'information.

2.2.2.2 Obtenir de l'information de l'urgence : « il faut courir après »

Le personnel cadre des ÉSLD rencontrent des difficultés à obtenir des informations lors du retour de l'ainé à l'ÉSLD : « *Une résidente (...) est revenue, puis on en avait aucune idée qu'elle avait eu son congé (...). Arrivée soudainement sans rien. (...) on n'a pas de renseignement, il faut courir après qu'est-ce qui a été dit (...)* » (ÉSLD02).

En plus de ne pas recevoir les informations à temps, contacter l'urgence est souvent chronophage. Ce manque de coordination complique la continuité des soins, car le personnel doit alors « *courir après* » les renseignements nécessaires et ceci est considéré comme « *une perte de temps* » (ÉSLD02). Chez le personnel cadre des ÉSLD, les informations considérées comme essentielles au retour de l'ainé sont notamment le diagnostic, les changements médicamenteux, les prescriptions médicales, les investigations menées, la feuille sommaire du médecin de l'urgence et les recommandations de suivi pour assurer la continuité des soins.

2.2.3 Thème 3. Les répercussions d'un séjour à l'urgence pour les aînés : « ça les déstabilise (...) c'est beaucoup pour eux »

Ce troisième thème reflète les répercussions possibles d'un séjour à l'urgence pour les aînés transférés des ÉSLD. Le personnel cadre des deux milieux sont conscients que l'environnement de l'urgence n'est pas adapté aux besoins des aînés, ce qui entraîne des effets négatifs pendant et après le séjour : « *(...) ça les déstabilise, le changement, les brancards, apprendre. C'est beaucoup pour eux* » (ÉSLD01). Deux sous-thèmes illustrent ces répercussions.

2.2.3.1 À l'urgence : « on crée des déliriums »

Le personnel cadre de l'urgence était conscient que l'environnement de l'urgence est inadéquat aux aînés :

À cause du bruit, à cause de moniteurs. Les stimuli, c'est 24 heures sur 24 à l'urgence (...) t'arrives avec un profil Iso-SMAF à 10, mais que tu repars d'ici avec 14 parce que t'as fait un délirium, parce que t'as eu une chute parce que t'étais confus (URG02).

Ces complications, souvent liées à de longs séjours, complexifient la prise en charge : « *Y'a des délais beaucoup trop longs dans une urgence qui ne devraient pas être. Qu'on crée des déliriums, qu'on perd le contrôle suite au délirium qu'on a créé nous-mêmes (...)* » (URG01). Plusieurs complications chez l'ainé ont d'ailleurs été soulevées suivant un séjour à l'urgence, dont les ulcères de pression, le déconditionnement et le délirium.

2.2.3.2 Retour de l'ainé à l'ÉSLD : « recommencer à zéro »

Le personnel cadre des ÉSLD subit les conséquences du séjour à l'urgence, puisqu'ils doivent prendre en charge les aînés qui reviennent avec de nouvelles complications, comme des ulcères de pression. Ces problématiques peuvent contribuer à détériorer davantage la condition clinique de l'ainé. Plusieurs perçoivent le retour de l'ainé à l'ÉSLD comme un recommencement : « *(...) je traitais beaucoup qui revenaient des urgences avec des*

plaies. Et ça me fâchait tout le temps. Parce que c'est comme si c'est un recommencement. Le résident était bien, là il peut même plus s'asseoir » (ÉSLD01).

Outre les impacts physiques, la relation de confiance entre l'ainé et le personnel peut aussi être affectée, ce qui rend la reprise de soins plus difficile : « (...) le lien de confiance (n') est plus là. On a l'impression de recommencer à zéro » (ÉSLD02). Face à ces défis, certains membres du personnel préfèrent éviter le transfert à l'urgence, sachant que l'ainé reviendra avec de nouvelles problématiques.

2.2.4 Thème 4. Les PPA : « on a besoin (d'elles), puis (elles) ont besoin de nous »

Ce quatrième thème explore la relation entre les PPA et le personnel soignant des ÉSLD et des urgences, reconnaissant la contribution des PPA dans les soins aux aînés :

Un proche aidant, c'est quelqu'un qui va aider pour l'alimentation, pour la mobilité, aider l'usager pour l'hygiène, c'est quelqu'un qui va prendre la parole, qui va être capable de le connaître (...) Qui (va) faire le pont des fois entre ce que le médecin dit, puis la personne âgée qui est pas tout à fait capable de comprendre tout non plus (...) (URG02).

Plusieurs ont mentionné que les PPA sont les représentants des aînés, que ce soit dans les ÉSLD ou à l'urgence : « (...) quand ils (proches aidants) sont là, ils sont aidants, parce qu'ils connaissent l'usager, ils ont des infos, (...) On a besoin d'eux » (URG02). Cependant, cette relation de collaboration nécessite des efforts continus : « (...) c'est vraiment un travail de collaboration (...). On a besoin d'eux autres, puis eux ont besoin de nous » (ÉSLD02).

Le personnel cadre souligne la nécessité de tenir les PPA informées de l'état de leur proche, de favoriser une transparence dans les échanges, et de les impliquer davantage dans les activités des ÉSLD. Cependant, certains problèmes de confiance persistent, notamment lorsque les PPA installent des caméras dans les chambres des résidents pour surveiller les soins. Une culture de blâme a parfois été relevée, où les interactions entre les PPA et le personnel sont marquées par des récriminations.

À l'urgence, certains membres du personnel se sentent jugés par la présence des PPA, ce qui peut nuire à leur efficacité : « (...) tu te sens observé (...) tu veux être rapide (...) pas avoir quelqu'un dans les pattes » (URG01). L'aménagement physique de l'urgence rend aussi difficile l'intégration des PPA, car il y a peu d'espace pour les accueillir : « (...) (si) on permet à une ou deux personnes de venir l'aider, je viens de saturer ma place. On n'est pas adapté » (URG01). La participante URG02 ajoute : « ils (proches aidants) sont aidants, mais ils ont pas de place. Physiquement là, ils font vraiment pitié. Ils sont installés sur des bouts de civières, ils sont installés dans les corridors » (URG02).

2.3 Résultats mixtes : intégration des résultats quantitatifs et qualitatifs

Le tableau 4 présente une matrice reliant les résultats quantitatifs et qualitatifs, ainsi que les méta-inférences mixtes, soit les conclusions tirées suivant l'intégration des deux types de résultats. Les résultats qualitatifs ont confirmé et élargi les résultats quantitatifs, renforçant ainsi leur portée et en les contextualisant. Enfin, aucune divergence n'a été constatée entre les deux types de résultats.

Discussion

À notre connaissance, il s'agit d'une première étude qui regroupe les perceptions du personnel infirmier des ÉSLD et des urgences, ainsi que du personnel cadre, en abordant le processus complet de transition. Les perceptions du personnel infirmier des deux milieux se sont révélées similaires, soulignant des problématiques communes, notamment sur le transfert d'information aux points de transition. À la phase 1, les perceptions du personnel infirmier ont permis d'identifier les problématiques relatives à ces transitions. Les entrevues réalisées à la phase 2 avec le personnel cadre ont expliqué les résultats obtenus à la phase 1. L'intégration des résultats quantitatifs et qualitatifs a permis une meilleure compréhension des problématiques vécues et de relever le contexte dans lequel le personnel infirmier des ÉSLD et des urgences doit interagir. Quatre grands constats émergent de cette intégration et qui orientera la discussion.

Le premier constat est que la transition des aînés des ÉSLD vers l'urgence semble motivée par le manque de ressources matérielles ou humaines dans les ÉSLD. Cela rejoint la littérature où plusieurs études (Dallaire et al., 2018; Gurung et al., 2022; Laging et al., 2014; Lemoyne et al., 2019; Stephens et al., 2020; Trahan et al., 2016; Unroe et al., 2018) soulignent que la présence et la qualité des soins infirmiers dans les ÉSLD, la disponibilité d'un médecin ou d'une infirmière praticienne spécialisée (IPS), ainsi que la disponibilité d'équipements (p. ex., ECG) influencent la décision de ce transfert. Certaines études (Lemoyne et al., 2019; Stephens et al., 2020) suggèrent que les ÉSLD soient mieux dotés en professionnels hautement compétents (p. ex., infirmière praticienne spécialisée) et où le personnel infirmier, en nombre suffisant, soit soutenu dans son développement professionnel, présentant moins de transferts dits évitables. Dans l'étude présentée dans cet article, les participants de la deuxième phase ont indiqué que les transitions des aînés des CHSLD vers l'urgence étaient moins fréquentes et moins problématiques que celles qui provenaient des RI ou des RPA, et que les volontés des aînés, via le niveau d'intervention médicale (NIM), étaient prises en compte dans les décisions de transfert. La littérature indique qu'une planification sous-optimale des directives de soins (p. ex. NIM, directives anticipées) contribue à des transferts et à des hospitalisations évitables (Lemoyne et al., 2019; Marincowitz et al., 2022; Stephens et al., 2020; Unroe et al., 2018).

Le deuxième constat de cette étude est que le transfert de l'information entre les ÉSLD et les urgences est inefficace, compromettant la continuité des soins. Les participants de l'urgence ont rapporté que l'information était souvent incomplète ou non pertinente à l'arrivée des aînés à l'urgence, conclusion également tirée dans la littérature (Gettel et al., 2019; Griffiths et al., 2014; Morphet et al., 2014; O'Reilly et al., 2019). Dallaire et al. (2018) notent que seuls 35 % du personnel soignant des ÉSLD et paramédical transmettent des informations complètes à l'urgence. Après l'analyse de 474 dossiers, Gettel et al. (2019) indiquent que des données importantes sont souvent manquantes dans la documentation qui accompagne les aînés à l'urgence, telles que la raison de transfert (25%), l'état mental de base (25%), le diagnostic de démence (23 %) et l'état fonctionnel de base (20 %). O'Reilly et al. (2019) recommandent l'usage d'un document standardisé, de préférence électronique, mettant en avant-plan

Tableau 4

Matrices combinant les résultats quantitatifs, qualitatifs et les méta-inférences mixtes

Résultats quantitatifs ciblés (principaux constats)			Résultats qualitatifs	Méta-inférences mixtes
Énoncés du questionnaire	Moyenne (Écart-type)		Thèmes	
	ÉSLD	Urgence		
Les transferts des aînés des ÉSLD vers l'urgence sont justifiés et ne peuvent pas être évités. <i>Constat</i> : Le personnel infirmier des ÉSLD est plus favorable à l'idée de considérer les transferts des aînés des ÉSLD vers l'urgence comme étant justifiés et ne pouvant pas être évités que le personnel infirmier des urgences.	2,80 (1,48)	3,68 (0,91)	Thème 1. Limites des ÉSLD à intervenir : « on peut pas tout faire non plus ici »	Expansion Les résultats qualitatifs permettent de contextualiser et de mieux comprendre le processus qui mène à la transition des aînés des ÉSLD vers l'urgence. Justement, il a été possible de soulever que ce sont les ressources du milieu (tant humaines que matérielles) en regard aux besoins et aux désirs de l'aîné qui déterminera la décision de transférer. Les ressources étant différentes d'un milieu à l'autre, cela contribue à une variabilité dans les raisons de transfert. Ainsi, pour les ÉSLD, les transferts sont perçus comme étant justifiés, puisqu'ils ont atteint leur propre limite. Toutefois, à l'urgence, le personnel soignant est témoin de transferts provenant de plusieurs types d'ÉSLD différents (ayant des ressources différentes), avec des raisons de transfert qui semblent parfois incompatibles avec la mission de l'urgence (p.ex., changement de milieu de vie), ce qui peut contribuer à la perception que les transferts des ÉSLD soient non justifiés.
La communication entre le personnel soignant des ÉSLD et celui de l'urgence se fait de manière efficace. <i>Constat</i> : Selon le personnel infirmier des ÉSLD et des urgences, la communication entre le personnel soignant des ÉSLD et celui de l'urgence ne se fait pas de manière efficace. Au besoin, il est facile de rejoindre le personnel soignant de l'autre établissement (ÉSLD ou urgence). <i>Constat</i> : Le personnel infirmier des ÉSLD et celui des urgences considèrent qu'il n'est pas facile, au besoin, de rejoindre le personnel soignant de l'autre établissement. La façon dont le retour à l'ÉSLD est organisé suivant le congé d'un aîné à l'urgence est appropriée et efficace pour la continuité des soins. <i>Constat</i> : Le personnel infirmier des urgences est plus favorable à l'idée que la façon dont le retour à l'ÉSLD est organisé suivant le congé d'un aîné à l'urgence est appropriée et efficace pour la continuité des soins que le personnel infirmier des ÉSLD qui tend à considérer le contraire.	4,00 (1,16)	4,00 (0,88)	Thème 2. Transfert de l'information : un processus « pas très très fluide »	Confirmation et expansion Par le biais de l'intégration des résultats quantitatifs et des résultats qualitatifs, il est possible de constater que le transfert de l'information est une problématique importante lors de la transition des aînés des ÉSLD vers l'urgence. Au-delà de cela, les résultats qualitatifs Permettent également d'expliquer et de comprendre pour quelles raisons le transfert de l'information n'est pas optimal : • Transfert de l'information non standardisé ou peu encadré selon les installations. • Difficulté à rejoindre directement une personne ressource au sein des ÉSLD ou des urgences (p.ex., pas de numéros directs). • Informations fournies par les ÉSLD qui sont jugées non pertinentes pour le contexte de l'urgence. • Informations manquantes au retour de l'aîné à l'ÉSLD suivant son congé de l'urgence, ce qui ne permet pas d'assurer une continuité de soins. D'ailleurs, à la phase quantitative, il avait été constaté que la façon dont le retour de l'aîné à l'ÉSLD après un congé de l'urgence n'était pas appropriée. Avec les résultats qualitatifs, il alors été possible de proposer que ceci est surtout relié au fait que le transfert de l'information n'est pas efficace. Le personnel cadre des urgences était d'ailleurs au fait que des lacunes persistaient à cet égard, quoique le personnel infirmier « terrain » puisse ne pas avoir une vision globale de cela.

suite à la page
suivante...

Résultats quantitatifs ciblés (principaux constats)			Résultats qualitatifs	Méta-inférences mixtes
Énoncés du questionnaire	Moyenne (Écart-type)		Thèmes	
	ÉSLD	Urgence		
Je dispose toujours de l'information nécessaire pour prodiguer des soins adaptés à l'ainé (de la part de l'ÉSLD ou de l'urgence).	3,70 (1,34)	3,70 (0,82)		
<i>Constat</i> : Le personnel infirmier des ÉSLD et celui des urgences considèrent ne pas toujours disposer de l'information nécessaire pour prodiguer des soins adaptés à l'ainé (de la part de l'ÉSLD ou de l'urgence).				
Les transferts des aînés des ÉSLD vers l'urgence se déroule efficacement et sans lacunes.	3,60 (0,97)	3,46 (1,03)	Thème 2. Transfert de l'information : un processus « pas très très fluide » et	Confirmation et expansion Les résultats qualitatifs permettent de contextualiser et de comprendre pour quelles raisons le personnel infirmier considère que la transition des aînés des ÉSLD vers l'urgence ne se déroule pas efficacement et sans lacunes. Dans les résultats qualitatifs, il a été possible de soulever que ce qui nuit à l'efficacité de ces transitions est le transfert de l'information, et ce, vécu de part et d'autre. De plus, la transition des aînés des ÉSLD vers l'urgence ne se déroule pas sans lacunes, surtout pour les aînés. En effet, tel que soulevé dans les entrevues, l'ainé peut développer plusieurs complications suivant un séjour à l'urgence, dont un délirium et du déconditionnement. Ce sont des complications qui prennent naissance à l'urgence, mais qui se poursuivent au retour de l'ainé à l'ÉSLD.
<i>Constat</i> : Le personnel infirmier des ÉSLD et des urgences ne percevaient pas la transition des aînés des ÉSLD vers l'urgence comme étant efficace et sans lacunes.				
			Thème 3. Répercussions d'un séjour à l'urgence pour les aînés : « ça les déstabilise (...) c'est beaucoup pour eux »	
Les PPA sont une source d'information importante sur l'état de santé de l'ainé.	1,63 (1,06)	1,56 (0,64)	Thème 4. PPA : « on a besoin (d'elles) et (elles) ont besoin de nous »	Confirmation et expansion Les résultats qualitatifs ont certes permis de renforcer l'idée que la contribution des PPA dans les soins aux aînés est importante tant dans les ÉSLD qu'à l'urgence. Cependant, le thème développé a permis d'ajouter de la nuance dans l'implication des PPA, notamment dans la relation que peut partager les PPA et le personnel soignant, le besoin d'entretenir ces relations, ainsi que, l'environnement de l'urgence qui n'est adapté à l'accueil de PPA.
<i>Constat</i> : Selon le personnel infirmier des ÉSLD et des urgences, les PPA sont des sources importantes d'information sur l'état de santé de l'ainé.				
Les PPA peuvent participer à identifier les besoins prioritaires et à faire valoir les préférences et les besoins des aînés.	2,00 (1,30)	1,48 (0,51)		
<i>Constat</i> : Selon le personnel infirmier des ÉSLD et des urgences, les PPA peuvent participer à identifier les besoins prioritaires et à faire valoir les préférences et les besoins des aînés.				

les informations les plus pertinentes, afin de guider les décisions et les interventions à l'urgence. Selon les résultats obtenus des deux phases de l'étude, l'information parfois contenue dans le document de transfert manque de spécificité et n'est pas adaptée au contexte de l'urgence et aux décisions qui doivent y être prises, ce qui a également été constaté dans l'étude de Gettel et al. (2019). La recherche d'informations et les clarifications nécessaires prolongent les délais de traitement et la durée de séjour des aînés à l'urgence (Dwyer et al., 2014; Griffiths et al., 2014; Morphet et al., 2014; O'Neill et al., 2015; Peguero-Rodriguez et al., 2021). Enfin, les participants des ÉSLD de l'étude ont relevé des problèmes similaires lors du retour des aînés de l'urgence. Aucune étude n'a exploré ces enjeux jusqu'ici, mais cette étude comble cette lacune en soulignant l'importance d'un processus structuré de transfert de l'information, y compris au retour des aînés à l'ESLD. Une documentation précise, pertinente, concise, rapidement accessible, lisible est essentielle pour guider efficacement les soins (Griffiths et al., 2014; Tate et al., 2023).

Le troisième constat est que les urgences ne sont pas adaptées aux besoins spécifiques de la population aînée et de leurs PPA (p.ex., long délai d'attente, bruit continu, absence de routine). Les participants ont mentionné plusieurs répercussions associées à un séjour à l'urgence, telles que le délirium, le déconditionnement et les ulcères de pression, des effets bien documentés dans la littérature (Brucksch et al., 2018; Dwyer et al., 2014; Lemoyne et al., 2019; Peguero-Rodriguez et al., 2023). Diverses initiatives ont vu le jour dans les dernières années pour adapter les urgences aux aînés. Les urgences peuvent maintenant détenir des accréditations « d'urgence gériatrique » remise par l'American College of Emergency Physicians après avoir respecté les lignes directrices (American College of Emergency Physicians et al., 2013). Au Québec, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a également publié un cadre de référence pour aider les urgences à adapter leurs soins et services aux aînés et à leurs PPA (MSSS, 2022). Cependant, il s'agit seulement d'un cadre de référence, sans obligation formelle. Aux États-Unis, malgré la diffusion des lignes directrices des urgences gériatriques, la présence de ces urgences demeure hétérogène et un faible niveau de conformité est constaté (Southerland et al., 2020). Ainsi, les efforts doivent se poursuivre, quitte à rendre les établissements redevables.

Le dernier constat de cette étude souligne que la présence des PPA est jugée essentielle tant dans les ÉSLD qu'à l'urgence, mais cela présente des défis. Au Québec, le rôle des PPA est reconnu officiellement depuis 2020 avec l'adoption de la Loi visant à reconnaître et à soutenir les PPA de laquelle découle une politique nationale et un plan d'action gouvernemental (MSSS, 2021a; MSSS, 2021b). Les participants de l'étude ont souligné l'importance d'inclure les PPA dans la planification des soins, de reconnaître leur expertise et de respecter leurs besoins, des objectifs visés par le plan d'action (MSSS, 2021b). Toutefois, comme soulevé par les participants, il existe un décalage entre ces principes et leur mise en œuvre en contexte clinique. Par exemple, l'aménagement physique de l'urgence ne permet pas toujours aux PPA de demeurer au chevet de l'aîné. De plus, il est nécessaire de sensibiliser le personnel soignant à la bien-traitance des PPA. Certaines pratiques, parfois influencées par

des contraintes organisationnelles ou un manque de ressources, peuvent entraîner des comportements maltraitants envers les PPA de la part du personnel soignant (Éthier et al., 2020, 2022). Ces manifestations de maltraitance peuvent se transparaître par le fait d'imposer le rôle de PPA et sur-responsabiliser, normaliser leur rôle, nier leurs besoins, porter des jugements sur leur façon de faire, et nier leur expertise et leur contribution familiale (Éthier et al., 2020, 2022).

Le tableau 5 présente les recommandations qui touchent la formation, la pratique clinique et la recherche infirmière.

Limites

Malgré la rigueur méthodologique, la taille d'échantillon limité de l'étude a restreint la portée des analyses statistiques, puisque la puissance statistique n'a pas pu être atteinte, rendant nécessaire l'interprétation des résultats avec prudence. De plus, seules les perceptions du personnel infirmier et cadre des ÉSLD du réseau public et des urgences d'une seule région administrative au Québec ont été incluses. Cependant, les résultats sont corroborés par plusieurs études publiées. Par ailleurs, le recrutement des participants, réalisé durant la pandémie de la COVID-19, s'est buté à plusieurs obstacles, dont l'impossibilité de recruter en personne. Considérant ce contexte, tous les efforts nécessaires et possibles ont été déployés, dont une modification du protocole de recherche. Enfin, le contexte pandémique a pu influencer les perceptions, certains événements décrits s'étant déroulés avant la pandémie et d'autres pendant la pandémie.

Conclusion

Cette étude met de l'avant les perceptions du personnel infirmier et cadre des ÉSLD du réseau public et des urgences dans le contexte de la transition d'un aîné d'un ÉSLD vers l'urgence. Les perceptions entre le personnel infirmier de ces deux milieux étaient similaires, particulièrement quant aux problématiques vécues. Par l'intégration des résultats à la fois quantitatifs et qualitatifs, il a été possible de tirer plusieurs constats, dont le fait que la transition des aînés des ÉSLD vers l'urgence est influencée par les ressources humaines et matérielles accessibles au sein même des ÉSLD, que le transfert de l'information est inefficace, que l'environnement de l'urgence n'est pas adapté aux besoins des aînés, et que l'intégration des PPA est perçue comme nécessaire, mais non moins sans défis. Enfin, il est important de mettre la lumière sur l'importance du rôle infirmier, tant dans la coordination et la continuité des soins que dans l'expertise gériatrique nécessaire. Le personnel infirmier joue également un rôle non négligeable dans l'intégration des PPA et dans leur bien-être dans ce type de transition. Il demeure que plusieurs actions sont nécessaires afin d'améliorer le processus transitionnel des aînés des ÉSLD vers l'urgence, ainsi que dans l'instauration pérenne de stratégies axées sur l'amélioration de ce type de transition.

Implications pour les soins infirmiers d'urgence

1. Plusieurs lacunes ont été identifiées à propos de la transition des aînés des ÉSLD vers l'urgence. Les infirmières d'urgence jouent un rôle clé à plusieurs égards.
2. Afin d'améliorer la qualité des soins dans les ÉSLD et à l'urgence, il est essentiel de mettre en place des systèmes efficaces pour le transfert de l'information entre ces deux

Tableau 5

Recommandations sur les axes de la formation, la pratique clinique et la recherche infirmière

Axes	Recommandations
Formation	Formation initiale <i>Il est recommandé de :</i> - Sensibiliser et outiller les futurs professionnels de la santé : - Sur les approches adaptées aux aînés dans divers contextes, notamment dans les ÉSLD et à l'urgence. - Sur les enjeux relatifs à la proche aidance, notamment les impacts possibles d'être PPA, les rôles et responsabilités et la bientraitance des PPA. - Exposer les futurs professionnels de la santé à diverses situations d'apprentissage relatifs aux approches à la personne âgée et à la proche aidance via différentes stratégies pédagogiques. Formation continue <i>Il est recommandé aux ÉSLD et aux urgences d' :</i> - Encourager et offrir de la formation continue au personnel soignant sur les soins aux aînés et leurs particularités (en respect aux besoins de chaque milieu), ainsi que sur les notions de bientraitance des PPA. - Offrir de la formation continue conjointe (entre les milieux des urgences et des ÉSLD) afin de rehausser les connaissances communes et la relation entre le personnel soignant. - Utiliser la boîte à outils « La bientraitance des personnes proches aidantes : une responsabilité partagée » dans la formation des professionnels de la santé.
Pratique clinique	ÉSLD (en respect aux différentes missions et étendue de pratique possible de chaque type d'ÉSLD): <i>Il est recommandé de :</i> - Assurer la présence de personnel soignant qualifié et formé dans les soins aux aînés en nombre suffisant sur chaque quart de travail. - Assurer qu'un niveau d'intervention médicale (NIM) soit déterminé pour tous les résidents et mis à jour périodiquement. - Discuter et sensibiliser les PPA au NIM et ces implications. - Faciliter l'accès à un médecin ou à une infirmière praticienne spécialisée (IPS). - Utiliser différents moyens technologiques pour maintenir le lien et la communication avec les PPA. - Adopter et assurer l'utilisation d'un formulaire standardisé afin de permettre un transfert optimal de l'information entre les ÉSLD et l'urgence lors de la transition d'un aîné vers l'urgence. - Utiliser une liste de vérification lors de la préparation au transfert d'un aîné vers l'urgence. - Initier ou adopter des programmes (p.ex., Programme INTERACT) ayant pour but de diminuer le nombre de transferts vers l'urgence ou de les améliorer, le cas échéant. - Utiliser la télémédecine. - Utiliser et diffuser la boîte à outils « La bientraitance des personnes proches aidantes : une responsabilité partagée » auprès des PPA. Urgence: <i>Il est recommandé d' / de :</i> - Adopter les principes des urgences gériatriques, dont : - Adapter l'environnement physique aux besoins des aînés et afin d'assurer leur confort et celui de leur PPA. - Assurer des soins de base chez les aînés (p.ex., hygiène, hydratation, alimentation). - Utiliser des outils validés pour évaluer les différents risques chez les aînés (p.ex., chute, délirium) et les syndromes gériatriques. - Prodiguer des soins aux aînés via une équipe multidisciplinaire (p.ex., médecin, infirmière spécialisée en gériatrique, travailleur social et physiothérapeute). - Inclure les PPA lors de la planification des congés à l'urgence. - Au congé, offrir de l'information écrite, simple et accessible à la personne âgée et à sa PPA. - Adopter et assurer l'utilisation d'un formulaire standardisé afin de permettre un transfert optimal de l'information vers les ÉSLD une fois le congé par l'aîné obtenu de l'urgence. - Sensibiliser le personnel soignant de l'urgence sur les différents types d'ÉSLD et leur offre de service.
Recherche	<i>Il est recommandé d' / de :</i> - Reproduire cette étude dans d'autres régions du Québec et du Canada, afin d'établir un portrait général de la situation. - Effectuer des études à la fois transversales et longitudinales permettant d'identifier et d'évaluer des interventions pouvant diminuer ou améliorer la transition des aînés des ÉSLD vers l'urgence. - Encourager le recrutement de préposés aux bénéficiaires, d'aide-soignant, ainsi que le personnel infirmier des ÉSLD, dont des résidences privées pour aînés. - Poursuivre les efforts afin d'enrichir la littérature scientifique concernant la maltraitance envers les PPA (sensibilisation, dépistage et interventions), notamment celle engendrée par les institutions.

établissements, que ce soit par le développement de protocole de communication ou de formulaires standardisés de transfert.

3. Les infirmières d'urgence doivent détenir des connaissances gériatriques approfondies afin d'offrir des soins adaptés à cette clientèle. Le respect des lignes directrices pour les urgences gériatriques est d'ailleurs fortement encouragé.
4. Il est encouragé d'intégrer les PPA dans les soins offerts à l'urgence, notamment lors de la planification des congés, et ce, dans une approche bientraitante à leur égard.

À propos des auteurs

Gabriela Peguero-Rodriguez, Inf., Ph.D., a réalisé son doctorat en sciences infirmières à l'École des sciences infirmières, à la Faculté des sciences de la santé à l'Université d'Ottawa (Ontario, Canada). Elle est actuellement professeure adjointe au Département des sciences infirmières de l'Université du Québec en Outaouais (UQO) (Québec, Canada).

Viola Polomeno, Inf., Ph.D., est professeure auxiliaire à l'École des sciences infirmières, Faculté des sciences de la santé, Université d'Ottawa (Ontario, Canada). Elle était la directrice de thèse de doctorat de la première auteure.

Chantal Backman, Inf., Ph.D., est professeure agrégée à l'École des sciences infirmières, Faculté des sciences de la santé, Université d'Ottawa (Ontario, Canada). Elle est chercheuse affiliée à l'Institut de recherche de l'Hôpital d'Ottawa et à l'Institut de recherche Bruyère. Elle a fait partie du comité de thèse de la première auteure.

Julie Chartrand, Inf., Ph.D., est professeure agrégée à l'École des sciences infirmières, Faculté des sciences de la santé, Université d'Ottawa (Ontario, Canada). Elle est chercheuse affiliée à l'Institut de recherche du Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario (CHEO). Elle a fait partie du comité de thèse de la première auteure.

Michelle Lalonde, Inf., Ph.D., est professeure agrégée à l'École des sciences infirmières, Faculté des sciences de la santé, Université d'Ottawa (Ontario, Canada). Elle est chercheuse senior à l'Institut du Savoir Montfort et titulaire de la Chaire de recherche sur la santé des francophones de l'Ontario. Elle était la co-directrice de thèse de doctorat de la première auteure.

Déclaration de conflits d'intérêts

Les auteures ne déclarent aucun conflit d'intérêts.

Numéro du certificat d'éthique

L'étude a reçu les approbations éthiques des comités d'éthique de la recherche de l'Université d'Ottawa (H-10-20-6151), du CISSS de l'Outaouais (Projet 2020-319_169) et de l'Université du Québec en Outaouais (Projet # 2022-1585).

Contributions des auteurs – Énoncé CRediT

Gabriela Peguero-Rodriguez : Conceptualisation, méthodologie, investigation, analyse formelle, conservation des données, Rédaction – Version originale.

Viola Polomeno : Rédaction – révision et édition, supervision.

Chantal Backman : Rédaction – révision et édition.

Julie Chartrand : Rédaction – révision et édition.

Michelle Lalonde : Rédaction – révision et édition, supervision.

Source de financements

La première auteure de cet article a reçu les financements suivants pour la réalisation de son étude de recherche doctorale : Bourse ministère de l'Éducation supérieure-Universités pour la relève professorale en sciences infirmières, Bourse d'études supérieures de l'Ontario (BÉSO) et des bourses de la Fondation des infirmières et infirmiers du Canada.

RÉFÉRENCES

- American College of Emergency Physicians, The American Geriatrics Society, Emergency Nurses Association & Society for Academic Emergency Medicine. (2013). *Geriatric emergency department guidelines*. <https://www.acep.org/globalassets/sites/geda/documnets/geda-guidelines.pdf>
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Braun, V. & Clarke, V. (2022). *Thematic analysis: A practical guide*. Sage.
- Brucksch, A., Hoffmann, F. & Allers, K. (2018). Age and sex differences in emergency department visits of nursing home residents: A systematic review. *BMC Geriatrics*, 18(1), Article 151. <https://doi.org/10.1186/s12877-018-0848-6>
- Choi, Y. R. & Chang, S. O. (2022). Nurses' conceptualizations of managing emergencies in nursing homes. *Nursing & Health Sciences*, 24(1), 113–122. <https://doi.org/10.1111/nhs.12900>
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2^e éd.). Lawrence Erlbaum Associates.
- Commissaire à la santé et au bien-être. (2017). *Utilisation des urgences en santé mentale et en santé physique au Québec* [Rapport d'appréciation de la performance]. Gouvernement du Québec. <https://www.csbe.gouv.qc.ca/publication/utilisation-urgences-sante-mentale-sante-physique-quebec.html>
- Creswell, J. & Plano Clark, V. L. (2018). *Designing and conducting mixed methods research* (3^e éd.). Sage.
- Dallaire, C., Hardy, M.-S. & Hegg, S. (2018). Identifier les besoins des personnes âgées transférées aux urgences depuis une résidence pour personnes âgées : une revue de littérature. *Revue Francophone Internationale de Recherche Infirmière*, 4(2), 107115. <https://doi.org/10.1016/j.refri.2017.11.005>
- Dwyer, R., Gabbe, B., Stoelwinder, J. U. & Lowthian, J. (2014). A systematic review of outcomes following emergency transfer to hospital for residents of aged care facilities. *Age and Ageing*, 43(6), 759–766. <https://doi.org/10.1093/ageing/afu117>
- Éthier, S., Andrianova, A., Beaulieu, M., Perroux, M., Boisclair, F. & Guilbeault, C. (2022). En contexte de proche aidance, la personne maltraitée n'est pas toujours celle que l'on pense! *Gérontologie et Société*, 44(169), 65–84. <https://doi.org/10.3917/gsl.169.0065>
- Éthier, S., Beaulieu, M., Perroux, M., Andrianova, A., Boisclair, F. & Guay, M.-C. (2020). Favoriser la bientraitance pour que proche aidance ne rime plus avec maltraitance. *Intervention*, (151), 33–46. https://revueintervention.org/wp-content/uploads/2020/10/ri_151_2020.1_%C3%89thier_Beaulieu_Perroux_Andrianova_Fortier_Boisclair_Guay.pdf
- Gettel, C. J., Merchant, R. C., Li, Y., Long, S., Tam, A., Marks, S. J. & Goldberg, E. M. (2019). The impact of incomplete nursing home transfer documentation on emergency department care. *Journal of the American Medical Directors Association*, 20(8), 935–941.e933. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2018.09.008>

- Griffiths, D., Morphet, J., Innes, K., Crawford, K. & Williams, A. (2014). Communication between residential aged care facilities and the emergency department: A review of the literature. *International Journal of Nursing Studies*, 51(11), 1517–1523. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.06.002>
- Gurung, A., Romeo, M., Clark, S., Hocking, J., Dhollande, S. & Broadbent, M. (2022). The enigma: Decision-making to transfer residents to the emergency department; communication and care delivery between emergency department staff and residential aged care facilities' nurses. *Australasian Journal on Ageing*, 41(4), e348e355. <https://doi.org/10.1111/ajag.13044>
- Gurung, A., Sendall, M. C. & Barnard, A. (2021). To transfer or not to transfer: Aged care nurses' decision-making in transferring residents to the emergency department. *Collegian*, 28(2), 162–170. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.colegn.2020.05.008>
- Institut de la statistique du Québec. (2023). *Portrait des personnes âgées au Québec – Portrait complet*. Gouvernement du Québec. <https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/portrait-personnes-aiees-quebec.pdf>
- Kaakinen, J. R. (2018). Theoretical foundations for the nursing of families. Dans J. R. Kaakinen, D. P. Coelho, R. Steele & M. Robinson (dir.), *Family health care nursing: Theory, practice, and research* (6^e éd., p. 27–51). F. A. Davis Company.
- Laging, B., Bauer, M., Ford, R. & Nay, R. (2014). Decision to transfer to hospital from the residential aged care setting: A systematic review of qualitative evidence exploring residential aged care staff experiences. *JBI Evidence Synthesis*, 12(2), 263–388. <https://doi.org/10.11124/jbisir-2014-1141>
- Laging, B., Ford, R., Bauer, M. & Nay, R. (2015). A meta-synthesis of factors influencing nursing home staff decisions to transfer residents to hospital. *Journal of Advanced Nursing*, 71(10), 2224–2236. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/jan.12652>
- Lemoyne, S. E., Herbots, H. H., De Blick, D., Remmen, R., Monsieurs, K. G. & Van Bogaert, P. (2019). Appropriateness of transferring nursing home residents to emergency departments: A systematic review. *BMC Geriatrics*, 19(1), Article 17. <https://doi.org/10.1186/s12877-019-1028-z>
- Malterud, K., Siersma, V. D. & Guassora, A. D. (2016). Sample size in qualitative interview studies: Guided by information power. *Qualitative Health Research*, 26(13), 1753–1760. <https://doi.org/10.1177/1049732315617444>
- Marincowitz, C., Preston, L., Cantrell, A., Tonkins, M., Sabir, L. & Mason, S. (2022). Factors associated with increased emergency department transfer in older long-term care residents: A systematic review. *The Lancet Healthy Longevity*, 3(6), e437e447. [https://doi.org/10.1016/S2666-7568\(22\)00113-1](https://doi.org/10.1016/S2666-7568(22)00113-1)
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E.-O., Messias, D. K. H. & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: An emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12–28. <https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2021a). *Politique nationale pour les personnes proches aidantes : reconnaître et soutenir dans le respect des volontés et des capacités d'engagement* (Publication n° 21-835-01W). Gouvernement du Québec. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003000>
- Ministère de la santé et des services sociaux. (2021b). *Plan d'action gouvernemental pour les personnes proches aidantes 2021–2026 – Reconnaître pour mieux soutenir* (Publication n° 21-835-11W). Gouvernement du Québec. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003191/>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2022). *Cadre de référence : vers un service d'urgence adapté pour la personne âgée* (Publication n° 22-905-03W) [Guide]. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003342/>
- Morphet, J., Griffiths, D. L., Innes, K., Crawford, K., Crow, S. & Williams, A. (2014). Shortfalls in residents' transfer documentation: Challenges for emergency department staff. *Australasian Emergency Care*, 17(3), 98–105. <https://doi.org/10.1016/j.aenj.2014.03.004>
- Nguyen, P. T., Liaw, S. Y., Tan, A. J. Q., Rusli, K. D. B., Tan, L. L. C., Goh, H. S. & Chua, W. L. (2022). "Nurses caught in the middle": A qualitative study of nurses' perspectives on the decision to transfer deteriorating nursing home residents to emergency departments in Singapore. *Collegian*, 29(4), 430–437. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.colegn.2021.10.013>
- O'Neill, B., Parkinson, L., Dwyer, T. & Reid-Searl, K. (2015). Nursing home nurses' perceptions of emergency transfers from nursing homes to hospital: A review of qualitative studies using systematic methods. *Geriatric Nursing*, 36(6), 423–430. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2015.06.001>
- O'Reilly, P. A.-O., O'Brien, B., Graham, M. A.-O., Murphy, J., Barry, L., Doody, O., Fahy, A., Hoey, C., Kiely, M., Lang, D., Meskell, P., O'Doherty, J., O'Keefe, J., Tuohy, D. & Coffey, A. (2019). Key stakeholders' perspectives on the development of a national transfer document, for older persons, when transferring between the residential and acute care settings: A qualitative descriptive study. *International Journal of Older People Nursing*, 14(4), e12254. <https://doi.org/10.1111/opn.12254>
- Peguero-Rodriguez, G. (2024). *Une étude multiméthode sur la transition des aînés des établissements de soins de longue durée vers l'urgence : état de la littérature, perceptions des personnes proches aidantes, du personnel infirmier et du personnel cadre* [thèse de doctorat, Université d'Ottawa]. <https://doi.org/10.20381/ruor-30667>
- Peguero-Rodriguez, G. & Polomeno, V. (2023). Intégrer une théorie à une étude à méthodes mixtes : un exemple utilisant la théorie des transitions. *Revue Francophone Internationale de Recherche Infirmière*, 9(1), Article 100290. <https://doi.org/10.1016/j.refri.2023.100290>
- Peguero-Rodriguez, G., Polomeno, V. & Lalonde, M. (2021). Le transfert des aînés des résidences pour personnes âgées vers l'urgence : l'état actuel des connaissances. *Soins d'urgence*, 2(1), 11–20. <https://doi.org/10.7202/1101991ar>
- Peguero-Rodriguez, G., Polomeno, V., Backman, C., Chartrand, J. & Lalonde, M. (2023). The experience of families accompanying a senior to the emergency department: A scoping review. *Journal of Emergency Nursing* 49(4), 611–630. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2023.03.005>
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2021). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (11^e éd.). Wolters Kluwer.
- Shajani, Z. & Snell, D. (2023). *Wright & Leahey's nurses and families: A guide to family assessment & interventions* (8^e éd.). F. A. Davis
- Southerland, L. T., Lo, A. X., Biese, K., Arendts, G., Banerjee, J., Hwang, U., Dresden, S., Argento, V., Kennedy, M., Shenvi, C. L. & Carpenter, C. R. (2020). Concepts in practice: Geriatric emergency departments. *Annals of Emergency Medicine*, 75(2), 162–170. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2019.08.430>
- Steinmiller, J., Routasalo, P. & Suominen, T. (2015). Older people in the emergency department: A literature review. *International Journal of Older People Nursing*, 10(4), 284–305. <https://doi.org/10.1111/opn.12090>
- Stephens, C. E., Halifax, E., David, D., Bui, N., Lee, S. J., Shim, J. & Ritchie, C. S. (2020). "They don't trust us": The influence of perceptions of inadequate nursing home care on emergency department transfers and the potential role for telehealth. *Clinical Nursing Research*, 29(3), 157–168. <https://doi.org/10.1177/1054773819835015>
- Tate, K., Ma, R., Reid, R. C., McLane, P., Waywitka, J., Cummings, G. E. & Cummings, G. G. (2023). A first look at consistency of documentation across care settings during emergency transitions of long-term care residents. *BMC Geriatrics*, 23(1), Article 17. <https://doi.org/10.1186/s12877-023-03731-6>
- Trahan, L. M., Spiers, J. A. & Cummings, G. G. (2016). Decisions to transfer nursing home residents to emergency departments: A scoping review of contributing factors and staff perspectives. *Journal of the American Medical Directors Association*, 17(11), 994–1005. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2016.05.012>
- Unroe, K. T., Hickman, S. E., Carnahan, J. L., Hass, Z., Sachs, G. & Arling, G. (2018). Investigating the avoidability of hospitalizations of long stay nursing home residents: Opportunities for improvement. *Innovation in Aging*, 2(2), 1–9. <https://doi.org/10.1093/geroni/igy017>